



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

IVELLISE COSTA DE SOUSA

**FATORES CONCORRENTES À INFORMAÇÃO CIENTÍFICA QUE
INFLUENCIAM A PRESCRIÇÃO DE RESIDENTES MÉDICOS EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

SALVADOR, 2015

IVELLISE COSTA DE SOUSA

Fatores concorrentes à informação científica que influenciam a prescrição de residentes médicos em um hospital universitário

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do grau de Mestre em Assistência Farmacêutica

Orientadora: Prof^a Dr^a Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Maria Ligia Rangel Santos

SALVADOR, 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof Antonio Carlos Moreira Lemos

Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos, Universidade Federal da Bahia

Assinatura _____

Profa Maria Ligia Rangel Santos

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia

Assinatura _____

Profa Tânia Alves Amador

Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Assinatura _____

Profa Juceni de Lima Davi (Suplente)

Faculdade de Farmácia, Universidade Federal da Bahia

Assinatura _____

FICHA CATALOGRÁFICA

Costa de Sousa, Ivellise

Fatores concorrentes à informação científica que influenciam a prescrição de residentes médicos em um hospital universitário / Ivellise Costa de Sousa. – 2015.

104 f.

Orientadora: Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat.

Coorientadora: Maria Ligia Rangel Santos.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Prescrição de Medicamentos. 2. Uso da Informação Científica na Tomada de Decisões em Saúde. 3. Hospitais de Ensino. 4. Pesquisa Qualitativa. I. de Araújo Costa Beisl Noblat, Lúcia, oriente. II. Rangel Santos, Maria Ligia, coorient. III. Título.

DEDICATÓRIA

À minha família, em especial minha mãe e avó

Pelo incentivo e carinho ao longo de toda minha formação acadêmica.

À Profa Lúcia Noblat,

Pelo exemplo como profissional e docente, sempre em defesa da Farmácia e na busca incessante pela melhoria da qualidade do ensino e pela formação de profissionais capazes de contribuir de modo efetivo com a saúde pública.

Aos pacientes atendidos no Complexo-HUPES

Desejo que este trabalho não seja apenas mais uma pesquisa científica, que nem sempre contribui para a mudança da saúde em nosso país, ao contrário, espero que tenha sido o começo das contribuições que gostaria de proporcionar à sociedade. No fim, nosso único objetivo como profissionais de saúde é a segurança e o bem-estar dos pacientes.

Aos pacientes e profissionais do SUS, e à Universidade pública, em especial a UFBA,

Não me imagino desenvolvendo um trabalho com o intuito apenas de adquirir um título acadêmico. Não! Quero ir além! Sinto-me na obrigação de retornar à Universidade e ao SUS tudo aquilo que me foi proporcionado na forma de aprendizado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de minha inspiração, força e superação. É a fé nEle que me faz não temer mal algum.

À minha mainha e avó, Maria Edna Alves da Costa e vovó Mocinha, mulheres fortes e guerreiras! Meus exemplos de vida, integridade, moral e força.

À Livia Menezes, Grênivel Mota (meu amigo há mais de 20 anos!), Wagner Francesco e todos meus velhos amigos de Coité, aqueles com os quais não tenho receio de compartilhar meus medos e angústias e que quero ter ao meu lado em todos os momentos de felicidade. E aos amigos que conquistei ao longo da vida profissional, especialmente: Gabriella Magalhães, Roseane Brito e Bartyra Leite.

A Tupy (Oswaldo Matos Jr), meu amigo, parceiro e, além disso, namorado. Em você encontrei a paciência, o amor e carinho necessários para me reencontrar em mim.

Aos colegas de trabalho do Complexo-HUPES, muitos dos farmacêuticos dos quais tenho orgulho, conheci aqui! Agradeço pela cooperação e pelos desafios que enfrentamos juntos. Agradecimento especial às minhas companheiras/amigas, com quem divido a sala de trabalho, Juliana Fernandes e Gláucia Noblat, e à Márcia Passos pelo incentivo frequente.

À Profa Lúcia Noblat, sua importância para a profissão farmacêutica é inegável! É um privilégio estar convivendo e aprendendo há tantos anos com a senhora.

À Profa Ligia, seus ensinamentos foram essenciais para a qualidade deste trabalho e inspirou em mim novamente a vontade de mergulhar no mundo das ciências sociais.

A Flávio Oliveira e Sandra Silva, pessoas e profissionais ma-ra-vi-lho-sos. Criaturas humanas, sempre dispostas a ajudar e acolher. Muito obrigada por toda ajuda, sempre!

A todos os médicos entrevistados desta pesquisa, minha gratidão pela delicadeza de terem compartilhado seu tempo e um pouco de suas histórias comigo.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento a tua fala seja a tua prática.”

(FREIRE, Paulo)

RESUMO

De SOUSA, Ivellise Costa. Fatores concorrentes à informação científica que influenciam a prescrição de residentes médicos em um hospital universitário. 2015. 104f. Dissertação (Mestrado em Assistência Farmacêutica) – Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

Objetivo: Analisar as fontes de informação científica e os fatores concorrentes a estas que influenciam a prescrição de residentes médicos num hospital universitário. **Método:** Foi realizada pesquisa exploratória que envolveu observação não participante em campo, entrevistas orientadas por questionário semiestruturado e análise de conteúdo após transcrição das falas. O estudo foi conduzido no Hospital da Universidade Federal da Bahia entre dezembro de 2013 a março 2014 e contou com a participação de profissionais das áreas de clínica médica, onco-hematologia, pediatria e psiquiatria. O instrumento COREQ foi utilizado para guiar a apresentação dos achados dessa pesquisa. **Resultados:** Doze médicos foram entrevistados, sendo 8 residentes, 2 preceptores e 2 professores. Os entrevistados indicam que fatores relacionados aos pacientes norteiam a tomada de decisão sobre prescrever medicamentos, associados às evidências científicas, a preceptoria ou tutoria médica e farmacêuticos. A insegurança dos residentes em prescrever, especialmente, no primeiro ano e a falta de autonomia dos mesmos também foram fatores identificados. As fontes de informação mais citadas para esclarecer dúvidas foram UpToDate, Portal de Periódicos da CAPES, PubMed, artigos e bula do medicamento, sendo as fontes de informação nacionais menos citadas do que as internacionais. O preceptor ou professor apareceu como importante fonte de informação, principalmente, devido aos anos de experiência pessoal. **Conclusões:** Apesar da facilidade de acesso a diversas fontes de informação de qualidade, os residentes não as utilizam com frequência. A prescrição médica sofre influência multifatorial, sendo a opinião do médico mais experiente uma das mais importantes nesse processo.

Palavras-chave: Prescrições de Medicamentos; Uso da Informação Científica na Tomada de Decisões em Saúde; Hospitais de Ensino; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

De SOUSA, Ivellise Costa. Factors competitor to scientific information which influence medical residents prescription in an university hospital. 2015. 104f. Dissertação (Mestrado em Assistência Farmacêutica) – Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

Objective: To analyze the sources of scientific information and competitors to these factors that influence the prescription of medical residents in an university hospital. **Method:** Exploratory research was performed involving non-participant observation in the field, interviews guided by semi-structured questionnaire and content analysis after transcription of the speeches. The study was conducted at the Hospital of Federal University of Bahia between December 2013 to March 2014 and included the participation of professionals from the internal medicine, oncohematology, pediatrics and psychiatry. The COREQ instrument was used to guide the presentation of the research findings. **Results:** Twelve doctors were interviewed: 8 residents, 2 professors and 2 preceptors. Interviewees indicate that patient-related factors associated with scientific evidence, medical preceptorship or mentoring and pharmacists guide the decision-making about prescribing medicines. The insecurity of residents in prescribing, especially in the first year and the lack of autonomy of them were also identified. The most cited sources of information to answer questions related to drugs were UpToDate, CAPES Portal of Periodicals, PubMed, articles and package leaflet. National sources were cited less than international. The preceptor or professor appeared as an important source of information, mainly due to their years of personal experience. **Conclusions:** Despite of the ease of access to many quality information sources, residents do not use them frequently. The prescription suffers multifactorial influence, and the opinion of the most experienced doctor is one of the major influent factor in this process.

Key words: Drug Prescriptions, Use of Scientific Information for Health Decision making, University hospitals, Qualitative research.

LISTA DE SIGLAS

- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- BVS** – Biblioteca Virtual em Saúde
- BIREME** – Biblioteca Regional de Medicina/ Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
- CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CDC** – *Centers for Disease and Control and Prevention*
- CIM** – Centro de Informação sobre Medicamentos
- Cinaem** – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
- COREQ** – *Consolidated criteria for reporting qualitative research*
- EBMSP** – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
- Fapesp** – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
- HON** – *Health On the Net Foundation*
- HUPES** – Hospital Universitário Professor Edgard Santos
- IBICT** – Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
- ISI** – *Institute for Scientific Information*
- JAMA** – *Journal of American Medical Association*
- MBE** – Medicina Baseada em Evidências
- MEC** – Ministério da Educação
- Medline** – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
- MOC** – Manual de Oncologia Clínica do Brasil (MOC)
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPAS** – Organização Panamericana da Saúde
- SciELO** – *Scientific Electronic Library Online*
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UFBA** – Universidade Federal da Bahia
- UFC** – Universidade Federal do Ceará
- UNIFESO** – Centro Universitário Serra dos Órgãos (Teresópolis/RJ)
- URM** - Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	19
2.1. Objetivo geral	21
2.2. Objetivos específicos	21
3. REVISÃO DO TEMA	23
3.1. Informação científica e Disseminação da informação	25
3.2. Uso Racional de Medicamentos.....	31
3.3. Prescrição de medicamentos	34
4. MÉTODO	37
4.1. Características da pesquisadora	39
4.2. Relação com os participantes	39
4.3. Pré-campo	40
4.4. Participantes	40
4.5. Local do estudo	41
4.6. Coleta de dados	41
4.7. Aspectos éticos.....	42
4.8. Análise.....	42
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
5.1. Conhecimento útil e conhecimento inútil: a farmacologia na graduação e na residência médica.....	49
5.2. Prescrição por repetição: onde está a autonomia do residente médico?.....	54
5.3. Faça o que eu digo, faça o que eu faço: a visão do preceptor sobre a prática de prescrição do residente médico	60
5.4. Prescrever ou não prescrever medicamentos: o que influencia a decisão do residente?.....	62
5.5. Prescritores preferem pessoas: as fontes informação consultadas para prescrição de medicamentos	66
5.6. Confiança e credibilidade das publicações nacionais	72
5.7. Informação emitida pela indústria farmacêutica.....	74
5.8. Prescrição racional de medicamentos: alguém definiu o que é isso?	76
5.9. Potencialidades e limitações da pesquisa.....	79

6. CONCLUSÃO	81
7. REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICE A – Roteiro Semiestruturado para Entrevista	96
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	97
APÊNDICE C – Livro de Códigos.....	98
ANEXO A – Artigo científico submetido para publicação em Periódico	104

1. INTRODUÇÃO

Medicamentos são as ferramentas mais importantes disponíveis aos médicos para realizar intervenções terapêuticas no manejo de doenças. No entanto, para sua melhor utilização é fundamental que os médicos estejam bem informados sobre os aspectos clínicos relevantes da utilização de medicamentos. Para serem capazes de prescrever racionalmente e de forma custo-efetiva, os prescritores precisam estar atualizados, através de informações sobre medicamentos facilmente acessíveis e contextualizadas (TUMWIKIRIZE et al, 2008).

A prescrição médica é um documento escrito, resultado do raciocínio clínico do profissional, elaborado a partir da história médica passada e exame físico do paciente (MEINERS; BERGSTEN-MENDES, 2001), somado aos resultados de exames laboratoriais e de imagem, quando necessários. É nesse documento que o profissional irá registrar o(s) medicamento(s) (ou outra recomendação médica) que considera racional(is) para o tratamento da condição clínica de seu paciente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que há uso racional de medicamento (URM) quando “pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985).

A OMS destaca algumas intervenções que podem contribuir para a promoção do URM, dentre elas, a disponibilização de informação sobre medicamentos fidedigna e isenta de conflitos de interesse (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007). No entanto, muitas vezes, a única informação sobre medicamentos que os médicos recebem é fornecida pela indústria farmacêutica e esta pode ser tendenciosa. Informação independente e imparcial é, portanto, essencial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Algumas das fontes de informação identificadas na literatura que comumente são utilizadas por médicos na sua prática clínica incluem: discussão com colegas, livros-texto e periódicos médicos, fontes eletrônicas (internet), diretrizes de prática clínica, anotações de bolso e atualizações breves sobre assuntos médicos (CALLEN; BUYANKHISHING; McINTOSH, 2008).

Na pesquisa de Haayer (1982), que avaliou a relação entre a racionalidade da prescrição e o uso de diferentes fontes de informação sobre medicamentos, constatou-se que nenhuma das fontes de informação avaliadas pareceu ter grande impacto sobre a racionalidade da prescrição, com exceção da dependência por revistas da área médica em detrimento de fontes de informação específicas sobre medicamentos. Esta foi negativamente associada com a racionalidade da prescrição, bem como a confiabilidade das informações emitidas pela indústria farmacêutica. Peay e Peay (1984) identificaram as preferências dos médicos para potenciais fontes de informação sobre medicamentos novos e constataram que a avaliação e o uso de algumas fontes variaram com a idade do profissional e foi diferente entre especialistas e clínicos gerais. Também foi encontrado que os padrões de preferência quanto às fontes de informação estão relacionados às características do médico, associados ao estágio do processo de adoção/ incorporação dos novos medicamentos.

Forsetlund e Bjørndal (1999) perguntaram a prescritores noruegueses quais fontes de informação utilizavam para subsidiar suas práticas profissionais, como eles encontraram estas informações e como faziam a avaliação de sua validade. Livros-texto e de referência, diferentes tipos de conhecimentos de outras instituições e colegas de profissão apareceram como as fontes de informação mais importantes. Cerca de 30% dos entrevistados tiveram problemas em encontrar informações relevantes e muitos expressaram a dificuldade em obter informações, saber onde procurá-las e fazê-lo em tempo hábil. Além disso, a validade científica das informações foi comparada com suas próprias experiências.

Barros (2000) afirmou que

diversos estudos (alguns já conduzidos nos anos 50 e outros mais recentemente), realizados com o propósito de identificar as fontes de informação e de influência sobre a prescrição, assinalam o lugar proeminente do propagandista como meio através do qual chega ao médico o conhecimento da presença no mercado de um novo produto. Observou-se, igualmente, que as características e o nível de formação (tanto a educação geral como a educação científica) dos médicos atuam fazendo com que a informação oral seja mais retida e utilizada que a escrita. São igualmente múltiplas as evidências de que o contato pessoal tem uma eficácia maior para conformar o comportamento do prescritor.

Porém, deve-se ressaltar que o comportamento do médico no que diz respeito à prescrição é complexo e afetado por diversos fatores, que não se restringem às fontes de informação sobre medicamentos utilizadas. A interação de fatores do médico e paciente, questões biomédicas, psicossociais e comerciais também devem ser consideradas (WUN; CHAN; DICKINSON, 2002). Bradley (1992) também chama atenção para os fatores sociais que influenciam a decisão da prescrição e que essa influência afeta toda a gama de problemas clínicos.

A hipótese de que a racionalidade da prescrição está relacionada ao médico, mais do que às características do paciente, já foi anteriormente avaliada por Haayer (1982) que demonstrou que prescritores mais jovens prescrevem mais racionalmente do que seus colegas mais velhos e isso é parcialmente refletido nos padrões de obtenção das informações. No entanto, Glass e Rosenthal (2004) encontraram resultados divergentes quando avaliaram os fatores que influenciam a prescrição de novos medicamentos. Esses autores constataram que os médicos jovens são mais propensos a prescrever novos medicamentos. Além disso, a influência da propaganda de medicamentos sobre os médicos jovens, especialmente os residentes, tem sido motivo de preocupação em várias publicações.

Wun, Chan e Dickison (2002) avaliaram os determinantes que são considerados para a prescrição médica entre membros da *Hong Kong College of Family Physicians* e perceberam que gênero, anos de experiência, qualificações mais altas e tipo de prática foram os fatores mais relacionados. Theodorou e colaboradores (2009) em estudo que analisou esses determinantes nos médicos da Grécia e Ciprus constataram a efetividade clínica do medicamento como o fator mais importante quando os médicos prescrevem. No entanto, forma farmacêutica do medicamento, dose diária recomendada, preferências dos pacientes também foram considerados pelos médicos gregos.

O complexo comportamento do médico frente à prescrição, que é influenciado, inclusive, pela fonte de informação utilizada, associada à escassez de estudos no Brasil que avaliem qualitativamente essa temática motivou essa pesquisa cujo objetivo foi identificar e analisar quais fatores influenciam o residente médico que atua num hospital universitário na prática da prescrição de medicamentos.

2.

OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar as fontes de informação científica e os fatores concorrentes a estas que influenciam a prescrição de residentes médicos num hospital universitário.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas, tempo de formação, dentre outros que poderão influenciar a prescrição médica.
- Identificar como e quando se deu o aprendizado em prescrição de medicamentos e quais fatores são considerados pelos residentes médicos no momento da prescrição.
- Identificar as principais fontes de informação sobre medicamentos utilizadas pelos residentes médicos, tanto para medicamentos de uso geral, quanto para os recém-lançados no mercado.
- Identificar a compreensão dos entrevistados sobre “prescrição racional de medicamentos”.

3. REVISÃO DO TEMA

3.1 Informação científica e Disseminação da informação

Informação é uma representação simbólica de fatos ou ideias potencialmente capaz de alterar o estado de conhecimento de alguém (o usuário ou o destinatário da informação) (CARVALHO; EDUARDO, 1998; MORAES, 1993). Portanto, a informação é um instrumento de modificação da consciência do homem e do seu grupo social (CUNHA; SILVA, 2003).

É importante diferenciar informação e dado, uma vez que este último é uma descrição limitada do real, desvinculada de um referencial explicativo e difícil de ser utilizado como informação por ser ininteligível (MORAES, 1993 apud CUNHA; SILVA, 2003). Diferente do dado, a informação exige análise e consenso em relação ao seu significado, sendo assim, dados dotados de relevância e propósito culminam em informação (DAVENPORT, 1998).

Concordando com o conceito anterior, Barreto (1996) define informação como sendo “estruturas significantes com a competência de gerar conhecimento no indivíduo, em seu grupo, ou sociedade”. A informação refletida, sintetizada, contextualizada e vinculada à mente humana transforma-se em conhecimento (DAVENPORT, 1998).

