



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO

A INFORMAÇÃO CIENTÍFICA NA PRÁTICA MÉDICA
Estudo do comportamento informacional do médico-residente

MARTHA SILVIA MARTÍNEZ-SILVEIRA

Salvador

2005

MARTHA SILVIA MARTÍNEZ-SILVEIRA

A INFORMAÇÃO CIENTÍFICA NA PRÁTICA MÉDICA

Estudo do comportamento informacional do médico-residente

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação, Instituto de Ciência da Informação, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Professora Orientadora: Dra. Nanci Elizabeth Oddone

SALVADOR – BA

2005

TERMO DE APROVAÇÃO

MARTHA SILVIA MARTÍNEZ-SILVEIRA

A INFORMAÇÃO CIENTÍFICA NA PRÁTICA MÉDICA

Estudo do comportamento informacional do médico-residente

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciência da Informação, Instituto de Ciência da Informação, Universidade Federal da Bahia, pela seguinte banca examinadora:

Nanci Elizabeth Oddone, Professora-Orientadora _____

Doutora em Ciência da Informação.

José Tavares-Neto _____

Doutor e Livre-Docente em Medicina.

Luiz Fernando Sayão _____

Doutor em Ciência da Informação.

Salvador, 11 de julho de 2005

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, Silvio e Brenda, pois foi graças a que um dia, com a coragem dos que acreditam nas potencialidades dos filhos, me deixaram partir de casa, ainda uma menina de 16 anos, para estudar na Universidade. Ali, despertou-se em mim esse gosto pelo estudo, jamais abandonado.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Nanci Elizabeth Oddone, orientadora e amiga, excelente profissional, com quem discutir é um exercício de aprendizado magnífico e cuja melhor qualidade é sua generosidade ampla e irrestrita. Guia e suporte em meu caminho de pesquisadora.

Ao Professor Dr. José Tavares-Neto, a quem muito admiro e respeito, agradeço por ter me dado o estímulo de re-começar e por ter acompanhado esta pesquisa, desde o início, com orientações valiosas.

Ao Professor Dr. Luis Fernando Sayão que participa da minha caminhada desde há muito tempo, quando outras prioridades não me permitiram fazer jus ao seu estímulo e dedicação, retribuindo entrego agora também em suas mãos o julgamento do meu trabalho.

Aos médicos-residentes do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), especialmente os 73 que responderam ao questionário, permitindo-me assim esta rica experiência. A eles, desejo o maior sucesso em suas especialidades.

Aos ex-alunos do sexto ano de medicina (hoje já médicos), especialmente a Marcony de Andrade e Davi Tanajura.

Ao Dr. Álvaro Cruz, Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia – (FAMEB-UFBA), que me ajudou a entrar em contato com o diretor do HUPES, e com o Coordenador da Comissão de Residência Médica (COREME).

Ao Dr. Antonio Andrade de Souza Filho, Coordenador da COREME do HUPES, e à secretária Helena Mara Nunes Gama, por me facilitarem os dados dos médicos-residentes e o espaço para contatá-los.

Ao Dr. Hugo Ribeiro Junior, Diretor do HUPES, por permitir e apoiar a realização desta pesquisa dentro do ambiente do Hospital.

Ao Professor Messias Bandeira, diretor da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Salvador, que me deu o apoio sem o qual não seria possível concluir esta dissertação, o que será para mim uma dívida eterna.

Aos todos os professores do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação do Instituto de Ciência da Informação da Universidade Federal da Bahia, especialmente os Doutores Othon Jambeiro, Kathia de Carvalho e Aida Varela e a amável secretária do PO-SICI, Luciana Terra.

A Ana Lídia Lopes Campos Sales, amiga e colega de profissão, ex-colega da Biblioteca do Hospital Sarah Salvador, que me ajudou simplesmente em tudo o que se possa imaginar, principalmente a manter a mente e as ações rumo ao objetivo, que era concluir o curso de mestrado.

Aos demais ex-colegas da biblioteca do Hospital Sarah Salvador, que sempre me deram apoio e me ajudaram em tudo, especialmente a Antonio Marcos, aquele amigo-secretário perfeito que todos sonham em ter.

À jornalista Malu Fontes, amiga e companheira de trabalho, por ter-me ajudado com a língua portuguesa.

Ao estatístico Alfredo Carlos da Silva, amigo e ex-companheiro de trabalho, por ter-me ajudado a realizar as análises e testes estatísticos.

Ao designer José de Freitas, amigo e ex-companheiro de trabalho, um artista gráfico que me prestou inestimável auxílio nas figuras e nas apresentações.

Aos colegas do Curso de Mestrado, pois eles são fundamentais para dar-nos a força de continuar e acreditar que cada um de nós pode fazer seu trabalho, “pois se um pode, todos podem”. Registro aqui os nomes de Francisco, Ivana, Jussara, Marcos, Tennesy, Roberto e Leonardo, para ter certeza de nunca esquecer seus nomes, ainda que a vida e as nossas profissões nos separem um dia.

E a minha família...

Ao meu companheiro Fred, porque esteve junto a mim nestes últimos anos, renovando-me as energias e fazendo-me sentir tão mais nova que, em consequência, enfrentar este desafio pareceu algo muito mais fácil; porque não somente me ajudou em várias etapas, mas acima de tudo compreendeu todos os percalços por que passei neste período, facilitando-me cada momento com seu apoio e carinho.

Às minhas filhas Maria Carolina, Cecília e Victória, ao meu enteado Felipe e ao meu genro Gregório. A todos agradeço muito, pois não somente compreenderam a ausência e aceitaram ficar às vezes em segundo plano, mas também participaram de perto e efetivamente ajudaram. Carol discutiu métodos, teorias e o inglês; Cecília, estudante de Medicina, levou-me às enfermarias e aos ambulatórios do Hospital e ajudou-me a contatar os médicos-residentes; e Vicky, com a responsabilidade de seus 12 anos, ajudou a organizar os questionários cada vez que era necessária uma nova revisão e, junto com Felipe, fizeram o sorteio da amostra e se dispuseram a ser “secretários” algumas vezes; por fim, Gregório ajudou-me a entender algumas questões matemáticas e estatísticas da minha pesquisa.

RESUMO

Os médicos em sua prática clínica vivenciam necessidades de informação muito específicas, em relação às quais características como exatidão, confiabilidade e presteza são fundamentais. Face ao crescente volume da literatura médica corrente, esses profissionais têm encontrado dificuldade para superar os obstáculos e obter acesso a informações que facilitarão o atendimento de seus pacientes. Com o objetivo de investigar o comportamento informacional do médico decorrente das necessidades surgidas durante o atendimento ao paciente, realizou-se uma pesquisa com um grupo de 73 médicos-residentes do Hospital Universitário Prof. Edgar Santos, da Faculdade de Medicina da Bahia, da Universidade Federal da Bahia. A população foi examinada utilizando a técnica do *survey*, e do incidente crítico através da aplicação de um questionário. Os resultados mostram que o grupo de médicos-residentes estudado tem necessidades de informação científica para sua prática clínica, especialmente sobre os temas relacionados ao tratamento medicamentoso e ao diagnóstico, e que, devido às características específicas do grupo, essas necessidades se fundem com uma necessidade de informação mais ampla e ao mesmo tempo básica. E, nesse sentido, eles priorizam informações que são encontradas através da consulta ao médico-supervisor ou mais experiente, ou através dos livros da sua coleção particular. Os recursos tecnológicos disponíveis ainda são pouco utilizados, devido, em parte, à falta de tempo, às dificuldades com o manejo ou ao desconhecimento dos mesmos. A biblioteca, pouco visitada, não apresenta grande utilidade para esta população, que considerou os acervos escassos e desatualizados, desconhecendo o papel do bibliotecário. Estas afirmações contribuem para concluir que para o profissional da informação especializado na área médica parece haver um importante papel a desempenhar nesse cenário, desde que o mesmo invista no desenvolvimento de habilidades e conhecimentos específicos para essa atuação. As intervenções dos serviços informacionais devem ser pensadas de forma a atender as particularidades do contexto que envolve os médicos-residentes, pois estes representam uma categoria específica, que os situa entre profissionais e estudantes, que pouco tem sido estudada.

Palavras-chave: Comportamento informacional; Necessidades informacionais; Prática médica; Médicos.

ABSTRACT

Physicians have specific information needs for clinical practice, which are characterized by the condition of be exact, trustworthy and useful. Given the enormous increase in the medical literature, these professionals have encountered great difficulty in finding the information that could help them treat their patients. In the University Hospital Prof. Edgar Santos, which belongs to the Universidade Federal da Bahia, a survey was conducted with 73 medical residents, trying to assess their information behavior. The population was analyzed using regular survey technique and the critical incident technique through a questionnaire. The results show that the studied group has a need of scientific information; especially in the matters related to drug therapy and diagnosis, and that the need extends to more basic fields. Their preferred approach is to consult the supervisor physician, or another more experienced physician, and maybe some books in their personal collection. The technological resources available to them are underutilized due in part to lack of time, knowledge about how the technology works, and even total ignorance about the existence of such means. The library is almost not visited, and appears to be of no importance to this population. They considered the collections to be scarce and outdated, and they didn't know what was the role of the librarians. The conclusion is that information professionals have a great opportunity to act in this scenery, as long as they develop their abilities and invest in specific knowledge in this area. The intervention of medical information services has to be directed to the specificities of the medical resident, which are a category in between professionals and students that is not yet well studied.

Keywords: Information behavior; Information needs; Clinical practice; Physicians

LISTA DE FIGURAS

Figura I: Modelo de comportamento informacional de Wilson	54
Figura II: Estrutura do modelo de <i>sense-making</i> de Dervin.....	54
Figura III: Metáfora do modelo de <i>sense-making</i> de Dervin.....	55
Figura IV: Fases do processo de comportamento informacional de Ellis.....	56
Figura V: Modelo revisado de comportamento informacional de Wilson	58
Figura VI: Meio de busca da informação dos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador).....	111
Figura VII: Modelo de comportamento informacional dos médicos-residentes estudados do HUPES.....	145

LISTA DE QUADROS

Quadro I: Fontes de informação pela ordem de preferência dos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador)	111
Quadro II: Recursos informacionais pela ordem de preferência dos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador)	114
Quadro III: Formatos da literatura médico- científica pela ordem de preferência dos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador)	115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Idade dos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador).....	102
Tabela 2: Distribuição dos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador) por ano no PRM e por sexo	103
Tabela 3: Distribuição dos médicos--residentes estudados (HUPES, Salvador) por ano no PRM e realização de curso de pós-graduação anterior	103
Tabela 4: Distribuição dos médicos-residentes, estudados (HUPES, Salvador) por PRM, por forma de acesso, e por ano do curso.....	104
Tabela 5: Distribuição dos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador) por Instituição da Graduação.....	104
Tabela 6: Distribuição das horas de atendimento por dia e número de pacientes atendidos por dia pelos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador).....	105
Tabela 7: Fontes consultadas nos último 30 dias pelos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador).....	106
Tabela 8: Motivações dos médicos-residentes do HUPES para a busca informacional	107
Tabela 9: Motivos que dificultam a busca informacional dos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador).....	108
Tabela 10: Motivos da não frequência às bibliotecas especializadas da área médica dos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador).....	110
Tabela 11: Primeira e segunda fonte de informação preferidas pelos médicos-residentes dos Grupos A e B	113
Tabela 12: Coleção particular dos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador)	113
Tabela 13: Fontes de informação sobre novidades ou descobertas pelas quais os médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador) se mantém atualizados.....	115

Tabela 14: Recursos considerados imprescindíveis a uma boa prática profissional pelos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador).....	116
Tabela 15: Métodos pelos quais os médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador) aprenderam as técnicas da pesquisa bibliográfica em bases de dados.....	117
Tabela 16: Habilidades no manejo das bases de dados bibliográficas dos residentes estudados (HUPES, Salvador)	118
Tabela 17: Avaliação do resultado da pesquisa bibliográfica realizada pelos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador)	119
Tabela 18: Bases de dados bibliográficas utilizadas pelos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador).....	120
Tabela 19: Problemas mais freqüentemente encontrados pelos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador) ao realizar buscas em fontes eletrônicas (Bases de dados e Internet).....	121
Tabela 20: Fatores prioritários na seleção dos documentos encontrados nas buscas bibliográficas pelos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador).....	122
Tabela 21: Formas de acesso ao documento, adotadas pelos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador).....	122
Tabela 22: Assuntos surgidos com mais freqüência durante a prática clínica dos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador)	123

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 : Comparação entre os Grupos A e B de médicos-residentes em relação a freqüentar bibliotecas especializadas da área médica rotineiramente..... 109
- Gráfico 2: Bibliotecas especializadas da área médica freqüentadas pelos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador) 109
- Gráfico 3: Fontes de informação em ordem de preferência dos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador) com indicação do número de vezes que foi indicada para ocupar cada posição 112
- Gráfico 4: Nível de satisfação com o resultado da pesquisa bibliográfica dos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador) 119
- Gráfico 5: Utilização e conhecimento das Bases de dados bibliográficas pelos médicos-residentes estudados (HUPES, Salvador)..... 120

LISTA DE ABREVIATURAS

BIREME	Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CINAHL	Cummulative Index of Nursing and Allied Health
CNRM	Comissão Nacional da Residência Médica
COMUT	Programa de comutação Bibliográfica
COREME	Comissão da Residência Médica
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EMBASE	Excerpta Medica Database
FAMEB	Faculdade de Medicina da Bahia
HUPES	Hospital Universitário Professor Edgar Santos
ICI	Instituto de ciência da Informação
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MCO	Maternidade Climério de Oliveira
MEDLINE	Medical Literature Online Database
MESH	Medical Subject Headings
NLM	National Library of Medicine of United States of America
PSYCINFO	Psychological Information Database
PRM	Programa de Residência Médica
R1	Médico-residente do primeiro ano do PRM
R2	Médico-residente do segundo ano do PRM
R3	Médico-residente do terceiro ano do PRM
SCAD	Serviço Cooperativo de Acesso a Documentos

SCIELO	Scientific Electronic Library Online
TI	Tecnologias da Informação
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USAAF	Forças Armadas Aéreas dos Estados Unidos da América

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	19
2. OS ATORES DA PESQUISA	28
2.1 O médico residente.....	28
2.2 A biblioteca hospitalar.....	32
2.3 O profissional da informação no contexto da prática médica	38
3. A TEORIA E A LITERATURA	46
3.1 Necessidades informacionais	46
3.1.1. Características das necessidades informacionais	49
3.2 Comportamento informacional.....	50
3.2.1 Busca informacional.....	51
3.2.2 Fatores que influenciam a busca informacional	51
3.2.3 Modelos de comportamento informacional.....	53
3.3 Comportamento informacional na área médica.....	58
3.3.1 Medicina Baseada em Evidências –MBE	60
3.3.2 Necessidades e uso da informação na prática clínica.....	62
4. A PESQUISA	76
4.1 Hipótese.....	76
4.2 Objetivos	76
4.2.1 Objetivo geral.....	76
4.2.2 Objetivos específicos.....	77
4.3 Metodologia e coleta de dados	77
4.3.1 As técnicas de pesquisa	77
4.3.1.1 <i>Survey</i>	77
4.3.1.2 Técnica do Incidente crítico	81
4.3.2 Definição da amostra.....	89
4.3.3 Questionário	91
4.3.4 Pré-teste	94
4.3.5 Coleta de dados	95
4.3.6 Tabulação dos dados	99

5. RESULTADOS	102
5.1 Perfil dos médicos-residentes	102
5.2 Comportamento perante alguma necessidade informacional	105
5.3 Hábitos e preferências por fontes e recursos informacionais	108
5.4 Conhecimento e habilidades no manejo de bases de dados bibliográficas	116
5.5 Assuntos clínicos mais frequentes das informações necessitadas...	123
5.6 Resultados do Incidente crítico	124
5.7 Comentários Críticos	126
5.8 Comentários do Incidente Crítico.....	133
6. DISCUSSÃO E ANÁLISE	137
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
8. REFERÊNCIAS	152
ANEXO I. Carta de apresentação do questionário	166
ANEXO II Questionário.....	168
ANEXO III. Documento de aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa	174
ANEXO IV. Respostas recebidas das bibliotecárias médicas brasileiras	176
ANEXO V. Respostas recebidas das bibliotecárias médicas estrangeiras.....	182

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A sociedade da informação está marcada pelas profundas transformações tecnológicas ocorridas nas últimas duas décadas do século XX. Tais transformações implicaram mudanças generalizadas em diferentes aspectos da vida em sociedade, transformando a informação e o conhecimento em elementos estratégicos tanto do ponto de vista econômico, político e social como científico (LEGEY & ALBAGLI, 2000). As tecnologias de informação (TI) modificaram a forma de trabalho da maioria das profissões e não foi diferente com os profissionais de saúde. Na área médica as TI estão muito desenvolvidas e têm influenciado sobremaneira as atividades do médico, que hoje conta com o auxílio de um valioso e amplo arsenal de equipamentos para o exercício da sua profissão. A prática clínica, no entanto, privilegia o contato médico-paciente e lida com um conhecimento que, embora baseado em um arcabouço teórico-científico milenar, manifesta-se principalmente por meio da experiência do médico e do que ele especificamente “vê e sente” (CAMARGO

JR., 2002) nesse paciente: “o conhecimento clínico consiste de uma ação interpretativa e interativa de fatores que envolve comunicação, opinião e experiência” (MALTERUD, 2001).

Ultimamente, porém, esse paciente vem-se transformando, cada vez mais influenciado pelo processo de globalização e pelas facilidades de acesso à informação. Tais mudanças tornam o paciente um indivíduo que deseja participar das decisões médicas que lhe dizem respeito, de certa forma forçando o médico a buscar informações relacionadas aos questionamentos de seus pacientes. A ampliação do conhecimento científico e o crescente volume da informação publicada, por sua vez, não permitem aos médicos-especialistas o domínio total do conhecimento médico. Ao contrário, o “volume e a profundidade de informações geradas a partir do desenvolvimento das especialidades produzem uma fragmentação do conhecimento” (FEUERWERKER, 1998). Como comentava George D. Lundberg(1992), conceituado ex-editor da revista JAMA, no início da década de 90, um médico precisaria ler pelo menos seis mil artigos a cada dia para estar atualizado em sua especialidade.

Neste contexto, o médico encontra-se em situações que, mais do que nunca, exigem permanente processo de aprendizagem, uso intensivo de tecnologias eletrônicas e enfrentamento dos problemas decorrentes da falta de tempo e do excessivo volume de informação. E embora não solucionem todas as suas demandas, a transformação dos paradigmas de atendimento médico e o acelerado desenvolvimento dos recursos informacionais na área contribuem para que o comportamento informacional do médico clínico se altere.

Acompanhando esse processo, a área da Ciência da Informação produziu várias pesquisas sobre o tema ao longo dos últimos vinte anos, em países como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Nova Zelândia, França, Grécia, Nigéria e Espanha, assim como no Brasil. Essas pesquisas giraram basicamente em torno do tripé formado pelos estudos sobre o

comportamento informacional, sobre as necessidades informacionais e sobre a intervenção dos serviços informacionais especializados neste contexto (BURTON, 1995; MACÍAS-CHAPULA, 1995; OCHEIBI & BUBBA, 2003; LAPPA, 2005).

Tais pesquisas objetivaram conhecer os serviços de informação relacionados à área médica – como a biblioteca hospitalar, por exemplo (KING, 1987; MARSHALL, 1992; VEENSTRA, 1992; CASADO-URIGEN et al., 1994; BURTON, 1995; URQUHART & HEPWORTH, 1995; ALI, 2000; O’CONNOR, 2002) – e o papel da informação em diversas esferas da prática médica: (a) a docência (FORSYTHE et al., 1992; CAÑEDO-ANDALIA, 2002), (b) as diferentes especialidades (ELY, BURCH & VINSON, 1992; DEE, 1993; WOOF & WRIGHT, 1996; BRENNAN, 2000; LÓPEZ-FERNÁNDEZ et al., 2000; FORSETLUND & BJORNDAL, 2001; DEVITT & MURPHY, 2004), (c) o hospital (MANNING et al., 1980; NORTHUP et al., 1983; COVELL, UMAN & MANNING, 1985; OSHEROFF et al., 1991; JEROME et al., 2001; DAWES & SAMPSON, 2003; GONZÁLEZ-TERUEL, 2003), (d) a condição de preceptores ou orientadores (COGDILL et al., 2000) e (e) a condição de médicos-residentes (WOOLF & BENSON, 1989; GREEN, CIAMPI & ELLIS, 2000; RAMOS, LINSCHIED & SCHAFER, 2003). Também houve trabalhos importantes em áreas afins como Enfermagem (DAVIES, 1997; RASCH & COGDILL, 1999; COGDILL, 2003), Fisioterapia (ASHCROFT, 1998) e Farmácia (LEWIS, 2000; GUY, 2003). Todos estes estudos foram extremamente úteis para fins comparativos, porém se referem a realidades diferentes.

Raras pesquisas brasileiras abordaram temas como o uso da biblioteca hospitalar e de outras fontes de informação por funcionários de hospitais – incluindo médicos, enfermeiras e administradores (MENDES, 1996); a busca de informação por médicos docentes (CURTY, 1999); o manejo das novas tecnologias por docentes da área de Saúde Pública (CUENCA & TANAKA, 2003); a seleção e a avaliação da informação na prática médica

(CAMARGO JR., 2002) e o papel do profissional da informação na área da saúde (CRESTANA, 2002; BERAQUET, 2002, 2003; CIOL & BERAQUET, 2003). Apesar de verdadeiramente importantes e interessantes, estas pesquisas não esgotam o tema.

Desde a publicação das primeiras pesquisas envolvendo o médico na prática clínica e seu uso da informação (MANNING et al., 1980; NORTHUP et al., 1983; COVELL, UMAN & MANNING, 1985) e a despeito das alterações verificadas no paradigma de atendimento clínico e nas tecnologias de informação, os resultados encontrados pelas pesquisas mais recentes (JEROME, 2001; RAMOS, LINSCHIED & SCHAFER, 2003; DEVITT & MURPHY, 2004) apontam conclusões bastante semelhantes aos da década de 80, sugerindo que o quadro não sofreu modificações substanciais. Confirmando a importância do tema, os estudos realizados nos anos 2000 indicam que, em seu trabalho de atendimento ao paciente, os médicos necessitam de informação diferenciada, de preferência intermediada por um profissional que se dedique a essa tarefa munido de preparação especial e de elevadas qualificações.

Assim, tudo indica que recursos tradicionais como os catálogos e coleções de livros das bibliotecas deveriam ser ampliados e diversificados com serviços especializados, nos quais profissionais da informação conduzissem pesquisas bibliográficas de precisão, avaliando a qualidade e o valor científico do documento; treinassem os médicos para realizarem suas próprias pesquisas; gerenciassem o acesso dos usuários a artigos de periódicos com texto completo, a um maior número de bases de dados, a portais que filtrem informação médica e a direcionem de acordo com demandas específicas. Muitas pesquisas sugerem que tais serviços têm influência direta no comportamento do médico durante o atendimento ao paciente (KING, 1987; MARSHALL, 1992; DAVIDOFF & FLORANCE, 2000; SARGEANT & HARRISON, 2004).

Um profissional da informação moderno tal como descrito acima e visualizado por

um importante estudioso da área ainda no início da década de 80 (LANCASTER, 1981) já é uma realidade hoje em certos países (SARGEANT & HARRISON, 2004; LAPP, 2005). Esse profissional não se limita às quatro paredes da biblioteca, aplicando suas habilidades na busca de informação de diversas origens e fontes, oferecendo respostas às perguntas dos usuários em qualquer lugar onde haja um computador com acesso a recursos eletrônicos. Esse profissional pode muito bem participar de equipes médicas em clínicas e hospitais ou atuar como professor, treinando e desenvolvendo as habilidades dos estudantes e dos médicos em sua atividade profissional (MEAD & RICHARDS, 1995; MCKIBBON, 1998; SCHERRER & DORSCH, 1999; DAVIDOFF & FLORANCE, 2000). Especialistas em informação médica, esses profissionais devem possuir qualificação especial, que deve ser buscada através da preparação formal ou da auto-aprendizagem em ambos os campos: a Ciência da Informação e a Medicina (FLORANCE, GIUSE & KETCHELL, 2002).

Foi uma experiência como essa, em anos de trabalho no ambiente médico-hospitalar na condição de bibliotecária médica, que orientou a escolha do tema desta pesquisa. Tal trajetória e o desejo de oferecer serviços cada vez melhores aos usuários que propiciaram à autora acompanhar o avanço das tecnologias de informação específicas da área médica, identificando-as como necessárias e, por que não dizer, indispensáveis ao aperfeiçoamento profissional. Desta forma, através de treinamentos e cursos, procurou-se implantar diversos serviços especializados e observar o comportamento dos usuários, suas necessidades e os obstáculos encontrados na satisfação dessas necessidades.

Preocupada com a necessidade de alcançar uma intervenção eficaz na colaboração com profissionais médicos e incentivada pelo surgimento de diversas pesquisas ao redor do mundo, montou-se um projeto que, a despeito de suas limitações – o fato de ser unipessoal, de não contar com financiamento e de dispor de um prazo curto de realização – pudesse

servir de ponto de partida para o estudo do comportamento informacional do médico em sua prática clínica e, ao mesmo tempo, pudesse mapear, numa perspectiva local, o que as pesquisas ao redor do mundo têm mostrado, isto é, que existe um campo de atuação para o profissional da informação e que este deve ser ocupado, não somente por que isso favorece o crescimento da área, mas principalmente pela importância do papel que esse profissional vem adquirindo na sociedade.

De acordo com o quadro traçado, julgou-se relevante conhecer a realidade do médico no Brasil, aquilatar suas necessidades informacionais específicas e identificar o tipo de comportamento que tais necessidades geram no médico, ou seja, saber se os médicos procuram informação científica para a sua prática clínica, onde procuram, como procuram e como utilizam esta informação. Pareceu importante estudar como o médico está vivendo essa mudança no acesso à informação científica e quais são seus conhecimentos e/ou habilidades na busca e no manejo da informação eletrônica, assim como saber qual a participação do profissional da informação nesse contexto e que serviços informacionais estão disponíveis no Brasil.

Considerando as limitações anteriormente mencionadas, planejou-se compreender e analisar esse fenômeno a partir de um estudo conduzido no Hospital Universitário Professor Edgar Santos, da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, em Salvador. Essa escolha pareceu extremamente favorável à obtenção de resultados inovadores, já que se trata do único hospital universitário do Estado e oferece um amplo leque de serviços médicos à população local. Além de promover o desenvolvimento de pesquisas, uma das principais finalidades de um hospital universitário é a formação técnica, profissional e acadêmica de médicos, enfermeiros e farmacêuticos, entre outros profissionais de saúde. É ali que a partir do quinto semestre os alunos da graduação em Medicina começam a ter contato com o paciente, tendo início sua prática de atendimento. Através dos

programas de residência médica, o hospital universitário também é espaço de formação de especialistas.

Por estas razões, tomou-se como amostra o grupo de médicos-residentes daquele hospital e, utilizando a técnica do *survey* (BABBIE, 1999) – através da aplicação de um questionário-padrão – foram focalizados três aspectos chave do fenômeno: (a) as necessidades informacionais; (b) o comportamento em relação às necessidades específicas de informação para a prática clínica – ou seja, a busca, o manejo e o acesso à informação; (c) os serviços informacionais prestados por bibliotecas ou bibliotecários e os recursos eletrônicos implementados por profissionais da informação neste contexto. O questionário foi enriquecido ainda com um bloco específico de perguntas que, utilizando a técnica do incidente crítico (FLANAGAN, 1954), levaram o participante da pesquisa a recordar e relatar em poucos passos um episódio recente em que tivesse necessitado de informação. Nesta parte do instrumento de coleta procurou-se identificar o comportamento dos respondentes e o modo como o acesso à informação científica influenciou e/ou modificou seu comportamento na prática clínica.

Os médicos-residentes representam uma população com características peculiares, pois encontram-se num momento crítico de sua formação e exercem sua prática profissional com uma dedicação diferente, objetivada principalmente pelo desejo e a necessidade de aprender. Não obstante o atendimento ao paciente ser crucial para esses médicos, deve-se levar em consideração ainda o contexto específico em que se encontram e perceber que suas necessidades informacionais podem ser muito variadas. Por outro lado, em sua maioria os médicos-residentes são jovens e recém-egressos de cursos de graduação em Medicina de diferentes faculdades e unidades da Federação. Conhecer suas necessidades informacionais e seu comportamento com relação a essas necessidades permitirá, portanto, que hipóteses relativas ao comportamento de grupos similares – médicos de hospitais não-

universitários, médicos em clínicas particulares, médicos com mais de dez anos de formados, por exemplo – possam ser levantadas e propostas em estudos futuros.

É necessário salientar ainda que esta pesquisa se deteve especificamente nas necessidades de informação científica para a prática clínica, entendendo como necessidade de informação a carência de conhecimento novo surgida durante o atendimento ao paciente. Por informação científica entende-se toda informação procedente de pesquisas científicas publicadas e divulgadas nos diversos tipos de suporte (MUELLER, 1995; COLE, 1994).

Os resultados mostram que o grupo estudado apresenta necessidades de informação científica para sua prática clínica, e que, devido às características específicas da categoria, essas necessidades se fundem com uma necessidade de informação mais ampla e ao mesmo tempo mais fundamental. Neste sentido, os médicos-residentes priorizam informações que podem ser encontradas através da consulta ao médico-supervisor ou mais experiente, ou através dos livros da sua coleção particular. Os recursos tecnológicos disponíveis ainda são pouco utilizados, em parte devido à falta de tempo, à ausência de treinamento para lidar com ferramentas eletrônicas ou ao desconhecimento. Em conseqüência, julga-se oportuno assinalar que a intervenção dos serviços informacionais tradicionais deve ser repensada de forma a atender tais particularidades. Todas estas reflexões levam à conclusão de que o contexto que envolve os médicos-residentes é notadamente singular, e que, nos estudos sobre necessidades informacionais de médicos na prática clínica, eles representam uma categoria específica, ainda muito pouco estudada, demandando um melhor entendimento.

Este trabalho está composto por sete partes. Como forma de introduzir o tema, descrevem-se inicialmente os atores do estudo: o médico-residente, a biblioteca hospitalar e o profissional de informação na prática médica. Em seguida procede-se à revisão da literatura especializada sobre o comportamento e as necessidades informacionais, sobretudo na área médica, apresentando seus principais resultados e as teorias que as sustentam. Na se-

quência descreve-se a pesquisa realizada, incluindo seus objetivos, hipótese e metodologia. Por fim, apresentam-se os resultados, discutindo-os à luz dos pressupostos teóricos definidos e dos resultados apresentados em pesquisas anteriores. Encerra-se a dissertação com as conclusões gerais e os anexos necessários à sua compreensão e avaliação.

2. OS ATORES DA PESQUISA

2.1 O MÉDICO-RESIDENTE

En el reino de la ciencia, en donde lo que se generan son los conocimientos de vanguardia para preservar o devolver la salud, el residente es el primer mensajero. En la Medicina, que simplemente procura que la asistencia y la atención sean oportunas, de excelencia y calidad, el residente es su mejor joven y novel embajador y en el hospital, que es el reino en donde se resuelven para bien o para siempre los vaivenes del dolor y la enfermedad, el residente es sin duda, su príncipe: 'él príncipe del hospital' (SANSORES, 2001, p. 206).

