

# Estudo da aplicação de evidências científicas na prática clínica pelos profissionais médicos do município de Juiz de Fora

Oscarina da Silva Ezequiel\*  
Sandra Helena Cerrato Tibiriçá\*\*  
Áureo Augusto de Almeida Delgado\*\*\*  
Ana Luiza Bassoli Scoralick\*\*\*  
Juliana Delgado Campos\*\*\*

## RESUMO

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) visa a melhoria da qualidade da abordagem do paciente, através da integração da melhor evidência científica disponível, da experiência clínica do médico e das particularidades de cada paciente. A prática da MBE permite ao médico uma atualização adequada sobre os temas relativos à sua área de atuação, pois proporciona a possibilidade de filtrar e selecionar as informações científicas, para, então, avaliá-las, julgá-las e utilizá-las em sua realidade profissional. Avaliou-se o conhecimento e a utilização da MBE, pelos médicos do município de Juiz de Fora – MG, na sua prática diária. Foi realizado estudo observacional transversal com análise de 102 questionários estruturados, respondidos pelos próprios médicos, de uma amostra aleatória simples. Dentre os entrevistados, 87 (85,2%) exercem alguma especialidade, 12 (11,7%) são generalistas, 35 (34,5%) são docentes e 52 (51,0%) atuam em hospital com residência médica. Falta de tempo foi apontada por 82 (80,4%) médicos como a maior dificuldade para a atualização profissional. O tipo de trabalho científico mais lido (27 – 26,9%) foi o artigo de caso clínico. O fator destacado como de maior peso na tomada de decisão foi a experiência pessoal (55 – 61,8%) e diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre as respostas dadas em relação a esse fator, quando o médico era docente e/ou atuava como preceptor em hospital com residência médica. A MBE ainda não se encontra sistematicamente presente na prática profissional de significativa parcela de médicos do município e necessita receber uma maior valorização por parte destes.

**Palavras-chaves:** Médicos. Medicina Baseada em Evidências. Prática Profissional.

## 1 INTRODUÇÃO

O modelo da prática médica tradicional tem como fundamentos a experiência clínica individual do profissional, o conhecimento da fisiopatologia das enfermidades e o treinamento médico aliado ao bom senso do profissional e à perícia em dada área do conhecimento. Tais fundamentos foram pertinentes, em décadas passadas, para uma adequada conduta diagnóstica, terapêutica e prognóstica (FRIEDLAND et al., 2001). Na atualidade, a intensa velocidade de produção do conhecimento e sua globalização exigem nova postura do profissional médico, tornando indispensável sua constante atualização.

Nas duas últimas décadas surgiu um novo paradigma, a Medicina Baseada em Evidência, na qual, a evi-

dência proveniente das pesquisas científicas torna-se a melhor base de decisão médica (HAYNES, 2002).

Apesar de a pesquisa médica ser realizada a mais de um século, os conceitos e o termo Medicina Baseada em Evidências (MBE) foram somente incorporados na educação médica e na prática clínica nas últimas décadas (MCALISTER et al., 1999) e foi consagrada como o processo de pesquisa sistemática, avaliação crítica e utilização de evidências científicas recentes como base para as decisões clínicas (ROSENBERG; DONALD, 1995).

Os pressupostos sobre os quais ela se assenta valorizam as informações provenientes de estudos sistemáticos, reprodutíveis, e sem tendenciosidade (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996). Para isso existe uma hierarquia de evidências, esta-

\* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento Materno-infantil, Juiz de Fora, MG. E-mail: ose@oi.com.br

\*\* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Morfologia Juiz de Fora, MG

\*\*\* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Juiz de Fora, MG

belecida a partir do grau de confiabilidade de cada uma delas, para questões diagnósticas, terapêuticas e prognósticas (DEVEREAUX; YUSUF, 2003). Essa hierarquia parte desde estudos que utilizam métodos observacionais simples e que aumentam a chance de viés pelo próprio desenho do estudo até aqueles com maior qualidade metodológica e força de evidências científicas (PAI et al., 2004). Os estudos controlados randomizados (ECR) estão no topo desta hierarquia (DEVEREAUX; YUSUF, 2003), uma vez que limitam vieses e minimizam os riscos de que fatores confundidores influenciem nos resultados obtidos (AKOBENG, 2005; KUNZ; OXMAN, 1998). Os artigos de revisão sistemática de ECR são colocados como os de mais alto nível na hierarquia de pesquisa em relação à efetividade de intervenção terapêutica (AKOBENG, 2005) e por se acreditar que a resposta mais clara a uma dada questão vem da síntese de todos os trabalhos de mais alta qualidade para responderem tal questão (MULROW, 1995).