De acordo com Chan e Costa (2005), o acesso ao conhecimento, principalmente nas áreas de agricultura, medicina e tecnologia podem ajudar a criar fortes infraestruturas sociais, econômicas e técnicas que são essenciais para o processo de desenvolvimento.¹ Sendo assim, o acesso ao conhecimento científico mantém-se fundamental para o desenvolvimento científico e tecnológico de um país, e esse tipo de informação é resultado das pesquisas científicas que aparecem divulgadas à comunidade por meio de revistas científicas (KURAMOTO, 2006).

Com o nascimento da ciência ocidental, na antiga Grécia, despontou também a comunicação científica e a troca de conhecimentos, ainda que de maneira informal. No século XVII, então, surgiram as revistas científicas, consideradas a base do sistema moderno de comunicação científica (ANDRÉ, 2005 apud KURAMOTO, 2006).

¹ “At the same time, access to knowledge, primarily in agriculture, medicine, and technology, can help to create stronger social, economic, and technical infrastructures that are essential in the development process.”

A informação é o conjunto de mensagens, dados e conhecimentos que formam a base para a tomada de decisão, então, a informação médica é o conjunto de mensagens, dados e conhecimentos necessários para resolver os problemas médicos. Cuidado em saúde é, talvez, o principal exemplo da relação entre dados médicos e os diversos níveis de complexidade da informação (MASIC; MILINOVIC, 2012).

A informação dinamizou o processo de construção do conhecimento coletivo, já que propicia a conversão da comunicação, decisão, demanda, resposta e ação num mesmo espaço. As políticas de desenvolvimento social, econômico e cultural priorizaram, então, o acesso equânime ao conhecimento científico (CASTRO, 2006).

Ciente da importância do conhecimento científico no processo de desenvolvimento de uma nação, verifica-se que existe um entendimento de que somente o compartilhamento desse conhecimento pode diminuir as desigualdades sofridas de forma crônica em nosso planeta (ANDRÉ, 2005 apud KURAMOTO, 2006). O movimento de acesso aberto à informação científica se baseia no princípio de que todos os resultados de pesquisas financiadas com recursos públicos devem ser de livre acesso (KURAMOTO, 2006).

Popularização da ciência ou divulgação científica pode ser definida como “o uso de processos e recursos técnicos para a comunicação da informação científica e tecnológica ao público em geral”. Divulgação científica é um conceito mais restrito do que difusão científica e mais amplo do que a comunicação científica. Difusão é todo e qualquer processo usado para comunicar a informação científica e tecnológica, podendo ser orientada a especialistas (neste caso, é sinônimo de disseminação) ou ao público leigo (mesmo significado de divulgação) (ALBAGLI, 1996).

O acesso equitativo à informação, ao conhecimento e à evidência científica é um eixo transversal que contribui para fortalecer a liderança, a governança e a base científica dos sistemas de saúde dos países. Tendo em conta o reconhecimento de que as políticas de saúde devem basear-se em evidências de pesquisa, os países precisam desenvolver infraestrutura, processos e capacidades que permitam estar ciente de tais evidências e integrá-las nos processos de tomada de decisão e no estabelecimento de linhas de ação em saúde (CONGRESSO REGIONAL DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2012).

Castro (2006) afirmou que,

o fluxo da comunicação científica inclui a publicação formal de resultados de pesquisa, a recuperação de informação, o acesso à literatura publicada e a comunicação informal e de intercâmbio entre pesquisadores. É um fluxo contínuo, pois conhecimentos publicados e assimilados dão origem a novos conhecimentos, pesquisas e publicações, regido por uma dinâmica específica e influenciado pelas relações com a sociedade.

É um componente crítico que os sistemas de informação possam capturar, processar, disseminar e colocar a serviço da saúde os novos conhecimentos que se gera, bem como as técnicas e seus procedimentos derivados. Neste contexto, um dos principais desafios é vincular mais diretamente os resultados de pesquisa com a ação, como parte da luta para reduzir a lacuna conhecimento-ação e alcançar uma forma mais eficaz de traduzir o conhecimento científico em soluções para os problemas de saúde (CONGRESSO REGIONAL DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2012).

As revistas indexadas e arbitradas com *peer review* (revisão por pares) são o canal preferencial para a certificação do conhecimento científico e comunicação da ciência, estando estas no centro do sistema tradicional de comunicação científica. No entanto, é consenso, entre os membros da comunidade científica, que os periódicos não são o canal de comunicação perfeito, haja vista os problemas no processo de publicação dos artigos e os altos custos de manutenção de coleções atualizadas pelas bibliotecas, o que dificulta o acesso ao leitor (MUELLER, 2006).

Embora varie conforme a área, o periódico indexado costuma ser bastante prestigiado. Porém, entre estes também há uma hierarquia baseada num sistema de avaliação que considera como indicadores: quantidade de publicações, índices de citação e visibilidade internacional. O *Institute for Scientific Information* (ISI) é praticamente a única fonte “legitimada” pela comunidade internacional para estabelecer os dados de citação, indicadores e fórmulas para o cálculo dessa avaliação (MUELLER, 2006).

Muitas iniciativas para a disseminação do conhecimento científico têm sido desenvolvidas na área de saúde. Na América Latina, a estratégia da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) tem contribuído para a reestruturação do fluxo da comunicação

científica e objetiva convergir diferentes atores num único espaço virtual de domínio público (CASTRO, 2006).

A SciELO foi a primeira iniciativa de acesso aberto em países em desenvolvimento, iniciada em 1997, no Brasil, com a publicação de dez títulos de revistas, quatro da área da saúde (CASTRO, 2006). O Portal SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) (<http://www.scielo.br>) surgiu como resultado de um projeto de pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), em parceria com o BIREME (Biblioteca Regional de Medicina/ Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e a OMS. Desde junho de 1998 o projeto opera regularmente, incorporando novos títulos de periódicos. A metodologia para publicar, garantir a preservação e prover livre acesso ao texto completo dos periódicos foi estendida posteriormente para outros países da América Latina, como Chile (<http://www.scielo.cl/>), México (<http://scielomx.bvs.br/scielo.php>), Cuba (<http://scielo.sld.cu/scielo.php>) e Venezuela (<http://www.scielo.org.ve/scielo.php>) (SCIELO, 2013). As revistas com maior índice de visitas na SciELO Brasil são a Revista de Saúde Pública e a Cadernos de Saúde Pública, que respondem por 9% das consultas à coleção (CASTRO, 2006).

Castro (2006) também pontua que:

o Portal de Revistas Científicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) registra cerca de 8.600 revistas científicas correntes da área da saúde, das quais 50% estão disponíveis em formato eletrônico. No caso das revistas publicadas em países da América Latina e Caribe e indexadas na base de dados LILACS, a percentagem de revistas eletrônicas passou de 18% em 2001 para 78% em 2006.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior (CAPES) oferece à comunidade acadêmica o acesso a publicações atualizadas e conteúdo de alto nível, assinados com editores e associações nacionais e internacionais. O acesso é livre e gratuito no Portal de Periódicos para as instituições de ensino e pesquisa brasileiras que atendem a alguns critérios definidos pela CAPES. Atualmente, 398 instituições têm acesso ao Portal, que possui acervo com mais de 31 mil periódicos em texto completo, 121 bases referenciais, 105 bases de livros eletrônicos, 64 bases de teses e

dissertações, 57 bases de estatísticas, 34 obras de referência, 10 bases de patentes, além de normas técnicas, arquivos abertos e redes de e-prints (COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR, 2012).

É importante ressaltar que as pesquisas científicas, em sua maioria, são financiadas pelo Estado, portanto, com recursos públicos. Do ponto de vista ético, os resultados dessas pesquisas deveriam ser de livre acesso. Não é isso, entretanto, o que acontece no sistema de comunicação científica tradicional (KURAMOTO, 2006). O Estado financia a educação dos novos cientistas, que terão suas pesquisas subsidiadas pelas agências de fomento federais ou estaduais, que serão divulgadas em eventos, por vezes, financiados pelo Estado e que para serem publicadas em revistas indexadas necessitam muitas vezes de auxílio dos cofres públicos, já que em algumas áreas os editores cobram dos autores por página publicada e ainda solicitam concessão dos direitos autorais. Por fim, o Estado como financiador das bibliotecas públicas deverá investir na compra dos exemplares destas revistas (MUELLER, 2006).

Diante desse cenário, surge o movimento em favor do acesso livre à informação. Esse movimento vem ganhando adeptos em todo o mundo, por meio de declarações e manifestos como o de Bethesda, Budapeste, Berlim e o manifesto brasileiro lançado pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) (KURAMOTO, 2006). O IBICT foi criado em 1976, com o intuito de controlar e disseminar a informação científica e tecnológica em âmbito nacional (GARCIA, 1980).

O movimento de acesso livre à informação utiliza do modelo *Open Archives* como tecnologia da informação e comunicação para estabelecer conjunto de padrões que promovem a interoperabilidade entre os diversos repositórios digitais. Desde 2000, o IBICT vem se adequando e desenvolvendo padrões ideais estabelecidos por este modelo. A primeira iniciativa foi a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações que integrava, em 2008, 64 Instituições de Ensino Superior (KURAMOTO, 2008).

Apesar do crescimento da produção científica brasileira ter ganhado destaque nos últimos anos, o país não detém um número significativo de publicações científicas consideradas relevantes para a comunidade científica. Os principais artigos de nossos pesquisadores são publicados em revistas científicas de editores comerciais

internacionais. O país é, dessa forma, altamente dependente das publicações científicas estrangeiras. O acesso a essas publicações é bastante oneroso aos cofres públicos. A CAPES, por exemplo, desembolsou, em 2004, cerca de 21 milhões de dólares para manter o, (KURAMOTO, 2006).

Na tentativa de demonstrar a importância do acesso livre às publicações científicas, Machado (2005), utilizando os dados levantados por Brody (2004), na base do ISI, elaborou um quadro do percentual de impacto entre os artigos de acesso livre comparado aqueles de acesso restrito. Na área Biomédica a diferença de impacto pelo acesso livre foi da ordem de 218% e na área de Letras e Linguística supera a ordem de 1200%, o que evidencia a ampliação da visibilidade dos artigos disponíveis livremente na Internet e a custos bem menores.

Os Ministérios da Educação e da Saúde lançaram, em maio de 2012, a página eletrônica Saúde Baseada em Evidências, que oferece acesso a bases de dados com informações científicas e tecnológicas dirigidas a profissionais indicados pelo Ministério da Saúde. O conteúdo é oferecido por meio do Portal da CAPES e permite aos profissionais da saúde acesso, de forma ágil e eficiente, a bases específicas de saúde baseada em evidências, além de textos completos e referenciais focados na área. Para ter acesso à página, os profissionais de saúde precisam estar vinculados ao conselho profissional de uma das seguintes áreas: biologia, biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia e terapia ocupacional, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social. Os recursos investidos na contratação das fontes de informação são provenientes do Ministério da Saúde e chegam a R\$ 10 milhões (COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR, 2012).

3.2 Uso Racional de Medicamentos

Um passo importante para o uso racional de medicamentos foi dado em 1977, quando a OMS estabeleceu o primeiro Modelo de Lista de Medicamentos Essenciais para auxiliar países na formulação de suas listas nacionais. Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem a prioridade das necessidades no cuidado a saúde da população. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). A elaboração de uma Lista de Medicamentos Essencial que atenda às necessidades da população é uma das formas de se promover o uso racional de medicamentos.

A definição atual de uso racional foi acordada na Conferência Internacional que ocorreu no Quênia em 1985:

O uso racional de medicamentos requer que os pacientes recebam medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e sua comunidade. Uso racional implica benefício balanceado contra o risco e custo e é a junção da responsabilidade de decisores políticos e autoridades regulatórias de medicamentos, indústria farmacêutica, profissionais do cuidado em saúde, pacientes, consumidores e o público em geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985).

Diversas causas contribuem para o uso irracional de medicamentos, dentre elas: falta de conhecimento, habilidade ou informação independente, disponibilidade irrestrita de medicamentos, excesso de trabalho dos profissionais de saúde, promoção inapropriada de medicamentos e lucro com a venda de medicamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A OMS estima que mais da metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inapropriadamente, e que metade de todos os pacientes falham em tomar seus medicamentos corretamente. Os problemas mais comuns, que podem contribuir para o uso irracional, incluem: polifarmácia (uso de muitos medicamentos), uso excessivo de antibióticos e injeções, falha em prescrever de acordo com as diretrizes clínicas, automedicação inapropriada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Dados de estudos demonstraram que, em países desenvolvidos, a proporção de pacientes com doenças comuns tratados na atenção primária de acordo com o

recomendado em diretrizes clínicas foi menor do que 40% no setor público e 30% no setor privado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que os países implementem programas para promover o uso racional de medicamentos através de políticas, estruturas, informação e educação. Essas iniciativas recomendadas incluem:

1. Uma comissão/organização nacional para coordenar políticas de uso de medicamento e monitorar seu impacto;
2. Diretrizes clínicas baseadas em evidência para treinar, supervisionar e subsidiar tomada de decisão relacionada a medicamentos;
3. Listas de medicamentos essenciais utilizados para a aquisição de medicamentos e reembolso do seguro;
4. Comitês de Farmácia e Terapêutica em distritos e hospitais para monitorar e intervir de forma a melhorar o uso de medicamentos;
5. Treinamento baseado em problemas sobre farmacoterapia e prescrição, no currículo da graduação;
6. Educação médica contínua, como requisito de licenciamento;
7. Informação sobre medicamentos não enviesada e independente, disponível publicamente para profissionais de saúde e também consumidores;
8. Educação pública sobre medicamentos;
9. Eliminação dos incentivos que levam a prescrições inapropriadas;
10. Regulação para garantir que atividades promocionais atendam a critérios éticos e;
11. Adequado financiamento para assegurar a disponibilidade de medicamentos e profissionais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

A abordagem mais efetiva para melhorar o uso de medicamentos na atenção primária em países em desenvolvimento é a combinação da educação e supervisão dos profissionais de saúde, educação dos consumidores e garantia de fornecimento adequado de medicamentos apropriados. Qualquer uma dessas iniciativas sozinhas terá impacto limitado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

O processo de uso racional de medicamentos (URM) inicia com a prescrição racional. Para que isso ocorra, os prescritores necessitam estar atualizados, através de

informações sobre medicamentos facilmente acessíveis e contextualizadas (TUMWIKIRIZE et al, 2008).

Centros de informação sobre medicamentos (CIM) e boletins sobre medicamentos são duas maneiras úteis de disseminar esse tipo de informação. Ambos podem ser executados pelo governo, hospital de ensino universitário, ou numa organização não governamental, sob a supervisão de profissional de saúde habilitado. O profissional do CIM ou que produz os boletins deve estar independente de influências externas e livre de qualquer financiamento ou outro conflito de interesse, visto que medicina baseada em evidências e dedução transparente das recomendações deve ser utilizada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

3.3 Prescrição de medicamentos

A prescrição de medicamentos é um documento com valor legal pelo qual se responsabilizam, perante o paciente e sociedade, aqueles que prescrevem, dispensam e administram os medicamentos. É regida por certos preceitos gerais, de forma a não deixar dúvida, tampouco, dificuldades de interpretação (DAMMENHAIN, 2010).

A prescrição é ato que depende de amplo conjunto de fatores, podendo resultar em diferentes desfechos. Os profissionais da saúde legalmente aptos a prescrever são médicos, médicos-veterinários e cirurgiões-dentistas, sendo o Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932 a única lei que regula e fiscaliza esse exercício (BRASIL, 1932; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2008). Os enfermeiros também estão habilitados à prescrição de medicamentos, podendo prescrever apenas os fármacos estabelecidos em programas de saúde pública e na vigência de rotina aprovada pela instituição de saúde (BRASIL, 1986; BRASIL, 2007).

A OMS sugere seis etapas para a prescrição racional de medicamentos:

1. O profissional deve coletar as informações do paciente, investigar e interpretar os sinais e sintomas para, então, definir o problema e realizar um diagnóstico;
2. A partir do diagnóstico, o prescritor deve especificar objetivos terapêuticos;
3. Posteriormente, o tratamento mais eficaz e seguro, para aquele paciente, deve ser selecionado;
4. A prescrição pode conter medidas medicamentosas e/ou não medicamentosas;
5. Após realizar a prescrição, o profissional deve informar o paciente sobre a terapia selecionada;
6. Por fim, nova consulta deve ser agendada para que o tratamento proposto seja monitorado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

Diversas variáveis determinam a prescrição, a dispensação e o consumo de medicamentos, incluindo a indústria farmacêutica, a relação-médico paciente, o ensino médico, o pensamento profissional, o Sistema de Saúde e os mecanismos de regulação, desde a produção até o consumo de medicamentos (PEPE; VERAS, 1995). Vários fatores, relacionados ao paciente, profissional de saúde, processo e ambiente de

trabalho, também podem influenciar o ato prescritivo (PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2008).

Carvalho (1998) sistematizou em seu trabalho alguns dos diversos fatores que influenciam ou que podem modificar a prescrição médica:

- Fatores do doente
 - Idade e sexo
 - História pessoal e familiar e estilo de vida
 - Condições socioeconômicas
 - Expectativas atitudes e crenças
- Fatores do médico
 - Idade e sexo
 - Prescrição de medicamento de uso crônico
 - Organização da consulta
 - Educação/formação médica contínua
- Fatores externos
 - Formação pré e pós-graduada
 - Reuniões clínicas, congressos e cursos de formação
 - Interface entre os cuidados primários e os secundários
 - Avanços terapêuticos, marketing da indústria farmacêutica
 - Formulários de prescrição, normas de orientação (*Guidelines*)
 - Normas das autoridades de saúde
 - Papel dos outros profissionais de saúde
 - Papel da comunicação social (mídia).

