



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO

JOÃO CARLOS SARAIVA PINHEIRO

A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA PERSPECTIVA DA
EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA

BRASÍLIA-DF

2012



JOÃO CARLOS SARAIVA PINHEIRO

**A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA PERSPECTIVA DA
EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Ciência da Informação, como
requisito para obtenção do grau de Mestre em
Ciência da Informação.

Orientadora: Prof. Dra. Suzana Pinheiro Machado Mueller

BRASÍLIA, DF

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P654m Saraiva-Pinheiro, João Carlos.
Medicina baseada em evidências na perspectiva da
Educação Médica Continuada / João Carlos Saraiva Pinheiro.
2012.
126 f. : il. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) –
Faculdade de Ciência da Informação, Universidade de
Brasília, Brasília, DF, 2012.

Orientadora: Prf^a Dr^a Suzana Pinheiro Machado Mueller.

1. Educação Médica Continuada. 2. Medicina Baseada em
Evidências – Biblioteconomia. 3. Educação Corporativa –
Medicina. 4. Ciência da Comunicação. I. Mueller, Suzana
Pinheiro Machado. II. Título.

CDU 02(81)

JOÃO CARLOS SARAIVA PINHEIRO

**A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA PERSPECTIVA DA
EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Ciência da Informação, como
requisito para obtenção do grau de Mestre em
Ciência da Informação.

Aprovada pela banca examinadora

Brasília, DF, de de 2012.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Suzana Pinheiro Machado Mueller

Prof. Dra. Elmira Luiza Soares Melo Simeão

Prof. Dr. Leandro da Rosa Marshall

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Santíssima Trindade, a Nossa Senhora, a São Bento, a Santa Escolástica e ao casal Alprazolam e Bupropiona.

RESUMO

Esta dissertação examina a aceitação da Medicina Baseada em Evidências (MBE), por profissionais envolvidos com sua divulgação ou aplicação, como estratégia para Educação Médica Continuada. Examina ainda se a mediação por um bibliotecário ou outro profissional da informação seria aceita no processo da busca bibliográfica, base da MBE. Primeiramente foi empreendida Revisão de Literatura referente aos temas Medicina Baseada em Evidências e Educação (Educação Continuada e Educação Corporativa). Após essa etapa, a opinião de especialistas das áreas de Medicina e Biblioteconomia foi buscada por meio de entrevistas. Foram selecionados sete especialistas, e a escolha obedeceu ao critério da conveniência, especificamente experiência e atuação profissional em relação à MBE: dois médicos de um mesmo hospital, um ligado à área de ensino da instituição, outro, médico de família, com atuação na ponta, mais ligado ao serviço e às necessidades dos pacientes; duas bibliotecárias, uma da área de informação de um hospital de referência em tratamentos de reabilitação, a segunda profissional é responsável pela biblioteca do órgão regulador do exercício de Medicina; um representante do Governo, responsável pela proposição de políticas públicas de assistência à Saúde; o representante do órgão fiscalizador do ético-profissional da Medicina; um representante de uma sociedade médica de especialidade, cuja responsabilidade é fornecer mecanismos de atualização médica e acreditação do diploma de especialista, com amparo no marco regulatório vigente no país à época desta pesquisa, expedido pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Médica Brasileira. Uma cadeia de valor inspirada no modelo de Porter foi desenvolvida, na qual os elementos importantes para a questão de pesquisa foram posicionados, com o objetivo de orientar a pesquisa e a busca pela visão de cada um em relação à MBE. A entrevista fez uso de tópicos guias. Os resultados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo, e apontam para aceitação, pelo menos em tese, da MBE, mas também para as dificuldades de sua aplicação na prática. A mediação do bibliotecário não parece muito clara para parte dos respondentes, principalmente para aqueles que atuam diretamente ligados ao serviço. Identificou-se também que no Brasil a forma adotada para atualização de profissionais médicos tem sido a Educação Corporativa, provida pelas sociedades de especialidades.

Palavras-chave: Educação Médica Continuada. Medicina Baseada em Evidências e Biblioteconomia. Educação Corporativa em Medicina. Cadeia de Valor para Medicina Baseada em Evidências.

ABSTRACT

This dissertation examines the acceptance of Evidence-Based Medicine (EBM), by professionals involved in its disclosure or application, as a strategy for the Continuing Medical Education. It examines whether the mediation by a librarian or any other information professional would be accepted into the bibliographic search process, which is the basis of EBM. Firstly, a review of the literature concerning Evidence-Based Medicine and Education (Continuing Education and Corporate Education) has been made. After that, the opinion of experts from the fields of Medicine and Librarianship was sought through interviews. Seven experts were selected, and the choice of these professionals was based on convenience, specifically on their experience and professional acting in relation to EMB: two physicians from the same hospital, one involved in the institution's teaching area, and the other, a family doctor, with state-of-the-art performance, more involved in the service and the needs of patients; two librarians, one from the information area of a hospital specialized in rehabilitation treatments, the second one is responsible for the library of a regulatory body of the medical profession; a Government representative, responsible for making public policy proposals regarding health care; a representative of the supervisory body of the ethical/professional aspects of the medical profession; a representative of a specialized medical society, whose responsibility is to provide mechanisms of medical practice update and accreditation of the diploma of specialist, based on the regulatory framework in the country at the time of this survey, issued by the Federal Council of Medicine and by the Brazilian Medical Association. The important elements for the research were positioned in a value chain inspired by the Porter model, with the objective of guiding the research and getting the point of view of each participant in relation to EBM. The interviews were made with the use of guiding topics. The results were analyzed through the technique of Content Analysis, and they point to the acceptance, at least in theory, of EMB, and also to the difficulties of its practical application. The mediation of a librarian does not seem very clear to the interviewees, mainly to those who work directly within the service. It was also identified that in Brazil the model adopted for upgrading medical professionals has been the Corporate Education, provided by specialty societies.

Keywords: Continuing Medical Education. Evidence-Based Medicine and Librarianship. Corporate Education in Medicine. Value Chain for Evidence-Based Medicine.

RESUME

Cette dissertation étudie l'acceptation de la médecine fondée sur les preuves comme une stratégie de formation médicale continue, par les professionnels impliqués à leur divulgation à leur application. Et aussi si la médiation par un bibliothécaire ou par d'autre professionnel d'information serait acceptée dans le processus de recherche bibliographique, la base de l'EBM. Tout d'abord il a été entrepris un examen de la littérature concernant les thèmes de médecine fondée sur les preuves et l'éducation (l'éducation continue et l'éducation corporative). Après cette étape, l'avis des experts dans les domaines de la médecine et la bibliothéconomie a été demandé par des entrevues. Sept experts ont été sélectionnés, et le choix est suivi le critère de convenance, spécifiquement expérience et action professionnelle en ce qui concerne la médecine fondée sur les preuves: deux médecins du même hôpital, l'un concerné par l'enseignement dans l'institution, l'autre, médecin de famille, agissant sur la pointe, plus connectée au service de la santé et aux besoins des patients; deux bibliothécaires, l'un qui travaille au secteur d'information d'un hôpital en référence aux traitements de réhabilitation, le deuxième professionnel est responsable de la bibliothèque de l'institution en charge de réglementation de la médecine du pays; un représentant du gouvernement, responsable de propositions de politiques vers la santé publique; le président de l'institution en charge de réglementation de la médecine et de surveillance de l'éthique médicale professionnelle; un représentant d'une société médicale spécialisée, dont la responsabilité est de fournir des médecins et des mécanismes de mise à jour d'accréditation du diplôme de médecin spécialiste, dans le cadre réglementaire du pays au moment de cette enquête, émis par le Conseil fédéral de la médecine et par l'Association médicale brésilienne. Une chaîne de valeur basée sur le modèle de Porter a été élaborée, dans lequel les éléments importants de la question de recherche ont été placés, dans le but de guider cette étude dans un point de vue de chacun en ce qui concerne la médecine fondée sur les preuves. L'entrevue utilisé des topiques d'aides pour poser des questions. Les résultats ont été étudiés par la technique d'analyse de contenu et ils montrent l'acceptation, en théorie, de médecine fondées sur les preuves, mais aussi les difficultés de son application dans la pratique. La médiation d'un bibliothécaire ne semble pas très claire pour la partie des répondants, surtout à ceux qui travaillent directement liés au service. Cette étude a montré que Brésil a adopté l'éducation corporative pour l'actualisation des professionnels de la santé, fournie par des sociétés spécialisées.

Mots clés: formation médicale continue. Médecine fondée sur les preuves et la bibliothéconomie. Éducation corporative en médecine. Chaîne de valeur pour la médecine fondée sur les preuves

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB – Associação Médica Brasileira

Bireme – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde ou Biblioteca Regional de Medicina

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAP – Certificado de Atualização Profissional

Capes – Coordenação de Pessoal de Nível Superior

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNA – Comissão Nacional de Acreditação

EMC – Educação Médica Continuada

EC – Educação Corporativa

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Jama – The Journal of the American Medical Association

HU – Hospital Universitário

Lilacs – Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

MBE – Medicina Baseada em Evidências

MEC – Ministério da Educação

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PICO – Paciente; intervenção ou indicador; comparação e objetivo esperado

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

SUS – Sistema Único de Saúde

Unesco – United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

Unifesp – Universidade Federal de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Princípios da Medicina Baseada em Evidências.....	17
Figura 2 – Motivos Comuns para Dispensa de Artigos	22
Figura 3 – Pirâmide de Necessidades	23
Figura 4 – Pirâmide de Evidências	24
Figura 5 – Estudo de Coorte.....	27
Figura 6 – Fases do Processo de Revisão Sistemática.....	30
Figura 7 – Cadeia de Valor da Medicina Baseada em Evidências.....	36
Figura 8 – Comparação de Atualização Médica.....	44
Figura 9 – Objetivos e Sujeitos	50
Figura 10 – Aspecto Quantitativo	55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	14
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 SOBRE MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	16
3.1 HISTÓRICO	16
3.2 MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS E UMA PROPOSTA DE SUA CADEIA DE VALOR	18
3.3 PRIMEIRO ELO: PERIÓDICO CIENTÍFICO.....	19
3.4 SEGUNDO ELO DA CADEIA DE VALOR: PROFISSIONAL MÉDICO	31
3.5 TERCEIRO ELO DA CADEIA DE VALOR: PACIENTE.....	33
3.6 ELO DA CADEIA DE VALOR: FOMENTO À PESQUISA	34
3.7 A BIBLIOTECONOMIA E A CADEIA DE VALOR DA MBE	36
3.8 CRÍTICAS À MBE.....	37
4 EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA PODE SE SERVIR DA MBE?	39
4.1 EDUCAÇÃO E SEUS CONCEITOS NA PERSPECTIVA DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	39
4.2 A NECESSIDADE DE RECICLAR OS CONCEITOS CONTINUAMENTE	40
4.3 EDUCAÇÃO CONTINUADA OU EDUCAÇÃO CORPORATIVA	42
4.4 A EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA A SERVIÇO DO PACIENTE	46
5 A PESQUISA	48
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	48
5.2 INFERÊNCIAS SOBRE AS ENTREVISTAS	49
5.3 OS OBJETIVOS E A SELEÇÃO	50
5.4 COLETA DE DADOS.....	51
5.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	52
5.6 DESCRITIVO.....	53
6 INTERPRETAÇÃO DAS ENTREVISTAS	71
7 CONCLUSÃO	74

8 CONTRIBUIÇÕES	77
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICE A - ENTREVISTAS	82

1 INTRODUÇÃO

Men sana in corpore sano. Uma mente saudável vive apenas em um corpo com vigor e energia. O homem quer ser perfeito, imortal e indestrutível. É um sonho que embala a humanidade desde sempre. Sartre abalou esta crença com seu choque de realidade: “o homem é um deus fracassado”.

Por mais que a história registre avanços científicos e tecnológicos, o homem conviverá sempre com os tormentos da alma e do corpo. Não há indestrutibilidade. Não há perfeição. Não há saúde eterna.

E, como todos sabem, *phármakon*, do grego, significa: remédio e veneno. O que cura também pode matar. O poder da vida e da morte está na discricionabilidade do homem, já que a medida do *phármakon* vai depender da dosagem correta. Marchelli (2010) identifica quatro acepções do termo usado na épica de Homero: (i) poção mágica da feiticeira Circe, (ii) antídoto concedido a Odisseu pelo deus Hermes, (iii) medicamento que Helena põe no vinho e (iv) veneno para tornar as flechas de Odisseu mortais.

Como saber a dosagem correta? Como saber a verdade precisa sobre o remédio? Como diferenciar o remédio do veneno? Como saber, pelas evidências, o que é o melhor e mais indicado para o paciente?

A humanidade convive com as doenças e vem desenvolvendo formas de vencê-las. Essa luta é inerente ao Homem. Desde que o primeiro hominídeo desceu das árvores e começou sua busca por sobrevivência, longe das savanas africanas, ele levou consigo, sem querer, estruturas de vida como os vírus, procariontes não providos de material celular para sua reprodução. Ujvari (2009) elucida que o vírus constitui-se unicamente de ácido ribonucleico (RNA) e precisa de outra célula para se proliferar.

A partir dessas duas características: o esforço para manter-se saudável e a capacidade de aprender a lidar com sua própria natureza, o ser humano desenvolveu mecanismos para defender-se de outros seres ou de si mesmo (doenças autoimunes).

Para que a perpetuação da espécie mantenha-se, é necessário transmitir aos outros os conhecimentos adquiridos nos mais variados campos de atuação. Em outras palavras, nas mais variadas profissões há a necessidade de transmitir o aprendizado continuamente. Mas cabe a cada profissional a responsabilidade da atualização contínua, de cuidar de sua própria educação, especialmente no mundo moderno, onde a tecnologia impulsiona o desenvolvimento em todas as áreas a uma velocidade difícil de acompanhar.

Esta dissertação examina a abordagem da prática médica como estratégia de disseminação de saberes, inclusive para autoeducação, a chamada Medicina Baseada em Evidências (MBE). Trata-se da utilização sistemática da literatura médica referendada, sob determinadas condições para embasar decisões no consultório e em outras situações da prática médica. A questão a ser respondida é: *Pode a Medicina Baseada em Evidências ser uma estratégia de Educação Médica Continuada no Brasil? Se a resposta for afirmativa, a mediação por um bibliotecário ou outro profissional da informação seria aceita?* A MBE já vem sendo utilizada nos países mais desenvolvidos como uma ferramenta para atualização profissional. É uma técnica válida para a realidade brasileira como uma metodologia de aprimoramento médico? E, o bibliotecário é elo desta cadeia? Para buscar resposta a essas perguntas foram identificados especialistas da área médica e da Biblioteconomia, com atuação profissional que os qualificam para informar sobre a adoção da prática da MBE no Brasil, neste momento.

Estrutura-se esta dissertação em quatro seções. A primeira identifica os atores da MBE. Estes, para efeito deste estudo, compõem os elos de uma Cadeia de Valor (CV), com base nos três princípios da MBE: (i) busca pela melhor evidência científica, (ii) habilidade clínica e (iii) valores dos pacientes. A Cadeia de Valor foi dividida em quatro elos: Periódico Científico, Profissional Médico, Paciente e Fomento à Pesquisa. O estudo destaca a contribuição de cada um desses elos na Cadeia de Valor da Medicina Baseada em Evidências e a possibilidade de mediação do bibliotecário nessa cadeia.

Na segunda seção, apresentam-se os dados resultados de um levantamento na literatura sobre os componentes da pesquisa: Medicina Baseada em Evidências e Educação Médica Continuada (EMC). Tópicos pesquisados incluem conceitos da MBE e da EMC,

aplicação desses conceitos pelos profissionais envolvidos com o tema. Além disso, a seção investiga a opção do país pelo tipo de atualização médica profissional: Educação Médica Continuada ou Educação Corporativa (EC).

A terceira seção relata os resultados da investigação de campo, pelo método da pesquisa qualitativa descritiva, em que foi usada a técnica da entrevista aberta, aplicada a profissionais representativos de segmentos sociais relacionados à MBE. A escolha dos respondentes obedeceu a um critério de conveniência à intenção da pesquisa. Os critérios foram: envolvimento acadêmico e prático da MBE, nas áreas da Medicina, Biblioteconomia, governamental, regulatória e de aplicação de atualização médica (sociedade de especialidade). Os respondentes foram selecionados por seu envolvimento, em diferentes graus, com a MBE. A seleção se deu por conveniência, e as entrevistas foram conduzidas com base em um tópico guia. As respostas dos especialistas estão sistematizadas em quatro categorias: (i) princípios da MBE, (ii) estrutura da MBE, (iii) Educação e (iv) mediação do bibliotecário, elementos constituintes da pergunta de pesquisa. Conforme Campos (2004), a técnica permite estudar em profundidade os julgamentos dos especialistas quanto ao tema proposto.

A última seção desta dissertação é uma análise interpretativa dessas respostas.

2 JUSTIFICATIVA

Médicos, como quaisquer outros profissionais, precisam de atualização contínua para melhor prestar atendimento a seus pacientes.¹ Ao longo do tempo, práticas terapêuticas e abordagens científicas foram suplantadas por outras mais vantajosas para o profissional e para o paciente. Nessa perspectiva, o grupo de estudo *The Evidence-Based Medicine Working Group*, da *McMaster University* do Canadá, liderado pelo professor Gordon Guyatt, publicou o artigo *Evidence-Based Medicine: a new approach to teaching the practice of Medicine*, na edição de novembro de 1992 do *The Journal of the American Medical Association* (Jama). O artigo, a partir de um estudo com os residentes daquela Instituição, concluiu que a busca sistemática pela melhor evidência científica era uma nova forma de adquirir conhecimento para o tratamento dos pacientes. Segundo seus autores, a Medicina Baseada em Evidências, como a nova prática médica ficou conhecida, seria um novo paradigma para o ensino da Medicina. Mas nem todos os médicos concordam quanto ao teor paradigmático da MBE ainda que reconheçam a inevitabilidade da atualização contínua para o exercício de sua profissão.

No Brasil, a prática da MBE é conhecida e promovida, mas não há ainda um estudo sistemático ou conclusivo sobre sua aceitação pela classe médica em geral, nem pelos bibliotecários, profissionais que poderiam mediar essas buscas na literatura. Neste sentido, esta dissertação pretende contribuir para diminuir essa lacuna, coletando e analisando opiniões dos profissionais envolvidos na divulgação e promoção da MBE. A questão da intermediação de bibliotecário, um dos pontos abordados no levantamento de opiniões, deve-se a dois fatores: (i) grande fluxo informacional resultante da prática da MBE que requer habilidade profissional para recuperar a melhor evidência e (ii) falta de tempo dos médicos em desempenhar a tarefa. Assim, espera-se também motivar uma discussão entre os responsáveis pela Educação bibliotecária sobre o papel dos profissionais nesse processo.

Além das posições discordantes sobre a MBE, este estudo levanta o debate sobre o marco legal para a atualização médica no Brasil. Esse debate sobre a legislação cria nova frente de questionamento: *Qual modalidade de ensino continuado é aplicada no Brasil. Esse ensino ocorre na perspectiva acadêmica ou corporativa?*

¹ Este estudo limita-se à necessidade dos profissionais que adotam a Medicina alopática.

2.1 OBJETIVO GERAL

Constitui-se objetivo principal verificar a aceitação da validade da prática da MBE como possibilidade de EMC no Brasil pelos profissionais envolvidos em sua divulgação e promoção, considerando o que o marco legal sobre atualização médica, a Resolução CFM/AMB nº 1.722/2005, delegou essa responsabilidade às sociedades de especialidades.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) conhecer a opinião dos especialistas acerca dos princípios da MBE, no âmbito da atividade médica acadêmica e na atividade clínica;
- b) conhecer a opinião dos especialistas sobre a necessidade de inserção do bibliotecário na Cadeia de Valor proposta por este estudo para a MBE;
- c) conhecer a opinião de setores do Governo (segundo representante da área de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde) quanto à aplicação da MBE na estruturação de diretrizes e políticas públicas;
- d) conhecer a posição do agente fiscalizador quanto ao uso da MBE na atualização médica dos profissionais de Medicina;
- e) entender como ocorre a atualização médica, a partir do marco legal.

3 SOBRE MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

3.1 HISTÓRICO

A prática de recorrer a registros de resultados bem sucedidos em tratamentos anteriores, ou Medicina Baseada em Evidências como é conhecida atualmente, foi citada por Dantas (2000), ao identificar o comportamento do médico francês Pierre Charles Alexandre Louis. Esse médico questionava as condutas estabelecidas para o tratamento de doentes optando pela observação mais sistemática dos pacientes de quem ele cuidava. A esse procedimento, que trazia um histórico e evolução dos casos clínicos, o médico francês chamou de Método Numérico. Segundo ele, era uma forma necessária para a quantificação dos avanços da Medicina e um procedimento capaz de demonstrar as verdades de cura e tratamento dos doentes. Dantas (2000) ressalta que esse comportamento de Pierre Louis em nada se distanciava da conduta na antiga Medicina chinesa. Talvez não se possa considerar a prática Médica Baseada em Evidências tão moderna porque sempre houve a preocupação dos médicos em documentar êxitos e fracassos das terapêuticas aplicadas a seus pacientes.

Outro fator contribuinte para o histórico da Medicina Baseada em Evidências ocorreu na primeira metade do século XX, quando o epidemiologista britânico Archie Cochrane criticou a falta de resumos clínicos confiáveis em saúde, capazes de estabelecer critérios que assegurassem a eficácia e a efetividade dos tratamentos.

Procedimentos de sistematização, propostos pelo médico francês Pierre Louis e as críticas à falta de resumos críticos do epidemiologista inglês são aspectos históricos que demonstram a necessidade de uma sistematização e divulgação dos esquemas terapêuticos para o tratamento de doenças.

Mais recentemente, o grupo de profissionais médicos liderados por Gordon Guyatt da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de McMaster do Canadá propôs a análise dos resultados de testes clínicos, consubstanciando a ideia de aprimoramento da sistematização da busca de evidência e da divulgação aos pares. A iniciativa resultou no artigo *Evidence Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine*, publicado, em 1992, no *Jama*, pelos canadenses. O artigo, na verdade, tinha os seguintes objetivos: (i)

relatar o programa de residência médica da faculdade, (ii) propor a sistematização de achados clínicos como novo paradigma para a Medicina e (iii) concluir que esse novo paradigma pode contribuir sobremaneira para as tomadas de decisões clínicas. Por fim, os autores defendem, no trabalho, a inclusão da nova prática nos cursos de residência médica (pós-graduação) e que ela seja disseminada entre os médicos como forma de atualização continuada.

Sackett et al. (2003), participantes desse grupo, definem a MBE como a integração das melhores evidências de pesquisa com a habilidade clínica e a preferência do paciente, descritas na Figura 1. Para eles esses três princípios observados poderiam comprovar, ressaltar, ou refutar terapêuticas médicas.

Figura 1 – Princípios da Medicina Baseada em Evidências

Princípios da Medicina Baseada em Evidências	
Melhor evidência de pesquisa	Pesquisa clinicamente relevante, com frequência a partir de ciências médicas básicas, especialmente de Ensaios Clínicos Randomizados, focalizada nos pacientes para a acurácia e a precisão dos exames diagnósticos (incluindo exames clínicos), o poder dos indicadores prognósticos e a eficácia e a segurança dos esquemas terapêuticos, de reabilitação e preventivos.
Habilidade clínica	Capacidade de usar os conhecimentos clínicos e a experiência para identificar rapidamente o estado de saúde e o diagnóstico de cada paciente, seus riscos individuais e benefícios de intervenções propostas.
Valores do paciente	Preferências particulares, preocupações e as expectativas que cada paciente traz à consulta e que o médico deve integrar nas decisões clínicas, desde que sejam úteis.

Fonte: Adaptado de Sackett et al. (2003, p. 19).

Desde a publicação do artigo, a MBE foi estruturada historicamente pelo *Evidence-Based Medicine Working Group*, mas arregimentou seguidores em todo o mundo. Por exemplo, o movimento em favor da divulgação da MBE conta com o apoio de um grupo chamado Colaboração Cochrane, uma organização internacional sem fins lucrativos cujo objetivo é estimular o acesso a Revisões Sistemáticas sobre efeitos de intervenções na área da Saúde. Foi criada em 1993 no Reino Unido e nome é uma homenagem a Archie Cochrane (1909-1988), o médico britânico cujo empenho acadêmico contribuiu para o desenvolvimento

da Epidemiologia Clínica. Essa organização é uma rede internacional formada, segundo informações em seu site (www.cochrane.org/about-us), por “mais de 28.000 pessoas dedicadas oriundas de mais de 100 países”, inclusive o Brasil. Aqui, o Centro Cochrane foi inaugurado em 1996 e está ligado à Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Para o médico brasileiro Álvaro Atallah (2004), “[...] a Medicina Baseada em Evidências é uma Ciência e um movimento que visa a reduzir a incerteza nas tomadas de decisão.” Mas não há consenso sobre a sua aplicação. Para alguns, a MBE trouxe um novo panorama para o exercício da Medicina, ou um novo paradigma, mas outros a consideram simplesmente uma evolução na abordagem terapêutica. Atallah (2004), por exemplo, adverte que a pesquisa em base de dados não abre mão das demais pesquisas de outras áreas da Medicina, como a Pesquisa Básica, a Fisiopatologia, a Epidemiologia, com relevância especial para a Epidemiologia Clínica.

Esta investigação não questiona posições ou pontos de vista de médicos, nem de bibliotecários ante a MBE. Pretende debater a contribuição da MBE para a EMC dos profissionais envolvidos com a Saúde.

Sackett et al. (2003) informam que, após a publicação do artigo sobre os princípios da MBE, foi verificado um crescimento no número de artigos científicos sobre o tema entre os anos de 1992 e 1998, quando, o número de artigos publicados cresceu de um para 1.000, além do aparecimento de seis revistas especializadas no assunto. O aumento de publicação de periódicos sobre Medicina Baseada em Evidências contribuiu para a tendência de crescimento na publicação em periódicos científicos.

3.2 MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS E UMA PROPOSTA DE SUA CADEIA DE VALOR

Este estudo pretende estabelecer um paralelo entre os princípios da Medicina Baseada em Evidências, ligando-os aos elos de uma cadeia de valor capaz de gerar valores intangíveis (conhecimento científico, prestígio acadêmico etc.) e tangíveis (remuneração financeira, fomento à pesquisa etc.) e conseqüente melhoramento dos serviços de Saúde.

Foi adotada como referência a Cadeia de Valor (CV), método desenvolvido por Michael Porter² na década de 1980. A CV preconiza a análise da contribuição dos diferentes processos da organização e sua vantagem competitiva. Na CV é possível identificar, com o desdobramento das áreas atuantes, o quanto cada uma delas contribui para o valor do todo. Ainda que utilizada frequentemente pelas áreas de Administração, Vendas e Marketing, o Modelo de Porter, como toda contribuição ao conhecimento, é passível de críticas³.

Esta investigação propõe uma CV composta por quatro elos: Periódico Científico (busca pela melhor evidência clínica), Profissional de Saúde (habilidade clínica), Paciente (expectativa dos valores do paciente) e o Fomento à Pesquisa (representado por entes que induzem pesquisa, no país: o Governo e a Indústria Farmacêutica). Este quarto elemento, obedecendo ao esquema de Porter, representaria as atividades de suporte (infraestrutura, gerenciamento de recursos humanos, desenvolvimento de tecnologias e aquisição).

A seguir serão expostos e discutidos cada elo da Cadeia de Valor proposta por este estudo.

3.3 PRIMEIRO ELO: PERIÓDICO CIENTÍFICO

Para se entender o quanto realmente a Medicina Baseada em Evidências representa na Cadeia de Valor da Saúde, o ponto de partida é o Periódico Científico. Gómez e Machado (2007) consideram a comunicação como “[...] parte constitutiva e constituinte de um campo científico, imprescindível para o reconhecimento e legitimação da validade, pertinência e relevância de uma pesquisa e de seus resultados.” Considerado como imprescindível, o Periódico Científico estabelece-se como um dos elos da Cadeia de Valor. Ressalta-se a importância do Periódico Científico, porque é ele quem inicia o diálogo científico sobre uma nova terapêutica, um novo fármaco.

Ao se considerar o princípio da busca da melhor evidência clínica, característica basilar da MBE, percebe-se que o acesso mais apropriado à nova informação é pelo Periódico Científico, por sua função histórica de registro da Ciência, realçada agora pelos avanços da

² Professor da Harvard Business School, com interesse nas áreas de Administração e Economia. É autor de diversos livros sobre estratégias de competitividade.

³ Veja por exemplo: ROCHA; BORINELLI, 2007, p. 145.

Tecnologia da Informação (TI). A demanda por literatura científica e os avanços da TI são elementos que dão origem a essa Cadeia de Valor e definem os demais elos que dela fazem parte.

Mueller (1999) assinala que as funções do Periódico Científico são: (i) disseminação do conhecimento, (ii) registros, quer dizer, confere a propriedade intelectual ao seu autor, (iii) memória, como o periódico é um meio formal de disseminação de conhecimento, sua produção está apta a ser reproduzida, ensinada e (iv) instituição social, ou seja, o Periódico Científico confere prestígio ao autor e legitima o campo do conhecimento em que foi desenvolvido. Sob o ponto de vista deste estudo, são mais relevantes as funções de memória e legitimação do conhecimento.

Meadows (1999, p. 5-6) relata a origem dos periódicos científicos no século XVII, ligando-a “[...] à formação da *Royal Society* [...] que desde o início interessou-se pela comunicação.” Ainda de acordo com Meadows, “[...] o meio mais importante de coligir informações era [...] a correspondência mantida pelo secretário da nova sociedade, Henry Oldenburg.” Mas como a quantidade de cartas recebidas pela *Royal Society* de cientistas não apenas da Inglaterra ficou muito grande, sua divulgação se tornou difícil. Ainda segundo Meadows “[...] a solução cada vez mais óbvia seria fazer uma publicação impressa, com as cartas importantes, e distribuí-la.”

O Periódico Científico é a arena em que:

[...] facilidades, processos dinâmicos e complexos, consensual e socialmente compartilhados, por meio dos quais o conhecimento científico – em sua vertente tácita e explícita – é criado, compartilhado e utilizado. Tais processos também oferecem meios e condições para a interação social entre membros de comunidades científicas, contribuindo, portanto, para a produção, disseminação e uso do conhecimento e, conseqüentemente, para o avanço da Ciência. (LEITE; COSTA, 2007, p. 96).

No entendimento da MBE, além da prática clínica, são as evidências clínicas que geram e corroboram as informações, ajudando a forjar um conhecimento médico de qualidade.

Segundo Greenhalgh (2008), novas terapêuticas surgem com mais velocidade a serviço do aprimoramento da prática clínica. Essas novas terapêuticas resultam, em certa medida, do aumento exponencial de dados publicados em Periódicos Científicos. A autora ressalta, porém, que apenas de 10 a 15% dos mais de 200 milhões de artigos médicos publicados em pouco mais de 300 periódicos científicos conseguem provar seu valor científico como algo duradouro.

Quando se fala em MBE e nas buscas realizadas na literatura, têm-se em mente apenas periódicos científicos, isto é, periódicos referendados pela comunidade científica. O artigo científico diferencia-se de artigos publicados em semanários e jornais diários ou outras publicações, justamente por essa característica: a avaliação pelos pares, o que o torna um canal formal de comunicação e disseminação do conhecimento para contribuir com o avanço da Ciência. Miranda e Pereira (1996) concebem, por sua vez, o Periódico Científico não apenas um canal formal de comunicação. Elas o consideram um veículo de diálogo entre a “comunicação do conhecimento” e “a comunicação dos pares”. Dessa forma, o Periódico Científico cumpre sua função formal de registrar uma pesquisa ou estudo, na figura do primeiro interlocutor desse diálogo, e provocar no interlocutor “comunicação dos pares” a reflexão, a observação, o teste, a reprodutibilidade e, assim, a validação ou refutação dessa pesquisa ou estudo, iniciado pelo primeiro interlocutor.

No âmbito da MBE, a Pirâmide de Evidências Clínicas, ou simplesmente a Pirâmide de Evidências, é a expressão que melhor traduz a preocupação acadêmica com a produção e disseminação científica. Greenhalgh (2008) explica que à robustez da pesquisa ou estudo é reservado um lugar de importância ascendente na Pirâmide. Isto é: quanto menos abrangente for a pesquisa ou estudo, como em um Relato de Caso, por exemplo, mais à base é sua localização na Pirâmide de Evidências; estudos mais complexos, robustos, ascendem na hierarquia, assegurando sua graduação de recomendação até que eles sejam testados por muitos e revistos sistematicamente para validação do conhecimento que eles geraram.

Para ilustrar essa preocupação com a robustez do valor científico da pesquisa ou estudo científico, Greenhalgh (2008) relata o processo comparado à pré-seleção para o ingresso na Pirâmide de Evidências. Mesmo com a alta produção científica, muitos artigos científicos sequer são publicados, malgrado cheguem a defender excelentes ideias.

Abaixo, na Figura 2, apresentam-se os fatores de insucesso desses artigos inéditos:

Figura 2 – Motivos Comuns para Dispensa de Artigos

Motivos comuns para dispensa de artigos
O estudo não abordou um aspecto científico importante.
O estudo não era original, ou seja, alguém já fizera o mesmo estudo ou estudo similar.
O estudo realmente não testava a hipótese do autor.
Um delineamento diferente deveria ter sido usado
Dificuldades práticas como recrutamento de participante, por exemplo, levaram os autores a comprometer o protocolo original do estudo.
O tamanho da amostra era muito pequeno.
O estudo não foi controlado ou foi indevidamente controlado.
A análise estatística foi incorreta ou inapropriada.
Os autores tiraram conclusões injustificadas de seus dados.
Existia um significativo conflito de interesse, como o benefício financeiro por um dos autores do estudo.
O artigo era tão mal escrito que se tornou incompreensível.

Fonte: Greenhalg (2008, p. 59).