A residência médica, que mudou o rumo da formação médica profissional, surgiu como programa nos Estados Unidos em 1889, no Johns Hopkins Hospital, através do cirurgião William Halsted, um ícone da cirurgia daquela época e seu primeiro coordenador (MARCONDES & GONÇALVES, 1998). Halsted observou que o treinamento médico feito de forma aleatória, além de não oferecer oportunidades iguais para todos, ocasionava um processo repleto de ensaios e erros que repercutiam no tratamento dos pacientes. Observou também que o momento adequado para interferir no processo de aprendizagem se-

ria no final do curso de graduação, pois é quando o preparo do médico deve se tornar mais intenso, sob supervisão constante. Concebida como um período curto durante o qual se transmitiriam experiência e habilidades, a “residência médica constitui a mais perfeita modalidade de aperfeiçoamento e especialização em medicina, imprimindo na formação inicial dos docentes e pesquisadores os mais elevados padrões de excelência” (GUALBERTO, 1998).

No Brasil, os primeiros programas de residência médica implantados foram os do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e do Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro, em 1945 (TAVARES-NETO, 1982). Estas primeiras turmas da década de 40 eram pequenas e foram rapidamente absorvidas pelo mercado. Dessa época em diante foram sendo criados programas de residência médica que, num primeiro momento, se desenvolveram e funcionaram com alto padrão de qualidade, mas que, devido às necessidades sociais, às condições de assistência médica no país e ao contexto sócio-econômico da época, foram-se desvirtuando, proliferando então programas que funcionavam sem normas e diretrizes (TAVARES-NETO, 1982).

Ante a necessidade de organização e adequação dos programas de residência médica, propôs-se sua institucionalização, o que ocorreu mediante o Decreto nº 80.281, de 5 de dezembro de 1977. A residência médica foi definida então como “modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional” (BRASIL, 1977). Este Decreto criou também a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), vinculada ao Ministério da Educação, órgão competente para promover e divulgar estudos sobre a residência médica, adotar e propor medidas visando à sua adequação ao Sistema Nacional de Saúde, qualificar e consolidar a

expansão de programas, entre outras atribuições (BRASIL, 1977).

A expressão “residência médica” só pode ser empregada em programas que sejam credenciados pela CNRM. O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico-residente o título de Especialista (BRASIL, 1981). Atualmente, setenta por cento dos médicos que se formam têm oportunidade de freqüentar um programa de residência. Existem cerca de dezoito mil médicos-residentes no Brasil e mais de três mil programas de residência médica (NICOLAU, 2005).

Os primeiros programas de residência médica implantados na Bahia surgiram no Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES) em 1960 e visavam às especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Pediatria (BAHIA, 2004). Atualmente, o HUPES oferece vinte e seis programas de residência e no segundo semestre de 2004, no momento de realização desta pesquisa, possuía cento e vinte médicos-residentes.

Sendo uma forma de complementar o processo de graduação do médico, “tendo em vista as deficiências amplamente reconhecidas nesse processo” (FEUERWERKER, 1998, p 58), a residência médica prepara para a prática de uma especialidade (MARCONDES & GONÇALVES, 1998). No atual estágio de desenvolvimento técnico-científico, a formação geral do médico na graduação não assegura o necessário nível de treinamento em todas as áreas básicas. Assim, o treinamento dentro de uma especialidade, na residência, é uma alternativa para a incorporação de conhecimentos específicos. Adquirindo a relevância de processo educativo, a residência constitui um “momento marcante na definição do seu [do residente] perfil” (FEUERWERKER, 1998, p. 65).

Embora exerçam sua prática profissional com extrema dedicação, tendo em vista seu desejo e necessidade de aprender, os médicos-residentes, tal como os médicos na prática clínica, vivenciam problemas e questionamentos diários com relação à saúde do pacien-

te. O atendimento aos pacientes é portanto crucial e ocupa praticamente toda a sua jornada, estipulada por lei em sessenta horas semanais, com um mínimo de dez por cento e um máximo de vinte por cento de carga horária para atividades teóricas (BRASIL, 1981).

Não obstante apresentarem características profissionais específicas, uma vez que são ainda estudantes e necessitam da experiência e dos ensinamentos de seus preceptores e professores, as necessidades de informação dos médicos-residentes têm sido pouco estudadas e, de modo geral, são ainda pouco compreendidas. Os estudos encontrados datam de mais de dez anos – exceto o de González Teruel e Abad-Garcia (1998) – e não abordam especificamente a categoria, mas a consideram enquanto parte do grupo dos “médicos na prática clínica” (WOOLF & BENSON, 1989; OSHEROFF et al., 1991; FORSYTHE et al., 1992). Mais recentemente, só dois trabalhos sobre as necessidades informacionais dos médicos-residentes foram publicados (GREEN, CIAMPI & ELLIS, 2000; RAMOS, LINSCHNEID & SCHAFER, 2003).

Do conjunto desses trabalhos observa-se que a primeira fonte de informação procurada pelos médicos-residentes para discutir sobre seus pacientes são seus preceptores e, por esta razão, seus questionamentos básicos são respondidos por estes últimos. A partir deste encontro podem surgir novas perguntas e os médicos-residentes menos experientes descobrem, por exemplo, quão pouco sabem sobre o assunto (GREEN, CIAMPI & ELLIS, 2000). Como demonstram esses estudos, os médico-residentes fazem, em média, entre 0,6 e 1,5 perguntas por paciente (OSHEROFF et al., 1991; FORSYTHE et al., 1992; GREEN, CIAMPI & ELLIS, 2000; RAMOS, LINSCHNEID & SCHAFER, 2003).

Ainda segundo tais estudos, a maioria dessas perguntas trata de assuntos relacionados ao tratamento ou ao diagnóstico do paciente e as fontes de consulta preferidas são os livros e os artigos. Os médicos-residentes analisados nessas pesquisas geralmente se mobilizam para procurar as respostas a essas perguntas, mesmo que no estudo de Ramos, Lins-

cheid & Schafer (2003) eles declaram que apenas dezesseis por cento delas são suficientemente importantes para serem procuradas. Os médicos-residentes do estudo de Green, Ciampi e Ellis (2000) disseram também que em setenta por cento dos casos as respostas a essas perguntas poderiam mudar a forma de manejo do paciente e que em até trinta e quatro por cento dos casos poderiam colocar em risco a vida do paciente se a resposta não fosse encontrada.

Uma vez que livros e artigos científicos são os recursos informacionais preferidos segundo essas pesquisas (HAUG, 1997; DAWES & SAMPSON, 2003), pode-se considerar que as bibliotecas são estruturas indispensáveis ao suporte informacional da prática médica (MARSHALL, 1992). Assim, mesmo que a biblioteca não tenha sido a fonte preferencial na opção dos médicos-residentes dessas pesquisas (MENDES, 1996; RAMOS, LINSCHIED & SCHAFFER, 2003), duas constatações indicam que ela tem um papel fundamental, embora nem sempre o esteja desempenhando. Primeiro, as perguntas dos médicos podem ser respondidas através de consultas a livros, artigos e bases de dados e, segundo, as bibliotecas são reconhecidas como importantes recursos por esses médicos (OSHEROFF et al. 1991; GREEN, CIAMPI & ELLIS, 2000). O problema da não frequência às bibliotecas por parte desses médicos-residentes deve-se principalmente à falta de tempo ou à carência de recursos e serviços das bibliotecas (DEE & BLAZEK, 1993; WOOD & WRIGHT, 1996). É por este motivo que as bibliotecas hospitalares desempenham um papel decisivo nesse contexto, rompendo suas quatro paredes e estendendo seus serviços até os médicos-residentes.

2.2 A BIBLIOTECA HOSPITALAR

Mais que suas instalações e equipamentos, as instituições hospitalares deveriam valorizar, sobretudo, o pessoal que ali trabalha e, acreditando que o alto nível e capacitação

de sua equipe constitui seu principal recurso, oferecer-lhe a oportunidade de freqüentar bibliotecas. No Brasil, contudo, a acreditação de hospitais junto ao Ministério da Saúde dispensa a obrigatoriedade da biblioteca (BRASIL, 1999), embora seu funcionamento e serviços sejam avaliados, quando existentes, contando pontos favoráveis para a instituição. Para o credenciamento dos hospitais que desenvolvem programas de residência médica, porém, a biblioteca está entre os requisitos exigidos (BRASIL, 2002).

A biblioteca hospitalar tem como um de seus principais objetivos oferecer acesso à informação científica. Constituindo um recurso indispensável à prática médica, sua existência dentro de um hospital reflete o interesse científico da instituição (NOWINSKI, 1983). Contudo, a mesma situação de falta de recursos, humanos e materiais, que sofrem as bibliotecas em geral, ocorre nas bibliotecas hospitalares que, por serem altamente especializadas e dispendiosas, são às vezes consideradas um luxo, vivendo a constante ameaça de desaparecimento e, por esta razão, tendo que envidar esforços redobrados para reafirmar seu valor (FERREIRA, 1987).

Foi por isso que, em 1986, quando a regulamentação federal americana eliminou a obrigação de possuir biblioteca para que os hospitais se habilitassem a receber recursos financeiros públicos (MARSHALL, 1992), o Comitê Consultivo do Programa de Serviços de Bibliotecas Hospitalares do Rochester Regional Library Council, em Nova Iorque, decidiu subsidiar uma pesquisa para ampliar a visibilidade e o *status* das bibliotecas hospitalares da região (MARSHALL, 1992). Ao perceber que as decisões clínicas dos médicos eram a questão mais importante no ambiente hospitalar e que estas eram pontos críticos na qualidade de atendimento aos pacientes, os conselheiros concluíram que o estudo deveria, então, medir o impacto da informação encontrada na biblioteca para a tomada de decisões clínicas. A pesquisa envolveu 115 hospitais e 448 médicos e médicos-residentes e os resultados mostraram que a informação encontrada pelos profissionais de saúde nas bibliotecas

hospitalares tinha um impacto significativo nas decisões clínicas (MARSHALL, 1992).

Esta pesquisa foi extremamente importante e contou com um plano de divulgação (SMITH, 1992) que a tornou um marco nas investigações sobre o tema. Mais do que isso, porém, ela resultou particularmente relevante por: 1º) conseguir aferir a importância da mudança nas decisões clínicas ocasionadas pela utilização de informações encontradas na biblioteca – oitenta por cento dos médicos que responderam ao questionário disseram que, provável ou definitivamente, eles modificariam algum aspecto da sua atitude no cuidado com o paciente; 2º) assinalar que aspectos específicos do atendimento clínico foram afetados pela informação encontrada – diagnóstico (25%); escolha do exame (51%); escolha do medicamento (45%); tempo da internação (19%); informações dadas ao paciente (72%); 3º) identificar situações nas quais a informação encontrada contribuiu para evitar eventos adversos para o paciente – internação (12%); mortalidade (19%); infecção hospitalar (8%); cirurgias (21%); exames adicionais (49%); e 4º) estabelecer o valor relativo da informação encontrada na biblioteca com relação a outras fontes utilizadas nas decisões clínicas, como imagens de diagnóstico, testes laboratoriais ou discussão com outros colegas – os médicos afirmaram que a informação encontrada na biblioteca foi de maior valor que a de outras fontes.

A partir de então diversos estudos têm sido formulados com a intenção de destacar o valor das bibliotecas hospitalares. Em revisão de literatura sobre o tema, O'Connor (2002) identificou estudos de quatro países, analisou seus métodos e resultados e concluiu que esses trabalhos demonstraram o impacto da informação obtida através das bibliotecas. Outra das constatações deste autor foi que as bibliotecas podem influenciar os resultados dos serviços de atendimento aos pacientes de várias maneiras, especialmente no diagnóstico e no tratamento. Ainda de acordo com O'Connor (2002), os estudos que se sobressaíram, entre 1982 e 2000, foram os de King (1987), Marshall (1992), Urquhart & Hepworth

(1995) e Davies et al. (1997).

Richwine e McGowan, nos Estados Unidos (2001), foram as primeiras a pesquisar como o acesso a serviços virtuais da biblioteca médica e o treinamento dos médicos na utilização desses serviços influenciam as decisões médicas. Apresentando conclusões semelhantes às do estudo do Rochester Regional Library Council (MARSHALL, 1992), elas demonstraram, ademais, que os serviços virtuais têm um impacto similar ao dos serviços oferecidos pela biblioteca convencional.

Quanto ao Brasil, não existem estudos sobre o tema. Até onde se pôde averiguar, a tese de Mendes (1996) é o único trabalho que investiga o relacionamento entre a biblioteca hospitalar e o comportamento informacional do pessoal de saúde. Embora não estivesse entre os objetivos da pesquisa de Mendes avaliar o impacto da utilização da biblioteca hospitalar no atendimento aos pacientes, nem mesmo avaliar a situação das bibliotecas hospitalares no Brasil, seus resultados indicam que, dentro do hospital, o pessoal médico utiliza a biblioteca principalmente para assuntos relacionados aos cuidados com o paciente, enquanto o pessoal acadêmico a utiliza para assuntos relacionados à aprendizagem.

Durante o processo de execução do presente trabalho – embora não estivesse entre seus objetivos – realizou-se uma enquête para verificar duas questões: (a) se nas bibliotecas hospitalares ou especializadas em saúde brasileiras existe demanda, por parte dos médicos, de questões relacionadas com a prática médica; e (b) se as bibliotecas oferecem algum tipo de serviço ou função especializada voltados especificamente para esta clientela – entre os quais, por exemplo, pesquisa com filtros de qualidade de evidência científica, balcão de referência, real ou virtual, e bibliotecário clínico.

Para este fim foram selecionadas as bibliotecas hospitalares e especializadas da área médica que integram a rede BIREME. Bibliotecas centrais universitárias ou especializadas em outras áreas de saúde foram eliminadas. Além disso, na tentativa de identificar outras

bibliotecas hospitalares que não fizessem parte da rede BIREME, coletou-se no site do Ministério da Saúde a lista de hospitais universitários do país. Os dados desta lista, porém, não incluíam o correio eletrônico das instituições. O endereço eletrônico dos quarenta e cinco hospitais universitários brasileiros foram então pesquisados na Internet. Mas poucos foram encontrados, pois a maioria não possui *homepages* ou não esclarece sobre a existência ou não de biblioteca. Apesar das dificuldades, algumas instituições foram selecionadas.

Enviou-se então, a um grupo de cinquenta e sete instituições, uma mensagem via correio eletrônico contemplando as duas questões que se desejava investigar. Foram recebidas vinte respostas, quinze das quais (Anexo IV) afirmavam possuir demanda de médicos por assuntos relacionados à prática médica e oferecer serviços especializados tais como balcão de referência, pesquisas bibliográficas em bases de dados, treinamento individual ou em grupo para utilização de recursos informacionais e disponibilização de diversos recursos *on-line*. Destas quinze bibliotecas, dez eram do Estado de São Paulo, duas de Santa Catarina, uma do Paraná, uma de Pernambuco e uma do Rio de Janeiro. Em Salvador, Bahia, local de realização da presente pesquisa, a autora visitou – ou telefonou – para sete bibliotecas hospitalares ou médicas e soube que só em duas delas havia serviços especializados para médicos na prática clínica, porém as mesmas eram de acesso restrito. Tais dados permitiram inferir que, em alguns estados, sobretudo na região sudeste, as bibliotecas hospitalares estão acompanhando as mudanças dos últimos anos nos serviços especializados que podem ser prestados aos médicos para sua prática clínica.

As bibliotecas hospitalares podem oferecer uma série de serviços para satisfazer as necessidades dos médicos em sua prática de atendimento clínico, já que os bibliotecários são profissionais treinados para localizar informações e podem, dessa forma, reunir coleções representativas dos temas clínicos. Os livros e periódicos impressos e eletrônicos, assim como os serviços de comutação bibliográfica, são indispensáveis, além de pesquisas

bibliográficas em bases de dados; treinamento na utilização de recursos eletrônicos, disseminação seletiva da informação, serviços de alerta, serviços de entrega de documentos, acesso a bases de dados e acesso ao texto completo de artigos e livros.

De modo isolado, contudo, as bibliotecas não se desenvolvem, pois a informação publicada na área médica é muito vasta e dinâmica. Uma única base de dados pode conter mais de catorze milhões de registros e os livros são muito caros. Como a produção nacional de livros médicos é baixa, faz-se necessário recorrer à literatura estrangeira, o que dificulta a formação dos acervos. O ideal seria, portanto, que as bibliotecas funcionassem em redes de cooperação. Foi com este pensamento que a BIREME – Biblioteca Regional de Medicina, hoje Centro Latino-Americano de Informação em Ciências da Saúde – foi criada em 1968, através de um convênio entre a Organização Panamericana de Saúde e o governo brasileiro. Entre seus objetivos estava a integração das bibliotecas de ciências da saúde em um único sistema de abrangência continental e o estímulo à criação de novas bibliotecas.

Assim, os esforços da BIREME têm girado em torno de desenvolver tecnologias e oferecer suporte técnico às várias bibliotecas da rede situadas nos países da América Latina e do Caribe. Em 1985, a partir da descentralização do processamento da literatura gerada na região, desenvolveram-se metodologias e vocabulários padronizados para os registros bibliográficos, dando origem à base LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. A LILACS conta atualmente com mais de sessenta e cinco mil registros de trabalhos latino-americanos publicados na área de saúde. É a principal base de dados da literatura médica em língua portuguesa e tem-se tornado fonte de informação indispensável às buscas bibliográficas. Pode-se dizer o mesmo de outros recursos gerados pela BIREME e da tecnologia por ela desenvolvida, como a Biblioteca Virtual em Saúde e dezenas de outras bibliotecas virtuais especializadas em diversos temas da área de saúde.

2.3 O PROFISSIONAL DA INFORMAÇÃO NO CONTEXTO DA PRÁTICA MÉDICA

While working in a rural hospital, I had the opportunity to see a patient who had post-transfusion purpura. Reading about diagnosis through the assistance of the library, I obtained articles on other unusual causes of thrombocytopenia. Among these were several articles on thrombotic thrombocytopenic purpura. Four years later, while at a major university hospital in another state, I saw a patient on hematology rounds with the classic symptoms of thrombocytopenic purpura. At that point, knowing that this was a fatal disease, I checked my diagnosis and asked the librarian to do an emergency literature search to me. Articles and abstracts were obtained showing that within the last year the life saving treatment of plasmapheresis or plasma infusion had been described. The patient was given plasma infusions and six month later was still alive. Subsequently, several other patients with that syndrome were seen at that same institution (BURKE, 1990, p. 420).

Não obstante ser uma prática incomum no Brasil, o profissional da informação que atua na área médica tem a possibilidade de auxiliar em diversos serviços de saúde. A figura do bibliotecário da área médica – o bibliotecário médico – é mais freqüente nas bibliotecas acadêmicas especializadas em saúde (CIOL & BERAQUET, 2003), assim como em bibliotecas de instituições e associações de classe da área médica. Bibliotecários que atuem na área de prática médica ou clínica médica são muito menos freqüentes no Brasil, embora exista a figura do bibliotecário hospitalar, com os diversos serviços por ele oferecidos nas bibliotecas hospitalares.

Na década de 80 foi criado um Programa de Biblioteconomia Clínica na Fundação Pioneiras Sociais, atual Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, em Brasília, que permaneceu por alguns anos e se desenvolveu nos moldes dos que atualmente funcionam em outros países (SILVA, 1986). Em relatos da literatura nacional recente não foi identificado nenhum outro tipo de atuação de bibliotecários na prática médica. Na literatura internacional, contudo, discute-se profusamente sobre a participação de bibliotecários em atividades relacionadas à prática médica, seja esta como extensão dos serviços oferecidos pelos bibliotecários hospitalares ou não (VEENSTRA, 1992; MARSHALL, 1993; SCHACHER, 2001; CAÑEDO-ANDALIA, 2002). Uma das mais antigas atividades desta área é sem

dúvida a do bibliotecário clínico.

A função do bibliotecário clínico, implantada em muitos hospitais americanos desde os anos 70 (SCHACHER, 2001) e muito difundida também na Inglaterra (SARGEANT & HARRISON, 2004), consiste em oferecer às equipes médicas, durante a visita hospitalar e na discussão de casos, material bibliográfico pertinente a cada paciente. Geralmente, o papel do bibliotecário especializado nessas equipes é prover um filtro de qualidade para os trabalhos publicados e providenciar pesquisas prévias sobre os assuntos tratados.

Esse serviço teve início em 1971, com o trabalho da bibliotecária médica Gertrude Lamb (SCHACHER, 2001), na época funcionária da biblioteca da Escola de Medicina da Universidade de Missouri, em Kansas City, Estados Unidos. Envolvida com a atuação dos estudantes no atendimento clínico, Lamb identificou a distância que existe entre a literatura médica e sua aplicação na prática clínica. Nesse ambiente, cunhou o conceito do bibliotecário como um especialista em informação médica que trabalha no ambiente clínico para oferecer aos médicos um acesso rápido à informação relacionada com a saúde do paciente (MARSHALL, 1993).

A importância deste tipo de serviço está na eficiência com que se pode atender às necessidades informacionais da prática clínica, não só respondendo aos questionamentos levantados pelos médicos, mas também detectando e antecipando-se a essas necessidades, antes mesmo de que elas sejam expressas pelos clínicos (MARSHALL, 1993). O impacto dos serviços do bibliotecário clínico foi avaliado em diversos estudos, que atestam a utilidade das informações prestadas por esses profissionais e sua importância nas decisões sobre os cuidados com a saúde do paciente (SCURA & DAVIDOFF, 1981; BARBOUR & YOUNG, 1986; VEENSTRA, 1992; GIUSE et al., 1998).

Durante os primeiros anos da década de 70, a adoção dos serviços do bibliotecário clínico nos hospitais se difundiu bastante nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, porém

não tanto quanto se esperava, por força das pressões para a redução do custo dos serviços de saúde (MARSHALL, 1993). Quando alguns programas começaram a ser desativados devido à falta de suporte financeiro, Cimpl realizou uma revisão da avaliação dos que haviam sido implantados, principalmente no tocante à relação entre custo e benefício, afirmando, já naquela época, que para a sua sobrevivência esses programas deveriam: (a) estar integrados à biblioteca; (b) permanecer “antenados com seu tempo” (CIMPL, 1985, p. 27); (c) incluir plano de custos; e, principalmente, (d) ser pensados à luz dos novos avanços tecnológicos para maximizar a disseminação da informação clínica (CIMPL, 1985).

Os programas de biblioteconomia clínica continuaram a existir e cerca de vinte anos mais tarde Cimpl, agora Cimpl Wagner, realizou uma nova revisão sobre o tema, mostrando que, devido à falta de trabalhos comparativos – a maioria era apenas descritiva – eram poucas as evidências do impacto desse serviço. Cimpl Wagner recomendava ainda que para definir seu real valor deveria ser montado um cuidadoso estudo de pelo menos três dos cinco melhores programas existentes (WAGNER & BYRD, 2004). Tais constatações, contudo, não invalidam a importância dos programas nem negam o grau de especialização e projeção que esses bibliotecários, trabalhando na prática clínica, foram adquirindo. Eles comprovam apenas que os programas não têm sido avaliados corretamente, Tanto é assim que Davidoff & Florance (2000), nos Estados Unidos, lançaram a proposta de uma nova profissão a ser incluída no setor médico, em escala nacional. Esse profissional, moldado no trabalho do bibliotecário clínico, seria chamado de “informacionista”, uma denominação inspirada nos nomes dos especialistas médicos, por exemplo, ginecologista, anestesiológico, etc.

Os argumentos de Davidoff & Florance (2000) se baseavam, em primeiro lugar, nas necessidades informacionais dos médicos na prática clínica e em suas dificuldades para buscar informações. Assim, as questões que surgem durante as consultas com os pacientes;

as buscas por informação para responder a essas perguntas, que consomem tempo e demandam habilidades específicas para seleccionar entre milhares de artigos, livros e documentos diversos; e a avaliação crítica da qualidade e pertinência do conteúdo das informações encontradas são alguns dos problemas enfrentados pelos médicos em seu esforço por encontrar na literatura a informação necessária a um atendimento em particular. Em segundo lugar, argumentavam Davidoff e Florance (2000), o bibliotecário clínico, em sua atuação, vem-se projetando não como mero “provedor” de informação que auxilia a equipe, mas como parte integrante do grupo, com habilidades especiais, contribuindo de forma vital nas decisões clínicas.

Davidoff e Florance (2000) definiram o “informacionista” como um profissional que precisa ter um sólido domínio conceitual tanto da área de ciência da informação como da essência do trabalho clínico. O informacionista tem que desenvolver um currículo com conteúdos de biblioteconomia médica, de informática médica e de pedagogia. Suas competências devem incluir ainda conhecimentos básicos de medicina, de epidemiologia clínica e de bioestatística. Deve aprender as técnicas de recuperação, síntese e apresentação das informações médicas, além de habilidades para participar da equipe clínica.

Este profissional multifacetado poderia então aprofundar os conhecimentos acerca do comportamento e das necessidades informacionais das equipes de atendimento clínico, detectando quais são os questionamentos que surgem com mais frequência e quais carecem mais prementemente de respostas. Utilizando-se dessa “meta-informação”, poderia também contribuir para o aprimoramento dos sistemas especializados de recuperação de informação para a prática clínica, assim como para o desenvolvimento de novos sistemas (DAVIDOFF & FLORANCE, 2000). O conceito de “informacionista” já foi tema de uma conferência patrocinada pela National Library of Medicine, dos Estados Unidos, em 2002 (SHIPMAN et al., 2002), com a finalidade de melhor definir as competências dessa “nova”

profissão.

Contudo, algumas resistências têm surgido, algumas das quais se relacionam com a aceitação da presença desse profissional nas equipes médicas. Talvez o peso da tradição e da hierarquia levem alguns médicos a sentir sua autoridade questionada, por exemplo (MARSHALL, 1993), ou talvez alguns médicos rejeitem a idéia de aceitar ajuda na busca por informação, já que sempre foi parte do orgulho de ser médico o fato de possuir conhecimentos complexos e especializados e de ter o controle sobre eles (DAVIDOFF & FLORANCE, 2000). A maioria das resistências, porém, tem relação com os custos da manutenção de tal serviço, como comentam, criticamente, Davidoff e Florance:

Embora o atual sistema de atendimento à saúde dos Estados Unidos continue alegremente a pagar bilhões de dólares pela informação gerada por milhões de testes clínicos desnecessários ou inapropriados, infelizmente ele se recusa a pagar um centavo para mover o rico e sofisticado conhecimento da literatura médica para a beira dos leitos, onde ele não apenas poderia melhorar o atendimento, mas certamente pouparia dinheiro (DAVIDOFF & FLORANCE, 2000, p. 997).

Os bibliotecários médicos são, sem dúvida, profissionais privilegiados, pois atuam em um meio que exige deles capacidades muito variadas. Na literatura da área encontram-se testemunhos e relatos de experiências e pesquisas a respeito de sua atuação no treinamento de médicos e estudantes (MARSHALL & NEUFELD, 1981; MCGOWAN, 1995; TENNAT & MIYAMOTO, 2002; GARG & TURTLE, 2003); de sua atuação na medicina baseada em evidências (MCKIBBON et al., 1995; SCHERRER & DORSCH, 1999); ou ainda de sua atuação nas revisões sistemáticas e metanálises (MEAD & RICHARDS, 1995; BEVERLEY, BOOTH & BATH, 2003; WELLER, 2004).

Crestana, em dissertação de mestrado defendida em 2002, analisou o discurso dos bibliotecários da área médica, investigando as motivações e opiniões da categoria sobre o exercício da profissão. Ao entrevistar doze bibliotecárias de uma faculdade de medicina, a autora deixou evidente as necessidades de especialização e atualização manifestadas pelo profissional da informação que atua nessa área. Crestana (2002) abordou também as difi-

culdades e facilidades da área. As bibliotecárias participantes da pesquisa reconheceram que a saúde é uma área de trabalho privilegiada, apontando como itens favoráveis o grande avanço dos recursos, principalmente tecnológicos, a eficiente organização da informação, a utilização de vocabulário controlado e o convívio com um usuário que conhece o tema que pesquisa. Entre as várias dificuldades citadas pela população de Crestana (2002) estavam o fato de não haver um preparo prévio para trabalhar na área – o que depende basicamente de esforço pessoal; a interpretação da linguagem médica; e o difícil relacionamento com os usuários, questão que envolvia desde a falta de paciência dos médicos para aprender as técnicas necessárias à realização das pesquisas ou para esperar o resultado das mesmas até o tratamento atribuído pelos médicos aos profissionais não-médicos (CRESTANA, 2002).

Tentando averiguar quem são estes profissionais, que tarefas eles desempenham e qual a demanda do mercado pelos mesmos, a autora da presente pesquisa desenvolveu dois processos distintos de coleta de dados. O primeiro foi através dos anúncios de emprego veiculados, durante um ano, na lista de discussão MEDLIB¹, que possui mais de 1.700 participantes e é mediada pela National Library of Medicine. Cerca de cem anúncios foram coletados e lidos. Como a tarefa de análise deste material comportava um trabalho adicional e bastante longo de pesquisa, decidiu-se então que a análise completa desses dados só será apresentada em trabalho posterior. À primeira vista, contudo, ficou evidente que, ao menos no âmbito internacional, existe demanda de mercado por esses profissionais. Verificou-se também que são muitas as habilidades que o mercado espera encontrar nos bibliotecários médicos, particularmente as que se relacionam ao manejo e ao desenvolvimento de tecnologias de informação. As mais citadas foram: habilidade para aprender novas tecnologias; conhecimento dos recursos médicos; experiência em desenvolvimento de recursos na Web; experiência em ministrar aulas e coordenar programas de educação continuada;

¹ <http://listserv.acsu.buffalo.edu/archives/medlib-l.html>.

redação de artigos; coordenação de eventos especiais; preparação de relatórios estatísticos; conhecimento de leis sobre direitos autorais; desenvolvimento de conteúdos educacionais, inclusive tutoriais e módulos de treinamento em formato *Web*; execução e administração de programas de educação de pacientes; participação na manutenção dos recursos eletrônicos da biblioteca; administração de contratos e participação em negociações de licenças; desejo de aprender; entusiasmo pela profissão; criatividade e ampla visão de futuro.

O segundo processo de coleta consistiu em enviar à mesma lista de discussão uma mensagem especialmente dirigida aos bibliotecários hospitalares sobre quais as tarefas por eles desenvolvidas que requeriam maior qualificação e/ou habilidades profissionais. Apesar do pequeno número de respostas recebidas, percebeu-se o quanto é complexo e interessante o perfil do bibliotecário médico na prática clínica. Algumas das habilidades relatadas foram, por exemplo, interpretar e traduzir a linguagem de cada grupo de especialistas médicos em informação apropriada para conduzir pesquisas bibliográficas; acompanhar as visitas dos médicos aos pacientes, provendo informação de forma imediata ou realizando pesquisas posteriores para ajudar a encontrar as respostas necessárias; e ensinar a pesquisar com filtros da medicina baseada em evidências (Anexo V).