Tem sido bastante estudado os fatores que influenciam a prescrição de medicamentos de profissionais que atuam na atenção primária (KOTWANI et al, 2010) e clínicos gerais (*general practitioners*) (BUUSMAN et al, 2007; CARTHY et al, 2000; CROWE; TULLY; CANTRILL, 2009; JAYE; TILAYARD, 2002; PROSSER; WALLEY, 2003; PROSSER; ALMOND; WALLEY, 2003). Adicionalmente, há grande números de estudos à cerca das influências sobre a

prescrição de classes importantes de medicamentos como antibióticos (BROOKES-HOWEL et al, 2012; De SOUZA et al, 2006; REYNOLDS; McKEE, 2009; VELASCO et al, 2012) e psicotrópicos (CRAIG et al, 2003; GARCÍA et al, 2005; STELLA et al, 2006; ZIMMERMAN et al, 2004). Diversos estudos também analisaram a influência da indústria farmacêutica, através das amostra-grátis (ADAIR; HOLMGREN, 2005), do marketing (NAREDRAN; NAREDRANATHAN, 2013) ou dos seus representantes, nas práticas de prescrição.

Foram identificados estudos em diversos países como Alemanha, Grécia, Peru, Suécia, Grã-Bretanha, Holanda, porém não se identificou estudo qualitativo sobre o assunto realizado no Brasil.

Como o comportamento do médico no que diz respeito à prescrição é complexo, os fatores que os influenciam não devem ser estudados individualmente de forma isoladas, mas em sua totalidade (WUN; CHAN; DICKINSON, 2002).

4.

MÉTODO

Esse estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória (GIL, 2002), com foco na maior familiaridade com os fatores que influenciam a prescrição médica, no intuito de tornar essa prática mais explícita e se possível constituir hipóteses sobre quais fatores influenciam a decisão do residente médico sobre a prescrição de medicamentos.

Essa pesquisa envolveu: a) levantamento bibliográfico; b) observação não participante em campo; c) entrevistas com médicos (residentes, preceptores e professores) que foram convidados a relatar suas experiências e seus raciocínios na prática da prescrição de medicamentos a pacientes internados e em atendimento ambulatorial; e d) análise das falas dos entrevistados numa tentativa de compreensão de suas experiências.

Entrevistas qualitativas foram conduzidas com médicos que atuam no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Complexo-HUPES), Salvador, Bahia, durante o período de dezembro de 2013 a março de 2014.

O *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), instrumento com 32 itens que propõe um relato completo e transparente de pesquisas qualitativas do tipo entrevistas ou grupo focal (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007), foi utilizado para apresentação dos achados desta pesquisa.

4.1 Características da pesquisadora

A pesquisadora é farmacêutica, graduada há 8 anos, com duas pós-graduações *lato-sensu* (saúde coletiva e avaliação de tecnologias em saúde), atua em atividades de farmácia clínica no centro de informação sobre medicamentos da UFBA, porém, no período de realização do estudo, não tinha atuação direta com as equipes de profissionais que prestam assistência nas enfermarias do hospital universitário onde ocorreu a pesquisa.

4.2 Relação com os participantes

Os entrevistados não faziam parte do ciclo profissional próximo ou de amigos da pesquisadora. O convite aos profissionais entrevistados foi realizado por intermédio

de outro farmacêutico que estava integrado à equipe e também por indicação de alguns entrevistados.

4.3 Pré-campo

O pré-campo consistiu na observação não-participante realizada durante os meses de novembro-dezembro de 2013 nas enfermarias de especialidade em onco-hematologia, pediatria, psiquiatria e em uma unidade de clínica médica. Nesse momento, o intuito foi identificar possíveis fatores que influenciariam a prescrição dos residentes daquelas unidades, além das possíveis relações de influência exercidas por preceptores ou professores na prática de prescrição dos residentes. Nas enfermarias nas quais foi presenciada a discussão por mais de uma vez, preferiu-se observar a visita clínica conduzida por diferentes preceptores ou professores. Também foi possível identificar alguns dos profissionais convidados a participar do estudo. A observação foi interrompida quando se identificou similaridade dos achados entre as enfermarias acima citadas.

Quando na unidade havia um farmacêutico integrado à equipe, este foi solicitado para intermediar a participação da pesquisadora nas visitas de discussão de caso.

4.4 Participantes

O censo dos médicos especialistas brasileiros (SCHEFFER; BIANACARELLI; CASSENOTE, 2011), assim como o número de residentes distribuídos nas diversas especialidades do Complexo-HUPES foram considerados para embasar as escolhas dos profissionais entrevistados.

De acordo com esse censo, pediatria (13,31%) e ginecologia/obstetrícia (11,15%) reúnem quase um quarto de todos os profissionais titulados seguido por anestesiologia, cirurgia geral, clínica médica, ortopedia e traumatologia, oftalmologia, medicina do trabalho, cardiologia e radiologia e diagnóstico por imagem (SCHEFFER; BIANACARELLI; CASSENOTE, 2011).

No Complexo-HUPES, no primeiro semestre do ano de 2012, o maior contingente de residentes estava dividido nas seguintes áreas: anestesiologia (26), pediatria (22), clínica médica (19) e psiquiatria (14).

Os participantes selecionados para a pesquisa foram médicos das áreas de pediatria, por representarem grande parcela dos profissionais especializados em áreas básicas; os onco-hematologistas, por fazerem parte de uma área na qual as tecnologias são de alto custo e impactam significativamente a gestão no Sistema Único de Saúde (SUS); os profissionais da clínica médica, por atuarem no cuidado a pacientes com doenças crônicas bastante prevalentes na população brasileira e os psiquiatras que aparecem em grande contingente na instituição onde a pesquisa foi desenvolvida.

Dessa forma, três profissionais em cada especialidade foram entrevistados, sendo um residente do primeiro ano (R1), um residente do segundo ano (R2) e um preceptor ou professor/tutor, num total de 12 médicos.

4.5 Local do estudo

O Hospital Universitário Professor Edgard Santos pertence à rede de Hospitais próprios do Ministério da Educação (MEC) e foi criado como Hospital das Clínicas em 1948, passando a funcionar em 1949 (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 20??). O Complexo-HUPES é uma unidade hospitalar e ambulatorial, público, geral, de grande porte, integrante do SUS, referência em média e alta complexidade (COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS, 2011a).

O primeiro programa de Residência Médica do Complexo-HUPES, com o atual modelo, foi criado em 1958, sendo o terceiro do Brasil e o primeiro das regiões Norte e Nordeste (COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS, 2011b). Atualmente o Complexo-HUPES conta com 36 programas de Residência Médica (COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS, 2011c).

4.6 Coleta de dados

Questionário semiestruturado com doze perguntas norteadoras (Apêndice A) orientou a condução das entrevistas. A sequência das perguntas foi alterada em alguns

momentos, de forma a permitir melhor fluidez na entrevista, porém todos os tópicos foram abordados (Quadro 1). Novos questionamentos foram realizados, a depender das respostas dos entrevistados, no intuito de promover maior aprofundamento dos assuntos explorados. Todas as entrevistas tiveram seus áudios gravados para posterior transcrição, mediante autorização dos entrevistados. As entrevistas ocorreram na própria enfermaria de atuação do entrevistado, durante seu horário de trabalho. Geralmente, um local reservado foi utilizado para entrevista. Apenas um contato foi realizado com cada participante para realização da entrevista.

Quadro 1 – Tópicos abordados no questionário semiestruturado

1. Percepção dos conhecimentos sobre medicamentos adquiridos ao longo do processo de graduação e pós-graduação.
2. Relato de como ocorreu o aprendizado da prescrição.
3. Opinião sobre importância da prescrição de medicamentos.
4. Passos e critérios utilizados na prática da prescrição.
5. Fatores relacionados ao paciente e medicamentos considerados na prescrição.
6. Opinião sobre dificuldades ou dúvidas na prática da prescrição.
7. Fontes de informação utilizadas para esclarecimentos sobre medicamentos antigos e recém-lançados no mercado.
8. Percepção sobre informação emitida pela indústria farmacêutica.
9. Publicações nacionais e/ou internacionais utilizadas para orientar prescrição.
10. Entendimento sobre prescrição racional de medicamentos.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos sob parecer nº 445.786 com data de relatoria em 04/11/2013. O termo de consentimento livre e esclarecido utilizado na pesquisa está apresentado no Apêndice B.

4.8 Análise

Os dados foram analisados na perspectiva da análise de conteúdo utilizando a técnica de Análise Temática proposta por Minayo (2000). A análise temática foi realizada em três etapas: a) pré-análise, incluindo a realização de leitura flutuante,

constituição do *corpus* do texto e determinação da unidade de registro e formas de categorização; b) exploração do material, consistindo em recorte do texto em unidades de registro, classificação e agregação dos dados; c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Nenhum software foi utilizado para auxílio na organização dos dados. Um livro de códigos (Apêndice C) foi elaborado para organização e quantificação das respostas mais frequentes. A fala original dos entrevistados foi priorizada, com inserção de explicações ou informações adicionais pela pesquisadora, entre colchetes [], quando necessário. E utilização de parênteses (...) para caracterizar fala anterior ou posterior suprimida. O uso de negrito para grifos de trechos das falas dos entrevistados, considerados importantes, foi realizado.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Treze médicos foram convidados e apenas um não concordou em participar do estudo, sendo assim doze profissionais médicos do hospital universitário foram entrevistados. Destes, 8 residentes, 2 preceptores e 2 professores. As entrevistas realizadas tiveram duração média de 13 minutos e 25 segundos.

Quadro 2 - Características gerais dos 12 médicos entrevistados

Sexo	Feminino	7
	Masculino	5
Média de idade	Residentes	28,6 anos
	Preceptores/Professores	39,5 anos
	Geral	30,4 anos
Grau de formação	Graduação	6
	Especialização	3
	Mestrado	1
	Doutorado	1
	Pós-Doutorado	1
Ano de formação	1992	1
	1999	2
	2003	1
	2007	1
	2009	2
	2011	4
	2012	1
Universidade na qual se graduou	UFBA	9
	UFC	1
	UNIFESO	1
	EBMSP	1
Experiência profissional antes de iniciar a residência? *	SIM	4
	NÃO	4

*Pergunta realizada apenas para os residentes médicos. Não foi considerada como experiência profissional prévia à residência o tempo dedicado em outro programa de residência

UFBA – Universidade Federal da Bahia; UFC – Universidade Federal do Ceará; EBMSP - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; UNIFESO - Centro Universitário Serra dos Órgãos (Teresópolis/RJ)

As características gerais dos entrevistados, apresentadas no Quadro 2, nos mostram similaridade no número de homens e mulheres entrevistados, além de uma idade média geral de 30,4 anos. Sete dos 12 profissionais possuíam, no período das entrevistas, menos de 5 anos de formados; sendo que 9 deles se graduaram na UFBA. Os médicos que informaram ter experiência profissional antes de iniciar a residência atuaram, principalmente, na atenção primária, no Programa de Saúde da Família e realizando atendimento em unidades de emergência hospitalar.

As características como sexo, idade, ano de formação ou universidade/faculdade cursada não foram identificados como fatores influentes na prática da prescrição.

Discussões de caso clínico foram observadas durante o pré-campo, em cada enfermaria, sendo uma visita na unidade de clínica médica e onco-hematologia, e duas visitas na pediatria e psiquiatria, num total de 6 observações. Durante as visitas clínicas foi possível identificar discussões sobre diagnósticos, nos quais o professor ou preceptor que conduzia a visita detalhava de forma clara seu raciocínio e os sinais e sintomas necessários para identificação das doenças em questão.

De modo geral, a troca de informações e, possivelmente, conhecimentos sobre diagnóstico esteve bastante presente nas visitas. Por outro lado, as discussões sobre terapia farmacológica, comparativamente ao tempo despendido na discussão diagnóstica, foram menores. Esse achado difere do que foi relatado por Stickrath e colaboradores (2013) que ao observarem 89 visitas clínicas na unidade de medicina interna de 4 hospitais universitários no Colorado, Estados Unidos, puderam constatar que os temas mais discutidos foram o plano de cuidado ao paciente (96,7% dos pacientes) e revisão dos achados laboratoriais e de imagem (90,7%). A revisão dos medicamentos utilizados pelo paciente ocorreu para 555 dos 807 pacientes (68,8%) discutidos nas visitas clínicas. Por outro lado, o processo de educação em medicina baseada em evidências ocorreu na discussão de apenas 58 pacientes (7,2%).

Como a observação ocorreu em limitado número de vezes e o objetivo principal desse trabalho não foi a análise do tempo empregado na discussão de temas específicos ao longo da visita clínica, a percepção aqui apresentada pode não refletir a

realidade ou cotidiano das enfermarias deste hospital. Sendo assim, esse achado deve ser considerado com cautela.

As visitas clínicas tiveram focos diferentes a depender do profissional que conduzia a discussão, podendo haver maior ou menor enfoque sobre medicamentos; de qualquer forma, a citação de evidências científicas para embasar as condutas foi reduzida e, quando presente, foi realizada pelo preceptor ou professor. A explicação das escolhas terapêuticas dos preceptores ou professores, usualmente, estava relacionada às experiências anteriores relatadas pelos mesmos. Em alguns momentos, a “literatura” foi mencionada como norteadora da conduta clínica, porém sem citação mais direta de qual artigo ou pesquisa respaldavam a informação.

Momentos de maior discussão sobre a terapia farmacológica ocorreram quando a antibioticoterapia em uso foi analisada e isso foi observado em diferentes enfermarias. A discordância entre a conduta de clínicos e especialistas culminou em críticas às prescrições de profissionais que não estavam presentes na discussão e não parece ter havido iniciativa em convidar estes profissionais citados para uma discussão posterior. Em uma enfermaria, críticas à atuação de especialistas na prescrição de antibióticos foram observadas, geralmente, por utilizarem fármacos de espectro muito amplo. Em outra unidade, infectologista fazia parte do grupo de discussão e tinha papel definidor nas condutas envolvendo antibiótico.

Debates sobre como melhorar ou garantir adesão e a importância de se tratar não apenas o paciente, mas também a família, foram vivenciados.

5.1 Conhecimento útil e conhecimento inútil: a farmacologia na graduação e na residência médica

Os entrevistados apontam falhas no ensino sobre medicamentos durante a graduação: eles consideram que a disciplina de Farmacologia é insuficiente para o aprendizado, uma vez que não há aplicação prática do que está sendo aprendido e também pelo curto período desta disciplina (apenas um semestre); além disso, destacam que a teoria foi decorada, não sendo as informações, às quais foram expostos durante a graduação, úteis para as atividades de prescrição; observam ainda que e a

desvinculação da teoria com a prática é uma importante causa da inadequação ou carência dos conhecimentos sobre medicamentos adquiridos durante a graduação.

Assim como relatado pelos entrevistados, estudo indiano também afirma que o tempo devotado ao aprendizado da prática da farmacologia clínica é certamente insuficiente. O ensino é direcionado a como se chegar ao diagnóstico e quais medicamentos devem ser prescritos, porém o como prescrever recebe muito pouca atenção, como sinaliza Khan e colaboradores (2013).

Os entrevistados ressaltaram deficiências do ensino da farmacologia no curso médico, quando questionados acerca dos conhecimentos sobre medicamentos adquiridos no curso de graduação:

Assim, na graduação a gente não tem uma noção muito boa de medicamento. A gente só tem uma matéria em um semestre, que é de farmacologia que a gente vê bem mais **superficialmente**. (Residente 1º ano – B)

(...) quando a gente tá no internato, principalmente na graduação, a gente não é tão obrigado a estar estudando a parte de prescrição (...) (Residente 2º ano – D)

Assim, na graduação a gente acaba tendo que **decorar** muitos detalhes das medicações e muito disso acaba não ficando como informação útil. (...). Na graduação, não agregou muito, porque foi tudo que foi gravado, esquecido após uma prova (...) (Residente 2º ano – B)

(...) a gente tem as aulas de Farmacologia bem no início do Curso Médico e depois(...) não é muito enfatizado nas discussões. Então, é basicamente uma procura individual. (Preceptoria – A)

No entanto, durante o curso de Residência, como os médicos aplicam aquilo que está sendo ensinado ou, ao menos, estão vivenciando o uso do medicamento, os conhecimentos adquiridos no dia-a-dia são considerados úteis, como aparece nos relatos abaixo, quando comentam os conhecimentos sobre medicamentos adquiridos ao longo da formação profissional:

(...) durante a residência que **o conhecimento tornou-se útil** e acabou ficando como experiência positiva mesmo. (Residente 2º ano – B)

Eu acho que é mais mesmo na prática, no dia-a-dia, nas pós-graduações de **residência**, em residência, na graduação, acho que muito pouco [relativo aos conhecimentos sobre medicamentos adquiridos]. (Tutoria – A)

Os entrevistados chamam a atenção para a falta de aprendizagem de conhecimentos úteis sobre farmacologia durante a graduação. Esse conhecimento útil é o necessário para o desenvolvimento de competências que embasarão o exercício profissional. Na graduação, os “saberes” parecem ser ensinados de modo fragmentado, não havendo correlação, principalmente, entre a teoria e sua aplicação prática.

Alguns dos achados deste estudo são similares aos identificados por Jyh (2003) em sua tese de doutorado, na qual 930 questionários foram distribuídos entre graduandos de medicina no último ano, residentes, médicos especialistas e aqueles em processo de pós-graduação para analisar o conhecimento destes em relação à farmacologia e farmacoterapia. Setecentos e oitenta e oito questionários foram avaliados e através destes foi possível constatar que:

- a duração e o momento no qual cursaram a disciplina de farmacologia foi considerada suficiente para aprendizagem na opinião de 42,1% dos entrevistados e insuficiente (inadequadas) para 52,5% dos que opinaram;
- a farmacoterapia foi avaliada como muito importante para 77,9% dos participantes e 75,6% responderam ter interesse em fazer um curso nesta área;
- para 73,2% era prática comum prescrever medicamentos sem conhecer as propriedades farmacológicas dos mesmos e 57,1%, às vezes ou raramente, afirmaram pesquisar as propriedades farmacológicas de novos medicamentos quando repetem a prescrição de algum colega.

Avaliações passadas das escolas médicas realizadas pelo Ministério da Educação e pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) evidenciaram: currículos arcaicos, falta de articulação teórico-prática dos conteúdos básicos e de clínica, despreparo docente, prática profissional impessoal e individualizada, predomínio da concepção de ensino baseado na transmissão de conhecimento e na experiência do professor, dentre outros achados (GARCIA et al, 2007). Esse cenário não parece ter sido modificado, pois a formação médica continua deficiente com qualidade e método de ensino questionáveis, dedicação excessiva à abordagem organicista e fragmentada do paciente (MOTA et al, 2014).