Mesmo com todo esse crivo proposto pelos pares, muitos estudos demonstram seu valor e conseguem ser publicados. Comparemos os estudos científicos a espermatozoides em busca da fecundação do óvulo. Podemos avaliar que o conhecimento restrito a um artigo seja, um entre tantos espermatozoides, aquele capaz de fecundar a Ciência com seu conhecimento.

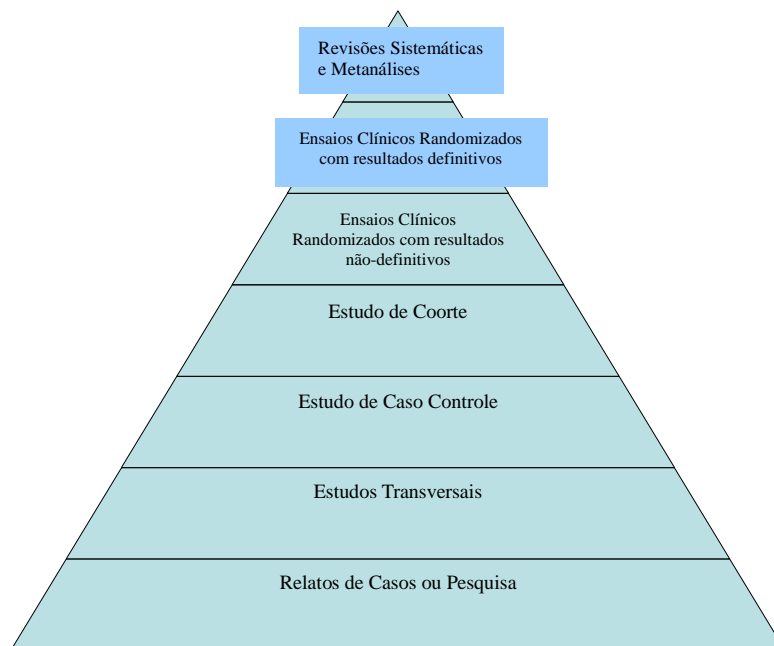
Como na natureza, também com os artigos submetidos à publicação ocorre uma seleção natural dos melhores, ou seja, sobrevivem aqueles que mais bem se adaptam às inexoráveis mudanças de ambiente, ou, nesse caso, são publicados aqueles que cumprem com mais sucesso os requisitos de originalidade, confiabilidade e consistência dos resultados. Na

prática da MBE ficou estabelecida uma hierarquia de evidências, ou seja, aqueles estudos que não foram reprovados pelos pares e apresentam maior robustez científica, terão maior possibilidade de fecundar a Ciência e gerar conhecimento.

Uma vez vencida a pré-seleção, a produção literária científica agora passa a ser hierarquizada na Pirâmide das Evidências, conforme sua contribuição à formação da Ciência. De acordo com as necessidades, a Pirâmide pode variar na ordem como é apresentada para responder a pergunta clínica.

Essa hierarquia está representada na Figura 3, como proposta por El Dib e Greenhalgh.

Figura 3 – Pirâmide de Necessidades



Fonte: El Dib (2007, p. 2).

É preciso informar que a representação acima não é estática, variando conforme a pergunta clínica formulada. A Figura 3 é válida para estudos sobre tratamento e prevenção assinala El Dib (2007). Essa variação pode ocorrer quanto ao tipo de estudos contidos nessa hierarquia também.

Embora, como informado, a hierarquia da Pirâmide de Evidências seja consenso entre os cientistas, a depender da necessidade dos estudos, pode haver variantes, como no modelo proposto por *SUNY Downstate Medical Center Evidence Based Medicine*, citado por Savi e Silva (2009). Nessa variante, o Relato de Casos, por exemplo, ocupa a quarta categoria ascendente de estudo na Pirâmide de Evidências. Este último modelo aparece com mais frequência em desenvolvimento de novos fármacos, conforme demonstra a Figura 4.

Figura 4 – Pirâmide de Evidências



Fonte: Savi e Silva (2009).

Este estudo adotou o modelo de hierarquização de estudos científicos proposto por El Dib (2007) e Greenhalgh (2008). No entanto, serão aceitas as estratégias de solução, propostas por ambos os modelos para a solução do problema clínico, que desencadeia a formulação da pergunta clínica, o PICO (P - paciente, I - intervenção, C - comparação e O - *outcome*, ou – desfecho, resultado em português).

A escolha do delineamento não é baseada na facilidade ou na personalidade investigativa do pesquisador. Em MBE o princípio da busca pela melhor evidência clínica existe para auxiliar o médico a responder uma pergunta clínica originada no atendimento ao

paciente. Savi e Silva (2009) sugerem a estratégia de selecionar termos, campos (especialidade clínica), delimitação de data, a fim de que possam ser possíveis as combinações das pesquisas bibliográficas para responder à pesquisa clínica e assim auxiliar a resposta ao PICO. Definido o PICO, o pesquisador pode lançar mão dos níveis de estudos dispostos na Pirâmide de Evidências, de acordo com a complexidade da pergunta.

Relato de Caso

Na base da Pirâmide de Evidências (Figura 3) estão os Relatos de Casos, que surgem para registrar em detalhes a evolução de um caso clínico em estudo. Embora o Relato de Caso esteja situado na base da Pirâmide de Evidências, com outros estudos de relevância ainda não comprovada, ele não deve ser desconsiderado. Fletcher e Fletcher (2006) ilustram a importância dessa modalidade com o estudo de Schwab R.R et al (1969) no qual relatam como as informações fornecidas por uma paciente que sofria de Parkinson e que foi submetida a uma terapia para combater a influenza, ajudaram o surgimento de uma nova classe de medicamentos para o Mal de Parkinson.

[...] Uma mulher de 58 anos sofrendo da doença de Parkinson moderadamente grave relatou-nos que três meses antes, enquanto tomava hidrocloreto de amantadina 100 mg duas vezes ao dia, para prevenir a gripe, ela experimentou uma impressionante remissão dos seus sintomas de rigidez, tremor e acinesia. Esses sintomas rapidamente retornaram após semana sem o fármaco. Seu marido confirmou tudo isso. (SCHWAB et al. apud FLETCHER; FLETCHER, 2006, p. 155).

Estudo Transversal

Fletcher e Fletcher (2006, p. 94) elucidam que o Estudo Transversal ou de Prevalência ocorre a partir da sistematização de consensos entre os Relatos de Casos. Essa sistematização pode ser conseguida por Estudos Transversais ou Estudos de Prevalência, pois esta, segundo os autores, “[...] fornecem informações valiosas sobre o que se esperar em diferentes situações clínicas”. Para ampliar o entendimento de Estudo Transversal, Alves (2012) ensina:

Os estudos transversais ou de prevalência retratam, em um momento estabelecido, um determinado grupo de indivíduos (população) quanto à presença de determinada condição ou doença, com descrição de número de casos e até de coeficientes de incidência, de prevalência e de mortalidade [...]. Estes estudos realizam o diagnóstico situacional do problema e, a partir deste, embasar o pesquisador, por meio de novos delineamentos, a conhecer as causas/fatores de risco, determinar a terapia útil e a orientação prognóstica. (FLETCHER; FLETCHER, 2006, p. 9).

Estudo Caso-Controle

Segundo Fletcher e Fletcher (2006) esse tipo de estudo pode ser usado para diagnóstico retrospectivo como para diagnóstico prospectivo e caracteriza-se pela seleção de duas amostras. No primeiro caso, as amostras formadas por dois ou mais grupos; um grupo formado por pessoas que apresentam um agravo de saúde (grupo A) e outro grupo de pessoas semelhantes sem os sintomas da doença (grupo B). A partir desse delineamento (exposição, medida, e variáveis externas controladas), os pesquisadores iniciam a investigação sobre a frequência de exposição ao risco nos dois grupos, com vistas a avaliar o risco relativo da doença e ao possível fator de risco. No caso de diagnóstico prospectivo, o procedimento é utilizado mais frequentemente para testar o desenvolvimento de novas terapêuticas os novos fármacos. Em outras palavras: um grupo é submetido a uma substância ou procedimento enquanto outro grupo semelhante é o controle para avaliar o desempenho dessa substância ou terapêutica.

Estudos de Coorte

São os Estudos de Coorte, que tem por critério “a identificação de dois grupos de sujeitos semelhantes em idade, proporção entre sexos, nível socioeconômico, presença de doenças coexistes entre outros fatores” (GEENHALGH, 2008, p. 84). O Estudo de Coorte é indicado para avaliar determinada resposta ou associação de fatores de riscos para o desencadeamento de doenças.

Fletcher e Fletcher (2006) também nominam o Estudo de Coorte de Estudo Longitudinal ou Estudo de Incidência, pois a coorte serve justamente para avaliar a incidência de determinada doença em uma população com padrões comuns (idade, data de nascimento, exposição, doenças preexistentes intervenções e terapêuticas) ao longo de um período de tempo. Os autores assinalam que em um Estudo de Coorte (Estudo de Coorte Retrospectivo ou Estudo de Coorte Prospectivo) deve-se obedecer a três critérios que asseguram a robustez dos resultados para a finalidade da pesquisa clínica, a saber: (i) os indivíduos não podem ter a doença em questão; (ii) a sua observação deve ocorrer em um período significativo de tempo compatível com a evolução da doença; e (iii) a observância dos indivíduos selecionados deve ocorrer durante o período em que vigorar o estudo.

Fletcher e Fletcher (2006) exemplificam o Estudo de Coorte com a Figura 5 Coortes e seus propósitos:

Figura 5 – Estudo de Coorte

Características em Comum	Para avaliar o efeito de	Exemplo
Idade	Idade	Expectativa de vida para pessoas com 70 anos de idade (independentemente da data de nascimento)
Data de nascimento	Tempo-calendário	Taxas de tuberculose para indivíduos nascidos em 1930
Exposição	Fator de risco	Câncer de pulmão em fumantes
Doença	Prognóstico	Taxa de sobrevida para pacientes com câncer de mama
Intervenção preventiva	Prevenção	Redução na incidência de pneumonia após vacina pneumocócica
Intervenção terapêutica	Tratamento	Melhora da sobrevida de pacientes com doença de Hodgkin que receberam esquemas combinados de quimioterapia

Fonte: Flecher e Flecher (2006, p. 105).

Ensaio Clínicos Randomizados (ECR) e os Ensaio Clínicos não-Randomizados

As evidências tornam-se mais robustas a partir dos Ensaio Clínicos Randomizados (ECR) e os Ensaio Clínicos não-Randomizados. Beraldo e Beraquet (2011) definem ECR como:

[...] um estudo primário que responde a questões de tratamento e prevenção. As pessoas são alocadas ao acaso para receber uma de várias intervenções clínicas, é um estudo comparativo e experimental; habitualmente uma das intervenções é considerada como um padrão de comparação (controle ou placebo). A alocação aleatória para diferentes grupos de tratamento permite a comparação dos mesmos em termos dos resultados, pois a aleatorização aumenta intensamente a probabilidade de similaridade entre os clientes em cada grupo. Assim, a chance de outro fator (conhecido como fator ou variável de confusão) influenciar os resultados é reduzida significativamente. O objetivo do ECR geralmente é escolhido para testar a eficácia de um tratamento ou comparar diversas abordagens, serve também como comparação entre diferentes desfechos depois da intervenção. A característica essencial do ECR é a identificação de um conjunto de clientes/sujeitos, que são alocados (encaminhados) aleatoriamente para dois ou mais ‘grupos’ de tratamento. Um grupo de clientes é submetido ao tratamento estudado (nova modalidade de tratamento) e o outro grupo é o ‘controle’, que geralmente não é submetido a nenhum tratamento ou à prática tradicional. (BERALDO; BERAQUET, 2011).

Fletcher e Fletcher (2006, p. 158) corroboram a necessidade desse tipo de pesquisa:

A razão principal para estruturar os Ensaio Clínicos dessa forma é evitar o viés (erro sistemático) quando se comparam respectivos efeitos de duas ou mais forma de tratamento. A validade dos Ensaio Clínicos depende da semelhança entre os pacientes tratados e os controles na distribuição de todos os determinantes do prognóstico, com exceção daquele que será testado. (FLETCHER; FLETCHER, 2006, p. 158).

Fletcher e Fletcher (2006) definem Ensaios Clínicos como estudos experimentais em seres humanos. Os Ensaios Clínicos são estudos semelhantes ao Estudo de Coortes, em relação às regras básicas para sua implantação, mas o maior mérito desse tipo de estudo está na observação do pesquisador em comparar cada resultado a fim de mitigar possíveis vieses da pesquisa. Esses Estudos Clínicos evoluem na hierarquia da Pirâmide de Evidências, porque seu local de pesquisa não é mais o controlado ambiente de laboratório. É importante reiterar que esses ensaios são realizados com o consentimento do paciente, ou Consentimento Informado. Fletcher e Fletcher (2006) enfatizam a necessidade do consentimento do paciente para participarem do estudo, porque alguns participantes (integrantes do grupo experimental) serão expostos à intervenção e outros participantes (integrantes do grupo de comparação) serão tratados igualmente, porém, sem a exposição à intervenção experimental.

Clotet (2005, p. 52) conceitua Consentimento Informado:

[...] consiste em uma condição indispensável na relação entre médico e paciente. Consentimento Informado é uma decisão voluntária, verbal ou escrita, protagonizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo, para a aceitação de um tratamento específico ou experimentação, consciente de seus riscos, benefícios e possíveis consequências.

Como mencionado anteriormente, há tipos de Pirâmide de Evidências que ainda estabelecem o sexto grau de evidência clínica. Neste nível, estão os Ensaios Clínicos Randomizados (ECR) e os Ensaios Clínicos não-Randomizados, o nível de *ECR com resultados definitivos*. Mais robustos ainda do que os ECR que não têm resultados definitivos.

A Revisão Sistemática e Metanálises

A prática da Medicina Baseada em Evidências visa a transformar as informações em conhecimento e torná-las aplicáveis à prática clínica. A utilidade desse conhecimento também está na segurança que ele oferece.

Para se apurar ainda mais essa segurança, existem pesquisas de revisão desse conhecimento descrito na Pirâmide de Evidências, que é formada desde o simples Relato de Caso até a Revisão Sistemática e Metanálises⁴. A Revisão Sistemática, “[...] assim como outros tipos de revisão, é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura

⁴ Este estudo considerará uma única categoria: Revisão Sistemática e Metanálises, porque seu objetivo é ilustrar a complexidade da Pirâmide de Evidências da MBE e não descer a fundo em temas epidemiológicos.

sobre determinado tema” (SAMPAIO; MANCINI, 2007, p. 84). Sua prática tende a colaborar com acurácia dos resultados, tornando-os mais confiáveis e seguros para tomadas de decisão médicas.

No topo da Pirâmide de Evidências estão as pesquisas mais complexas e rigorosas: Revisão Sistemática e Metanálises. Embora a pesquisa seja chamada de Revisão Sistemática e Metanálises, Sampaio e Mancini (2007) advertem para a incongruência no uso da terminologia. Os autores estabelecem a diferença entre as duas terminologias, enquanto a Revisão Sistemática depende da qualidade das fontes primárias (as primeiras pesquisas dispostas na Pirâmide de Evidências), as Metanálises seriam, na verdade, a análise da análise. Ou seja, um estudo mais amplo.

Galvão et al. (2004, p. 554) também concordam com a distinção entre os dois procedimentos.

Metanálise é um procedimento no qual métodos estatísticos são empregados para combinar e resumir os resultados de vários estudos. Esse procedimento é utilizado na abordagem quantitativa quando os estudos apresentam a mesma questão de investigação, usam a mesma população, administram a intervenção de maneira semelhante, mensuram os resultados da mesma forma e empregam a mesma metodologia na sua elaboração (delineamento de pesquisa).

Deve-se considerar a diferença entre Revisão Tradicional e Revisão Sistemática e Metanálises. Segundo Fletcher e Fletcher (2006, p. 241), a Revisão Tradicional é realizada por um especialista com bastante experiência na área de evidências e recomendações e ocupa posição de destaque entre seus pares na Academia.

A falta de estrutura das revisões tradicionais, contudo, pode esconder importantes ameaças à validade. Os artigos originais podem ser citados sem um relato claro de como foram identificados, levantando a hipótese de que eles possam ter sido seletivamente citados para apoiar um ponto de vista.

Galvão et al. (2007) evidenciam que a Revisão Tradicional para a área de Enfermagem, por exemplo, também padece de ausência de métodos.

A revisão tradicional da literatura há muito tempo vem sendo criticada, devido à ausência de métodos explícitos e rigorosa padronização das técnicas empregadas. Em resposta a essa situação, o desenvolvimento de métodos seguros para serem utilizados na Revisão Sistemática tem ocorrido de forma considerável. A metanálise

foi proposta por Glass, na metade da década de 1970, e adaptada para a Medicina, na década de 1980. (GALVÃO et al., 2004, p. 554).

A Revisão Sistemática e Metanálises para a área de Enfermagem são cada vez mais necessárias, pois a tomada de decisão na prática assistencial da própria da Enfermagem tem que está arrimada em resultados científicos capazes de mitigar erros. A aplicação de uma ou outra terapia pode ser benéfica ou insalubre ao paciente, segundo Galvão et al. (2004).

Em virtude das lacunas e dos vieses verificados pela tradicional Revisão da Literatura científica, os pesquisadores desenvolveram a Revisão Sistemática. Luiz (2002) revela que a Medicina e áreas afins são as que mais usam a Revisão Sistemática e Metanálises. O uso desse procedimento justifica-se pelo fato das áreas da Saúde ter como objeto valores morais e éticos dos sujeitos de pesquisa e os altos custos necessários para a realização dessas pesquisas.

As Revisões Sistemáticas e Metanálises advêm de questões clínicas específicas. Para Fletcher e Fletcher (2006) a utilidade dessas pesquisas está na qualidade científica dos estudos clínicos realizados anteriormente. Em geral, as Revisões Sistemáticas e Metanálises se voltam para os Estudos Clínicos Randomizados, que apresentam resultados discordantes sobre a mesma questão clínica.

Galvão et al. (2004) sugerem que o processo de Revisão Sistemática deve conter sete fases conforme a Figura 6:

Figura 6 – Fases do Processo de Revisão Sistemática

Fases	Procedimentos
Primeira Fase	Construção do Protocolo
Segunda fase	Definição da Pergunta
Terceira fase	Busca dos Estudos
Quarta Fase	Seleção dos Estudos
Quinta fase	Avaliação Crítica dos Estudos
Sexta Fase	Coleta de Dados
Sétima Fase	Síntese dos Dados

Fonte: Adaptado de Galvão et al. (2004, p. 551-553).

Fletcher e Fletcher (2006) exploram praticamente os mesmos elementos de uma Revisão Sistemática, porém, acrescentam a importância de “procurar por viés nos estudos selecionados; ‘descrever o estudo com uma figura (gráfico de floresta)’, calcular uma mediana

sumária de efeito e seu intervalo de confiança, no caso de haver estudos semelhantes.” Este último elemento é importante constar no ‘roteiro’ da Revisão Sistemática e Metanálises, uma vez que elas existem para comprovar a validade das pesquisas realizadas para a solução de determinada questão clínica (princípio da busca pela melhor evidência) a fim de que seu resultado possa ser aplicado com segurança.

A importância que a Academia dedica a esse tipo de pesquisa é tanta que existem cursos de Revisão Sistemática e Metanálises online.⁵ E alguns médicos defendem que a Medicina Baseada em Evidências deve ser encarada como uma forma de integração da experiência clínica com a capacidade do profissional de analisar as informações disponíveis para o aprimoramento do conhecimento científico.

3.4 SEGUNDO ELO DA CADEIA DE VALOR: PROFISSIONAL MÉDICO

O médico, o segundo elo dessa Cadeia de Valor proposta por este estudo, pode encontrar dificuldade de acesso ao conhecimento, porque os Periódicos Científicos têm-se tornado cada vez mais caros. No Brasil, existem duas iniciativas para mitigar o problema de acesso: o acesso livre (um movimento internacional, encapado pelo país, em favor do acesso livre à literatura científica periódica para todos os pesquisadores); a segunda iniciativa é o Portal Capes.

A iniciativa conhecida por acesso livre prega a publicação de periódicos cujos artigos são livremente acessíveis pela internet. Boa parte dos periódicos nacionais de todas as áreas adotou o acesso livre como, por exemplo, demonstra a SciELO, biblioteca eletrônica que disponibiliza periódicos nacionais e de outros países latino americanos em textos completos. Mas há um problema que interfere na adoção mais ampla do acesso livre, que é o prestígio dos periódicos. Mueller (2006, p. 33) problematiza a aceitação do acesso livre sob o ponto de vista de sua legitimação junto às comunidades científicas: “Essas iniciativas pioneiras [começo dos anos 90] não foram, de início, recebidas como formas legítimas de certificação

⁵ A Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) em oferecer um Curso de Revisão Sistemática e Metanálises voltado para profissionais médicos e outros profissionais interessados em proceder ao procedimento de Revisão Sistemática e Metanálise. O curso é on-line e gratuito, e está dividido em cinco módulos, com 12 aulas no total. Esse conteúdo aborda os conceitos gerais de Revisão Sistemática, orientas como elaborar, planejar, conduzir e como divulgar formalmente uma Revisão Sistemática. O curso, que está disponível há dez anos na página Unifesp Virtual, é uma iniciativa do Centro Cochrane do Brasil e do Laboratório de Ensino à Distância do Departamento de Informática da Saúde da Unifesp.

da Ciência e Comunicação científica.” Para a autora, essa postura refratária vem se transformando gradualmente em uma aceitação e, conseqüentemente na legitimação do conteúdo proveniente de publicações de acesso livre.

Mas o grande problema enfrentado por todos os pesquisadores é o acesso aos periódicos publicados pelas grandes editoras internacionais. Esses são, em geral, os periódicos mais conceituados pelas comunidades científicas. Embora alguns dos artigos publicados nesses periódicos sejam de acesso livre por iniciativas específicas de seus autores ou patrocinadores que pagam para que o público possa ter acesso livre a um determinado artigo, normalmente acesso aos artigos publicados por editoras comerciais exige pagamento, quer assinatura anual, que permite acesso aos volumes publicados no ano, ou compra de um artigo específico. A iniciativa do Portal de Periódicos da Capes consiste na assinatura, pela entidade, de um número elevado de títulos em todas as áreas. Esses títulos são então disponibilizados no Portal, permitindo o acesso aos professores e pesquisadores ligados às universidades federais e outras entidades. Segundo informações do próprio Portal (www.capes.gov.br), em 2011, foram oferecidos mais de 30.000 periódicos com texto completo. O Portal ainda informa que nesse ano o número total de acessos ultrapassou os 76 milhões de acessos, uma média de pouco mais de 209 mil acessos diários. Na Cadeia de Valor das informações científicas persiste a lógica de mercantilização da informação. O acesso livre tem progredido, mas não o suficiente para uma cobertura necessária. Monbiot (2011) abre debate acerca do monopólio das grandes editoras de periódicos científicos como Elsevier, Springer e Wiley-Blackwell. Essas três editoras respondem juntas por 42% do mercado da publicação científica mundial.

Nesse panorama, a inserção do médico na CV pretende estabelecer um paralelo com o segundo princípio da MBE: a habilidade clínica. Ou seja, o discernimento do uso dos conhecimentos clínicos para identificar a doença do paciente e adotar o melhor esquema terapêutico.

Sampaio e Mancini (2007, p.84) defendem o conceito de Prática Baseada em Evidência (PBE) e atribuem a ele “[...] o uso consciente, explícito e criterioso da melhor e da mais atual evidência de pesquisa na tomada de decisão para o cuidado com os pacientes.” Os autores contribuem para a discussão ao suscitarem que, na busca pela melhor evidência

científica, o clínico deve ter em mente que o fato de determinado artigo ou estudo ter sido publicado em um periódico indexado, de razoável respeitabilidade, não assegura a possibilidade dos resultados desse estudo não apresentar erros de metodologia ou até mesmo conter viés ideológico ou mercadológico.

Tal preocupação é válida, pois a busca por evidências em estudos com falhas estruturais ou limitações metodológicas pode enviesar a tomada de decisão do clínico, levando-o a agravar a situação clínica do paciente.

A análise de evidências de pesquisa exige dos profissionais novos conhecimentos e habilidades para capacitá-los a ter autonomia na avaliação crítica das informações científicas que serão utilizadas para diminuir as incertezas das decisões tomadas na clínica. (SAMPAIO; MANCINI, 2007, p. 85).

O médico tem por necessidade estar atualizado com os estudos científicos relativos à sua área. Para Cruz (2011) as pesquisas são importante fator para tomada de decisão clínica e colaboram com a produção de conhecimento sobre o comportamento de determinadas doenças e seus métodos diagnósticos.

Afora da pesquisa científica, os médicos contam com outras estratégias de atualização como os eventos médicos (congressos, simpósios, jornadas etc.). Esses eventos podem ser realizados (i) pelas sociedades de especialidades médicas, (ii) pelo Governo (um dos maiores indutores de pesquisa científica no Brasil) ou (iii) pela Indústria Farmacêutica, que propõe canais de aperfeiçoamento profissional, como lançamento de produtos, novas apresentações de medicamentos já consagrados, eventos satélites aos eventos promovidos pelas sociedades de especialidades médicas. Veloso (2005) crítica esses eventos e acredita que eles podem realizar a “demarcação entre Ciência e pseudociência”, quando há a presença de um agente voltado para a comercialização.

3.5 TERCEIRO ELO DA CADEIA DE VALOR: PACIENTE

Obedecendo ao critério inicial de estabelecer um paralelo entre os princípios da MBE e os elos da Cadeia de Valor, evidencia-se nesta subseção o terceiro princípio, os valores e expectativas do paciente. Para entender quais são os valores do paciente, esta investigação

ateve-se ao conceito de autonomia e de crenças do indivíduo. Muñoz e Fortes (1998) relembram que o termo autonomia tem sua formação a partir do grego “auto” (próprio) e “nomos”, algo como norma, regra. Em outras palavras é a capacidade do indivíduo de tomar suas próprias decisões em todos os sentidos, inclusive no que se refere a sua saúde. É ele quem decide o que é bom para si. Ainda em Muñoz e Fortes (1998) esse princípio bioético da autonomia é recente, como o movimento de defesa dos direitos fundamentais à saúde, iniciado na década de 1960.

No entanto, para que o paciente possa exercer sua autonomia, ele deve estar plenamente informado dos benefícios e malefícios que determinada terapêutica ou fármaco pode imputar a sua integridade física e mental. Com base nessas informações ele deverá submeter ao escrutínio de seus valores e expectativas. Que são valores e expectativas de um paciente? É tudo aquilo que ele compreende e tudo aquilo que ele espera da intervenção. Esses aspectos devem ser considerados pelo médico na sua tomada de decisão pela aplicação de determinada terapêutica, que apenas existe ou foi desenvolvida para servir ao paciente. O paciente traz consigo suas crenças e conhecimentos. Em suma, para a MBE, “[...] os valores do paciente referem-se às preferências particulares, preocupações e expectativas que cada paciente traz à consulta e que devemos integrar nas decisões clínicas, se lhe forem úteis.” (SACKETT et al., 2003, p. 19).

Além das informações prestadas no consultório, o paciente, terceiro elo da Cadeia de Valor, pode buscar as informações do seu interesse, nos mais diferentes lugares, desde o Google até portais mantidos pelo Governo como é o caso das bibliotecas virtuais em Saúde, uma inovação tecnológica, graças à iniciativa do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), que torna disponível a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde.

3.6 ELO DA CADEIA DE VALOR: FOMENTO À PESQUISA

O quarto elo da Cadeia de Valor é o Fomento a Pesquisa, representado pelos maiores indutores de pesquisa: o Governo e a Indústria Farmacêutica. Observe-se que, conforme o Modelo de Porter, a cadeia é cíclica, pois como indutor de pesquisa há necessariamente uma retroalimentação para evolução de novas pesquisas.

Estudo do BNDES (2003) reafirma a definição preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de que saúde é o estado completo de bem-estar físico, mental e social, não apenas como ausência de enfermidade. Torna-se, portanto, uma necessidade básica da espécie humana e, por conseguinte, configura um valor para quem não a tem ou a tem parcialmente. Estabelece-se aí a lógica de troca: uma demanda que pode ser atendida por quem pode ofertá-la.

Silva (2007) defende a discussão do setor Saúde baseado em suas especificidades: direito social, mercadoria, espaço de inovação tecnológica e acumulação de capital.

Para demonstrar sua característica de direito social, o Estado brasileiro defende o acesso universal à saúde, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que pretende garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado. Por outro, verifica-se que ainda não há a universalidade de acesso. Enquanto a equação da universalidade de direito não se resolve por conta da demanda crescente e dos recursos finitos.

A saúde também é percebida como mercadoria e negócio rentável. Somente em 2003, a Indústria Farmacêutica mundial movimentou US\$ 400 bilhões, sendo que os medicamentos mais vendidos no mundo responderam por pouco mais de 10% desse total (US\$ 44,9 bilhões), destacando-se medicamentos voltados para o tratamento do colesterol elevado (hipercolesteremia), ou seja, doença crônico-degenerativa (BNDES, 2003).

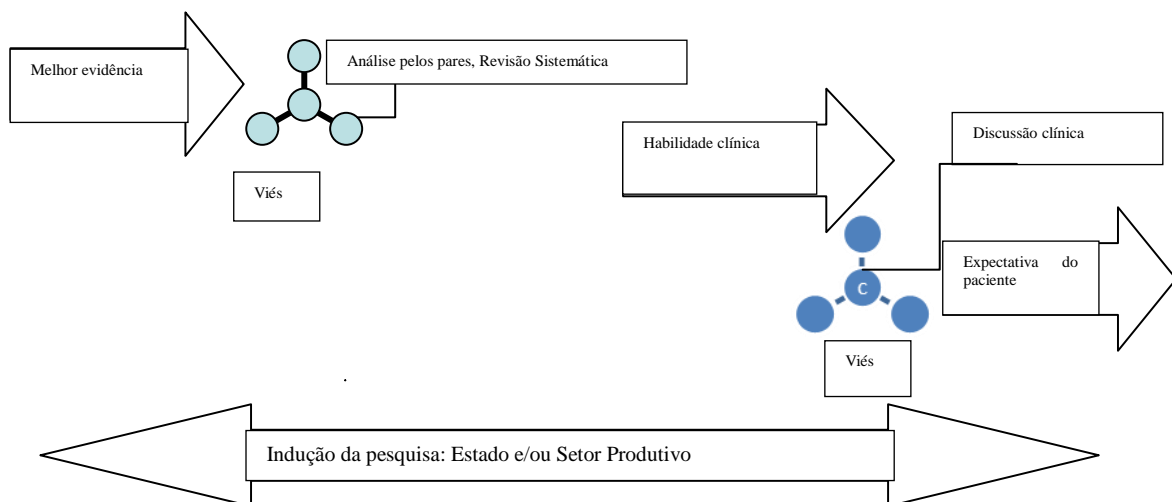
A Indústria Farmacêutica é um dos componentes que possui destacada participação nesta Cadeia de Valor, pelos valores que ela gera. Paula (2001) constata que a Indústria Farmacêutica global representava 33% da produção de químicos, algo em torno de US\$ 280 bilhões. Destaque deve ser dado para os Estados Unidos, Europa e Japão, em uma série histórica entre 1970 e 1996.

Em outro estudo, Menegatti (2006) registrou que esse mercado, em 2005, quase dez anos mais tarde, chegou a movimentar US\$ 602 bilhões ainda com destaque para o mercado norte-americano, que respondeu por 47%, seguido da América Latina que apresentou uma taxa de crescimento. Essas cifras garantem ao setor Farmacêutico um lugar entre os quatro mais rentáveis mercados globais.

Nesses dois momentos: antes da institucionalização acadêmica da MBE (1970-1996) e após sua institucionalização acadêmica (2005), esta investigação destaca, além da natural inovação tecnológica, um aumento de pesquisas clínicas e de sua publicidade nos meios a elas destinados. Tal fator gera entre os profissionais de Saúde uma necessidade por atualização.

No esquema proposto há uma discussão de validação, entre o primeiro e segundo elos da Cadeia de Valor e deste segundo com o terceiro elo, há outra discussão quanto à validação da pesquisa. Ou seja, o momento de proposição de esquema terapêutico existe a possibilidade de viés, advinda do quarto elo, aquele responsável pelo Fomento à Pesquisa. A partir desses dois momentos, esta investigação, motivada pelas características da MBE, debate a possibilidade de estratégia na EMC e como ela ocorre no Brasil.

Figura 7 – Cadeia de Valor da Medicina Baseada em Evidências



3.7 A BIBLIOTECONOMIA E A CADEIA DE VALOR DA MBE

A Biblioteconomia é outra área do conhecimento que advoga a divulgação da prática da MBE, como forma de qualificar a informação, por mecanismos como indexação, acesso a bases de dados on-line, disponibilidade e acessibilidade de produtos e serviços interativos de bibliotecas (BLATTMANN, 2005).

Entendendo Biblioteconomia como a atividade de organização, busca, indexação da produção de conhecimento, pode-se indicar a mediação do bibliotecário na Cadeia de Valor da

MBE. O campo de atuação do desse profissional é muito amplo porque, além de diferentes instituições, ao ingressar no mercado de trabalho, ele pode atuar em áreas específicas do conhecimento, que requerem habilidades e competências também específicas para o seu desempenho (BERAQUET et al., 2009).

A Medicina, independentemente, de seu matiz, também é uma área propícia à inclusão de bibliotecários nessa Cadeia de Valor, desde que haja propensão pessoal para a pesquisa e formação adequada. A MBE asseverou ainda mais a necessidade de os médicos de atualizar-se para entender os novos cenários que se lhes apresentam com o surgimento de novos agentes etiológicos, a busca pelo seu combate e o surgimento de novas terapêuticas, além do simples acompanhamento da evolução da Ciência a serviço da saúde.