No caso da situação nacional, não há, além do estudo de Crestana (2002), qualquer outra sondagem específica, antiga ou recente. Por esta razão, a autora da presente pesquisa realizou uma enquête complementar para conhecer melhor esse profissional. Através de pergunta única, verificaram-se algumas das atividades mantidas pelos bibliotecários hospitalares brasileiros, percebendo-se que, em algumas instituições, os bibliotecários realizam serviços bastante qualificados e especificamente voltados para a prática médica (Anexo IV), embora na atualidade não se tenha conhecimento de bibliotecários atuando no Brasil nos moldes do bibliotecário clínico. Na oportunidade, todavia, não se perguntou aos bibliotecários sobre suas qualificações, habilidades ou conhecimentos. Deste modo, não foi pos-

sível avaliar a perspectiva de que os bibliotecários brasileiros venham a desenvolver um perfil tão complexo e fascinante quanto o que propõem Davidoff e Florance (2000), em especial pelo fato de que a formação do bibliotecário no Brasil se dá a partir de um curso de graduação e não de pós-graduação, como ocorre nos Estados Unidos (DETLEFSEN, 1993). O ensino universitário de Biblioteconomia não consegue acompanhar as mudanças, apesar das discussões em torno de currículos e de novas denominações, tanto por parte dos cursos como dos profissionais (CIOL & BERAQUET, 2003).

Com uma formação de caráter generalista, atender às demandas de um mercado tão exigente e específico requer um grande esforço pessoal. Tal esforço deriva inicialmente da prática e pode ser complementado com cursos de educação continuada e auto-aprendizado (CRESTANA, 2002) para estimular a formação de um profissional “plural e multifacetado”, como disse Carvalho (2002). Neste sentido, já existe no Brasil um curso de especialização – em nível de pós-graduação *latu sensu* – em Informações em Ciências da Saúde, de responsabilidade da BIREME e da Universidade Federal de São Paulo, através de sua Biblioteca Central, voltado para bibliotecários.

3. A TEORIA E A LITERATURA

3.1 NECESSIDADES INFORMACIONAIS

O conceito de necessidade informacional definido por Wilson, em 1981, é o de uma experiência subjetiva que ocorre apenas na mente de cada indivíduo, não sendo, portanto, diretamente acessível ao observador. A necessidade só pode ser descoberta por dedução, através do comportamento, ou por um ato de enunciação da pessoa que a detém. Esse caráter subjetivo já estava evidente na definição formulada por Burnkrant em 1976, na qual o autor afirmava que a necessidade informacional era a representação cognitiva da futura conquista de um desejo. A mesma natureza subjetiva podia ser encontrada na categorização proposta por Morgan e King em 1971 (apud WILSON, 1997), na qual os autores argumentavam que as necessidades emergem a partir de três tipos de motivos: (a) motivos fisiológicos (como fome ou sede, por exemplo); (b) motivos de desconhecimento (incluindo curiosidade e estímulo sensorial); (c) motivos sociais (desejo de aprovação, *status*, etc.).

Wilson, por seu turno, tipifica as necessidades informacionais como cognitivas, afetivas e fisiológicas e também assinala a existência de “motivos” na origem dos comportamentos informacionais (WILSON, 1981). Ainda nesta linha, Cooper afirma que a necessidade informacional é um estado psicológico: “uma necessidade informacional é algo não observável diretamente. Não podemos, por exemplo, ver suas ‘estruturas’. No entanto a necessidade informacional existe, na mente do usuário pelo menos” (COOPER, 1971 apud DERR, 1983, p. 276).

Opondo-se a esse caráter psicológico da necessidade informacional, Derr analisou o conceito sob outro ângulo. Ele afirmou que a necessidade informacional não é um estado psicológico e sim uma condição objetiva: “é a relação que existe entre a informação e a finalidade dessa informação para o indivíduo” (DERR, 1983, p. 276). Para Derr (1983), portanto, a necessidade informacional residiria na *condição observável* de que determinada informação contribuiu para alcançar o propósito ou o motivo que a gerou; e examinou o conceito em diversas etapas, começando por afirmar que a falta de informação não significa, forçosamente, uma necessidade de informação. O desejo de ter uma informação também não é razão suficiente para dizer que há necessidade de informação, assim como o fato de se possuir a informação não elimina a necessidade da mesma. As duas condições que devem estar presentes para que se diga que há necessidade de informação são: (a) presença de um “propósito” para a informação; (b) que a informação em questão contribua para alcançar este propósito (DERR, 1983).

Segundo Derr (1983), além disso, a questão da necessidade informacional envolveria julgamentos. Julga-se se existe um propósito legítimo e se a informação em questão contribui pra alcançar este propósito. Dizer que determinada pessoa possui um propósito para desejar uma informação implica um julgamento de valor sobre a legitimidade de tal propósito, assim como supor que uma informação serve ou não a determinado propósito

constitui um julgamento sobre a pertinência daquela informação. A validade de tais julgamentos dependeria então de dois fatores: (a) da profundidade do raciocínio que levou à conclusão de que determinado propósito é aceitável; e (b) da disponibilidade de evidência científica sobre a real contribuição de determinada informação para a satisfação daquele propósito. A necessidade informacional seria então a condição na qual certa informação contribui para a realização de um propósito de informação genuíno ou legítimo (DERR, 1983).

As dificuldades de interpretação das afirmações de Derr são muitas. Com efeito, como definir quando um propósito é genuíno ou legítimo e em que grau uma informação pode contribuir para atender qualquer propósito? Para cada informação podem existir inúmeros propósitos e são inúmeras as formas em que cada informação pode contribuir para a satisfação de um propósito. O profissional da informação teria como determinar a validade dos propósitos? E ele poderia dizer que informação efetivamente contribui para responder a um propósito?

Por outro lado, a crítica de Derr à formulação de Wilson envolve uma objeção palpável: se a necessidade informacional só é percebida quando expressa pelo indivíduo, então qual o objetivo de estudá-la enquanto experiência subjetiva? Bastaria examinar os desejos dos usuários manifestos nas perguntas. Assim, a unidade de análise poderia ser a pergunta: o usuário formula a pergunta, o profissional da informação monta uma estratégia de pesquisa para recuperar documentos que respondam a esta pergunta e os sistemas de informação são avaliados quanto ao atendimento ou não dessas perguntas. Por essa ótica, o que desencadearia um processo de transferência de informação não seria nem a necessidade nem o desejo de uma informação, mas a formulação de uma pergunta. E ainda haveria outros aspectos a considerar: o usuário nem sempre percebe qual é a informação de que necessita (TAYLOR, 1968 apud DERR, 1983) e algumas vezes possui necessidades não-

reconhecidas (WILLIAMSON et al., 1989; FORSETLUND & BJORNDAAL, 2001).

Em síntese, ao menos dois dos elementos que integram as diferentes definições do conceito de necessidade informacional podem ser identificados com segurança. O primeiro deles é a existência de um motivo ou propósito. O segundo é sua natureza de processo cognitivo, que diferenciaria as necessidades informacionais das fisiológicas, por exemplo.

3.1.1 Características das necessidades informacionais

As necessidades informacionais geralmente se originam de situações relacionadas às atividades profissionais de cada indivíduo. Mas estas necessidades não são constantes, podem ser influenciadas por vários fatores. Algumas das variáveis que determinam ou dimensionam a necessidade de informação são mencionadas na literatura. Entre elas encontram-se, por exemplo, (a) as relacionadas com fatores demográficos – idade, profissão, especialização, estágio na carreira, localização geográfica; (b) as relacionadas com o contexto – situação de necessidade específica, premência interna ou externa; (c) as relacionadas com a frequência – necessidade recorrente ou nova; (d) as relacionadas com a capacidade de prever – necessidade antecipada ou inesperada; (e) as relacionadas com a importância – grau de urgência; e (f) as relacionadas com a complexidade – de fácil ou difícil solução (LECKIE, PETTIGREW & SYLVAIN, 1996).

Assim como as necessidades informacionais podem ser influenciadas por fatores pessoais, há características mais gerais que também as influenciam. Com relação à frequência com que uma necessidade se apresenta, por exemplo, Bresnick (1988 apud LECKIE, PETTIGREW & SYLVAIN, 1996) destacou que os advogados possuem necessidades recorrentes, relacionadas a casos prévios atendidos pela própria firma que, se não forem bem organizados e administrados, ocasionam muita perda de tempo. Osheroff et al. (1991), por sua vez, sugeriram que as necessidades informacionais dos médicos são complexas e

variáveis, indo desde respostas que podem ser obtidas nos prontuários médicos até questões que requerem a reunião de uma série de informações, como dados do paciente, dados dos registros do hospital e o próprio conhecimento do médico.

Na verdade esses fatores se inter-relacionam de forma bastante complexa. Uma necessidade pode ser imprevista, mas não muito importante, não requerendo solução imediata; uma outra necessidade inesperada pode ser de grande importância e de extrema urgência. Assim, “o nível de complexidade, o grau de importância e urgência e a condição de previsibilidade de uma necessidade podem afetar tanto o comportamento quanto a busca desta informação” (LECKIE, PETTIGREW & SYLVAIN, 1996).

As necessidades informacionais podem ser de diferentes tipos. Assim, por exemplo, Weigts et al. (1993 apud WILSON, 1997) as categorizam em: (a) necessidade de informação nova; (b) necessidade de elucidar informações já possuídas; (c) necessidade de confirmar uma informação que já se possui. Levando em conta o componente cognitivo das necessidades informacionais e a importância dada às convicções e aos valores, Wilson acrescenta: (a) necessidade de elucidar convicções e valores; e (b) necessidade de confirmar convicções e valores (WILSON, 1997).

3.2 COMPORTAMENTO INFORMACIONAL

Comportamento informacional é todo comportamento humano relacionado às fontes e canais de informação, incluindo a busca ativa e passiva de informação e o uso da informação. Isso inclui a comunicação pessoal e presencial, assim como a recepção passiva de informação, como a que é transmitida ao público quando este assiste aos comerciais da televisão sem qualquer intenção específica em relação à informação fornecida (WILSON, 2000).

3.2.1 Busca informacional

A busca informacional consiste na tentativa intencional de encontrar informação como consequência da necessidade de satisfazer um objetivo. Nesta busca o indivíduo pode interagir com vários tipos de sistema de informação (WILSON, 2000). Wilson sugere ainda que a busca informacional resulta do reconhecimento de alguma necessidade percebida pelo usuário e que este pode procurar tanto em sistemas formais como em outras fontes, a exemplo de outras pessoas – o que o autor denomina de “troca interpessoal de informação” (WILSON, 1997).

3.2.2 Fatores que influenciam a busca informacional

Segundo Leckie, Pettigrew e Sylvain (1996), existem dois fatores que influenciam de maneira decisiva a busca informacional:

1. Fontes de informação: locais onde são procuradas as informações. A depender do profissional e das características da informação que se busca, essas fontes variam, variando também a ordem em que as fontes são consultadas. As fontes mais comumente referidas são: colegas, bibliotecas, livros, artigos e a própria experiência. Essas fontes podem adquirir diversos formatos e ser acessadas através de diferentes canais, tanto os formais como os informais. Há fontes externas e internas, orais e escritas, pessoais e coletivas.

2. Conhecimento da informação: o conhecimento direto ou indireto das fontes, do próprio processo de busca e da informação recuperada desempenham um importante papel no sucesso da busca. Algumas variáveis que devem ser consideradas neste sentido são: familiaridade ou sucesso em buscas anteriores, confiabilidade e utilidade da informação, apresentação, oportunidade, custo, qualidade e acessibilidade da informação.

De acordo com Wilson & Walsh (1996), por outro lado, são oito as variáveis que intervêm no processo de busca informacional: variáveis (a) pessoais; (b) emocionais; (c)

educacionais; (d) demográficas; (e) sociais ou interpessoais; (f) de meio ambiente; (g) econômicas e (h) relativas às fontes (acesso, credibilidade, canais de comunicação).

Tais fatores podem ser melhor apreciados quando se analisa o comportamento e a busca de informação realizadas pelo próprio interessado. Este representa, em princípio, um especialista na área em que está procurando informação e essa condição influencia todo o processo. Enquanto intermediário, o papel do profissional da informação neste contexto se reveste de outras características. Devadason & Linga (1996) afirmam que os profissionais da informação não sabem de antemão as necessidades informacionais de seus clientes, nem são especialistas em suas respectivas áreas. Um arquiteto, um médico ou um advogado, por exemplo, sabem de antemão as necessidades de seu cliente. Ao contrário destes, que são especialistas do assunto onde seu cliente é “ignorante”, o profissional da informação tem um cliente que é um especialista em sua própria área.

Realizando uma revisão do processo de busca informacional dos médicos, Gruppen elencou os fatores que influem nessa busca: (a) características do médico; (b) características da prática, ou seja, do trabalho ou especialidade; e (c) possibilidade de contato com colegas. As características do médico podem ser idade, experiência e nível de especialização. Os médicos mais jovens parecem fazer maior uso da literatura médica que os mais velhos. Mais que os jovens, porém, os mais velhos utilizam mais freqüentemente informações de representantes da indústria farmacêutica e preferem os cursos de educação continuada. Tais diferenças entre médicos jovens e mais velhos, contudo, não parecem estar relacionadas à experiência e sim ao treinamento, à realidade diferenciada de acesso, assim como à familiaridade com vários tipos de fontes de informação. Esta familiaridade refere-se mais especificamente aos recursos eletrônicos (GRUPPEN, 1990).

As características do trabalho ou especialidade incluem o tamanho da comunidade, o tipo de prática e o ambiente. Em relação aos médicos de família, que empregam com

mais freqüência informações fornecidas por representantes da indústria farmacêutica, os especialistas, por exemplo, utilizam mais os periódicos e as discussões com colegas (GRUPPEN, 1990). Os médicos de hospitais ou escolas médicas procuram mais os colegas que os médicos que trabalham sozinhos. Médicos em grandes comunidades recorrem mais aos especialistas da comunidade e aos colegas do que os de pequenas comunidades, que preferem consultar colegas ou especialistas de fora da comunidade. Colegas, especialistas, bibliotecas e periódicos são as fontes preferidas pelos médicos de áreas mais populosas (GRUPPEN, 1990).

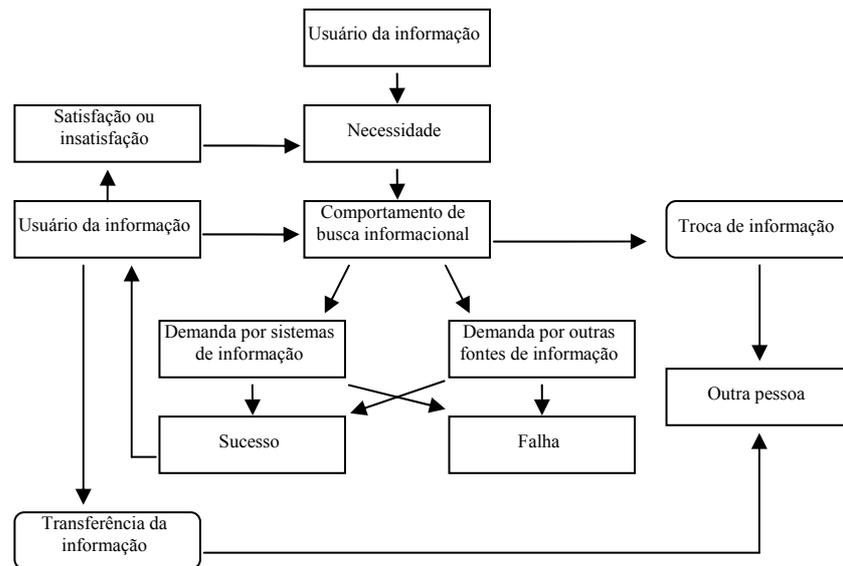
A confirmação da importância que os colegas exercem no processo de busca informacional dos médicos, obtida através da revisão de Gruppen (1990), foi extremamente importante para a presente pesquisa. Entre os atributos que caracterizam estes médicos procurados como fontes incluem-se, por exemplo, sua liderança de opinião, sua influência na educação, o pioneirismo na adoção de determinada técnica, sua atualização quanto aos avanços de sua especialidade e seu hábito de disseminar as inovações sobre tratamentos ou diagnósticos entre seus colegas. O valor desses médicos como fontes de informação depende de sua disponibilidade e vontade de ensinar, já que eles prestam consultoria informal, gratuita, sobre um problema particular.

3.2.3 Modelos de comportamento informacional

A partir dos anos 80 os estudos sobre comportamento e necessidades informacionais deixaram de enfatizar os sistemas propriamente ditos e passaram a valorizar a perspectiva do usuário, atribuindo mais ênfase ao seu papel na transferência da informação. Nesta mesma época as técnicas qualitativas começaram a substituir as quantitativas para este tipo de pesquisa. Em 1981 Wilson concebeu um modelo de comportamento informacional inspirado nas necessidades fisiológicas, cognitivas e afetivas dos indivíduos. O contexto des-

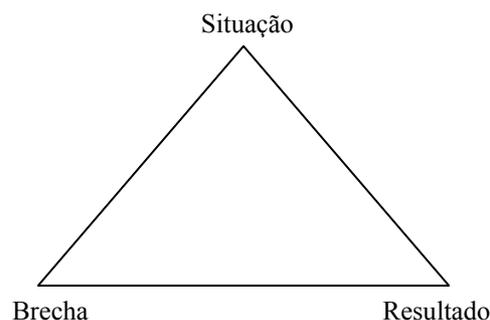
As necessidades eram configuradas pelo próprio indivíduo, pelas demandas de seu papel na sociedade e pelo meio ambiente onde sua vida e seu trabalho se desenrolam. As barreiras que interferem na busca de informação surgiram deste mesmo contexto (WILSON, 1981).

Figura I – Modelo de comportamento informacional de Wilson



Em 1983 Dervin desenvolveu o modelo do *sense-making*, constituído por quatro elementos: (a) a *situação*, em tempo e espaço, que define o contexto no qual o problema informacional surge; (b) a *lacuna (gap)*, que identifica a diferença entre a situação contextual e a situação desejada (incerteza); (c) o *resultado*, que representa a consequência do processo de *sense-making*; e (d) a *ponte*, que constitui o meio de preencher a lacuna entre a situação e o resultado (DERVIN, 1983 apud DERVIN & NILAN, 1986).

Figura II – Estrutura do modelo do *sense-making* de Dervin



De natureza cognitiva, não-observável, o modelo de Dervin compreende informação como algo subjetivo, situacional e holístico. Estudando a informação em contextos específicos, o modelo tenta avaliar como a necessidade emerge, se desenvolve e é satisfeita. O usuário não é visto como um receptor passivo. Ele é percebido como sujeito ativo no centro de um processo de mudança (MENDES, 1996).

Para estudar as necessidades informacionais, Dervin empregou uma metáfora: situação-lacuna-uso. Ela argumentou que toda necessidade informacional surge da descontinuidade no conhecimento provocada por uma lacuna. Em sua rotina cotidiana, os indivíduos procuram preencher as lacunas informacionais de várias formas, seja estudando, pesquisando ou conversando com outras pessoas. A satisfação das necessidades informacionais funciona como um acréscimo de degraus na experiência adquirida do indivíduo. Cada momento em determinado tempo e espaço é um novo degrau. Os degraus relacionados à definição e ao fechamento da lacuna configuram estratégias cognitivas necessárias à obtenção de respostas, algo bastante difícil de fazer e que depende do indivíduo e da situação. Neste percurso o indivíduo precisa de esforço para se auto-perceber, perceber o meio ambiente e ir efetuando os ajustes necessários (DERVIN, 1992).

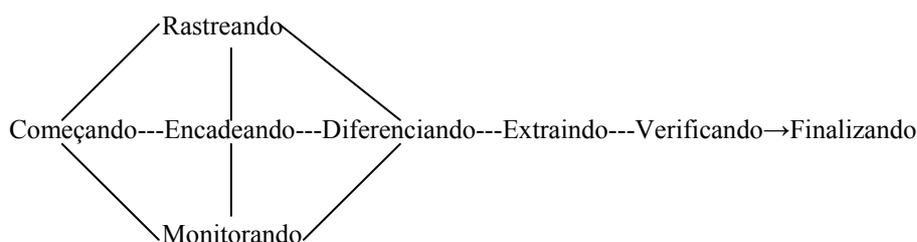
A força do modelo de Dervin está, em parte, em suas conseqüências metodológicas, porque ele traz à tona uma série de questionamentos que podem revelar a natureza de uma situação problemática, podem indicar até que ponto a informação serve com ponte entre a lacuna e sua satisfação, assim como podem definir os resultados do uso da informação.

Figura III – Metáfora do modelo do *sense-making* de Dervin



Em 1989 Ellis elaborou um modelo sobre comportamentos na busca informacional. Esse modelo não envolvia um diagrama, mas uma série de fases, que ele chamou de características: *começar*; *encadear* (associar idéias); *buscar* (*browsing*); *diferenciar*; *monitorar*; *extrair*; *verificar* e *finalizar*. A importância do modelo de Ellis reside no fato de resultar de pesquisa empírica e de ter sido testado em diversos estudos (ELLIS, 1989). “As inter-relações ou interações entre essas características em qualquer padrão individual de busca informacional dependerão das circunstâncias específicas da busca em questão naquele momento particular” (ELLIS, 1989, p. 178).

Figura IV – Fases do comportamento na busca informacional de Ellis



Kuhlthau (1991) acrescentou ao modelo de Ellis uma associação entre sentimentos, pensamentos e atitudes. Contudo, sua perspectiva é fenomenológica, não tanto cognitiva. As fases propostas por Kuhlthau são: *iniciação*, *seleção*, *exploração*, *formulação*, *coleta* e *apresentação*. A *iniciação*, por exemplo, caracteriza-se por sentimentos de incerteza, idéias gerais ou vagas sobre o tema. A tarefa apropriada neste ponto é simplesmente reconhecer a necessidade da informação. Outras tarefas pertinentes são *identificar*, *investigar*, *formular*, *coletar* e *completar*. O modelo de Kuhlthau sugere que, associada à necessidade de buscar informação, a incerteza inicial cria sentimentos de dúvida, confusão e frustração. À medida que se prossegue, porém, e na hipótese de que se obtenha sucesso, estes sentimentos mudam: a confiança cresce e se associa com sentimentos de satisfação e senso de direção.

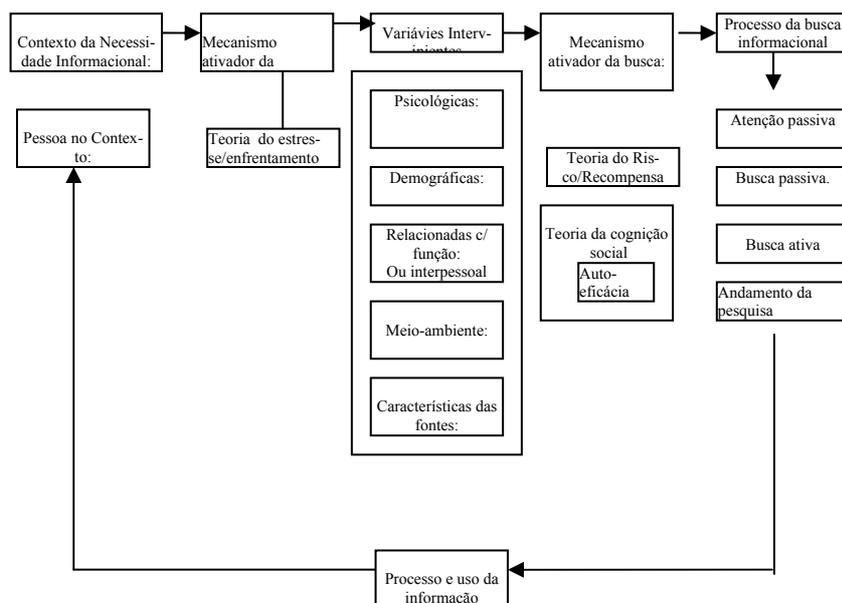
Em seu mais recente modelo de comportamento informacional, Wilson (WILSON

& WALSH, 1996) propôs conexões com outros domínios, incluindo tomada de decisão, psicologia, inovação, comunicação em saúde e pesquisa para leigos. Embora, como foco da necessidade informacional, seu novo modelo tenha mantido a “pessoa em seu contexto”, houve necessidade de incluir um estágio entre essa pessoa e sua consciência da necessidade de informação: justamente o ponto chamado por Dervin (1983 apud DERVIN & NILAN, 1986) de “lacuna” entre a situação e o uso da informação. Para preencher este espaço Wilson adotou o conceito de “mecanismo de ativação” (*activating mechanism*), proveniente da teoria do estresse/enfrentamento (*stress/coping theory*), que o ajudou a explicar porque algumas necessidades informacionais não se convertem em processos de busca.

Percebendo a existência de uma outra fase intermediária, agora entre a consciência da necessidade informacional e a atitude requerida para satisfazê-la, Wilson fez uso então de conceitos da teoria do risco/recompensa (*risk/reward theory*) para mostrar como e porque o que ele chamou de “variáveis intervenientes” podem desencadear ou obstruir as iniciativas de busca de informação. As fontes, por exemplo, podem tornar-se barreiras ao processo de busca. Ao investigar por que algumas fontes de informação são mais utilizadas que outras, verifica-se que quando existem várias alternativas similares a escolher, quanto menores forem as recompensas, menos esforços de pesquisa são feitos. Outro conceito utilizado por Wilson para explicar o funcionamento das “variáveis intervenientes” foi o de “auto-eficácia” (*self-efficacy*), oriundo da teoria da cognição social (*social cognitive theory*) – desenvolvida a partir da teoria do estímulo-resposta (*stimulus-response theory*). A “auto-eficácia” sugere a existência de uma crença segundo a qual qualquer indivíduo sempre pode “produzir o comportamento necessário à obtenção dos resultados [por ele desejados]” (BANDURA, 1977 apud WILSON, 1999, p. 257). Nesse contexto, variáveis pessoais de natureza psicológica ou demográfica, por exemplo, acabam neutralizadas pela força da “auto-eficácia”.

Observa-se portanto uma estreita ligação entre a “auto-eficácia” e as estratégias de enfrentamento, já que a crença na própria eficiência pode afetar o modo como o indivíduo responde a uma situação de necessidade informacional, o tempo que ele persiste na busca e a dimensão do esforço que vai dedicar a ela. Wilson e Walsh (1996) conjecturam que se determinada pessoa está ciente da utilidade de uma fonte de informação mas está insegura sobre sua capacidade para lidar corretamente com ela, ela pode falhar no uso dessa fonte. Tal comportamento envolve maior número de elementos que o da “busca ativa”. Aqui o “processo de informação e uso” é definido como indispensável ao retorno (*feedback*), para saber se a necessidade de informação foi de fato satisfeita.

Figura V – Modelo revisado de comportamento informacional de Wilson



3.3 COMPORTAMENTO INFORMACIONAL NA ÁREA MÉDICA

Os estudos sobre necessidades e buscas informacionais em diferentes áreas do conhecimento indicam que a natureza específica da profissão, além de fatores como idade,

estágio na carreira, especialidade e região geográfica podem influenciar o comportamento dos usuários de informação (LECKIE; PETTIGREW; SYLVAIN, 1996). A área médica não é exceção.

De modo geral podem ser identificados vários grupos de usuários de informação na área médica: pesquisadores; profissionais da prática clínica, dedicados ao atendimento ao paciente, em suas diversas especialidades e níveis; professores; administradores e gestores de serviços de saúde. Há ainda os estudantes de medicina e os médicos-residentes. Cada um desses grupos apresenta necessidades informacionais distintas e comportamentos também distintos (RODRÍGUEZ ALONSO, 1993).

A literatura apresenta numerosos trabalhos que analisam as necessidades e o comportamento dos profissionais da área médica na busca e satisfação de suas necessidades informacionais, evidenciando a diferença entre as necessidades de um médico pesquisador e as de um clínico. Rodríguez Alonso destaca algumas dessas diferenças: o pesquisador formula um problema ou pergunta e trabalha longos períodos de tempo tentando respondê-la ou solucioná-la; o clínico, ao contrário, enfrenta uma constante sucessão de problemas que exigem soluções rápidas. O pesquisador trabalha com temas concretos e predefinidos; o clínico com temas extremamente variados e com muitas incertezas (RODRÍGUEZ ALONSO, 1993).

Leckie, Pettigrew e Sylvain (1996) ressaltam a importância de conhecer as diferenças entre as atividades profissionais para melhor compreender as necessidades informacionais de cada indivíduo. Um pesquisador dedica grande parte de seu tempo à pesquisa e o resultado de seu trabalho envolve a produção de conhecimento. Os profissionais, por sua vez, produzem serviços, de modo que seus esforços são direcionados à obtenção de informações que contribuam para o bom resultado desse serviço. No contexto da presente pesquisa é crucial assinalar que as diferenças nas necessidades vão determinar também as di-

ferências no comportamento e na busca da informação.

3.3.1 Medicina Baseada em Evidências e Ciência da Informação

Existe uma demanda por mudanças na prática clínica que se relaciona estreitamente com o problema da informação. Por um lado, a produção de informação na área cresce a níveis extraordinários. Por outro, tecnologias popularizadas como a televisão, o rádio e a Internet, que tornaram o mundo menor e mais interligado, propiciaram transformações no paciente potencial. Ele se tornou conhecedor dos temas de saúde e questionador, desejando participar das decisões sobre sua saúde. Todas essas mudanças acabaram por favorecer a emergência da Medicina Baseada em Evidências – MBE – um novo paradigma da prática médica que prevê a utilização das melhores evidências para a tomada de decisões clínicas relacionadas à saúde dos pacientes (SACCKET, 1996; ATALLAH & CASTRO, 2000).

Prevendo pesquisas informacionais de alto valor científico e produção de literatura revisada, a MBE envolve diretamente a área da Ciência da Informação, sobretudo a área da informação em saúde. O conceito de MBE formaliza teoricamente a prática da consulta à literatura em busca de informações para solucionar os questionamentos da clínica médica. Ela promove a coleta, a interpretação e a integração das evidências conhecidas, válidas e aplicáveis segundo as circunstâncias e preferências dos pacientes (CAÑEDO ANDALIA, 2002). Há consenso de que o médico, neste paradigma, necessita de informações concretas, que respondam às suas perguntas com prontidão e precisão, fornecendo dados úteis para a aplicação em pacientes específicos.

Por tradição, o clínico baseava suas decisões em sua experiência profissional, nas práticas consensuais, nos treinamentos recebidos ou na orientação de colegas especialistas. Devido ao volume e à complexidade da informação médica, contudo, tais fontes parecem insuficientes hoje em dia (MALTERUD, 2001). Não se pode negar que a prática médica sempre esteve baseada no conhecimento desenvolvido pela medicina ao longo da história

humana (HJØRLAND, 2005). O que a MBE trouxe de novo foi a ênfase na consulta à literatura médica como subsídio para a prática clínica. O emprego de fontes de informação científica atualizadas e confiáveis, que indiquem os melhores – ou os de menor risco – procedimentos para a prática médica exigem todo um reposicionamento dos clínicos e de suas convicções (McKIBBON, 1996).

A necessidade de informação científica como respaldo para a tomada de decisões clínicas não parece ser exclusiva dos praticantes da MBE, nem mesmo dos médicos, contudo. Tal necessidade parece ser uma consequência natural no contexto da sociedade da informação, pois a produção de conhecimento ultrapassa os limites do humanamente compreensível e utilizável. O excesso de informação levou a MBE à elaboração de revisões de literatura que, de forma sistemática e através de métodos rigorosos, visavam rever e avaliar procedimentos adotados na clínica médica. Partindo de rigorosa, exaustiva e ilimitada pesquisa bibliográfica, as revisões sistemáticas e metanálises localizam estudos realizados nas mais diversas regiões do mundo, publicados ou não. Todos os trabalhos recuperados são então avaliados do ponto de vista metodológico e, em seguida, incluídos ou excluídos da revisão (FIGUEIREDO, 2001; SANTANA, 2004; UGALDE-FIGUEROA, 2004).