Considerando-se que dos 388.015 médicos em atividade no Brasil em 2013, 46% dos profissionais (180.136) não tinham título de especialista obtido após conclusão de Residência Médica ou emitido por sociedade de especialidade (SCHEFFER; CASSENOTE; BIANCARELLI, 2013), reforça-se, então, a importância de que o estudante de medicina tenha acesso a conhecimentos úteis desde a Faculdade. Essa responsabilidade não deve ser delegada apenas ao programa de Residência, visto que parcela significativa dos médicos brasileiros não cursam ou demoram a cursar uma Residência. Diante disso, é pertinente interrogar, como este profissional poderá estar apto para o atendimento da população se o ensino é, de forma geral, insatisfatório?

Frente à falha da Faculdade em ensinar adequadamente sobre medicamentos, é o contato com paciente após a graduação e a necessidade de atender às demandas destes doentes que motivam para que os estudos sobre medicamentos sejam retomados, de forma direcionada e mediante demanda, como explicitado pelos entrevistados:

Depois trabalhando, você acaba... vira necessidade do dia-a-dia. **Os pacientes vão aparecendo** e você começa a estudar né? Eu acho que a necessidade me fez buscar alguns conhecimentos a mais, né? (Residente 1º ano – C)

(...) a gente retoma quando realmente precisamos usar. (Tutoria – A)

Então, acaba sendo um estudo continuado e que a gente tem que revisar tudo no final da faculdade quando vê a importância prática (...) (Residente 2º ano – C)

O conhecimento de farmacologia de modo geral, eu acho que tá muito desvinculado com a clínica. A sensação que eu tenho é que o estudante de Medicina (...), ele sai da Faculdade de Medicina com muito pouco, **pouquíssima noção sobre Farmacologia**, sobre a importância da Farmacologia na prática clínica. (...) Depois da faculdade, de uma forma geral, você é obrigado a, ou pelo menos deveria se sentir obrigado, estudar mais sobre o assunto, já que prescrição é uma rotina do profissional da área de saúde, médico. (Preceptoria – B)

Nesse momento ficou clara a necessidade de se suprir as deficiências da formação, com a busca por informações de forma individual, sendo essa uma reflexão de residentes e preceptores/professores.

A caracterização do ensino sobre medicamentos durante a graduação como insuficiente e inadequado foi unânime entre os entrevistados, tanto residentes quanto

preceptores e professores, e essa deficiência pode impactar a qualidade das prescrições. Isso assinala a necessidade de aprendizado através da inserção na prática clínica ainda na Faculdade de Medicina e a importância da Residência nesse processo de correlação e consolidação dos conteúdos apresentados na graduação.

Estudos têm identificado uma gama de fatores por trás de prescrições ruins, desde fatores individuais, ambientais e organizacionais (ROSS; LOKE, 2009). Isso inclui a falta de treinamento na prática da prescrição (DEAN et al, 2002), baixa percepção da importância nas tarefas desenvolvidas, falta de consciência dos erros, crescente complexidade de fatores relacionados ao paciente e à polifarmácia, e falta de padronização (ROSS; LOKE, 2009). Prescrições ruins ocorrem quando (1) um medicamento prescrito apresenta risco de dano que excede seu provável benefício; (2) ou quando um medicamento não é prescrito e seu provável benefício superaria o risco de dano; (3) ou quando um medicamento é prescrito incorretamente, seja por erro na dose, via de administração, frequência ou duração do tratamento (ROUTLEDGE, 2015). Por isso, o ensino e treinamento insuficientes sobre prescrição medicamentosa ao longo da graduação é uma realidade que necessita ser modificada.

De fato, há evidências de que esta realidade não se dá apenas no Brasil. Estudantes de medicina e internos indianos foram questionados sobre seus conhecimentos de farmacologia e a adequação do ensino dessa disciplina e quão bem preparados se sentiam para prescrever segura e racionalmente. Ambos os grupos entrevistados consideraram que o ensino da farmacologia não é adequado; a maioria não se sente seguro para prescrever para grupos especiais como gestantes, crianças, idosos e pacientes com doença renal ou hepática (KHAN et al, 2014).

De todo modo, a oferta limitada de recursos para o aprendizado da terapêutica, em especial sobre medicamentos, influencia de forma importante a atuação do residente, que deveria durante a residência por em prática os conhecimentos teóricos e habilidades adquiridos durante a Faculdade.

Esses achados sobre o ensino de farmacologia na graduação apontam para um pensamento da categoria médica e não apenas opiniões individuais não correlacionadas.

5.2 Prescrição por repetição: onde está a autonomia do residente médico?

O médico após realizar anamnese, proceder e analisar exames clínicos e fazer a reflexão que o caso exige, então, decidirá a abordagem terapêutica a ser adotada. A prescrição é, dessa forma, a materialização de um dos pilares da medicina (MADRUGA; SOUZA, 2011, p. 7).

Sendo a prescrição uma das atividades médicas no cuidado ao seu paciente, questionou-se a opinião dos profissionais sobre a importância da prescrição de medicamentos no contexto do cuidado médico. As opiniões foram, em sua maioria, semelhantes:

(...) é a **concretização do ato médico**. (Tutoria – A)

(...) é uma das mais importantes (...) (Residente 2º ano – C)

(...) a base da Medicina é a investigação, o diagnóstico e o tratamento. Se você não tem a prescrição adequada, você não vai estar tratando nada. **Sem isso você não fez nada pra o paciente**. (Residente 1º ano – C)

Alguns entrevistados chamaram atenção para a grande relevância das questões biopsicossociais do paciente e sua família e o estabelecimento de uma relação adequada entre paciente e profissional. Se problemas não orgânicos deixarem de ser considerados, apenas a prescrição não será suficiente para beneficiar o doente. A prescrição de medicamentos pode ajudar no controle de sintomas, na cura de doenças, mas também causar reações adversas ou outros problemas relacionados devido à má conduta profissional, por desconhecimento das interações medicamentosa, dos mecanismos de ação, das indicações, dentre outros critérios necessários para uma boa prescrição, conforme relato dos entrevistados.

A orientação ao paciente também foi lembrada, visto que apenas o documento contendo os medicamentos a serem utilizados não garantem sucesso no tratamento se o profissional não esclarecer adequadamente o paciente sobre os motivos pelos quais utilizará aqueles produtos, como mencionado por um dos entrevistados:

Eu acho que a medicação, se eu for graduar em porcentagem, seria 50%. Então assim, grande parte do cuidado, do tratamento, vai de você conversar, orientar, explicar, porque também não adianta nada você fazer uma receita com um monte de coisa que o paciente não entende e aí ele não sabe porque é que tá tomando aquilo e depois deixa de usar. (Residente 2º ano – B)

A realização do ato médico se completa com a prescrição (MADRUGA; SOUZA, 2011, p. 13) e sendo o medicamento, muitas vezes, um instrumento indispensável para que o cuidado ao paciente seja o mais racional e completo, é salutar analisarmos o momento e o modo mais adequado para que os estudantes de medicina aprendam essa prática. Por compreender a essencialidade da prática da prescrição na atividade médica, todos os profissionais entrevistados nesta pesquisa foram questionados sobre como e quando aprenderam a prescrever e de acordo com os mesmos, o aprendizado sobre prescrição foi iniciado durante a Faculdade, quando ocorreu a abordagem dos pontos teóricos de estrutura e de formatação do documento de prescrição. Contudo, a prática da prescrição ocorreu durante os estágios extracurriculares ou curriculares, como o internato, conforme relatos abaixo, sendo o contato com o residente ou plantonista, indicado como supervisor do interno, o meio para esse aprendizado ocorrer:

(...) Era interno. Foi quando eu comecei mais essa parte de prescrição. Que **antes, na Faculdade, você não tem**. Você chega até o quinto ano de Faculdade sem ver nada de prescrição. (Residente 1º ano – C)

Eu aprendi mais nos últimos anos de faculdade, na época do internato, onde eu comecei a trabalhar realmente com prescrições de hospital, que algumas vezes eu prescrevia (...) (Residente 1º ano – D)

Esses achados têm proximidade com os identificados por Wanderley, Maia e Vilela (2010) quando entrevistaram 67 estudantes de Medicina (internos) em atividade no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas. Para estes, o ensino da prescrição ocorreu em sua maioria em outros momentos do curso de Medicina (46,8%), nas aulas práticas (antes do internato) (24,1%) e no internato propriamente (15,2%).

A maioria dos residentes e preceptores/tutores desse estudo concorda que foi durante a residência que aprofundaram os conhecimentos sobre prescrição, mas indicam que durante o internato essa prática foi iniciada, seja mediante **observação e repetição**, seja assumindo a responsabilidade na falta de residentes ou por atender em plantões nesse período. Para os entrevistados, a residência é momento de consolidação ou aprofundamento do aprendizado.

Percebe-se que o ensino da prescrição de medicamentos em Medicina ainda está amparado na metodologia da reprodução, imitação. Para que mudança profunda ocorra nesse cenário é preciso uma reflexão individual e coletiva dos docentes da área, no intuito de superar a forte influência do paradigma newtoniano-cartesiano característico da ciência dos séculos XIX e em grande parte do XX (BEHRENS, 1999).

O modelo de ensino considerado pelo preceptor ou professor é de elevada relevância, já que o mesmo poderá orientar a aprendizagem através de um processo significativo ou mecânico. Adicionalmente, dentre os fatores identificados como influentes na prática de prescrição dos residentes, a opinião do preceptor/professor merece destaque por ter sido mencionada de modo enfático por diversos entrevistados:

Como eu te disse, **a gente aprende a prescrever por repetição** e aqui não é diferente. Quando você chega na primeira semana de Hematologia, você se depara com tratamentos quimioterápicos em curso que não deu tempo você estudar, nem a que classe pertence aquele quimioterápico, que já está prescrevendo ele. Então você acaba prescrevendo por orientação. Então, é por confiança em quem tá lhe ensinando. (Residente 2º ano – C)

(...) Bom, a parte da **experiência dos preceptores**, principalmente, no nosso momento que é um momento de formação, conta bastante. Então (...) uma pessoa que já tem experiência com aquela droga que é assim, assim assado, então, a gente acaba se pautando muito nas experiências deles, né? (...) (Residente 1º ano – A)

Pra mim é bom [ter o **preceptor como fonte de informação**]. Eu acho bom por causa da experiência deles; eles já usaram, o que a gente não usou. E às vezes o que a gente vê num artigo, às vezes, a amostra é pequena, às vezes, aquela medicação foi testada, mas foi pra outro tipo de paciente, aí é a parte dos pacientes da América do Norte, da Europa, são muito diferentes do que a gente pode fazer nesse hospital, do que eles fazem lá. Então, acaba que a preceptoria dando sua experiência, eu acho muito bom. (Residente 1º ano – D)

No momento do convite para participação deste estudo, alguns dos entrevistados já mencionavam a influência do preceptor/professor na prescrição do residente. Dois residentes de especialidades diferentes afirmaram que o chefe ou preceptor influenciava as prescrições dos residentes, em especial, aqueles no seu primeiro ano de formação. Porém, durante a gravação da entrevista, estes profissionais não voltaram a relatar essa influência de forma tão explícita. A influência do preceptor

sobre a prescrição do residente dá-se pela indicação do que será prescrito e das condutas a serem seguidas na prestação de cuidado ao paciente.

É importante que o residente exponha seus conhecimentos prévios e relacione-os, de forma não-arbitrária e substancial², com as novas informações que lhe estão sendo apresentadas durante o treinamento em serviço. A aprendizagem significativa, segundo teoria de aprendizagem de Ausubel (1963, 1968), é um modelo no qual os conhecimentos prévios necessitam ser considerados. Quando o material de aprendizagem é relacionado à estrutura cognitiva somente de modo arbitrário e literal, a aprendizagem é dita mecânica ou automática (MOREIRA; RODRÍGUEZ-PALMERO; CABALLERO-SAHÉLICES, 1997). Acredita-se que a promoção da aprendizagem significativa pode ajudar a modificar o cenário de ensino atual, uma vez que incentivará o residente agir e reagir diante da realidade, reconstruindo seu conhecimento ao associar saberes anteriores às novas informações adquiridas.

A aprendizagem significativa vai de encontro à visão objetiva e fragmentada da realidade que propiciou que escolas e professores adotassem metodologias tradicionais de ensino baseadas na cópia, imitação e reprodução do conhecimento, não havendo, inclusive, permissão para questionamentos sobre sua validade (IRALA; BARA, 2004). É possível notar que esse método tradicional de ensino está presente na formação dos residentes entrevistados. Soma-se a isso, o desconforto do profissional em formação em questionar a opinião e/ou **experiência do preceptor ou professor**, como no relato abaixo:

A gente cria a nossa [experiência], a partir do momento que a gente tem contato e acompanha o paciente, mas é óbvio que se o prof... preceptor disser: não, eu acho que o melhor caminho é esse. **Difícilmente a gente vai chegar e dizer o contrário.** A gente pode até questionar e perguntar por que, agora é muito raro, você chegar e dizer: não. Não, eu discordo. Alguém que já tem mais de dez anos na sua frente de experiência, então... conta bastante. (Residente 1º ano – A)³

² Não-arbitrariedade significa que o material potencialmente significativo se relaciona de maneira não-arbitrária com o conhecimento já existente na estrutura cognitiva do aprendiz.

Substantividade significa que o que é incorporado à estrutura cognitiva é a substância do novo conhecimento, novas ideias, não as palavras precisas usadas para expressá-las (MOREIRA; RODRÍGUEZ-PALMERO; CABALLERO-SAHÉLICES, 1997).

³ Essa fala é compatível com discussão clínica observada durante pré-campo, na qual foi mencionada discordância anterior deste residente e de professor quanto à melhor dose para tratamento de uma paciente. O professor havia orientado prescrição de dose quatro vezes maior do que realmente foi prescrita pela residente.

Pode-se notar relação de dominação entre residentes e preceptores/professores, o que culmina no aprendizado por transferência de conhecimento ou, mais precisamente, experiências, já que conhecimento não pode ser transferido. Para que haja conhecimento, faz-se necessário que a informação recebida seja refletida, sintetizada e incorporada à mente do indivíduo. No cenário acima relatado, o residente não é estimulado a refletir e questionar, mas repetir as experiências de profissionais cujas condutas são interpretadas como de alta validade, porém nem sempre respaldadas em evidências científicas.

Frente a esse cenário de dominação, a interação social entre os indivíduos, via primordial para a apropriação de instrumentos e signos⁴ segundo Levy Vytgosky (1987, 1988), pode estar prejudicada. Essa interação implica um mínimo de duas pessoas intercambiando significados, havendo também envolvimento ativo de ambos os participantes (MOREIRA; RODRÍGUEZ-PALMERO; CABALLERO-SAHELICES, 1997). O processo de aprendizado no cenário pesquisado pode estar limitado pela falta de exposição e troca de significados entre residente e preceptor/tutor. A exposição do que foi compreendido pelo residente diante das novas informações que lhes são apresentadas é essencial para facilitação do processo de aprendizado, de forma que o preceptor ou professor avalie e retorne ao residente se a interpretação do que foi informado está adequada.

Não se pode ignorar que para aprender de maneira significativa, o indivíduo deve querer relacionar o novo conteúdo que lhe foi apresentado ao seu conhecimento prévio. Independente de quão potencialmente significativa seja a nova informação, se o sujeito tiver a intenção apenas de memorizá-la de forma arbitrária e literal, a aprendizagem será mecânica (MOREIRA; RODRÍGUEZ-PALMERO; CABALLERO-SAHELICES, 1997). Dessa forma, fica evidente que o residente também deve se posicionar quanto ao modo que pretende aprender, ser participativo, proativo e questionador, e essa postura deve ser incentivada pelo preceptor/professor.

⁴ Instrumento é algo que pode ser usado para fazer alguma coisa; signo é algo que significa alguma outra coisa e pode ser de três tipos: indicador, icônico e simbólico. Como a conversão das relações sociais em processos mentais superiores não é direta, é, então, mediada por instrumentos e signos.

O domínio afetivo também é um importante elemento no processo de aprendizagem significativa, como chama atenção Joseph Novak (1977, 1981), uma vez que qualquer evento educativo é uma ação para trocar significados e sentimentos entre aprendiz e professor. Ainda concordando com a importância da interação social, Gowin (1981) teoriza que um episódio de ensino-aprendizagem se caracteriza pelo compartilhamento de significados entre aluno e professor (MOREIRA; RODRÍGUEZ-PALMERO; CABALLERO-SAHELICES, 1997). Se a relação entre residente e preceptor ou professor é verticalizada, de hierárquica inflexível, possivelmente, a aprendizagem significativa não ocorrerá.

De acordo com a literatura, a importância da **opinião de médicos mais experientes** não afeta apenas residentes e médicos recém-formados. Estudo etnográfico realizado por Grant, Sullivan e Dowell (2013) em três instituições escocesas com características organizacionais diversas, exploraram como os clínicos gerais, desde internos a profissionais com anos de experiência, decidem suas prescrições e os fatores que os mesmos reconhecem influenciar sua tomada de decisão. A pesquisa teve como métodos a observação não participante (394 horas) triangulada com entrevistas semiestruturadas (9 entrevistados) e revisão de documentação da prática (46 documentos). A experiência pessoal apareceu como a influência mais forte e valorizada sobre a prescrição dos clínicos escoceses. Os colegas de prática foram também citados como fontes de informação importantes e valiosas para compartilhar conhecimentos, experiências e pedir conselhos.

Outro estudo qualitativo realizado por De Souza e colaboradores (2006) determinou os fatores que influenciam médicos nas decisões em prescrever antimicrobianos. O estudo foi realizado através de entrevista com profissionais de um hospital de ensino regional de 500 leitos no oeste da Irlanda; vinte e dois médicos foram entrevistados. Constatou-se que a influência mais significativa na prática de prescrição foi a opinião de colegas com maior tempo de experiência. Essa influência foi especialmente importante nos primeiros anos quando os médicos têm **autonomia limitada**. A maioria dos entrevistados informou sentir que o sistema de instrução hierárquica era benéfico dando-lhes suporte quando necessário nas suas decisões de prescrição. A maioria também preferiu que médicos mais experientes dessem

instruções baseadas em evidência consistente, porém demonstraram-se receosos quando as informações eram baseadas em hábitos ou experiência individual. Esse estudo demonstrou também que ao longo da carreira médica, a experiência pessoal tornou-se a influência mais dominante na decisão de se prescrever antimicrobianos.