A MBE é uma ferramenta que auxilia o médico a manter-se atualizado nos temas de interesse à sua prática clínica, sendo de fundamental importância, tendo em vista a disponibilidade do grande número de publicações nos dias atuais.

Para tal, o profissional precisa desenvolver algumas habilidades. A prática da MBE envolve cinco passos essenciais: transformar a dúvida clínica numa pergunta, achar a melhor evidência na qual a pergunta será respondida, fazer a avaliação crítica da evidência por sua validade científica e utilidade, aplicar os resultados na prática clínica e avaliar sua performance (BROWNSON et al., 2003; GRAY; PINSON, 2003; SACKETT, 1997).

Países como os Estados Unidos da América, o Canadá, a Inglaterra e outros europeus já investem substancialmente em treinamento do médico para uso da MBE (MILNE; DONALS; CHAMBERS, 2005), o que ainda não ocorre de modo sistemático no Brasil. Além disso, nesses países, a MBE vem complementando o currículo do graduando, os programas de residência e também os cursos de educação continuada (PARKES et al., 2001; STRAUSS; JONES, 2004; TAYLOR et al., 2000). Esse investimento ocorre pelo reconhecimento de que a MBE visa a melhoria da qualidade da abordagem do paciente, através da integração da melhor evidência científica disponível, da experiência clínica do médico e das particularidades de cada paciente (SACKETT et al., 2000). Desta forma, a razão mais importante de se praticar a MBE é a melhoria da qualidade de diagnóstico e tratamento através da identificação e promoção de práticas que funcionem e a eliminação daquelas ineficazes e pre-

judiciais (BUETOW et al., 2006; GRAY; PINSON, 2003; MILES et al., 1997).

A maioria dos estudos que avaliaram as habilidades médicas no uso da MBE focaram-se em estudantes de medicina e nos residentes (DAVIDSON et al., 2004). Contudo, médicos em atividade profissional diferem substancialmente destes em relação à experiência clínica, o estilo de aprendizado, a desenvoltura no uso do computador e a capacidade de se manter atualizado (SHUVAL et al., 2007). Por exemplo, a atualização dos médicos em atividade profissional é dependente de automotivação e da relevância daquele conteúdo para sua prática clínica, enquanto o aprendizado dos estudantes de medicina é guiado por fatores externos, tais como os estímulos e ensinamentos de seus orientadores durante a sua graduação médica (COOMARASAMY; KHAN, 2004).

Assim, o presente estudo objetiva avaliar o profissional médico em atuação em detrimento daqueles ainda em formação médica, em relação ao conhecimento, valorização e utilização da MBE na prática profissional no município de Juiz de Fora – MG.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, seccional, numa amostra de 120 médicos do município de Juiz de Fora. Definiu-se uma amostra aleatória simples entre todos os médicos registrados no Conselho Regional de Medicina como atuantes no município (total: 2138 médicos). A amostra de caráter aleatório gera uma chance igual de inclusão dos indivíduos, dentre todos os relacionados na população acessível. Todos os médicos residentes na cidade e inscritos no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG) foram listados, em ordem alfabética, e receberam um número em ordem crescente. Utilizando-se o programa Epi Info 3.3, realizamos o sorteio do número de médicos necessários para o tamanho da amostra. Quando o médico sorteado encontrava-se em critérios de exclusão novo número era sorteado. Foi considerado perda quando houve recusa ou não devolução do questionário após três tentativas.

Os critérios de inclusão foram: a) possuir graduação em medicina; b) registro no CRM-MG; c) estar atuando como médico no município de Juiz de Fora na época da realização da pesquisa. O critério de exclusão foi o não exercício da profissão em Juiz de Fora, independente do motivo.