Idealizados por grupos de pesquisadores, freqüentemente da área epidemiológica, os métodos permitem a classificação desses estudos numa pirâmide hierárquica que vai dos mais qualificados e metodologicamente mais rigorosos estudos científicos – estudos clínicos randomizados e controlados cegos ou duplo-cegos – aos de menor valor científico – relatos de casos (FURLAN, 2000). A reunião de estudos similares possibilita a análise de resultados conjuntos que, após a aplicação de testes estatísticos e matemáticos, obtêm resultados indiscutíveis de aprovação ou desaprovação dos mais diversos procedimentos, mas sobretudo os relacionados ao tratamento (ATALLAH, & CASTRO, 2000; FURLAN, 2000).

A participação das bibliotecas, das fontes de informação e dos bibliotecários nos processos da MBE é uma realidade e para saber se esse tipo de prática vem sendo ou vai ser adotado nos serviços de saúde brasileiros é necessário definir, antes de mais nada, quanto dessa informação pode ser facilitada pelas bibliotecas hospitalares e pelos profissionais da informação. Em seguida é fundamental compreender o comportamento do médico em sua prática clínica e sua relação com a informação, avaliando quais são suas necessidades e como se pode intervir nesse contexto.

3.3.2 Necessidades e uso da informação na prática clínica

Muitos dos estudos sobre necessidades informacionais na clínica médica são também estudos sobre uso da informação. A realização desses estudos está associada à necessidade de esclarecer dúvidas e solucionar questões relativas aos cuidados com o paciente. Por envolver decisões que mexem com a vida e a morte dos pacientes, a satisfação das necessidades informacionais na prática médica é um problema da maior importância. Estes estudos, portanto, devem refletir as relações entre necessidade e uso, utilizando métodos precisos para identificar as necessidades e medir o uso da informação (HEWINS, 1990).

Editor do *British Medical Journal*, um dos mais importantes veículos da literatura para a prática médica, Smith realizou uma revisão em 1996 sobre o tema das necessidades informacionais dos clínicos, detendo-se especificamente nas informações científicas ou, como o autor prefere, no conhecimento médico. Seu interesse era descobrir como estabelecer um vínculo permanente entre os médicos em sua atividade de atendimento ao paciente e o conhecimento médico que se expande rapidamente. Smith reuniu treze trabalhos, analisou-os em conjunto e concluiu que: (a) durante o atendimento aos pacientes existem necessidades regulares de informação e nem sempre elas são reconhecidas pelos próprios médicos; (b) a maioria desses questionamentos se refere ao tratamento e muitos deles ao tratamento medicamentoso; (c) os questionamentos são complexos e multidimensionais; (d) em

sua maioria essas necessidades estão relacionadas a informações que provêm de conhecimento médico – informações científicas, portanto; (e) a maioria dos questionamentos surgidos durante o atendimento permanecem sem resposta; (f) geralmente os médicos procuram respostas com os próprios colegas, às vezes com especialistas, provavelmente porque esta é a forma mais rápida, barata e fácil de conseguir uma resposta; (g) a maioria dos questionamentos poderia ser respondida utilizando recursos eletrônicos, mas esta solução consome muito tempo, é cara e demanda o uso de habilidades de manejo que muitos médicos não possuem; (h) os médicos nos países desenvolvidos parecem estar presos às informações oferecidas pelos recursos eletrônicos e estes são muitos, estão desorganizados e torna-se difícil encontrar respostas imediatas para os questionamentos surgidos no atendimento (SMITH, 1996).

Pelo que se pode observar na literatura, o trabalho de Smith é muito atual em suas conclusões. Entretanto o mesmo foi realizado por um médico que em momento algum cogitou sobre a participação de um profissional da informação como solução para o problema identificado. Pelo contrário. É interessante observar sua descrição da ferramenta ideal em termos de recursos eletrônicos necessários para a prática clínica. Percebe-se que o que Smith relata como utopia poderia ser uma realidade se um profissional da informação – tal como descrito no capítulo 2.3 desta pesquisa – fosse incorporado às equipes médicas e/ou hospitalares. Neste caso é preciso concordar com Davidoff & Florance (2000) quando estes afirmam que na verdade os médicos não têm tempo para realizar suas próprias pesquisas e que seria mais apropriado se eles utilizassem o tempo de que dispõem para ler, discutir e refletir ao invés de aprender mecanismos de busca, acesso e síntese de informações publicadas na literatura médica:

A deficiência das fontes correntes de informação permite observar que algo mais se torna necessário e novas fontes estão começando a emergir. Ninguém conhece o formato da ferramenta informacional que poderia transformar a medicina, mas podemos começar a discernir algumas de suas caracte-

rísticas. A ferramenta deve ser capaz de responder perguntas altamente complexas e por isso deverá estar conectada a uma ampla e válida base de dados. Inevitavelmente ela será eletrônica, mas deve ser portátil, rápida e fácil de usar. Quase com certeza a ferramenta terá que oferecer aos médicos mais do que simples respostas às questões, mas ela terá que fazê-lo através de meios que os médicos considerem úteis ao invés de humilhantes. Ela certamente estará conectada ao registro do paciente e talvez seja tão útil aos pacientes quanto aos doutores, alterando de modo definitivo o relacionamento médico-paciente. Uma ferramenta de informação bem-sucedida também atenderia as necessidades informacionais que vão além da mera resposta a perguntas e seria uma solução para a necessidade de suporte e afirmação psicológica dos médicos (SMITH, 1996, p. 12).

De acordo com Gorman (1995), que analisou diversos trabalhos disponíveis na literatura, as necessidades informacionais dos médicos variam em ordem e magnitude. Para interpretar e comparar essas necessidades ele classificou o tipo de informação que o médico requer em algumas categorias extraídas dos trabalhos analisados: (a) *dados do paciente*, ou seja, dados específicos sobre a pessoa doente (história clínica, exame físico, etc.); (b) *estatísticas populacionais*, ou seja, dados adicionais sobre grupos ou população (padrões recentes da doença, dados de saúde pública); (c) *conhecimento médico*, ou seja, informação generalizável sobre o cuidado com todos os pacientes (pesquisas originais, revisões sistemáticas publicadas, descrições em textos, etc.); (d) *informação logística*, ou seja, informações geralmente relacionadas às rotinas do hospital (quem são os médicos consultantes ou que procedimentos estão incluídos no plano de saúde do paciente, que formulário deve ser preenchido para solicitar determinado serviço, etc.); e (e) *influência social*, ou seja, conhecimento sobre as expectativas e convicções dos outros, especialmente dos colegas, porém também dos familiares e dos próprios pacientes (com relação aos resultados dos tratamentos, medicamentos prescritos ou cirurgia indicada, por exemplo).

Osheroff et al. (1991), por sua vez, elencaram quatro tipos de necessidades: (a) *necessidades não reconhecidas*, quando o clínico não está ciente de sua necessidade informacional ou do seu *déficit* de conhecimento; (b) *necessidades reconhecidas*, quando o clínico tem consciência da necessidade informacional, porém pode ou não vir a procurar esta in-

formação; (c) *necessidades procuradas*, quando o clínico realiza uma busca de informação, mas ainda tem dúvida se esta busca terá sucesso ou não; (d) *necessidades satisfeitas*, quando o processo de busca realizado pelo clínico teve êxito.

Os estudos sobre necessidades informacionais dos clínicos referem-se em particular a determinados tipos de necessidades e de categorias e/ou situações em que estes clínicos se encontram. Manning et al. (1980) desenvolveram um projeto para examinar as necessidades educacionais dos médicos especificamente na prescrição de medicamentos, partindo da hipótese de que um estudo do receituário traria conclusões sobre a necessidade de prover estes médicos com maiores informações através da educação continuada. Obtendo cópia das prescrições emitidas pelos médicos – nas quais o nome dos pacientes havia sido previamente omitido – os autores reuniram os dados necessários para a análise: informações sobre a doença, sobre o diagnóstico, sobre outros medicamentos eventualmente em uso pelo paciente, etc. Na análise dessas prescrições eles detectaram necessidades informacionais relacionadas com sete categorias: (a) indicações inapropriadas de medicamentos; (b) frequência excessiva de prescrição de determinado medicamento; (c) prescrição de drogas de abuso potencial; (d) instruções inadequadas; (e) dosagem excessiva, especialmente para os idosos; (f) prescrição de medicamentos não-efetivos; e (g) potencial interação medicamentosa de drogas.

Covell, Uman e Manning realizaram uma pesquisa em 1985 também com a intenção de validar a necessidade de educação continuada dos médicos. Esta foi a primeira pesquisa a examinar as necessidades informacionais dos clínicos na prática diária. Eles estudaram a percepção dessas necessidades pelos próprios médicos durante os encontros com os pacientes. Para entrevistar 47 médicos da área de medicina interna os autores adotaram o seguinte procedimento: primeiro apresentaram um questionário com quarenta perguntas fechadas sobre as fontes de informação utilizadas; o valor dessas fontes quanto à informa-

ção utilizada na prática clínica; e as barreiras para obter informação, tentando determinar a quantidade e a qualidade da informação impressa disponível no trabalho dos médicos e estimar a frequência com que as perguntas não eram respondidas. Em segundo lugar fizeram entrevistas com os médicos no horário de trabalho, logo após cada consulta, questionando-os acerca das perguntas que essa consulta eventualmente tinha gerado. Por último, no fim do período de atendimento dos médicos, realizaram uma outra entrevista para aferir a percepção dos médicos quanto às fontes de informação utilizadas, descobrir se eles gostariam de ter acesso a fontes adicionais de informação e quais as dificuldades em obter esses recursos. Os resultados obtidos por Covell, Uman e Manning revelaram que, em meio período de atendimento, um médico faz, no total, uma média de seis perguntas, o que significa dizer duas perguntas a cada três pacientes atendidos. Dessas perguntas, pelo menos uma refere-se a assuntos relacionados à prática clínica. Assim, eles dividiram as perguntas em três grupos: (a) de acordo com o tipo (assunto médico, opinião médica ou informação não-médica); (b) de acordo com a sub-especialidade a que a pergunta se referia; e, por último, (c) de acordo com o modo como essa informação seria utilizada no cuidado do paciente. Quanto ao tipo de pergunta, as mais frequentes foram as perguntas de assuntos médicos (40%) e opinião médica (43 %). Quanto à sub-especialidade, houve certa similaridade na frequência, com uma leve predominância da área de cardiologia e oncologia. Quanto ao modo como as perguntas estavam relacionadas aos cuidados com os pacientes, os autores concluíram que a maioria se referia ao tratamento (31%) ou ao diagnóstico (25%). Outras questões envolveram assuntos como medicamentos e exames laboratoriais, entre outros.

Em relação ao uso das fontes de informação, as mais citadas pelos médicos no formulário prévio à entrevista foram as fontes impressas, como livros, artigos, etc. Durante a entrevista no horário de atendimento, porém, as fontes mencionadas com mais frequência foram consultas a outros colegas ou outros profissionais da área de saúde, dados de labora-

tório e, em último lugar, os livros ou artigos. Na entrevista final os médicos disseram que as fontes de informação de que dispunham eram satisfatórias para responder a seus questionamentos, mas declararam existir barreiras e entraves – falta de tempo, custos, falta de organização ou inexistência das fontes – que dificultavam seu acesso. Estudos como o de Covell, Uman e Manning foram decisivos para a implantação de serviços dirigidos a esta categoria de usuários, entre eles acesso facilitado a sistemas eficientes de consulta, com fácil recuperação de documentos, livros atualizados, etc.

A pesquisa que Osheroff et al. realizaram em 1991 foi marcante na esfera das necessidades informacionais da prática clínica, porque os autores não apenas identificaram que estas necessidades existem e são específicas desta classe, mas também definiram onde se poderia satisfazer tais necessidades. Eles descreveram as informações solicitadas nas aulas clínicas (rondas e/ou visitas matinais) num serviço universitário de medicina geral e chegaram a coletar uma lista de 454 perguntas clínicas em dezessete horas de observação, o que representava uma média de cinco perguntas para cada paciente discutido. Setenta e quatro por cento dessas perguntas se referiam a assuntos relativos aos cuidados com os pacientes. Deste grupo, 52% eram relacionadas a problemas cuja solução poderia ser encontrada nos registros médicos; 23% eram potencialmente respondíveis através de consulta à biblioteca, a um livro, um periódico ou com pesquisa em base de dados bibliográficos; e 26% requeriam uma síntese entre a informação do paciente e o conhecimento médico, o que as tornava mais difíceis de satisfazer. Esta constatação levanta um problema que nos interessa, pois evidencia a necessidade de uma intermediação no tratamento dessa informação.

Visando solucionar problemas de acesso à informação e de sua rápida obtenção pelos clínicos, diversos sistemas automáticos foram sendo criados nos anos seguintes. Em razão disso, outros estudos sobre as necessidades desses usuários foram surgindo, para

avaliar esses sistemas. Neste contexto, destaca-se o trabalho de Forsythe et al., que em 1992, utilizando técnicas de pesquisa etnográfica, realizaram um estudo empírico sobre as necessidades de informação em quatro clínicas de um hospital universitário. Eles perceberam que metodologias como as anteriormente utilizadas – por Covell, Uman e Manning, por exemplo – mostravam as severas dificuldades de definir as necessidades informacionais desta categoria com pesquisas retrospectivas.

Por este motivo os autores optaram por estudar que necessidades informacionais são expressas espontaneamente pelos médicos durante a prática. A pesquisa observacional de Forsythe et al. tornou-se um marco, pois comprovou que existe uma falta de clareza na conceituação dos termos “necessidade informacional” e “informação” quando se trata de sistemas eletrônicos que lidam com recursos voltados à satisfação dessas necessidades. Distinguindo-o de *déficit informacional*, que pode ou não ser consciente, os autores definiram *necessidade informacional* como “expressão consciente (verbal ou não-verbal) de um desejo de mais informação por um ou mais indivíduos” (Forsythe et al., 1992, p. 185). A metodologia consistiu em examinar os indivíduos enquanto trabalhavam, nas conversas com colegas, alunos, pacientes, etc., sem interferir, apenas observando e registrando as mensagens, tanto verbais como não-verbais.

A análise dos resultados foi exaustiva e conduziu a algumas conclusões importantes, que serviram de base a trabalhos posteriores. As quatro principais conclusões foram: (a) os médicos expressam suas necessidades informacionais de muitas e freqüentemente complexas maneiras, não necessariamente sob a forma de perguntas. Uma variedade muito grande de necessidades é comunicada, necessidades que devem ser entendidas dentro do contexto do discurso médico; (b) reconhecer e interpretar essas mensagens é a parte mais difícil. A interpretação só pode ser contextual, pois fora do contexto fica difícil e pode levar a reflexões pobres ou errôneas; (c) os médicos têm necessidades de informação de vá-

rios tipos. A informação formal, aquela que se encontra em bibliotecas ou bases de dados, é apenas um dos tipos. Muitas das mensagens coletadas envolvem informações que chegam por canais informais ou informação local; (d) todos os achados desta pesquisa implicam a necessidade de desenvolvimento de mais e melhores recursos automáticos de informação para dar suporte a esta categoria de usuários. As bibliotecas da área médica e hospitalar têm oportunidade de participar ativamente deste processo, mas torna-se necessário estudar e definir muito bem, antes da implementação e junto com a área de informática médica, os conceitos de informação e necessidades informacionais, incluindo informação informal e específica.

Tentando descobrir maiores dados sobre como os profissionais da informação podem intervir nas necessidades informacionais dos médicos, Haugh (1997) realizou um estudo metanalítico dos trabalhos publicados entre 1978 e 1992 para categorizar e hierarquizar as preferências dos médicos por fontes de informação. As metanálises são importantes recursos de pesquisa, pois são precedidas de exaustivas buscas dos trabalhos publicados e utilizam uma metodologia rigorosa de análise de dados quantitativos. Doze trabalhos dos Estados Unidos e Canadá foram analisados por Haugh, indicando que os médicos encontram informação mais frequentemente nos periódicos e nos livros, enquanto a consulta aos colegas apareceu como a segunda opção em frequência. Uma observação importante deste estudo foi a dificuldade de fazer a síntese quantitativa (metanálise) dos resultados dos estudos e de aplicar a metodologia própria da metanálise devido aos seguintes fatores: (a) falta de trabalhos de qualidade metodológica; (b) incomensurabilidade entre os dados apresentados nos doze estudos, fruto de medições e classificações distintas; (c) alta ocorrência de desvios potenciais nas escolhas sobre fontes de informação reportadas pelos médicos. Embora no período abrangido pelos trabalhos estudados várias mudanças na disponibilização dos recursos informacionais tenham ocorrido, não se observou a mesma tendência no

comportamento dos médicos. Houve, na verdade, muita variação nas fontes preferidas: de acordo com a especialidade do médico, com os níveis de treinamento, com a localização geográfica e com a instituição de trabalho.

Um estudo realizado em 1998 na Espanha, por González Teruel e Abad Garcia, chegou a conclusões um pouco diferentes, pois o grupo pesquisado mencionou a literatura médica obtida na biblioteca como sendo o recurso mais utilizado. Eles entrevistaram no próprio local quase toda a população médica que trabalhava num hospital universitário. A pergunta principal consistia em solicitar ao profissional que descrevesse da forma mais detalhada possível a mais recente e significativa ocasião na qual, para tomar uma decisão ou para resolver um problema durante a consulta, tinha necessitado de informação adicional, independentemente de ter realmente buscado a informação ou do resultado da busca. O estudo seguiu uma metodologia bastante rígida, porém quando se consideram as observações feitas por Forsythe et al. em 1992, vê-se que este estudo também esbarra na dificuldade de depender da memória do médico com relação à sua necessidade. A preferência manifestada por este grupo provavelmente estava relacionada com a eficiência dos recursos oferecidos pela instituição, que colocava à disposição de sua equipe a biblioteca da faculdade de medicina e um centro de documentação.

Dentre os trabalhos mais recentes sobre este tema encontra-se o de Cogdill et al. (2000) sobre necessidades informacionais e busca informacional de um grupo de médicos da área de pronto socorro que atuam como preceptores de estudantes de medicina. Quatro eram os objetivos: (a) elucidar a frequência com que estes médicos apresentam necessidades informacionais, tanto na presença como na ausência dos estudantes; (b) categorizar as necessidades informacionais dos preceptores e dos estudantes; (c) comparar o percentual de vezes em que o preceptor busca informação na presença e na ausência do estudante; e (d) identificar os recursos informacionais utilizados pelos preceptores e os que desejariam

utilizar. Quinze comunidades de médicos preceptores foram entrevistadas, uma vez quando o preceptor estava trabalhando sem a presença do estudante e outra vez na presença do estudante (neste caso o estudante também era entrevistado). Na entrevista o médico era questionado a respeito das perguntas que surgiam durante a consulta com o paciente ou no momento da aula, perguntas que necessitassem de uma pesquisa posterior. Uma semana depois da entrevista o preceptor era contatado novamente para saber se ele havia conseguido informação para responder às perguntas.

Os resultados do estudo de Cogdill et al. (2000) quanto às fontes mais frequentemente utilizadas pelos médicos diferiram daqueles apresentados por Covell, Uman e Manning (1985), pois, como se viu, embora declarassem utilizar mais os recursos impressos, os participantes daquela pesquisa na prática se reportavam mais a consultas aos colegas. Cogdill et al. relataram que 69% das buscas informacionais para responder às perguntas foram realizadas em fontes impressas, enquanto na de Covell, Uman e Manning foram somente 27%. Tal diferença se deve, provavelmente, ao fato de que na pesquisa de Covell, Uman e Manning os médicos eram questionados acerca das fontes utilizadas no próprio horário de atendimento, quando se achavam pressionados para obter uma resposta imediata, ao passo que o estudo de Cogdill et al. questionava os participantes uma semana depois da pergunta ter surgido, quando os médicos já haviam tido tempo para consultar outras fontes. O assunto mais freqüente dos questionamentos, mesmo catorze anos depois do estudo de Covell, Uman e Manning (1985), continuava sendo aqueles relacionados ao diagnóstico e ao tratamento medicamentoso. Os preceptores geravam menos perguntas quando na presença de estudantes e também respondiam a menor quantidade de perguntas uma semana depois. É provável que isto se deva ao fato de que os preceptores, quando em atividade com estudantes, têm menos tempo para se dedicar à busca informacional. Como bases de dados, textos atualizados e periódicos correntes foram as fontes reportadas como desejáveis por este

grupo, conclui-se mais uma vez que catorze anos depois as dificuldades de manejo da informação para a prática clínica continuavam as mesmas.

Quase idênticas conclusões foram obtidas na pesquisa realizada por Green, Ciampi e Ellis, também em 2000, quando os autores entrevistaram os médicos-residentes do pronto socorro de um hospital universitário, utilizando uma metodologia que empregou etapas do estudo de Covell, Uman e Manning (1985) e etapas do estudo de Cogdill et al. (2000). Inicialmente Green, Ciampi e Ellis entrevistaram sua população depois de cada consulta com o paciente, tentando determinar se a consulta tinha gerado alguma pergunta clínica. Depois de terminada a sessão de atendimentos, com a finalidade de caracterizar a percepção do residente sobre a pergunta, apresentavam ao residente suas perguntas junto com um breve questionário onde ele deveria marcar seu nível de concordância – no modelo da escala Lickert: *concordo plenamente, concordo, neutro, não concordo, definitivamente não concordo* – com nove tipos de situações, tais como: “a resposta desta pergunta pode vir a mudar o manejo do paciente”. Dez dias depois os pesquisadores visitavam o residente mais uma vez para questioná-lo sobre seu comportamento em relação às perguntas geradas naquela sessão clínica, se ele havia tentado buscar informação para responder à pergunta, se havia localizado esta informação, que fontes teria usado, quanto tempo teria gasto nesta tarefa, etc. No caso do residente não ter informação alguma para a pergunta, era questionado acerca da razão pela qual ele não tinha esta informação. Como resultado deste estudo, soube-se que os residentes formulam muitas novas perguntas no atendimento aos pacientes e que pouco freqüentemente as respondem. Foram identificadas duas novas perguntas a cada três pacientes, cujos assuntos eram relacionados ao tratamento e ao diagnóstico. As fontes consultadas foram livros, artigos e médicos. A principal causa da falta de respostas para as perguntas foi a falta de tempo.

Os estudos até aqui analisados procuraram desvendar as necessidades dos médicos

questionando-os diretamente. O trabalho de Jerome et al. (2001), porém, traz outro ponto de vista, já que foi conduzido num centro de informações atendido por bibliotecários. A pesquisa consistiu em examinar os tipos de perguntas originadas pelos clínicos na sua prática e direcionadas aos bibliotecários. As perguntas foram retiradas de uma base de dados do centro de informações e analisadas quanto à redundância dos temas, depois classificadas em dez categorias. No que toca às perguntas sobre tratamento, elas foram analisadas também pelo número de pontos de vista que o bibliotecário precisou interpretar para fazer a pesquisa e dar a resposta. Do total de perguntas recebidas, somente 15% foram perguntas repetidas. Das perguntas únicas, 67% eram sobre tratamento e destas, 59% requereram mais de um ponto de vista para serem analisadas, ou seja, o bibliotecário precisava analisar a pergunta e realizar a pesquisa de vários pontos de vista. Este estudo foi muito importante para elucidar o papel de um profissional da informação especializado nesta área, um profissional que tenha amplo domínio da literatura médica e capacidade de fazer avaliação crítica da literatura. Este tipo de profissional intermedeia a informação, agregando valor e poupando o tempo – já demonstrado em pesquisas anteriores como escasso – dos médicos.

O estudo mais recente sobre necessidades e busca informacional na clínica médica é a revisão sistemática de Dawes & Sampson (2003), que se dedicaram a avaliar as pesquisas realizadas com diferentes grupos de usuários. Um total de dezenove trabalhos – alguns dos quais já descritos aqui – foram analisados. Entre os resultados obtidos, os autores relataram que as fontes de informação utilizadas pelos médicos são variadas, porém as mais utilizadas são as impressas, seguidas das consultas aos colegas. Os padrões heterogêneos de utilização dos recursos informacionais – humanos (colegas) ou impressos – não apresentaram variação significativa nos vinte anos cobertos pelos estudos analisados nesta revisão. Quanto à busca informacional, as qualidades mais valorizadas são o acesso fácil, os hábitos, a confiabilidade e a rapidez de utilização dos recursos informacionais. A falta de

tempo e a quantidade de material disponível são citados como os principais obstáculos na busca por informação. A revisão conclui afirmando que são necessários novos estudos para categorizar as necessidades informacionais e as fontes de informação e defendendo a implementação de mais e melhores serviços de acesso à informação para os médicos, no sentido de provê-los com informação atualizada e qualificada.

Duas recentes pesquisas brasileiras que abordaram o comportamento informacional dos médicos na prática clínica foram as de Mendes (1996, 1997) e Camargo Jr. (2002, 2003). Mendes procurou conhecer em detalhe o processo de aquisição de informação do pessoal médico e de áreas afins de três hospitais – um universitário e dois não-universitários em cidades distintas: Ceará, no Brasil; Leicester, Hemel Hempsted e St. Albans, na Inglaterra. Como estudo comparativo entre dois países, um em desenvolvimento e outro desenvolvido, os objetivos deste estudo foram: (a) conhecer os padrões de aquisição de informação quando o pessoal médico visita a biblioteca hospitalar; (b) conhecer o padrão de comportamento quando o pessoal médico interage com o pessoal da biblioteca durante a busca por informação; (c) conhecer os padrões de busca informacional quando o pessoal médico busca informação em outras fontes que não são encontradas nas bibliotecas e (d) comparar os padrões de aquisição de informação do pessoal médico em vários ambientes e contextos. A pesquisa utilizou a etnografia e o *survey*, com questionários e entrevistas, para a coleta dos dados. Observando sua população Mendes (1996) identificou que os médicos utilizavam frequentemente as bibliotecas hospitalares e que geralmente solicitavam a assistência dos bibliotecários, mesmo porque não tinham acesso a certos serviços, como as bases de dados, que na época do estudo não estavam disponíveis gratuitamente na Internet, como ocorre hoje. Os questionários permitiram que a autora verificasse que os livros são os recursos mais procurados nas bibliotecas (42%) e são também as fontes de informação preferidas, porém os livros da coleção particular (42%). As razões principais

para a visita às bibliotecas estavam relacionadas com o estudo/aprendizagem (47%) ou pesquisa (37%), enquanto os assuntos relacionados com o atendimento aos pacientes representavam apenas 9% das buscas nas bibliotecas. Quanto ao tipo de informação procurada, as relacionadas com conhecimentos científicos e médicos básicos foram as mais frequentes entre os médicos brasileiros (53%), seguidas das informações sobre o estado da arte (46%) e novos procedimentos (40%).

O estudo de Camargo Jr. (2002, 2003) tinha dois objetivos principais: (a) averiguar como os médicos selecionavam e acessavam informações para a sua prática e (b) conhecer os mecanismos que operam na seleção de informação relevante e/ou confiável. Este estudo, de natureza antropológica, foi realizado através de entrevistas com médicos professores de medicina interna de uma escola de medicina do Rio de Janeiro. Os participantes foram selecionados através do voto dos estudantes dos três últimos anos da faculdade como os mais destacados e melhores professores do hospital. O pesquisador, que também é médico, entrevistou catorze professores. A importância do estudo de Camargo Jr. reside no fato de que ele permitiu descobrir que os médicos, em sua prática clínica, buscam informações científicas confiáveis, porém mantêm seu principal interesse no conhecimento prático e na experiência. Apesar do que declararam, porém, os entrevistados careciam de recursos – tempo, conhecimentos técnicos dos diferentes passos das pesquisas médicas, especialmente no que se refere à epidemiologia e à estatística – para obter efetivo acesso ao conhecimento em constante desenvolvimento, evidenciando ainda seu despreparo no manejo da informação científica, tanto na busca como na interpretação, mas principalmente no momento de estabelecer critérios de seleção das fontes disponíveis.

4. A PESQUISA

4.1 HIPÓTESE

A hipótese com que se trabalha nesta pesquisa sugere que a informação científica constitui um elemento crucial à prática de atendimento clínico dos médicos-residentes do Hospital Universitário Professor Edgar Santos – HUPES. Neste contexto, supõe-se que estes profissionais devem não apenas conhecer, mas manejar os diversos recursos de informação da área médica, sobretudo os eletrônicos, com competência.

4.2 OBJETIVOS

4.2.1 Objetivo geral

O objetivo central desta pesquisa é definir o comportamento informacional dos médicos-residentes do Hospital Universitário Professor Edgar Santos – HUPES resultante das necessidades de informação científica surgidas durante sua prática clínica.

4.2.2 Objetivos específicos

1. Identificar as preferências e os hábitos informacionais dos médicos-residentes do HUPES resultantes de sua prática clínica;
2. Identificar as habilidades dos médicos-residentes do HUPES no manejo de recursos eletrônicos de informação;
3. Identificar se há participação de serviços e profissionais da informação na satisfação das necessidades informacionais dos médicos-residentes do HUPES surgidas durante sua prática clínica;

4.3 METODOLOGIA E COLETA DE DADOS

4.3.1 As técnicas de pesquisa

Com a finalidade de colher os dados empíricos necessários à consecução dos objetivos desta pesquisa e à verificação de sua hipótese, foram utilizadas duas técnicas de pesquisa: o *survey* e o incidente crítico. A aplicação das duas técnicas ocorreu através do emprego de um instrumento especialmente desenhado para este fim.

4.3.1.1 *Survey*

O método do *survey* consiste em abordar uma população ou amostra de população, através de questionários ou entrevistas, com a finalidade de reunir informações que esclareçam determinado fato ou fenômeno. Os *surveys* representam uma das formas mais eficazes e difundidas de pesquisa quantitativa em ciências sociais aplicadas, graças a algumas de suas características, por exemplo, o fato de poderem ser aplicados tanto a grandes como a pequenas populações. Se as entrevistas têm sua origem na psicologia e na antropologia e as amostragens a têm na agricultura econômica, os *surveys* não estão presos a nenhuma área em particular, sendo largamente empregados em diversas áreas do conhecimento (CAMPBELL & KATONA, 1953 apud BABBIE, 1999).

Os *surveys* podem ser classificados de diversas formas, segundo características como tamanho ou o tipo da amostra, meio de coleta dos dados (correio, telefone, entrevista pessoal, etc.) e tipo de população ou grupo estudado. Neste método, os pesquisadores utilizam diversas técnicas e, nas últimas décadas, foram favorecidos pelo desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação. Assim, pode-se realizar *surveys* através de correio tradicional ou eletrônico, através de entrevistas pessoais ou virtuais, através de videoconferência, através de telefonemas pessoais ou automáticos, usando discagem randomizada. Existem ainda quiosques computadorizados situados em locais públicos onde as pessoas podem responder através de um comando da máquina. Também são técnicas do *survey* as utilizadas nos hotéis, por exemplo, quando se deixam pequenos questionários no quarto, ou quando se recebe uma ligação para saber o grau de satisfação do cliente com determinado serviço previamente utilizado, ou quando se preenche pequenos questionários ao visitar um *website* (WRITING CENTER, 2004).