Pearson e colaboradores (2000) identificaram que a influência principal na prática de prescrição de internos são os médicos com maior tempo de experiência, farmacêuticos, livros e *guidelines*, semelhante ao que identificamos com os residentes neste estudo. Este hábito, formado nos anos iniciais de prática, pode determinar a abordagem de prescrição deste profissional nas atividades futuras.

Em estudo posterior, Pearson e colaboradores (2002) reafirmaram os resultados da pesquisa anterior. Adicionalmente, os internos demonstraram uma visão negativa sobre médicos mais especializados (*consultants*). Isso porque a interação com esse profissional é menor do que com os líderes de equipe, além da relutância em questionar a **autoridade** destes num ambiente hierárquico. Farmacêuticos e enfermeiros apareceram como dois grupos profissionais de fontes subutilizadas para o ensino formal e oportuno da prescrição.

Relação de dominação entre preceptoria/tutoria e residentes foi identificada nesse estudo. Isso pode impactar negativamente o processo de aprendizado restringindo a troca de significados e a interação social entre estes grupos, de modo a perpetuar o modelo de ensino por transferência. Para transformar esse cenário, será necessária mudança da percepção e crença tanto de educadores quanto de aprendizes, associada a modificação de cultura institucional.

5.3.Faça o que eu digo, faça o que eu faço: a visão do preceptor sobre a prática de prescrição do residente médico

Preceptores e professores foram questionados sobre a prática de prescrição do residente: o que, na opinião dos entrevistados, é considerado pelo residente no momento da prescrição. Tanto preceptoria quanto tutoria consideraram que os residentes seguem a mesma lógica daqueles que lhes orientam:

Eu acredito que um **bom residente** deverá considerar todas essas coisas também, né? [o preceptor havia acabado de citar o seu raciocínio no momento da prescrição] E tem as orientações do preceptor também, né? As

indicações do que a gente acha que deveria ser introduzido. (Preceptoria – A)

Por outro lado, um tutor foi mais incisivo:

Eu acho que o residente acaba seguindo a rotina do serviço. Não sei se ele tem muita **autonomia em relação à prescrição**; acredito que com o tempo ele vai ganhando essa autonomia, mas a verdade é que ele segue rotinas.

Os residentes parecem sentir-se inseguros para prescrever no seu primeiro ano do Programa de Residência, mas afirmam ter maior confiança a partir do segundo ano, por se considerarem mais experientes frente às situações vividas.

(...) as medicações que eu prescrevo, são medicações que eu já estudei, assim, claro que sempre vai ter alguma coisa que eu não ... mas assim, **eu me sinto muito mais seguro hoje, porque já ‘tô’ indo pro terceiro ano de residência**, creio que a maioria dos que eu prescrevo, eu tenha conhecimento. (Residente 2º ano – A)

Então **você acaba sendo obrigado a aprender dessa forma**, no começo, né? E todas as residências são assim, o primeiro ano você aprende mais como sendo o **‘burro de carga’** da enfermagem e aí no segundo ano é que você começa a aperfeiçoar mais e lapidar o conhecimento e aí volta as suas práticas com o embasamento teórico melhor. (Residente 2º ano – C)

Esse achado corrobora outros estudos que constataram que os médicos no seu primeiro ano de atuação **não são confiantes, nem competentes para prescrever**, de acordo com avaliação própria e de seus supervisores (LEMPP et al, 2005; ROTHWELL et al, 2011; WALL; BOLSHAW; CAROLAN, 2006). Estudo australiano apontou a falta de conhecimento sobre medicamentos como um fator latente relacionado aos erros de prescrição (COOMBES et al, 2008).

Se por um lado o residente pode não exercer **autonomia**, por outro pode também sentir-se confortável ao seguir orientações de profissionais mais experientes. A influência da preceptoria/tutoria sobre o residente no momento da prescrição pode ser notoriamente identificada. Essa influência pode ser positiva, dando ao residente maior segurança por compartilhar dos conhecimentos de um profissional com maior vivência, ou negativa por, talvez, mantê-lo dependente dos conhecimentos do preceptor/professor, enaltecendo a experiência profissional como mais importante na prática da prescrição, em detrimento da associação dessa experiência com a aplicação de evidências científicas.

5.4 Prescrever ou não prescrever medicamentos: o que influencia a decisão do residente?

A definição cuidadosa do diagnóstico e os objetivos terapêuticos antecedem a escolha do melhor tratamento a ser instituído. Este, por sua vez, pode constituir-se de uma ou mais das seguintes alternativas: informação ou aconselhamento; tratamento não medicamentoso; terapia com medicamentos; e encaminhamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998, p. 17-18).

Optando-se por prescrever medicamento, deve-se verificar a aplicabilidade daquele produto ao paciente individual. Analisar se a substância ativa, forma farmacêutica, posologia-padrão e duração da terapia estão adequados e compõem a escolha mais eficaz e segura são algumas das proposições para uma boa prescrição médica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998, p. 55).

Neste estudo, de forma geral, os principais critérios norteadores da decisão sobre prescrever ou não algum medicamento, tanto para residentes quanto para preceptores/professores, estão relacionados ao paciente: o conhecimento adequado daquele doente, conseqüentemente a relação médico-paciente, o diagnóstico adequado da condição clínica daquele indivíduo, a relação de risco entre o dano e o benefício alcançados ao se utilizar um medicamento em detrimento de outro. Pontos específicos como idade, peso, contraindicações, disponibilidade do medicamento no hospital também foram mencionados. Em boa parte dos discursos dos profissionais de todas as áreas foi pontuada a atenção que deve ser dada aos aspectos sociais do paciente e do custo do medicamento, o que poderá influenciar no acesso e adesão à terapia; esses aspectos são relevantes, em especial, no pós-alta ou no atendimento a pacientes ambulatoriais. No que diz respeito ao medicamento, critérios como efeito colateral e interações medicamentosas são os que mais preocupam residentes e preceptores/professores.

Estudo sueco realizado através de entrevistas qualitativas com 15 médicos de um grande hospital demonstraram alguns dos fatores que esses profissionais acreditam influenciar suas prescrições: fatores relacionados ao paciente (indicação e capacidade para tomar o medicamento); hábitos pessoais (familiaridade com o nome de marca do medicamento); colegas (compartilhamento de informações); tradições terapêuticas

(refere-se à terapêutica comumente praticada no hospital ou clínica à parte da experiência profissional e hábitos, não necessariamente baseados em evidência); *guidelines*; custo e informação/educação provida pela indústria farmacêutica (LJUNGBERG; LINDBLAD; TULLY, 2007).

Outra pesquisa verificou os fatores significantes que dominam o comportamento de prescrição de médicos na China. Revisão de literatura foi realizada e gráfico de espinha de peixe foi elaborado; questionários e entrevistas em profundidade também foram realizados. Dentre os dez fatores mais influentes encontrados, 4 são relacionados ao médico: conhecimento sobre a doença, experiência ou capacidade de diagnóstico, conhecimento sobre o medicamento e experiência com o mesmo (DAI et al, 2011).

Fatores relacionados ao paciente, medicamento e ao próprio prescritor parecem ser os mais comumente identificados, havendo algumas similaridades entre os achados deste estudo e os realizados em diversos outros países. A prescrição médica é complexa e recebe influências múltiplas, incluindo uma gama de fatores externos (GREENHALGH, 1997), o que pode explicar a diversidade de fatores identificados nas diferentes pesquisas. A dinâmica social e cultural também deve ser analisada, como no estudo realizado por Page, Bajorek e Brien (2008) em dois grandes hospitais universitários de Sidney. Médicos recém-formados em treinamento (9) e médicos mais velhos (18), enfermeiros (7) e farmacêuticos (11) foram entrevistados e baseando-se nas respostas destes profissionais um mapa foi desenvolvido para mostrar os fatores culturais e sociais que podem influenciar a prescrição.

Cinco conjuntos distintos de influências culturais e sociais foram identificados. As características fundamentais que moldam a prescrição nos dois hospitais estavam associadas com:

- I. estrutura do processo de prescrição (exemplo: quem dirigiu o processo, quais passos estiveram envolvidos e quais relações e responsabilidade foram percebidas);
- II. padrões de comunicação (confiança na comunicação verbal com equipes médicas, baixa comunicação sobre o plano de tratamento a enfermeiros e farmacêuticos);

III. pressupostos subjacentes (prescrição vista como baixa prioridade; crença de que se o profissional inexperiente sentir-se inseguro, ele questionará os demais para esclarecimentos; farmacêuticos e enfermeiros confiam identificar erros de prescrição importantes; altas taxas de erros de prescrição vistos como aceitáveis porque a maioria não causa dano ou são identificados pelo próprio sistema);

IV. características do conhecimento (confiança no conhecimento adquirido socialmente, mas com forte expectativa de que este seja baseado em evidências de ensaios clínicos; o conhecimento dos médicos mais experientes é uma forte influência na prescrição dos demais médicos e este rege a maioria das decisões de prescrição feitas por médicos em treinamento) e;

V. fatores ambientais (interrupções, carga de trabalho, estresse) (PAGE; BAJOREK; BRIEN, 2008).

No presente estudo, alguns entrevistados também destacaram a importância das evidências científicas, em especial para informar eficácia ou efetividade, a preceptoria médica e farmacêuticos como agentes que norteiam a prescrição:

(...) Agora na prescrição daqui, você vive, mais ou menos, quase **um lance de namoro entre a preceptoria e a Farmácia daqui** ... é muito, interage muito, em relação à prescrição ela é muito influente na prescrição daqui, na prescrição dos residentes. (Residente 1º ano – C)

Primeiro a gente tem que conhecer o doente, ter uma noção do diagnóstico, (...) saber o que é que a literatura recomenda, utilizar conhecimentos da literatura, de artigos, de **preceptores que tenham uma experiência maior**, porque, às vezes, a gente tem caso que nem tem relato na literatura, (...) (Residente 2º ano – B)

Os fatores influentes na prescrição relatados pelos entrevistados nessa pesquisa necessitam ser analisados no contexto real para se averiguar se, de fato, estes são realmente considerados no ato da prescrição, uma vez que apesar de muitos médicos acreditarem que a medicina baseada em evidências (MBE) melhora o cuidado ao paciente, estes profissionais não praticam de forma consistente a MBE. Quando se tem questões clínicas a esclarecer, consultas formais ou informais, coleções pessoais, livros e referências de bolso são preferidos mais frequentemente a fontes de MBE (McCORD

et al, 2007). Essa informação é compatível com relato de residente no segundo ano de formação que acredita que as evidências científicas não refletem o mundo real:

Como tá começando agora a gente fica empolgado com medicação nova que resgata 90% dos linfomas e quando você vai ver na prática não é bem assim e o artigo não cita custo, não cita efeito colateral, não cita a liberação do convênio, não cita a liberação da ANVISA, não cita nada disso. Então, na prática é outra coisa, **o mundo fantástico dos artigos científicos** é bem diferente. (Residente 2º ano – C)

As evidências científicas possuem certas limitações: estas, geralmente, não refletem o paciente encontrado em hospitais e ambulatórios e não consideram as barreiras de registro, aquisição, disponibilidade local, dificuldades de administração em pacientes graves (uso de sonda, perdas de acesso), dentre outras. As melhores evidências científicas podem informar que o uso de um medicamento traz mais benefício do que outra terapia, uso de placebo ou até tratamento de suporte, porém, além da necessidade que o leitor tenha habilidade de leitura crítica para ponderação da informação que será aplicada, frequentemente os pacientes desses estudos clínicos são menos doentes do que os pacientes que são cuidados cotidianamente, logo o efeito de benefício alcançado na prática clínica é menor do que o demonstrado em ensaios clínicos, o que é completamente natural. Associado a isso, o fato das evidências científicas demonstrarem que uma tecnologia é superior às demais não nos garante que o acesso à mesma seja possível.

No cenário nacional, a prática clínica carece, também, de uma avaliação mais frequente das incorporações de medicamentos e outras tecnologias que são realizadas nos âmbitos público e privado, haja vista as evidências refletirem ambientes controlados e ideais, no caso da maioria dos ensaios clínicos, e os resultados alcançados nesses estudos não serem os mesmos identificados na população geral. Porém, sem a avaliação sistemática do impacto da utilização dos medicamentos incorporados, a evidência científica sempre se mostrará distante da realidade e de difícil interpretação e a experiência dos colegas de profissão parecerá mais factível de ser compreendida e replicada, como observado na fala de alguns entrevistados deste estudo.

Uma revisão sistemática foi realizada para analisar as barreiras para utilização dos resultados de pesquisas científicas por clínicos gerais que atuam em diferentes

ambientes de cuidado à saúde. A maioria dos estudos (27,6%) analisou as barreiras relatadas por profissionais atuantes nos ambientes hospitalar ou de cuidado especializado; 1.144 barreiras foram identificadas e organizadas em 18 categorias. As categorias de barreiras mais comuns à implementação da prática baseada em evidência, em ordem decrescente de frequência, foram: barreiras da pesquisa, falta de recursos, falta de tempo, habilidades e acesso inadequados, falta de conhecimento e barreiras financeiras. A falta de clareza das implicações para a prática e a limitada relevância da pesquisa para a prática são exemplos de barreiras da pesquisa (SADEGHI-BAZARGANI; TABRIZI; AZAMI-AGHDASH, 2014).

Expor as implicações para a prática clínica e para a pesquisa científica, seria uma forma de algumas publicações contribuírem para a compreensão e, possivelmente, uso mais frequente das evidências científicas no cotidiano do profissional de saúde. As revisões sistemáticas Cochrane, por exemplo, apresentam esses tópicos. A presença desses tópicos não descarta a necessidade de que o leitor tenha habilidade de avaliação crítica, porém apresenta de forma mais realística a aplicabilidade dos achados da pesquisa. Talvez os residentes entrevistados não se sintam confortáveis no uso de evidências devido à falta de habilidade em buscar, analisar e aplicar evidências científicas de qualidade. Isso faz com que interpretem os estudos científicos como distantes e fantasiosos, como mencionado pelo residente C, 2º ano.

5.5 Prescritores preferem pessoas: as fontes informação consultadas para prescrição de medicamentos

De modo geral, todos os entrevistados reportaram dúvida em algum momento da prática da prescrição. Os residentes foram um pouco mais enfáticos, “a gente sempre tem dúvidas”, mas alguns, quando no segundo ano de residência, demonstraram maior segurança na prescrição, em especial, dos medicamentos de prescrição mais rotineira:

(...) **Sempre.** É assim, tem medicações que é claro, que a gente usa com muito... de rotina (...) então que a gente sabe mais os efeitos colaterais, como é o tipo de ação e tudo mais (...) (Residente 2º ano – D)

(...) Porque se é uma medicação que você **prescreve rotineiramente, tudo bem**, mas quando ela interage ela deixa de ser rotineira, porque já começa a mudar o perfil de toxicidade. (Residente 2º ano – C)

Essa correlação de que há mais dúvidas quando o medicamento é menos utilizado na prática clínica é similar na preceptoria/tutoria:

A dúvida vem quando é uma **medicação pouco utilizada** (...) como são medicações que a gente usa pouco, então a gente busca o auxílio, mas no dia a dia a gente já tem isso incorporado na rotina. Não tem muita dificuldade não. (Tutoria – A)

Configura-se num equívoco a percepção de que a busca mais frequente por informação deve ocorrer apenas para os medicamentos que não são comumente prescritos, já que se considera esgotáveis os conhecimentos sobre medicamentos de prescrição mais frequente ou comum. A segurança no uso dos medicamentos, por exemplo, não é estática e muda conforme avançam os conhecimentos em farmacologia e ao longo do tempo (OTERO, DOMÍNGUEZ-GIL, 2000). Esse é um dos exemplos pelos quais não se deve negligenciar que ainda se pode adquirir novos conhecimentos, mesmo de medicamentos há muito tempo utilizados.

Quanto às fontes de informação utilizadas para auxílio na prescrição, os residentes entrevistados apontaram Medscape, Up To Date e aplicativos de celular: (...) Eu tenho aplicativos no celular, vários, de interação medicamentosa, de dose, de perfil de efeito colateral (...) (Residente C, 2º ano).

No entanto, espontaneamente, o farmacêutico foi a fonte de informação mais citada em resposta ao questionamento sobre onde/como os entrevistados tiram suas dúvidas sobre medicamentos:

Algumas, é tanto que geralmente eu entro em contato com o **farmacêutico do hospital**, se eu tenho dúvida de alguma interação, geralmente faço pesquisa em artigo científico, pra ver interação também. (...) (Residente 1º ano – D)

(...) Quando a gente começou a estudar sobre isso pediu ajuda da **Farmácia** (...) (Residente 1º ano – C)

(...) mas assim, não tenho nenhum problema em estudar, em pegar um livro, em **ligar pra farmacêutica** pra perguntar qual é a disponibilidade, como é que a gente prescreve, em quantas vezes usa... não tenho problema com isso não. (...) Mas a gente sempre discute e fala, ó, o farmacêutico alertou a gente disso, disso e disso, o que é que você acha da gente mudar e tal?

E aí a gente acaba adaptando assim, a gente usa informações que a gente recebe do pessoal da Farmácia sim. (Residente 2º ano – D)

Estudo etnográfico escocês, já relatado anteriormente, também identificou o farmacêutico influenciando a prescrição dos clínicos gerais; esse profissional foi essencial para filtrar pesquisas e interpretar evidências advindas de estudos populacionais. Farmacêutico como orientador de conduta na prescrição de medicamentos é um achado relativamente novo já que há poucas pesquisas analisando a influência e efeito deste profissional de saúde sobre o trabalho dos clínicos gerais (GRANT; SULLIVAN; DOWELL, 2013).

A inserção do farmacêutico na equipe de cuidado à saúde é uma realidade no HUPES e foi fortalecida com o início do programa de Residência Multiprofissional em Saúde em 2010. Nessa pesquisa, identificou-se igualmente o farmacêutico como importante fonte de informação para o residente médico e mesmo nas unidades nas quais não há um profissional com dedicação exclusiva, o Serviço de Farmácia do HUPES foi citado como uma referência para esclarecimentos de dúvidas no momento da prescrição.

As fontes de informação mais utilizadas pelos entrevistados para esclarecer dúvidas no ato da prescrição são Up To Date, Portal de Periódicos da CAPES, PubMed, artigos científicos e bula do medicamento. Livros de farmacologia como Penildon, de clínica médica como Harrison e Cecil, *Handbook* de Pediatria (Taketomo), além da internet, Medscape e Google, também foram lembrados.