As variáveis de exposição analisadas foram: sexo; idade; número de anos de graduação; realização de pós-graduação *lato e/ou strictu sensu*; atuação profissional como generalista e/ou especialista; bem como número de empregos; carga horária trabalhada; víncu-

lo com setor público ou privado; atividade docente em alguma Instituição de Ensino Superior (IES); e atividade profissional em hospitais com residência médica. As variáveis de desfecho foram número e tipos de artigos científicos lidos, o que é considerado relevante para a tomada de decisão clínica na sua prática diária, e também a autopercepção do conhecimento e utilização da MBE na prática profissional. Para estas duas últimas os médicos deram uma nota numa escala de 0 a 10.

Todas as variáveis (fatores e desfecho) foram mensuradas através de um questionário estruturado, distribuído aos médicos pelos três acadêmicos responsáveis pelo trabalho, cabendo aos primeiros responder diretamente às questões propostas.

Tratando-se de um estudo seccional a medida de ocorrência obtida foi a prevalência, então, empregamos como medida de associação o *Odds ratio* de prevalência (OR de prevalência ou RCP = razão de chances prevalentes). Essa foi utilizada como medida de significância estatística, além dos testes qui-quadrado e Exato de Fisher. Comparação dos diferentes níveis de formação (graduação com ou sem especialização *latu sensu* e *strictu sensu*, atuação como docente ou preceptor em hospital com residência médica, número de horas trabalhadas com a autopercepção do grau de atualização) foi realizada.

Efetuarão-se ainda análises de diferenças quanto ao tipo de artigo mais lido pelo médico, os artigos considerados como de maior auxílio na prática médica diária e o que o médico considera como relevante para a tomada de decisão em sua prática clínica, em relação às seguintes variáveis: formação profissional, graduação com ou sem especialização, pós-graduação *strictu sensu*, atividade profissional de docência ou preceptoria, número de horas trabalhadas.

A análise dos resultados obtidos respeitou as seguintes normas pré-estabelecidas: IC=95%; p=0.05. A análise estatística foi feita com o *software* EPI INFO 3.3.

A pesquisa foi realizada dentro dos parâmetros contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Acredita-se que se cumpriu o que estabelece a referida resolução no momento em que se solicitou, junto à direção da Faculdade de Medicina da UFJF e do CRMMG, autorização para realização do estudo, e dos sujeitos consentimento de participação na pesquisa, prestando-lhes esclarecimentos sobre o objetivo, o seu direito de abandoná-lo e sobre o anonimato. O Comitê de Ética em Pesquisa –

CEP/UFJF aprovou o protocolo da pesquisa, nº 855.161.2006, através do parecer nº 220/2006, do dia 21 de setembro de 2006.

### 3 RESULTADOS

No período do estudo, 102 dos 120 médicos sorteados na amostra aleatória simples responderam ao questionário entregue pelos pesquisadores. Se considerarmos a frequência quanto ao sexo, 55 (53,9%) eram do sexo masculino. A média da idade foi de 46,3 anos, com desvio padrão de 10,3. Enquanto que a média de anos de graduação foi de 20,8 anos, com desvio padrão de 10,1. O perfil destes profissionais em relação à pós-graduação lato e *strictu sensu* pode ser observada na Tabela 1.

**TABELA 1**

Frequência absoluta e frequência relativa do número de médicos quanto a pós-graduação lato e *strictu sensu*

Pós-Graduação	SIM		EM CURSO		NÃO	
	FA (n°)	FR (%)	FA (n°)	FR (%)	FA (n°)	FR (%)
Especialização	82	80,3	1	0,9	19	18,6
Residência médica	88	86,2	0	0	14	13,7
Mestrado	21	20,5	2	1,8	79	77,4
Doutorado	8	7,8	4	3,6	90	88,2

Fonte: Os autores (2009)

Dos 82 médicos que responderam ter especialização lato sensu 28 (34,1%) fizeram um curso, 33 (40,2%) fizeram dois cursos e 21 (25,6%) fizeram três cursos. Quanto ao exercício da profissão, 87 (85,2%) exercem alguma especialidade e 12 (11,7%) são generalistas, e em relação ao vínculo empregatício: sete (6,9%) trabalham exclusivamente no setor público, 22 (21,6%) exclusivamente no setor privado e 73 (71,6%) em ambos. 35 (34,5%) médicos responderam ter atividade docente. Deles, 16 (45,7%) trabalham somente em instituição pública, 7 (20%) em instituição privada e 12 (34,3%) em ambas.