3.8 CRÍTICAS À MBE

Do outro lado da MBE existem os estudiosos críticos à prática e que alegam que ela nada mais é do que uma sistematização. Apesar de reconhecerem a utilização crescente da Medicina Baseada em Evidências, Castiel e Pova (2001, p. 207) levantam críticas e suscitam debates sobre a matéria no meio acadêmico.

Por exemplo: ‘evidências’ muitas vezes são incompletas e contraditórias; aumento da incerteza quando múltiplas técnicas estão associadas com estratégias clínicas; relativo distanciamento da MBE das preferências dos pacientes; a transposição de estudos feitos em grupos populacionais para casos particulares ou individuais é um desafio; MBE é impraticável ou impossível em muitas situações de emergência; ‘evidências’ podem não ser encontradas para muitas situações clínicas em sua especificidade; a problemática integração da MBE com a experiência clínica.

A preocupação de Castiel e Pova (2001) fundamenta-se em aspectos filosóficos, dos quais não se pode escapar para o entendimento e absorção de um novo paradigma. Para eles, da forma como é praticada, a Medicina Baseada em Evidências é incompetente em reforçar o vínculo da relação médico-paciente, uma vez que sua prática preocupa-se cada vez mais com os achados de pesquisa impessoais que encaminham as decisões configuradas pelos resultados obtidos pelo instrumental técnico da MBE, não priorizando o diálogo o triângulo: médico - MBE - paciente, ainda que ocorra o diálogo entre o médico e o paciente.

Castiel e Pova (2001) saúdam a publicação, em maio de 2000, em que David Sackett, um dos integrantes do grupo que preconizou a MBE como paradigma da Medicina. Na publicação de um artigo no *British Medical Journal*, ele renunciava a continuar propagando temas afeitos a MBE, por considerar que os excessos advindos, em que muitos *experts* no campo da MBE advogavam a tendência ideológica a que estavam ligados.

Esta investigação não tem o propósito de questionar a ideologia dos integrantes da Cadeia de Valor. Contudo, deve-se perguntar quem são e como esses *experts* consideram a MBE? A pergunta ajuda-nos a discutir a produção científica e suas consequências para o futuro da Medicina Baseada em Evidências e, por conseguinte, para o aperfeiçoamento do profissional de saúde.

4 EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA PODE SE SERVIR DA MBE?

4.1 EDUCAÇÃO E SEUS CONCEITOS NA PERSPECTIVA DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Não importa em qual cultura o ato de educar esteja sendo praticado, ele é um ato político, pois para a Sociologia não há técnicas educacionais neutras. Esta investigação vai considerar o aspecto sociológico da MBE.

A Educação inclui uma técnica de transmissão do saber e do valor efetua-se normalmente pela intermediação institucional. Para Durkheim citado por Boudon (1996), a Educação é um fenômeno social fundamental, porque é a partir dele que se cria a imagem do educando, ou seja, do sujeito/objeto do ato educativo. “Em suma a Educação é uma socialização da geração mais jovem embora existam correntes que defendam que a Educação educa para pátria, mas também para a humanidade.” (DURKHEIM, 2011, p. 42).

Portanto, o termo Educação, nesta dissertação, fundamenta-se na sua acepção epistemológica primeira: a transmissão de novos conhecimentos. E o sujeito/objeto dessa transmissão não é a criança idealizada por Durkheim, mas, profissionais de Saúde (médicos, enfermeiros entre outros) com conhecimentos adquiridos pela formação acadêmica necessária para o exercício legal da profissão e/ou que tenham algum PICO a ser respondido para o exercício de sua profissão.

Para entender a transferência de informação como processo social de EMC, é prudente discutir algumas reflexões de Durkheim (2011) sobre Educação. O autor contrapõe os pensamentos de três outros pensadores: Stuart Mill, para quem a Educação é o resultado do que fazemos por nós mesmos aliado àquilo que os outros fazem por nós com o objetivo de nos elevar à perfeição; James Mill advoga a Educação como instrumento de felicidade individual e para a coletividade. Já a percepção kantiana observa que o objetivo da Educação é desenvolver em cada indivíduo toda a perfeição da qual ele é capaz.

Essa contraposição de pensamentos apresenta um objetivo comum: a perfeição. No entanto, o próprio significado de perfeição é relativo conforme a sociedade em que ela é

entendida. Durkheim (2011) faz um rápido levantamento de momentos históricos em que a Educação (fato social) variou no tempo e em espaços: na sociedade helênica e latina, ela tinha por objetivo a subordinação do indivíduo à sociedade, a fim de que dela ele se sentisse pertencente; no Medievo, sua função era extremamente cristã, portanto subordinada a uma ideologia religiosa, que foi se arrefecendo com o espírito mais laico da Renascença.

Hoje, a Ciência patrocina a Educação como a entendemos. O sociólogo ainda reflete que, embora os momentos históricos subsequentes rechaçassem a posição hegemônica anterior, todos contribuíram com suas práticas para o que *está* válido atualmente. Donde, há uma Educação ideal, porém válida para cada estágio histórico da sociedade.

[...] o padrão de vida, o mínimo ao qual podemos consentir, varia infinitamente de acordo com as condições, os meios e os tempos. O que ontem achávamos que era suficiente nos parece hoje não estar à altura da dignidade humana, tal como a sentimos no momento presente, e tudo leva a crer que nossas exigências neste ponto só farão aumentar. (DURKHEIM, 2011, p. 47).

4.2 A NECESSIDADE DE RECICLAR OS CONCEITOS CONTINUAMENTE

A Sociedade da Informação,⁶ como já parece ser definida a atual Era, é caracterizada por um desenvolvimento científico e tecnológico consistente. Essa tendência, por seu turno, impulsiona a expansão dos saberes nas mais diversas áreas do conhecimento. Esse somatório de conhecimentos impacta nos aspectos individuais, interpessoais e profissionais.

O desenvolvimento científico-tecnológico, no campo das áreas médicas, trouxe novas abordagens como é o caso da MBE que reflete a necessidade de aprimoramento profissional para possibilitar o acompanhamento dessa expansão de conhecimentos.

Segundo a OMS (1982), a Educação Continuada dos profissionais de Saúde é um processo contínuo que vem somar-se à Educação Inicial. Pinho (1994) principia a discussão sobre a Educação Médica Continuada afirmando que não é um objetivo pessoal, mas um meio para atender às demandas de saúde da população.

⁶ Atribui-se a ao economista Fritz Machlup a criação do termo , quando começou a estudar o efeito das patentes na pesquisa, em 1933. O resultado do seu estudo foi a publicação do livro *The Production and Distribution of Knowledge in the United States* (A produção e Distribuição de conhecimento nos Estados Unidos).

Independentemente de como é expressa: Educação Continuada, Educação Contínua, Educação Permanente entre outras expressões, a EMC tem o objetivo de continuar a formação do profissional frente ao inexorável desenvolvimento científico-tecnológico. Pinho (1994) resgata o conceito que começou a ser difundido no Brasil, pela *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (Unesco), a partir de 1965 com a publicação de dois livros de autoria do consultor da entidade Pierre Furter: “Educação e vida” e “Educação e reflexão”. Essas publicações definem o marco efetivo na literatura educacional nacional. Pinho (1994) atribui a Trigueiro (1969) a primeira definição do termo Educação Continuada no Brasil, no texto “Um novo mundo uma nova Educação”, em que o autor situa a proposta da Educação Permanente na sociedade do conhecimento indispensável para o desenvolvimento profissional e estímulo para entender os desafios na nova sociedade.

Além disso, Trigueiro (1969) defende que a nova abordagem possibilita um sistema aberto em que interagem a escola e a sociedade, sempre em mutação. E apresenta, em uma perspectiva de renovação do sistema educacional vigente à época, a Educação Permanente como *única* saída para conjugar o ensino escolástico, que forma os profissionais para a atividade com a integração das ações humanas, como comportamento cívico, cultural e político.

O problema crucial do ensino superior nos dias atuais consiste em estabelecer relações adequadas entre a qualidade e a quantidade. Pois a qualidade não abre mão de sua exigência intrínseca, mas a quantidade acompanha as mudanças da civilização: no caso da nossa, ela corresponde à massa, como categoria básica da estrutura social. (TRIGUEIRO, 1969, p. 5).

Os textos de Trigueiro (1969) refletem o momento histórico do país na década de 1960. Essa característica histórica torna sua produção datada se comparada ao entendimento do processo educacional contínuo entendido atualmente. A Educação Continuada pressupõe uma interação do processo de aprendizado formal (formação profissional compatível para o exercício da profissão) com outros dois aspectos: a expansão do conhecimento científico-tecnológico e o processo dinâmico da mudança da sociedade para o melhor exercício da atividade laboral.

Rodrigues citado por Pinho (1994) esclarece que há muitas maneiras de concretizar o processo de Educação Continuada: autoestudo, eventos científicos (conferências, seminários,

palestras, jornadas etc.), cursos de curta duração para atualização de conhecimentos, cursos de média duração para aprofundamento de conhecimentos voltados para aspectos concretos da especialidade profissional, cursos de longa duração para desenvolvimento de conhecimentos, treinamentos, cujo enfoque é prática quotidiana.

4.3 EDUCAÇÃO CONTINUADA OU EDUCAÇÃO CORPORATIVA

O conceito de Educação Corporativa (EC) surgiu em 1955 com a criação da Controville, a universidade corporativa da empresa *General Electrics*, onde, segundo Quartiero e Bianchetti (2006) eram desenvolvidas estratégias com o objetivo de fornecer a informação mais adequada à formação institucional. Deve-se ressaltar, entretanto, que, embora a EC seja institucionalizada, ela está fora do ambiente acadêmico.

A Educação Corporativa

[...] procura atingir todas as pessoas que se relacionem com seus produtos ou sejam destinatárias de seus serviços, incluindo desde os que concebem/planejamos, os produtores/funcionários e os fornecedores até a outra ponta da cadeia produtiva, o consumidor. Para além dos funcionários que ‘vistam a camisa da empresa’, de arautos divulgadores das virtudes dos produtos/serviços e de consumidores dispostos a consumir, busca-se, via EC, a fidelização de todos, a fim de se garantir que os indicadores de produção e lucro da empresa mantenham-se indefinidamente em ascensão. (QUARTIERO; BIANCHETTI, 2006, p. 113).

Esses dois conceitos: Educação Continuada e Educação Corporativa, a princípio, têm em comum o aperfeiçoamento da mão de obra. Para Depieri (2006), ambos os conceitos parecem ter o mesmo propósito, na medida em que defendem que a criação e a transmissão do saber não estão encerradas no ambiente escolar. Para ele, tanto o Estado e a sociedade civil são responsáveis pela atualização da mão de obra, e devem conferir-lhe capacitação profissional e outras iniciativas.

A atribuição legal do Estado está clara na Carta Magna de 1988. O importante é identificar quais são os atores da sociedade civil que também possuem a prerrogativa de fomentar a continuidade da educação do seu grupo e com quais interesses essa prerrogativa é cumprida.

Como abordado, a formação continuada ou perene é um imperativo para a atualização profissional das áreas do conhecimento humano e seus públicos-alvo são os adultos com conhecimentos prévios e/ou atuação profissional. O objetivo desse processo é manter um nível de desenvolvimento científico-tecnológico no âmbito pessoal e institucional, ou seja, um desenvolvimento que garanta a proeminência e protagonismo da área do saber para, assim, colaborar com o desenvolvimento humano.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, citada por Pinho (1994), caracteriza-se como Educação Contínua o processo educacional que apresenta características de (i) universalidade, ou seja, a ação deve contemplar todos os profissionais da área; (ii) análise de necessidade, que, em outras palavras, é o acompanhamento da evolução advinda da própria área do conhecimento; (iii) continuidade, a ação de educação não pode ser pontual, mas deve ter uma característica contínua acompanhando sempre o desenvolvimento humano; (iv) coordenação interna, sempre que possível deve-se favorecer as necessidades dos serviços às possibilidades de produção de conhecimento das instituições; e (v) relação com outros sistemas, sejam prestação de serviços ou formação de recursos humanos ou a interdisciplinaridade.

Outra forma de Educação válida ocorre quando as corporações assumem o compromisso de manter sua força de trabalho atualizada. Nessa medida, estão embutidas as características da Educação Corporativa, cujos públicos-alvo são semelhantes aos da Educação Continuada (adultos com experiência prévia e com experiência profissional), porém o objetivo é assegurar a atualização profissional da área de interesse da corporação. A Educação Continuada e a corporativa têm em comum a atualização pessoal e profissional, mas diferem-se quanto à maneira como essas duas modalidades promovem a atualização.

Enquanto a Educação Corporativa é fornecida em espaço distinto do acadêmico e visa a atingir àqueles que têm um envolvimento com serviços/produtos da corporação, a Educação Continuada “[...] tem como princípio básico sua interação com o social, em um processo dinâmico e *flexível*” (PINHO, 1994, p. 24, grifo nosso). Esse caráter flexível pressupõe que a Educação Continuada respeita o processo de discussão do educando, desobrigando-o de apenas reproduzir os objetivos da corporação.

Outra diferença reside na característica da universalidade, proposta pela OMS (1982). A ideia de corporativo, em si, já exclui todos os elementos que não estão compreendidos pelos limites físicos e intencionais da corporação. Embora os espaços físicos das universidades corporativas sejam imponentes e prestem formações de atualização, seu propósito de existência não se coaduna com o princípio da universalidade acadêmica. Chauí (2003) relembra que a razão de ser de uma universidade é que ela seja uma instituição social, voltada à prática de difusão social do ensino.

Diante dessas diferenças de promoção de atualização, parece mais fácil distinguir o objetivo de cada uma das formas de Educação, em função do *modus operandi*, mas não em função de seu público-alvo. “Uma vez definido o objetivo da Educação, é preciso buscar definir como e em que medida é possível atingi-lo, ou seja, como e em que medida a Educação [perene, contínua] pode ser eficaz.” (DURKHEIM, 2011, p. 65). Esse ponto está presente em cada um dos quatro elos presentes na Cadeia de Valor da Medicina Baseada em Evidências, aqui proposta.

Abaixo, na Figura 8, estabelece-se uma comparação entre as formas de abordar a atualização médica e seu impacto na MBE.

Figura 8 – Comparação de Atualização Médica

Educação Continuada	Educação Corporativa	MBE
Universal	Restrita às áreas de interesse	Busca da melhor evidência clínica
Analisa as necessidades individuais e da comunidade	Analisa as necessidades do negócio	Expectativa do paciente
Contínua	Visa obter respostas para as atividades-fim	Busca da melhor evidência clínica/Fomento à pesquisa
Coordenação entre instituições de ensino e serviços	Ocorre fora do mundo acadêmico e não tem coordenação com as necessidades do serviço	Busca da melhor evidência clínica/Expectativas do paciente
Relação com os serviços e adequação dos RH para desempenhá-los	Proposição de seus interesses aos serviços	Habilidades clínicas

Fonte: Elaborado pelo autor (2012).

Dos cinco pontos propostos pela OMS (1982) como característica de Educação Continuada e pelas observações que a Revisão da Literatura proporcionou, observa-se que a característica *Contínua* e *Visa obter respostas para as atividades-fim* possuem relação com os princípios da MBE, mas também estabelecem uma relação com o viés, que pode delimitar o esforço do fomento, a depender do interesse da pesquisa. Os demais pontos da Educação Continuada encontram estreita relação com os princípios da MBE.

Este estudo não julga qual atualização profissional mais adequada para o profissional médico. Pretende-se com esta investigação identificar qual é a estratégia de atualização médica é adotada pelo Brasil. Há de se reconhecer a importância que a Educação Corporativa tem na modernização das práticas de trabalho, principalmente, a partir dos anos de 1980-90 no país. Nesse momento histórico, o setor produtivo via-se ante os desafios como globalização da economia, retomada brasileira da democracia e, por conseguinte, a reformulação do modelo econômico legado resultante do período compreendido entre 1964 e 1985. Depieri (2006) reflete que a premência da modernização das práticas de produção e da necessidade de qualificação da mão de obra eram os pontos que o Estado não estava estruturado para patrocinar. Sendo assim, o setor Produtivo chamou para si a responsabilidade de prover qualificação para a mão de obra para acompanhar a economia e absorver os avanços científico-tecnológicos.

Porém há determinadas áreas do conhecimento humano que devem ser trabalhadas em um ambiente republicano, como é o caso da Saúde.

Vista como uma instituição social, cujas mudanças acompanham as transformações sociais, econômicas e políticas, e como instituição social de cunho republicano e democrático, a relação entre universidade e Estado também não pode ser tomada como relação de exterioridade, pois o caráter republicano e democrático da universidade é determinado pela presença ou ausência da prática republicana e democrática no Estado. Em outras palavras, a universidade como instituição social diferenciada e autônoma só é possível em um Estado republicano e democrático. (CHAUI, 2003, p. 6).

A Saúde é um setor que gera riquezas, mas seus avanços devem ser universais. “É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.” (ALMA-ATA, 1978, art. IV). Daí o cuidado de não a inserir como mais um elo na Cadeia de Valor da MBE, porque é ela a razão da Cadeia de Valor, a Saúde não deve limitar-se a posições ideológicas de um Governo, tampouco à lógica de mercado,

ainda que seja o Governo e a Indústria os atores da sociedade os mais relevantes indutores do Fomento à Pesquisa.

O consenso da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários com a Saúde (1978, p. 9) determina que “[...] evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da Pesquisa Social, Biomédica e de serviços de Saúde e da experiência em Saúde Pública.”.

Entre esses resultados das pesquisas e dos programas de perenização do conhecimento deve-se dar igual importância para a Educação para a Saúde, ou seja, o compromisso natural de transferência de informação para os mais carentes, a fim de mitigar a morbidade e a mortalidade resultantes de doenças.

4.4 A EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA A SERVIÇO DO PACIENTE

A partir de agora, esta dissertação aborda o terceiro princípio da Medicina Baseada em Evidências: as expectativas do paciente. Manderscheid (1994) considera alguns pontos para que essa nova informação seja compreendida e aceita pelo paciente, uma vez que o médico e/ou profissional de Saúde assume a função de porta-voz dessa nova fonte de informação.

Para o autor, o médico, detentor da nova informação deve considerar a experiência pessoal do paciente e gerenciar suas crenças quanto ao que pode ser feito na sua situação e demonstrar que as dificuldades podem ser superadas, mas que há limites de superação.

Para difundir a informação, o segundo passo que o médico deve seguir é conhecer se o paciente tem relatos de pessoas que vivem situações semelhantes a sua e como essas pessoas lidam com o problema, a fim de reforçar formas positivas e alertar quanto ao uso errado de enfrentamento dos problemas. O médico agora se encontra na condição de educador e deve exercer a persuasão verbal e assim estimular a autoconfiança do paciente para manter-se no tratamento.

Por fim, o acompanhamento clínico do paciente subsidia o médico para a avaliação da informação que foi passada, se ela surtiu efeitos positivos ou negativos na condição clínica do paciente. Esse acompanhamento, a depender dos resultados, pode evoluir para um Relato Clínico e ser passível de publicação em um Periódico Científico para o compartilhamento com os pares.

5 A PESQUISA

5.1 TIPO DE PESQUISA

Neste capítulo, descrevem-se os procedimentos metodológicos desta investigação sobre o uso da Medicina Baseada em Evidências como estratégia de Educação Médica Continuada no Brasil. Para tanto, a investigação valeu-se da pesquisa qualitativa, com o uso da técnica da entrevista aberta, com médicos e bibliotecários envolvidos com os segmentos relacionados à MBE.

A pesquisa qualitativa foi de caráter descritivo para identificar a correlação entre os princípios da MBE e a EMC, por intermédio de entrevistas com especialistas na área, a fim de validar o conteúdo.

Malhotra (2001, p. 305) defende esse procedimento e o define como uma técnica “[...] em que o pesquisador confia em seu julgamento e elege pessoas e, assim, decide os elementos que serão pesquisados, ou seja, a amostra é feita por conveniência e julgamento.” No entanto o autor alerta para a existência de desvantagens como tendenciosidade da seleção e baixa representatividade do universo.

Como é sabido o uso de técnicas de pesquisas qualitativas suscitam discussões sobre sua validade. Dentro da compreensão de Gaskell (2002), são necessários dois aspectos para a implementação da pesquisa qualitativa: a elaboração de tópico guia e a seleção de indivíduos, ao invés de levantamento amostral. O tópico guia, embora seja uma parte crucial para o processo de pesquisa, por conter as intenções do pesquisador, não deve se constituir em único caminho.

O tópico guia é, como sugere o título, um guia, e não nos devemos tornar escravos dele, como se o sucesso da pesquisa dependesse só disso. O entrevistador deve usar sua imaginação social científica para perceber quando temas considerados importantes e que não poderiam estar presentes em um planejamento ou expectativa anterior, aparecerem na discussão. Isto deve levar à modificação do guia para subseqüentes entrevistas. Do mesmo modo, à medida que uma série de entrevistas for acontecendo, alguns tópicos que estavam anteriormente na fase de planejamento, considerados centrais, podem se tornar desinteressantes, até mesmo devido a razões teóricas, ou porque os entrevistados têm pouca coisa ou nada a dizer sobre eles. Finalmente, à medida que o estudo progride, o entrevistador pode criar novas hipóteses, exploradas como uma forma diferente de investigação. (GASKELL,

2002, p. 68).

O termo seleção de amostra acomoda-se a este tipo de pesquisa, por não exprimir conotação estatística, uma vez que os sujeitos desta investigação foram identificados entre especialistas no tema MBE e EMC, com o intuito de conhecer o posicionamento desses atores sobre a possibilidade de a MBE ser uma estratégia para o ensino continuado dos médicos, com mediação do bibliotecário, no Brasil. Dessa forma a seleção de poucos sujeitos de pesquisa também se mostrou adequada. Como assinala Gaskell (2002), a acurada seleção dos respondentes, a partir de sua experiência, confere ao pesquisador a segurança de que toda a gama de pontos de vista foi explorada não necessitando entrevistar outros membros do meio social.

A pesquisa descritiva, com base no tópico guia, foi utilizada em dois momentos. No primeiro, para conhecer as opiniões dos entrevistados quanto à natureza paradigmática ou não paradigmática da MBE. No segundo momento, a pesquisa procurou verificar opiniões sobre a necessidade de normatizar a Educação Médica Continuada.

5.2 INFERÊNCIAS SOBRE AS ENTREVISTAS

Bardin (2011) identifica seis maneiras de analisar as falas dos entrevistados: (i) rigor e descoberta, (ii) campo, (iii) descrição analítica, (iv) inferência, (v) AC e a linguística e (vi) AC e a análise documental. Esta investigação vai adotar a inferência, pela natureza não probabilística por conveniência da amostra (seleção). A inferência propicia conhecer as realidades subjacentes do código (entrevista) e trazer à tona se a amostra selecionada oferece subsídios para responder o problema de pesquisa proposto.

Tal como um detetive, o analista trabalha com *índices* cuidadosamente postos em evidência por procedimentos mais ou menos complexos. Se a *descrição* (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a *interpretação* (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra. (BARDIN, 2011, p. 45, grifo do autor).

5.3 OS OBJETIVOS E A SELEÇÃO

A amostra deste estudo caracterizou-se por uma seleção proposital e não randômica. Mattar (1996) conceitua este tipo de amostra de não probabilística por julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo. A opção por esses sujeitos procedeu aos seguintes objetivos e sujeitos, conforme Figura 9:

Figura 9 – Objetivos e Sujeitos

Objetivos	Sujeitos
Perceber a opinião dos especialistas acerca dos princípios da MBE, no âmbito da atividade médica acadêmica e na atividade clínica.	Doutor em Clínica Médica pela UFRGS. Coordenador de Diretrizes Clínicas e do Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Presidente da Câmara Técnica da Medicina de Família e Comunidade. Presidente da Associação dos Médicos e Odontólogos do Grupo Hospitalar Conceição e Um médico de família.
Conhecer a opinião dos especialistas sobre a necessidade de inserção do bibliotecário na Cadeia de Valor proposta por este estudo para a MBE.	Líder de área da Biblioteca da Rede Sarah, em Brasília com Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (2002). Bibliotecária-chefe do Conselho Federal de Medicina (CFM).
Conhecer a opinião de setores do Governo (segundo representante da área de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde) quanto à aplicação da MBE na estruturação de diretrizes e políticas públicas.	Médico-chefe do serviço de Epidemiologia da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde, à época, atualmente é Chefe do Núcleo de Doenças Imunopreveníveis – Secretaria de Estado da Saúde do DF.
Conhecer a posição do agente fiscalizador quanto ao uso da MBE na atualização médica dos profissionais de Medicina.	Presidente do Conselho Federal de Medicina.
Entender como ocorre a atualização médica, a partir do marco legal.	Presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia (sociedade de especialidades), Membro da Comissão Científica da Sociedade Brasileira de Cardiologia do Rio Grande do Sul.

Fonte: Elabora pelo autor (2012).

O objetivo do primeiro sujeito de pesquisa era conhecer o panorama acadêmico da MBE no Brasil. Já a seleção do segundo sujeito de pesquisa, o médico de família, serviu para observar se os princípios “valores do paciente” e “habilidade clínica”, preconizados pela MBE, estão presentes no serviço de Saúde. Os dois sujeitos de pesquisa trabalham na mesma instituição e possuem experiência no exercício da Medicina. Suas opiniões sobre o caráter paradigmático da MBE também criariam oportunidade de debate acerca da possibilidade de a MBE ser uma estratégia de ensino no Brasil.

Os terceiro e quarto sujeitos de pesquisa, respectivamente, foram bibliotecárias da Rede Sarah e do Conselho Federal de Medicina (CFM). Foram selecionadas para averiguar o quanto o princípio da “busca pela melhor evidência” poderia ser praticado pela mediação de um bibliotecário ou outro profissional da informação.

A seleção do representante do Governo (quinto sujeito de pesquisa) cumpriu o objetivo de conhecer a posição do Estado ante a MBE, considerando que o Governo, ao lado da Indústria Farmacêutica, é um dos maiores indutores de Fomento à Pesquisa (ação imprescindível para a aplicação da MBE).

As entrevistas com dois últimos sujeitos de pesquisa: o presidente do CFM e o representante de uma sociedade de especialidades forneceram insumos para que esta investigação verificasse como é desenvolvida é realizada a atualização dos médicos no país. Vale observar que a seleção dos sujeitos, nesta fase da investigação, poderia deter-se apenas ao presidente do CFM, como porta-voz do órgão que regula exercício da ético-profissional da Medicina; suas opiniões acerca do problema de pesquisa formulado foram exaustivas. Gaskell (2002) informa que uma pesquisa qualitativa pode limitar-se até um *único respondente* desde que as opiniões para mapeamento e compreensão do trabalho pelas informações por ele prestadas sejam suficientes. Porém entendeu-se a necessidade de verificar como de fato os médicos recebem atualização e optou-se por entrevistar o presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).

5.4 COLETA DE DADOS

A partir da definição dos objetivos desta investigação, a seleção dos sujeitos e o trabalho de campo obedeceram às técnicas de coleta de dados da pesquisa qualitativa descritiva. Defende Gaskell (2002, p. 64) que a entrevista qualitativa é um caminho para “[...] analisar o conhecimento tácito que alguém desenvolve a partir de sem números de projetos.”

Foram realizadas seis entrevistas presenciais e uma por e-mail consoante disponibilidade e conveniência dos entrevistados. Essas entrevistas permitiram explorar em profundidade a opinião desses atores sobre a contribuição da MBE para a EMC.

As sete entrevistas ocorreram em duas fases: primeira rodada de entrevista foi realizada por contato pessoal, a partir do tópico guia elaborado com base no primeiro aspecto do problema de pesquisa: a MBE do ponto de vista acadêmico e prático e os possíveis e a inserção de possíveis mediadores no processo (bibliotecários) de recuperação e disseminação dos novos conhecimentos e, conseqüentemente, no apoio à EMC. Bogdan e Biklen (1994) aconselham que, para maior eficiência na coleta do ponto de vista dos entrevistados, o roteiro (tópico guia) sirva apenas para que não se perca o foco da pesquisa, mas que, nesses casos é bom deixar o entrevistado desenvolver, falando sobre seus pontos de vista livremente e, assim, produzir uma riqueza de dados que revelam as perspectivas dos respondentes.

A segunda rodada de pesquisa focou na relação da MBE e EMC, como essa relação ocorre atualmente no Brasil. Nessa fase, os sujeitos de pesquisa foram um representante do Ministério da Saúde, o presidente do Conselho Federal de Medicina e o presidente da SBC.

5.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram elaborados tópicos guias, um para cada uma das duas rodadas. O primeiro tópico guia tinha o objetivo de discutir a posição dos especialistas sobre a natureza paradigmática da MBE. Era constituído de perguntas que buscavam conhecer: (i) nível de conhecimento e envolvimento dos respondentes com a MBE (princípios da MBE, avaliação dos estudos de acordo com a Pirâmide de Evidências e a aplicação desses estudos para responder ao PICO formulado durante o atendimento clínico); (ii) possibilidade de mediação do bibliotecário ou outro profissional de informação na Cadeia de Valor da MBE e (iii) a posição sobre a necessidade de atualização médica. Esse instrumento foi aplicado aos cinco respondentes da primeira rodada.

O segundo tópico guia foi elaborado para conhecer as estratégias de EMC no Brasil. O roteiro deste tópico guia era constituído por perguntas divididas em dois blocos (Ver Apêndices). O primeiro bloco de perguntas tencionava conhecer as estratégias de atualização e como elas são aplicadas aos médicos brasileiros. O segundo bloco deste tópico guia buscava conhecer a conduta clínica dos respondentes e como eles avaliavam os impactos das estratégias de EMC na perspectiva da MBE. No fulcro do primeiro princípio o tópico guia também averiguava dos respondentes sobre sua posição quanto à inserção do bibliotecário

como mediador desse processo de atualização. Esse instrumento foi aplicado aos representantes do CFM e ao representante da SBC, ambos agentes responsáveis por estratégias de atualização médica.

5.6 DESCRITIVO

Foram consideradas duas técnicas: Análise de Conteúdo (AC) e Análise de Discurso, como instrumento de análise dos resultados desta investigação. Caregnato e Mutti (2006) defendem a técnica de AC quando ela for empregada em análises em que o investigador “busca categorizar as unidades de texto” e seu emprego em investigações que apresentem caráter quantitativo e qualitativo.

Mazière (2007, p. 60) ressalta que a AD caracteriza-se pela condução do trabalho de análise sem a utilização de metatermos lógicos, pois podem estes mascarar “a materialidade das estruturas significantes” E recorre ao texto póstumo de Michel Pêcheux, um dos fundadores dos estudos sobre discursos para arrimar sua afirmação:

A AD consiste em considerar as estruturas significantes como ‘coisas’ (com tudo que esse termo implica de referência ao efeito de ‘acaso’ e de exceção que se veicula a todo encontro de significantes), mais que como ‘ideias’ suscetíveis de se inscrever regularmente no funcionamento de ‘protótipos’ lógicos pré-constituídos.

Portanto a AD resulta em um *corpus* em que a linguagem vai além do texto, caracterizando-se por inserir aspectos sociológicos, linguísticos, históricos, entre outros que subjazem à superfície do texto (GILL, 2002). É imprescindível reforçar que a AD ocorre apenas quando a interpretação for qualitativa. Caregnato e Mutti (2006) estabelecem a diferença entre as duas técnicas quando afirmam que a AD analisa o sentido e não o conteúdo, enquanto a AC investiga a materialidade que o texto oferece a fim de compreender o pensamento do sujeito de pesquisa.

Esta investigação reconhece que as entrevistas têm material suficiente para a empresa de AD, mas optou pela AC como técnica predominante de análise dos textos das entrevistas por considerá-la aplicável ao tempo permitido e por estabelecer uma categorização que a AD desconsidera: quantitativa. Além disso, AD requer um aprofundamento do aparelho algorítmico na prática interpretativa do *corpus* muito maior para a sua finalização. Segundo

Campos (2004, p. 614) “[...] esse método de Análise de Conteúdo é balizado por duas fronteiras: de um lado a fronteira da linguística tradicional e do outro o território da interpretação do sentido das palavras (hermenêutica).”

No universo das pesquisas qualitativas, a escolha de método e técnicas para análise de dados deve obrigatoriamente proporcionar um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos no período da coleta (*corpus*), tal fato se deve, invariavelmente, à pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados, ou seja, seu caráter polissêmico em uma abordagem naturalística (CAMPOS, 2004).

Para Bardin (2011), a AC resulta de um trabalho exaustivo com divisões e cálculos no âmbito das ciências humanas. Bardin (2011) e Campos (2004) evocam a definição de Análise de Conteúdo de Berelson, que juntamente com Lazarsfeld e Lasswell, é considerado o marco criador da técnica. Para Berelson citado por Bardin (2011) “[...] Análise de Conteúdo é uma técnica de pesquisa que visa uma (*sic*) descrição de conteúdo *manifesto* de comunicação de maneira objetiva, sistemática e quantitativa.” A autora assegura a necessidade e a atualidade do conceito de Berelson para que sejam mitigados os “perigos da compreensão espontânea”. Embora a própria Bardin (2011) alerte para uma vigilância crítica a fim de escapar ao desvio metodológico e ao emprego de técnicas de ruptura, o que acarretaria a projeção da própria subjetividade do investigador. Portanto, a análise empreendida recorre a elementos da Análise de Conteúdo para subsidiar a descrição e interpretação das entrevistas.

A análise documental e as respostas dos entrevistados permitiram o estabelecimento de variáveis presentes na fala dos sete entrevistados. Como definido anteriormente, a análise dos resultados teve como jaez teórico os aspectos defendidos por Berelson (1952): comunicação de maneira objetiva, sistemática e quantitativa.