Similar ao identificado por McCord e colaboradores (2007) que estudaram os tipos de fontes de informação utilizadas por 25 residentes no terceiro ano do programa de medicina da família em 5 diferentes hospitais em Ohio, o Up To Date apareceu como melhor fonte disponível. Esses residentes, que haviam recebido treinamento curricular sobre MBE no segundo ano de residência, foram observados diretamente durante 2 dias e meio para cada médico, para identificar como recuperavam informação para responder a questões clínicas que surgiam durante o processo de cuidado ao paciente. Esse estudo demonstrou que apesar de terem sido treinados nos métodos tradicionais da MBE, os residentes observados utilizaram mais frequentemente **consulta direta médico-médico** para responder suas questões

clínicas. Diferente do que apontaram ao final do segundo ano quando tiveram curso sobre MBE e fontes da internet, guias de prática clínica e artigos de revisão eram as fontes de informação mais frequentemente utilizadas.

Quando questionados sobre as fontes de informação utilizadas para esclarecimentos de dúvidas sobre medicamentos recém-lançados, muitos entrevistados citaram as mesmas fontes que utilizam para os demais medicamentos.

Esse achado é semelhante ao identificado em estudo que analisou diferenças entre as fontes de informação utilizadas, na teoria e na prática, por médicos hospitalares e clínicos gerais para prescrição de medicamentos antigos e novos. Foram considerados novos os medicamentos com menos de 5 anos no mercado e antigos aqueles com mais de 5 anos de comercialização. Para os médicos hospitalares, as fontes de informação consideradas mais importantes, na teoria, para prescrição de ambos medicamentos, novos ou antigos não diferem: *British National Formulary*, colegas mais experientes, artigos publicados em periódicos médicos e especialistas de outras equipes foram os mais citados. Quando questionados sobre a última fonte de informação utilizada, na prática, para prescrição de medicamento novo, **colegas mais experientes**, representantes da indústria farmacêutica e encontros clínicos no hospital representaram 60% das respostas (McGETTINGAN et al, 2001).

Diferente dos residentes no primeiro ano de formação, residentes do segundo ano e preceptores/professores tendem a mencionar mais os artigos científicos como fonte de informação tanto para medicamentos antigos quanto novos. Para estes primeiros, o Up To Date, protocolos, congressos, livros-textos são fontes para busca de informação sobre medicamentos recém-lançados. A **preceptoria/tutoria** também aparece como uma importante fonte de informação, tanto para medicamentos novos ou antigos, mesmo quando a busca por artigos científicos é mencionada:

(...) Agora se eu tiver, assim, já no hospital, normalmente eu **busco um preceptor** (...) (Residente 2º ano – A)

(...) a própria bula do medicamento que a gente tem acesso fácil na internet e **conhecimento da preceptoria**. (...) Sempre tentando seguir a mesma ordem, sempre deixando a preceptoria por último. (Residente 2º ano – C)

(...) Então, nesse ponto específico de drogas novas eu sempre me baseio muito no que os meus preceptores dizem, porque eu posso ter lido cinco literaturas que tenham embasado o anticoagulante novo que saiu, é ótimo, é

perfeito, se [suprimido nome da profissional citada] disser que não, eu não uso. Né? Porque **ela tem muito mais experiência que eu**, participou da maioria das discussões sobre esses artigos, desde a sua fase I, então, eu **sempre escuto os preceptores** nesse sentido. Sempre. (Residente 2º ano – C)

No estudo brasileiro de Patrício e colaboradores (2012), os **professores** apareceram como a **principal fonte de informação** utilizada por estudantes e profissionais de Medicina: 16% dos 75 entrevistados responderam que sempre consultam professores e 69,3% disseram se informar às vezes.

Possível explicação para a opinião da preceptoria/tutoria ter um peso importante na decisão do residente é a dificuldade destes na identificação e avaliação crítica de evidências científicas, como relatado por alguns entrevistados:

(...) Às vezes, tem ensaios clínicos que eu nem sei da existência e que a preceptoria sabe e aí a gente tem esse diálogo, tem essa conversa, discute e a gente chega num consenso pra isso. (Residente 2º ano – B)

(...) nesse caso específico eu tenho muito a orientação dos preceptores. Sempre que tem uma medicação nova, ou que eu leio um artigo sobre uma medicação que foi lançada, (...), eu **nunca tomo uma opinião pra mim antes de perguntar aos preceptores que eu mais confio**. Porque além de eles conhecerem os autores dos textos e terem uma visão crítica da pressão laboratorial por trás, uma visão histórica muito maior do que a minha, de como aquela droga foi feita, de como foi lançado, com quem ela tá concorrendo, eles conhecem e tem à mão muito mais do que eu, eu sempre pergunto e me surpreendo com as respostas, porque eles fundamentam a contra argumentação daquele artigo e acaba engrandecendo a gente. (Residente 2º ano – C)

No caso da Pediatria, foi mencionada a maior resistência na utilização de medicamentos novos. Mesmo nas demais áreas, os residentes tendem a preferir o medicamento mais conhecido, com o qual tenha mais experiência de utilização, por sentirem-se mais seguros em prescrevê-los.

A segurança na prescrição de alguns medicamentos está mais relacionada à **experiência pessoal** do profissional do que necessariamente às evidências científicas publicadas sobre o produto. Esse é um achado interessante, uma vez que nossa pesquisa foi realizada num hospital universitário, onde o acesso a bases de dados de qualidade é bastante facilitado. Algumas fontes de informação citadas são de alto respaldo, por outro lado, há preocupação com aqueles profissionais que ainda se utilizam apenas de livros, bulas de medicamentos e opiniões de outros profissionais

em detrimento da pesquisa e interpretação de artigos científicos. A realização de treinamento sobre MBE para estes profissionais não parece ser suficiente para mudança de conduta, como apontado nos estudos de McCord e colaboradores (2007) e Patrício e colaboradores (2012).

Apesar da Universidade dispor de uma variada lista de fontes de informação e da facilidade de acesso através do Portal de Periódicos CAPES (como Micromedex, Medline via BIREME ou PubMed, Scopus, Web of Science, diversos periódicos médicos) ou por assinatura do Hospital Universitário, como o UpToDate, é inquietante constatar que a maioria dos profissionais entrevistados não utiliza ou faz uso de forma limitada desses recursos.

Diversos instrumentos para avaliação da qualidade de fontes *on line* de informação em saúde estão disponíveis. Em pesquisa realizada por Jadad e Gagliardi (1998), 47 instrumentos foram identificados. Dois instrumentos em especial são mais comumente utilizados: os critérios do *Journal of the American Medical Association (JAMA)*⁵ e o código HON⁶ que é a certificação de qualidade da *Health On the Net Foundation*, uma organização sem fins lucrativos Suíça (CHUMBER; HUBER; GHEZZI, 2015). Aplicar algum desses instrumentos é uma forma de avaliar se o site utilizado para pesquisa atende a alguns critérios de qualidade. O código HON disponibiliza, por exemplo, um *software* para ser instalado na barra de ferramentas do navegador de internet para instantaneamente informar se o site visitado tem certificação ou não por essa organização.

Além disso, há diversos estudos publicados sobre a qualidade de fontes de informação em saúde, geralmente relativos à uma doença ou medicamento específicos ou avaliando sítios da internet voltados a pacientes ou consumidores. Então, há formas

⁵ O instrumento do JAMA analisa 4 critérios: divulgação de autoria, atribuições das fontes (referências), divulgação de interesses comerciais e propriedade do website, e atualização (indicação da data).

⁶ O código HON acredita websites que atendam a 8 princípios éticos: Autoridade – toda orientação será dada somente por profissionais reinados e qualificados, a menos que seja declarado expressamente que a orientação foi dada por indivíduo ou organização não qualificada na área médica; Complementariedade – as informações devem dar suporte, não substituir, a relação médico-paciente; Confidencialidade; Atribuições – citar as fontes de informação publicadas, dados médicos e páginas de saúde; Justificativas – quaisquer afirmações relacionadas a benefícios e/ou desempenho de um tratamento, produto ou serviço serão respaldadas com comprovação adequada e equilibrada; Transparência na propriedade – apresentação acessível, contato de e-mail acurado; Transparência no patrocínio – identificar fontes de subsídio; Honestidade da publicidade e da política editorial – claramente distinguir publicidade do conteúdo editorial.

simples de se identificar boas fontes de informação *on line* para busca de evidências científicas, ampliando, assim, o leque de opções para pesquisa e esclarecimentos de dúvidas sobre medicamentos e saúde em geral.

5.6 Confiança e credibilidade das publicações nacionais

Os residentes médicos e preceptores/tutores foram solicitados a citar as fontes de informação nacionais e internacionais mais comumente utilizadas quando necessitavam de esclarecimentos sobre medicamentos. Apesar de nenhuma fonte ter sido amplamente citada, PubMed, UpToDate e o Portal de Periódicos da CAPES foram mencionados pela maioria dos entrevistados. Quatro profissionais relataram preferir buscar por artigos científicos quando necessitam sanar dúvidas sobre medicamentos. As demais fontes foram livros-textos da especialidade, *Blackbook*, *Drug Information* em Pediatria (Taketomo), livros publicados por professores que atuam no HUPES, sítios da internet como Medicina.net e publicações do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC).

Relevante destacar que as fontes internacionais foram muito mais citadas do que as nacionais. Diante desse fato, pode-se suscitar que a baixa utilização de documentos nacionais que orientam o uso de medicamentos no país teria impacto negativo no acesso dos pacientes a terapias medicamentosas?

Esse questionamento torna-se pertinente, uma vez que ao longo da entrevista, os profissionais foram questionados se havia diferença no raciocínio de prescrição para paciente ambulatorial e hospitalizado. Todos os entrevistados que responderam a esse questionamento afirmaram haver diferença de prescrição. De acordo com os profissionais, durante internamento é possível ajustes mais breves de dose e tem-se acesso a melhores fármacos. Além disso, no atendimento ambulatorial há preocupação se o paciente terá acesso à terapia. Geralmente, é preciso modificar a terapia utilizada no internamento na tentativa de que o paciente possa dar continuidade ao tratamento em casa, segundo alguns entrevistados. Porém, como escolher a terapia do paciente em atendimento ambulatorial, garantindo-lhe acesso aos medicamentos disponíveis no SUS se os prescritores não utilizam as publicações nacionais, como lista de medicamentos essenciais ou protocolos e diretrizes?

Fontes nacionais de informação sobre medicamentos foram pouco citadas tanto por residentes como por preceptores/tutores. Sendo que apenas um residente do segundo ano informou utilizar publicações do Ministério da Saúde do Brasil devido à escassez de publicações internacionais nos casos de doenças endêmicas em nosso país:

Nacional? Ó, na verdade assim, o Ministério da Saúde ajuda muito. Então assim, tem muitas doenças que são endêmicas no Brasil, e aí você não tem muita coisa na literatura internacional. E o Ministério da Saúde tem protocolos bem estabelecidos (...) (Residente 2º ano – B)

Essa constatação é similar a identificada por Patrício e colaboradores (2012) em pesquisa realizada na Escola de Medicina de Botucatu, na qual 57,3% dos 75 indivíduos que responderam a entrevista afirmaram nunca utilizar lista de medicamentos essenciais, que é um documento diretamente relacionado ao processo de uso racional de medicamentos, no ato da prescrição.

Algumas explicações podem ser inferidas para essa baixa utilização de publicações nacionais:

- desconhecimento da existência das relações de medicamentos essenciais (municipal, estadual e nacional), manuais, protocolos e diretrizes terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde e outros órgãos nacionais;
- falta de confiança ou reconhecimento de publicações nacionais, como foi expresso por um tutor: (...) Nacionalmente, não vejo nenhum órgão assim... nem ANVISA, nem... de impacto, a gente acaba não consultando [resposta ao questionamento sobre as fontes de informação sobre medicamentos nacionais utilizadas].
- falha nas estratégias de promoção de publicações nacionais oficiais aos profissionais médicos.

Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) podem ser compreendidos como sistemas perito. Estes são sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos (GIDDENS, 1991, p. 30). Os sistemas perito dependem do estabelecimento de relação de confiança para o funcionamento da instituição, na medida em que confere legitimidade à operação do sistema

(BARBOSA; COSTA, 2010). Estes sistemas possuem duas características principais: elevado grau de autonomia em relação aqueles que lhes estão submetidos e elevada crença em sua competência especializada.

Porém o que percebemos neste estudo é que Ministério da Saúde e ANVISA falham em ser sistemas perito na disseminação de informação sobre saúde, em particular medicamentos, uma vez que parecem não alcançar o reconhecimento de suas ações para promoção do uso racional de medicamentos pelos profissionais que detêm conhecimento técnico. Por outro lado, sua autonomia frente aos “consumidores” de informação sobre saúde é preservada, apesar do seu prestígio ser questionável frente aos médicos entrevistados.

5.7 Informação emitida pela indústria farmacêutica

A informação sobre medicamentos disponível para prescritores ou público geral é, em sua maioria, produzida e disseminada pela indústria farmacêutica. A publicidade é tão importante para os laboratórios que os mesmos dispendem entre 15 a 25% do faturamento global com essa atividade (BARROS, 2000). Em 2004, nos Estados Unidos, por exemplo, os laboratórios farmacêuticos direcionaram cerca de \$57,5 bilhões de dólares à propaganda (SPURLING et al, 2010).

Estudos qualitativos têm sugerido que muitos prescritores percebem a propaganda farmacêutica como uma fonte de informação útil e conveniente. Além disso, muitos negam que a propaganda influencie sua prática de prescrição ou alegam que seus colegas, mas não eles próprios, são influenciados (SPURLING et al, 2010).

De modo similar ao identificado por outros estudos qualitativos, parte dos residentes médicos e preceptores/tutores entrevistados também caracterizaram as informações emitidas pela indústria farmacêutica como úteis. No entanto, os entrevistados assinalam certa desconfiança frente a estas informações emitidas pela indústria, seja através de documentos escritos ou de representantes, como pode ser visto nos relatos abaixo:

Acho que são **úteis**, mas são informações que devem ser **analisadas de uma forma muito crítica** (...). (Preceptoria – A)

Acho que são **úteis**, agora assim, eu, eu sou um pouco desconfiado (...) (Residente 2º ano – A)

(...) Não. O material serve mesmo só pra informar o que é que tá acontecendo, mas... **não é isso que interfere na prescrição** (...) (Residente 1º ano – A)

Todos afirmam não considerar esse tipo de informação na decisão sobre prescrever ou não, mas utilizá-la, às vezes, para saber como prescrever o medicamento:

Às vezes, você tem algumas orientações de horário, de dosagem, qual foi a melhor posologia indicada, mas não o fato dela ser usada ou não, entendeu? Algumas especificações sobre a droga; a melhor forma de uso, **mas não a indicação dela**. (Preceptoria – A)

Somado a isso, há também um grande receio quanto à veracidade dos dados apresentados pela indústria farmacêutica. Alguns entrevistados acreditam que as informações emitidas pelos laboratórios farmacêuticos tenham mais interesse mercadológico do que científico:

(...) Porque, às vezes, ele quer vender demais, **quer vender** e fala coisas que eu nem sei se é verdade. Se realmente faz aquele milagre todo (...) (Residente 1º ano – B)

Eu tenho os dois pés atrás quando o laboratório vem me informar alguma coisa. A gente vê isso muito em ambulatório de especialidade, dermatologia, hematologia, então assim, tem muita medicação que, assim, a prescrição delas envolve muito dinheiro. Então assim, eles fazem seus próprios estudos e a gente tem que ter um nível de crítica mais alto pra isso, porque tem-se sempre a **tendência de querer mostrar o melhor**. Não mentir sobre alguma coisa, mas demonstrar o melhor de algo e tentar ocultar o que não é tão bom. Então assim, a gente tem que analisar isso tudo com muita crítica (...) (Residente 2º ano – B)

Porém, como bem pontuou um dos professores entrevistados:

Todo mundo usa informação advinda da indústria, uma vez que todos os ensaios clínicos de aprovação da droga são patrocinados pela indústria. Então, a gente sabe dos vieses de publicação, da tentativa de publicar dados mais positivos (...) (Tutoria – B)

Por isso, concordando com o dito pelo entrevistado, mais importante do que negar o uso das informações emitidas pela indústria farmacêutica é a compreensão de como utilizá-las criticamente. Informações importantes sobre como preparar, armazenar e administrar adequadamente o medicamento, por exemplo, são

responsabilidade do laboratório produtor. Os estudos científicos patrocinados por estes laboratórios devem ser analisados com cautela e não inutilizados.

Clínicos gerais escoceses também demonstraram ceticismo quanto aos representantes de laboratório e minimizaram a influência destes sobre sua prescrição (GRANT; SULLIVAN; DOWELL, 2013). Um dos preceptores entrevistados no presente estudo informou não estar disponível para encontros com representantes de laboratório farmacêutico:

Olha eu não tenho muito contato, com laboratório ou com representante. Não tenho contato. Enfim, eu **acho que não deve ter esse conflito de interesse**, na minha opinião. E na minha prática, não faz nenhuma falta (...).
(Preceptoria – B)

Sendo o preceptor/professor fator influente na prescrição do residente, a postura desse profissional frente às ações da indústria farmacêutica poderá influenciar a postura de futuros profissionais em formação.

Estudo realizado na escola de medicina de Botucatu identificou que na visão dos entrevistados (n=75), a prescrição naquele hospital universitário é influenciada pela informação advinda da indústria farmacêutica: sempre (4%), às vezes (37,5%) e raramente (29,3%). Além disso, 32% afirmaram sempre receber presentes dados pela indústria (PATRÍCIO et al, 2012).

Contudo, diversos estudos em países desenvolvidos e em desenvolvimento demonstraram que o uso de medicamentos não responde a critérios acadêmicos racionais, mas sim às ações de mercado da indústria farmacêutica (CÁRDENAS, ISENRIK, 1995). Por isso, a inserção de representantes ou de material produzido pela indústria deve ser criteriosamente analisado em locais onde se tem profissionais em formação, para que se tente minimizar a influência destes sobre a prescrição de medicamentos.

5.8 Prescrição racional de medicamentos: alguém definiu o que é isso?

As interpretações para ‘prescrição racional de medicamentos’ foram diversas. Muitos dos entrevistados entendem prescrição racional como um balanço entre a terapia que seja mais benéfica ao paciente e que produza menos efeitos colaterais.