Os médicos referiram ter um emprego no momento da pesquisa em 28,4% das vezes (29 médicos), dois empregos em 33,3% (34 médicos), três empregos em 18,6% (19 médicos), quatro ou mais empregos em 14,7% (15 médicos), sendo que cinco (4,9%) médicos não responderam à questão. 52 (51,0%) médicos trabalham em hospital com residência médica.

A carga horária de trabalho referida foi para 11 (10,8%) médicos menor que 40 h/s de trabalho, 59

(57,8%) entre 40 a 60h/s, 25 (24,5%) entre 60 a 80h/s e sete (6,9%) maior que 80h/s.

O nível de atualização profissional permanente foi considerado ótimo por 23 (22,5%) médicos, bom por 71 (69,6%) e regular por oito (7,8%), nenhum médico assinalou a opção ruim. Constituindo a maior dificuldade para sua atualização a falta de tempo por 82 (80,4%) médicos, seguida de dificuldade financeira por 11 (10,8%), “não conhecimento” de idioma estrangeiro por 4 (3,9%) e desconhecimento da forma de acesso a informações científicas pela internet por 2 (2%). Três médicos não responderam sobre isso.

A comparação dos diferentes níveis de formação (graduação com ou sem especialização *latu sensu* e *strictu sensu*, a atuação como docente ou preceptor em hospital com residência médica, o número de horas trabalhadas com a autopercepção do grau de atualização) mostrou diferença não estatisticamente significativa.

Quando perguntado sobre os meios utilizados nos últimos 12 meses para manter sua atualização profissional, as formas apresentadas foram: leitura de artigos científicos por 20 médicos (19,5%); uso de bases científicas na internet por 19 médicos (19%); participação em congressos nacionais ou regionais por 18 médicos (18%); realização de cursos por 18 médicos (18%); leitura de livros científicos por 16 médicos (16%); informações fornecidas pelos representantes de laboratórios farmacêuticos por seis médicos (5,8%) e congressos internacionais por quatro médicos (3,7%).

Quanto ao número de artigos lidos, 99 médicos referiram ter feito a leitura de algum artigo científico, ou seja, somente 2,9% não o fizeram. Ainda que muitos não tenham considerado que a leitura do artigo foi o meio utilizado para sua atualização profissional. Em relação ao número de artigos lidos pelos médicos observamos que: 2 (2%) médicos leram um artigo, 9 (9,1%) leram dois artigos, 10 (10,1%) leram três artigos, 16 (16,2%) leram quatro artigos e 62 (62,6%) leram cinco artigos.

Entre os artigos mais lidos: 27 (26,9%) artigos foram de casos clínicos, 20 (20%) de artigos originais (pesquisa em geral), 19 (18,8%) artigos de revisão sistemática e meta análise, 17 (17,7%) de ensaios clínicos controlados randomizados e 16 (16,6%) de artigos de revisão.

Os artigos considerados como de maior auxílio na prática médica diária foram em ordem decrescente: artigo de revisão por 25 (29,8%); artigo de revisão sistemática e meta análise por 24 (28,6%); artigo de caso clínico por 20 (23,8%); ensaio clínico controlado randomizado por 8 (9,5%); e artigo

original por sete (8,3%). 18 (17,6%) médicos não responderam essa questão.

Observou-se diferença não estatisticamente significativa quando se comparou o tipo de artigo mais lido pelo médico e os artigos considerados como de maior auxílio na prática médica diária com as seguintes variáveis: formação profissional, graduação com ou sem especialização, pós-graduação *strictu sensu*, atividade profissional de docência ou preceptoria, número de horas trabalhadas.

Por outro lado, para a tomada de decisão clínica na sua prática diária o médico leva em consideração a experiência pessoal como o fator mais relevante em 61,8% (55 médicos), seguido de leitura de literatura científica (31,5% -28 médicos) e, por último, o bom senso e/ou intuição (6,7% - 6 médicos). Comparamos possíveis diferenças entre o que o médico considera como relevante para a tomada de decisão em sua prática clínica e algumas variáveis abordadas no questionário (Tabela 2). Diferença estatisticamente significativa foi encontrada quando o médico era docente e/ou atuava como preceptor em hospital com programa de residência médica (Tabela 2).