Esta investigação estabelece, com base na análise das manifestações dos respondentes, quatro categorias. A primeira categoria refere-se aos princípios da (i) MBE (melhor evidência, habilidade clínica e valores do pacientes), (ii) aos estudos constituintes da Pirâmide de Evidências (Relatos de Casos ou Pesquisa, Estudos Transversais, Estudo de Caso-Controle, Estudo de Coorte, Ensaio Clínico Randomizados com Resultados [ECR] Não-Definitivos, Ensaio Clínico Randomizados [ECR] com Resultados Definitivos e Revisões Sistemáticas e

Metanálises); (iii) à Educação (Educação Continuada, Educação Corporativa, Ensino, Avaliação Contínua e a Resolução CFM/AMB n.º 1.722/2005) e (iv) à possibilidade de inserção do bibliotecário na CV (Bibliotecário, Mediação, Periódico Científico e Base de Dados).

Em relação ao aspecto sistemático, as quatro categorias são constituintes da pergunta proposta para o desenvolvimento deste trabalho: *Pode a Medicina Baseada em Evidências ser uma estratégia de Educação Médica Continuada no Brasil? Se a resposta for afirmativa, a mediação por um bibliotecário ou outro profissional da informação seria aceita?*

O aspecto quantitativo proposto pela definição de Berelson foi representado pela atribuição da incidência da citação de cada uma das quatro categorias e suas respectivas subcategorias na fala dos respondentes, conforme Figura 10 abaixo. Ainda que haja autores que não concordam ou acreditam ser o conceito de Berelson adequado para os dias atuais ou mesmo simples demais, esta investigação considerou-o adequado para responder a pergunta acima.

Figura 10 – Aspecto Quantitativo

Categorias	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7
Princípios da MBE							
Melhor evidência clínica	22	16	2	0	18	2	4
Habilidade Clínica	9	2	0	2	1	0	0
Valores do Paciente	9	61	2	0	3	0	1
Estrutura da MBE							
Relatos de casos ou Pesquisa	1	0	0	0	0	0	0
Estudos Transversais	0	0	0	0	0	0	0
Estudo de Caso Controle	2	0	0	0	4	0	0
Estudo de Coorte	2	0	1	0	8	0	0
Ensaio clínicos Randomizados com resultados não-definitivos	3	1	2	0	0	0	0
Ensaio Clínicos Randomizados com resultados definitivos	0	0	0	0	0	0	0
Revisões Sistemáticas e Metanálises	2	3	1	0	7	1	0
Educação							
Educação Continuada	2	0	0	2	0	5	3
Educação Corporativa	0	0	0	0	0	0	2
Ensino	2	0	0	3	0	0	1
Avaliação contínua	0	0	0	1	0	2	0
Resolução CFM/AMB n. 1722/2005	0	0	0	1	0	4	0
Mediação do Bibliotecário							
Bibliotecário	4	1	5	1	1	1	0
Mediação	0	0	1	0	1	1	0
Periódico Científico	0	0	5	0	0	5	1
Base de Dados	2	0	7	1	0	0	3

Fonte: Elabora pelo autor (2012).

A Figura acima é a representação gráfica das respostas coletadas a partir da aplicação dos dois tópicos-guias junto à amostra selecionada.

As duas primeiras categorias: Princípios da MBE e Pirâmide de Evidências contemplaram o conhecimento e/ou o envolvimento dos respondentes com a MBE. Para tanto, essas categorias foram divididas em subcategorias. No caso da MBE, as subcategorias corresponderam aos seus três princípios. A Pirâmide de Evidências foi considerada uma categoria, pois ela representa a hierarquização das pesquisas científicas que constroem as evidências clínicas. Esses tipos de pesquisa corresponderam às sete subcategorias que foram norteadoras para conhecer o nível de envolvimento de cada profissional com as peculiaridades da MBE e conhecer quais tipos de pesquisas mais representam a Medicina Baseada em Evidências para a amostra selecionada.

As duas últimas categorias representadas na Figura 10: Educação e Medicação do Bibliotecário serviram para medir a percepção dos respondentes acerca do segundo eixo formulação acadêmica: EMC e a possibilidade da mediação do bibliotecário no processo.

A terceira categoria: Educação foi decomposta em cinco subcategorias: Educação Continuada, Educação Corporativa, Ensino, Avaliação Contínua e Resolução CFM/AMB n.º 1.722/2005. Como o instrumento de pesquisa adotado foi o tópico guia que propicia ao respondente mais flexibilidade para expressar suas posições frente a determinado assunto, procurou-se estabelecer nas subcategorias uma sinonímia entre os termos para que a análise subsequente evidenciasse a intenção do respondente quanto ao tema EMC. A única subcategoria que não apresentava sinonímia era a subcategoria Resolução CFM/AMB n.º 1.722/2005, cujo teor, à época da investigação, era o instrumento normativo de Educação Continuada e constituía-se motivo subjacente de discussão desta investigação.

Por fim, a quarta categoria Medicação do Bibliotecário foi dividida nas subcategorias: Bibliotecário, Mediação, Periódico Científico e Base de Dados. Tentou averiguar dos respondentes sua posição em relação à possibilidade de inserir o bibliotecário na Cadeia de Valor da MBE e conhecer o seu nível de entendimento e valoração dos elementos como Periódico Científico e Bases de Dados.

Conceituadas as categorias e subcategorias, procedeu-se à escuta e transcrição das entrevistas, para proceder à leitura minuciosa do *corpus* gerado. O resultado dessa etapa é a sistematização da incidência de menções, representada quantidade de vezes que o respondente citou ou fez alusão às categorias e subcategorias acima.

A seguir apresentam-se os sumários de cada entrevista realizada, cuja íntegra encontra-se nos apêndices deste estudo. Os objetivos de cada uma dessas entrevistas estão relacionados aos sujeitos selecionados, conforme Figura 9.

Entrevista 1

O entrevistado é um médico de atuação clínica, mas fortemente ligado ao ramo acadêmico da Medicina. Como revisor técnico da segunda edição do livro “Medicina Baseada em Evidências: prática e ensino”, ele apresenta domínio sobre os princípios da Medicina Baseada em Evidências e os usa durante a conversa com a exatidão acadêmica que se espera dele. Em relação às etapas que compõem a MBE, o entrevistado faz alusão aos diferentes estágios da conhecida Pirâmide de Evidências e se expressa sobre os principais tipos de pesquisas que compõem a Pirâmide de Evidências como o Relato de Caso, Ensaios Clínicos Randomizados e Revisões Sistemáticas e Metanálises.

Na qualidade de Coordenador de Diretrizes Clínicas e do Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde da Instituição, o entrevistado faz alusão à necessidade de Educação Continuada e ao Ensino Médico, porém, na condição de acadêmico, ele não faz referência à modalidade de EC, tampouco alude às normas de atualização médica vigente à época da entrevista, no caso, a Resolução CFM/AMB n.º 1.722/2005.

Instado a responder sobre a importância da mediação do bibliotecário na Ccadeia de Valor da Medicina Baseada em Evidências, ele responde inicialmente “Não tenha dúvida. Ela [a mediação] é fundamental”, chega a citar a correspondência de um professor português que trabalha no assunto e apresenta-se como bibliotecário. Ao longo de sua resposta a afirmação quase contundente detém-se a informar que

[...] o bibliotecário passou a ter uma função fundamental, principalmente de orientação, de como fazer essa busca de evidências. O bibliotecário tem a meu ver um papel na busca de evidências, para acessar essas várias bases de dados, separar o joio do trigo, e também, na disseminação, ou seja, estratégias de disseminação.

No fim desta seção ele apresenta o conceito de *academic detailing*.⁷ Ele não deixa claro que o consultor acadêmico pode ser especificamente um bibliotecário, deixa entrever que poderia ser, mas não deixa claro que deva ser um profissional com essa formação.

O envolvimento do entrevistado com o tema MBE e Educação, aliado a sua formação médica com enfoque mais acadêmico, proporcionou a visão desse setor em relação aos conceitos teóricos, que se buscava no objetivo da seleção desse sujeito de pesquisa. Em relação à mediação do bibliotecário ele não deixa claro se é favorável, prefere ser cortês com o entrevistador ao concordar, mas logo em seguida, sua postura denota que ele não tem uma posição firme em relação ao bibliotecário, embora sugira que este profissional poderia desempenhar a função de consultor acadêmico, um campo, segundo o entrevistado, ainda a ser explorado no Brasil.

Entrevista 2

Conhecer se a Medicina Baseada em Evidências consegue manter seus princípios na prática do atendimento clínico foi o objetivo dessa pesquisa.

Pelas características de suas funções: médico de família e preceptor do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, o entrevistado demonstra conhecimento sobre os princípios da Medicina Baseada em Evidências, mas por sua atuação mais voltada à clínica de comunidades carentes e que nem sempre dispõem de acesso às novas terapêuticas propostas pela MBE, ele não acredita no terceiro princípio que rege a MBE, valores do paciente a quem ele se refere formalmente uma única vez, substituindo o termo técnico por expressões coloquiais como cara, sujeito. Outras vezes ele se refere ao paciente como pessoa, são 61 menções, muitas delas ilustradas pelo cotidiano do atendimento de uma mesma comunidade.

O entrevistado informa “[...] estar atualizado com as evidências, mas não dá para

⁷ Em português seria um consultor acadêmico. Então, o consultor acadêmico, ele faz o mesmo papel que o representante de laboratório, só que o representante de laboratório tem interesses comerciais, e o acadêmico tem o interesse de divulgar a informação, mas embasado na melhor evidência científica. Então, essa relação de comunicação um para um, o profissional que é o acadêmico, consultor acadêmico com o médico, mobilizando uma mudança de conduta para uma prática baseada na melhor evidência.. O conceito de diferenciando-o, entretanto do representante de laboratório. O consultor acadêmico, segundo ele, “tem o interesse de divulgar a informação, mas embasado na melhor evidência científica”

trabalhar só assim. Senão, tu não vais levar em consideração a pessoa que está na tua frente, e a pessoa que está na tua frente pode ser exatamente a única [para] que esta evidência não serve para absolutamente nada”. Como essa, em outras passagens da entrevista deixa claro que para o entrevistado o mais importante é ouvir o paciente e não submetê-lo a um tratamento ao qual ele não tem acesso. Outro ponto claro na fala do médico é a autonomia do paciente: “quem decide não são as evidências, não é o médico, quem decide é a pessoa. Portanto, algumas vezes, a melhor evidência é: ‘Tem que botar uma molinha no coração’ e aí o paciente te olha e diz: “Eu não vou colocar”, ponto. Maior de idade, vacinado, com autonomia, com gozo pleno de suas faculdades mentais, tu vais fazer o quê?” De todos os entrevistados, ele é o que mais se refere às necessidades do paciente, embora questione o princípio dos valores da MBE.

Em relação à Pirâmide de Evidências, o entrevistado mais uma vez enfatiza a vontade do paciente:

Quando tu lês um artigo, se ele é um Estudo Randomizado Controlado provavelmente temos uma grande chance de estar diante de uma nova droga, de um exame que vai nos ajudar. E daqui a pouco, isso que se mostrava muito promissor, em uma Metanálise pode desaparecer, porque não conseguiu [ECR], em grandes populações, mostrar isso. Então eu vejo que são elementos que se deve levar em conta, mas nada disso vai resolver a questão que colocávamos um pouco antes, que é a vontade das pessoas.

Diferentemente do primeiro entrevistado, o médico de família não concorda que a Medicina Baseada em Evidências seja um paradigma e se utiliza do próprio ceticismo que a MBE induz ao propor a busca por novas evidências para de certa forma achá-la passageira:

Se pensarmos que nos séculos passados, vemos que os nossos antepassados fizeram muitas bobagens, porque as evidências, ou aquilo que eles acreditavam ou a percepção, ou aquilo que podia ser explicado tinha uma lógica e hoje com o avanço da Ciência, do conhecimento, percebeu-se que havia coisas inadequadas, então eu imagino que os nossos netos também vão estranhar ou até rir de nós, porque têm coisas que não são tão dogmáticas [sic] assim.

No que tange à categoria Educação, o entrevistado não cita a necessidade de ensino e de Educação Continuada, embora seja preceptor do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. A razão talvez esteja no fato de ele ainda estar lidando com a formação primeira dos alunos que o acompanham às visitas. Nesse sentido, o significado de EMC ou mesmo EC

não se aplica ao discurso do entrevistado, como revela o excerto da sua entrevista:

- Ah, eu não quero mais atender aquela pessoa porque não quer fazer o que eu 'estou' mandando.
- Como é que tu vais mandar em uma pessoa? Que idade tu tens e que idade tem essa pessoa? Como é que tu vais mandar em alguém que tem idade para ser teu pai?, [e ele responde]:
- Ah, mas eu sou médico.
- Bem, ele é comerciante, ele é limpador de não sei o quê, ele tem uma experiência, ele tem autonomia, ele tem as suas crenças, ele tem tudo e o que tu estás dizendo para ele não faz sentido, portanto ele não vai fazer”. É com isto que precisamos trabalhar.

A transcrição demonstra que os alunos, onde talvez o termo Educação pudesse emergir com maior frequência, ainda estão no acesso às primeiras informações na área profissional em que vão atuar.

Sobre mediação da Biblioteconomia, o entrevistado responde:

Difícil eu responder isso [mediação do bibliotecário]. Por duas razões. Primeiro: algumas vezes as decisões precisam ser tomadas na hora porque há uma urgência ou... enfim. Eu te diria que o ideal é que, quando tu tens dúvida, tu deves procurar te assessorar ou de livros ou mesmo usando essa metodologia. Então, eu te diria que hoje o médico precisa dar conta disso, para situações mais elaboradas, mais difíceis em que o tempo permitido de espera, é assim for possível, bom aí esse cientista da informação vai nos ajudar muito porque a própria seleção dos textos.

A postura do médico de não ver a mediação do bibliotecário como importante possa estar ligada a sua função de atuar diretamente com enfermos. No entanto, ele ressalva que para questões mais elaboradas, isso se não implicar piora na saúde do paciente “em que o tempo permitido de espera”, a mediação seja possível.

Pelo teor das respostas, o médico transparece sua descrença na MBE; não a considera um paradigma como seu colega de instituição e alerta que o princípio dos valores do paciente nem sempre são levados em conta na prática da MBE. Sua atuação de mais de 30 anos no atendimento na ponta deixa entrever que a MBE provavelmente não seja a melhor estratégia de Educação Continuada; ele individualiza as questões de seus pacientes, conferindo-lhes voz e apropriação da melhor terapêutica, respeitando o princípio bioético da autonomia. Para ele, a mediação do bibliotecário não é adequada ao serviço, pois as decisões devem ser tomadas com rapidez, mas contemporiza o uso desse profissional para atividades em que o tempo não seja determinante na tomada de decisão.

Entrevista 3

Esta foi proposta para atender ao objetivo específico de avaliar a necessidade da mediação do bibliotecário na Cadeia de Valor da Medicina Baseada em Evidências. Na categoria: Princípios da Medicina Baseada em Evidências, a terceira entrevistada exerce a função de liderança na biblioteca de um hospital de referência da rede pública para questões de reabilitação entre outras decorrentes de traumas, que tem, entre outros objetivos, o de produzir conhecimento científico e gerar informações nas áreas de epidemiologia, gestão hospitalar, controle de qualidade e de custos dos serviços prestados. Esses objetivos, aliados à posição de referência em pesquisa que o hospital ocupa no país, influenciaram a seleção deste sujeito de pesquisa. Como ocupa uma função de liderança da área de gestão do conhecimento, o entrevistado desempenha na função laboral dois dos princípios da MBE, ou seja, aqueles que têm mais interseção com sua área de atuação: busca pela melhor evidência (para subsidiar os médicos na implantação de novas terapêuticas) e valores do paciente (pois se trata de um hospital em que o acompanhamento do paciente estende-se por períodos geralmente longos para a reabilitação). A bibliotecária não se referiu ao princípio da habilidade clínica, porque não faz parte da sua função prestar atendimento clínico.

“Em intervenções, sejam elas cirúrgicas ou na área de fisioterapia, nós vamos descendo nas evidências, quando não há o Ensaio Clínico, buscamos o Estudo de Coorte e vamos descendo no grau de evidências à medida que se faz necessário.” Por se tratar de um centro de estudo e onde as cirurgias são de caráter eletivo, na sua maioria, há o tempo necessário de se elaborar um procedimento de busca pela melhor evidência e apresentá-la para a tomada de decisão do profissional médico.

Na fala desta entrevista, as menções aos itens da categoria Pirâmide de Evidências limitam-se aos estudos mais robustos, como Estudo de Coorte, Ensaio Clínico Randomizado e Metanálises. Por tratar-se de um centro de reabilitação da função motora, o hospital onde esse sujeito de pesquisa aplica terapêuticas resultantes de achados de pesquisas que já passaram pela Revisão Sistemática e Metanálises, mesmo assim, segundo a entrevistada, a aplicação da terapêutica deve contar com a anuência do paciente.

Embora não haja menção manifesta na categoria Educação, a bibliotecária evoca-a ao se referir à utilização das Bases de Dados, mencionando já diretamente os nomes das que

são usadas para o seu trabalho, o que caracteriza uma familiaridade com o procedimento de busca, porque são as bases de dados em que está o material para busca de evidências.

Ela se refere seis vezes quanto à mediação do bibliotecário na Cadeia de Valor da MBE, enquanto o primeiro entrevistado refere-se quatro vezes ao termo. Esse dado talvez possa apontar para uma preocupação acadêmica com a agilidade na busca pela melhor evidência científica disponível ou até mesmo necessidade real da mediação do bibliotecário na Cadeia de Valor da MBE, visto que os demais respondentes ou não se referem ou referem-se à mediação deste profissional na Cadeia de Valor da MBE com ressalvas. Os primeiro e terceiro entrevistados possuem uma atividade acadêmica mais intensa que os demais.

Em relação à categoria concernente às pesquisas científicas que compõem a Pirâmide de Evidências, a entrevistada cita o Estudo de Coorte e a Revisão Sistemática e Metanálises uma vez cada e refere-se duas vezes a ECR, que, pela missão da Instituição onde trabalha sua utilização é quase nula, pois o hospital tem que aplicar a terapêutica mais robusta em casos de reabilitação, ou seja, é quase uma prática direta, uma intervenção no paciente e não em um grupo de Coorte. Quando a entrevistada, ainda na sua fala sobre a categoria 2, cita a Revisão Sistemática e Metanálises justamente para advogar a importância da mediação do bibliotecário na Cadeia de Valor da MBE :

Eu acho que não existe no Brasil de maneira formal [mediação do bibliotecário], como se tem fora. As equipes de análises sistemáticas e metanálises normalmente têm bibliotecários fazendo parte dessa equipe. No Brasil isso ainda é um pouco comum. A não ser que as pessoas estejam ligadas ao Cochrane [Colaboração Cochrane]...

Na categoria Educação, não conteúdo manifesto na fala da entrevistada, porém ao responder sobre as questões da categoria 4, Biblioteconomia, ela deixa clara a preocupação da instituição em promover uma atualização ao seu quadro funcional. Das seis vezes que cita o termo bibliotecário, ela o faz, como demonstrado no parágrafo anterior, para realçar a importância desse profissional como agente facilitador de recuperação e disseminação da informação. Ela chega a propor a ideia de equipe expandida para categorizar as funções para o tratamento das informações:

A entrevistada veicula cinco vezes, em sua fala o termo Periódico, com a

preocupação dos altos custos praticados pelas editoras e explica rapidamente como as instituições se acomodaram às práticas para continuar fornecendo informações de qualidade aos seus funcionários:

Ainda na categoria Biblioteconomia, na subcategoria Base de Dados, a entrevistada é quem mais se refere ao termo, citando as fontes pelos títulos: “PubMed, o Sinal o PubMed (Enfermagem e Reabilitação), o Embase só a área específica de habilitação, o SciInfo de Psicologia e o Micromedics que é uma base não bibliográfica, é uma base de medicamentos. O Cochrane e a Bireme”.

O preparo e o conhecimento do profissional entrevistado induzem que existe a necessidade de inserir o bibliotecário nessa Cadeia de Valor, pois o bibliotecário é o profissional que poderia contribuir fortemente com a consolidação do princípio da busca pela melhor evidência e, dessa forma, ajudar a forjar a absorção de novos conhecimentos, o que poderia caracterizar uma forma de Educação Continuada, desde que haja uma frequência na promoção desses novos conhecimentos. Contudo, não se deve descartar que a fala do entrevistado pode conter algum corporativismo.

Entrevista 4

Ainda para atender ao objetivo de ao objetivo específico de avaliar a necessidade de mediação do bibliotecário na Cadeia de Valor da MBE, esta entrevista buscou conhecer a opinião de outro bibliotecário, para confirmar essa necessidade.

A entrevistada forneceu elementos limitados para subsidiar a consecução do objetivo, ainda que seja bibliotecária do órgão fiscalizador da prática médica, a entrevistada demonstrou conhecimento acerca da Medicina Baseada em Evidências, mas não na profundidade dos profissionais médicos. Portanto não forneceu respostas capazes de gerar discussão mais ampla sobre seu posicionamento para a primeira parte da pergunta a que este estudo se propõe responder.

Na categoria Educação, a entrevistada referiu-se a uma força tarefa entre os órgãos fiscalizadores e de ensino para a avaliação do ensino médico no país, como a publicação da Resolução CFM/AMB n.º 1.722/2005, ainda em vigor à época da entrevista. A entrevistada

não se referiu ao bibliotecário, mas a cientista da informação, após ser estimulada. Esta entrevista contribuiu, no âmbito do seu local de trabalho permite, para confirmar se o bibliotecário pode ou não ser inserido na Cadeia de Valor da Medicina Baseada em Evidências.

Entrevista 5

Para atender ao objetivo de conhecer a posição do Governo quanto à aplicação da Medicina Baseada em Evidências e seus impactos nas diretrizes para absorção dos princípios, entrou-se em contato com o representante do Ministério da Saúde, à época.

Durante a entrevista ele usou 18 vezes a expressão melhor evidência clínica; manifestou a uma vez o termo habilidade clínica e três vezes o termo atinente aos valores do paciente. Esta fala indica que o entrevistado, além de conhecer os princípios da MBE, atém-se, na qualidade de propositor e gestor de políticas públicas, a observar com rigor o que são as evidências clínicas, e como elas podem ser utilizadas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes em uma relação custo-benefício satisfatória para o orçamento: “A Medicina Baseada em Evidência é um instrumento, uma forma de sistematizar o conhecimento de maneira que você tenha a evidência de uma determinada verdade científica. A partir da sistematização desses estudos é que se pode falar: esses têm mais evidências ou menos evidências para ser acreditado”. O entrevistado deixa claro que há uma diferença entre os estudos científicos, ainda que elaborados dentro dos mais rígidos protocolos de pesquisa, e o valor e crença do paciente.

A exemplo do segundo entrevistado, o gestor público também reconhece a dificuldade de implantar as políticas públicas de saúde e apresentar novas terapêuticas, porque ele também leva em conta os valores do paciente. Essa preocupação pode estar ligada ao histórico profissional do entrevistado que já atuou no atendimento a pacientes portadores do HIV “[...], vide os medicamentos para HIV. Se nós fôssemos esperar analisar todos os efeitos adversos dos antirretrovirais, as pessoas todas teriam morrido, e elas estão todas vivas hoje, ou pelo menos uma grande parte delas. Então assim [...]”.

Na categoria Pirâmide de Evidências, o entrevistado mantém um tom didático ao explicar os principais estudos clínicos: Estudo de Caso Controle, Estudo de Coorte e Revisão

Sistemática e Metanálises.

O entrevistado demonstra preocupação em esclarecer os elementos que compõem a Pirâmide de Evidências, principalmente os estudos que poderão ser usados futuramente. Nesse caso, ao referir-se à Revisão Sistemática e Metanálises, ou seja, à necessidade de ordenar o conhecimento resultante dos vários estudos anteriores a um determinado tema.

As citações literais da entrevista reafirmam que para o Governo assim como para a Indústria Farmacêutica, que são os maiores indutores de pesquisas científicas, é crescente a necessidade de desenvolver área de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D). No entanto, como apresentado no Capítulo 1, é exatamente nesses pontos que podem incorrer vieses na pesquisa científica. Para o entrevistado esses vieses não são necessariamente deletérios ao conhecimento científico e à promoção da saúde da população: “Há interesses, há questões envolvidas [pesquisas clínicas]. Lógico, os estudos financiados pela Big Farma, pela Indústria Farmacêutica, eles muitas vezes têm viés mesmo. Então, a Medicina Baseada em Evidência faz o quê? Possibilita que você também analise esses aspectos.” Nessa afirmação o entrevistado admite que possa haver interesses financeiros [viés], mas ao mesmo tempo ele credita à MBE a possibilidade de corrigir tais vieses. Para o entrevistado a presença da Indústria Farmacêutica na produção de conhecimento é natural e utilitária:

Ninguém investe bilhões por ano para conseguir uma droga nova. Eu não tenho essa visão de satanização. Eu acho que eles têm um lucro enorme, mas bom, o mundo é assim. O empresário tem um lucro enorme quando ele constrói um prédio ou então o outro tem um lucro enorme quando descobre uma nova tecnologia. As indústrias farmacêuticas fazem a parte que lhes cabe.

É importante notar que o entrevistado, na condição de promotor de políticas públicas de saúde, reconhece que a MBE, por intermédio de seus estudos de Revisão Sistemática, pode contribuir para mitigar o viés da pesquisa científica, mas também aceita que existe uma lógica de mercado da qual o Estado faz parte.

Em relação à categoria Educação, o entrevistado não faz menção explícita da sua necessidade, pois sua fala está mais direcionada na aplicação das pesquisas, em seus diversos estágios conforme a Pirâmide de Evidências. Já em relação à categoria Biblioteconomia, que visa discutir a mediação do profissional na Cadeia de Valor da MBE, o respondente usa a

expressão ‘pessoa da informação’ no lugar de bibliotecário e para advogar sua mediação na Cadeia de Valor da MBE, sua fala é clara quanto ao devido lugar que este profissional deve ocupar em relação à complexidade de trabalho de busca por informação demanda.

Um dado importante extraído desta entrevista é que o Governo acompanha as tendências acadêmicas, entre elas, a MBE. Isto porque ele tem consciência de que a Academia, como produtora de conhecimento, é corresponsável na adoção de políticas mais eficazes, no setor da Saúde. Essa atenção institucional deve-se principalmente porque ele é um dos maiores indutores de Fomento à Pesquisa.

O entrevistado reconhece que a MBE contribui muito, com seus achados de pesquisas, para subsidiar e justificar a intervenção do Estado para a melhoria da saúde do cidadão. Além disso, o entrevistado enxerga o mérito da capacidade indutora do setor Produtivo, a que ele chama de Big Farma. Tem clara noção das limitações de orçamento do Estado e que essa situação não permite que mais fomento a pesquisas e, por esta razão, deve-se trabalhar com a realidade do poder da indústria e procurar estabelecer uma parceria com o setor Produtivo a fim de potencializar o Fomento à Pesquisa para o benefício da população. Nesse sentido, a MBE é um útil aliado, por intermédio das Revisões Sistemáticas e Metanálises, para eliminar os vieses ideológicos, no caso do Governo, ou econômicos, no que diz respeito à Indústria.

Entrevista 6

O conteúdo analisado desta entrevista demonstra que a preocupação do entrevistado com os três princípios da Medicina Baseada em Evidências: busca da melhor evidência, habilidade clínica e valores dos pacientes. Porém não é o centro de seus esforços. Ele menciona o termo busca pela melhor informação científica, mas não o menciona relacionando-o ao princípio da busca pela melhor evidência científica: “Eu, particularmente, costumo perguntar a colegas mais experientes. Se eu não ficar satisfeito, eu vou buscar informações científicas e o computador. Antigamente eram os livros, hoje é o computador. As livrarias, onde eu possa buscar.” A fala denota que sua atitude em buscar a opinião de um colega é própria de um profissional médico da velha escola, que confia primeiramente na opinião de um colega mais experiente.

No que tange à categoria Pirâmide de Evidências, à exceção dos entrevistados quatro e sete, ele se referiu à pesquisa do tipo Revisão Sistemática e Metanálises. O entrevistado defende o uso desse tipo de pesquisa, porque está ciente que seu rigor pode esclarecer eventuais vieses de pesquisas anteriores, resultantes de conflitos de interesses possíveis do setor Produtivo.

O entrevistado acredita que “[...] a MBE analisa até isso [conflitos de interesse entre o setor Produtivo e a Academia], ela tem uma possibilidade de verificar o que foi comprado, o que foi pago, o que foi produzido, no sentido de verificar que aquilo não bate, muitas vezes, com um estudo sério, independente e autônomo.” E conclui que as Metanálises são uma ferramenta da MBE para assegurar tal isenção.

Na qualidade de representante do órgão responsável que fiscaliza e assegura as boas práticas no exercício da Medicina, ele demonstrou preocupação com a Educação Continuada dos profissionais como uma das formas de prover as boas práticas com a introdução de novas terapêuticas para o tratamento de doenças. No entanto, ao ser questionado sobre a posição do órgão quanto à responsabilidade por prover a Educação Continuada, o entrevistado demonstrou certo desconforto como essa atualização é precedida:

Veja bem, nós estamos tentando desenvolver isso e tivemos uma dificuldade, pelo seguinte: a Associação Médica Brasileira, que é uma associação de sociedades de especialidades, ela reivindica para si, a competência para Educação Médica Continuada através das sociedades. E que nós deveríamos ficar somente restritos à Educação em ética médica, e Bioética.

O desconforto do entrevistado adveio da acomodação política necessária para ambas as instituições, o CFM e AMB, que chegaram a publicar um resolução conjunta em que estão especificadas as formas de assegurar que os profissionais médicos estejam atualizados das novas terapêuticas: a Resolução CFM/AMB n.º 1722/2005, que é [era] o marco regulatório para prover a Educação Médica Continuada aos profissionais.

A Resolução CFM/AMB n.º 1.722/2005 em que ambas as entidades criaram o Projeto Diretrizes e outros procedimentos para a atualização dos médicos, o entrevistado reconhece que desde sua promulgação até 2011, a proposta de atualização médica conforme a Resolução levou o órgão “a uma encruzilhada legal”, porque a Resolução permite pontuar

igualmente os médicos que participavam de eventos científicos patrocinados por entidades como pela Indústria: “Tivemos denúncias, por exemplo, de eventos, até feito por grupos altamente patrocinados pela Indústria, por interesses, vamos dizer assim, interesses não muito claros [...]”.

Diante dessas distorções, ao ser questionado quanto á perenidade da Resolução CFM/AMB n.º 1.722/2005, o entrevistado acenou com a possibilidade de ela ser revogada ele informou que, pela fragilidade ética, há estudos para a sua revogação.

Em relação ao bibliotecário na Cadeia de Valor da MBE, constante da categoria Biblioteconomia, o entrevistado respondeu inicialmente que era necessária a mediação, mas ao longo da entrevista ele não sustentou sua afirmação anterior.

Das cinco menções que fez ao termo periódico, o entrevistado aludiu às assinaturas que tinha pessoalmente e de sua confiança “cega” nos artigos publicados, mas que atualmente com experiência de que há artigos fabricados, esse confiança tende a ser mais comedida.

O objetivo desta entrevista era o de conhecer a posição do agente fiscalizador quanto ao uso da Medicina Baseada em Evidências como estratégia de atualização dos profissionais de Medicina. O encontro foi oportuno para discutir aspectos de conflitos de interesses do marco regulatório da EMC, a Resolução CFM/AMB n.º 1.722/2005, que instituía o Certificado de Atualização Profissional (CAP) para os portadores dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação e criava a Comissão Nacional de Acreditação (CNA) para elaborar normas e regulamentos para este fim, além de coordenar a emissão desses certificados.

Entrevista 7

Esta foi a única entrevista realizada por e-mail, com um presidente de uma sociedade de especialidade para verificar como a Educação Médica é aplicada na prática – vale ressaltar que ainda estava em vigor a Resolução CFM/AMB n.º 1.722/2005 e que são as sociedades de especialidades as responsáveis por promover a atualização médica. A instituição selecionada foi a Sociedade Brasileira de Cardiologia, por ter maior número de associados e ser a mais antiga do país.

Analisar o conteúdo das respostas desta entrevista torna-se mais linear do que as anteriores porque são levados em consideração os conteúdos manifestos pelo respondente.

Em relação à categoria Medicina Baseada em Evidências, o entrevistado se referiu a dois dos três princípios que compõem a MBE: busca da melhor evidência e valores do paciente. No entanto, em relação a este último aspecto ele se referiu a valores do paciente, não o indivíduo autônomo para aceitar ou não uma nova terapêutica; o valor do paciente é referido enquanto sujeito de pesquisa: “Precisamos estar dentro dos regulamentos do Conselho Federal de Medicina. Sempre que fizermos qualquer pesquisa, envolvendo pacientes, precisamos da autorização dos Conselhos de Ética dos hospitais. O mesmo é válido para a realização de Registros.”

Ele não fez menção à Pirâmide de Evidências, mas atém-se à categoria Educação da Figura 10. Nas subcategorias desta categoria, o entrevistado é o único que usa o termo corporativo para referir-se à continuidade da Educação Médica. Primeiro porque a sociedade de especialidade administra uma Universidade Corporativa, depois porque ela realiza cerca de 860 eventos científicos por ano:

Na visão do presidente da sociedade de especialidade a Educação Contínua dos médicos passa necessariamente pela atualização possível nos eventos científicos, o que não deixa de ser uma realidade, conforme trecho da entrevista. “A nossa maior ação de atualização é o Congresso Brasileiro, hoje o maior Congresso da América Latina, com cerca de 600 palestrantes, distribuídos em 23 salas. Neste ano tivemos a participação de mais de 50 conferencistas internacionais, os principais nomes do mundo.”

Na categoria Mediação do Bibliotecário, o respondente não explicitou a palavra bibliotecário, mas deixou entrever a necessidade de um profissional: “De um modo geral me sinto a vontade para fazê-lo, mas, existem momentos que solicito a ajuda de um profissional.” Para a subcategoria Periódicos, ele cita os nomes daqueles que costuma usar.