Segundo Trochim (2005), os *surveys* se dividem em duas categorias: os questionários e as entrevistas. O questionário é um instrumento impresso ou eletrônico que contém uma série de perguntas – geralmente fechadas e organizadas segundo uma seqüência lógica – a serem respondidas pelo pesquisado. As entrevistas, ao contrário, são completadas pelo entrevistador, que anota ou grava o que o entrevistado diz. Embora se acredite que os questionários contêm sempre perguntas curtas e fechadas e as entrevistas perguntas amplas e abertas, a realidade é que na maioria das vezes há uma mistura destas características, podendo existir questionários com perguntas abertas e entrevistas com uma série de perguntas fechadas (BABBIE, 1999).

A forma como essas ferramentas são aplicadas pode apresentar vantagens e desvantagem e, por isso, muitos pesquisadores utilizam uma combinação de diversas técnicas. As formas mais utilizadas são:

- os questionários via correio (tradicional ou eletrônico) têm a principal vantagem de serem bastante econômicos, pois permitem que o mesmo instrumento seja enviado a um amplo número de pessoas ao mesmo tempo; os pesquisados se sentem à vontade com este instrumento pois ele pode ser preenchido de acordo com sua conveniência. Suas desvantagens resultam do fato de que as respostas devolvidas são, em geral, muito escassas e não é possível perguntar por questões que demandem respostas detalhadas;
- os questionários aplicados a grupos são outra forma utilizada em *surveys*; um grupo de pesquisados é reunido e solicitado a responder a uma série de perguntas estruturadas; esses grupos geralmente já existem em determinado ambiente e não são necessariamente escolhidos para a pesquisa. Por esta razão, torna-se relativamente fácil formar esses grupos, por exemplo, numa instituição ou empresa; outra vantagem reside no fato do pesquisador poder entregar o questionário pessoalmente, provavelmente obtendo, como consequência, um número maior de questionários respondidos; o fato de o pesquisador permanecer no local, por sua vez, oferece aos participantes da pesquisa a possibilidade de esclarecer dúvidas ou receber informações sobre a pesquisa; contudo, é a técnica que exige maior investimento e tem a limitação da quantidade de pessoas que podem ser incluídas no estudo, assim como o tempo que é gasto em cada sessão. A diferença entre os grupos aos quais se aplica questionário e os grupos focais é que no primeiro caso os participantes do grupo recebem um questionário que deve ser preenchido naquele momento de forma individual; no grupo focal, ao contrário, o entrevistador atua como facilitador da sessão e o grupo trabalha enquanto tal, discutindo e ouvindo as opiniões uns dos outros, tecendo comentários e res-

pondendo às perguntas enquanto alguém toma nota dessas respostas coletivas; nenhum participante de forma individual responde a entrevista;

- outro método caracteriza-se pelo deslocamento do pesquisador até a casa ou o trabalho do pesquisado para entregar o questionário em mãos, pedindo para este último que envie a resposta pelo correio ou voltando alguns dias mais tardes para recolher o questionário (*household drop-off*); este método alia as vantagens do questionário e da entrevista, permitindo ao participante preencher segundo sua conveniência (como o questionário por correio); como o pesquisador faz contato pessoal com o pesquisado, tal contato permite que este seja esclarecido das questões concernentes ao questionário e à pesquisa. Dessa forma, há a possibilidade de receber um maior percentual de respostas;
- as entrevistas são mais pessoais que os questionários; pois o pesquisador trabalha diretamente com o pesquisado; desse modo, diferentemente do questionário, o pesquisador pode elaborar perguntas mais complexas, que requeiram respostas mais detalhadas, ao mesmo tempo em que pode sondar o entrevistado para obter maior número de informação ou efetivamente realizar novas perguntas, anteriormente não planejadas. As entrevistas geralmente resultam mais fáceis para o entrevistado, especialmente se for argüido sobre opiniões ou pareceres a respeito de assuntos relativos à sua especialidade ou trabalho; por outro lado, as entrevistas são desvantajosas, pois consomem muito tempo e, conseqüentemente, são também onerosas. Como o entrevistador é considerado parte do processo, pois influencia no resultado, este método exige que o mesmo seja muito bem treinado (BABBIE, 1999).

A elaboração desses instrumentos (questionários e entrevistas) é tarefa árdua e extremamente importante no processo da pesquisa. Muitas decisões de toda ordem devem ser tomadas previamente no que diz respeito a conteúdo, linguagem, formato, alocação e seqüência das perguntas e estas decisões terão conseqüências decisivas nos resultados.

Tratando-se de uma entrevista ou de um questionário, algumas premissas devem ser seguidas pelo pesquisador: (a) determinar com clareza o conteúdo, extensão e propósito da pesquisa; (b) escolher o formato de resposta adequado; (c) escolher muito bem as palavras das perguntas para assegurar a compreensão e a resposta à pergunta; (d) uma vez definida a pergunta, deve-se decidir o melhor lugar ou momento de colocá-la (BABBIE, 1999).

4.3.1.2 Técnica do Incidente crítico

Na concepção de Flanagan, seu idealizador, esta técnica de pesquisa consiste num “conjunto de processos destinados a reunir as observações diretas do comportamento humano com a finalidade de utilizar estas observações para a solução de problemas práticos e a elaboração de amplos princípios psicológicos” (FLANAGAN, 1954, p. 327). A técnica do incidente crítico delinea procedimentos para a coleta de eventos significativos que atendam aos critérios definidos na pesquisa. Por *incidente* se entende qualquer atividade humana observável que é suficientemente completa em si mesma de modo a permitir inferências e predições sobre a pessoa. Para ser *crítico*, nesse caso, o incidente deve ocorrer em uma situação onde o propósito ou a intenção da atividade estejam bastante claras ao observador e suas conseqüências estejam suficientemente definidas, para não deixar dúvidas sobre seus efeitos (FLANAGAN, 1954).

Com raízes nos estudos de Sir Frances Galton há mais de 130 anos e posterior desenvolvimento sob a forma de pesquisas de atividades recreativas, testes observacionais ou registros anedóticos, a técnica do incidente crítico tem sua origem nos trabalhos de Flanagan e de outros colegas no Programa de Psicologia da Aviação das Forças Aéreas dos Es-

tados Unidos (USAAF) estabelecido em 1941, durante a II Guerra Mundial, com a finalidade de desenvolver processos de seleção e classificação das tripulações de vôos. A técnica foi aplicada inicialmente em pesquisas menores, como o estudo sobre as razões específicas do fracasso na aprendizagem de voar, reportadas por mil candidatos a pilotos eliminados das escolas de treinamento das USAAF, em 1941; outro estudo pioneiro foi o que coletou as razões das falhas nas missões de bombardeio, que colaborou na demonstração da importância da observação e análise dos depoimentos e de como os relatos de fatos oferecem mais informações que os relatórios oficiais (FLANAGAN, 1954).

O primeiro estudo em larga escala com esta técnica aconteceu em 1944, pesquisando os problemas de liderança em combate nas USAAF. Os combatentes foram questionados sobre incidentes observados que envolvessem comportamentos especialmente úteis ou inadequados na realização de uma missão por parte do oficial de combate (“Descreva a ação do oficial. O que ele fez?”). Vários milhares de incidentes foram coletados e analisados, dando origem a uma série de categorias chamadas de “requisitos críticos” para a liderança em combate (FLANAGAN, 1954).

Com o final da II Guerra Mundial, alguns dos psicólogos que tinham trabalhado no Programa de Psicologia da Aviação das USAAF fundaram, em 1947, o Instituto Americano de Pesquisa, com o objetivo de desenvolver estudos sobre o comportamento humano. Nessa nova fase, os dois primeiros estudos, desenvolvidos também em 1947, formalizaram a técnica do incidente crítico e lhe deram essa denominação (FLANAGAN, 1954). O primeiro dos estudos foi relatado por Preston (1948 apud FLANAGAN, 1954) e tinha a finalidade de determinar os requisitos críticos para o trabalho de um oficial das USAAF; o segundo, publicado por Gordon (1947, 1949 apud FLANAGAN, 1954), determinou os requisitos críticos dos pilotos da aviação comercial. Posteriormente, já na Universidade de Pittsburgh (Departamento de Psicologia), Flanagan coordenou e orientou diversos estudos

utilizando a técnica do incidente crítico em diferentes abordagens (FLANAGAN, 1954).

Segundo Flanagan (1954), um dos problemas fundamentais da Psicologia gira em torno da descrição e análise do comportamento humano, pois este pode variar dependendo do tipo de análise efetuada e do indivíduo que a está realizando. O observador pode não informar tudo o que vê, assim como pode não detectar tudo o que ocorre. Para tanto, processos eficazes devem ser utilizados no sentido de possibilitar a análise crucial do comportamento humano, na situação analisada, impedindo que as interpretações possam deformar a realidade encontrada.

O método consiste em fazer com que o indivíduo evoque um fato ou incidente específico que está na sua memória e a ele se refira quando responde aos questionamentos do pesquisador. Para isso, a utilização de instrumentos como a entrevista e o questionário são bastante adequados. A coleta de dados pode ser observacional ou retrospectiva. Flanagan (1954) afirma que é preferível a coleta retrospectiva de dados de incidentes frescos na memória dos sujeitos em estudo.

Flanagan (1954) descreveu cinco passos na aplicação desse método: (a) determinar o objetivo geral da atividade em estudo; (b) planejar, especificar e dar instruções precisas para coletar incidentes efetivamente relacionados com a atividade; (c) coletar os dados (através de entrevistas individuais ou coletivas, aplicação de questionários e/ou fichas de observação); (d) analisá-lo, o mais objetivamente possível; e (e) interpretar e categorizar os incidentes, principalmente aqueles que tragam alguma contribuição significativa para a atividade em estudo.

A observação direta destinada à especificação do comportamento e à categorização dos critérios a serem analisados será facilitada se o observador estiver familiarizado com a atividade do grupo que irá estudar, porém, também pode interferir na coleta. Conseqüentemente, é importante que o participante seja informado dos procedimentos que serão se-

guidos, a fim de que fique esclarecido de que os participantes não estão sendo analisados em separado e que suas identidades permanecerão anônimas. Desta forma, tenta-se garantir que a lembrança e a escolha do incidente a ser relatado pelos participantes não sejam influenciadas pelo pesquisador.

Flanagan (1954) percebeu que pequenas mudanças nas perguntas podem produzir diferenças substantivas nos resultados. Por isso, o teste-piloto ou pré-teste (BABBIE, 1999) é necessário para melhor avaliar o instrumento do estudo. Nesse modelo, a pergunta inicial deve ter breve especificação do tipo de comportamento que se considera relevante e os sujeitos do estudo devem ser solicitados a referir-se a determinados incidentes, como por exemplo, o mais recente.

Com referência à quantidade de incidentes a serem examinados, Flanagan (1954) afirma que não é uma questão fácil de ser respondida, pois depende da complexidade das atividades em estudo. Algumas vezes, entre 50 e 100 incidentes podem ser suficientes, cada sujeito pode contribuir com um ou dois incidentes, outras vezes podem ser necessárias quantidades muito maiores.

Por sua vez, a análise dos dados depende do propósito da pesquisa, da formulação das categorias (reconhecendo ser este um processo subjetivo) e do comportamento geral que se estabeleceu como parâmetro, ou seja, o nível de especificação/generalização ao reportar os dados, com relação a esse comportamento geral. Deve-se interpretar e reportar os resultados reconhecendo as limitações (vieses do pesquisador ou da representatividade do grupo estudado), típicas dificuldades dos estudos qualitativos. Daí cabe ao pesquisador definir a importância e as limitações do estudo (FLANAGAN, 1954).

Na área de Biblioteconomia, ao redor dos anos 80, intensificaram-se as pesquisas e publicações sobre estudos de usuários devido às preocupações com o planejamento e a avaliação das atividades de informação. Estes estudos, segundo Pereira (1979), focavam espe-

cificamente três temas “(a) estudos relativos ao uso/avaliação dos serviços de informação/biblioteca; (b) hábitos de reunião/obtenção de informação [...]; (c) fluxo de informação nos laboratórios de pesquisa e desenvolvimento” (PEREIRA, 1979, p. 26).

No Brasil essa literatura começa a partir de 1969 (PEREIRA, 1979). Na década seguinte, os pesquisadores brasileiros da área de Biblioteconomia estavam interessados em que os métodos utilizados nos estudos de comportamento humano, como eram esses estudos de usuários, refletissem uma realidade e não apenas um “amontoado de dados” e se preocupavam em buscar um instrumento efetivo de coleta de dados, visto que, apesar da grande quantidade de estudos realizados nos países desenvolvidos, sua qualidade vinha sendo questionada, devido não somente às análises pobres e descontextualizadas, mas também ao instrumental utilizado.

Pereira (1979) realiza então um estudo da técnica do incidente crítico e as formas como ela foi otimizada em diversas pesquisas ao redor do mundo, objetivando evidenciar as “implicações decorrentes de sua aplicação e sugerindo medidas que devem ser levadas em consideração nos países em desenvolvimento” (PEREIRA, 1979, p. 27). Ao final, Pereira acaba recomendando a utilização do incidente crítico nos estudos de comportamento de usuários desde que “sejam observadas as peculiaridades inerentes à comunidade que se deseja estudar” (PEREIRA, 1979, p. 45).

A partir dessa época, podem ser encontradas no Brasil diversas dissertações e teses de estudos sobre necessidades de informação de diversos tipos de usuários (SÁ, 1985; COSTA, 1992); uso da informação (DILLAN, 1985; SANTOS, 1987; DIAS, 1990); fluxo da informação (SUGAI, 1986) e a relação informação/conhecimento (SILVA SOBRINHO, 2000) que utilizam a técnica do incidente crítico.

Os pesquisadores na área de informação em saúde aplicam frequentemente o incidente crítico como método de pesquisa do comportamento informacional. No trabalho de

Urquhart et al. (2003) sobre a técnica do incidente crítico pode ser observada uma tabela onde estão elencados diversos estudos que investigam, por exemplo: as motivações para a busca informacional; a urgência da requisição; o tipo de informação requerida; fontes utilizadas e as razões para utilizar essas fontes. Uma das mais amplas pesquisas foi a da National Library of Medicine sobre o uso do MEDLINE (base de dados bibliográficos) com 533 profissionais da área de saúde (a maioria da área médica) entrevistados por telefone, visando a descrição das suas recentes pesquisas no MEDLINE que tivessem sido especialmente úteis (ou não) no seu trabalho cotidiano (LINDBERG et al., 1993).

Tais estudos sobre comportamento informacional na área de saúde utilizaram a técnica do incidente crítico e valeram-se de diversos instrumentos. Timpka, Ekstrom e Bjurulf (1989), investigando médicos de família, utilizaram o questionário; Timpka e Arborelius (1990) investigaram médicos generalistas usando a gravação em vídeo. Inovador foi o método proposto por Soonenwald (2001), também utilizando a técnica do incidente crítico, na formulação do mapa do “horizonte informacional”, um conceito teórico onde o contexto e a situação orientam a construção de “cartografias” pessoais e coletivas para reportar as dimensões do comportamento informacional.

Na técnica do incidente crítico, encoraja-se o participante a contar sua história. As situações exploradas são as memoráveis, que têm possibilidade de serem lembradas de forma mais confiável, apesar de não haver garantias para isso. Pesquisando sobre necessidades informacionais, esta técnica é menos útil quando se explora situações em que não há decisões a serem tomadas ou quando o investigado não tem consciência de sua necessidade informacional ou do problema em questão. Isso limita a utilização do incidente crítico, pois não haverá incidentes relatados relacionados às necessidades não expressas ou não concebidas. Por essa razão, o pesquisador deve estar atento a esta limitação da técnica e utilizar elementos complementares para obter conclusões mais abrangentes.

Os estudos sobre o valor e o impacto dos serviços de informação na prática clínica também têm utilizado a técnica do incidente crítico. Esses estudos não objetivavam dimensionar os serviços em termos de saber se eram bons ou não. A maioria objetivava determinar o resultado do uso da informação e dessa forma, implicitamente, o valor dado ao serviço. Um exemplo disso é o estudo de Urquhart e Hepworth (1995), que utilizou a técnica do incidente crítico para examinar os padrões de necessidades e uso da informação entre os médicos no Reino Unido, permitindo assim avaliar o valor da informação na tomada das decisões clínicas. Assim como o estudo de Saracevic e Kantor (1997), nos Estados Unidos, sobre o valor das bibliotecas de pesquisa.

Urquhart et al. (2003) examinaram a utilização da técnica do incidente crítico, utilizada no projeto JUSTEIS (ARMSTRONG et al., 2000 apud URQUHART et al., 2003) e no projeto VIVOS (YEOMAN et al., 2000, 2001 apud URQUHART et al., 2003), em comparação com a técnica de explicitação (VERMERSCH, 1994 apud URQUHART et al., 2003) utilizada num estudo sobre os processos mentais de usuários experientes ao interagir com os *websites*, especificamente naquelas tarefas de preenchimento de caixas de comentários, campos de pesquisa ou de formulários de requisição de compra (LIGHT & WAKEMAN, 2001 apud URQUHART et al., 2003).

Esses trabalhos estudam tendências na utilização de serviços de informação eletrônicos. No projeto JUSTEIS (The Joint Information Systems Committee Usage Survey Trends in Electronic Information Services) (ARMSTRONG et al., 2000, apud URQUHART et al., 2003), por exemplo, o que se propunha era extrair dos sujeitos um evento memorável, recente, de busca de informação, e que envolvesse o uso do computador, obtido de um questionário enviado por *e-mail* ou pelo correio. Posteriormente foi aplicada uma entrevista para obter maiores informações sobre o que influencia o sujeito na utilização de serviços de informação eletrônicos. Quando comparados os resultados do questionário com

a análise das entrevistas, ficou clara a diferença entre as respostas. Estas diferenças não podiam ser unicamente atribuídas a pequenas mudanças ou nuances na formulação das perguntas. As pessoas a quem foram aplicados os questionários, apesar de receber instruções objetivas, responderam em termos gerais, dando detalhes do que usualmente fazem quando buscam informação e não do que fizeram “em uma ocasião específica”, como se pergunta na técnica do incidente crítico. Isto ficou mais evidente ao comparar as respostas sobre o grau do sucesso obtido com a busca, pois houve diferença significativa entre as respostas ao questionário e às entrevistas. Ou seja, os participantes da pesquisa pareciam recordar diferentes momentos de busca quando conversavam com o entrevistador e quando respondiam ao questionário. Contudo, é problemático também saber como e porque o pesquisado escolhe determinado incidente. Por exemplo, Gonzáles Teruel e Abad Garcia (1999) refere que quando o entrevistador faz parte do grupo, ou seja, é familiar ao contexto – como Flanagan (1954) propõe – pode acontecer que o entrevistado procure um incidente que foi importante, ou de êxito, não necessariamente o mais recente, justamente por constrangimento.

As diferenças entre as respostas obtidas em questionários e em entrevistas provavelmente estão relacionadas com a observação feita por Flanagan (1954) de que pequenas ou sutis mudanças na formulação da pergunta podem ocasionar grandes mudanças nos resultados. Por isso, a confiabilidade de um questionário, nesses casos, é menor que a da entrevista, onde há ocasião para esclarecer diversos detalhes caso o pesquisado esteja abordando uma questão fora de contexto.

No projeto VIVOS (Value and Impact of Virtual Outreach Services) (YEOMAN et al., 2000, 2001 apud URQUHART et al., 2003), objetivava-se avaliar os serviços da biblioteca virtual em saúde. Os serviços foram definidos como todos aqueles que permitiam ao profissional de saúde acessar a informação sem ter que ir pessoalmente à biblioteca. A téc-

nica do incidente crítico foi utilizada e complementada com entrevistas e questionários, visando conhecer a natureza dos serviços utilizados pelos usuários e as estratégias alternativas utilizadas pelos não-usuários. A técnica mostrou-se efetiva, pois, através do relato de um exemplo real sobre uma necessidade informacional, pôde-se conhecer não somente a utilização de recursos eletrônicos, como também as motivações e problemas na utilização de fontes informacionais. A técnica permitiu, sobretudo, avaliar o resultado da utilização da informação encontrada, ou seja, saber se os serviços oferecidos pela biblioteca virtual tinham impacto sobre as decisões na prática clínica.

Portanto, nesta pesquisa, Levando em conta as vantagens e limitações tanto do *survey* como da técnica do incidente crítico e havendo optado pela utilização do questionário como instrumento, decidiu-se pela formulação de, numa primeira parte do questionário, diversas perguntas destinadas a conhecer o comportamento informacional do médico-residente perante uma necessidade de informação para sua prática clínica (*survey*), e, em um bloco final, perguntas para obter o relato de um fato real (incidente crítico), recente, em que houvesse existido uma necessidade informacional, e qual foi o comportamento do pesquisado nesse momento. Obteve-se, dessa forma, o delineamento do comportamento de ambas as formas, geral e específica.

4.3.2 Definição da amostra

Escolheu-se o grupo de médicos-residentes do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) por considerar que estes profissionais têm no atendimento ao paciente sua principal atividade durante esse curso de pós-graduação *lato sensu*, pois a Residência Médica prepara para a prática de uma especialidade, e é também uma fase do processo educacional (MARCONDES & GONÇALVES, 1998). Dessa forma, esse grupo de estudo ofereceu à pesquisadora oportunidade para conhecer o comportamento informacional de um indivíduo que além de ter a necessidade de

resolver um problema (perguntas que surgem durante o atendimento), por se encontrar num processo de aprendizagem, tem também a necessidade de buscar esta informação.

Inicialmente, foi solicitada à Comissão de Residência Médica (COREME) do HUPES a lista nominal dos médicos-residentes, distribuídos por especialidade e ano de ingresso. Esta lista continha o nome de 120 médicos-residentes.

Com a intenção de obter uma amostra representativa da população, resolveu-se que desse conjunto de médicos-residentes, todos os do terceiro ano (R3) seriam incluídos, por serem o grupo menor (n=17), representando os casos-índice. Para cada um deles (R3) foi selecionado ao acaso (através de sorteio simples) dois médicos-residentes do primeiro ano (R1) e dois outros do segundo ano (R2). Assim, o grupo de estudo seria completado por 85 médicos-residentes, identificados pelo nome, especialidade e ano. Dessa forma, também foi possível planejar comparações entre os três grupos de médicos-residentes (R1, R2 e R3).

Esta amostra porém sofreu modificações ao longo do processo da coleta de dados, porquanto, uma vez realizado o sorteio e empreendida a caminhada ao encontro do sujeito selecionado, descobriu-se que alguns deles estavam de férias, outros de licença maternidade ou médica, outros tinham abandonado o curso, outros tinham viajado para algum curso fora do Estado da Bahia e, por último, alguns médicos-residentes do terceiro ano (R3) estavam em estágio opcional em outros serviços da cidade do Salvador (Bahia) ou de outros Estados. Esses fatos ocasionaram número desigual de questionários respondidos por grupo de médicos-residentes, como primeiramente estipulado (R1, R2 e R3), tendo sido recuperadas as respostas de 39 médicos-residentes do primeiro ano (R1), 24 médicos-residentes do segundo ano (R2) e 10 médicos-residentes do terceiro ano (R3), como mostra a Tabela 2 do capítulo Resultados.

Essa flexibilização na metodologia foi avaliada, na perspectiva dos objetivos da

pesquisa, e percebeu-se que existia um fator, previamente não conhecido, que respaldava esta decisão; alguns dos pesquisados já tinham cursado outro programa de residência médica (PRM) completa ou outro tipo de curso de especialização. Isso é freqüente, pois existem pré-requisitos para algumas especialidades, por exemplo, dois anos de residência em Clínica Médica devem ser cursados antes de se ingressar nos PRM das especialidades clínicas, como são Cardiologia, Dermatologia, Neurologia, etc., e dois anos de Cirurgia Geral para os PRM das especialidades cirúrgicas, como Cirurgia Plástica, Angiologia e Cirurgia Vascular, etc. (BRASIL, 1981). O que significa que alguns dos médicos-residentes do primeiro ano (R1) na realidade encontram-se num 3º ou 4º ano de residência, o que os classifica como médicos-residentes mais experientes no atendimento ao paciente.

Com a finalização do levantamento dos dados comprovou-se que a decisão foi apropriada, pois não comprometeu o resultado da amostra conseguida, uma vez que o que se pretendia era ter uma amostra destes profissionais em seus diferentes níveis acadêmicos e experiência prática, com o pressuposto de que poderia haver diferenças entre um médico-residente apenas iniciante na especialidade e aquele mais experiente já no final da sua formação. Isto foi conseguido ao obter um total de 33 médicos-residentes com outra residência completa ou especialização prévia e outros 33 cursando a residência pela primeira vez, totalizando 66 pesquisados. Neste agrupamento houve, porém, a perda de 7 médicos-residentes que não responderam à pergunta de se tinham cursado outro PRM completo ou curso prévio de especialização.

4.3.3 Questionário

O instrumento básico foi o questionário-padrão (Anexo II) e antes de redigir as perguntas algumas definições quanto ao vocabulário a ser empregado foram estabelecidas, uma vez que tinham sido identificadas nas pesquisas publicadas certas inconsistências, o que dificultaria posterior análise. Foi então estabelecida uma diferença entre os termos

fontes, recursos e formatos da informação. Chamou-se fontes a todos os locais ou pessoas as quais se pode recorrer para encontrar informação. Recursos a todos os suportes de informações e formatos aos diversos tipos de comunicação científica. Assim, uma biblioteca, uma coleção de livros, uma base de dados, um supervisor ou especialista, fazem partes das fontes. Os livros, os artigos, vídeos e CDs são recursos informacionais. E os formatos da informação científica da área médica são os artigos originais, as revisões, os protocolos de atendimento, os relatórios de pesquisa e as comunicações em eventos.

Desta forma o questionário contou com 35 perguntas fechadas, divididas em 6 partes, porém apresentadas ao pesquisado como um todo:

- a primeira parte, visava a definir através de sete perguntas o perfil do pesquisado com dados demográficos (idade, sexo), dados sobre a residência e ano em que se encontra na pós-graduação (especialização ou outra residência completa), e instituição onde foi realizada a graduação. Além disso, dados relativos à quantidade de horas dedicadas ao atendimento de pacientes e número de pacientes atendidos diariamente;

- a segunda parte, composta por três perguntas, visava a estudar o comportamento informacional deste profissional, questionando-o sobre o seu procedimento em caso de necessidades de informação surgidas durante a prática médica; saber se utiliza fontes de informação e quais, para resolver questões do atendimento; saber quais são os motivos que fazem com ele se predisponha a procurar essa informação e também os motivos que podem fazê-lo desistir dessa busca;

- a terceira parte tratava de conhecer os hábitos e preferências de utilização e manejo de recursos informacionais. Desta forma, através de oito perguntas, questionou-se sobre frequência de utilização de bibliotecas especializadas na área médica, razões da não frequência quando era o caso, preferência por fontes de informação, por recursos de informação, e pelo formato da informação. Procurou-se saber também que meio de procura

é preferido pelos médicos-residentes, assim como quais fontes informacionais utilizam para se manter informados das novidades da profissão. Questionou-se ainda sobre o material que faz parte da coleção particular do pesquisado e sobre que recursos informacionais são considerados pelos mesmos como imprescindíveis à uma boa prática profissional;

- a quarta parte, procurou saber sobre o conhecimento dos recursos informacionais e suas habilidades no manejo dos mesmos. Nove perguntas foram incluídas, sobre a realização da pesquisa bibliográfica em bases de dados; seu grau de satisfação com os resultados obtidos; os problemas enfrentados no manejo das bases; procedimentos adotados para acesso ao texto completo da informação coletada; e o formato preferido desses documentos. Pediu-se ainda informação sobre o conhecimento e frequência de utilização das principais bases de dados bibliográficas da área médica;

- a quinta parte objetivava saber o assunto clínico das perguntas que surgem com mais frequência no consultório. Duas perguntas foram formuladas com a intenção de definir o assunto mais frequente e o segundo assunto mais frequente que surge durante o atendimento aos pacientes;

- a sexta e última parte constituiu-se de um grupo de seis perguntas utilizando a técnica do incidente crítico (FLANAGAN, 1954) que visava a recolher informação mais realista do comportamento do médico-residente, colocando-o perante alguma situação específica da vida real e que tivesse ocorrido nos últimos trinta dias. Assim, o sujeito da pesquisa foi levado a narrar com suas respostas o que ocorreu naquela ocasião em que houve uma necessidade concreta de informação surgida no atendimento ao paciente; saber se tentou procurar a informação, onde, e se a encontrou, qual foi o impacto imediato que a informação provocou e o que essa informação modificou, contribuiu ou evitou que acontecesse naquela consulta.

A utilização do questionário e do incidente crítico tem como desvantagem o fato de

ambas as técnicas estarem baseadas exclusivamente na memória do pesquisado (viés de memória) (PEREIRA, 1979). Uma alternativa para escapar dessa restrição seria a pesquisa etnográfica, porém, avaliou-se a mesma como inadequada em decorrência de dois aspectos fundamentais: a impossibilidade de dispor de uma equipe de apoio e a exigüidade do tempo físico para a conclusão da pesquisa. Também, o risco do viés de memória poderia ser reduzido com o uso, como instrumento, da entrevista em lugar do questionário, o que contribuiria para a maior aproximação do pesquisador com o pesquisado, e, ao aplicar a técnica do incidente crítico, extrair maiores detalhes do fato narrado. Porém, por outro lado, teria como desvantagem a redução do número de entrevistados, dado o fato de se tratar de uma pesquisa realizada por uma única pessoa.

Finalmente, oitenta e cinco questionários foram entregues, e setenta e três (86%) foram obtidos preenchidos. Nenhum precisou ser excluído.

Os questionários impressos constavam de uma folha de rosto contendo uma carta (Anexo I) explicando o objeto da pesquisa e no rodapé uma parte destinada a colher os seguintes dados do médico-residente: nome, telefone, endereço de correio eletrônico, especialidade do PRM, ano, e a assinatura de consentimento para participar na pesquisa. O corpo do questionário totalizava cinco folhas impressas com aquelas 35 perguntas fechadas.

4.3.4 Pré-teste

Uma vez concluída a formulação do questionário, foi aplicado um pré-teste para o qual foram selecionados dez estudantes do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB), UFBA, do décimo segundo semestre (último do curso médico), com estágio curricular no HUPES, após levantamento junto ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina (FAMEB). Dessa forma o teste caracteriza-se como um pré-teste e não teste-piloto, de acordo com (BABBIE, 1999), pois os testes-piloto são realizados com uma

pequena parte da mesma população do estudo, e nesta pesquisa, selecionou-se participantes com atividades e características similares. Primeiramente, foram conseguidos os endereços eletrônicos de mais de 20 estudantes e enviou-se o questionário para todos, na tentativa de conseguir 10 respostas, mas só foi recebida uma resposta. O estudante que respondeu ao questionário, via correio eletrônico, se dispôs a colaborar repassando o pedido para os colegas, mas isso foi inútil. Imprimiu-se então o questionário e com o auxílio de dois estudantes de Medicina foram obtidos 8 questionários respondidos.

Nesse pré-teste, o questionário tinha ainda 28 perguntas e o definitivo teve 35. Este acréscimo não significou que foram incluídas informações novas, o que houve foi a reformulação de algumas questões no sentido de torná-las mais compreensíveis. Interessante destacar que o resultado do pré-teste assemelha-se muito ao resultado da pesquisa.