**TABELA 2**

Comparação entre o que o médico considera como relevante para a tomada de decisão em sua prática clínica e a seguintes variáveis: formação profissional, atividade de docência ou preceptoria e horas trabalhadas por semana pelos médicos do município de Juiz de Fora

	OR Pre- valência	IC 95%	p	Teste es- tatístico*
Lato sensu	1,14	0,11– 11,44	0,69	TEF
Strictu sensu	2,44	0,89 – 6,68	0,07	QQSC
Especialista/Generalista	1,15	0,28 – 4,61	0,57	TEF
Docente **	2,52	1,02 – 6,18	0,04	QQSC
Atuação em hospital c/ residência **	2,62	1,04 – 6,55	0,03	QQSC
Horas de trabalho por semana	1,20	0,46 – 3,11	0,70	QQSC

\*TEF: Teste exato de Fischer; QQSC: Qui-quadrado sem correção

\*\* Valores estatisticamente significativos.

Fonte: Os autores (2009)

Na análise da nota dada pelos médicos para o seu conhecimento pessoal sobre MBE encontramos média 7,2 ( $\pm 1,5$ ) e para a nota em relação à utilização da MBE em sua prática profissional média 6,9 ( $\pm 2,0$ ). Um médico não respondeu quanto ao conhecimento pessoal sobre MBE e três quanto à utilização na prática.



## 4 DISCUSSÃO

Na atualidade, vivenciamos um paradoxo entre a crescente demanda para que o médico adote decisões clínicas baseadas na melhor evidência científica disponível e um substancial aumento no volume de informações disponibilizadas para a atualização profissional, acréscimo este nem sempre acompanhado de qualidade e rigor científico e, muitas das vezes, fomentado por interesses das mais diversas naturezas (GRAY; PINSON, 2003). Em um universo de busca de informação localizada em um dos 2500 periódicos médicos existentes, nos quais são publicados em média 8000 artigos novos por dia, seria necessário que um generalista examinasse 19 artigos diariamente, durante o ano inteiro, para manter-se atualizado (DAVIDOFF et al., 1993).

Nesse contexto, uma das ferramentas de maior auxílio para esse profissional está na MBE visto que, quando presente de forma sistemática na prática médica cotidiana, otimiza a seleção do material para leitura/atualização permitindo que o profissional atenda à demanda em um menor intervalo de tempo. Além disso, possibilita uma atenuação do impacto financeiro nos sistemas de saúde tanto público como privado, gerado pelo emprego não judicioso de dispendiosas inovações tecnológicas, propedêuticas e terapêuticas, não respaldados pelas evidências científicas.

A autopercepção do médico acerca de seu grau de atualização foi uma das variáveis abordadas em nosso questionário e a sua relação com as demais variáveis observadas foi testada, não evidenciando diferença estatisticamente significativa dependente da formação *lato e stricto sensu*, da atividade de docência e preceptoria em hospitais com residência médica, nem com número de horas trabalhadas. Nosso estudo constatou que o nível de atualização foi considerado ótimo ou bom por significativa parcela dos constituintes da amostra avaliada (92,1%), sendo que nenhum médico assinalou a opção ruim. Grau de atualização considerado ótimo ou bom seria o resultado esperado em relação aos médicos pós-graduados, ligados à atividade de docência e/ou preceptoria de residência médica, enquanto a situação contrária seria a mais provável, por exemplo, em relação àqueles com maior número de horas de trabalho semanais e, conseqüentemente, menor disponibilidade para atualização, mas isso não ocorreu.

As variáveis relacionadas à formação do médico e o número de horas trabalhadas não interferiram de forma estatisticamente significativa na autopercepção do grau de atualização. Tais observações não

havam sido relatadas na literatura especializada até o momento.

Ainda com relação ao grau de atualização, foi observado que a menor dificuldade quanto à sua adequada manutenção foi atribuída ao uso da internet (apontada por apenas 2% dos médicos), o que pode ser avaliado positivamente, visto que é sabido que a mesma constitui, desde a última década do século XX, um meio efetivo de disseminação e troca de informações em saúde em âmbito mundial (JADAD; ENFIN, 2000), contribuindo cada vez mais na adoção de condutas médicas baseadas em evidências. A maior dificuldade para atualização foi a escassez de tempo, aspecto característico do cotidiano do médico e destacado por 82 (80,4%) médicos constituintes de nossa amostra, resultado este também observado por outros autores em estudos prévios (AL-ANSARY; KHOJA, 2002; SHUVAL et al., 2007; YOUNG; WARD, 2001), em que esse mesmo aspecto foi apontado por 58-65% dos médicos como barreira à atualização profissional.