(...) Desde a indicação, se realmente, tem necessidade ou não... não sei se leva em consideração o custo também, não sei. (...) (Residente 1º ano – A)

Eu entendo assim, que é **colocar apenas o que é necessário** e quando você for colocar, pesar, se realmente aquele medicamento tem custo-benefício, né? (Residente 1º ano – B)

(...) que seja uma prescrição que **o benefício tem que ser maior do que o risco**, né? E você ter uma indicação adequada pra aquele indivíduo, né? você não prescrever só porque... com medo, né?, na medicina defensiva, por exemplo (...) (Residente 2º ano – A)

Alguns entrevistados correlacionaram também com evitar interações medicamentosas ou com o custo do tratamento:

Eu acho que a prescrição racional deve ser baseada no custo do medicamento, no objetivo do tratamento (...) acho que é o **uso inteligente**. (Tutoria – A)

(...) você faz uma prescrição para o paciente, que seja útil pra aquele tratamento, que consiga abranger todo o espectro de tratamento, o paciente não fique em defasagem, o melhor custo-benefício com relação a essa prescrição, ou seja, a medicação que tenha a melhor posologia, a menor interação entre as medicações. (Preceptoria – A)

(...) pra mim é realmente **avaliar interação de droga**. (...) Então, prescrição racional, é você, é como o nome tá dizendo, você vai colocar cada item na prescrição, mas saber que aquela droga pode interagir com a outra e provocar algum efeito ruim no paciente, pra mim racional é você realmente pesquisar sobre o que você tá prescrevendo. (Residente 1º ano – D)

Alguns profissionais afirmaram desconhecer a expressão ‘prescrição racional de medicamentos’.

Racional? **Nunca ouvi esse termo não**, mas... imagino que seja aquilo que eu tentei justificar como minha, meu critério de, de escolha pra medicação, que seja uma prescrição que o benefício tem que ser maior do que o risco, né? (Residente 2º ano – A)

Eu **nunca ouvi esse termo antes**, mas eu acho que deve ser levado em consideração aquilo que é, seja o melhor, né? (...) É o que eu entendo. Mas nunca tinha ouvido falar não (Residente 1º ano – A)

Racional. Eu não sei se tem uma definição. **Alguém definiu o que é isso?** (Preceptoria – B)

Se por um lado, alguns entrevistados informaram desconhecer o termo e mesmo seu conceito, por outro lado estes parecem compreender alguns dos passos para se obter uma prescrição racional de medicamentos. No entanto, o fato da maioria dos entrevistados não conhecer adequadamente a definição de URM é motivo de

preocupação. O conceito de URM foi definido em 1985 pela OMS e seu conhecimento é de elevada importância para se tentar garantir tratamento eficaz, seguro e acessível aos pacientes, por isso sua incorporação ao ensino durante a graduação e pós-graduação é essencial.

Estudo no Brasil indicou que apesar de médicos com treinamento em URM reconhecerem a importância dessa prática, muitos deles não se sentem capazes de aplicar regularmente esses conhecimentos no cotidiano. A razão para não utilização de conhecimentos sobre URM no dia-a-dia é relacionada com o fato de residentes mais antigos e professores não enfatizarem os princípios da URM, em especial, nas prescrições escritas (PATRÍCIO et al, 2012).

Um dos entrevistados nesta pesquisa tentou justificar a sua dificuldade em realizar prescrições racionais com frequência:

(...) a gente não tem a Farmácia como gostaríamos de ter, próximo. Pelo menos como eu gostaria, de discutir prescrição por prescrição, complicação por complicação e a gente não tem isso. Nem, por falta de médico, nem por falta de farmacêutico também. Então isso é um déficit, inclusive nos hospitais universitários, onde não deveria ser. (Residente 2º ano – C)

Frente à deficiência de médicos recém-formados em prescrever eficientemente, Patrício e colaboradores (2012) relataram a inclusão de disciplina obrigatória (24 horas), voltada ao uso racional de medicamento, no currículo da Escola de Medicina de Botucatu. A disciplina foi baseada no guia para a boa prescrição elaborado pela OMS. Entre 2003 e 2010, o curso foi ministrado a 720 estudantes. Duzentos questionários foram distribuídos, sendo que setenta e cinco foram respondidos, destes, 37% dos respondedores afirmaram que raramente o que foi aprendido na disciplina de URM era lembrado ou demandado em outros componentes curriculares do curso de Medicina; e para 81,3% a discussão de uma prescrição racional naquela instituição era, às vezes ou raramente, fácil.

Apesar do relato, no Brasil, de algumas iniciativas de ensino sobre URM a acadêmicos de Medicina (FRANCESCHET-DE-SOUSA et al, 2010; PATRÍCIO et al, 2012) e destes cursos serem bem avaliados, estes não alteram muito o cenário de irracionalidade no uso de medicamentos (PATRÍCIO et al, 2012).

Para que o cenário esteja propício à prescrição racional de medicamentos, todos os envolvidos precisam estar com os conhecimentos teóricos nivelados e efetivamente utilizarem os instrumentos que promovem o uso racional. A prática do URM deve ser apresentada aos médicos desde a graduação e faz-se necessário que esses princípios sejam aplicados em diversas disciplinas. Na Residência Médica, tutores e preceptores, em especial, devem aplicar os passos para prescrição racional, como os recomendados pela OMS, uma vez que estes influenciam a prescrição dos profissionais em formação, seja por serem uma fonte importante de informação sobre medicamentos, seja por terem suas práticas replicadas por seus orientandos. Além disso, é preciso que internos e residentes sejam incentivados por seus preceptores e tutores a refletir sobre suas práticas clínicas e tenham papel ativo na obtenção de conhecimentos, para assim prescreverem de forma segura e racional.

5.9 Potencialidades e limitações da pesquisa

Esse estudo teve o intuito de explorar os fatores que influenciam a prescrição de medicamentos de residentes médicos, além de identificar as fontes de informação sobre medicamentos utilizadas por estes profissionais. Sendo um estudo exploratório e tendo utilizado amostra intencional, essa pesquisa mostrou a diversidade de posições dos sujeitos implicados no processo de formação médica. Embora não pretenda que seus resultados sejam extrapolados para outras realidades, que podem ter maior ou menor ênfase no ensino em farmacologia em cursos médicos, os achados deste estudo são similares aos identificados na literatura nacional e internacional.

Certamente, um período maior de observação do campo poderia permitir análise mais aprofundada das relações entre residentes e preceptoria/tutoria durante as visitas clínicas na enfermaria. Assim como, permitiria vivenciar uma maior diversidade de situações.

Essa pesquisa, de acordo com a revisão de literatura, parece ser a primeira realizada no Brasil com enfoque qualitativo e que aborda uma diversidade de questões acerca dos fatores que influenciam a prescrição de residentes médicos. Estudos como este, de abordagem qualitativa, são relevantes para a melhor compreensão da prática de prescrição e, conseqüentemente, para contribuir na definição de iniciativas mais

adequadas à realidade local na promoção ou potencialização do uso racional de medicamentos. Esses achados, associados aos resultados de outros estudos brasileiros, assinalam que é preciso rediscutir a forma como é realizado o ensino sobre farmacoterapia nas Faculdades de Medicina, assim como, promover a junção do aprendizado em teoria com o uso prático. Conceitos relacionados ao uso racional de medicamentos também devem ser inseridos e discutidos desde a graduação. Além disso, é essencial estudar mais profundamente o impacto da influência de médicos mais experientes na conduta de profissionais recém-formados já que, apesar da experiência clínica ser de grande valor, pode não ser adequado anular ou sempre sobrepor essa experiência aos resultados de estudos clínicos de qualidade. O residente deve ser capaz de aprender com seu preceptor/professor e também de questioná-lo à luz da evidência científica, construindo assim seu próprio conhecimento e, igualmente, se atualizando juntamente com seus orientadores, bem como contribuindo para a atualização do corpo docente.

6. CONCLUSÃO

Nessa pesquisa exploratória, as características dos médicos entrevistados como sexo, idade, ano de formação ou universidade/faculdade de formação não foram identificados como fatores influentes na prática da prescrição.

Através das falas dos entrevistados, constatou-se que o aprendizado da prescrição de medicamentos iniciou-se, em sua maioria, durante o internato, e deu-se por observação e repetição, pautada nas experiências de preceptores e professores. Esse processo de aprendizado vai de encontro à teoria de aprendizagem significativa que considera necessário o aproveitamento de conhecimentos prévios do estudante e ressignificação das novas informações às quais estão expostos. Dessa forma, o modelo de ensino por transferência é mantido em vigência.

Um dos achados importantes desse estudo é que a prescrição médica sofre influência multifatorial: características do paciente, desde o diagnóstico a questões sociais, interações medicamentosas, custo, relação de benefício/dano proporcionada pelo medicamento, opinião do preceptor/professor, sendo esta última a que pode ter maior influência. Os achados deste estudo corroboram os resultados de diversos estudos publicados ao redor do mundo, não sendo apenas na realidade brasileira que a opinião ou experiência do médico mais experiente influencia fortemente a prescrição de medicamentos.

Quanto às fontes de informação sobre medicamentos mais utilizadas pelos entrevistados, as de origem internacional foram mais referenciadas do que as nacionais, sendo que UpToDate e PubMed se destacaram. As fontes utilizadas para se obter informação sobre medicamentos novos e antigos foram similares. A baixa utilização de literatura nacional expõe a deficiência de órgãos como ANVISA e Ministério da Saúde em se consolidarem como fontes de informação reconhecidas por profissionais prescritores. Apesar da facilidade de acesso, na Universidade, a diversas fontes de informação de qualidade, os residentes não as utilizam com frequência.

Os residentes do segundo ano, juntamente com preceptores/professores, citaram artigos científicos como uma fonte de informação sobre medicamentos utilizada mais frequentemente do que os residentes em seu primeiro ano de formação. O preceptor/professor foi notoriamente citado quando o residente necessita esclarecimento de dúvidas tanto sobre medicamentos de prescrição rotineira quanto

para os novos no mercado. Além de ser citado como uma importante fonte de informação, o médico mais experiente influencia a prescrição do residente devido à sua maior experiência clínica e também autoridade.

Apesar do termo ‘uso racional de medicamentos’ estar definido há 30 anos, a maioria dos entrevistados deste estudo, residentes e preceptores/professores, não conhece adequadamente o conceito teórico de prescrição racional de medicamentos, sendo que para alguns, esse termo é completamente desconhecido.

7. REFERÊNCIAS

ADAIR, R. F.; HOLMGREN, L. R. Do drug samples influence resident prescribing behavior? A randomized trial. **The American Journal of Medicine**, v. 118, p. 881-884. 2005.

ANDRÉ, F. **Libre Accès aux savoirs**. Paris: Futuribles, juillet. 2005, 72p. apud KURAMOTO, H. Informação científica: proposta de um novo modelo para o Brasil. *Ciência da Informação*, Brasília. v. 35, n. 2, p. 91-102. maio/ago. 2006.

ALBAGLI, S. Divulgação científica: informação científica para a cidadania? **Ci Inf Brasília**, v. 25, n. 3, p. 396-404. 1996.

BARBOSA, A. O.; COSTA, E. A. Os sentidos de segurança sanitária no discurso da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3361-3370, Nov. 2010.

BARRETO, A. A eficiência técnica e econômica e a viabilidade de produtos e serviços de informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v.25, n.3, 1996. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/ciinf/index.php/ciinf/article/viewFile/466/425>> Acesso em: 17 de março de 2013.

BARROS, J. A. C. A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 16, n. 2, p. 421-427. abr-jun., 2000.

BEHRENS, M. A. A prática pedagógica e o desafio do paradigma emergente. **Rev Bras Est Pedag**, Brasília, v. 80, n. 196, p. 383-403. 1999.

BRADLEY, C. P. Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. **British Journal of General Practice**, v. 42, p. 454-458. march, 1992.

BRASIL. **Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm> Acesso em: 04 de março de 2013

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.625 de 10 de julho de 2007**. Altera atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família – ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. 2007.

_____. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda, Publicidade, Promoção e Informação de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária. **Estudo comparado:**

regulamentação da propaganda de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.164 p. – (Série E. Legislação de saúde).

BROOKES-HOWELL, L. et al. Understanding variation in primary medical care: a nine-country qualitative study of clinicians' accounts of the non-clinical factors that shape antibiotic prescribing decisions for lower respiratory tract infection. **BMJ**, v. 2, n.4, e000796. doi:10.1136/bmjopen-2011-000796

BUUSMA, A. et al. Factors influencing GPs' choice between drugs in a therapeutic drug group. A qualitative study. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 25, p. 208-213. 2007.

CALLEN, J. L.; BUYANKHISHING, B.; McINTOSH, J. H. Clinical information sources used by hospital doctors in Mongolia. **International Journal of Medical Informatics**, v. 77, p. 249-255. 2008.

CÁRDENAS, E. Z.; ISENRIK, L. L. Hábitos de prescrição de los médicos peruanos y factores que influyen em ellos. **Bol Oficina Sanit Panam**, v. 118, n. 6, p. 479-487. 1995.

CARTHY, P. et al. A study of factors associated with cost and variation in prescribing among GPs. **Family Practice**, v. 17, n. 1, p. 36-41.2000.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. **Saúde & Cidadania: para gestores municipais de serviços de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

CARVALHO, M. L. G. D. C. **Factores de influência na prescrição em clínica geral no norte de Portugal**. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade do Porto, 1998.

CASTRO, R. C. F. Impacto da internet no fluxo da comunicação científica em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 40, p. 57-63. 2006.

CHAN, L.; COSTA, S. **Participation in the global knowledge commons: challenges and opportunities for research dissemination in developing countries**. New Library World: Liverpool, v. 106, n. 1210/1211, p. 141-163, 2005.

CHUMBER, S.; HUBER, J.; GHEZI, P. A methodology to analyze the quality of health information on the internet. The example of diabetic neuropathy. **The Diabetes Educator**, v. 41, n. 1, 2015.

COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS. **Histórico**. Outubro, 2011a. Disponível em: <<http://www.complexohupes.ufba.br/>> Acesso em: 14 de julho de 2013.

_____. Ensino Pesquisa e Extensão. Residência Médica. **Histórico**. 2011b. Disponível em: < http://www.complexohupes.ufba.br/pdf/coreme_historico.pdf> Acesso em: 14 de julho de 2013.

_____. _____. **Programas de Residência Médica**. 2011c. Disponível em: < <http://www.complexohupes.ufba.br> > Acesso em: 14 de julho de 2013.

CONGRESSO REGIONAL DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Informação para a decisão em saúde**. Termos de referência. 22 a 24 de Outubro de 2012. Washington, EUA. Disponível em: <<http://www.crics9.org/pt/2012/07/02/informacao-para-a-decisao-em-saude/>> Acesso em: 04 de março de 2013.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. **Profissionais da saúde terão acesso a informação científica**. 2012. Disponível em: <http://capes.gov.br/servicos/sala-de-imprensa/36-noticias/5504-profissionais-da-saude-terao-acesso-a-informacao-cientifica-> Acesso em: 12 de setembro de 2013.

COOMBES, I. D. et al, Why do interns make prescribing errors? A qualitative study. **Med J Aust**, v. 188, n. 2, p. 89-94. 2008.

CRAIG, D. et al. Factors influencing prescription of CNS medications in different elderly populations. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, v. 12, p. 383-387. 2003.

CROWE, S.; TULLY, M. P.; CANTRILL, J. A. The prescribing of specialist medicines: what factors influence GPs' decision making? **Family Practice**, v. 26, p. 301-308. 2009.

CUNHA, F. J. A. P.; SILVA, H. P. **Integração de sistemas**: uma nova dimensão de informação em saúde. In: SILVA, H. P; JAMBEIRO, O. [Orgs]. Socializando informações: reduzindo distâncias. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação: EDUFBA, 2003. 203 p.

DAI, W. et al. Analysis of influencing factors on doctor's prescription behavior in China. **Technology Management Conference (ITMC)**, 2011 IEEE International. p. 905-912. doi: 10.1109/ITMC.2011.5995983

DAMMENHAIN, R. A. **Manual prático para prescrição de medicamentos de acordo com a legislação sanitária brasileira**. Instituto Brasileiro de Auditoria em Vigilância Sanitária. Dezembro, 2010.

DAVENPORT, T. H. **Ecologia da informação**: por que só a tecnologia não basta para o sucesso da informação. São Paulo: Futura, 1998. 316p.

De SOUZA, V. et al. A qualitative study of factors influencing antimicrobial prescribing by non-consultant hospital doctors. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, v. 58, p. 840-843. 2006.

DEAN, B. et al. Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. **Lancet**, v. 359, p. 1373-1378. 2002.

FORSETLUND, L.; BJØRNDAL, A. Do public health practitioners have satisfactory Access to important information sources? **Tidsskr Nor Laegeforen**, v. 119, n. 17, p. 2456-2462. 1999. *Abstract*.

FRANCESCHET-DE-SOUSA, I. et al. Experiência no ensino médico da Unesc, Criciúma/SC. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 3, p. 438-445. 2010.

GARCÍA, E. G. et al. Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. **Aten Primaria**, v. 35, n. 8, p. 402-407. 2005.

GARCIA, M. A. A. et al. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. **Rev Brasil Educ Médica**, v. 31, n. 2, p. 147-155. 2007.

GARCIA, M. L. A. A informação científica e tecnológica no Brasil. **Ci Inf**, Brasília, n. 9, v. 1/2, p. 41-81. 1980.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. Tradução Raul Fiker. São Paulo: Editora UNESP, 1991. 156p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p.

GLASS, H. E.; ROSENTHAL, B. Demographics, practices, and prescribing characteristics of physicians who are early adopters of new drugs. **Pharmacy and Therapeutics**, v. 29, n. 11, p. 699-708, 2004.

GRANT, A.; SULLIVAN, F.; DOWELL, J. An ethnographic exploration of influences on prescribing in general practice: why is there variation in prescribing practices? **Implementation Science**, v. 8, p. 72. 2013.

GREENHALGH, T. Pressure to prescribe. Involves a complex interplay of factors. **BMJ**, v. 315, n. 7221, p. 1482-1483. 1997.

HAAYER, F. Rational prescribing and sources of information. **Social Science & Medicines**, v. 16, n. 23, p. 2017-2023. 1982. *Abstract*.

IRALA, E. A. F.; BARA, J. C. S. **Em busca da construção de um novo paradigma educacional**: os desafios da educação atual. Anais de eventos - Educere. Temática: Formação de Educadores. TC-CI0091. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2004/anaisEvento/Documentos/CI/T C-CI0091.pdf> Acesso em: 06 de março de 2015.