4.3.5 Coleta dos dados

Previamente ao início da coleta de dados, foi dada entrada ao processo perante Comissão de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia - CEP/MCO/UFBA – obtendo autorização para a realização da pesquisa através do Parecer N° 72/2004 (Anexo III) . Esse procedimento é requisito obrigatório para qualquer pesquisa realizada com seres humanos, de acordo com a Resolução N° 196 de 1996 da Comissão Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (1996). Além desse procedimento, apresentou-se também o projeto ao Diretor do HUPES, ao Diretor da FAMEB e ao Coordenador da COREME do HUPES, obtendo-se em todos os casos a concordância e o apoio para levar a cabo a pesquisa.

Para a coleta de dados pensou-se no primeiro momento em utilizar as vantagens do correio eletrônico, porém constatou-se já no pré-piloto, como foi relatado, que havia a possibilidade dos pesquisados não responderem. Por outro lado, tanto o Coordenador da COREME como a secretária desencorajaram essa tentativa, afirmando que os médicos-

residentes não têm hábito de abrir suas caixas postais eletrônicas, receber e/ou enviar documentos via correio eletrônico ou ainda responder a chamados para reuniões e/ou aulas através deste meio. Foi surpreendente para esta pesquisadora esse fato, pois se sabe da difusão desse meio de comunicação nos dias atuais. Mais surpreendente ainda quando depois de analisados os resultados desta pesquisa, constatou-se que 95% dos médicos-residentes possuem computador em seu domicílio. Por isso, decidiu-se pela impressão do questionário e o contato pessoal com cada pesquisado, o que poderia, por um lado, evitar um número muito pequeno de respostas, e assim inviabilizar a pesquisa. Não obstante, essa realidade também favoreceu o maior contato e conhecimento de parte da vida profissional dessa população em estudo.

Através da COREME-HUPES, conseguiu-se a informação de como localizar os médicos-residentes selecionados, uma vez que não existe um local de aulas específico para o grupo como um todo. Cada médico-residente está engajado no programa de um serviço de acordo com a especialidade que cursa, e o treinamento é em serviço (enfermarias, ambulatórios, centro cirúrgico, UTI, etc.).

Cada serviço tem sua própria programação, local de atuação, horário e normas. Esta situação levou a pesquisadora a percorrer os diferentes serviços em que os médicos-residentes selecionados se encontravam no Hospital Universitário Professor Edgar de Santos, no Ambulatório Professor Magalhães Neto, no Centro Pediátrico Professor Hossanah de Oliveira, e na Maternidade Climério de Oliveira (localizada em outro bairro da cidade, Nazaré), assim como alguns serviços de estágios externos (Hospital Martagão Gesteira e Hospital São Rafael) foram visitados. Em algumas oportunidades, houve a necessidade de deslocamento até o domicílio do médico-residente a fim de coletar os dados.

Organizou-se, então, uma lista com os nomes dos 85 médicos-residentes sorteados, classificados por especialidade, e outra pela ordem alfabética do nome da pessoa. Junto ao

nome de cada médico-residente colocavam-se os dados que eram obtidos ao longo da busca dessa pessoa, como por exemplo, o local e o dia em que poderia ser encontrado e o telefone. Esses dados, obtidos primeiramente na Secretaria da COREME-HUPES, eram acrescidos das informações colhidas através dos colegas que iam sendo localizados.

Uma vez abordada a pessoa e obtido o consentimento de participação, entregava-se o questionário e agendava-se o dia, hora e local da devolução. Este constituiu o fator complicador da coleta de dados. Os pesquisados, em mais de 90% dos casos, não concordaram em responder ao questionário na mesma hora, mesmo quando a pesquisadora se propunha a esperar. A promessa de ser preenchido e devolvido em determinado dia, hora e local foi descumprida por mais de 70% dos pesquisados. Isso obrigou a pesquisadora a retornar várias vezes ao mesmo local, efetuar muitas ligações telefônicas e exortar o pesquisado a devolver o questionário.

Atribuímos esse fator complicador ao fato do questionário ser extenso. Porém, os médicos-residentes em mais de 95% dos casos não reclamaram da extensão do questionário, não fizeram críticas, pelo contrário, receberam-se elogios, apoio e votos de sucesso na pesquisa. Compreende-se que na vida diária, completamente repleta de atividades, o médico-residente é levado a esquecer de responder, esquecer de trazer e/ou perdido o dia ou horário do encontro previamente agendado. Essas situações não significam que haja desinteresse ou falta de cooperação necessariamente, e sim um acúmulo de atribuições. Não se tem para relatar nenhum caso de confronto, desavença, desentendimento ou problema de qualquer ordem no contato com a população estudada.

Assim, os questionários foram entregues pessoalmente por esta pesquisadora que contou ainda com o auxílio e companhia, nos primeiros momentos, de uma estudante do 4º ano de Medicina da FAMEB-UFBA (Cecília Nizarala Martinez), que com seu conhecimento do ambiente hospitalar foi introduzindo esta pesquisadora pelos corredores, enfer-

marias e ambulatórios até ficar familiarizada com o local. Três a quatro dias por semana durante 45 dias, entre 29 de setembro e 11 de dezembro de 2004, nos turnos matutino, vespertino e noturno, compareceu-se aos hospitais ou serviços anexos e a cada dia entregavam-se alguns questionários e recolhiam-se outros, isso na dependência de ser encontrada a pessoa que se estava procurando ou não. Esteve-se em consultórios ambulatoriais, emergência, salas de espera de centros cirúrgicos, enfermarias, laboratórios, salas de tomografia e ressonância magnética, salas de aula, salas de descanso, salas de reunião, salas de curativos, e infinitas horas em corredores ou salas de espera, aguardando. Lentamente conseguiu-se reaver 73 questionários preenchidos, todos válidos.

Devido à modalidade do trabalho/estudo dos médicos-residentes, ocorrem diversos deslocamentos dos mesmos durante os 2 ou 3 anos em que dura o Programa da Residência Médica (PRM), alguns dentro da cidade para os diversos serviços hospitalares, e outros para fora do Estado. Assim sendo, e como a coleta transcorreu nos últimos meses do ano, quando é comum o pedido de deslocamento, como também de férias, houve que esperar a volta de alguns médicos-residentes que se encontravam fora, como também acelerar o encontro com outros que estavam de partida.

Vale destacar que nesta metodologia de coleta de dados teve importante papel a perseverança e a coragem, pois, apesar de ter autorização do Diretor do Hospital, do Diretor da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA e do Coordenador da Comissão de Residência Médica do HUPES, nada identificava esta pesquisadora como tal na hora da abordagem, que ocorria sempre e em todos os casos durante o horário de trabalho. Isto implicou longas esperas, múltiplas rejeições de responder o questionário no horário planejado pela autora, inúmeros encontros desonrados ou remarcados e até pedidos de desculpa. Porém, ainda pesando as dificuldades, o resultado foi extremamente satisfatório, pois a maioria dos pesquisados colaborou generosamente com a pesquisa.

4.3.6 Tabulação dos dados

Uma vez recuperados os questionários, a primeira tarefa foi retirar a capa que continha os dados de identificação do médico-residente e arquivar em pasta separada. Ao corpo do questionário era dado um número seqüencial, porém não à capa, a fim de que as respostas não fossem identificadas. Dois arquivos para processamento dos dados foram abertos no programa Statistical Package Social Science (SPSS) versão 9.0. Um para o questionário geral e outro para o incidente crítico. Devido ao fato de que a maioria das perguntas oferecia a possibilidade de respostas múltiplas, cada alternativa de cada pergunta constitui uma variável de análise neste arquivo, perfazendo um total de 235 variáveis. O preenchimento dos arquivos foi feito de forma simultânea ao recebimento dos questionários respondidos, de modo que ao receber o último questionário a confecção do arquivo estava concluída.

Em primeiro lugar, foram estabelecidas as freqüências das respostas, visualizando dessa forma os percentuais e os números das ocorrências. Para as variáveis numéricas, como idade, horas de atendimento e número de pacientes atendidos por dia, verificou-se a média, valor máximo e mínimo.

Procedeu-se às análises separando por grupos, como tinha sido planejado e de acordo com as intercorrências relatadas no item 4.3.2. Montaram-se o Grupo A (médicos-residentes sem outro curso de pós-graduação anterior, e considerados para efeitos de análise como menos experientes), e o Grupo B (médicos-residentes com outra pós-graduação completa, e aqui considerados como mais experientes).

Ao se obter as freqüências das respostas separadas, dos dois grupos, foram estabelecidas as comparações, mas como as diferenças eram muito sutis os testes necessários foram realizados para saber se as diferenças, encontradas entre um grupo e outro, eram significativas ou deviam-se apenas ao mero acaso.

Tratando-se de variáveis não numéricas, utilizaram-se os testes Qui-quadrado, com correção de continuidade de Yates e, quando pertinente, devido às limitações do teste anterior, o teste exato de Fisher. Para os casos dos dados com mensuração ordinal aplicou-se a Prova U de Mann-Whitney. Para as variáveis com dados quantitativos-contínuos utilizou-se o teste t de Student. Em todos os testes de hipóteses utilizou-se o valor de P (probabilidade) para avaliar a diferença (bicaudal) entre os grupos A (sem pós-graduação ou menos experientes) e B (com pós-graduação ou mais experientes), sendo considerada significativa de $\leq 5\%$. Algumas variáveis tiveram freqüências semelhantes nos dois grupos, por esta razão não houve sentido para a realização de nenhum teste estatístico.

Nas variáveis ordinais, onde era perguntado sobre preferências por fontes de informação, por recursos informacionais e por formatos da informação científica (perguntas 13, 15, 16 do Questionário, Anexo II), para estabelecer a ordem de preferência dos médicos-residentes utilizou-se um sistema de ponderação. Este método consistiu em dar uma pontuação de 8 a 1, sendo o escore oito o índice para cada vez que a alternativa foi marcada em primeiro lugar na preferência do pesquisado, 7 se em segundo lugar, 6 se em terceiro e assim sucessivamente até o 1, que foi o escore para o oitavo e último lugar. Dessa forma, multiplicando o número de vezes em que a alternativa foi colocada em determinado lugar (primeiro, segundo, etc.) pelo número índice dessa posição, e somando as pontuações obtidas por cada alternativa em todas as posições, obteve-se um número total para cada variável. Comparando-se os totais de cada variável pôde-se por fim organizar uma lista em ordem decrescente, onde o número maior corresponde ao primeiro na preferência dos médicos-residentes e o menor ao último.

Uma vez obtidos todos os resultados, foram confeccionados os elementos auxiliares para a análise, os gráficos, quadros, tabelas e figuras.

Para a análise dos resultados do Incidente Crítico foram estabelecidas seis categori-

as: (a) Assunto clínico mais freqüente da informação necessitada; (c) Atitude perante a necessidade; (d) Fonte consultada; (e) Resultado da busca; (f) Impacto imediato da informação encontrada; (g) Contribuição da informação encontrada com a decisão a ser tomada: modificar, esclarecer, evitar.

5. RESULTADOS

Foram entregues aos médicos-residentes do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), selecionados como amostra desta pesquisa, 85 questionários dos quais foram coletados 73 (85,9%), cujos resultados estão apresentados nos itens subseqüentes.

5.1 PERFIL DOS MÉDICOS-RESIDENTES

O grupo em estudo tem 39 homens (53,4%) e 34 mulheres (46,6%), com uma média de idade de 27,6 (\pm 3,2) anos, sendo a idade mínima de 23 anos e a máxima de 43 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Idade dos médicos-residentes estudados (HUPES – Salvador).

Idade (anos)	Masculino	Feminino	Total
Média (\pm desvio padrão)	27,6 (\pm 3,5)	27,5 (\pm 2,8)	27,6 (\pm 3,2)
Máxima	43	38	43
Mínima	23	24	23

A Tabela 2 mostra a distribuição dos médicos-residentes da amostra, por ano no Programa de Residência Médica (PRM), e por sexo, evidenciando que 39 (53,4%) médicos-residentes estão no 1º ano (R1); 24 (32,9%) estão no 2º ano (R2) e 10 (13,7%) estão no 3º ano (R3).

Tabela 2 - Distribuição dos médicos-residentes estudados (HUPES – Salvador) por ano do PRM e por sexo

Ano do PRM	Médicos-residentes				Total	
	Masculino		Feminino			
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
R1	20	27,4	19	26	39	53,4
R2	12	16,4	12	16,4	24	32,9
R3	7	9,6	3	4,1	10	13,7
Total	39	53,4	34	46,5	73	100

O relato de outro PRM ou curso de especialização anterior foi descrito na Tabela 3 assim distribuídos: 25 (34,2%) médicos-residentes já tinham cursado outro PRM completo; 8 (11%) tinham cursado outro curso de especialização antes de ingressarem no PRM atual ao momento da pesquisa; e 33 (45,2%) estão cursando algum dos 23 PRMs do HUPES pela primeira vez. Os médicos-residentes que não responderam esta pergunta foram 7 (9,6%).

Tabela 3 - Distribuição dos médicos-residentes estudados (HUPES – Salvador) por ano no PRM e realização de curso de pós-graduação anterior

Ano PRM	Outra Residência		Especialização prévia		S/Outra pós-graduação		Não respondeu	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
R1	13	17,8	3	4,1	20	27,4	3	4,1
R2	7	9,6	4	5,5	9	12,3	4	5,5
R3	5	6,8	1	1,4	4	5,5	0	0
Total	25	34,2	8	11	33	45,2	7	9,6

No HUPES existem 26 Programas de Residência Médica (PRM) credenciados pelo Conselho Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação. Na Tabela 4 estão mostrados os 23 (88,5%) PRMs cursados pelos médicos-residentes estudados.

Tabela 4 -Distribuição dos médicos-residentes estudados (HUPES – Salvador) por PRM, por forma de acesso, e por ano do curso

Programas de Residência Médica	Acesso	R1	R2	R3	Total
Anestesiologia	ADE	-	1	-	1
Angiologia e Cirurgia Vascular	EPR	1	1	-	2
Cardiologia	EPR	3	-	-	3
Cirurgia Geral	ADE	3	-	-	3
Cirurgia Plástica	EPR	1	-	-	1
Clínica Médica	ADE	7	3	-	10
Dermatologia	EPR	1	2	-	3
Endocrinologia e Metabologia	EPR	3	1	-	4
Gastroenterologia	EPR	2	-	-	2
Gastroenterologia Pediátrica	EPR	-	-	1	1
Ginecologia e Obstetrícia	ADE	2	3	1	6
Hematologia e Hematoterapia	EPR	-	1	-	1
Infectologia	ADE	2	1	-	3
Medicina Preventiva e Social	ADE	-	2	-	2
Neurologia	EPR	-	1	1	2
Oftalmologia	ADE	2	2	1	5
Ortopedia e Traumatologia	ADE	2	-	1	3
Otorrinolaringologia	ADE	4	1	1	6
Patologia	ADE	1	1	1	3
Pediatria	ADE	2	2	-	4
Psiquiatria	ADE	-	-	1	1
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	ADE	2	1	2	5
Reumatologia	EPR	1	1	-	2
Total	-	39	24	10	73

ADE= Acesso direto à especialidade; EPR= Especialidade com pré-requisito em Cirurgia Geral (2 anos) ou Clínica Médica (2 anos)

Os médicos-residentes do HUPES, que participaram desta pesquisa, provêm de diferentes instituições e Estados como mostra-se na Tabela 5.

Tabela 5 -Distribuição dos médicos-residentes estudados (HUPES – Salvador) por Instituição da Graduação

Instituição da Graduação	(n)	(%)
Universidade Federal da Bahia	39	53,4
Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública	17	23,3
Universidade Federal de Pernambuco	3	4,1
Universidade Federal do Piauí	2	2,7
Universidade Federal do Ceará	2	2,7
Universidade Federal do Pará	1	1,4
Universidade Federal de Minas Gerais	1	1,4
Não Informado	8	11
Total	73	100

Os médicos-residentes respondentes desta pesquisa atendem pacientes durante uma média de $7,5 \pm (2,8)$ horas por dia, sendo que há uma variação entre 4 e 12 horas de atendimento diário (Tabela 6). Este dado, quando analisado por grupos (Grupo A, médicos-residentes sem pós-graduação prévia e Grupo B, médicos-residentes com outra pós-graduação) apresenta uma diferença estatisticamente significativa quando aplicado o teste t de Student ($p=0,054$), porém quando analisado por grupos separados por ano do curso (R1, R2 e R3), não há diferença estatisticamente significativa (Levene $p=0,976$; Kruskal-Wallis $p=0,291$).

De acordo com os resultados desta pesquisa os médicos-residentes pesquisados atendem em média $13,5 (\pm 6,3)$ pacientes por dia, sendo que o mínimo declarado foi de 3 pacientes por dia e o máximo de 30 pacientes por dia (Tabela 6). A diferença entre os Grupos A e B não foi estatisticamente significativa ($p=0,592$) quando aplicado o teste t de Student

Tabela 6 – Distribuição de horas de atendimento por dia e número de pacientes atendidos por dia pelos médicos-residentes estudados (HUPES – Salvador)

Medidas	Horas de atendimento por dia	Pacientes atendidos por dia
Média (± Desvio-padrão)	7,5 (± 2,8)	13,5 (± 6,3)
Máximo	12	30
Mínimo	4	3

5.2 COMPORTAMENTO PERANTE ALGUMA NECESSIDADE INFORMACIONAL

Todos os médicos-residentes da amostra, 73 (100%), declararam que durante os últimos 30 dias, anteriores à resposta do questionário, haviam consultado uma ou mais de

uma fonte de informação para assuntos relacionados ao atendimento dos pacientes. Entre as fontes mais procuradas pelos médicos-residentes estão o médico supervisor ou mais experiente - 67 (91,8%) – seguido da coleção particular - 60 (82,1%), e as ferramentas de pesquisa não especializadas na Internet como Google, Yahoo ou Cadê - 37 (50,7%). Estes dados podem ser conferidos na Tabela 7.

Tabela 7 – Fontes consultadas nos último 30 dias pelos médicos-residentes estudados (HUPES – Salvador)⁽¹⁾

Fontes	(n)	(%)
Médico Supervisor ou mais experiente	67	91,8
Coleção Particular	60	82,2
Ferramentas de Pesquisa na Internet (Google, etc.)	37	50,7
Bases de Dados Bibliográfica	33	45,2
Outro Profissional de Saúde	31	42,5
Sites de Informação Médica	24	32,9
Portal da CAPES	17	23,3
Biblioteca ou Bibliotecário	15	20,5
Outros recursos	7	9,6
Não utilizou	0	0

(1) Os números e percentuais são superiores ao total pois os respondentes podiam assinalar mais de uma opção na pergunta

Na opção de “Outros recursos”, sete (9,6%) médicos-residentes indicaram ter consultado o “Palm Top” (sem especificar qual recurso do computador portátil teriam consultado), livros do serviço e *sites* não-médicos da Internet (Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério da Previdência e Ação Social). A opção “Não utilizou” não foi marcada por nenhum dos respondentes.

Os motivos que fazem com que o médico-residente se mobilize para conseguir a informação necessária, apesar das dificuldades que possam existir, se encontram relacionados na Tabela 8.

Tabela 8 – Motivações dos médicos-residentes estudados (HUPES – Salvador) para a busca informacional ⁽¹⁾

Motivos da busca informacional	(n)	(%)
Dúvidas ou insegurança	53	72,6
Evidências de caso raro ou pouco conhecido	52	71,2
Apresentação do caso ao supervisor ou em discussão de caso	49	67,1
Interesse especial no paciente	48	65,8
Curiosidade	37	50,7
Interesse em pesquisar ou publicar o caso	27	37
Perguntas dos pacientes	27	37
Receio de cometer erro médico	24	32,9
Outros motivos	4	5,5
Não respondeu	1	1,4

(1) Os números e percentuais são superiores ao total pois os respondentes podiam assinalar mais de uma opção na pergunta

Os motivos indicados por 4 (5,5%) médicos-residentes na opção “Outros” foram: “necessidade de oferecer o que há de melhor e mais atual para o paciente”; “interesse em praticar medicina baseada em evidências”; “relacionar prática/teoria para facilitar o aprendizado” e “emissão de relatórios médicos”.

Por outro lado, a decisão de procurar a informação necessária, pode ser impedida, para 36 (49,3%) médicos-residentes, pela falta de tempo ou pela inexistência de uma biblioteca de fácil acesso ou com acervo e serviços adequados como declararam 27 (37%) deles. Já, 14 (19,2%) médicos-residentes se sentem impedidos pelas dificuldades em localizar os documentos pertinentes; e 11 (15,1%) pelo custo financeiro dos documentos. As barreiras lingüísticas foram assinaladas por 9 (12,3%) médicos-residentes, e, para 7 (9,6%) médicos-residentes, o fato de não dispor de um computador, os impediria de realizar a busca, ou também, como indicaram 6 (8,2%) deles, não saber manejar os diferentes recursos informacionais eletrônicos (Internet, Bases de dados, etc.). Somente 1 (1,4%) médico-residente disse que não dispor de coleção particular o impediria de realizar a busca. Um médico-residente não respondeu esta pergunta (Tabela 9).

Nesta pergunta sobre os motivos que dificultam a busca (número 10 do Questionário – Anexo II) havia também uma indicação de que, caso *nenhum* obstáculo ou dificuldade o impedisse de concluir a consulta informacional, poderia se deixar de responder a pergunta e se passar para a seguinte. Nenhum médico-residente optou por esta alternativa.

Tabela 9 -Motivos que dificultam a busca informacional dos médicos-residentes estudados (HUPES – Salvador)⁽¹⁾

Motivos que dificultam a busca informacional	(n)	(%)
Falta de tempo	36	42,3
Inexistência de uma Biblioteca de fácil acesso ou com um bom acervo	27	37
Dificuldade em localizar documentos pertinentes	14	19,3
Custo financeiro dos documentos	11	15,1
Barreiras lingüísticas	9	12,3
Não dispor de computador pessoal	7	9,6
Não saber manejar os diferentes recursos informacionais eletrônicos (Bases de dados, etc.)	6	8,2
Não dispor de coleção particular	1	1,4
Não respondeu	1	1,4
Outros	0	0

(1) Os números e percentuais são superiores ao total pois os respondentes podiam assinalar mais de uma opção na pergunta

5.3 HÁBITOS E PREFERÊNCIAS POR FONTES E RECURSOS INFORMACIONAIS

A freqüência às bibliotecas especializadas da área médica faz parte da rotina profissional de 30 (41,1%) médicos-residentes desta pesquisa. Sendo que 18 (24,6%) as freqüentam raramente, e 24 (32,9%) não freqüentam as bibliotecas médicas. Um médico-residente não respondeu esta pergunta. Quando analisado por grupos (Grupo A dos médicos-residentes menos experientes e Grupo B dos mais experientes) este resultado apresenta uma diferença estatisticamente significativa segundo o Teste t de Student ($p=0,0336$). Dos 33 médicos-residentes que compõem o Grupo A, 18 (54,5%) freqüentam as bibliotecas

especializadas, entando que dos 33 médicos-residentes do Grupo B, apenas 8 (24,2%) declararam freqüentá-las (Gráfico 1), sendo essa diferença significativa ($p=0,0336$)

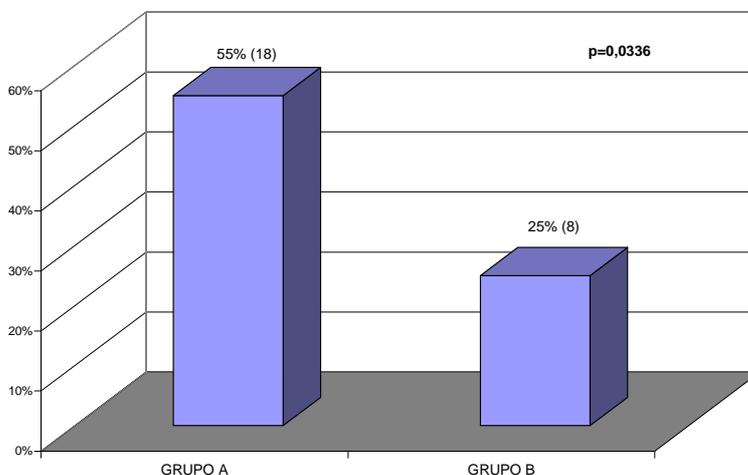


Gráfico 1 - Comparação entre os Grupos A e B em relação freqüentar bibliotecas especializadas da área médica rotineiramente

Dos 30 médicos-residentes que responderam que freqüentam bibliotecas especializadas da área médica, 19 (63,3%) freqüentam a biblioteca do HUPES, e 3 (10%) a da FAMEB-UFBA. Os outros 8 (26,7%) médicos-residentes, que declararam freqüentar as bibliotecas, quando questionados sobre quais eram essas bibliotecas, indicaram informações improcedentes (coleções de livros existentes em alguns setores do Hospital), por esta razão foram computadas como respostas inválidas (Gráfico 2).

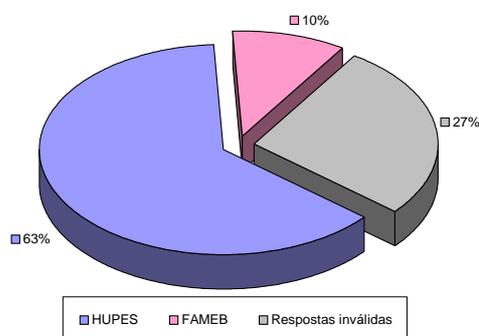


Gráfico 2 - Bibliotecas especializadas da área médica freqüentadas pelos médicos-residentes estudados (HUPES – Salvador)

Dos 42 (57,5%) médicos-residentes que não freqüentam bibliotecas ou o fazem raramente, 27 (64,3%) citaram como motivo a desatualização dos acervos das bibliotecas, 11 (26,2%) porque as bibliotecas não possuem o material bibliográfico que eles necessitam, e também 11 (26,2%) médicos-residentes consideram que não precisam de biblioteca porque fazem tudo pela Internet. Os demais motivos foram assinalados por uma média de cerca de 14% da população estudada, como se pode visualizar na Tabela 10. Apenas 3 (7,1%) deixam de freqüentar bibliotecas por considerar que os bibliotecários não estão preparados para o atendimento, 2 (4,8%); por encontrar dificuldades para procurar nos catálogos ou nas estantes das bibliotecas; e 1 (2,4%) porque as bibliotecas não possuem espaços adequados para o estudo e a pesquisa. Um respondente indicou a opção “Outros”, especificando que procura ter seu próprio acervo. Um médico-residente não respondeu esta pergunta (Tabela 10).

Tabela 10 - Motivos da não freqüência às bibliotecas especializadas da área médica pelos médicos residentes estudados (HUPES – Salvador)

Por que não freqüentam Bibliotecas?	(n)	(%)
Os acervos das bibliotecas não estão atualizados	27	64,3
As bibliotecas não possuem o material bibliográfico que necessitam	11	26,2
Não precisam de bibliotecas porque fazem tudo pela Internet	11	26,2
Porque os horários de atendimento das bibliotecas não são adequados	7	16,7
Por não conhecer ou não ter acesso a uma biblioteca com um bom acervo	7	16,7
Porque as bibliotecas não possuem computadores suficientes para a pesquisa	6	14,3
Porque as bibliotecas não disponibilizam serviços personalizados de pesquisa bibliográfica	5	11,9
Por não encontrar nas bibliotecas um profissional da informação disponível para atendê-lo	4	9,5
Por considerar que os bibliotecários não estão preparados para o atendimento	3	7,1
Por encontrar dificuldades para procurar nos catálogos ou nas estantes das bibliotecas	2	4,8
Porque as bibliotecas não possuem espaços adequados para o estudo e a pesquisa	1	2,3
Outros motivos	1	2,3
Não respondeu	1	2,3

(1) Os números e percentuais são superiores ao total pois os respondentes podiam assinalar mais de uma opção na pergunta

Quando procuram por informação os médicos-residentes se dividem em 35 (47,9%) que preferem o meio eletrônico e 33 (45,2%) que preferem o meio impresso. Cinco (6,8%) deixaram de responder esta pergunta (Figura VI).

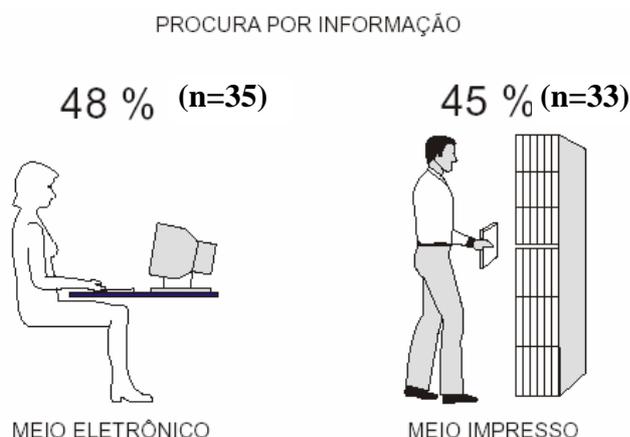


Figura VI - Meio de busca da informação dos médicos residentes

No item “Comportamento do médico-residente perante alguma necessidade informacional” (item 5.2), apresentou-se o resultado de quais fontes de informação tinham sido consultadas pelos médicos-residentes nos últimos trinta dias. Neste item apresentam-se os resultados das *preferências* em relação às fontes de informação, colocando-as no Quadro I em ordem hierárquica.

Ordem de preferência por Fontes de Informação
1º – Coleção Particular
2º – Médico supervisor ou mais experiente
3º – Ferramentas de Pesquisa na Internet (Google, Cadê, etc.)
4º – Bases de Dados bibliográficas
5º – <i>Sites</i> médicos na Internet
6º – Biblioteca ou bibliotecário
7º – Outro médico ou profissional da área de saúde
8º – Portal da CAPES

Quadro I – Fontes de informação, pela ordem de preferência dos médicos-residentes estudados (HUPES – Salvador)

Seguindo o procedimento relatado na Metodologia desta dissertação (item 5.6), construiu-se um gráfico (Gráfico 3) que permite visualizar, através das diferentes cores, a quantidade de vezes em que a fonte foi indicada para ocupar aquela posição na preferência dos médicos-residentes.

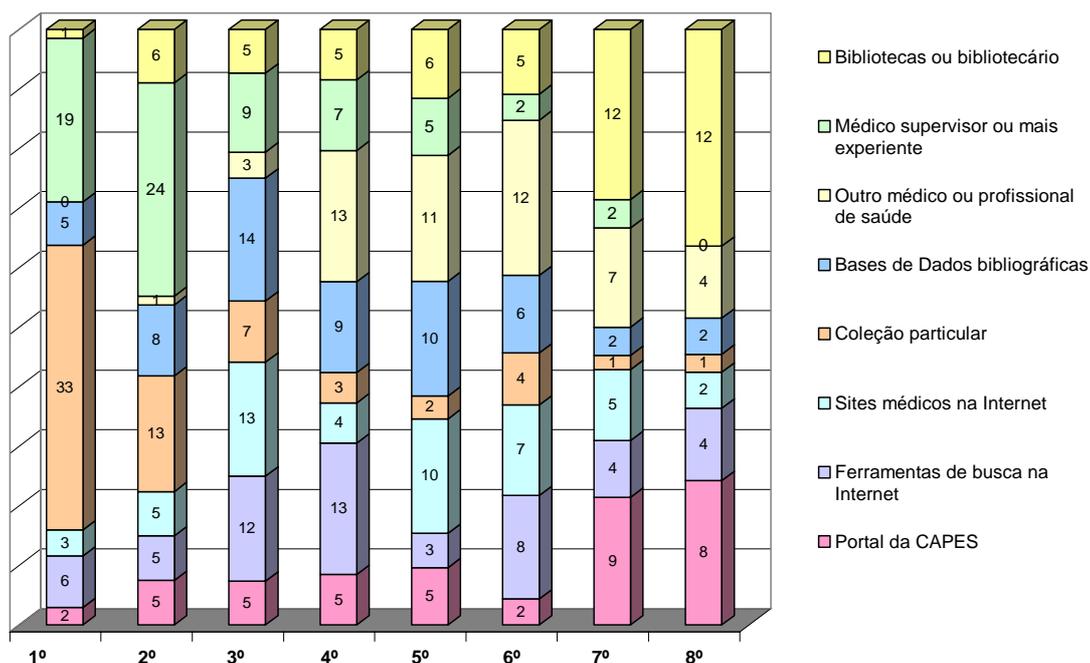


Gráfico 3 - Fontes de informação, em ordem de preferência dos médicos-residentes estudados (HUPES – Salvador), com indicação do número de vezes que foi indicada para ocupar cada posição.