As evidências científicas fornecem subsídios ao profissional para propor soluções para as questões clínicas com as quais se depara (DEVEREAUX; YUSUF, 2003). Os referidos dados podem ser provenientes de estudos observacionais, experimentais, revisões sistemáticas ou meta-análise (DEVEREAUX; YUSUF, 2003).

A literatura evidencia uma distinção bem estabelecida na capacidade de determinados tipos de estudos em responder questões relacionadas à efetividade de uma dada intervenção em um cenário clínico, propondo uma hierarquização das evidências científicas de acordo com os desenhos dos estudos que as originaram (AKOBENG, 2005). Essa hierarquia possibilita uma ordenação das evidências científicas, indicando para qual delas deve ser atribuído maior peso em um contexto de análise de múltiplas informações, provenientes de diferentes tipos de estudo sobre uma determinada questão clínica (COOK; MULROW; HAYNES, 1997). Os ensaios clínicos controlados e randomizados são aqueles que, de acordo com a referida hierarquia, fornecem os mais elevados graus de força de evidência científica, principalmente quando submetidos à revisões sistemáticas e/ou meta-análise (AKOBENG, 2005). A condução deste tipo de estudo minimiza os riscos de que variáveis confundidoras influenciem os resultados, aproximando-os da realidade de forma mais significativa do que aquela proporcionada por outros desenhos (MC GOVERN, 2001).

Está estabelecido, portanto, que a busca por embasamento de alto grau de confiabilidade, para tomada de decisão clínica, deve privilegiar

ensaios clínicos controlados e randomizados bem conduzidos bem como revisões sistemáticas e/ou meta-análises criteriosas destes tipos de trabalho (COOK; MULROW; HAYNES, 1997).

A análise, sob a ótica desta hierarquia, dos tipos de trabalho mais lidos pelos médicos constituintes da amostra e também daqueles eleitos pelos mesmos como de mais valia para a prática profissional diária torna-se, portanto, ilustrativa para a realidade delineada pelo estudo. 26,9% dos médicos destacaram o artigo de caso clínico como o material mais lido, sendo este o de menor valor como evidência científica, enquanto que o ensaio clínico controlado e randomizado, apontado pela literatura como portador de significativa capacidade para embasamento científico de condutas médicas, foi destacado por apenas 9,5% da amostra como sendo aquele que mais auxilia o profissional em sua prática diária (AKOBENG, 2005; COOK; MULROW; HAYNES, 1997). A seleção do material para leitura encontra-se, assim, em divergência com os preceitos da MBE e seus níveis de graduação de evidência científica, o que também já foi demonstrado por outros autores em estudo semelhante (SHUVAL et al., 2007).

Em um cenário, documentado neste e em outros estudos (AL-ANSARY; KHOJA, 2002; SHUVAL et al., 2007; YOUNG; WARD, 2001), em que a escassez de tempo é destacada por 58-80,4% dos médicos como maior empecilho à atualização, o julgamento e escolha do material a ser examinado para solução de questões clínicas merece maior atenção, visando propiciar intervenção adequada para cada paciente e um maior aproveitamento dos momentos dedicados à atualização.

Ainda em relação à tomada de decisão clínica verificou-se, conforme previamente documentado na literatura (EMBREE, 2000; SCHATTNER; FLETCHER, 2003), a preferência pela experiência individual de cada profissional como fator de maior peso na adoção das condutas a serem propostas aos pacientes. Ressaltamos que 55 (61,8%) médicos declararam recorrer primeiramente à própria experiência para decidir em relação à condução dos casos de seus pacientes.

Uma das razões aventadas por alguns autores para esse fato é a influência, exercida por um resultado positivo prévio em um paciente, na escolha do tratamento de um outro (EMBREE, 2000). Porém, esses mesmos autores chamam atenção para o fato de que a experiência individual é uma variável de difícil avaliação, impregnada de vieses e subjetividades além de apresentar grau de evidência científica pouco significativa (EMBREE, 2000).