As contribuições desta entrevista foram limitadas, na medida em que ela foi aplicada por e-mail e o entrevistado limitou-se a responder pontualmente as questões. Contudo, ela foi bastante esclarecedora para entender o objetivo operacional de entender como ocorre essa

parceria com um dos agentes de aplicação da Educação Contínua, ou seja, uma sociedade de especialidade. O entrevistado deixou entrever que a Educação a que ele se referiu foi a Educação Corporativa. Como explica Pinho (1994) essa forma de ensino ocorre em ambientes distintos do acadêmico e visa atingir àqueles que têm um envolvimento com serviços/produtos da corporação, ou seja, terapêuticas aplicadas à especialidade do médico.

6 INTERPRETAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Após as entrevistas, esta etapa da dissertação interpreta as falas dos selecionados a fim de colher subsídios para responder à pergunta: *Pode a Medicina Baseada em Evidências ser uma estratégia de Educação Médica Continuada no Brasil? Se a resposta for afirmativa, a mediação por um bibliotecário ou outro profissional da informação seria aceita?*

O envolvimento do primeiro entrevistado com o tema MBE e EMC, aliado a sua formação médica com enfoque mais acadêmico, proporcionou à investigação como é a práxis do setor acadêmico em relação aos eixos da pesquisa. O entrevistado concentra-se na definição paradigmática da Medicina Baseada em Evidências e seus conceitos teóricos do movimento canadense. Endossa a prática como estratégia de atualização médica, mas não deixa clara sua posição quanto à mediação do bibliotecário na Cadeia de Valor da MBE, proposta por esta investigação. A falta de clareza de sua posição é observada em dois momentos: quando ele diz que o médico deve-se atualizar com as ferramentas da MBE e exclui a mediação do bibliotecário. Para em seguida apontar o profissional como uma opção de mediação como ocorre nos países mais desenvolvidos, na figura do consultor acadêmico, um campo de atuação ainda a ser explorado no Brasil.

Pelo teor das respostas, o segundo entrevistado transparece sua descrença na MBE, não a considera um paradigma e alerta que o princípio dos valores e expectativas do paciente (terceiro princípio da MBE) nem sempre é considerado na prática diária da MBE. Sua atuação de mais de 30 anos no atendimento na ponta deixa entrever que a MBE provavelmente não seja a melhor estratégia de EMC; ele individualiza as questões de seus pacientes, conferindo-lhes voz e apropriação da melhor terapêutica, respeitando o princípio bioético da autonomia. Para ele, a mediação do bibliotecário não é adequada ao serviço de ponta, pois as decisões devem ser tomadas com rapidez, mas contemporiza o uso desse profissional para atividades em que o tempo não seja determinante na tomada de decisão e não ponha em risco a saúde do paciente.

Na esteira do terceiro eixo da questão, ou seja, a mediação do bibliotecário na Cadeia de Valor da Medicina Baseada em Evidências, a fala do terceiro sujeito de pesquisa traduz seu preparo e o conhecimento profissional. Esses aspectos denotam que existe a necessidade de

inserir o bibliotecário nessa Cadeia de Valor, pois o bibliotecário é o profissional que poderia contribuir fortemente com a consolidação do princípio da busca pela melhor evidência e, dessa forma, ajudar na absorção de novos conhecimentos, o que poderia consolidar multidisciplinarmente a EMC, desde que haja uma frequência na promoção desses novos conhecimentos. Contudo, não se deve descartar que a fala do entrevistado pode conter algum corporativismo.

A quarta entrevista ofereceu poucos elementos para subsidiar a consecução do objetivo. O sujeito de pesquisa selecionado, apesar de trabalhar na biblioteca do órgão fiscalizador, não correspondeu ao que o posto conferia-lhe como selecionado, não demonstrou vivência com a prática da Medicina Baseada em Evidências, portanto não forneceu respostas capazes de gerar discussão sobre seu posicionamento acerca a primeira parte da pergunta a que este estudo se propõe responder.

A entrevista com o gestor governamental demonstrou que ele reconhece a contribuição que a MBE tem prestado às estratégias de EMC e que a prática também justifica a intervenção do Governo no setor Saúde. O entrevistado reconhece a capacidade indutora do setor Produtivo. Tem clara noção das limitações orçamentárias e que essa situação não permite que mais fomento seja concedido a pesquisas. Sua posição é muito realista quando propõe que deve reconhecer o poder do setor Produtivo e busca parcerias a fim de potencializar o fomento à pesquisa para o benefício da população. Outro ponto que merece nota na fala do gestor é que a MBE também colabora, por intermédio das Revisões Sistemáticas e Metanálises, para eliminar os vieses tanto ideológicos, no caso do Governo, quanto econômicos, no que diz respeito à Indústria.

O encontro como representante do CFM foi oportuno para discutir os conflitos de interesses da Resolução CFM/AMB n.º 1.722/2005, como marco regulatório para a revalidação do diploma, sob a perspectiva que o profissional cumpriu as normas da Resolução para manter-se atualizado. A investigação apontou alguns conflitos de interesses no documento e indagou sobre sua fragilidade quanto a questionamento de outros setores da sociedade, uma vez que a pontuação para o CAP é concedido pelas sociedades de especialidades, que têm por seu turno um forte vínculo com a Indústria Farmacêutica.

Pela fala do gestor, depreende-se que a MBE é útil para a proposição de políticas públicas de Saúde, além de ser um instrumento capaz de corrigir o viés dos dois indutores de pesquisa: Governo e Indústria Farmacêutica. Contudo, essa entrevista demonstrou que mediação do bibliotecário na CV não parece ser uma preocupação imediata também.

As contribuições da entrevista com o presidente da SBC foi bastante esclarecedora para entender como ocorre entendimento diferente do órgão que fiscaliza o exercício da profissão e a práxis da aplicação da Educação Contínua, uma responsabilidade das sociedades de especialidade. O entrevistado deixa entrever que a Educação a que ele se refere como continuada é Educação Corporativa, uma forma de ensino que ocorre em ambientes distintos do acadêmico, como é o caso da Universidade Corporativa, lançada em sua gestão para a SBC. Sua postura não advoga a mediação do bibliotecário na CV da MBE.

7 CONCLUSÃO

Os resultados da investigação sobre a possibilidade de a Medicina Baseada em Evidências ser uma estratégia de Educação Médica Continuada e a eventual mediação do bibliotecário ou outro profissional da informação nessa estratégia, segundo a opinião dos especialistas entrevistados, são brevemente comentados abaixo.

Sistematizada no Canadá no início da década de 1990, a Medicina Baseada em Evidências vem se consolidando nos países desenvolvidos e tem demonstrado ser um forte aliado na condução de pesquisas científicas voltadas para as áreas da Saúde, principalmente na Medicina. Cinco dos sete entrevistados concordaram que Revisões Sistemáticas e Metanálises são procedimentos que creditam a MBE como uma alternativa segura para a comprovação de novas terapêuticas. Esses profissionais (tanto aqueles mais ligados à Academia [médico e bibliotecário] quanto os que atuam no serviço de Saúde, assim como os representantes do Governo e do Conselho Federal de Medicina) compreendem que a metodologia dessas pesquisas pode corrigir possíveis vieses, ideológicos ou não, ou até mesmo de erros metodológicos das pesquisas anteriores.

Outra conclusão do estudo é de que a aplicação da MBE tende a ampliar campos de atuação profissional. Segundo as informações de um dos entrevistados, em países desenvolvidos já existe a figura do consultor acadêmico. Esse profissional (bibliotecário ou de outra formação em informação) tem como características: sólida formação na busca pela melhor evidência clínica (primeiro princípio da MBE) e aptidão para disseminação de informação qualificada a médicos e profissionais da área da Saúde. Para esse respondente, a ação do consultor acadêmico é uma contribuição que MBE traz para minimizar a divulgação científico-tecnológica realizada pelos propagandistas vendedores da Indústria Farmacêutica.

Pelo perfil profissional dos entrevistados, foi possível concluir que os mais ligados à Academia (médico e bibliotecário) encaram a Medicina Baseada em Evidências como um novo paradigma de ensino e a consideram uma abordagem segura para o enfrentamento dos novos desafios que surgem na área da Saúde. Do outro lado, ou seja, os profissionais (médico e bibliotecário), mais envolvido com as rotinas, não creditam a mesma importância à MBE; no caso do profissional que atua diretamente com os pacientes, a MBE desconsidera a

realidade econômico-financeira das famílias brasileiras. Na opinião desse médico, as contribuições terapêuticas advindas da MBE ainda são caras e paradoxalmente elas não consideram os valores e expectativas do paciente. Para ele a MBE, como é aplicado no Brasil, não leva em consideração este princípio preconizado pelo grupo canadense.

Os entrevistados concordam que a MBE propicia o autoestudo. Não há consenso, entre eles de que sua aplicação como prática hegemônica na realidade brasileira possa ocorrer em curto prazo. Essa situação deixa entrever que a MBE até é utilizada, mas é vista como instrumento novo para o tratamento de antigas e novas doenças.

O estudo ainda demonstrou que a mediação do bibliotecário é incipiente na realidade brasileira. Entre os dois profissionais da informação entrevistados (bibliotecários), a bibliotecária que atua no hospital é mais demandada pela equipe médica e possui uma especialização na área da Saúde, além da graduação em Biblioteconomia. Pelas contribuições da bibliotecária do CFM a esta pesquisa pôde observar que o seu envolvimento com a MBE não ocorre na mesma intensidade da sua colega do hospital. A maior contribuição desta última entrevistada foi a de indicar que o ato de fiscalizar também é uma forma de educar.

Quanto ao fato de a MBE ser uma estratégia de Educação Continuada, a investigação constatou que os profissionais atualizam-se pelo autoestudo e pela participação em eventos organizados por suas respectivas sociedades de especialidades, de acordo com o marco legal vigente à época da investigação, a Resolução CFM/AMB n.º 1.722/2005. Essa Resolução estabelecia que os médicos devessem renovar seu diploma em suas respectivas especialidades mediante a participação em eventos nacionais, internacionais, publicação de *papers* entre outras atividades que comprovassem a busca pela atualização. Esse esforço, durante o período de quatro anos, somariam cem pontos, que asseguraria aos médicos a revalidação de seus diplomas.

De acordo com a Resolução, a participação em eventos científicos (congressos, seminários etc.) era a atividade de atualização que mais pontuava e se constituía, conforme a pesquisa revelou uma forma de Educação, pois ela ocorre institucionalmente (os eventos são promovidos por uma instituição – a sociedade de especialidade). Pelas informações prestadas pelo representante da sociedade de especialidade, o estudo concluiu que a Educação praticada

no Brasil é contínua, mas tem caráter corporativo. Ela prioritariamente ocorre pelo patrocínio de eventos pelas sociedades de especialidades, onde há uma disseminação de informações úteis para o aprimoramento da especialidade clínica a que o médico pertence.

Finalmente, o dado corroborado por esta investigação foi o de que Governo e o setor Produtivo são os dois grandes indutores de pesquisa científica no país. De acordo com o depoimento do representante do Governo, o Estado reconhece a necessidade de fomento à pesquisa, mas reconhece a limitação orçamentária e considera legítimo contar com a contribuição da Indústria Farmacêutica no fomento às pesquisas científicas. Segundo ele, as Revisões Sistemáticas e Metanálises, instrumentos da Medicina Baseada em Evidências capazes de minimizar vieses que possa haver na condução de pesquisas científicas.

8 CONTRIBUIÇÕES

Pela Revisão da Literatura e a análise das respostas, este estudo sugere algumas contribuições. Os bibliotecários ou outros profissionais da informação, sem uma formação extracurricular na área da Saúde, tendem a não ser considerados como atores na prática da Medicina Baseada em Evidências. É plausível que se deve considerar a possibilidade de atualização curricular da área de Biblioteconomia, como nas demais áreas da informação, que contemple a MBE. Essa nova abordagem mostra-se inexorável e pode representar mais um campo de atuação do bibliotecário ou de outro profissional da informação.

A Educação Corporativa é uma forma de educação contínua válida. Ela ocorre em ambiente institucionalizado permitido pelos eventos científicos e fornece atualização necessária para o exercício da Medicina. No entanto, como a maneira de maior pontuação dos diplomas de especialista, conforme a Resolução CFM/AMB n.º 1.722/2005, era pela participação médica nesses eventos e a organização destes torna-se viável com o apoio da Indústria Farmacêutica, esta investigação identificou que essa forma de atualização pode denotar conflito de interesse, que foi confirmado pelo estudo que o Conselho Federal de Medicina estava avaliando para a revogação da Resolução CFM/AMB n.º 1.722/2005. Ela foi revogada com a publicação da Resolução CFM n.º 1.984/2012, de 9 de fevereiro de 2012.

Como forma de inserir o conceito de Educação Médica Continuada, as áreas de ensino superior ligadas à Informação e Educação poderiam propor, no âmbito do Conselho Federal de Medicina, um instrumento capaz de fornecer atualização mais universal aos profissionais abordando aspectos bioéticos, socioeconômicos e humanísticos, a fim de municiar o médico com informações para que, na impossibilidade de aplicar a nova terapêutica, ela tenha propostas alternativas para propor ao paciente, conforme seus valores (morais, éticos, financeiros) e suas expectativas em relação a sua melhora de saúde.

A proposta para uma Educação Médica Continuada poderia ser complementar à atualização que já ocorre, uma vez que a Associação Médica Brasileira, que reúne todas as sociedades de especialidades médicas do país, decidiu manter o mesmo regime de atualização médica (acreditação do diploma, nos termos da Resolução CFM/AMB n.º 1.722/2005).

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, E. *Introdução à metodologia de pesquisa social*. Lavras: UFLA/FAEPE, 2000.
- ALVES, R. Estudos transversais de prevalência e de diagnóstico. *Residência Pediátrica*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 9-11, 2012.
- ATALLAH, A. N. A incerteza, a ciência e a evidência. *Diagnóstico e Tratamento*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 27-28, 2004.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Ed. 70, 2011.
- BARTOLOMEI, C. E. F. et al. Medicina e direito: atuação na integração destes dois saberes. *Diagnóstico e Tratamento*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 39-42, 2010.
- BERALDO, D. T. A.; BERAQUET, V. S. M. Revisão de literatura em ciência da informação e na medicina baseada em evidências: a perspectiva do método para o bibliotecário clínico. In: ENCONTRO DA INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 16., 2011, Campinas; ENCONTRO DE INICIAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E INOVAÇÃO DA PUC, 1., 2011 Campinas. *Anais...* Campinas, 2011.
- BNDES. *Cadeia farmacêutica no Brasil: avaliação preliminar e perspectivas*. Rio de Janeiro, 2003. p. 3-22.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. K. *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto, 1994.
- BOUDON, R. Pourquoi devenir sociologue? *Revue Française de Science Politique*, Paris, v. 46, n. 1, p. 52-79, 1996.
- BUENO, S. B.; BLATTMANN, U. Fontes de informação on-line no contexto da área da área da ciência da saúde. *Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, Campinas, v. 2, n. 2, p. 1-7, jan./jun. 2005.
- CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramentas de dados qualitativos no campo da Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 611-614, set./out. 2004.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.
- CHAUÍ, M. A universidade pública sob nova perspectiva. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 24, p. 5-15, set./ dez. 2003.
- DEPIERI, M. A. Impacto de Educação Corporativa: educação continuada em processos educativos. 2006. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Administração, UnB, Brasília, 2006.
- CASTIEL, L. D.; POVOA, E. C. Dr. Sackett & "Mr. Sacketeer"... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de

Janeiro, v. 17, n. 1, p. 205-214, fev. 2001.

CLOTET, J. O consentimento informado nos Comitês de Ética em Pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. *Bioética*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 51-59, 2005.

CRUZ, A. S. Introdução à metodologia científica: delineamento de estudos científicos. *Residência Pediátrica*, Rio de Janeiro, v. 1 n. 2, p. 27-42, maio/ago. 2011.

DANTAS, F. Evidência terapêutica e histórica: o papel de Pierre Charles Louis na indicação de sangrias. *Revista Virtual de Medicina*, Ribeirão Preto, ano 3, n. 10, 2000.

DURKHEIM, E. *Educação e sociologia*. Petrópolis: Vozes, 2011.

EL DIB, R. P. Como praticar medicina baseada em evidências. *Jornal Vascular Brasileiro*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 1-4, 2007.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008;

GALVÃO, C. M. et al. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev. Latina America Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, maio/jun. 2004.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p. 64-89.

GILL, R. Análise de discurso. In: Bauer, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p. 244-70.

GOMEZ, M. N. G.; MACHADO, R. A ciência da invisível: o papel dos relatórios e as questões de acesso às informações científicas. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 8, n. 5, 2007.

GREENHALGH, T. *Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GUYATT, G. et al. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of Medicine. *The Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 268, n. 17, p. 2420-2425, Nov. 1992.

LEITE, F. C. L.; COSTA, S. M. S. Gestão do conhecimento científico: proposta de um modelo conceitual com base em processos de comunicação científica. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 36, n. 1, p. 92-107, jan./abr. 2007.

LUIZ, A. J. B. Metanálise: definição, aplicações e sinergia com dados espaciais. *Caderno de Ciência e Tecnologia*, Brasília, DF, v. 19, n. 3, p. 407-428, set./dez. 2002.

MALHOTRA, N. K. *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. 3.ed. São Paulo: Bookman, 2001.

MANDERSCHIED, J. C. Modèles et principes en éducation pour la santé. *Revue Française de Pédagogie*, Paris, v. 107, n. 1, p. 81-96, 1994.

MARCHELLI, C. C. B. A *phármakon* na Odisseia: ambiguidade função narrativa. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE RELIGIÃO, MITO E MAGIA NO MUNDO ANTIGO, 1., 2010, Rio de Janeiro; FÓRUM DE DEBATES EM HISTÓRIA ANTIGA, 9., 2010, Rio de Janeiro.

MATTAR, F. M. *Pesquisa de marketing*. São Paulo: Atlas, 1994.

MAZIÈRE, F. *A análise do discurso: história e prática*. São Paulo: Parábola, 2007.

MEADOWS, J. A. *A comunicação científica*. Brasília, DF: Briquet de Lemos, 1999.

MENEGATTI, R. Editorial. *Revista Eletrônica de Farmácia*, Goiânia, v. 3, n.2, 2006.

MIRANDA, D. B.; PEREIRA, M. N. F. O periódico científico como veículo de revisão da literatura. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 375-382, set./dez. 1996.

MONBIOT, G. The lairds of learning: how did academic publishers acquire these feudal power? 2011. Disponível em: <www.monbiot.com/2011/08/29/the-lairds-of-learning>. Acesso em: 14 out. 2011.

MUELLER, S.P.M. O círculo vicioso que prende os periódicos nacionais. DataGramZero – Revista Ciência da Informação, Brasília, dez/99:(zero). Disponível em <http://www.dgz.org.br/dez_99/Art_04.htm>. Acesso em 12.07.2012.

MUELLER, S. P. M. A comunicação científica e o movimento de acesso livre ao conhecimento. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 35, n. 2, p. 27-38, maio/ago. 2006.

MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: INICIAÇÃO a Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p 53-69.

PAULA, G. N. Os desafios da indústria farmacêutica global e redesenho do negócio pela Merck. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 76-87, jan./mar. 2001.

PINHO D. L. M. Educação continuada de recursos humanos na área de enfermagem: um estudo exploratório. 1994. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, UnB, Brasília (DF), 1994.

QUARTIERO, E. M.; BIANCHETTI, L. Educação corporativa. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. *Dicionário de trabalho e tecnologia*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2006.

ROCHA, W.; BORINELLI, M. L. Análise estratégica de cadeia de valor: um estudo exploratório do segmento indústria e varejo. *Revista Contemporânea de Contabilidade*, Florianópolis, v. 4, n. 7, p. 167-175, 2007.

SACKETT, D. L. et al. *Medicina Baseada em evidências: prática e ensino*. 2. ed. Porto

Alegre: Artmed, 2003.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência clínica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89. jan./fev. 2007.

SAVI, M. G. M.; SILVA, E. L. O fluxo da informação na prática clinicados médicos residente: análise na pesquisa baseada em evidências. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 38, n. 3, p. 177-191, dez. 2009.

SILVA, H. P. Dimensões da saúde no Brasil: proteção social, inovação tecnológica e acumulação de capital. 2007. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

TRIGUEIRO, D. Um novo mundo, uma nova educação. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 113, p. 9-18, jan./mar. 1969.

UJVARI, S. C. *A história da humanidade contada pelos vírus*. São Paulo: Contexto, 2008.

VELOSO, A. J. B. Acerca da “medicina baseada em evidências”. 2005. Disponível em: <http://cfc.ul.pt/equipa/2_cfcul_ao_elegiveis/antonio%20veloso/abveloso.htm>. Acesso em: jan. 2012.

APÊNDICE A - ENTREVISTAS

Entrevista com Airton Stein, doutor em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Coordenador da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição Porto Alegre

A Medicina contemporânea apresenta-se cada vez mais calcada em conhecimentos oriundos da pesquisa científica. Isso, Dr. Stein, é uma volta ao ceticismo, ou é uma necessidade que se encontra para enfrentar novas doenças. Então, essa busca pelas evidências, é uma volta ao ceticismo ou é uma necessidade?

Airton Stein - Na década 1970, um pesquisador inglês, médico internista, chamado Archie Cochrane, percebeu que se demorava muito tempo para serem implementados os conhecimentos de pesquisa na prática clínica. Então, surgiu o *Get Evidence Into Practice*, um movimento que percebeu muitas falhas de conhecimento na prática do dia a dia do médico, ou *care gap*, como chamam os ingleses, que quer dizer falhas no cuidado. Porque, quando se está atuando como profissional, o que se quer é que a aplicação prática seja aquela melhor, baseada na melhor evidência. Então, todo esse movimento que surgiu na década de setenta foi exatamente para resgatar a aplicação daquilo que se tem de melhor em evidência na prática clínica. Do que funciona em termos de benefício, e também, em termos de dano. Em síntese, é como tomar uma decisão clínica baseada na melhor evidência.

Para o senhor, essa decisão clínica é baseada na Ciência?

Airton Stein - Sim.

A palavra ciência se reifica como sinônimo de verdade, e não passa, portanto, a assumir-se como um novo dogmatismo? Todo mundo só... “Vamos trabalhar se tivermos evidências.”?

Airton Stein- Bom, o pilar da arte de exercer bem, na prática, na área de saúde, requer três aspectos: um, é realmente baseado em evidência; o segundo aspecto é relacionado aos valores de cada um, então, devem ser respeitados [valores de cada um], levado em conta o aspecto cultural, as crenças que cada um de nós tem. E também, a gente sabe o quanto é diferente, de acordo com a formação de cada profissional. Isso também é levado em conta. E o terceiro aspecto, são as limitações. As limitações são inerentes aos serviços de saúde.

Quais são essas limitações?

Airton Stein – Limitações, por exemplo, a maneira como é lidada uma determinada situação clínica aqui no Hospital Conceição é diferente como é lidada [situação clínica] no Hospital de Clínicas (em Porto Alegre – RS). Na mesma cidade, são dois hospitais de clínica que têm

culturas diferentes, têm propostas de trabalho diferentes e têm recursos diferentes. Então, essas limitações, essas características de cada serviço também devem ser levadas em conta quando se toma uma decisão. Então, não é só a evidência. É baseado no contexto onde está inserido o profissional de saúde.

Então o que seria a Medicina Baseada em Evidência? Ciência, na sua forma pura?

Airton Stein - A crença e os valores do paciente, do profissional de saúde e as limitações. São três aspectos.

Como o senhor analisa o aparecimento do Evidence-Based Medicine Work Group, cuja proposta é aumentar as tomadas, as decisões médicas?

Airton Stein - O processo de tomada de decisão é muito complexo, e muitas vezes ele se dá em fração de segundos. Um médico, um profissional de Saúde que está atendendo um paciente, toma uma série de decisões, tanto em nível de aconselhamento, quanto em nível de medidas farmacológicas. As razões que o levam a tomar essa decisão, muitas vezes, não passam por um processo de entendimento mais aprofundado. E esses grupos acadêmicos que elaboram essas estratégias para apoiar a tomada de decisão levam em conta todo um referencial que se convencionou chamar: *Problem. Base Learn*, aprendizado baseado em problema. Então, como organizar todo o conhecimento através de quatro componentes? É a partir de uma pergunta de pesquisa, conhecida por PICO: P de população, I de intervenção, C de comparação e O de *outcome*, ou desfecho em português.

Toda a organização da dúvida que surge no atendimento clínico deve ser pautada por definir quais são as perguntas relevantes, para que se possa fazer uma busca de evidências na literatura científica, e a partir daí, identificar que artigos respondem adequadamente àquela pergunta.

A Medicina Baseada em Evidência é para muitos um novo paradigma. Há os críticos que dizem que não é um novo paradigma, mas apenas uma nova abordagem médica. Para o senhor, Medicina Baseada em Evidência é um novo paradigma para a área médica?

Airton Stein - Ele é. Principalmente se tu fores ver como é que era a prática médica há muito tempo. Os meus professores, e ainda hoje em dia, ainda é muito presente isso, que é a tradição, na área médica é muito valorizado, o aspecto de autoridade: “*Na minha experiência, o que funciona é esse medicamento, que os meus pacientes, eles melhoram com um determinado procedimento com um determinado medicamento*”. Só que, por mais experiência que se possa ter em uma área, não é [experiência] suficiente para tomada de decisão. Por exemplo, no início do século XX, um médico atendia um paciente por insuficiência cardíaca,

ele percebia que o uso da digital melhorava a dispneia, melhorava a falta de ar. Hoje em dia, só a experiência clínica à beira do leito não é o suficiente para tu indicares um determinado medicamento. Isso era um paradigma: o médico à beira do leito, acompanhando o seu paciente, percebia que ele melhorava o seu sintoma, e ele achava bom. Isso significava um bom critério para indicar aquele medicamento.

Hoje em dia, para tu embasares uma conduta na insuficiência cardíaca, deve haver um Ensaio Clínico Randomizado (ECR). O ECR é um método robusto que compara um medicamento com outro e, claro que, hoje em dia o digital não é mais o único medicamento para o tratamento da insuficiência cardíaca. Tu tens que ter uma experimentação, que não é suficiente à beira do leito.

E muitas introduções de medicamentos errados, como por exemplo, a sangria. Hoje em dia, se tu falares para uma pessoa com uma doença grave para ela fazer uma sangria...É uma barbaridade, um crime. Seria considerado um crime hoje em dia. Durante muito tempo, a prática médica foi utilizando sangria, porque se acreditava que era um procedimento que melhorava clinicamente.

Outro exemplo muito usado do ponto de vista fisiopatogênico: um paciente, quando tinha infarto e tinha arritmia, era dado [prescrito] um antiarrítmico e, do ponto de vista lógico, parecia bem plausível. Para o paciente tinha infarto e tinha arritmia deveria ser utilizado o antiarrítmico. Aí, realizaram-se estudos mostrando que o uso do antiarrítmico piorava a sobrevida [do paciente]. Então, se for baseado só na lógica fisiopatogênica não necessariamente bom, embora tu estejas embasado na melhor prática clínica, porque tem que ser baseado em pesquisa. Então, [Medicina Baseada em Evidências] é um novo paradigma. Anteriormente era: a experiência do médico e a fisiopatogenia, e hoje em dia, o que se sabe, é que deve ter um respaldo na evidência de pesquisa. É por isso que é um novo paradigma.

Tem aqui no livro: Metodologia prática clínica da Medicina Baseada em Evidência. De onde há três pontos: (i) a formulação da questão clínica, saber fazer a questão clínica, para, a partir dela, buscar (ii) o acesso à informação; e (iii) análise crítica da informação que foi adquirida. Aplicação desse novo contexto clínico. Em que medida a mediação da biblioteconomia clínica, pode ser proveitosa no acesso à informação e na análise crítica. Por quê? A pessoa bem informada disso, o bibliotecário, quer dizer, a pessoa que consegue ter acesso às novas bases de dados, que são muitas, ela também tem quer saber fazer uma triagem. Porque o médico, ele apesar de também estar na academia, ele também está no leito do paciente. O senhor acha que a mediação de um bibliotecário clínico, ela é importante?

Airton Stein - Não tenha dúvida. Ela é fundamental. Depois eu te mostro um e-mail de um professor de Portugal, que está envolvido com essa estratégia de Medicina Baseada em Evidência. Ele se coloca como bibliotecário também. Então, deve ter uma formação com médico e como bibliotecário. O bibliotecário passou a ter uma função fundamental, principalmente de orientação, de como fazer essa busca de evidências. O bibliotecário tem a meu ver um papel na busca de evidências, para acessar essas várias bases de dados, separar o joio do trigo e, também, na disseminação, ou seja, estratégias de disseminação. Então, eu apontaria também como Marketing. Como divulgar, por exemplo, um estudo que eu fiz, em inglês eles chamam *academic detailing*, em português seria um consultor acadêmico. Então, o consultor acadêmico, ele faz o mesmo papel que o representante de laboratório, só que o representante de laboratório tem interesses comerciais, enquanto o consultor acadêmico tem o interesse de divulgar a informação, mas embasado na melhor evidência científica. Então, essa relação de comunicação um para um, o profissional que é o acadêmico, consultor acadêmico com o médico, mobilizando uma mudança de conduta para uma prática baseada na melhor evidência.

A Pirâmide de Evidência, que começa com: a pesquisa em laboratório; depois pesquisa em animais; editoriais de opiniões; Relato de Casos; Estudo de Série de Caso; Estudo de Caso e Controle; Estudo de Coorte; Ensaio Clínicos Randomizados, que o senhor tinha já citado, e as revisões sistemáticas de metanálises. O senhor poderia falar uma pouco como é que funcionaria a figura desse consultor acadêmico?

Airton Stein - Todo embasamento da Medicina Baseada em Evidência é de acordo com o grau de evidências. Então, a gente tem que fazer recomendações que estejam ligadas, vinculadas, associadas às evidências. Então, tu só podes recomendar algum tipo de conduta, mostrando qual é o grau de evidência [da conduta recomendada]. Tu vais reforçar muito mais, por exemplo, o uso de camisinha em uma relação sexual eventual, com muito mais força, porque isso tem comprovação que funciona, do que, por exemplo, uma recomendação que não tenha tanta evidência. Tu vais reforçar mais aquelas que são mais fortes, que têm uma comprovação mais robusta. Então, toda a orientação de conduta não pode ter um respaldo moral de julgamento, mas de orientação, a partir daquelas orientações que tinham um nível de evidência mais robusto.

O senhor poderia citar exemplos das pesquisas de laboratórios?

Airton Stein – A pesquisa em laboratório ainda é feita quando está sendo desenvolvido um novo produto, um novo fármaco. Então, ela ainda não pode ter aplicação clínica. Ela é um

espectro, onde a aplicação ainda é muito restrita. Pesquisas em animais dão-se da mesma maneira, elas ainda não tiveram comprovação de aplicação em humanos. *As dissecações que eram feitas em animais, que depois foi se vê que não...*

Airton Stein - Não confirmaram em humanos. Editoriais de opinião não têm respaldo de definição para tomada de posição. É opinião. Tem um embasamento, mas ainda, muito fraco. O Relato de Caso e todo o estudo que não for comparativo têm um nível de evidência fraco. Por isso que o estudo analítico é quando se tem uma hipótese, em que tu estás comparando um grupo com outro.

Então, por exemplo, um Estudo de Caso de Controle que eu estive envolvido: crianças de três a cinco anos que foram atendidas em emergências aqui de Porto Alegre, por intoxicação por medicamentos. O controle eram crianças nessa mesma faixa etária, que foram atendidas, nessas emergências, por outras razões, e se identificou os fatores que contribuíam para intoxicação por medicamentos. Como por exemplo, armazenar esses medicamentos abaixo de um metro e meio, e os pais estavam desatentos quando da ocorrência da intoxicação. Então, sempre quando tu comparas um grupo com outro, é um estudo mais robusto.

Quando se faz o estudo de enfoque etiológico e prognóstico, o melhor tipo de delineamento é o Estudo de Coorte. Deve-se sempre optar por Estudo de Coorte para definir a etiologia e o prognóstico. O Ensaio Clínico Randomizado, em função da randomização, tu controlas os fatores de confusão conhecidos e não conhecidos, tu possibilitas ter dois grupos semelhantes de base, para comparar a eficácia de um medicamento.

Então, sempre que o enfoque for preventivo e terapêutico, o Ensaio Clínico é o melhor tipo de delineamento, e quando se faz a busca de evidências, deve-se sempre fazer assim. Por exemplo, quando tu estás buscando petróleo, quanto mais profundo o petróleo (agora se entende alguma coisa por causa do pré-sal), quanto mais profundo o petróleo estiver, muito mais onerosa é a extração. E a mesma coisa em relação à informação. O artigo original, para tu analisares, a busca é muito demorada. Então, quanto mais próximo à superfície, e aí nesse sentido, a Revisão Sistemática em Metanálise, alguém já fez o trabalho por ti.

Então, quando bem feito, é o tipo de informação mais relevante e mais fácil de ser buscado. Então, sempre que se faz uma busca de evidências, buscam-se pareceres técnicos científicos para o Ministério da Saúde, e o estímulo principal, é que sejam buscadas Revisões Sistemáticas em Metanálise.

Muitos médicos têm acesso às informações atualizadas, pelos propagandistas-vendedores. E essa modalidade da qual o senhor fala, ela substituiria e daria mais...

Airton Stein - Bom, nesse estudo que se fez, comparando com a diretriz impressa, o consultor acadêmico teve um impacto duas vezes maior de mudança de conduta. O que se estava medindo era solicitação de teste de esteptoroscopia na gravidez, que é um grau de evidência muito robusto, deve ser recomendado. Antes desse estudo, em torno de 30% das grávidas faziam esse teste de esteptoroscopia durante a gravidez. Depois do estudo, quando visitado pelo consultor acadêmico, aumentou [solicitação de esteptoroscopia] duas vezes. Seis meses depois, houve um impacto na solicitação desse teste, mostrando que só o material impresso, ele não muda conduta. O que muda conduta é uma relação um para um, então, é uma maneira de estimular mudança de comportamento do médico.

Como o senhor analisaria as bibliotecas virtuais em saúde que o Ministério da Saúde tem, por exemplo?