Quanto as preferências por fontes de informação, quando analisadas por grupos (Grupo A, dos médicos-residentes menos experientes; vs. Grupo B, dos mais experientes), quanto a fonte preferida em primeiro lugar, encontra-se diferença estatisticamente significativa quando aplicada a Prova U de Mann-Whitney ($p=0,031$). Os médicos-residentes do Grupo A, preferem em primeiro lugar consultar sua coleção particular, e em segundo, consultar o médico supervisor ou mais experiente, enquanto que os médicos-residentes do Grupo B, preferem ao contrário, em primeiro lugar o médico supervisor ou mais experiente e em segundo à coleção particular (Tabela 11).

Tabela 11 – Primeira e segunda fonte de informação preferidas pelos médicos-residentes dos Grupos A e B.

Fontes de Informação preferidas	Grupo A		Grupo B	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Médico supervisor ou mais experiente em 1º lugar	10	30,2	11	33,3
Coleção particular em 1º lugar	17	51,5	7	21,2

A coleção particular dos médicos-residentes, desta pesquisa, compõe-se de: livros, indicados por todos (100%) os pesquisados; CD ROMs científicos, apontados por 53 (72,6%); vídeos científicos, por 14 (19,2%) e Anais de Congressos, marcados por 45 (61,6%) respondentes. Assinam periódicos impressos 15 (20,5%) médicos-residentes, e 17 (23,3%) assinam periódicos eletrônicos. Na opção “Outros”, dois (3%) médicos-residentes indicaram o “Palm Top”. A Tabela 12 apresenta o resultado discriminado.

Tabela 12 - Coleção particular dos médicos-residentes estudados (HUPES - Salvador), segundo a quantidade (Nº) de cada material.

Quantidades	Livros		CDRom Científicos		Vídeos Científicos		Anais de Congressos	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Entre 1-10	28	38,4	47	64,4	14	19,2	38	52,1
Entre 11-20	28	38,4	2	2,7	0	0	3	4,1
Mais de 21	17	23,2	4	5,9	0	0	3	4,1
Não respondeu	0	0	4	5,9	7	9,6	5	6,8
Total	73	100	57	78,1	21	28,8	49	67,1
	Assinatura de periódicos nacionais Impressos			Assinatura de periódicos nacionais Eletrônicos				
Quantidades	(n)		(%)		(n)		(%)	
1 assinatura	12		16,4		7		9,6	
2 assinaturas	2		2,7		2		2,7	
NR ou inválida	1		1,4		2		2,7	
Total	15		20,5		11		15,1	
	Assinatura de periódicos estrangeiros Impressos			Assinatura de periódicos estrangeiros Eletrônicos				
Quantidades	(n)		(%)		(n)		(%)	
1 assinatura	3		4,1		4		5,5	
2 assinaturas	1		1,4		3		4,1	
3 ou mais assinaturas	0		0		3		4,1	
NR ou inválida	2		2,7		2		2,7	
Total	6		8,2		12		16,4	
	Assinatura de Portais Internet (0%)			Outros Recursos (2,7%)				
				2				

NR ou inválida = Não respondeu ou Resposta inválida

As respostas foram consideradas inválidas, no caso das assinaturas de periódicos, quando o respondente não especificou o número de assinaturas que possui, e , no caso das assinaturas de portais da Internet ou no item “Outros”, quando o médico-residente anotou recursos que não são pertinentes.

Outro componente dos recursos disponíveis em domicílio é o computador com acesso à Internet. Apurou-se que 69 (94,5%) médicos-residentes possuem computador pessoal com conexão à Internet e 4 (5,5%), não; sendo que destes que tem um computador em casa, 34 (49,3%) tem conexão por banda larga e outros 34 (49,3%) tem conexão discada e um (1,4%) médico-residente não respondeu que tipo de conexão possui.

Quanto aos recursos informacionais disponíveis, a ordem de preferência de utilização, para este grupo de médicos-residentes, encontra-se ilustrada na Quadro II.

Ordem de preferência por Recursos informacionais
1° – Livros
2° – Artigos impressos
3° – Artigos eletrônicos
4° – Documentos de <i>sites</i> Internet
5° – CDs científicos
6° – Documentos de Congressos, Encontros, etc.
7° – Vídeos científicos

Quadro II – Recursos informacionais pela ordem de preferência dos médicos-residentes estudados (HUPES- Salvador)

Também, o Quadro III ilustra a ordem de preferência quanto aos formatos da informação científica. O método para determinar a ordem destas duas variáveis foi também relatado no item 5.6 desta Dissertação.

Ordem de preferência pelos Formatos da literatura médico-científica
1º – Artigos de revisão
2º – Artigos originais
3º – Protocolos ou <i>guidelines</i>
4º – Revisões sistemáticas e/ou metanálises
5º – Comunicações de eventos científicos
6º – Relatórios de pesquisas

Quadro III – Formatos da literatura médico-científica pela ordem de preferência dos médicos-residentes estudados (HUPES- Salvador)

Segundo os resultados desta pesquisa 44 (60,3%) médicos-residentes recebem informações sobre novidades e recentes descobertas de temas da sua área profissional através da participação em eventos formais (Congressos, etc.), e a mesma quantidade apontou também a participação em eventos informais (sessões clínicas, reuniões, etc.). Os colegas, professores ou outros profissionais da área de saúde também são apontados como portadores das novidades da área para 41 (56,2%) médicos-residentes. Outros meios de receber informação assinalados foram: periódicos impressos (38- 52,9%); *sites* médicos (33 – 45,2%); trabalhos da indústria farmacêutica (8 – 11%); listas de discussão eletrônicas (7 – 9,6%) e através das bibliotecas ou bibliotecários 3 (4,1%) (Tabela 13).

Tabela 13 – Fontes de informação sobre novidades ou descobertas pelas quais os médicos-residentes estudados (HUPES- Salvador) se mantêm atualizados ⁽¹⁾

Fontes de informação sobre novidades	(n)	(%)
Eventos informais (sessões clínicas, reuniões, etc.)	44	60,3
Eventos formais (Congressos, Encontros, etc.)	44	60,3
Colegas, professores ou outros profissionais da área de saúde	41	56,2
Periódicos impressos ou eletrônicos	38	52,1
<i>Sites</i> médicos	33	45,2
Trabalhos de laboratórios da Indústria farmacêutica	8	11
Lista de discussão por <i>e-mail</i>	7	9,6
Bibliotecas ou bibliotecários	3	4,1
Não respondeu	1	1,4

(1) Os números e percentuais são superiores ao total pois os respondentes podiam assinalar mais de uma opção na pergunta

Questionados sobre quais recursos seriam imprescindíveis a uma boa prática profissional, 62 (85%) médicos-residentes, participantes desta pesquisa, acreditam que deveria haver livros de consulta disponíveis na enfermaria e/ou no ambulatório, assim como também deveria haver computador com acesso à Internet, segundo declararam 58 (79,5%) médicos-residentes. A biblioteca especializada com acervo atualizado é vista como imprescindível por 49 (67,1%) respondentes. Os periódicos eletrônicos e impressos disponíveis nas enfermarias e/ou ambulatórios foram indicados por 47 (64,6%) pessoas. Outros recursos apontados como imprescindíveis por 37 (50,7%) médicos-residentes foram as assinaturas de portais especializados; o profissional da informação, especializado em informação médica, na equipe do hospital, indicado por 27 (37%) médicos-residentes e trabalhos de congressos ou eventos disponíveis nas enfermarias e/ou ambulatórios, segundo 22 (30,1%) médicos-residentes, como mostra a Tabela 14.

Tabela 14 – Recursos considerados imprescindíveis a uma boa prática profissional pelos médicos-residentes estudados (HUPES- Salvador)⁽¹⁾

Recursos imprescindíveis à prática profissional	(n)	(%)
Livros de consulta nas enfermarias e/ou ambulatório	62	85
Computador com acesso à Internet nas enfermarias e/ou ambulatórios	58	79,5
Biblioteca especializada com acervo atualizado	49	67,1
Periódicos eletrônicos e impressos nas enfermarias e/ou ambulatórios	47	64,6
Trabalhos de congressos nas enfermarias e/ou ambulatórios	22	30,1
Profissional da informação especializado na equipe hospitalar	27	37
Assinaturas de portais especializados	37	50,7
Não respondeu	2	2,7

(1) Os números e percentuais são superiores ao total pois os respondentes podiam assinalar mais de uma opção na pergunta

5.4 CONHECIMENTO E HABILIDADES NO MANEJO DE BASES DE DADOS

Questionados sobre se realizam pessoalmente pesquisas bibliográficas em bases de dados, 59 (81%) médicos-residentes disseram que sim, e 7 (9,6%) disseram que tanto as

fazem como as mandam fazer. Enquanto que 3 (4,1%) médicos-residentes disseram que mandam fazer as pesquisas por outras pessoas, outros 4 (5,6%) não fazem pesquisas bibliográficas em bases de dados.

A partir deste dado as perguntas seguintes foram dirigidas especificamente para aqueles que fazem suas pesquisas bibliográficas (66 médicos-residentes ou 90,4%).

Perguntados sobre se aprenderam e como aprenderam as técnicas da pesquisa bibliográfica, 48 (72,7%) disseram aprenderam com a prática, 21 (31,3%) declararam não ter certeza se usam as técnicas corretamente. Os que receberam orientação ou treinamento de um(a) professora(a) durante a graduação ou pós-graduação foram 13 (19,7%). E os que aprenderam nos tutoriais ou “Ajuda” das próprias bases de dados foram 5 (7,6%), assim como a mesma quantidade disse que o fez lendo livros, artigos ou outros textos sobre o assunto. Em 3 (4,5%) casos este tema foi abordado como parte de uma disciplina na graduação. Somente um (1,5) médico-residente disse ter recebido orientação ou treinamento de um(a) bibliotecário(a). E nenhum deles aprendeu através de cursos à distância disponibilizados em *sites* da área médica como, por exemplo, BIREME² ou National Library of Medicine³ (Tabela 15)

Tabela 15 – Métodos pelos quais os médicos-residentes estudados (HUPES- Salvador) aprenderam as técnicas da pesquisa bibliográfica em bases de dados⁽¹⁾

Aprendizagem da pesquisa bibliográfica	(n)	(%)
Aprendeu com a prática	48	72,7
Não tem certeza se usa as técnicas corretamente	21	31,3
Recebeu orientação ou treinamento de um(a) professor(a)	13	19,7
Aprendeu em tutoriais ou “Ajuda” das próprias bases	5	7,6
Aprendeu lendo livros, artigos ou textos sobre o assunto	5	7,6
Foi tema de uma disciplina na graduação	3	4,5
Recebeu orientação ou treinamento de um(a) bibliotecário(a)	1	1,5
Aprendeu através de cursos à distância	0	0

(1) Os números e percentuais são superiores ao total pois os respondentes podiam assinalar mais de uma opção na pergunta

² <http://www.bireme.br>

³ http://www.nlm.nih.gov/bsd/dist_edu.html

Na tentativa de verificar se os médicos-residentes dominam ou utilizam os recursos das bases de dados, foram solicitados a indicarem, dentre uma série de sete frases, uma única alternativa, que definisse a sua forma de pesquisar. Essas frases estavam elencadas de tal forma que representavam diferentes estágios no domínio do manejo de bases de dados, do mais elementar ao mais avançado. O resultado se apresenta na Tabela 16.

Tabela 16 - Habilidades no manejo das bases de dados bibliográficas dos médicos-residentes estudados (HUPES – Salvador)

Estágios e habilidades na pesquisa bibliográfica	(n)	(%)
Escreve palavras-chave na primeira caixa de diálogo que aparece	25	37,9
Seleciona a opção “pesquisa avançada”	15	22,7
Combina diversas palavras-chave com operadores booleanos (AND, OR, NOT)	16	24,3
Combina diversos resultados utilizando o recurso “história da pesquisa”	0	0
Utiliza outros recursos, como “limites”, “campos” ou “índice”	5	7,6
Monta estratégias com descritores (MeSH ou DeCS) e qualificadores e combina diversos temas	0	0
Monta estratégias com termos específicos, recuperando somente trabalhos de alto valor científico	1	1,5
Respostas anuladas	3	4,5
Não respondeu	1	1,5

Na Tabela 17 apresentam-se sete frases, elencadas em ordem decrescente quanto ao grau de satisfação com o resultado da pesquisa e apontadas pelos médicos-residentes, participantes desta pesquisa, para expressar sua avaliação sobre o resultado obtido nas bases de dados bibliográficas.

Tabela 17 - Avaliação do resultado da pesquisa realizada pelos médicos-residentes estudados (HUPES – Salvador) ⁽¹⁾

Avaliação do resultado	(n)	(%)
Sempre encontra rapidamente o que precisa	7	10,6
Recupera um número suficiente e acessível de referências (<100)	16	24,2
Obtém resultados muito amplos, porém consegue encontrar o que precisa	25	37,9
Obtém resultados muito amplos, a maior parte dos quais que não se aplica ao tema	17	25,8
Não sabe se a pesquisa foi exaustiva e não tem tempo para aprofundar	5	7,6
Percebe que necessita aprender a manejar melhor as estratégias de busca	23	31,5
Nunca encontra o que precisa	0	0

(1) Os números e percentuais são diferente ao total pois os respondentes podiam assinalar mais de uma opção na pergunta

Sobre a satisfação dos médicos-residentes com os resultados de suas buscas, a mesma pôde ser inferida a partir das frases acima, onde as duas primeiras denotam **satisfação**, a terceira **satisfação moderada**, a quarta e a quinta **satisfação baixa**, e a sexta e a sétima **insatisfação**. Conseqüentemente, 23 (35%) médicos-residentes, que fazem suas pesquisas bibliográficas, estão satisfeitos, porém 45 (68,1%) denotam entre baixa satisfação e insatisfação total. Enquanto que 25 (37,9%) estão moderadamente satisfeitos com os resultados das suas pesquisas, como ilustra o Gráfico 4.

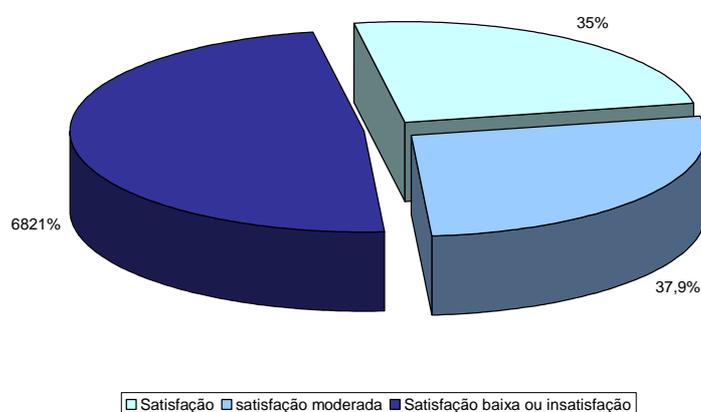


Gráfico 4 – Nível de satisfação com o resultado da pesquisa bibliográfica dos médicos-residentes estudados (HUPES- Salvador)

Com relação às Bases de dados bibliográficas da área médica disponíveis para pesquisa, a mais freqüentemente utilizada pelos médicos-residentes, participantes desta pesquisa e que fazem pesquisas bibliográficas (que foram 66), é MEDLINE, indicada por 47 (71,2%) deles. A menos conhecida é a base CINAHL, pois 43 (65,2%) médicos-residentes declararam não conhecer. Os demais dados são apresentados na Tabela 18 e ilustrados no Gráfico 5, onde se visualiza, através das diferentes cores, quais bases são mais ou menos utilizadas pelos médicos-residentes e quais são as menos conhecidas.

Tabela 18 – Bases de dados bibliográficas utilizadas pelos médicos-residentes do HUPES

Base de Dados	Frequentemente		Raramente		Nunca		Não conhece	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
MEDLINE	47	71,2	13	19,7	5	7,6	1	1,5
LILACS	12	18,2	34	51,5	12	18,2	8	12,1
EMBASE	0	0	9	13,6	19	28,8	38	57,6
CINAHL	0	0	5	7,6	18	27,3	43	65,2
PSYCINFO	0	0	8	12,1	19	28,8	39	59,1
WEB OF SCI	2	3	11	16,7	16	24,2	37	56,1
COCHRANE	8	12,1	13	19,7	24	36,4	21	31,8

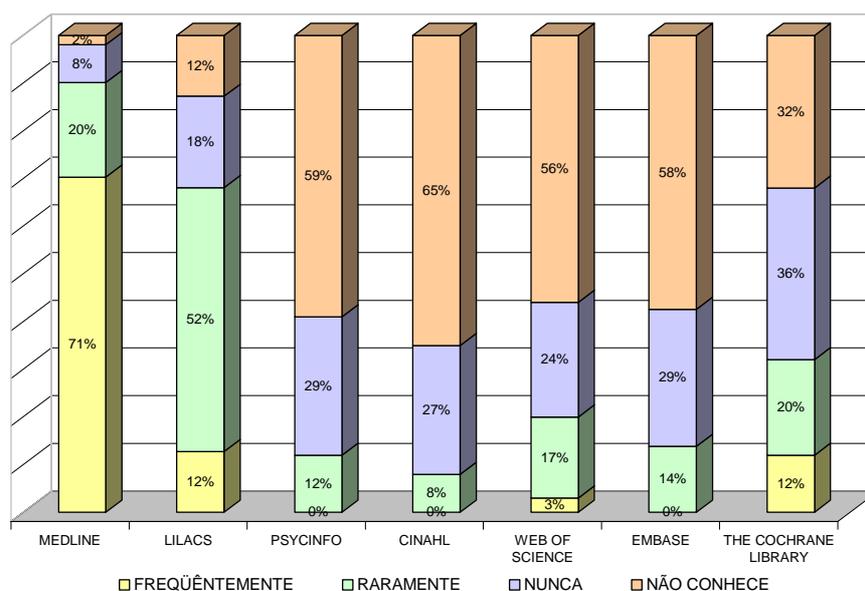


Gráfico 5 – Utilização e conhecimento das Bases de dados bibliográficas pelos médicos-residentes estudados (HUPES – Salvador)

Ainda sobre as bases de dados bibliográficas, na opção “Outras bases de dados” obteve-se a resposta de 6 (9,1%) médicos-residentes, porém estas respostas foram invalidadas devido a que as alternativas mencionadas não eram procedentes. Essas alternativas foram: Portal da CAPES, Google; Ovid; Pneumoatual; Radiographics e SCIELO.

Dentre os problemas mais freqüentemente encontrados em relação à pesquisa bibliográfica em fontes eletrônicas (Bases de dados e Internet), a dificuldade em selecionar entre a grande quantidade de documentos recuperados nas buscas, foi apontada por 35 (53%) médicos-residentes dos que fazem pesquisas, assim como 25 (37,9%) dizem que o problema é a falta de tempo. Descobrir *sites* específicos em sua área de interesse e/ou especialização, é o problema para 21 (31,8%) respondentes, para 20 (30,3%) são os custos financeiros dos documentos, e para 5 (7,6%) os custos com a conexão à Internet. As dificuldades em encontrar palavras-chaves adequadas para uma boa estratégia de busca foi apontada por 19 (28,8%) pessoas, e a dificuldade no manejo dos recursos parece ser um problema para 12 (18,2%) deles. Na opção “Outros” apontaram: “não sei acessar”, “insuficiência de computadores” ou “nem sempre a informação está disponível ou é encontrada” (Tabela 19).

Tabela 19 -Problemas mais freqüentemente encontrados pelos médicos-residentes do HUPES ao realizar a busca em fontes eletrônicas (Bases de dados e Internet)

Problemas nas buscas bibliográficas	(n)	(%)
Selecionar entre a grande quantidade de documentos recuperados nas buscas	35	53
Falta de tempo para se dedicar às buscas	25	37,8
Descobrir sites específicos em sua área de interesse	21	31,8
Custo financeiro dos documentos	20	30,3
Encontrar palavras-chaves adequadas para uma boa estratégia de busca	19	28,8
Dificuldade no manejo dos recursos	12	18,2
Custo financeiro da conexão à Internet	5	7,6
Outros	3	4,5

(1) Os números e percentuais são superiores ao total pois os respondentes podiam assinalar mais de uma opção na pergunta

Perguntou-se aos médicos-residentes, quais fatores priorizam quando selecionam documentos para a leitura na tentativa de responder perguntas surgidas durante a prática médica, obtendo-se os seguintes resultados, apresentados na Tabela 20.

Tabela 20 – Fatores prioritários na seleção dos documentos encontrados nas buscas bibliográficas pelos médicos-residentes estudados (HUPES – Salvador)

Fatores prioritários da seleção dos documentos	(n)	(%)
O texto completo ser gratuito	49	74,2
Atualidade e/ou novidade da informação	41	62,1
O texto completo ser de fácil acesso	32	48,5
O texto estar em português	12	18,2
O texto ser pouco extenso	6	9,1
O formato eletrônico do texto completo ser pdf	5	7,6
Outros	2	3

(1) Os números e percentuais são superiores ao total pois os respondentes podiam assinalar mais de uma opção na pergunta

Na Tabela 21 foi descrito o comportamento dos médicos-residentes para obter o documento.

Tabela 21 - Formas de acesso ao documento adotadas pelos médicos-residentes estudados (HUPES- Salvador)

Formas de acesso ao documento	(n)	(%)
Somente obtém o que está gratuito através das bases de dados	28	42,4
Procura em outros <i>sites</i> na Internet (SCIELO, Free Medical Journals, etc.)	23	34,8
Procura no Portal da CAPES	19	28,8
Vai a uma biblioteca e procura saber se estão disponíveis os documentos	12	18,2
Outras formas	7	10,6
Vai a uma biblioteca e solicita os documentos através de sistemas de fornecimento de cópias (BIREME-SCAD ou COMUT)	6	9,1
Solicita as cópias pessoalmente, pela Internet, à BIREME-SCAD ou COMUT	6	9,1
Não respondeu	1	1,5

(1) Os números e percentuais são superiores ao total pois os respondentes podiam assinalar mais de uma opção na pergunta

De acordo com os dados desta pesquisa, 61 (92,4%) médicos-residentes declararam preferir imprimir o documento para realizar a leitura, 5 (7,6%) preferem ler na tela do computador.

5.5 ASSUNTOS CLÍNICOS MAIS FREQUENTES DA INFORMAÇÃO NECESSITADA

O resultado desta pesquisa mostra que o assunto clínico que surge com mais frequência, em primeiro lugar, nas perguntas originadas na prática de atendimento aos pacientes é o *tratamento medicamentoso*, apontado por 32 (43,8%) dos médicos-residentes e em segundo lugar o *diagnóstico ou exame diagnóstico*, apontado por 29 (39,7%) dos respondentes (Tabela.22)

Tabela 22 - Assuntos mais freqüentemente surgidos durante a prática clínica dos médicos-residentes estudados (HUPES- Salvador)

Assuntos surgidos durante o atendimento clínico	1º lugar		2º lugar	
	n	%	n	%
Tratamento medicamentoso	32	43,8	14	19,2
Outro tipo de tratamento	5	6,8	5	6,8
Diagnóstico ou exames diagnósticos	21	28,9	29	39,7
Prognóstico	5	6,8	10	13,7
Etiologia	1	1,4	6	8,2
Epidemiologia	2	2,7	4	5,5
Prevenção	0	0	1	1,4
Outras	2	2,7	1	1,4
Não têm surgido perguntas de nenhum tipo	1	1,4	1	1,4
Não respondeu	4	5,5	2	2,7
Total	73	100	73	100

5.6 RESULTADO DO INCIDENTE CRÍTICO

Os resultados da Técnica do Incidente crítico foram tabulados de forma separada devido às características específicas dessa técnica.

Durante o último mês, numa ocasião específica, 67 (91,8%) médicos-residentes necessitaram de informação relacionada à saúde do paciente. Foram 4 (5,5%) os médicos-residentes que declararam não ter necessitado de nenhuma informação no último mês, porém apenas 2 (2,7%) destes últimos assinalaram o motivo, que foi o fato de não estar em atividade de atendimento a pacientes nesse período.

O assunto clínico ao qual aquela informação se referia foi relacionado ao Diagnóstico ou exame diagnóstico em 26 (38,8%) casos; Tratamento medicamentoso em 19 (28,3%) casos; Outro tipo de tratamento (além do medicamentoso) em 9 (13,4%) casos; Etiologia do processo em 5 (7,5%) casos; Prognóstico em 3 (4,5%) casos; Epidemiologia em 2 (3%) casos; Prevenção também em 2 (3%) casos. Houve ainda uma referência a outro assunto, Ética(1,5%).

Dos 67 médicos-residentes que necessitaram de informação, 38 (56,7%) tentaram obter a informação através do médico supervisor ou mais experiente, e também foram 38 (56,7%) os médicos-residentes que assinalaram ter tentado a procura na sua coleção particular; 15 (21,4%) nas bases de dados bibliográficas; 9 (13,4%) utilizaram outras ferramentas de pesquisa na Internet, como Google, Cadê, etc.; 8 (11,9%) outros *sites* de informação médica, assim como outros 8 (11,9%) utilizaram o Portal da CAPES. Apenas 4 (6 %) procuraram uma Biblioteca e 2 (3%) declararam ter a necessidade, porém não procuraram a informação. Os números e percentuais são superiores ao total pois os respondentes podiam assinalar mais de uma opção na pergunta.

Dos 65 médicos-residentes que procuraram a informação, 49 (75,4%) disseram ter tido sucesso em encontrar a informação necessitada; 14 (21,6%) tiveram sucesso parcial

por ser uma informação incompleta ou que vai chegar depois, porque faltou tempo ou porque requer outros recursos não disponíveis no momento da procura. Um médico-residente (1,5%) não obteve a informação e outro não respondeu à pergunta (1,5%).

Os 63 médicos-residentes que encontraram a informação, o impacto imediato que a mesma provocou para 20 (31,7%) deles foi despertar o interesse em aprofundar o tema; para 19 (30,2%) lembrar detalhes ou fatos; para 16 (25,4%) obtiveram uma informação nova; 15 (23,8%) comprovaram o que já sabiam ou suspeitavam e 10 (15,9%) puderam utilizar pelo menos alguma informação imediatamente. Somente 1 (1,6%) médico-residente respondeu que a informação obtida não teve nenhum impacto. Os números e percentuais são superiores ao total pois os respondentes podiam assinalar mais de uma opção na pergunta.

Também declararam que a informação encontrada contribuiu para modificar ou para esclarecer alguma decisão tomada anteriormente da seguinte forma: 23 (36,5%) se referiram aos critérios do tratamento; 21 (33,3%) a escolha do tratamento medicamentoso; 17 (27%) aos exames diagnósticos requeridos; 13 (20,6%) a escolha de outros tipos de tratamento; 12 (19%) às recomendações feitas ao paciente; 7 (11,1%) à quantidade de tratamento propostos. Outros 2 (3,2%) disseram que a informação contribuiu para esclarecer detalhes sobre a etiologia da queixa do paciente. Enquanto que 2 (3,2%) médicos-residentes disseram que nada foi esclarecido ou modificado com a informação obtida. Os números e percentuais são superiores ao total pois os respondentes podiam assinalar mais de uma opção na pergunta.

A informação encontrada contribuiu para evitar, segundo 21 (33,3%) dos médicos-residentes, que fossem feitas recomendações inapropriadas ao paciente; para 9 (14,3%) que o paciente tivesse que retornar para novas consultas; para 8 (12,7%) que fosse prescrito um tratamento medicamentoso; para 6 (9,5%) que fosse realizada uma cirurgia ou outro tipo

de intervenções; 3 (4,8%) evitaram solicitar exames diagnósticos desnecessários e 1 (1,6%) disse que se evitou que o paciente fosse internado, assim como outro (1,6%) disse que evitou submeter o paciente a um tratamento cirúrgico. Porém 19 (30,2%) médicos-residentes assinalaram que a informação encontrada não tinha oferecido nenhuma contribuição específica com relação a evitar alguma decisão adversa. Os números e percentuais são superiores ao total, pois os respondentes podiam assinalar mais de uma opção na pergunta.

5.7 COMENTÁRIOS CRÍTICOS

Os médicos-residentes admitem experimentar necessidades de informação durante a prática clínica, e a análise dos motivos que o levam a buscar a informação permite perceber que tipos de necessidades são estas. Os médicos-residentes apontaram como principais motivos a existência de dúvidas ou insegurança, o fato de estarem perante a “evidência de um caso raro ou pouco conhecido”; a obrigação de “ter que apresentar o caso ao supervisor ou em aulas ou sessões clínicas”; o “interesse especial no paciente” e a simples “curiosidade”. Os médicos-residentes da pesquisa de Green, Ciampi e Ellis (2000), por exemplo, referiram se sentirem motivados a procurar a informação quando o paciente esperava uma resposta, e referiram também ser uma forte motivação da busca evitar o erro médico. Os médicos-residentes desta pesquisa, no entanto, não consideraram estas alternativas como importantes. Esta diferença provavelmente se deve a que a pesquisa de Green, Ciampi e Ellis (2000) ocorreu em Connecticut, nos Estados Unidos da América, e, como é de conhecimento geral, há uma grande diferença entre ambos os contextos, pois, por exemplo, nos Estados Unidos da América existe maior rigor legal com referência ao erro médico, que justificaria certa preocupação especial em torno do assunto.

Os motivos apontados pelos médicos-residentes desta pesquisa também estão associados à necessidade de conhecer, falam de uma necessidade cognitiva básica, assim como

a simples curiosidade. Ou seja, a necessidade de saber, e o desejo de estar informado. “Ter que apresentar o caso” é uma imposição do contexto, e representa um motivo forte para desencadear a busca, porque espera-se alguma coisa dessa pessoa, existe um compromisso de ter que buscar a informação. É como disse Burnkrant (1976 apud WILSON, 1997) apenas uma representação cognitiva de um objetivo futuro que se deseja alcançar. O que esses médicos-residentes desejam é fazer um bom papel quando tiverem que apresentar o caso perante seus superiores e colegas, e por isso têm um forte motivo para desencadear o processo de busca informacional.

Da mesma forma, esse motivo (“ter que apresentar o caso”) pode ser analisado junto como motivo “interesse especial no paciente”, e ambos podem representar um tipo de necessidade de aceitação pelo outros, poderia ser interpretada dentro da categoria “influência social”, a qual, segundo Gorman (1995), se refere à necessidade de conhecimento para preencher expectativas e convicções dos outros, tanto dos colegas, como também dos familiares e dos próprios pacientes.