A associação, entre atuação como docente e/ou em hospital que oferece residência médica com a tomada de decisão baseada em evidências científicas, mostrou-se estatisticamente significativa na amostra estudada, ou seja, o médico que atua em atividade de docência e/ou preceptoria de residência médica apresenta tomadas de decisão diagnóstica, terapêutica e prognóstica mais coerentes com os preceitos da Medicina Baseada em Evidências. Esta associação não havia sido descrita na literatura pertinente ao tema até o momento.

O fato de o médico exercer uma função pedagógico-assistencial, como na docência universitária e preceptoria de residência médica, pressupõe um maior compromisso com o constante acompanhamento da evolução dos processos científicos e educacionais, à medida que será responsável pela formação dos futuros profissionais. Consideramos que a leitura judiciosa e regular da literatura médica nacional e internacional bem como a participação em eventos científicos são fundamentais para que o profissional esteja apto a aplicar e transmitir os conceitos mais atualizados relativos à sua área de atuação.

A implementação da MBE na prática do médico está diretamente relacionada à melhoria da qualidade da atenção à saúde, através da identificação e adoção de condutas cientificamente efetivas, capazes de otimizar os custos com a propedêutica e com a terapêutica, e minimizar os riscos tanto para o paciente como para o profissional de saúde (BUETOW et al., 2006; GRAY; PINSON, 2003; MILES et al., 1997).

## 5 CONCLUSÃO

A vasta disponibilidade de informação científica ao alcance do médico exige o uso da Medicina Baseada em Evidências como ferramenta para tomada de decisão visando a adequada prática profissional. Sua prática verdadeira exige que o médico tenha experiência e conhecimentos básicos adequados, que tenha habilidades na busca de artigos, habilidade na avaliação crítica de informações, entendimento sobre aplicação de resultados na prática clínica e sensibilidade no trato com os pacientes.

Nossos resultados demonstram que a MBE não se encontra presente na prática profissional de uma significativa parcela de médicos do município de Juiz de Fora. Assim, as Instituições de Ensino Superior poderiam colaborar para a mudança desse perfil com a abordagem sistemática de temas ligados a ela, ainda na graduação, formando egressos mais aptos a acessar, filtrar, criticar e implementar a Medicina Baseada em Evidência na atenção à saúde em todos os níveis.

# Study of Evidence-based practice of medical doctors in Juiz de Fora

## ABSTRACT

Evidence-Based Medicine (EBM) aims to improve the medical approach to the patient through the integration of the best available scientific evidence, the physician's experience and the particular features of each patient. EBM makes it easier for the doctor to keep abreast of advances in their field of expertise, as it can filter and select the most reliable scientific information before the latter is appraised and adapted to the professional reality. This study assessed knowledge about and use of EBM by physicians of the municipality of Juiz de Fora, MG, Brazil in their daily practice. The cross-sectional observational study used a structured questionnaire to be answered by 102 physicians from a simple random sample. 87 (85.2%) were specialists, 12 (11.7%) were general practitioners, 35 (34.5%) were medical teachers and 52 (51.0%) practiced in a hospital with a residency program. 82 (80.4%) physicians stated that lack of time was the main issue hindering continuing medical education. Case reports were the most frequently read material (27 physicians – 26.9%). Personal experience had the greatest weight in decision-making for 55 (61.8%) physicians, with a statistically significant difference being found regarding the answers to this item, when the physician was a medical teacher or worked as a tutor in a hospital with a residency program. Because EBM is not systematically present in the professional practice of a significant percentage of physicians of the Juiz de Fora municipality, its full value should still be understood.