Airton Stein - A Educação tem duas maneiras: difusão e disseminação. Difusão é uma forma passiva de Educação. E disseminação é uma forma ativa, então, todas as formas passivas têm um impacto, mas muito pequeno. Deveria sempre se fazer uma estratégia mais de intervenção. O que eu quero dizer, assim, claro que é importante ter o acesso à informação, mas tem que ocorrer de forma interativa. Não sei se tu já conheces a Unasus (Universidade Aberta do SUS). Ela é uma forma interativa de estimular o comportamento de Educação a Distância. Então, é uma maneira de lembrar que a pessoa tem pouco tempo... O profissional está lá no posto de Saúde, atendendo um número grande de paciente sem muito tempo de ter Educação Continuada. Então, deve-se lembrar de que há maneiras para mobilizá-lo para desenvolver um novo conhecimento e refletir sobre uma nova maneira de atuar na área de Saúde.

Então, o consultor acadêmico, o bibliotecário clínico, seja a nomenclatura que lhe dê, ele funciona em uma equipe multidisciplinar de atendimento médico, de atendimento hospitalar ambulatorial, ou de atendimento domiciliar?

Airton Stein - Eu vejo o papel do bibliotecário nesse processo de Medicina Baseada em Evidência como um apoio matricial para a busca de evidências, para estratégias de divulgação dessas evidências, para quem está atuando na prática clínica. E principalmente para ter modelos de módulos de ensino interativo de estímulo a uma Educação permanente que possibilite uma mudança de sua prática no dia a dia.

A Universidade Federal de São Paulo tem um Mestrado de Medicina Baseada em Evidência. Um de Fabiano Couto Corrêa da Silva fala que o Centro Cochrane do Brasil, em parceria com o Laboratório de Ensino a Distância do Departamento de Informática em Saúde da Unifesp, oferece um curso de Revisão Sistemática em Metanálise gratuitamente. O senhor tem

conhecimentos de outros?

Airton Stein - Têm vários. Esse é um bom acesso. Realmente vale a pena fazer esse curso. Mas tem na página da Bireme, vários eventos que são divulgados, de Educação Continuada, e basicamente são bibliotecários que fazem a capacitação para acesso a essas bases de dados. Há vários cursos de formação, estimulando essa nova estratégia de Educação Continuada.

O senhor acha que nessa nova estratégia de Educação Continuada, a função do bibliotecário, ou do consultor acadêmico, ela é matricial?

Airton Stein - Ela é matricial, de apoio.

Muitos autores defendem que a Ciência da Informação é Ciência pura. Há, entretanto, autores como Buckland, que a encara como uma Ciência aplicada, sem enxergar a Ciência aplicada como algo menor. Como o senhor se posiciona em relação a isso?*

Airton Stein - Exatamente, eu acho que ela tem um papel muito importante em termos de organização do conhecimento, e principalmente nesse sentido. Qual é o desfecho? Então, na tua pesquisa de mestrado, eu acho que é importante tu definires bem qual é o teu desfecho. Acho que é nesse sentido, tu deves fazer um “PICO”, fazer uma pergunta bem estruturada onde tenha o teu desfecho bem definido.

O problema, por exemplo, se inicia no ambulatório, com o PICO bem feito pelo clínico e ele repassaria essas questões ao consultor acadêmico que, por seu turno, faria as buscas baseadas na hierarquia de quais as melhores fontes, a despeito das muitas fontes existentes, e, somente após essa busca, ele retornaria. Isso demanda tempo? Seria acadêmico?

Airton Stein - Isso demanda muito tempo. Esse é um processo realmente que ocupa muito tempo do profissional. Por isso é que tem que ter uma equipe para trabalhar e delegar tarefas para cada um.

Quem pode ser consultor acadêmico.

Airton Stein - Nos países desenvolvidos, o bibliotecário faz parte desse grupo de trabalho. Então, a dúvida clínica surge ao atender o paciente. Define-se qual a pergunta, o bibliotecário faz a busca, identifica quais os artigos que respondem a essa dúvida e ele pode até auxiliar na elaboração da síntese. Uma tabela de evidências, com é chamado.

Muito obrigado Dr. Stein.

Airton Stein - Foi um prazer. Espero que tenha sido útil.

* Para defender a ideia de Ciência aplicada, entre vários autores, Buckland (1991). por exemplo, ao sugerir que o elemento constitutivo da disciplina, ou seja, a informação possa ser percebida como coisa, a estrutura para trabalhar-se a materialidade da informação. Em outras palavras, algo que possa apenas estar a

serviço de algo maior, como os artesãos detentores de habilidades manuais estavam a serviço dos nobres, no Antigo Regime, ou como o técnico de Enfermagem está a serviço das ordens prescritas pelo médico, profissional mais graduado.

Apêndice 2

Entrevista com o Dr. Luís Felipe Cunha Matos, do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

Dr. Luís Felipe, a Medicina contemporânea apresenta-se cada vez mais calcada em conhecimentos oriundos de pesquisas científicas, o senhor consideraria isso como uma volta ao ceticismo?

Luís Felipe Cunha Matos - Eu acredito que não, acho que isto faz parte do momento histórico em que vivemos, já houve épocas em que as descobertas eram muito calcadas em outros padrões e hoje a maioria das coisas pode ter uma comprovação científica. Isso faz com que nós aliemos os conhecimentos empíricos aos que a Ciência pode nos demonstrar. Mas de forma nenhuma eu diria que nós abrimos mão de valores e de outras questões mais tradicionais que estão muito em voga e que dificilmente vamos conseguir separar Ciência de outras questões.

A Medicina hoje tem tido um caráter muito mais científico na medida em que nós conseguimos comprovação de um grande número de “situações”, mas não de todas. Algumas questões ainda estão em aberto. As pessoas podem se autocuidar e podem evitar doenças ou mesmo enfermidades, mesmo aquelas que estão doentes, de vez em quando têm algum tipo de cura que não se consegue explicar. Então eu diria que devemos estar atentos, não se pode deixar ficar só o misticismo nem ficar achando que a Ciência pode explicar tudo.

Eu acredito que é melhor que possamos ter provas, porque aí é mais fácil de trabalhar: as pessoas nos trazem algumas questões que muitas vezes não temos uma explicação na Ciência. Talvez tenhamos que pensar que possam existir outras explicações que não conhecemos.

Para o senhor a palavra Ciência se reifica como sinônimo de verdade e não passa, portanto, a assumir um novo dogmatismo? A Ciência é um novo dogma?

Luís Felipe Cunha Matos - É difícil responder isso, porque a Medicina e a Ciência caminham muito juntas. Existem avanços inegáveis que a Ciência nos trouxe. Por exemplo, até a Segunda Guerra Mundial, as pessoas morriam de doenças muito simples, como pneumonia, doenças infectocontagiosas, porque não existiam antibióticos.

Hoje as pessoas não morrem mais disso, mas já existem bactérias muito poderosas que resistem a quase todos os antibióticos que existem. Isto nos traz uma questão: “bom, isso é uma coisa boa, que as pessoas pararam de morrer de coisas que podem ser evitadas”. Por

outro lado, o câncer que continua a ser um grande enigma. Existem pessoas que desenvolvem o mesmo tipo de câncer e duram seis meses e outras podem durar um ano e meio, dois...

Ao que o senhor atribui esse fator?

Luís Felipe Cunha Matos - Eu sinceramente atribuo àquilo que as pessoas acreditam. Acho que aquelas que acham que a vida acabou que o câncer vai ser um vencedor e elas não conseguem lidar bem com as suas emoções, ou que ficam muito tristes e deprimidas. Essas provavelmente vão ter uma expectativa de vida menor. Ao passo que outras que enfrentam a doença de outra forma, enfrentam o câncer de outra forma e acreditam em outras coisas, nas próprias questões espirituais, vemos e isso não tem uma grande explicação. Por que uma “durou” seis meses e outra, dois anos, se o tipo de câncer era o mesmo? Enfim, isso eu vejo como uma não explicação da Ciência, porque teoricamente, se duas pessoas que têm a mesma idade...

O mesmo histórico...

Luís Felipe Cunha Matos - É, ou coisas muito parecidas, só que uma é alegre e a outra é triste, uma dura seis meses e outra dura dois anos, o mal está por aí. Há explicação, porque têm ou seguramente vão ter razões imunológicas, razões espirituais de uma série de outras razões que não entendemos. Eu vejo, principalmente no câncer, que eu acho que é a grande doença do nosso século. Embora desde o século passado [o câncer] vem nos desafiando e nós não conseguimos ter uma explicação razoável dessas diferenças entre as pessoas.

Como o senhor analisa o aparecimento do Evidence Based Medicine Work Group, cujo objetivo é o de aumentar as tomadas de decisões médicas baseadas em evidências? Ele forma um novo paradigma ou não?

Luís Felipe Cunha Matos - Ah, com certeza. Hoje a Medicina Baseada em Evidências nos traz questões muito importantes, questões que a que não tínhamos acesso, ou tínhamos dificuldade de interpretar; acho que nos trouxe uma nova maneira de ver determinadas situações. Isso nos ajuda muito na tomada de decisões.

Hoje, conseguimos trabalhar muito bem com isso no sentido... Bom, pressão alta, na medida em que sabemos como é que isso vai evoluir, podemos trabalhar isso. Só que isso não pode, ela tem que ser vista. Eu discordo um pouco na questão do paradigma, eu diria que eu usaria isso [Medicina Baseada em Evidências] como uma ferramenta, porque nada substitui, absolutamente nada substitui o fato de tu conheceres a pessoa e saberes a história dessa pessoa, saberes como é que ela lida com situações no seu cotidiano e também no seu “adoecer”.

Relevar essas questões para um segundo plano e enaltecer a Medicina Baseada em Evidências parece-me não ser a forma mais adequada de se trabalhar. Acho que daqui a alguns anos, talvez os nossos netos digam: quanta bobagem nós fizemos, porque isso é assim que acontece. Se pensarmos que nos séculos passados, vemos que os nossos antepassados fizeram muitas bobagens, porque as evidências, ou aquilo que eles acreditavam ou a percepção, ou aquilo que podia ser explicado tinha uma lógica e hoje com o avanço da Ciência, do conhecimento, percebeu-se que havia coisas inadequadas, então eu imagino que os nossos netos também vão estranhar ou até rir de nós, porque têm coisas que não são tão dogmáticas assim, então eu na minha prática, no cotidiano, procuro sempre estar atualizado com as evidências, mas não dá para trabalhar só assim. Senão, tu não vais levar em consideração a pessoa que está na tua frente, e a pessoa que está na tua frente pode ser exatamente a única [para] que esta evidência não serve para absolutamente nada.

Óbvio que nós devemos pautar a nossa conduta no melhor conhecimento existente. Há uma autora, de quem eu gosto muito: Barbara Starfield, que diz o seguinte - a atenção primária à Saúde precisa colocar à disposição das pessoas, das famílias, das comunidades, enfim, o sistema de Saúde precisa tratar doenças com o melhor conhecimento, o mais avançado conhecimento, um pouco isso que tu colocaste sobre a Medicina Baseada em Evidências, mas ela também diz, nessa mesma situação, que nós precisamos que o sistema de Saúde precisa dar conta das disparidades. Então, nós precisamos tratar de forma diferente os desiguais, certo?

Acho que essa é uma questão muito importante e que devemos estar atentos, porque senão nós vamos achar que a ressonância magnética hoje é o exame que todas as pessoas precisam fazer! Certamente têm algumas evidências boas para algumas coisas, mas é um exame muito caro e as indicações são muito precisas e talvez hoje até brinquemos um pouco com isso: os ortopedistas até agora trabalharam sem ressonância magnética, porque eles hoje quase não conseguem fazer mais nada sem ressonância magnética. Algo semelhante, pouco tempo atrás, quando apareceu a tomografia. Os neurologistas achavam que não precisavam mais escutar as pessoas porque a tomografia daria todos os resultados, e depois eles viram que para algumas situações a tomografia não serve para nada, quer dizer, a chave está em uma boa história, em uma boa conversa, em um exame minucioso, porque então não se precisaria do médico. Isto é uma questão interessante porque há alguns anos, não tenho bem certeza do tempo, saiu um artigo que mostrou que as pessoas que consultavam o “Dr. Google”, que o “Dr. Google” acertava em mais ou menos 30% os diagnósticos porque as pessoas iam lá [buscador] e

escreviam: febre, dor de cabeça, mal-estar e não sei o que mais, e o “Dr. Google” dizia: “Tem uma possibilidade de estar gripado.” Bom, isso até minha mãe sabe, não precisa ir ao “Dr. Google” para isso, não é? Estou exagerando um pouco, mas isso mostrou que o “Dr. Google” tinha um acerto de ao redor de 30%.

É um acerto bom ou ruim?

Luís Felipe Cunha Matos – Devemos pensar o seguinte: que é um acerto bom. Ele acertava o problema ou a dúvida da pessoa em 30%. Então veja como isso é complicado. Atualmente a informação está muito disponível. Por exemplo, hoje foi muito interessante porque uma das pessoas que fui ver junto com os meus alunos trouxe-me uma questão: Oh, a pressão estava um pouco elevada e ela me perguntou se eu não tenho a síndrome do jaleco branco? Era uma pessoa simples, mas que provavelmente, por já ter visto que a pressão poderia se alterar, e ela já deve ter lido, e eu disse: “É possível”, porque nenhum dos três [Dr. Luiz Felipe e os dois alunos] estava usando jaleco branco, mas ela insistiu, “mas os três são médicos?” Então vê como a situação hoje se coloca como um desafio: tu tens que estar atento. Dificilmente, há alguns anos atrás alguém questionaria um médico para dizer: “Isso não pode ser síndrome do jaleco branco?”.

Segundo a metodologia da prática clínica da Medicina Baseada em Evidência, o primeiro passo é a formulação da questão clínica. O segundo: acesso a informação, ou seja, selecionar e recuperar as melhores evidências na literatura disponível, o diagnóstico, a questão dos pares. O terceiro seria a análise crítica dessas informações, considerar os modelos de pesquisa adotados. O quarto, a aplicação no contexto clínico e o quinto, avaliação ou autoavaliação, para analisar o processo, os erros e acertos. Como trabalho de dissertação que eu pretendo desenvolver na Faculdade de Ciência da Informação, baseando a mediação do bibliotecário na Medicina Baseada em Evidência, aí eu queria saber se estar certo ou errado, desses cinco passos eu avaliaria que a mediação do profissional de Ciência da Informação nos passos segundo e terceiro que são justamente os de acesso a informação e o de análise crítica de informação, poderiam propiciar a inclusão da biblioteconomia clínica, ou de outro profissional da informação. Ou senhor acha que o médico e sua equipe dão conta dessa metodologia prática clínica proposta pela MBE?

Luís Felipe Cunha Matos - Difícil eu responder isso. Por duas razões. Primeiro: algumas vezes as decisões precisam ser tomadas na hora porque há uma urgência ou... enfim. Eu te diria que o ideal é que, quando tu tens dúvida, tu deves procurar te assessorar ou de livros ou mesmo usando essa metodologia [MBE]. “Bom, vou usar isso ou não vou?”. Então, eu te diria

que hoje o médico precisa dar conta disso, para situações mais elaboradas, mais difíceis em que o tempo permitido de espera, é assim for possível, bom aí esse cientista da informação vai nos ajudar muito porque a própria seleção dos textos.

Como o senhor disse, se se fizer uma busca rápida na internet, vê-se muita porcaria. Então, essa análise crítica não ajudaria o médico nessa decisão?

Luís Felipe Cunha Matos- Eu acho que com certeza sim. Só que o que algumas vezes me preocupa é que tu não consegues adiar essa decisão. Muitas vezes temos situações em que se deve dizer para a pessoa: “Olha, eu não sei o quê que tu tens. Eu preciso estudar”. E isto significa que eu avaliei que essa pessoa não “tem” o risco de vida, se ela tem o risco de vida, a minha dúvida não cabe, porque aí eu tenho que buscar imediatamente alguém ou serviço que resolva isso [risco de vida].

Agora, se eu consigo avaliar que essa pessoa com este problema, ela não corre nenhum risco de vida e que em 24 horas, 48 horas o quadro clínico não vai, ou pode até mudar no sentido de coisas novas aparecerem e melhorar o diagnóstico. Isto me ajuda. Na realidade nós temos aí um problema de diagnóstico, aí não tem nada melhor do que os livros, ou algumas vezes nós estudamos e não conseguimos.

Bom, o livro vai nos apontar vários caminhos, então podemos lançar mão de outro especialista porque ele já viu isso algumas vezes, ou dezenas de vezes, ou centenas de vezes, então esse colega nos diz: “Não” e aí eu tenho que seguir por outro caminho que é mais adequado. Eu vejo que os livros continuam a ser a nossa grande fonte de informação, para podermos, no sentido da elaboração do diagnóstico, ou que esse problema seja um problema que o diagnóstico pode ser feito dias depois, semanas depois ou alguns anos depois. Há algumas doenças reumatológicas que são assim, então eu vejo que isso estaria muito adequado nessas situações. Algo que eu vou ter tempo para estudar, alguém que me traga um pouco pronto isso já com uma prévia seleção, eu vou ler muito menos coisas. Isso vai ajudar certamente.

Então seria mais na área acadêmica do que no serviço...

Luís Felipe Cunha Matos - Na área acadêmica com certeza. Mas isso tem uma aplicação clínica real. Nem todas as questões precisam ter uma resposta imediata. A resposta imediata é quando tem risco de vida. Se um sujeito está com dor no peito, e eu suspeito de infarto, ele tem que ir para a emergência para fazer eletrocardiograma e coletar enzimas, porque isso é decisivo para vida dele. Agora se um sujeito tem febre e não tem mais nenhum sinal nem sintoma, pode-se postergar essa decisão em 24, 40, 72 horas, e é aí que eu vejo ... claro que

febre é uma coisa mais simples, mas se aí pega problemas mais complexos, aí entraria muito bem isso. Alguém que pudesse auxiliar na busca de informações ou de evidências. Isso me ajuda, porém, sempre nos esquecemos de um ou outro componente que a Medicina Baseada em Evidência não leva em conta: quem decide não são as evidências, não é o médico, quem decide é a pessoa.

Portanto, algumas vezes, a melhor evidência é: “Tem que botar uma molinha no coração” e aí o paciente te olha e diz: “Eu não vou colocar”, ponto. Maior de idade, vacinado, com autonomia, com gozo pleno de suas faculdades mentais, tu vais fazer o quê? Olha, as evidências aqui dizem que tu [o paciente] deverias botar um stent. “Não vou botar.”. Então a nossa capacidade de convencimento vai até um determinado momento.

Eu trouxe essa questão, mas poderíamos falar de cigarro. Quantas vezes aconselhamos alguém e dizemos: “Tem que parar de fumar”, só que a pessoa não faz nada, entende? Isto é a autonomia dele. Há todas as evidências que demonstram que quem fuma tem uma chance muito grande de ter câncer de pulmão. Isso está comprovado, tem evidência, tem tudo. E aí? Como é que tu lidas com essas evidências se o cara diz: “Eu gosto, me faz bem, me acalma e faz quarenta anos que eu fumo e até agora eu não tive nada”. Então, tem um lado que nem nós médicos e nem a Medicina Baseada em Evidência resolve, que é a questão da autonomia das pessoas. Eu te diria que isso talvez seja a coisa mais complicada, é bem legal quando a pessoa diz: “Me diga o que o senhor acha que eu devo fazer.”. Mas quando a pessoa me diz assim: “Isto que tu estás me dizendo, eu não vou fazer por isso e por isso” ou “Me explica tudo de novo para eu entender” e tu fazes outra explicação disso e ele repete: “Não vou fazer.” Terminou o assunto, aí a gente tem que seguir em uma argumentação se tem o risco de vida ou alguma coisa, mas vê bem, mesmo nessa situação que seria quase que mandatória de botar um stent, hoje já existem alguns aparelhos que mostram imagens melhores do coração que provavelmente vai diminuir a colocação de stents. E aí então aquelas pessoas que em algum momento disseram: “Eu não vou botar o stent”, e não aconteceu nada com elas, então, apesar de todas as evidências, a coronária lá está ok, mas parecia que tinha que colocar o stent. O cara não colocou, não morreu, não enfartou, não nada e aí se diz que é um caso isolado, mas não importa. Pode ser um caso. Como é que tu lidas com isso?

É diferente de quando tu tens que tomar uma decisão. Agora quando tu estás no *tête-à-tête*, que a pessoa está sentada na tua frente, muda um pouco. Por isso que devemos ter essa flexibilidade para dizer: “Aqui existem evidências, mas a decisão continua sendo tua” e nós vamos ter que lidar, e não adianta ficar bravo, como eu vejo alguns residentes ou uns alunos

que dizem assim:

- *“Ah, eu não quero mais atender aquela pessoa porque não quer fazer o que eu ‘estou’ mandando”.*

- *“Como é que tu vais mandar em uma pessoa?” “Que idade tu tens e que idade tem essa pessoa? Como é que tu vais mandar em alguém que tem idade para ser teu pai?”, e ele responde:*

- *“Ah, mas eu sou médico”*

- *“Bem, ele é comerciante, ele é limpador de não sei o quê, ele tem uma experiência, ele tem autonomia, ele tem as suas crenças, ele tem tudo e o que tu estás dizendo para ele não faz sentido, portanto ele não vai fazer”. É com isto que precisamos trabalhar.*

E a Medicina Baseada em Evidência...

Luís Felipe Cunha Matos - Não ajuda! Porque se a evidência diz que o cara tem que usar aspirina e o cara diz: “Mas por que é que eu vou usar aspirina se eu não sinto nada? E agora eu vou ter que tomar esse comprimido que eu não sei se faz efeito. E agora eu tomei por algum tempo e começou a sangrar minha gengiva.” Porque causa sangramento e ele começou a ter dor de estômago... “Ah mais dor no estômago com uma dose pequena de aspirina...” Olha, sinto muito, a grande maioria pode não ter, mas essa pessoa que está na tua frente pode ter. E aí? Tu vais negar que ela tenha dor de estômago com um ou dois comprimidos de aspirina infantil? Não dá. Eu acho que esse é o grande desafio: como dizer, é esse o nó que a gente precisa, quer dizer, as evidências estão aí, mas as pessoas também estão aqui. São coisas que temos que saber lidar e saber como argumentar, e principalmente que vamos ter que construir um “plano” que faça sentido para essa pessoa.

O referencial da Medicina Baseada em Evidências é uma pirâmide que vai do nível mais crível ao menos crível. São eles: pesquisas em laboratórios; pesquisas em animais; Editoriais de Opiniões; estudo de série de casos; Estudo de Caso e Controle; Estudo de Coorte, depois mais robustos ainda são os Ensaios Clínicos Randomizados e Controlados e no topo da Pirâmide da Evidência, o que dá mais sustentação aquela evidência são as Revisões Sistemáticas e Metanálises. O senhor leva em conta tudo isso, mas também leva em conta a decisão paciente? Como é que o senhor vê isso?

Luís Felipe Cunha Matos - Com certeza, porque tu imaginas o seguinte, tudo isso que tu colocaste é o que nós seguimos. Quando tu lês um artigo, se é um Estudo Controlado Randomizado provavelmente temos uma grande chance de estar diante de uma nova droga, de um exame que vai nos ajudar. E daqui a pouco, isso que se mostrava muito promissor, em uma Metanálise pode desaparecer, porque não conseguiu [Estudo Controlado Randomizado], em grandes populações, isso mostrar. Então eu vejo que são elementos que se deve levar em conta, mas nada disso vai resolver a questão que colocávamos um pouco antes, que é a

vontade das pessoas. A resolução disso, na minha ótica, tem uma coisa que se chama vínculo. Se tu estabelececes vínculo com a pessoa, tu vais dizer para ela: “Essa água que eu estou te dando, vai te ajudar.” Estou exagerando um pouco, mas é isso a história da pedra moída, enfim, essas coisas com que brincamos um pouco, mas é porque a pessoa confia, tem um bom vínculo.

Nós acertamos mais do que erramos com ela, e decorre daí um crédito e as pessoas acreditam na gente, se não, todos esses aspectos que tu listaste aí... a pessoa vai dizer: “Tá bem, tu ficas com o teu conhecimento que eu vou atrás do meu.” E então a Metanálise pode não servir para nada. Eu não estou negando de forma nenhuma, porque nos baseamos nisso para várias coisas. Hoje com a quantidade de remédios novos que surgem para pressão alta, diabetes, artrite reumatoide, enfim, para quinhentos mil doenças. Vira e mexe tu te perguntas: “Bom, como é que eu faço?”. O livro diz isso e tal, esse é um conhecimento. Aí tu pegas uma Metanálise; o melhor está aqui. Aí entramos em outra questão que é importante: pode ser o melhor remédio, mas provavelmente deve ser o remédio mais caro. E aí? De novo nós vamos ter que adequar as evidências às possibilidades das pessoas. Porque pode levar o sistema de Saúde a um colapso. Se eu começar a achar agora que todas as pessoas de quem eu trato precisam fazer ressonância magnética, o sistema de saúde vai entrar em colapso, não tem como aguentar ressonância magnética para todas as pessoas que eu atendo. Eu vejo que essas questões têm que ser ponderadas e algumas vezes isso é possível. Bom, talvez a única possibilidade para uma pessoa seja talvez um remédio que custa muito caro. Aí se deve ponderar e ir atrás. São coisas que eu não lido muito, por exemplo: com doenças raras e que exigem tratamentos experimentais, que lemos nos jornais e têm alguns colegas que lidam com isso, dá dificuldade.

Minha entrevista terminaria aqui, mas o senhor me colocou outra dúvida. A Medicina Baseada em Evidência leva em consideração a economicidade, é um dos fatores, até para você atender um maior número de pessoas com um menor custo. E aí, como é que sai o custo dessa pessoa com quem o senhor disse que tem que estabelecer um vínculo. Isso é exequível nos dias de hoje?

Luís Felipe Cunha Matos - Completamente. A tecnologia que se tem que utilizar é a tecnologia mais simples, que é a tecnologia da comunicação, das relações humanas e isto custa zero, embora exista a questão do tempo que dificulta em algumas situações.

Porém, eu vejo como uma tecnologia que está ao alcance de todos e talvez seja a mais difícil de ensinar, o mais difícil de colocar em prática, que é, das relações. Dificilmente algum

médico sofre um processo como nos Estados Unidos e em outros lugares se o vínculo entre ele e a pessoa é bom. Algum momento houve um ruído e normalmente esse ruído é muito grande, que a pessoa fica muito brava e leva até as barras da justiça, como se isto fosse resolver algumas das coisas. Em Medicina o erro é muito fácil de acontecer, porque, primeiro, a gente está vendo as pessoas, está julgando, está fazendo, está desenvolvendo juízos e muitas vezes a gente erra. Quantas vezes eu errei! E aí? Vou deixar de ser médico?

Devemos estar atento para sempre estarmos nos policiando, estudando e desenvolvendo coisas para que os erros sejam poucos ou menos frequentes, que estejamos pensando em fazer o melhor. Mas achar algum médico e eu só conheço um aqui no Sul, que tinha uma história, até não tenho certeza se era verdade, mas diziam que ele, todos os dias, pedia a Deus para que ele errasse alguma coisa. Ele dizia que nunca tinha errado nada. Claro que isto tem um pouco de folclore. Ele era um sujeito que estudava muito, mas que certamente que deve ter errado, e muito, como todos nós. Ele pode não admitir os erros, mas todos nós erramos! Isto [não errar] é de quem está em uma profissão que não é exata.

O senhor faz medicina comunitária...

Luís Felipe Cunha Matos - Medicina de Família.

Medicina de Família e, além disso, o senhor ministra aula...

Luís Felipe Cunha Matos - Eu tenho também uma atividade que é de professor. Na realidade, eu tenho uma atividade junto a uma Universidade em que os alunos do nono ao décimo segundo semestre de Medicina devem fazer um estágio conosco, no sentido de desenvolver habilidades e atitudes em consulta. Só que esta é outra dificuldade, porque a faculdade não os prepara para consulta, prepara-os para fazer anamnésias tradicionais extensas em pessoas que estão deitadas nos Hospitais Universitários.

E aí quando eles vêm conosco, eles vão ter que enfrentar pessoas que, primeiro, não estão deitadas; segundo, que vêm caminhando; terceiro, que têm autonomia e quarto, que discutem o diagnóstico. Então, eu vejo que a preparação desses novos médicos é, se eu puder passar para eles que eles precisam aprender a fazer uma boa consulta, eu acho que já estou fazendo bastante, porque isso é o mais difícil. E cada vez que um deles senta do meu lado e vê como é que eu trabalho, como é que eu faço essa consulta, se eles têm humildade, no sentido de ter paciência também, porque eles já querem fazer igual, ou querem sair perguntando e isto não é bem assim. Porque quem atende está muito focado na pessoa, está mentalmente fazendo um raciocínio e que se tu te sentas do meu lado, fazes-me uma pergunta, e a pessoa segue por outro lado, daqui a pouco eu já não sei mais do que estamos tratando. E as pessoas são

divagadoras, precisamos ajudá-las naqueles problemas.

Como eu já estou há muitos anos trabalhando com uma mesma população, há as divagadoras que eu já sei quem são. Elas podem divagar, porque elas vêm para divagar comigo. Elas já não têm mais nenhum problema, ou quando elas têm alguma coisa, elas me dizem: “Olha, hoje eu estou ruim!”. E quando elas sentam e ficam fazendo voltas, deixamos. Mas isso é difícil dos meninos e das meninas se darem conta, porque eu estou há trinta anos trabalhando com a mesma comunidade. Têm famílias que eu já estou na quarta geração e algumas das pessoas eu já diagnostico que têm alguma coisa errada na sala de espera quando eu vou chamá-las. Se a pessoa que é muito tranquila, está lá de cabeça baixa, olhando para o chão e não sei quê, e o padrão dela não é esse, alguma coisa aconteceu.

Aquela questão do vínculo que o senhor mencionou.

Luís Felipe Cunha Matos - É. Eu já a conheço de tantos anos, que ela só pelo jeito... Eu digo boa tarde e ela: “Só se for pra ti.”. Alguém que nunca me deu uma resposta dessas, deve está muito ruim. Veja que são sutilezas. Eu vejo isso como muito difícil de ensinar. Essa é a minha batalha diária com os alunos, no sentido de mostrar assim, porque o resto está nos livros, é o que eu digo para eles: “Depois que tu fizeres o diagnóstico, abre o livro e vai estudar hipertensão, vai para o livro e estuda diabete, ou vai lá para as evidências e vê quais são as melhores e não sei o quê. Mas e antes? E até chegar ao diagnóstico? Só com isso que nós estamos fazendo aqui. Conversando, trocando ideias, argumentos, enfim. É isto. Eu vejo que isto é o mais difícil.

Para o senhor a Medicina Baseada em Evidências não é um novo paradigma de medicina?

Luís Felipe Cunha Matos - Eu tenho um pouco de dificuldade com essas coisas. Eu prefiro dizer que ela é uma ferramenta. Uma ferramenta que se muito bem utilizada, no sentido da melhor informação, diminuição de custos, tudo isso eu estou de acordo, mas é uma ferramenta, porque senão, diríamos que o tomógrafo é um paradigma. E não é. É uma ferramenta, que algumas vezes vai nos ajudar muito, mas muitas vezes não vai ajudar bulhufas.

Então, eu tenho certa dificuldade com isso, eu acho que quando se tem coisas assim, muito dogmáticas, eu acho que é melhor ser um pouco descrente, um pouco crente, duvidar um pouco. Achar que aqui ajuda, que bom, mas aqui não ajuda, está bem, então eu não vou negar que dizer que a Medicina Baseada em Evidência não serve pra nada? Não. Mas nessa situação aqui não me ajudou. Mas nos outros cem casos, ela me ajudou, então ela serve pra alguma coisa. Eu acho que é preciso estar atento. Por isso que eu tenho uma clareza que é a história

que meus netos vão dizer: “Como o meu avô fazia bobagem.”. Porque são essas coisas, por exemplo, achar que tem que dá remédio para o colesterol, essas coisas que têm algumas evidências que sim e outras que não. A história do PSA que todo mundo acha, estou só pinçando exemplos.

Tu imaginas a história do colesterol, muito interessante, e isto acontece com frequência. Pessoas que com 60, 65, 70, 75 anos, a vida inteira viveram comendo churrasco, gordo aqui no Sul, e aí, em algum momento, alguém pede o tal do colesterol e está lá: 250, 260, 270, e aí, coitada dessa mulher, porque se o médico for por todas as evidências, vai dizer para ela nunca mais comer carne vermelha. Provavelmente vai dar uma estatina. Bom, mas vem cá, e a evidência maior, de que durante 70 e tantos anos ela viveu assim. Não tem evidência melhor do que essa. E será que o ganho de vida dela, de qualidade de vida, vai compensar se ela deixar de comer churrasco e ainda vai ter que tomar um remédio à noite, que vai ficar preocupada para não se esquecer de tomar. Então, devemos ter certa parcimônia. Claro que se ela for diabética, tiver tido um infarto isso é outra conversa, mas eu estou falando das pessoas saudáveis que chegam aos 60, 70, 80 anos sem nenhuma doença. Nenhuma. Zero.

Mas antigamente não se chegava a essa idade...

Luís Felipe Cunha Matos - Não, chegava-se. E tinha gente que chegava. É que hoje se vê mais gente chegar, porque é óbvio que o conhecimento ajudou. As pessoas fazem vacina, fazem preventivo de câncer ginecológico, as mulheres fazem mamografias. Detecta-se um tumor de mama, e muda-se a história dessa mulher. Ela não vai morrer. Mas para aquela que não teve diabetes, não teve nada e tem um colesterol elevado, vamos recomendar: “Olha dona fulana, quem sabe vamos dar uma maneirada. Ao invés de sete dias por semana de churrasco, três ou quatro. Diminuir o sal. Vá fazer um pouco mais de atividade física se for possível, se as articulações não tiverem todas...” Mas fora disso, como diz o meu chefe: “É uma bobagem.”. Eu acho que essa expressão é isso.