JADAD, A. R.; GAGLIARDI, A. Rating health information on the internet. Navigating to knowledge or to Babel? **JAMA**, v. 279, p. 611-614. 1998.

JAYE, C.; TILYARD, M. A qualitative comparative investigation of variation in general practitioners' prescribing patterns. **British Journal of General Practice**, v. 52, p. 381-386. 2002.

JYH, J. H. **Avaliação do conhecimento farmacoterápico de médicos e graduandos em medicina humana**. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2003. 124p.

KHAN, A. K. A. et al. Assessment of the prescribing knowledge, attitude and skills of medical students and interns in a large teaching hospital of southern India. **Biomedical & Pharmacology Journal**, v. 6, n. 1, p. 63-69. 2013.

KHAN, A. K. A. et al. How confident are the students and interns to prescribe? An assessment based on their views and suggestions. **National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology**, v. 4, n. 2, p. 138-142. 2014.

KOTWANI, A. et al. Factors influencing primary care physicians to prescribe antibiotics in Delhi India. **Family Practice**, v. 27, p. 684-690. 2010.

KURAMOTO, H. Informação científica: proposta de um novo modelo para o Brasil. **Ciência da Informação**, Brasília. v. 35, n. 2, p. 91-102. maio/ago. 2006.

_____. Réplica acesso livre: caminho para maximizar a visibilidade da pesquisa. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 12, n. 3, p. 861-872. Jul./Set. 2008.

LEMPP H, et al. The Transition from Medical Student to doctor: perceptions of final year students and pre-registration house officers related to expected outcomes. **Int J Clin Pract**, v.59, p. 324–9. 2005.

LJUNGBERG, C; LINDBLAD, A. K.; TULLY, M. P. Hospital doctors' views of factors influencing their prescribing. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 13, p. 765-771. 2007.

MACHADO, J. A. S. **Difusão do conhecimento e inovação** – o Acesso Aberto a publicações científicas. 2005. Disponível em: http://www.uspleste.usp.br/machado/t_05/acesso_aberto_machado.pdf Acesso em: 12 de setembro de 2013.

MADRUGA, C. M. D.; SOUZA, E. S. M. **Manual de orientações básicas para prescrição médica**. 2 ed. rev. ampl. Brasília: CRM-PB/CFM, 2011. 62p.

MASIC, I.; MILINOVIC, K. On-line biomedical databases – the best source for quick search of the scientific information in the biomedicine. **Acta Inform Med**, v. 20, n. 2, p. 72-84. 2012.

McCORD, G. et al. Answering questions at the point of care: do residents practice EBM or manage information source? **Academic Medicine**, v. 82, n. 3, p. 298-303. 2007.

McGETTINGAN, P. et al. Prescribers prefer people: the sources of information used by doctors for prescribing suggest that the medium is more important than the message. **J Clin Pharmacol**, v. 51, p. 184-189. 2001.

MEINERS, M. M. M. A.; BERGSTEN-MENDES, G. Prescrição de medicamentos para crianças hospitalizadas: como a avaliar a qualidade? **Rev Ass Med Brasil**, v. 47, n. 4, p. 332-337. 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2000.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Secretaria de Educação Superior. **Hospital Universitário Prof. Edgard Santos**. 20???. Disponível em: <portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/husantos.pdf> Acesso em: 14 de julho de 2013.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. apud SILVA, H. P; JAMBEIRO, O. [Orgs.]. **Socializando informações: reduzindo distâncias**. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação: EDUFBA, 2003. 203 p.

MOREIRA, M. A.; RODRÍGUEZ-PALMERO, M. L.; CABALLERO-SAHELICES, M. C. [Orgs.]. **Encuentro Internacional sobre el Aprendizaje Significativo: actas**. Burgos, España. 15-19 de septiembre, 1997. ISBN 84-922382-3-2. pg. 17-45. 1997.

MOTA, A. et al. Exame do CREMESP como indicador da qualidade do ensino médico. **Rev Bras Educ Méd**, v. 38, n. 1, p. 150-159. 2014.

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

NAREDRAN, R.; NAREDRANATHAN, M. Influence of pharmaceutical marketing on prescription practices of physicians. **The Journal of the Indian Medical Associations**, v. 111, n. 1, p. 47-50. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guia para a boa prescrição médica**. Porto Alegre: Artmed, 1998. 124p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Oficina de Trabalho. **Uso racional de medicamentos na perspectiva multiprofissional**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2007. 28 p: il.

OTERO, M. J.; DOMÍNGUEZ-GIL, A. Acontecimientos adversos por medicamentos: una patologia emergente. **Farm Hosp**, v. 24, n. 3, P. 258-266. 2000.

PAGE, M. A.; BAJOREK, B. V.; BRIEN, J. E. Prescribing in teaching hospitals: a qualitative study of social and cultural dynamics. **Journal of Pharmacy Practice and Research**, v. 38, n. 4, p. 286-291. 2008.

PATRÍCIO, K. P. et al. Teaching the Rational Use of Medicines to medical students: a qualitative research. **BMC Medical Education**, v. 12, p. 56, 2012.

PEARSON, S-A. et al. Intern prescribing for common clinical conditions. **Adv Health Sci Education**, v. 5, p. 141-150. 2000.

PEARSON, S-A.; ROLFE, I., SMITH, T. Factors influencing prescribing: an intern's perspective. **Medical Education**, v. 36, p. 781-787. 2002.

PEAY, M. Y.; PEAY, E. R. Differences among practitioners in patterns of preference for information sources in the adoption of new drugs. **Social Science & Medicines**, v. 18, n. 12, p. 1019-1025. 1984. *Abstract*.

PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Prescrição de Medicamentos**. In: BRASIL. Formulário Terapêutico Nacional, 2008.

PROSSER, H.; WALLEY, T. New drug uptake: qualitative comparison of high and low prescribing GPs' attitudes and approach. **Family Practice**, v. 20, n. 5, p. 583-591. 2003.

PROSSER, H.; ALMOND, S.; WALLEY, T. Influences on GP's decision to prescribe new drugs – the importance of who says what. **Family Practice**, v. 20, n. 1, p. 61-68. 2003.

REYNOLDS, L.; MCKEE, M. Factors influencing antibiotics prescribing in China: an exploratory analysis. **Health Policy**, v. 90, p. 32-36. 2009.

ROSS, S.; LOKE, Y. K. Do educational interventions improve prescribing by medical students and junior doctors? A systematic review. **Br J Clin Pharmacol**, v. 67, n. 6, p. 662-670. 2009.

ROTHWELL, C. et al. Junior doctors prescribing: enhancing their learning in practice. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 73, n. 2, p. 194-202. 2011.

ROUTLEDGE, P. **Better health outcomes and safer care through prudent prescribing**. Disponível em: < <http://www.prudenthealthcare.org.uk/prescribing/>> Acesso em: 20 de março de 2015.

SADEGHI-BAZARGANI, H.; TABRIZI, J. S.; AZAMI-AGHDASH, S. Barriers to evidence-based medicine: a systematic review. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 20, n. 6, p. 793-802. 2014.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. **Demografia Médica no Brasil**: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, v. 1, 2011. 118p.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.; BIANCARELLI, A. **Demografia Médica no Brasil**: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, v. 2, 2013. 256 p.

SCIELO. **SciELO** – modelo de publicação eletrônica para países em desenvolvimento. Disponível em: <<http://www.scielo.org/php/level.php?item=1&lang=pt&component=56>> Acesso em: 12 de setembro de 2013.

SPURLING, G. K. et al. Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: A Systematic Review. **PLoS Med**, v. 7, n. 10, e1000352. 2010. doi:10.1371/journal.pmed.1000352

STELLA, F. et al. Factors influencing psychotropic prescription by non-psychiatrist physicians in a nursing home for the elderly in Brazil. **Sao Paulo Med J**, v. 124, n. 5, p. 253-256. 2006.

STICKRATH, C. et al. Attending rounds in current era. What is and is not happening. **JAMA Intern Med**, v. 173, n. 12, p. 1084-1089. 2013.

THEODOROU, M. et al. Factors influencing prescribing behavior of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey. **BMC Health Services Research**, v. 9, p. 150-158. 2009.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357. 2007.

TUMWIKIRIZE, W. A. et al. Access and use of medicines information sources by physicians in public hospital in Uganda: a cross-sectional survey. **African Health Sciences**, v. 8, n. 4, p. 220-226. 2008.

VELASCO, E. et al. Eliciting views on antibiotic prescribing and resistance among hospital and outpatient care physicians in Berlin, Germany: results of a qualitative study. **BMJ**, v. 2, e000398. 2012. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000398

WANDERLEY, V. E.; MAIA, J. A.; VILELA, R. Q. B. A prescrição medicamentosa ambulatorial no internato: formação e prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 216-226. 2010.

WUN, Y. T.; CHAN, C. S. Y.; DICKINSON, J. A. Determinants of physicians' attitude towards prescribing. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 27, p. 57-65. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The rational use of drugs**. Report of the Conference of Experts Nairobi. Geneva: WHO, 1985.

_____. WHO Policy Perspectives on Medicines. **Promoting rational use of medicines**: care components. Geneva: WHO, 2002.

_____. **Medicines**: rational use of medicines. Fact sheet, n. 338. May, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/#>> Acesso em: 14 de abril de 2013.

ZIMMERMAN, M. et al. Which factors influence psychiatrists' selection of antidepressants? **Am J Psychiatry**, v. 161, p. 1285-1289. 2004.

APÊNDICE A – Roteiro Semiestruturado para Entrevista

1. Caracterização do entrevistado
 - a. Idade
 - b. Ano de formação
 - c. Instituição de ensino em que se formou
 - d. Especialidade
2. O que você acha dos conhecimentos sobre medicamentos adquiridos no curso de graduação, especialização ou em outros cursos?
3. Como e quando você aprendeu a prescrever?
4. Qual importância você atribui à prescrição de medicamentos dentro do processo de cuidado médico?
5. Quais passos e critérios você utiliza durante o processo de prescrição?
6. O que você leva em consideração quando decide prescrever um medicamento para seu paciente?
 - a. Quais os principais fatores relacionados ao medicamento que você leva em consideração ao fazer uma prescrição?
 - b. Quais os principais fatores relacionados ao paciente que você leva em consideração ao fazer uma prescrição?
7. Quais passos e critérios você acha que seus colegas residentes utilizam para prescrever medicamentos?⁷
8. Sabe-se que o elenco de medicamentos atualmente disponível para prescrição é bastante extenso e novos medicamentos têm surgido constantemente. Isso torna difícil a tarefa de manter-se atualizado e é natural que os profissionais tenham dúvidas no momento de prescrever. Você sente alguma dificuldade ou possui dúvidas sobre a prescrição de medicamentos?
9. Quando possui alguma dúvida sobre medicamentos, onde e como você busca essas informações?
10. Quando você tem dúvida sobre um medicamento recém lançado no mercado, onde ou com quem você busca tirar essa dúvida?
11. O que você acha sobre as informações fornecidas pelos laboratórios que produzem medicamentos? Elas ajudam na sua prescrição? De que modo?
12. Você conhece alguma publicação nacional ou internacional que o auxilie, no momento da prescrição, na escolha de medicamentos?
13. O que você entende por prescrição racional de medicamentos?

⁷ Aos preceptores ou professores foi questionado: Quais passos e critérios o senhor/a senhora acha que o residente considera para prescrever medicamentos?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da Pesquisa: **Análise dos fatores concorrentes à informação científica que influenciam a prescrição de residentes médicos que atuam num hospital universitário**

Pesquisadora Principal: **Ivellise Costa de Sousa**

Você está sendo convidado para participar, como entrevistado, dessa pesquisa cujo objetivo é identificar e analisar os fatores que influenciam a prescrição de medicamentos realizada por residentes médicos que atuam num hospital universitário. Os residentes médicos são os participantes principais desse estudo.

Você será entrevistado pela própria pesquisadora, respondendo a perguntas relacionadas à prescrição de medicamentos. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita para análise. Sua participação não é obrigatória e você tem a liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Existe risco moral na interpretação das falas durante a entrevista, para minimizar esse risco, a pesquisadora poderá contatá-lo novamente para adequada interpretação das informações prestadas. O risco de constrangimento frente às perguntas realizadas ao entrevistado também pode ocorrer, por isso, o roteiro semiestruturado da entrevista poderá ser disponibilizado previamente para sua análise. A pesquisa será publicada de forma a garantir o sigilo dos dados de todos os participantes. Para isso, os dados serão divulgados de forma a impossibilitar a identificação do entrevistado.

Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo ajude no melhor entendimento dos fatores que influenciam a decisão de residentes médicos no momento da prescrição de medicamentos. Além disso, novas ações de promoção do uso racional de medicamentos voltadas aos profissionais de medicina, assim como propostas para o ensino nessa área, poderão ser propostas. Você também não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Este documento está em duas vias e uma cópia é destinada ao entrevistado. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do contato da pesquisadora do projeto ou através do contato com o Comitê de Ética em Pesquisa ao qual esse projeto foi submetido:

Pesquisadora – (71) 3283-8088/9118-9870, isecsousa@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa – (71) 3283-8043/8141 cep.hupes@gmail.com

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do entrevistado

Declaro que li e entendi este termo, do qual recebi uma cópia, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que participarei voluntariamente desse estudo.

Salvador, _____

APÊNDICE C – Livro de Códigos

I – CONHECIMENTOS SOBRE MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS NA GRADUAÇÃO

- A. Aprendizado no dia a dia;
- B. Aprendizado limitado na Faculdade;
- C. Disciplina de Farmacologia:
 - a. Curta
 - b. Limitada
 - c. Insuficiente
- D. Dissociação teoria-prática;

II – COMO E QUANDO APRENDEU A PRESCREVER

- A. Estágio extracurricular
- B. Internato
- C. Residência

III – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À PRESCRIÇÃO MÉDICA

- A. A base da Medicina
- B. Concretização do ato médico
- C. Forma de ajudar o paciente, seja para conforto, seja para cura;
- D. Fundamental;
- E. Importante, porém não o principal;
- F. Muito importante/ de extrema importância/ importância enorme;
- G. Prescrição em resposta ao desejo do paciente;

H. Varia muito.

IV - PASSOS E CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA EMBASAR PRESCRIÇÃO

- A. Acesso do paciente ao medicamento
- B. Adesão /comodidade posológica
- C. Aspectos sociais do paciente
- D. Co-morbidades
- E. Custo (paciente fora do hospital)
- F. Diagnóstico preciso
- G. Disponibilidade no hospital
- H. Efeito colateral
- I. Eficácia/efetividade
- J. Idade
- K. Indicação;
- L. Interações medicamentosas
- M. Literatura/evidências
- N. Peso
- O. Preceptoria (consenso na prescrição, conhecimentos)
- P. Relação médico/paciente;
- Q. Risco

V – DIFICULDADE OU DÚVIDAS QUANDO PRESCREVE

- A. Algumas
- B. Às vezes

- C. Com frequência
- D. Me sinto mais seguro hoje
- E. Não tenho muita dificuldade
- F. Sempre
- G. Todos os dias
- H. Várias/ muitas dúvidas

VI – ONDE E COMO BUSCA INFORMAÇÃO

- A. Aplicativo do celular
 - a. Epocrates
- B. Artigo científico/ Artigos originais
- C. Bula do medicamento
- D. Farmácia
- E. Google
- F. Guia da Nestlé
- G. Internet
- H. Livro
 - a. Cecil
 - b. Harrison
- I. Médico mais experiente
- J. Livro de Farmacologia
 - a. Penildon
- K. Medscape

- L. New England
- M. Opinião de alguém que é mais experiente
- N. Pergunta indireta ao preceptor
- O. Periódico da CAPES
- P. Preceptor
- Q. Preceptoria
- R. PubMed
- S. Taketomo
- T. UpToDate

VII – DÚVIDA SOBRE MEDICAMENTO RECÉM-LANÇADO

- A. Artigo/ artigos científicos
- B. Artigos que a gente recebe
- C. As mesmas que já foram citadas
- D. Congressos
- E. Dificilmente a gente usa um medicamento que acabou de ser lançado
- F. Farmácia
- G. Livros
- H. MedicinaNet
- I. No mesmo lugar
- J. Orientação dos preceptores.
- K. Preceptoria
- L. PubMed

M. UpToDate

VIII – OPINIÃO SOBRE INFORMAÇÃO ADVINDA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

- A. Ajuda
- B. Ajuda pouco
- C. Às vezes
- D. Devem ser analisadas de uma forma muito crítica
- E. Não
- F. Não é o único fator que me faz prescrever
- G. Não é válida
- H. Não faz nenhuma falta
- I. Pé atrás
- J. Quase nunca olho o que o laboratório diz
- K. Serve mesmo só pra informar
- L. Úteis

IX – PUBLICAÇÃO NACIONAL OU INTERNACIONAL UTILIZADA PARA AJUDAR A PRESCREVER

- A. Artigos originais mesmo
- B. Blackbook
- C. CDC
- D. Guia de medicamento da Nestlé
- E. Livros publicados por preceptores

- F. Medscape
- G. Ministério da Saúde
- H. Manual de Oncologia Clínica do Brasil (MOC)
- I. PubMed
- J. Taketomo
- K. UpToDate

X - ENTEDIMENTO SOBRE PRESCRIÇÃO RACIONAL

- A. Acho que o próprio nome diz
- B. Adaptar a cada paciente e a seu serviço
- C. Colocar apenas o que é necessário
- D. Custo / custo do medicamento
- E. Doença/ doente
- F. Eu não sei se tem uma definição
- G. Interação/ interação medicamentosa
- H. Melhor custo-benefício
- I. Nunca ouvi esse termo antes
- J. Prescrever usando pelo menos esses quatro ou cinco critérios: indicação, interação, doente, doença
- K. Questão social
- L. Tentar menos agredir a fisiologia natural da pessoa
- M. Usar o medicamento certo
- N. Uso inteligente

ANEXO A – Artigo científico submetido para publicação em Periódico



Conhecimento útil e conhecimento inútil: a farmacologia ensinada na graduação e na residência médica

Useful and useless knowledge: the pharmacology taught in the undergraduate and medical residency.

Journal:	CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA
Manuscript ID:	Draft
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	Educação Superior, Farmacologia, Conhecimento, Pesquisa Qualitativa
https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-sciel	

SCHOLARONE™
Manuscripts