**Keywords:** Evidence-based medicine. Professional Practice.

## REFERÊNCIAS

- AL-ANSARY, L. A.; KHOJA, T. A. The place of evidence based medicine among primary health care doctors in Riyadh region, Saudi Arabia. **Family Practice**, Oxford, v. 19, p. 537-542, 2002.
- AKOBENG, A. K. Understanding systematic reviews and meta-analysis. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 90, p. 845-848, 2005.
- \_\_\_\_\_. Understanding randomised controlled trials. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 90, p. 840-844, 2005.
- BROWNSON, R. C. et al. **Evidence based public health**. 1st ed. New York: Oxford University Press, 2003.
- BUETOW, S. et al. Taking stock of evidence-based medicine: opportunities for its continuing evolution. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Oxford, v. 12, p. 399-404, 2006.
- COOMARASAMY, A.; KHAN, K. S. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. **British Medical Journal**, London, v. 329, p. 1017, 2004.
- COOK, D. J.; MULROW, C. D.; HAYNES, B. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 126, p. 376-380, 1997.
- DAVIDOFF, F. et al. Evidence Based Medicine: a new journal to help doctors identify the information they need. **British Medical Journal**, London, v. 310, p. 1085, 1993.
- DAVIDSON, R. A. et al. Evaluating evidence-based medicine skills during a performance-based examination. **Academic Medicine**, Washington, D. C., v. 79, p. 272-275, 2004.
- DEVEREAUX, P. J.; YUSUF, S. The evolution of the randomized controlled trial and its role in evidence-based decision making. **Journal of Internal Medicine**, Sidney, v. 254, p.105-113, 2003.
- EMBREE, J. Writing clinical guidelines with evidence-based medicine. **Canadian Journal of Infectious Diseases**, Ottawa, v. 11, p. 289-290, 2000.
- FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**, 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- FRIEDLAND, D. J. et al. **Medicina baseada em evidências: uma estrutura para prática clínica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- GRAY, G. E.; PINSON, L. A. Evidence-based medicine and psychiatric practice. **Psychiatric Quarterly**, New York, v. 74, p. 387-399, 2003.
- HAYNES, R. B. What kind of evidence is it that Evidence-Based Medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? **BMC Health Services Research**, London, v. 2, p. 3, 2002.
- JADAD, A. R.; ENFIN, M. W. The new alchemy: transmuting information into knowledge in an electronic age. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 162, p. 1826-1828, 2000.
- KUNZ, R.; OXMAN, A. D. The unpredictability paradox: review of empirical comparisons of randomised and non-randomised clinical trials. **British Medical Journal**, London, v. 317, p. 1185-1190, 1998.
- MCALISTER, F. A. et al. Evidence-based medicine and the practicing clinician. **Journal of General Internal Medicine**, Washington, D. C., v. 14, p. 236-242, 1999.

- MC GOVERN, D. P. B. Systematic reviews. In: MCGOVERN, D. P. B.; VALORI, R. M.; SUMMERSKILL, W. S. M. **Key topics in evidence based medicine**. Oxford: BIOS Scientific Publishers, 2001.
- MILES, A. et al. Evidence based medicine: why all the fuss?: this is why. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, London, v. 3, p. 83-85, 1997.
- MILNE, R.; DONALD, A.; CHAMBERS, L. Piloting short workshops in critical appraisal of review. **Health Trends**, London, v. 27, p. 120-123, 2005.
- MULROW, C. D. Rationale for systematic reviews. In: CHALMERS, I.; ALTMAN, D. G. **Systematic reviews**, 1st ed. London: BMJ Publishing Group, 1995. p. 1-8.
- PAI, M. et al. Systematic reviews and meta-analyses: an illustrated, step-by-step guide. **National Medical Journal of India**, New Delhi, v. 17, p. 86-95, 2004.
- PARKES, J. et al. Teaching critical appraisal skills in health care setting. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, Issue 3, Art. N<sup>o</sup>.: CD001270, 2001.
- ROSENBERG, W; DONALD, A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. **British Medical Journal**, London, v. 310, p. 11226, 1995.
- SACKETT, D. L. Evidence-based medicine. **Seminars in Perinatology**, Philadelphia, v. 21, p. 3-5, 1997.
- SACKETT, D. L. et al. **Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM**. 1st ed. London: Churchill-Livingstone, 2000.
- SCHATTNER, A.; FLETCHER, R. H. Research evidence and the individual patient. **QJM: An International Journal of Medicine**, Oxford, v. 96, p. 1-5, 2003.
- SHUVAL, K. et al. Evaluating primary care doctors' evidence-based medicine skills in a busy clinical setting. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, London, v. 13, p. 576-80, 2007.
- STRAUSS, S.; JONES, G. What has evidence based medicine done for us? **British Medical Journal**, London, v. 329, p. 987-988, 2004.
- TAYLOR, R. S. et al. A systematic review of the critical appraisal skills training for clinicians. **Medical Education**, Edinburgh, v. 34, p. 120-125, 2000.
- YOUNG, J. M.; WARD, J. E. Evidence-based medicine in general practice: beliefs and barriers among Australian GPs. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, London, v. 7, p. 201-210, 2001.

Enviado em 30/1/2009

Aprovado em 30/3/2009