Apêndice 3

Entrevista com Luciana Bauduíno, chefe de área da Biblioteca da Rede Sarah

Meu trabalho discute a mediação do bibliotecário na equipe médica. Há quanto tempo a senhora trabalha na Rede Sarah?

Luciana Bauduíno - Eu trabalho há 26 anos na área de biblioteconomia, eu entrei como estagiária, em 1985 e depois da formação eu prestei um processo seletivo.

Como a senhora avalia a mediação do bibliotecário, se é que existe essa mediação, na MBE?

Luciana Bauduíno - Eu acho que não existe no Brasil de maneira formal, como se tem fora.

As equipes de análises sistemáticas e metanálises normalmente têm bibliotecários fazendo parte dessas equipes. No Brasil isso ainda é um pouco comum. A não ser que as pessoas estejam ligadas ao Cochrane, ou seja, uma equipe que esteja fazendo uma análise temática para a Base Cochrane, e nesse caso tem que seguir as normas gerais. Mas de uma maneira geral, não. Até porque o número de bibliotecários ligados à área de saúde é muito pequeno. Há muita gente ligada à área de Direito, especialmente aqui em Brasília ou o bibliotecário universitário. Mas bibliotecário na área de saúde é uma coisa mais ou menos rara; poucos hospitais possuem biblioteca. Tanto públicos quanto privados. Então o nosso número é bem pequeno.

De acordo com a Pirâmide de Evidências, quais estudos lhe são mais demandados? A senhora desenvolve esse tipo de trabalho?

Luciana Bauduíno - Depende. Na área de reabilitação, os Ensaio Clínicos não são muito comuns; na área cirúrgica, também. Bem, na área cirúrgica para você fazer um Ensaio Clínico é mais difícil. O Ensaio Clínico Randomizado é muito fácil quando você está lidando com medicamentos, pois você tem o placebo e o medicamento padrão. A Rede Sarah tem exigências éticas muito fortes e não permite que se deixe de fazer um processo cirúrgico ou se faça um processo cirúrgico por causa da pesquisa. Isso é inadmissível. Na área de medicamentos, aí sim utilizamos o filtro de Ensaio Clínicos. Em intervenções, sejam elas cirúrgicas ou na área de fisioterapia, nós vamos descendo nas evidências, quando não há o Ensaio Clínico, buscamos o estudo de Coorte e vamos descendo no grau de evidências a medida que se faz necessário.

Quais são as principais bases de dados que o Sarah utiliza?

Luciana Bauduíno - PubMed (Medline), Cochrane, Embase na área de reabilitação, PsyInfo na área de psicologia, Micromedex na área de medicamentos, Cinhal nas áreas de Enfermagem e Fisioterapia, bases de genética e o Lilacs da Bireme e mais recentemente o Up to date. Dependendo da pesquisa. Nós utilizamos uma ou várias bases.

Como é feito o filtro dessa literatura científica?

Luciana Bauduíno - Nós somos três bibliotecárias. De praxe, usamos o Clinical Queries do PubMed. Nós começamos por ele. Se não encontramos, saímos dele e começamos a usar outras estratégias. Nas outras bases não existe Clinical Cares como default. Na psicologia há poucos Ensaio Clínicos; a MBE forte, como está na Medicina, não há na Psicologia ou na Enfermagem. Nesses casos caímos na mesma categoria das outras especialidades médicas. Se for um tratamento, uma intervenção medicamentosa, OK, há um Ensaio Clínico

Randomizado, senão já começa a ficar um pouco mais raro.

A senhora acredita que o bibliotecário pode ser inserido na equipe médica?

Luciana Bauduíno - Sem dúvida. Eu acho que muito antes da MBE já fazia parte; o Sarah tem como filosofia institucional, inserir cada funcionário dentro da corrente de assistência para que cada um tenha noção da importância do seu próprio trabalho. O pessoal da limpeza, por exemplo, sabe que se não higienizar corretamente estará favorecendo a infecção hospitalar, então é preciso que o funcionário tenha consciência disso, para não achar que ele simplesmente limpa e alguém suja, se for assim isso não há o menor sentido para ele. A reabilitação não funciona sem uma equipe multidisciplinar, então essa equipe é expandida dentro da instituição, porque todos nós fazemos parte de uma equipe expandida com objetivo de atender melhor o pacientes. Dessa forma, se eu não responder bem aos que me demandam, eu estaria atrapalhando o atendimento. Eu posso facilitar ou atrapalhar.

Com todas essas bases de dados disponíveis (open access), a senhora acha que o médico sozinho é capaz de fazer essa pesquisa, esse refinamento ou isso pode acabar atrapalhando a assistência clínica do médico?

Luciana Bauduíno - Eu acho que depende do tempo, e a realidade brasileira não permite isso, não só dentro do Sarah, embora aqui o profissional de saúde tenha dedicação exclusiva tempo integral ainda assim não pode perder 40 minutos do seu tempo procurando informação, porque nesses 40 minutos ele poderia ter atendido dois ou três pacientes. O foco do médico ou outro profissional de Saúde é assistência e o do bibliotecário a busca de informação, assim como o foco da pessoa que está no ambulatório fazendo gerência administrativa é administrativo para que o médico não seja bibliotecário, secretário, atendente etc. A ideia da equipe expandida serve para que o profissional de saúde preste a melhor assistência, contando com todo o aporte institucional para que ele preste essa assistência da melhor forma possível. Fora do Sarah, vamos pegar a realidade brasileira, o médico tem três, quatro, cinco seis empregos para sobreviver e as instituições não bancam a informação, que está cada vez mais cara, apesar da internet. Apesar de periódicos colocarem alguns artigos livres a assinatura está muito mais cara do que era há 10, 15 anos. Quando eu entrei no Sarah, muitos médicos tinham assinaturas pessoais, hoje isso não existe, porque o custo é simplesmente impossível.

E a que a senhora atribui isso? Por que como há muita informação e para qualificar a informação tem um custo embutido?

Luciana Bauduíno - Eu acho que não. Eu acho que as editoras estão completamente desesperadas com o *open access*; e muitos periódicos, que eram ligados a sociedades médicas,

deixaram de ser publicados e as editoras vão crescendo e comprando outras pequenas editoras. Ou a própria sociedade médica deixa de editar esse periódico e passa para uma editora e aí, quando o periódico sai de uma sociedade e passa para uma editora, a assinatura deixa de custar em torno de U\$200, U\$300 e passa para U\$1,700 ou 2,000. Como exemplo recente, temos o *British Medical Journal*, que era um periódico barato e hoje está muito caro e muitos profissionais deixam de assiná-lo pessoalmente.

Então, com essa configuração, a senhora acha que a institucionalização da informação torna-se cada vez mais crucial?

Luciana Bauduíno - Com certeza, não existe mais a assinatura pessoal, não existe a biblioteca pessoal. Ou o profissional tem acesso na Instituição dele, ou via instituição, de alguma forma, por exemplo, UnB. Ele pode até não pertencer ao Hospital Universitário de Brasília (HUB), mas ou tem acesso na UnB ou não tem acesso nenhum, porque o hospital público não tem, a não ser o HUB, por ser universitário, mas o Hospital de Base não tem e os hospitais privados não querem arcar com esse custo de maneira nenhuma, se o médico não tem acesso livre, ou via UnB irá pesquisar como? Nos seis empregos que tem: ele sai do hospital, corre para o consultório, ele dá plantão etc.

Qual o tempo em média que a senhora e sua equipe levam para refinar uma pesquisa a depender da demanda?

Luciana Bauduíno - É difícil, porque depende muito do tema. Existem temas corriqueiros; eu nem sei quantas pesquisas eu já fiz sobre pé torto congênito. Não dá para contar, então essa eu faço em cinco minutos. Porém, se é um tema novo tanto para a instituição quanto para mim, eu preciso estudar antes; não adianta começar a fazer a pesquisa sem estudo prévio, eu vou fazer alguma coisa errada, eu vou deixar de pegar coisas importantes. Então antes de fazer o levantamento, é preciso ler, é preciso saber em que terreno eu estou andando. É preciso estudar e isso leva tempo.

Como é a postura ou procedimento do bibliotecário nessa equipe expandida que a senhora fala diante de uma emergência médica?

Luciana Bauduíno - É que aqui nós não temos emergência. O Sarah é um hospital de reabilitação, nossas cirurgias são eletivas. Nós tivemos pouquíssimos casos de emergência em que eu tinha que fazer um levantamento em cinco minutos. Nós realmente não temos isso.

De qualquer forma, temos muito claro que tempo é imprescindível. Por exemplo, em 1985, quando eu entrei, o levantamento era manual, no Index Medicus, fazíamos meia dúzia de levantamentos por semana. Hoje acessamos o PubMed toda hora, ou seja a toda hora fazemos

um levantamento bibliográfico. Temos ciente que a informação tem que ser dada o mais rapidamente possível e o fato de fornecermos essa informação cada vez mais rapidamente gera no usuário a expectativa de receber mais depressa. Quando se pedia um artigo no Comut, o usuário esperava três dias, uma semana. Hoje ele quer o artigo em poucas horas.

A senhora acha que o Comut tende a desaparecer?

Luciana Bauduíno - Acho que não, nós usamos ainda o Comut.

E a BVS?

Luciana Bauduíno - Usamos também.

Quais as principais bases? Acho que já está respondido acima

Luciana Bauduíno - O PubMed, o Sinal, o PubMed (Enfermagem e reabilitação), o Embase só a área específica de habilitação, o SciInfo de psicologia e o Micromedics que é uma base não bibliográfica, é uma base de medicamentos. O Cochrane e a Bireme. Usamos muito pouco de Lilacs, porque na nossa área de concentração reabilitação no Brasil não tem quase nada e a gente não encontra informação brasileira e quando encontramos não se aplica a filosofia institucional do Sarah.

Apêndice 4

Entrevista com a bibliotecária Eliane Maria de Medeiros e Silva do Conselho Federal de Medicina.

A partir do entendimento da Medicina Baseada em Evidências (experiência clínica no consultório; a busca pela informação, e a cultura do paciente). Eu gostaria de fazer algumas perguntas baseadas nesse aspecto. A senhora trabalha à quanto tempo aqui no Conselho Federal de Medicina?

Eliane Maria de Medeiros e Silva. - Vinte anos.

Durante esses vinte anos, houve um aumento exponencial de publicação de material e também a forma de recuperar esse material. Para a senhora, a Medicina contemporânea apresenta-se, cada vez mais, calcada em conhecimentos oriundos de pesquisa científica. Essa fundamentação de pesquisa científica, a senhora encara como uma volta do ceticismo? A MBE é um novo paradigma?

Eliane Maria de Medeiros e Silva - Eu acho que não. Eu acho que é só uma maneira diferente de olhar a mesma coisa.

Por que a senhora acha que é uma maneira diferente de se olhar a mesma coisa?

Eliane Maria de Medeiros e Silva - Eu acho que isso já existia. Ela só não era formalizada como é hoje. Então, essa troca de informações entre profissionais, principalmente médicos, já

existia. E com a informática, internet, as pessoas foram vendo que isso podia ser mais compartilhado. As pessoas começaram a formalizar a sua prática clínica, e isso foi crescendo até virar Medicina Baseada em Evidência.

Nós tivemos um aumento exponencial dessas publicações, até mesmo como a senhora falou, em relação às novas tecnologias que beneficiaram. O Conselho Federal de Medicina (CFM) trabalha com quais bases de dados científicas?

Eliane Maria de Medeiros e Silva - Essa matéria de Medicina propriamente dita não é muito o nosso foco da Biblioteca do CFM. O acervo da biblioteca é mais focado na questão ética, na Bioética. O Conselho, com a Revista Bioética, foi o primeiro a levantar essa questão Brasil. Nossa atuação um pouco mais para a área da Filosofia, há também um pouco de Direito Médico, e até de Administração Pública, Saúde Pública. Porque é uma atuação política.

A Biblioteca dá suporte a uma atuação política da instituição?

Eliane Maria de Medeiros e Silva - Exatamente. É assim, por isso que a Medicina Baseada em Evidência interessa pouco pra nós. Quanto a novos procedimentos médicos, a sociedade em geral, médicos, instituições, às vezes pessoas individualmente mesmo se reportam ao CFM para saber qual sua opinião sobre esse novo procedimento: se é experimental, se não é experimental ou se já está consolidado na prática clínica. Então aí, nós vamos buscar um pouco nessa Medicina Baseada em Evidência.

E o CFM tem um projeto junto com a Associação Médica Brasileira (AMB), chamado Projeto Diretrizes, que são os protocolos simples. Aí, a Medicina Baseada em Evidência entra muito, porque eles [os médicos] fazem esse levantamento nas bases de Medicina Baseada em Evidência, para fazer isso. Mas esse procedimento não é feito aqui, ele é feito na AMB, e é feito por eles mesmos, pelos próprios especialistas, dentro da área de atuação de cada um. São eles mesmos que fazem a sua pesquisa, o seu levantamento. Então, é um olhar muito...

Mais clínico?

Eliane Maria de Medeiros e Silva - É, entendeu? Então, eu acredito que não tenha muita interferência do profissional de Ciência da Informação nesse processo.

Como, no seu ponto de vista, o médico se mantém atualizado? Quais são os instrumentos que o Conselho Federal de Medicina disponibiliza para que esses médicos se mantenham atualizados? Por que hoje, a Educação é muito cara, não só as novas tecnologias avançam, mas até o avanço das tecnologias, propiciam descobertas. Então, o médico é muito cobrado por essa atualização, qual o suporte que o Conselho Regional de Medicina, que embora atue como um órgão de atuação política, ele tem esse viés de Educação ou não?

Eliane Maria de Medeiros e Silva - Na verdade a atuação do CFM não é política, é mais de fiscalização.

O CFM é um órgão de fiscalização?

Eliane Maria de Medeiros e Silva - É. O Conselho funciona como um tribunal. A finalidade da instituição é a fiscalização. Mas aí, já houve um despertar para essa questão. Se o CFM está fiscalizando, punindo, ele tem também a função de educar; o CFM também tem que formar, para evitar o erro. Isso já é um entendimento que já ocorre já há algum tempo. O Conselho passou muito tempo, na época da Ditadura [período compreendido entre 1964 e 1985], com uma função corporativista. E com a redemocratização do País, as coisas foram mudando um pouco. Eu não estava aqui nessa época, quando havia mais controle do Estado em relação aos conselhos. Mas de lá pra cá, eu venho observando esse despertar dessa finalidade educativa do Conselho também.

Os médicos dos grandes centros têm informação muito fácil, pela internet. Ótimo, ela disponibiliza muita coisa. Mas e o médico lá do interior e o médico lá do Acre, do Amapá? Então, tudo isso, tem uma consciência já, de que o CFM precisa atuar dentro disso. Aí, acho que na década de noventa, o Conselho fez um programa de Educação Continuada, que era um convênio com um canal médico. Desde então começou a surgir os canais de assinatura, e o Conselho fez um convênio com um canal médico que chamava. E patrocinava, e dirigia, e proporcionou a gravação, a confecção de alguns programas direcionados para a área científica propriamente dita, de atualização, de Educação Médica Continuada. Isso durou uns quatro anos. Deu problema, não foi para frente e esse programa acabou.

Foi descontinuado?

Eliane Maria de Medeiros e Silva - É. Mas sempre com essa visão de achar uma maneira de proporcionar isso [Educação]. De não só punir, mas também de formar para não punir.

Fale um pouco sobre o Projeto Diretrizes.

Eliane Maria de Medeiros e Silva - Também tem essa finalidade. Na verdade, é uma parceria entre o Conselho Federal de Medicina com Associação Médica Brasileira. De uns dez, quinze anos, da década de noventa para cá, percebeu-se a necessidade de atualizar os profissionais. São coisas paralelas. Tem a fiscalização que é o eixo. Mas aí você percebe que estão ocorrendo muitos erros? Vamos ver onde é que está acontecendo muitos erros médicos. É mais entre os médicos mais novos? Então, qual o problema...

O CFM tem essas pesquisas?

Eliane Maria de Medeiros e Silva - Olha, o Conselho, com essa visão [pesquisas] formou, na

década de 1990 para cá, um centro de Educação, e aí, realizou algumas pesquisas, mas dentro da área profissional. Para essa questão do Ensino Médico existia uma comissão no CFM: Comissão Nacional de Residência Médica. Era uma comissão interinstitucional de avaliação de ensino médico, formada pela AMB, FENAN, algumas sociedades de especialidades, professores, Associação Brasileira de Ensino Médico. Então, foi aí que começaram [os integrantes da comissão] a despertar, a perceber como é que o ensino médico estava deteriorado.

A senhora falou sobre os médicos dos grandes centros têm mais acesso à informação do que os médicos dos centros longínquos. No entanto, vamos conversar um pouco mais sobre a qualidade dessas informações. Como é que o Conselho Federal de Medicina, como um agente fiscalizador, age sobre a qualidade da informação? Ou não há nenhuma?

Eliane Maria de Medeiros e Silva – Atualmente, não. Mas já houve. O Conselho já fez uma assinatura, é muito cara né, é muito caro. Então, nós já assinamos uma base de dados, não tinha muitos títulos, eram onze ou quinze títulos, mas, não podíamos disponibilizar para todo mundo. Então foi disponibilizada para o CFM e os regionais [CRM]. A intenção era de que os regionais servissem de células para os médicos poderem [ter acesso]. Mas não teve muito. Não despertou muito interesse dos próprios médicos. Houve divulgação, jornal e tal, mas não foi muito utilizado. E aí ficou muito caro e cortou-se. Hoje, existe um projeto de fazer um convênio com a Capes e aí, junto com a Capes, abrir, não todos, aqueles títulos ótimos da Capes. Restringiu um pouco mais, o Conselho vai pagar uma parte, e está em conversas com o Ministério da Educação, Ministério da Saúde, para ver se consegue um patrocínio para ver se consegue diminuir um pouco os custos.

Hoje vocês não têm uma base de dados que vocês ofereçam?

Eliane Maria de Medeiros e Silva - Hoje, não.

Vocês têm um convênio com a Cátedra UNESCO de Bioética, não é? Eliane Maria de Medeiros e Silva - Daqui da UnB? Eu não sei te dizer se ainda tem. O Conselho tem um convênio com a... Eu não sei se esse convênio era pra fazer um mestrado, doutorado de Bioética. Aí, acho que não deu certo. O CFM fez um convênio com a Universidade do Porto, em Portugal, houve três turmas de Doutorado em Bioética, vinham professores, lá de Portugal. Agora, parece que deu problema e o Conselho está fazendo convênio com um Observatório de Bioética na Espanha, da Universidade da Espanha, sempre com essa intenção, mais focado na Bioética. E assim, com essa intenção de estimular o médico a continuar estudando, se atualizando. O Conselho tem uma resolução... Porque é assim: há

títulos de especialista, o médico se forma, faz o curso básico de Medicina, depois ele tem de se especializar, por exigência do mercado mesmo. Depois existe a residência médica e existem as especializações, as provas de título de especialista, que são oferecidas pelas sociedades das especialidades. Então, às vezes o médico, ele faz a residência, ou ele faz uma especialização, consegue o título da sociedade e para aí. Se ele vai para um interior, por exemplo, e ele não se atualiza, ele fica na prática. Houve observação disso. O Conselho, há uns, acho que três anos atrás, ele normatizou, essa questão, para estimular o médico a se atualizar, continuar estudando, continuar se atualizando. Baixou uma norma, normatizando isso. Como é que o médico deveria, precisa para que ele continue sendo especialista diante dos conselhos. Ele precisa se atualizar constantemente. Então, de tantos em tantos anos, ele precisa apresentar para os conselhos regionais de Medicina o que ele tem feito para continuar se atualizando.

É nesse Projeto Diretrizes, é em parceria com a Associação Médica Brasileira.

Eliane Maria de Medeiros e Silva. - Isso. Aí, a AMB, a sociedade cada especialidade, faz parte do corpo científico da AMB.

Apêndice 5

Entrevista com Dr. Ricardo Pio Marins, as Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Como o senhor define a Medicina Baseada em Evidências?

Ricardo Pio Marins - A Medicina Baseada em Evidência é um instrumento, uma forma de sistematizar o conhecimento de maneira que você tenha a evidência de uma determinada verdade científica. A partir da sistematização desses estudos é que se pode falar: esses têm mais evidências ou menos evidências para ser acreditado. Porque sempre teve essa história de que determinado estudo não se sabe exatamente o que ele diz e a gente muda toda a orientação em função daquele estudo. Sabe-se que não é bem assim. Por quê? Porque sabemos que os estudos não são perfeitos.

Todos os estudos têm imperfeições. Há estudos que têm mais capacidade de detectar aquela verdade e há estudos que têm menos capacidade. Então, para você construir uma verdade nova hoje, cientificamente, essa sistematização do conhecimento facilita você ver com que grau de certeza ou de, digamos assim, confiança você tem para aquela dita 'nova verdade'. Aí você seleciona os estudos. Por que chama baseada em evidência? A evidência está nisso, se você tem um grupo de estudo de alto poder, estudos que se conseguem de fato se aproximar bem da verdade, ou estudos fracos, ou não têm estudos.

Isso é a Pirâmide de Evidências?

Ricardo Pio Marins - Exatamente. Quando você tem um assunto que tem muita produção científica, então você consegue sistematizar e ver se há uma coincidência dos resultados. Isso dá uma consolidação daquilo enquanto verdade. Alguns estudos são que melhor dão isso, por exemplo, os Estudos de Coorte são os melhores para isso, são os estudos observacionais de coorte.

O senhor poderia explicar o que é um estudo observacional de coorte?

Ricardo Pio Marins - O Estudo de Coorte é quando você tem um grupo de pessoas que você vai avaliar determinada resposta ou determinada associação de algum fator com o desencadeamento de uma doença. Você parte da observação. Você pega um grupo de pessoas, observa no tempo, você tem o controle de todas as exposições, você tem o controle de todas essas questões dessas pessoas. Então, elas não têm o evento e com o tempo, com o passar do tempo vão surgindo [eventos]... vão adoecendo pessoas. Como você tem os registros todos, você pode ter mais capacidade de inferir estatisticamente o que levou àquela exposição. Por exemplo, pega um grupo de tabagistas, vamos falar se fosse câncer de pulmão.

Os Estudos de Coorte são sempre longitudinais?

Ricardo Pio Marins - São. Na Inglaterra, tem esse grupo de médicos que é seguido já faz mais de cinquenta, sessenta anos, para verificar câncer de pulmão. Então, todos os médicos, quando começam a trabalhar, o grupo dessa pesquisa vai fazer uma entrevista e ver tudo que uma pessoa faz. Esses médicos observam continuamente. E aí veem: aqueles que fumavam e aqueles que não fumavam, no tempo, com o passar do tempo, quem adoeceu. E observar se esse grupo que adoeceu era mais de fumantes do que não fumantes? Às vezes, pode se evidenciar isso inicialmente. Mas será que não tem nenhum radiologista no meio? Será que não tinham outras pessoas com outros fatores? Os Estudos de Coorte permitem a você, além de registrar o aparecimento do evento, diferenciar os fatores associados à causa. Por isso eles são os mais fortes. Agora, eles são muito difíceis de fazer. Caros e demandam muito tempo também, às vezes são décadas para você inferir. Para resolver isso [alto custo e demora nos resultados], surgiram outros tipos de estudo. Ao invés de partir da observação do evento, surgiram os estudos que partem do evento para a observação.

O senhor poderia explicar como é essa alternativa de estudo?

Ricardo Pio Marins - É o Caso do Controle. Eu pego a pessoa que já está doente, ela já tem o evento, eu quero saber as exposições dela no passado. Eu pego este grupo que está doente, seleciono um grupo não doente que tenha as mesmas características desse [de pessoas

doentes], e vou observar o passado dessas pessoas indagando as exposições, e vejo se há associação estatística. Porque daí é mais barato, mais factível e rápido. No entanto, ele está sujeito muito mais a erros. Porque as pessoas não lembram, têm viés de memória. “Será que eu selecionei o grupo certo?” Não é fácil você selecionar pessoas que tenham as mesmas exposições, tenham as mesmas condições de vida. Até porque você vai ver uma exposição que às vezes ocorreu dez anos, quinze anos atrás. Então assim, eles dão informação quando o agente, a causa é muito forte. Eles dão muito claramente essa informação. Agora, quando não é muito claro, você encontra às vezes assim: casos de controle que deram associação, outros que não deram associação. Fica aquela confusão. Tem dez mil estudos, uns falam que tal situação que você estudou está associada à causa, outros falam que não está. Aí depende do tamanho da amostra, depende da quantidade do controle. Depende de ‘n’ variáveis que às vezes você não consegue fechar.

Esse do controle é o Estudo Duplo Cego?

Ricardo Pio Marins - O Estudo Duplo Cego é um método que nós usamos para fazer o controle. Vamos supor: vou fazer um Ensaio Clínico. Eu vou pegar um grupo de pessoas, vou dar o medicamento. E aí, eu dou medicamento para um grupo que vai tomar e crio ou um placebo ou crio alguma coisa para outro grupo. O ideal é que quando eu vá fazer isso, eu não saiba, eu enquanto pesquisador, não saiba nem quem vai tomar e quem não vai tomar.

O princípio ativo?

Ricardo Pio Marins - É. E nem saiba nem mesmo na análise, isso é um Estudo Duplo Cego. Um método para você evitar o viés da sua intervenção, que você pode aplicar nessas situações aí. Ele é mais usado para Ensaio Clínico.

Qual o outro importante? O Ensaio Clínico. Lógico que dentro, se você olhar sob os aspectos reais, o Estudo de Coorte é melhor. O Ensaio Clínico geralmente é feito em uma situação que não é real, porque você pega pessoas, seleciona pessoas, geralmente o Ensaio Clínico é aplicado muito para testar medicamento.

Você expõe o grupo a medicamentos, às vezes pessoas doentes, de certas doenças... “essa droga é para tratar essa doença”. Aí, eu dou a droga nova para um o grupo e para outro grupo o medicamento convencional e observo o efeito, se o efeito é melhor ou não. Mas geralmente você seleciona muito as pessoas, você até consegue ter força para dizer: “Olha, o efeito existe, agora, ele existe em uma situação muito controlada”. Porque na vida real, os pacientes falham doses, o paciente às vezes não tem aquela faixa etária, adultos que compreende tomar o remédio. Na realidade, as coisas nem sempre funcionam como no Ensaio Clínico. No Ensaio

Clínico, eu geralmente seleciono adultos que conseguem ter uma boa percepção do que você está falando. Então, já começa por aí. Para entrar no Ensaio Clínico, você tem que querer. ‘Querer’ já é diferente da realidade, porque a maioria dos pacientes não quer. Então, existem outras coisas que interferem na prática e depois na aplicabilidade daquilo. Esses estudos todos, e aí têm variações de nomes: estudos mais complexos, estudos menos complexos. Ensaio Clínico, às vezes você divide em ‘braço’. Um, ‘braço’ dois, braço três. Um você expõe a tal coisa, outro você expõe a outra coisa e vai comparando. Mas enfim, é assim que a Ciência cresce, não é? A Ciência médica é assim. É através da identificação de causa e efeito e usando todos esses métodos. Hoje em dia o que se faz? É um novo paradigma sim [MBE], no modo de ver, porque você tem uma forma hoje em dia para conferir maior ou menor credibilidade à informação científica. Se ela se repete muitas vezes, e têm estudos bons e nesses estudos bons os resultados se repetiram, muito provavelmente nós estamos mais próximos da verdade.

Então, têm níveis de evidência, têm aqueles que são evidências mais fortes, aí se aceita como verdade. Têm outros que nós falamos: “Olha, existe evidência, no entanto, não há tantos estudos que dão essa sustentação”. Então, é uma evidência média, uma evidência discutível. E tem outros que não têm evidência nenhuma ou têm uma evidência fraquíssima. Por exemplo: tem um estudo que mostrou isso. Bom, mas um estudo não quer dizer nada, eu posso ter feito tudo errado, pode está tudo enviesado. Porque você não tem como controlar os estudos, e cada um faz o estudo na medida da realidade do que pode fazer.

Isso é limitação da Ciência?

Ricardo Pio Marins - É, por exemplo, nós, no Brasil, estamos produzindo muito pouco, e o que produz, geralmente são estudos que pela dificuldade econômica, pela dificuldade institucional de conseguir fazer essas coisas, são estudos que geralmente contam muito pouco para a Ciência mundial. Porque exige um gasto muito grande para fazer tudo isso. Então, essa é a forma de você conseguir usar o que a Ciência produz de uma maneira mais confiável para evitar olhar exceções, e na verdade, ter um posicionamento da Ciência fora o mais possíveis das exceções. E olhando mais o que é de mais consenso. Não consenso da percepção, consenso dos resultados obtidos. E depois você tem metanálise, por exemplo, a Metanálise...

O senhor poderia mais sobre a Metanálise?

Ricardo Pio Marins - Aí você têm formas de fazer... Como é que você sistematiza esse conhecimento? Você fala: “Eu quero estudar relação de gordura e medicamentos para HIV” Têm milhares de pessoas estudando isso. Aí todo mundo fala: “Medicamento tal, leva ao

aumento de colesterol” Aí eu vou lá. Tem que fazer alguma maneira para ver se tem essa evidência. Ou eu faço uma Revisão Sistemática.

Uma Revisão Sistemática quer dizer: eu vou criar um mecanismo de busca de tudo que está produzido internacionalmente, validado, nas revistas internacionais, pelos pares, por *reviews* etc. Vou sistematizar isso, e ver quantos estudos me mostram esse efeito, quantos estudos mostram o contrário e a partir daí eu digo: “Olha, tem, de acordo com os tipos de estudos, considerando aqueles que têm mais força, menos força, eu posso dizer: uma Revisão Sistemática foi feita (e aí também varia o tamanho da Revisão Sistemática). Lógico, para você considerar uma nova verdade científica, elas [Revisões Sistemáticas] são muito grandes e de um nível de estudo... ninguém vai pegar uma revista daqui, por exemplo, a revista do Ministério da Saúde, porque ela não é uma revista de grande qualidade científica. Ela é uma revista para ser vista, para estimular as pessoas a fazerem alguns estudos, para fomentar. Diferente da *Epidemiological* da Inglaterra, onde só entram grandes estudos epidemiológicos com todos esses cuidados. Então, aí você faz uma revisão científica sobre o assunto, Sistemática, você pega tudo que está produzido e classifica de acordo com os trabalhos, os desenhos dos estudos. “Tem X Estudos de Coortes, tem X Casos de Controle, tem X Ensaio Clínicos, tem X tal...” A observação que se está analisando deu positiva em tantos, foi considerada, se encontrou a mesma coisa em tantos casos de controle, em tantos coortes, e aí eu consigo sistematizar. Têm um nível de evidência alto, ou não. Ou não tem um nível de evidência alto. Não tem produção ou o que está produzido não mostra efeitos, resultados de dissenso

E como se faz quando o resultado é de dissenso?

Ricardo Pio Marins – A gente não faz. A gente só diz que tem dissenso.

Ou seja, vai-se recomeçar?

Ricardo Pio Marins - Não. Vão-se aguardar outros estudos, porque você não está fazendo isso, você está julgando uma situação. Você não tem condição ainda, pelo que está produzido cientificamente, de dizer que aquilo tem grande evidência. Têm resultados a favor e contra, nós temos que esperar mais tempo.

Por exemplo, a Universidade Federal de São Paulo tem um curso de Medicina Baseada em Evidência, mais voltado para os médicos. O senhor acredita que os bibliotecários podem ser inseridos nessa Cadeia de Valor da MBE?

Ricardo Pio Marins - Eu acho que é uma coisa que talvez faça sentido para níveis de decisão muito avançados. Não acho que uma pessoa que esteja fazendo mestrado ou doutorado tem

que ter uma ‘pessoa de informação’ para fazer isso. Agora, dependendo do nível de investigação ou da resposta que você quer ter, uma coisa que pode mudar completamente a forma de tratar pessoas ou a abordagem: “Ah não, esse método diagnóstico é mais potente do que o outro, então eu vou abandonar o outro” Então, aí você precisa de fato de uma densidade de informação e cuidado com a informação, para sistematizar, para poder tomar decisão. Então assim, acho que nos grandes centros de pesquisa, e que tem essa função, digamos, maior, mais nobre e de grande poder de decisão, aí eu acho que cabe.

Muitos estudos de laboratórios farmacêuticos são considerados enviesados, mas, às vezes, são as únicas formas a que os médicos têm acesso a uma nova informação. Para o senhor há uma questão Bioética envolvida ou não?

Ricardo Pio Marins - Tem. Todos os estudos são feitos por seres humanos.

O senhor poderia ser mais específico, por favor.

Ricardo Pio Marins - Há interesses, há questões envolvidas. Lógico, os estudos financiados pela Big Farma, pela Indústria Farmacêutica, eles muitas vezes têm viés mesmo. Então, a Medicina Baseada em Evidência faz o quê? Possibilita que você também analise esses aspectos. Quando você confronta um resultado de todas essas fontes produtoras, mesmos que parte delas tenha interesses outros, mas de qualquer maneira, são eles também que produzem Ciência. Tem um discurso, que é complicado, na área mais governamental, que sataniza a Big Farma. Bom, mas se eles não existem, nós não evoluímos, porque não tem nenhum estado que faz financiamento de pesquisa nesse país, nem no resto do mundo. Ninguém investe bilhões por ano para conseguir uma droga nova.

Eu não tenho essa visão de satanização. Eu acho que eles têm um lucro enorme, mas bom, o mundo é assim. O empresário tem um lucro enorme quando ele constrói um prédio ou então o outro tem um lucro enorme quando descobre uma nova tecnologia. As indústrias farmacêuticas fazem a parte que lhes cabe. Lógico que há questões éticas, mas isso é outro aparte. Não é porque têm erros éticos que não há importância ou benefício naquilo que eles fazem, porque nós estaríamos na Idade da Pedra se não fosse a Indústria Farmacêutica. E são eles que descobrem as doenças. Se você vir, a maior parte das doenças, foram eles que descobriram, eles que descobrem tratamento.

Então, não podemos descaracterizar completamente esse papel, porque nenhum governo assume esse papel. Nem o governo dos países mais ricos assume esse papel. Porque é caro, a sustentabilidade governamental é quase impossível, infelizmente é a realidade. Gostaria que nós vivêssemos em um mundo ideal, mas o mundo não é ideal. Aí, acho que a Medicina

Baseada em Evidência também acabou tendo uma importância e acho que ela acabou sendo alavancada também por isso. Porque houve muitos escândalos da interferência de financiadores na Ciência. Essa é uma maneira que você tem de confrontar muitos dados e neutralizar esses vieses de interpretação e de realização. Você não vai se basear em um grupo só de trabalho que tinham um viés, um interesse de produção. Quando eu confronto esses que têm esse viés com outros que não tinham e os resultados são os mesmos, apesar de você falar que é da Big Farma, o [processo] foi ético, foi bem feito e combina. Às vezes não acontece isso, às vezes você derruba outra informação.

A Big Farma tem uma necessidade de ter um retorno mais rápido e muitos produtos são colocados no mercado e passam por todos esses processos e depois de um uso prolongado, percebem-se reações adversas, ao ponto de você ter que retirar um produto do mercado. Mas até lá, a empresa já faturou, foi antes de expirar a patente. O senhor acha que existe algo programado ou é muita avidez pelo lucro?

Ricardo Pio Marins - Eu não diria só por este lado. Acho que têm várias coisas que interferem nisso. Têm efeitos que se você for esperar por um medicamento na praça, se você for esperar a análise de todos os efeitos, você vai levar dez ou quinze anos. E as pessoas tão morrendo, vide os medicamentos para HIV. Se nós fôssemos esperar analisar todos os efeitos adversos dos antirretrovirais, as pessoas todas teriam morrido, e elas tão todas vivas hoje, ou pelo menos uma grande parte delas. Então assim...

De mortal, passou a ser uma doença crônica.

Ricardo Pio Marins - Exatamente. É muito melhor você trabalhar o efeito adverso... Mas a pessoa está viva! Quer dizer, o grande efeito foi garantido. Nós não podemos ser simplistas nessa análise, porque as coisas são mais complexas que isto. Às vezes você tem um medicamento para câncer, um medicamento novo, sabemos que muitos efeitos não foram estudados, alguns efeitos colaterais, mas o efeito principal foi bem estudado e mostrou que era bom. Então é melhor eu dar agora porque se eu não der agora, se eu for estudar os efeitos adversos, quantas pessoas já terão morrido? Então, há situações e situações. Lógico que algumas têm mesmo questões de interesse econômico, mas tem, por outro lado, outras situações que mesmos com esses riscos, é a única oportunidade que você tem, determinado momento histórico.

É por isso que você tem análises e autorização das agências reguladoras como o FDA, que fazem, às vezes, autorizações precoces de uso de medicamento. Às vezes, a evidência para aquele determinado tratamento, para determinada situação, ela é tão forte, que o medicamento

vai ajudar aquela situação, que é liberado antes dos ritos normais por que deveria passar um medicamento. Por causa disso. Por que, assim, mesmo assumindo que o medicamento pode ter mil efeitos colaterais que não estão estudados, mas para aquela finalidade que é uma finalidade de risco, que a pessoa está em risco de vida, é muito forte a evidência, então: “Vamos tratar”.

Eu me lembro, quando eu trabalhei para uma indústria farmacêutica, nós íamos lançar um medicamento aqui no Brasil, ele já tinha sido aprovado pelo similar do FDA na Europa e o FDA ainda não tinha aprovado. E a ANVISA esperava a aprovação do FDA. Existe essa hegemonia, ou é uma espera de mais uma rubrica?

Ricardo Pio Marins - Eu acho que é uma espera de mais uma rubrica, porque, lógico, existem organismos internacionais de alguns países que eles são muito confiáveis, primeiro pelo tempo de existência, pela seriedade como estas instituições trabalham, pela importância que isso tem naqueles países. Então, eles acabam virando referência. O FDA, por exemplo, é uma referência mundial, porque eles se organizaram primeiro.

Apêndice 6

Entrevista com: Dr. ROBERTO D'ÁVILA, presidente do Conselho Federal de Medicina

Dr. Roberto, meu estudo é como funciona o fluxo de informação da Medicina Baseada em Evidências para Educação Médica Continuada. Então, eu fiz aqui um roteiro e depois apreciaria conversar um pouco sobre a Resolução CFM/AMB n. 1.722 de 2005.

Há quantos anos o senhor trabalha na área da saúde?

Roberto d'Ávila - Formado em 76. Trinta e cinco anos.

Qual a sua posição quanto a Medicina Baseada em Evidência?

Roberto d'Ávila - Eu penso que não é esse paradigma, a solução para todos os males. É um instrumento, é uma ferramenta que ajudaria a se fazer uma avaliação da prática atual. Verificar se a prática atual apresenta equívocos, porque a Medicina Baseada em Evidência, ela pode revelar, analisando os estudos e fazendo comparações entre estudos, ela pode nos dar um posicionamento sobre o estado da ‘arte’.

E às vezes, você tem registros históricos que podem ser corrigidos com a análise que essa ferramenta permite. Então, nesse sentido, eu acho muito bem vinda, muito interessante para que nós possamos até rever as práticas e repensar a terapêutica medicamentosa para determinadas doenças, determinadas patologias. Mas não é a solução de tudo, não é uma nova medicina. Nós chegamos a dizer aqui, muitas vezes, um comentário que a medicina sempre foi baseada em evidências e isso é apenas um instrumento que facilita a avaliação do que tem

sido feito.

A Medicina Baseada em Evidência é dispendiosa?

Roberto d'Ávila - Veja bem. Há uma série de problemas envolvendo isso. Primeiro: a seriedade dos artigos. Então, você tem problemas sérios de conflitos de interesses, artigos fabricados, artigos produzidos por interesses do patrocinador do artigo. Então, você fica sempre com uma dúvida. Mas a Medicina Baseada em Evidência, ela analisa até isso. Ela tem uma possibilidade de verificar o que foi comprado, o que foi pago, o que foi produzido, no sentido de verificar que aquilo não bate, muitas vezes, com um estudo sério, independente e autônomo.

Até chegar à Metanálise?

Roberto d'Ávila - Exatamente. Eu estou pensando já de Metanálise.

Quais são os maiores desafios do Conselho Federal de Medicina, no quesito Educação Médica Continuada? Na sua gestão, por exemplo.

Roberto d'Ávila - Veja bem, nós estamos tentando desenvolver isso e tivemos uma dificuldade, pelo seguinte: a Associação Médica Brasileira (AMB), que é uma associação de sociedades de especialidades, ela reivindica para si, a competência para Educação Médica Continuada através das sociedades. E que nós deveríamos ficar somente restritos à educação em ética médica e Bioética. Isso deu em muita discussão entre as duas entidades nos últimos anos, porque nós defendemos que a Educação, ela tem que ter sempre o viés ético. Quando ela é feita somente pelas sociedades, essas sociedades são patrocinadas pela indústria de medicamentos ou de equipamentos. E isso cria também um viés que não nos interessa participar, pelo contrário, nos interessa corrigir.

Então, nós estamos reivindicando, através de doações aos Conselhos, de valores, para que o próprio Conselho seja o coordenador desses cursos, desses eventos de Educação Médica Continuada. Embora [eventos de EMC] terão que ter especialistas da área, até com a participação da própria sociedade de especialidade, mas sobre o controle do próprio Conselho Regional. Nós estamos desenvolvendo nos estados, através dos conselhos regionais, a possibilidade de Educação Médica Continuada não somente ética, mas de especialidade, ou de temas ligados, por exemplo, a urgência, emergência, às doenças mais frequentes, atenção básica via Conselho Regional.

Fugindo rapidamente. A Resolução CFM/AMB n. 1.722, de 2005, não sei se já foi revogada...

Roberto d'Ávila - Ela não foi revogada, ela está em estudo.

De acordo com a Resolução, foi criado o Projeto Diretrizes, aqui no terceiro parágrafo do

artigo primeiro. Essa renovação, essa preocupação surgiu do Conselho mesmo?

Roberto d'Ávila - Sim. Na verdade foi um tema discutido junto com a Associação Médica Brasileira e ela nos levou a uma encruzilhada legal. Esse é o principal problema. Por quê? Aqueles até a emissão, a partir da vigência da resolução que foi 2005, final de 2005, a partir de 2006, todos que fossem especialistas, teriam que fazer uma determinada pontuação para ter o seu título revalidado, vamos dizer assim, atualizados. Então, os que se formaram a partir dessa data, os que obtiveram títulos de especialistas a partir de dezembro 2005, teriam que de cinco em cinco anos fazer isso. Funcionava bem, mas nesses cinco anos teve muito protesto.

Os mais antigos estavam fora e os mais novos questionaram uma série de coisas. Como é que você dava, valorizava tantos pontos para um, e para um evento da Indústria, patrocinado pela Indústria. Porque tinha uma pontuação para cada tipo de evento. Quem é que credenciava exatamente? Congressos Nacionais: 20 pontos; Congresso da Especialidade: cinco pontos. E você tinha aqui uma dificuldade muito grande em verificar qual era o evento que merecia ser credenciado. Tivemos denúncias, por exemplo, de eventos, até feito por grupos altamente patrocinados pela Indústria, por interesses, vamos dizer assim, interesses não muito claros...

Havia conflito de interesses?

Roberto d'Ávila - Isso. E que ganhavam ponto maior do que um evento muito sério. Isso criou problemas. Houve também, um problema administrativo na computação. Então, por exemplo: eu tenho uma filha que é cardiologista (acho que o exemplo é sempre o melhor para contar, para dizer o que se pensa). Essa filha pegou o título dela de Cardiologia em 2005. Nesses cinco anos, ela ficou grávida, por duas vezes, e eu vi essa menina barriguda indo para Curitiba, morando lá em Joinville, indo pra São Paulo participar de eventos, para fazer os cem pontos, para que ela tivesse a sua atualização. Quando chegou ao final, os pontos desapareceram da grade, houve um problema administrativo, do ponto de vista da computação, da Ciência da Informação, e eu falei para ela que isso não seria computado porque nós estávamos discutindo o assunto novamente. Houve a mudança de uma nova gestão dentro do Conselho Federal, que muita gente dentro da plenária, queria rever isso, porque achava que não estava sendo feito adequadamente, tanto do ponto de vista da acreditação, quanto do ponto de vista da computação desses pontos.

Ela estava perfeitamente consciente de que deveria se atualizar, ela não tinha dúvida quanto a isso. Os antigos não tinham dúvida de que não precisavam se atualizar. E ficava uma briga de forças, uma “quebra-de-braços” entre a Associação Médica Brasileira, que queria que todo mundo se atualizasse e nós que olhávamos do ponto de vista legal. Primeiro, se era exigido

legalmente, se poderíamos exigir legalmente. A primeira pessoa que entrasse na justiça contra a isso, poderia derrubar. E também os vieses, os conflitos de interesses que estavam sendo autorizados por nós na hora que nós fizemos. Essa resolução deverá ser revogada.

Em função disso, desse atual quadro que o senhor está colocando. Vocês têm o Projeto Diretrizes com a AMB, esse projeto, ele é uma forma de Educação Médica Continuada?

Roberto d'Ávila - Sim.

Como é que as pessoas que são afiliadas aqui do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais se atualizam? Visto que os artigos são muito caros. Eles são instrumentalizados para fazer essa busca? Como o senhor mesmo falou, existem artigos e "artigos".

Roberto d'Ávila - Bom, esse é um ponto que eu penso que nós deveríamos dar mais importância nos próximos três anos. Nós tentamos jogar isso, para os Conselhos Regionais, alguns fazem isso relativamente bem, mas a maioria não. A maioria não consegue fazer uma boa Educação Médica Continuada. Há os que defendem que nossa grande missão é a questão ética e não a questão científica. O Projeto Diretrizes era uma maneira de você fornecer Educação Médica, eu tenho ali livros do Projeto Diretrizes, mas se você perguntar quantos médicos leem esse Projeto Diretrizes, eu vou lhe dizer que são muito poucos.

Então, é algo a ser revisto?

Roberto d'Ávila - Está sendo revisto. Nós estamos até está pensando em não renovar com a Associação Médica Brasileira convênio sobre Diretrizes, porque da maneira como ele vem sendo feito, também é muito complicado.

Por exemplo: você contrata a Sociedade Brasileira de Urologia para fazer uma atualização sobre câncer de próstata. Eles escrevem os artigos, colocam lá e ali o artigo mostra qual os medicamentos têm as melhores evidências científicas na classificação de A,B,C ou D; quais os procedimentos. E como são feitos por uma sociedade de especialidade, ela coloca o estado da 'arte', geralmente remédios de última geração, procedimentos também, dos mais caros. Então, o que você tem ali...

É baseado na monografia do produto?

Roberto d'Ávila - Eu não posso te afirmar isso, mas é baseada na vivência de professores que são *speakers* ou são promovidos, vamos dizer assim, "*sponsoreds*" Então, cria realmente uma dificuldade em você aplicar essas diretrizes a uma realidade brasileira que não existe, só existe dentro de alguns lugares que são padrão 'A'. Ou então na Medicina privada, ou seja, é Medicina cara, em que você não tem a certeza de que aquilo foi feito (pelo menos foi feito dentro dos padrões científicos), mas sem cuidar para que se tivesse primeiro, vamos dizer, um

tratamento mais em conta, mas de acordo com a realidade. Ele já parte para um tratamento padrão norte-americano que não é a nossa realidade.

Na ausência do Projeto Diretrizes, e com essa reivindicação, até de valores, dos Conselhos Regionais, o Conselho Federal de Medicina vai, a partir de agora, colocar uma nova forma de atuar na Educação Continuada dos médicos?

Roberto d'Ávila - Sem dúvida. Essa é uma discussão que nós estamos fazendo e fizemos ao longo desse ano. Se revogarmos essa resolução, nós vamos ter que fazer um planejamento, uma previsão, outra resolução dizendo como os conselhos deverão realizar esse tipo de Educação Continuada.

A dúvida é como fazer sem a influência das especialidades. Porque você precisa. Embora, se você me perguntar quantos conselheiros são em cada Conselho Regional, quarenta e dois. Quantos são professores titulares e quantos são professores assistentes? Quase a metade. É muito frequente a associação professor da Universidade como conselheiro, geralmente, mais no final, ou quando aposenta com cinquenta, sessenta anos, é a nossa média de idade é mais alta. Quantos foram presidentes ou são presidentes de sociedades de especialidades?

Não se pode esquecer que o conselheiro é um médico, que tem uma representatividade social e uma representatividade classista. Ele veio da Academia, ele é um profissional bem preparado, conceituado e eles o são, compõem o plenário do Conselho Regional e do próprio Conselho Federal. Nós temos aqui, vários professores titulares, doutores. Só que nós estamos mais preocupados com a questão ética, a questão de conduta. E o grande embate hoje é esse: ou nós vamos substituir a Academia e a especialidade, focando na questão, vamos dizer assim, no estado da 'arte' daquela doença, ou daquela especialidade, ou nós vamos nos focar na conduta ideal, alertando os médicos, que diante de determinados conflitos, qual é a conduta esperada, imaginada, esperada e idealizada pela sociedade. O que ela espera de um médico diante de um situação dessa.

Então, nesse cenário que o senhor coloca, a partir dessa discussão da resolução. Os médicos, dos Conselhos Regionais serão instrumentalizados a fazer buscas de periódicos?

Roberto d'Ávila - Sim, a ideia é essa. Inclusive, que cada conselho, nosso próprio Conselho Federal, tenhamos o que nós usamos hoje, a biblioteca, a Eliane para divulgar e colocar à disposição dos médicos as questões de legislação Ética médica e Bioética, seja também ampliado para...

Discussão científica.

Roberto d'Ávila - A discussão científica, a atualização profissional.

Então, vai precisar de um profissional que não seja ,médico, talvez um bibliotecário.

Roberto d'Ávila - Talvez. Talvez para ajudar...

A identificar esses Ensaio Clínicos. O que é Ensaio Clínico, o que é Estudo de Coorte

Roberto d'Ávila - Sem dúvida.

Talvez a mediação de um bibliotecário seja viável?...

Roberto d'Ávila - Seja mais... Temos feito muito esse vínculo com a nossa biblioteca, com a TI, a Tecnologia da Informação, exatamente para facilitar acesso, para liberar acesso. Fizemos um, tentamos, estamos tentando ainda aquele convênio com o periódico da Capes

E como está esse convênio com a Capes?

Roberto d'Ávila - Não evoluiu. Está em discussão.

Por quê?

Roberto d'Ávila - São muito caros. São Paulo e Rio de Janeiro pagavam isso, e pagavam caro. Nós tentamos fazer nacionalmente, mas esbarrou no preço. Eles estão pedindo, nacionalmente, um preço absurdo. O Rio de Janeiro renovou. São Paulo está pensando em renovar diretamente. Porque se você considerar, Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, eles detêm 60% dos médicos do país, mais da metade. Mas seria uma forma de você disponibilizar a qualquer médico informações atualizadas e confiáveis também.

Agora, mudando um pouco, até por causa do seu tempo. Da conduta clínica. Durante determinado tratamento, após anamnésia e rotinas de diagnósticos, e ainda assim, persistirem dúvidas quanto ao esquema terapêutico a ser adotado, o senhor consulta primeiro um colega ou faz uma pesquisa?

Roberto d'Ávila - Essa é uma pergunta interessante. Eu, particularmente, costumo perguntar a colegas mais experientes. Se eu não ficar satisfeito, eu vou buscar informações científicas e o computador. Antigamente eram os livros, hoje é o computador. As livrarias, onde eu possa buscar.

Quando o senhor optar por fazer uma pesquisa na internet, nas bases de dados, as credenciadas, qual tipo de pesquisa o senhor desenvolve?

Roberto d'Ávila - No Google tem muito lixo, não é? Tem um trabalho, acho que o percentual de coisas sérias chega a menos de 2%. É um valor absurdo que você tem de lixo, e seriedade seria 1% ou 2%, principalmente na área médica. São as fontes, todas aquelas que estão indexadas em que eu busco.

O senhor assina algum periódico científico?

Roberto d'Ávila - Não. Pessoalmente, não. Eu vou te explicar por que. Já assinei, quando não

estava vinculado a instituições, então assinava. Hoje não, até porque hoje eu me sinto um pouco afastado da prática, pelo tempo que o Conselho Federal me rouba. Mas durante muito tempo, eu usei a biblioteca do Conselho Federal, via Conselho Federal ou via Conselho Regional. E algumas vezes usei, quando adveio a Tecnologia da Informação à Universidade Federal de Santa Catarina, a que eu estava ligado. Agora, já me aposentei esse ano. Eu tinha uma senha de acesso a periódicos. Hoje, não. Mas já usei, já assinei periódicos.

Em uma situação hipotética, para resolver aquele caso que ainda não teve solução e mesmo assim o senhor ainda não preferiu recorrer a um colega, que atitude o senhor tomaria para apresentar a melhor opção terapêutica ao seu paciente? O senhor já falou que é a busca da renovação científica. O senhor acredita que há necessidade de um bibliotecário para manusear as bases de dados?

Roberto d'Ávila - Seria uma beleza. É o que nós fazemos indiretamente quando você liga para a bibliotecária, pega um estudante de Medicina, (porque estamos sempre rodeados) os mais novos, os residentes e diz: "Oh, eu quero uma revisão atualizada desse tema", e eles passam sábado e domingo, e nos trazem uma série de periódicos. E aí você depois tem um trabalhão de ver, isso é lixo, eu não quero esse serviço, não é bom. E aí você vai ficar com aqueles em que você confia.

Eu me recordo que quando eu era mais jovem, eu confiava cegamente nesses periódicos, bastava ser de uma instituição séria ou reconhecida com séria. E hoje eu tenho uma dificuldade enorme, porque mesmo de locais sérios, de escolas sérias, eu sempre leio o programa e a primeira coisa que eu faço é ver quem está patrocinando o trabalho.

Você fica procurando na metodologia, alguma falha metodológica. Então, eu não gosto. Eu hoje tenho dificuldade de analisar um artigo individualmente, e pode ser o mais recente, e usar aquela droga que é nova para mim que eu não tenho experiência, embora possa até ter no mercado. Como eu sou um médico velho, os mais jovens eu sei que fazem isso com a maior facilidade. Eu reluto muito. Eu sou ainda aquele médico antigo que tem um receituário, poucas drogas confiáveis e sou resistente às coisas novas.

O pessoal da oncologia tenta me convencer, quando eu converso com eles, que eu seria um péssimo oncologista. Mas como cardiologista, eu não sinto muita diferença. Eu não vou a congresso anual, eu vou a congresso de dois em dois anos. Sou muito cético em relação à aquisição de novas drogas. Mas isso, eu penso que é porque eu sou um homem de sessenta anos. Embora procure me atualizar, sou extremamente lento na incorporação de novas drogas ou novos procedimentos.

O senhor já respondeu a minha próxima pergunta, que é como o senhor faz essa capacitação.

Roberto d'Ávila - É, eu não vou de ano em ano, eu vou de dois em dois anos. Um bom congresso, às vezes, internacional. Seleciono muito. As atividades, as palestras. Eu me tornei uma pessoa cética. Não sei se pela vivência. Isso tem um viés, a vivência dentro (mesmo sendo de uma Faculdade de Medicina), a vivência dentro do Conselho, que nos obrigou a fazer uma análise maior, dessa prática. Eu tenho muitas dúvidas em relação à atualização. Eu li um artigo, que foi muito divulgado, não um, mas vários, falando que muitos médicos são atualizados pelo representante.

Pelo propagandista revendedor?

Roberto d'Ávila - É, eu acho possível. Infelizmente, eu acho muito possível que assim seja.

Isso se dá pelos valores?

Roberto d'Ávila - Não, isso se dá pelo seguinte: porque ele fez a escola de Medicina, fez a residência, saiu. Se ele ficou veiculado a um serviço em uma grande cidade, um serviço de ponta, uma Academia, ele faz uma atualização constante. Basta está nos corredores do hospital. Conversa, há uma troca de artigos, há reunião clínica. Cada um tem que está mais atualizado. Você tem estudantes atrás. Mas um médico, que é a grande maioria, que vai para uma cidade menor onde ele não tem. Quando ele vai para um congresso, ele viaja, ele também... Médicos não tiram férias, os médicos aproveitam o congresso para fazer turismo, geralmente leva a esposa, leva filho, e ele seleciona duas ou três mesas, dois ou três assuntos que mais lhe faz falta. Então, ele não está atualizado. Ele não se atualiza nesse sentido de ouvir uma mesa, uma discussão. Ele fica sem informação adequada. E quando ele tem a informação, ele tem a informação também, do stand do produtor. Quer dizer, ou no consultório, ou no congresso, ele acaba... ou então, ele vai lá e escuta o professor que é o grande problema. Nós fizemos uma resolução, que você precisa tocar nela, que é uma de 2000. A [Resolução]1515 se eu não me engano. Que fala dos conflitos de interesses. Que o médico é obrigado no início de sua palestra dizer: “Olha, eu estou aqui, eu estou sendo patrocinado pela indústria tal, pelo Conselho Regional, ou pela Associação Médica, que patrocinou a minha viagem, as diárias...”

Porque antas, eu lia lá: professor titular da USP vai falar sobre a insuficiência cardíaca. Eu dizia: “P., vou assistir a palestra desse cara. Dar uma olhada como é que está a insuficiência cardíaca, vou ver se apareceu alguma coisa nova.” Aí chegava lá, era apresentado como professor titular da USP, eu sentado, e ele ficava meia hora, quarenta minutos falando do novo medicamento produzido pela Pfizer, pela...

Eu já trabalhei do outro lado o do balcão, eu sei que é isso aí.

Roberto d'Ávila - está entendendo? Então, eu desavisadamente dizia: "P., esta aí, esse é o grande remédio, se o cara falou, vamos embora." Com essa resolução, nós tentamos mostrar que essas pessoas eram speakers, eram garotos-propaganda para vender aquele produto de maneira, em tese, até científica. Quando ele se revela e diz: "Eu sou professor, mas estou aqui patrocinado pela indústria tal." E eu já vou avaliar a postura dele, se ele vai colocar os efeitos colaterais, se ele vai dizer que não é bom, se ele vai comparar com outras drogas.

Quer dizer, a minha visão muda sobre aquela apresentação. Só que a maioria agente não consegue fazer com que todos obedeçam a essa resolução. Então, essa contaminação da Ciência pelos *sponsors* é muito complicada. Eu sei que é difícil você fazer trabalho científico, fazer pesquisa, sem esse patrocínio. O cientista tem que está absolutamente independente, autônomo, desvinculado dessa questão. Então, eu tenho dúvidas em relação a isso que é passado. Mas os médicos, eles têm, os médicos do interior principalmente, eles têm muita dificuldade de se atualizar, e penso que uma das maneiras é essa mesmo.

Eu estava vendo na Associação Médica Brasileira (só para finalizar, para não tomar mais o seu tempo). Por exemplo, tem algumas como São Paulo, aqui de Brasília, de Minas Gerais como o senhor falou, e também no Rio Grande do Sul. Elas têm as suas próprias revistas médicas. Mas falta ainda muito nos outros estados, aqui no Centro-Oeste, por exemplo, só Brasília. São Paulo tem o São Paulo Journal, que é o mais antigo talvez.

Roberto d'Ávila - Eu penso que as revistas não são culpadas em si, elas tentam passar ao médico a informação. O grande problema é o vínculo que a pessoa, que o pesquisador apresenta. Diz-se que a Ciência não tem moralidade, não é? A Ciência não sabe o que é bom nem o que é ruim.

É o uso dela?

Roberto d'Ávila - É o uso dela. Mas o pesquisador, por mais independente que ele seja, ele tem uma moralidade e infelizmente quem patrocina, muitas vezes, determina.

Apêndice 7

Roteiro de entrevista aplicada a médicos para validação do instrumento de pesquisa e qualificação da dissertação de mestrado Como o profissional médico se mantém informado ante ao grande número de informações e terapêuticas no seu campo de atuação.

Entrevista com Dr. Jorge Ilha Guimarães, presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Educação Continuada, o caso da SBC

1) Há quantos anos o (a) senhor (a) trabalha na área de saúde?

Sou médico há 38 anos.

2) Qual sua posição quanto à Medicina Baseada em Evidências?

Absolutamente a favor. Devemos seguir as evidências e analisar com todo cuidado tudo aquilo que não tiver evidências.

3) No seu entender, a prática da Medicina Baseada em Evidências é dispendiosa? Por quê?

O que é muito dispendioso é o custo dos trabalhos e estudos para termos as evidências. O uso das evidências torna o atendimento mais eficaz e com melhores resultados.

4) Um dos maiores desafios da sua gestão frente a SBC foi a Universidade Corporativa SBC. Por quê?

A criação da Universidade Corporativa da SBC foi um trabalho muito prazeroso. Talvez a maior dificuldade foi o entendimento do conceito de Universidade Corporativa. Depois disto, todos trabalharam para a sua construção.

5) Qual o maior objetivo dessa iniciativa junto aos associados?

Hoje toda a Educação Continuada e Cursos oferecidos pela SBC estão neste rótulo. Em breve, também a pesquisa deverá ser incorporada. O maior objetivo é unir todas as atividades de ensino em um único e organizado projeto, tornando-o mais eficaz.

6) Como o senhor espera que a Universidade Corporativa vá produzir conhecimento cardiovascular com base nas últimas descobertas científicas?

A SBC em toda a sua dimensão faz cerca de 860 eventos científicos por ano. Mas um número muito grande destes eventos são realizados pelos departamentos ou pelas estaduais. Construímos uma *web station* em nossa sede do Rio de Janeiro para a gravação de aulas e programas educativos e estamos com nossa agenda cheia até março. Temos um programa semanal no canal 20 da NET. Mas, o meu sonho seria ver toda esta imensa gama de atividades científicas realizadas sob a coordenação da Universidade Corporativa.

7) Por favor, fale um pouco de como surgiu essa ideia da Universidade Corporativa.

Quando convidei o Dr. Evandro Tinoco Mesquita para coordenar a Educação Continuada da SBC, ele perguntou-me o que eu acharia de criarmos uma Universidade Corporativa na SBC. O meu hospital já havia criado a sua e a experiência havia sido absolutamente exitosa. Resolvi estudar um pouco mais o assunto. Conversei com pessoas que haviam desenvolvido Universidades Corporativas e entendi que seria extremamente útil para a SBC. Logo a seguir a criamos sob a coordenação do Dr. Tinoco.

8) Há alguma exigência legal para a Educação Continuada no âmbito da Cardiologia?

Precisamos estar dentro dos regulamentos do Conselho Federal de Medicina. Sempre que fizermos qualquer pesquisa, envolvendo pacientes, precisamos da autorização dos Conselhos de Ética dos hospitais. O mesmo é válido para a realização de Registros.

9) Como é o processo seletivo do discente?

Não se aplica ao caso da SBC, pois não temos curso formal.

10) A equipe de docente só pode ser constituída exclusivamente por médicos?

Em vários programas de Educação Continuada temos a participação de profissionais de saúde de outras áreas, como, por exemplo, a excelente equipe de nutricionistas que trabalham no Funcor.

11) Há outros profissionais envolvidos para tratar as informações (busca, indexação etc.), por exemplo?

Sempre procuramos a maior profissionalização em tudo o que realizamos. Hoje a SBC tem 68 funcionários inúmeros serviços contratados.

12) Há entre os cursos ministrados algum voltado para instrumentalizar os profissionais médicos para aprimorar a busca por informação de qualidade?

Sim, estes tipos de curso são realizados com relativa frequência.

13) Há outras iniciativas de outras especialidades médicas da mesma envergadura que a da SBC?

A estrutura e tamanho da SBC é muito grande. Várias especialidades médicas tem programas muito interessantes e importantes. No âmbito internacional, as grandes sociedades médicas em nossa área (American College of Cardiology, American Heart Association, European Society of Cardiology tem iniciativas notáveis e, muitas vezes, servem de modelo para nossas ações. Mas, respondendo a pergunta, acho que no Brasil, a SBC tem uma gama de iniciativas bem maior do que as outras especialidades médicas.

14) Além da Universidade Corporativa SBC, quais outras iniciativas a entidade toma para atualizar seus associados? Há resistência ou tais iniciativas são bem-vindas?

Todas as iniciativas são extremamente bem vindas. Nossos associados tem prazer em participar dos programas e projetos. A nossa maior ação de atualização é o Congresso Brasileiro, hoje o maior Congresso da América Latina, com cerca de 600 palestrantes, distribuídos em 23 salas. Neste ano tivemos a participação de mais de 50 conferencistas internacionais, os principais nomes do mundo. Outra iniciativa exitosa é o Brasil Prevent, nosso Congresso de prevenção criado no ano passado e já uma realidade. No próximo ano, o New York Symposium, do Prof. Valentin Fuster, considerado o melhor curso do mundo, será

realizado integralmente no Brasil.

Conduta clínica

15) Durante determinado tratamento, após a anamnese, as rotinas de diagnósticos e ainda assim persistirem dúvidas quanto ao esquema terapêutico a adotar, o senhor consulta, em primeiro lugar, um colega ou faz uma pesquisa?

Um colega.

16) Se o senhor opta por fazer uma pesquisa, qual é o tipo de pesquisa desenvolve?

Pela internet, geralmente procurando as evidências, estudos e diretrizes sobre o tema.

17) Quais são as bases de dados mais usadas em suas pesquisas? Por quê?

Os sites das grandes instituições de cardiologia (SBC, The Heart.org, Escardio da Soc. Europeia, Cardiosource)

18) O senhor assina algum periódico científico? Qual (is)?

A SBC assina e distribuí aos seus sócios os 20 periódicos principais de cardiologia, do mundo)

19) Se o senhor deixou de assiná-lo, poderia informar a razão por tê-lo feito?

No passado tinha assinaturas, mas hoje não vejo necessidade de tê-las pela disponibilidade das Sociedades Brasileira e Internacionais.

20) Em uma situação hipotética, para resolver aquele caso que ainda não teve solução e mesmo assim o senhor ainda não preferiu recorrer a um colega, que atitude tomaria para apresentar a melhor opção terapêutica ao seu paciente?

Seguir as Diretrizes, que são fáceis de serem lidas e objetivas.

21) O senhor acredita que há a necessidade de um profissional da Ciência da Informação para manusear as bases de dados ou o senhor sente-se suficientemente confortável em fazê-lo, sem a ajuda desse profissional?

De um modo geral me sinto a vontade para fazê-lo, mas, existem momentos que solicito a ajuda de um profissional.

22) Já realizou alguma capacitação referente busca de dados, indexação e metanálises?

Já.

23) Quantos de seus colegas já realizaram tais tipos de capacitação?

Não sei responder a esta pergunta.

24) Com que regularidade o senhor recebe a visita do propagandista-vendedor?

Vários por dia.

25) Quais são os laboratórios que mais o visitam?

Acho que todos me visitam. Estas visitas aumentam quando o laboratório está lançando algum produto novo.

26) O senhor se sente satisfeito com o nível de informações contidas nesses materiais (monografia de produto)?

Quando necessitamos informações mais detalhadas, necessitamos ler os trabalhos científicos sobre o estudo. Como acompanho os estudos, raramente uma monografia me ajuda.

Comentários finais

27) Faça seus comentários quanto aos aspectos negativos e positivos da disseminação de informação médica pela internet.

As informações contidas nos sites das Sociedades Médicas Brasileiras ou Internacionais são sempre de qualidade. O mesmo podemos dizer sobre as Diretrizes publicadas. Os grandes estudos são realizados com grandes controles. Então, concluindo, podemos dizer que podemos obter, na internet, toda a informação de qualidade que precisamos desde que tenhamos acesso a todos estes sites. Mas a internet também aceita qualquer material sobre qualquer tema. Todas as bobagens também estão na internet. Quando estivermos lendo algo em um site que não conhecemos devemos ter um juízo crítico muito apurado.