Nesta pesquisa notou-se uma discrepância com relação a utilização das fontes de informação, nas respostas obtidas. Perguntou-se, num primeiro momento, qual havia sido a fonte de informação consultada nos últimos trinta dias, e a mais consultada tinha sido o médico supervisor ou mais experiente. Num segundo momento perguntou-se qual a fonte de informação *preferida* para realizar as buscas por informação, e a fonte escolhida em primeiro lugar foi a coleção particular. Ao se analisar o comportamento através da Técnica do Incidente Crítico, percebe-se que ambas as fontes são procuradas com igual frequência. Interpretou-se este dado deduzindo que o comportamento real, o que efetivamente o médico-residente faz, quando tem necessidade de uma informação, é procurar o médico-preceptor. Preferir consultar livros da coleção particular é o que ele, provavelmente, acredita que deveria ser o comportamento convencional.

As pesquisas publicadas identificam que existe uma tendência muito forte na classe médica em consultar em primeiro lugar a outro médico, geralmente um especialista ou um colega (GRUPPEN, 1990; LOPEZ FERNÁNDEZ et al., 2000; RAMOS; LINSCHIED; SCHAFER, 2003). Porém, os médicos-residentes participantes desta pesquisa, não referiram como importante a opção “consulta outro médico ou profissional da área de saúde”, provavelmente isto se deveu à formulação da pergunta que se referia a “consulta o médico-supervisor ou mais experiente”, dando ao respondente a liberdade de marcar esta opção tanto quando consultava o médico-preceptor, como aos outros médicos, haja visto que, por lógica, estes, são mais experientes que os médicos-residentes.

Devido as particularidades da categoria “médicos-residentes”, os estudos sobre necessidades informacionais dos médicos em geral, utilizados para fins comparativos, devem ser tomados com certo cuidado pois há heterogeneidade quanto aos desenhos, objetivos e análises. Isto se reflete na falta de uniformidade por exemplo, quanto ao que se entende por “fontes”, “recursos” ou “formatos”. Neste estudo como houve uma separação clara obteve-se um quadro mais detalhado quanto às preferências e conseguiu-se estabelecer uma hierarquia, onde a *fonte* mais preferida é a coleção particular, o *recurso* mais preferido são os livros, e em segundo lugar os artigos impressos seguidos dos artigos eletrônicos. Quanto aos *formatos* da publicação médico-científica os artigos de revisão foram os preferidos. Essa preferência por livros é quase unanimidade nas pesquisas com populações similares (GONZÁLES TERUEL, 1998; COVELL; UMAN; MANNING, 1985; GREEN; CIAMPI; ELLIS, 2000; WOOLF; BENSON, 1989; HAUG, 1997) e, assim como nesta pesquisa, esse livro está na coleção particular do médico e não na biblioteca. Mendes (1996) apurou que os médicos brasileiros compram mais livros, relacionados com sua profissão, por ano que os médicos britânicos, e atribui este fato aos acervos incompletos e desatualizados das bibliotecas médicas brasileiras.

Por fim, as Bibliotecas ou bibliotecários, em momento algum, ocupam lugar importante nas preferências dos médicos-residentes quando se fala em fontes de informação. Elas foram procuradas apenas por 20% dos médicos-residentes nos últimos trinta dias (anteriores à realização desta pesquisa), e estão no 6º lugar nas preferências por fontes de informação. No Incidente crítico, as Bibliotecas foram procuradas apenas por 6% dos pesquisados. Esta constatação não pode ser comparada com as pesquisas realizadas ao redor do mundo, pois é necessário perceber a realidade local (MENDES, 1996), embora seja um fato também constatado nas pesquisas de Dee e Blazek (1993), Stinson; Mueller (1980) e Tenopir, King e Busch (2004).

Quando se tentou uma análise dos resultados agrupando por um lado (Grupo A) os médicos-residentes sem outra pós-graduação ou menos experientes, e, por outro (Grupo B), com pós-graduação anterior ou mais experientes, observou-se uma diferença quanto à frequência à biblioteca de cada grupo. Com significância de $p= 0,036$, o teste Qui-quadrado demonstrou que havia uma diferença real entre os grupos, sendo que os médicos-residentes menos experientes (Grupo A) freqüentavam mais a biblioteca que os mais experientes (Grupo B). Esta diferença provavelmente se deva à característica dos acervos, pois as bibliotecas, ao atenderem um público amplo, priorizam uma generalização do acervo, abrangendo o máximo possível todos os temas, ou os temas básicos, atraindo mais assim, aqueles usuários que procuram uma informação sobre temas básicos, como é, supostamente o caso dos mais iniciantes. Já os mais experientes procuram uma informação mais específica sobre um tema determinado, porém as bibliotecas não desenvolvem acervos específicos para nenhum dos programas da residência médica.

Como foi planejado nesta pesquisa, procurou-se conhecer as habilidades no manejo de recursos e fontes informacionais, especialmente as fontes e recursos eletrônicos. A maioria dos médicos-residentes (90%) declarou realizar suas pesquisas bibliográficas em bases

de dados, o que indica que eles reconhecem a importância desta fonte de informação para sua prática médica, apesar de que, como se relatou no item anterior, eles referem outras fontes. Assim, pode-se pensar que, não é através das bases de dados que se encontra a informação destinada a responder suas necessidades informacionais. Ou pelo menos, não de forma prioritária. Conseqüentemente, o fato de eles não dominarem o manejo deste recurso, não seria uma coisa grave, posto que, as utilizam de forma secundária. Porém, isto não pode ser pensado de forma tão simples, uma vez que, apurou-se também que eles, além de utilizar praticamente uma única base de dados (MEDLINE), não receberam treinamentos, (apenas um disse ter recebido treinamento de um bibliotecário), nem estudaram de forma individual através de leituras ou cursos a distância, para compreender o manejo e explorar todos os recursos que estas bases de dados oferecem. A maioria aprendeu com a prática e, o faz de forma muito rudimentar, apenas utilizando os recursos mínimos. Isto, em parte, é percebido por eles, pois 75% dos médicos-residentes denotam satisfação baixa e insatisfação com os resultados das suas pesquisas e percebem que necessitam aprender as técnicas de pesquisar.

Da mesma forma, quando elencados os nomes das principais bases de dados da área médica o resultado sobre utilização e conhecimento das bases deixa bastante a desejar, pois apenas uma delas se destaca (MEDLINE) como mais conhecida (apenas 2% disseram não conhecê-la) e mais freqüentemente consultada, quanto à base de dados latino-americana LILACS, é freqüentemente utilizada somente por 18% dos médicos-residentes, e ainda tem 12% dos médicos-residentes que não a conhecem. Quanto às outras bases, apontadas principalmente como desconhecidas ou nunca pesquisadas (EMBASE, PSYCINFO, CINAHL e WEB OF SCIENCE) não parece ser um resultado surpreendente posto que esses médicos-residentes não receberam treinamentos em manejos de recursos informacionais, não costumam freqüentar as bibliotecas, nem ler artigos ou livros sobre o assunto, apesar de

que algumas dessas bases de dados (PSYCINFO e WEB of SCIENCE) podem ser acessadas no Portal da CAPES. Quanto às bases de dados que compõem a COCHRANE LIBRARY, com conteúdo selecionado, avaliado e específico para a prática médica, revisões sistemáticas e metanálises e de acesso gratuito na Internet, o resultado mostra que é mais desconhecida ou nunca utilizada (66%), do que rara ou frequentemente utilizada (31%).

A carência de habilidades no manejo das bases de dados e outros recursos eletrônicos não é uma característica somente da população estudada nesta pesquisa, pelo contrário, é um fato também constatado em diversas outras pesquisas (MULLALY-QUIJAS; EARD; WOELFL, 1994; PYNE et al., 1999; DEVITT; MURPHY, 2004), mas especialmente no estudo de Lacher et al. (2000) que constatou que os médicos não estão satisfeitos com suas habilidades no manejo dos computadores e reconhecem a necessidade de se aperfeiçoar.

Os médicos-residentes também utilizam pouco outros recursos da Internet, disponibilizados em sites especializados em informação para a prática clínica. Alguns deles, não entanto, referiram possuir Palm Tops. Estes equipamentos vêm se tornando elementos muito úteis ao médico clínico, e já foram desenvolvidos diversos programas específicos para este fim, como acesso a livros, artigos, programas variados de grande importância na prática clínica, como bases de dados sobre medicamentos e sobre estudos clínicos, pelos bibliotecários médicos (LOVETT, 2004). Porém os médicos-residentes desta pesquisa não especificaram que programa ou que tipo de dados utilizavam no Palm Top, apenas mencionaram o equipamento.

Os participantes desta pesquisa revelaram, através de algumas respostas imprecisas, deficiências quanto ao conhecimento de recursos informacionais, especialmente os recursos eletrônicos. Percebeu-se que houve confusão entre o que significa ter uma assinatura, seja de periódicos (eletrônicos ou impressos) ou de portais e ter acesso, pois ao se perguntar se assinava algum periódico ou portal de informação médica, subentende-se que

há um pagamento para ter o acesso ou receber o impresso, e muitos declaravam possuir assinaturas porém apontavam recursos de acesso gratuito para os quais é apenas necessário um cadastro e não uma assinatura.

Teve ainda quem apontasse possuir assinatura do Portal da CAPES, e outros também confundiram portais com provedores de Internet e anotaram nomes como UOL e TERRA

Para saber se o médico-residente tinha acesso aos recursos eletrônicos gratuitos disponíveis na Internet (entre eles os periódicos e os portais) efetuou-se a pergunta sobre possuir computador com acesso à Internet, cujo resultado foi de 94% sim. E pode-se saber que utilizam muito pouco estes recursos gratuitos da Internet úteis à prática médica através das respostas sobre fontes consultadas e fontes preferidas.

Essas deficiências mencionadas tanto no conhecimento como na utilização de recursos eletrônicos foi evidenciada também na busca informacional, onde a grande quantidade de informação recuperada representa um dos principais problemas para eles que acabam acessando apenas o que está oferecido de forma fácil e gratuita, provavelmente por causa da dificuldade que significa procurar o documento completo através de bibliotecas, portal da CAPES, ou serviços de fornecimento de cópias digitais de documentos desenvolvidos pelos sistemas de bibliotecas nacionais e estrangeiras (COMUT, SCAD), devido em parte às mesmas deficiências.

Ademais da gratuidade do texto a atualidade ou novidade da informação (56%) também foi apontada como importante na seleção de documentos. Mas, quando se trata de se manter atualizado, os médicos-residentes acreditam mais no contato com os especialistas e colegas nos eventos formais, tais como Congressos, Seminários, etc., ou os encontros informais que ocorrem no ambiente de trabalho, como sessões clínicas, discussões de casos, etc.

Apesar de que a coleção particular é mencionada como uma das principais fontes de informação freqüentemente nas pesquisas, pouquíssimas se preocuparam em saber como está composta a coleção do pesquisado. Esta pesquisa levantou dados sobre a coleção particular do médico residente e observou-se que os livros são o principal componente (100%), entanto que as assinaturas de periódicos são muito poucas (23%). Mendes (1996) já tinha afirmado em sua pesquisa com médicos cearenses que estes investem muito em livros, Tenopir, King e Bush (2004) em seu estudo sobre utilização de periódicos eletrônicos por parte dos médicos em Tennessee, USA, percebe a tendência de utilização deste recurso em detrimento do uso da biblioteca.

5.8 COMENTÁRIOS DO INCIDENTE CRÍTICO

Os resultados da aplicação da técnica do incidente crítico não ofereceu novidades importantes com relação ao resto do questionário. Embora nesta etapa da pesquisa tenha se sondado também o uso da informação, e o resultado da busca, tanto em termos de conseguir a informação como do que essa informação tinha modificado, influenciado, enfim impactado a conduta adotada pelo médico-residente, com relação ao caso relatado.

Há ainda certas dúvidas quanto ao incidente relatado, se efetivamente se tratou de um caso escolhido ou se as perguntas foram respondidas baseados num comportamento geral. Esta duvida surge especialmente pela limitação resultante da aplicação da técnica através de questionário e inserida dentro de uma outra série de perguntas. Embora as perguntas do incidente crítico estivessem em folha separada, e houvesse explicações precedendo-as, há falhas. Os respondentes não lêem às vezes os enunciados das perguntas, nem as indicações de como deve ser respondido e isso ocasiona perdas de dados.

Contudo, quase todos os médicos-residentes relataram um evento admitindo ter nessa ocasião necessitado de informação relacionada à consulta. O assunto clínico mais

freqüente da informação necessitada foi o “diagnóstico ou exame diagnóstico”, seguido do “tratamento medicamentoso”, exatamente ao inverso dos médicos-residentes do estudo de Green, Ciampi e Ellis (2000). Os médicos da pesquisa de Ely, Burch e Vinson (1992) se referiram também ao tratamento medicamentoso. Estes dados não fazem mais que comprovar a importância desses dois temas na vida profissional do médico em qualquer lugar, ou país, alertando os bibliotecários para a necessidade de estar desenvolvendo recursos e serviços com relação a esses assuntos.

A maioria (97%) dos médicos-residentes resolveu buscar a informação. Foram menos os médicos-residentes da pesquisa de Ramos, Linscheid e Schafer (2003) os que procuraram as respostas (66%), mas eles foram pesquisados através da observação na hora da consulta, então seu comportamento se baseia numa atitude imediata, que envolve outros fatores complicadores. Ely, Burch e Vinson (1992) afirmaram que 8% das perguntas surgidas na prática clínica permanecem sem resposta, segundo os resultados do seu estudo, também baseado na observação da prática médica.

No relato do incidente duas fontes foram procuradas com igual freqüência, o médico supervisor ou mais experiente e a coleção particular. Apenas 9 médicos-residentes não marcaram nenhuma destas duas opções. Tanto na pesquisa de Ely, Burch e Vinson (1992) como na de Ramos, Linscheid e Schafer (2003) os médicos procuraram os colegas. Os médicos-residentes da pesquisa de Green, Ciampi e Ellis (2000) procuraram em sua maioria os seus próprios livros, assim como também o fizeram os médicos da pesquisa de Wood e Wright (1996). O que fica muito claro, é que os médicos em sua prática clínica tem que recorrer a fontes fáceis, acessíveis e confiáveis, pois eles tem urgência nas respostas e carecem de tempo para as buscas. Reafirma isto os resultados de Green, Ciampi e Ellis (2000) onde somente 29% dos pesquisados procuraram as respostas e os que não o fizeram foi por falta de tempo (60%).

A maioria dos que procuraram a informação (97%), teve sucesso em encontrá-la. E ao encontra-la os médicos-residentes desta pesquisa manifestaram o interesse em aprofundar o tema, outros relembrou de detalhes ou fatos ou obtiveram alguma informação nova. Estas reações são muito similares às da pesquisa de Wood e Wright (1996).

Os “critérios do tratamento” a “escolha do tratamento” e os “exames diagnósticos requeridos” foram de certa forma afetados pela informação encontrada pelos médicos-residentes desta pesquisa. Do mesmo modo o afirmaram os médicos da pesquisa de Wood e Wright (1996). As decisões adversas que foram evitadas com a informação encontrada foram “recomendações inapropriadas ao paciente” e “retorno do paciente para nova consulta”. Para 30% dos médicos-residentes a informação encontrada não ofereceu “nenhuma contribuição específica” com relação a evitar alguma decisão adversa. Os médicos da pesquisa de Wood e Wright reconheceram que com a informação eles evitaram a solicitação de novos testes diagnósticos ou procedimentos, ou o encaminhamento do paciente para o especialista (os médicos eram de clínica geral). Evitar a solicitação de exames é um item muito prezado nas pesquisas sobre impacto da informação pois tem relação direta com custos hospitalares, dessa forma, as pesquisas que envolvem os serviços bibliotecários na medição do impacto da informação estão preocupados com uma resposta positiva a esse respeito, já que, dessa forma, elas estariam contribuindo efetivamente com a economia da instituição (MARSHALL, 1992; URQUHART; HEPWORTH, 1995).

Apenas 5 médicos-residentes desta pesquisa apontaram que a informação encontrada contribuiu para evitar que fossem solicitados exames diagnósticos desnecessários. Como contraste, os estudos originados no âmbito da biblioteca hospitalar tem resultados muito diferentes, por exemplo Marshall (1992), apurou que a informação obtida na biblioteca contribuiu modificando em 54% dos casos o tratamento escolhido, em 44% a indicação dos testes laboratoriais e em 45% os medicamentos recomendados. Assim como também evi-

tou que novos testes ou procedimentos fossem indicados (45%). No estudo de Burton (1995) os médicos indicaram que a informação foi utilizada para confirmar mudanças no diagnóstico (92,8%), nos medicamentos receitados (40%) ou nos testes diagnósticos indicados (35.2%) e ainda contribuíram para modificar as recomendações feitas aos pacientes (54%). No estudo de Urquhart e Hepworth (1995), 89% dos médicos clínicos disseram que pelo menos uma categoria da decisão clínica seria afetada pela informação conseguida.

6. DISCUSSÃO E ANÁLISE

Ao longo dos últimos cinquenta anos, tem-se testemunhado transformações radicais na sociedade. A Ciência da Informação, acompanhando esse processo, e tradicionalmente preocupada com temas relativos aos usuários e usos da informação, desenvolvia, até a década de 80, estudos centrados nos sistemas de informação e na sua eficiência. Preocupava-se mais com o funcionamento dos mecanismos e artefatos de recuperação e acesso à informação.

Da década de 80 em diante, quando começaram a surgir os recursos de automação das tarefas documentárias, mudou-se a forma de perceber esse usuário, agora numa interação homem-máquina, despertando interpretações e compreensões completamente diferentes de outrora. O usuário passa a ser o centro da atenção, pois ele é o principal ator nessa interação com a máquina. Foi nesse momento que começaram a surgir pesquisas dedicadas especificamente ao estudo dos atores centrais de qualquer sistema de informação: não mais

os aparelhos ou os artefatos, mas os usuários.

Desde os primeiros anos do século XXI, contudo, um novo paradigma vem-se firmando, relacionado a uma perspectiva agora mais socializante: percebe-se que tanto os sistemas como os usuários são marcados por contextos históricos e sociais que influem de maneira decisiva na definição de suas características. Hoje a perspectiva de estudo é a do indivíduo inserido no contexto social e cultural e esse contexto desempenha papel tão importante quanto as estruturas cognitivas individuais ou as características mecânicas e processuais dos sistemas.

A compreensão e o estudo dos usuários dos sistemas de informação, vistos em sua multiplicidade, como seres pensantes, mas definitivamente ancorados a um contexto concreto de ação e limitados por ferramentas cada vez mais poderosas, tem um papel central nas preocupações contemporâneas da área da Ciência da Informação.

Definindo o uso eficiente da informação em diferentes contextos, a identificação do comportamento informacional – tanto dos indivíduos como dos grupos – ocupa hoje um lugar de destaque nas pesquisas da área. É a partir desse panorama teórico que devem ser discutidos e analisados os resultados desta pesquisa.

O que se tentou compreender e definir na presente pesquisa foi o comportamento desse grupo de médicos-residentes do HUPES durante sua prática de atendimento aos pacientes. A primeira observação neste sentido ocorreu ao perceber que, quando surgiu a necessidade de uma informação, eles tenderam a recorrer ao médico-preceptor para tirar suas dúvidas ou insegurança. Confirmando estudos anteriores, testemunhou-se que esses assuntos geralmente giravam em torno do tratamento, mas sobretudo em torno do tratamento medicamentoso ou do diagnóstico. É portanto nessas duas esferas – o diagnóstico e o tratamento medicamentoso – que estão situadas suas maiores necessidades informacionais relacionadas ao atendimento do paciente.

Outra opção comportamental desse grupo é tentar localizar a informação de que precisam em sua coleção particular, composta basicamente de livros. Assim, quando eles se apercebem de certas lacunas no seu conhecimento – percebidas, por um lado, como interesse em obter maiores informações sobre a doença e, de outro, como desejo de aprofundar o assunto – eles procuram recorrer a informações mais sedimentadas, como as que se encontram em livros, para preencher a lacuna informacional, entender melhor cada situação e consolidar seus conhecimentos.

A preferência por estas duas fontes encontra eco em diversas pesquisas com categorias de usuários similares. Há muito presentes na literatura como favoritas e tradicionalmente aceitas como características marcantes da área médica, estas preferências estão respaldadas na circunstância de que a situação vivida por esse grupo de médicos-residentes é, ainda, uma situação de dependência cognitiva e intelectual de mestres mais experientes, seja através dos livros seja através dos preceptores.

A pergunta que a situação impõe é por que, nos dias de hoje, quando inúmeros recursos informacionais encontram-se ao alcance da mão, disponibilizando informações de diferentes graus de dificuldade em números exuberantes e muitas vezes de forma absolutamente gratuita, esse grupo não recorre a essas facilidades?

Sendo pessoas ainda jovens, que se supõe familiarizadas com as tecnologias de informação e livres das barreiras impostas a grupos sociais menos favorecidos, como as barreiras lingüísticas, por exemplo, que não foram lembradas como dificuldades para a busca informacional, seria natural que buscassem alternativas informacionais mais promissoras. No entanto, o grupo continua a demonstrar conservadorismo em seus hábitos e preferências.

O que se acredita é que ou não existe a necessidade de certos recursos mais modernos para o exercício da atividade de médico-residente – pelo menos não nesse grupo – ou o

fato de que essas fontes ou recursos não são amplamente conhecidos, de fácil manuseio e de reconhecida eficácia influencia de modo cabal o uso dessas fontes. Ou seja, eles agem como se, uma vez dispostos a buscar uma informação, não fossem encontrá-la nessas fontes ou não fossem saber manejar o recurso. Isso talvez os leve a rejeitar as fontes ou a substituí-las por outras, de mais fácil acesso e com mais rápida solução para a sua necessidade.

É fato, contudo, que diversas pesquisas ao redor do mundo atestam que esse tipo de usuário necessita dos recursos tecnológicos de informação e necessita das bibliotecas e dos profissionais da informação. E há todo um conjunto de instituições preocupadas em desenvolver recursos para os médicos na prática clínica. Mas não apenas isso. Os próprios médicos afirmam que esses recursos são fundamentais nesse meio-ambiente, que contribuem diretamente nas decisões de saúde, na opção entre a vida e a morte dos pacientes.

Quando se coloca a questão aos médicos-residentes, porém, não é essa a resposta que se obtém. Eles não freqüentam a biblioteca, ou o fazem raramente, e afirmam que é porque não encontram ali aquilo que precisam, pois os acervos são desatualizados e incompletos. Se a despeito de não manejarem os recursos bibliográficos e de não freqüentarem as bibliotecas, seu conhecimento se desenvolve, eles se formam no grau de especialistas, atendem e resolvem as doenças dos seus pacientes, então o problema é mais complexo e profundo, não sendo possível descrevê-lo através de uma pesquisa como esta. Talvez fosse preciso formular uma pesquisa que tentasse entender o que realmente é importante para os médicos em matéria de informação científica.

Uma pesquisa como a de Camargo Jr. (2002), por exemplo, que buscou entender melhor como os próprios médicos se percebem enquanto construtores de conhecimento, poderia render resultados mais significativos em termos das necessidades e dos hábitos informacionais na área médica. Os médicos da pesquisa de Camargo Jr., apesar de experientes e prestigiosos, não sabiam lidar muito bem com a informação nova, essa que está nos

artigos das bases de dados. Eles sabem que precisam estar atualizados com as novas descobertas, com os estudos que se fazem nas mais diversas áreas, pois eles ditam a forma como se há de tratar e diagnosticar os pacientes. Esse tipo de deficiência configura-se no limite de uma necessidade quase não-reconhecida ou, talvez, de uma deficiência percebida, porém não assumida. E será que os médicos devem mesmo investir seu precioso e escasso tempo em aprender a lidar com essa parafernália que muitos não estão dispostos a enfrentar? Ou eles fariam melhor se, como disseram Davidoff e Florance (2000), dedicassem seu tempo à leitura, aprofundando seus conhecimentos na interpretação e crítica da literatura publicada, deixando por conta dos profissionais da informação especializados a intermediação dessa prática?

Por vezes persistem dúvidas quanto aos resultados das pesquisas nesta área. Por um lado, as pesquisas que são iniciativas de bibliotecas ou de profissionais da informação trazem resultados que tendem a demonstrar o quanto são importantes para os médicos na prática clínica e, por outro, quando pesquisas como esta, aqui relatada, são realizadas abordando um grupo de usuários, independente de qualquer serviço informacional, as bibliotecas e os profissionais da informação são os últimos a serem lembrados.

Entretanto, se as bibliotecas e os profissionais forem realmente importantes nesse contexto, dois problemas podem estar ocorrendo: (a) os bibliotecários não tornam seus serviços evidentes, não os desenvolvem – apesar de possuírem essa condição – e por isso os médicos não confiam em utilizá-los ou simplesmente os ignoram; ou, ao contrário, (b) os serviços estão disponíveis e estes médicos, com as falhas que trazem da escola fundamental, num contexto onde os hábitos de leitura e de uso de bibliotecas não são incentivados – provavelmente porque estas instituições nunca foram devidamente cuidadas e estimuladas – nunca vão enxergá-los como parte da sua formação e do exercício de sua profissão.

Quaisquer que sejam os motivos para tal situação, o fato é que o médico-residente aqui estudado trata de obter seus próprios livros, consciente de que necessita deles. O que ele não imagina ou não supõe, porque não está ao alcance de suas próprias decisões, já que é apenas um médico em treinamento, é que ele poderia contar com um profissional especialista naquilo em que ele não possui treinamento: buscar informação de forma rápida e eficiente, com a certeza de que o que foi publicado sempre poderá ser encontrado.

Embora isso possa ser considerado uma utopia, profissionais e serviços desse tipo existem. A realidade é que algumas bibliotecas e alguns bibliotecários, inclusive em Salvador, mas sobretudo na região centro-sul do país, já trabalham nessa perspectiva. A BIREME desenvolve recursos informacionais cada vez mais sofisticados, preocupa-se em oferecer treinamento a esse contingente de bibliotecários da área médica e tudo indica que, mesmo sendo uma profissão desafiadora, que exige muito da iniciativa pessoal, há espaço para esses profissionais no Brasil. As faculdades e escolas de Biblioteconomia precisam estar atentas para isso. E mesmo que sua preocupação principal não tenha sido esta, uma das pretensões do presente estudo, através da revisão teórica realizada, é sensibilizar a área da Ciência da Informação em relação às tendências e oportunidades disponíveis para o profissional da informação que queira se desenvolver na área médica.

Junto aos médicos, especialmente, os profissionais da informação precisam tornar evidentes suas qualidades, demonstrando sua competência numa área em que eles experimentam tantas dificuldades. Viu-se nesta pesquisa como é difícil essa aceitação por parte dos médicos. Alguns autores ressaltam que geralmente os médicos não abrem mão de serem responsáveis pela informação que consomem, utilizando um jargão próprio que os distancia dos outros profissionais. É por isso que constantemente se verifica que um das principais dificuldades dos profissionais da informação que trabalham na prática médica, é interpretar as requisições, os hábitos e as necessidades informacionais dos médicos.

Alguns comportamentos dessa categoria profissional ficaram muito claros na presente pesquisa, justamente porque a maioria dos resultados foram muito similares aos das outras pesquisas ao redor do mundo. Nesse sentido, apesar do contexto ter influência direta em todo o processo do comportamento informacional, o que parece ser mais determinante na escolha das fontes de informação, na percepção da necessidade e na decisão de efetivamente buscar a informação, não depende exatamente da disponibilização dos recursos e sim dos processos cognitivos. Pode-se estar em Salvador ou em Nova York, os recursos à disposição podem ser inúmeros e sofisticados ou poucos e de difícil manejo, o que faz com que os médicos se mobilizem rumo às fontes é, em primeiro lugar, o motivo que o leva à busca e, em seguida, sua percepção de vir a ter êxito na empreitada, com um mínimo de esforço. As respostas obtidas nesta pesquisa o comprovam.

Como se viu aqui, o médico-residente está sob a supervisão de um médico-preceptor que o orienta e o avalia. Quando se trata de ter que apresentar um caso ou pequena palestra, este médico vai buscar a informação, vai à sua biblioteca particular, vai à Internet e até às bases de dados, já que aprendeu a manejá-las por conta própria. Quando, ao contrário, o motivo é uma dúvida ou a simples curiosidade, ele pode eventualmente se dirigir ao preceptor, pois esta é a forma mais rápida e segura de obter uma resposta. A fonte tem que ser fácil e eficiente, pois ele não tem tempo disponível e quando faz as pesquisas a quantidade de informação encontrada o confunde e atrapalha.

Alguns deles afirmam que sempre acham o que buscam, mas o problema é que não sabem utilizar os recursos das fontes de informação e sem dúvida não estão certos de terem realmente encontrado tudo o que havia ou tudo que era mais relevante, mais adequado, mais atual, etc. As buscas são empreendidas sem muita técnica e quando obtêm um resultado, seguramente exorbitante, se conformam com escolher entre os primeiros itens. No momento da escolha, acabam preferindo o que é grátis e de fácil acesso, o que evidencia

que fatores como qualidade da informação, exatidão, confiabilidade e evidência científica, por exemplo, ficam em segundo plano.

Em locais onde os bibliotecários realizam as pesquisas as coisas ocorrem de maneira diferente. O usuário demanda uma pesquisa e cabe ao profissional entrevistá-lo para poder chegar a uma compreensão acabada de qual o assunto a ser pesquisado. Isto é importante pois, como já se disse várias vezes, os resultados das buscas são números exagerados, saber delimitar e filtrar é onde reside a melhor qualidade do profissional da informação. O usuário recebe então o resultado de sua busca, constando de títulos e resumos. O serviço da biblioteca oferece ainda a possibilidade de acessar todos os artigos que forem selecionados através da sua coleção ou de recursos de comutação ou intercâmbio com outras bibliotecas, sejam nacionais ou estrangeiras. O usuário no final estará munido de informações selecionadas, avaliadas e significativas, não estará lendo aquilo que encontrou, mas o que de fato necessitava ler.

Os dados obtidos sobre a situação ideal para uma boa prática profissional é sugestivo de que todos no grupo estudado têm idéia de que contar com recursos melhora sua prática. De fato esta foi a pergunta mais respondida do questionário, pois cada uma das sete alternativas foi marcada em média quarenta e três vezes. Contar com bibliotecas, livros e computadores foram opções marcadas por quase todos os respondentes. O que melhoraria sua prática não está muito claro, quando se julga pelos dados obtidos nas outras respostas. O fato de haver livros disponíveis nas enfermarias os pouparia de ter que comprar seus próprios livros e o fato de haver um computador com acesso à Internet, a bases de dados e a portais de informação médica, provavelmente não mudaria muita coisa, pois eles não dominam os recursos e não têm tempo para dedicar às buscas.

Contudo, se houvesse um planejamento do ensino; se houvesse treinamento para esses médicos-residentes sobre como utilizar e usufruir desses recursos; se fossem monta-

dos serviços de bibliotecários clínicos; ou se a biblioteca do hospital desenvolvesse serviços exclusivos para os residentes, então muitas coisas poderiam mudar para melhor.

Por fim, como sugestão para futuros estudos neste tema, apresenta-se abaixo o modelo revisado de Wilson (WILSON; WALSH, 1996) que oferece um panorama do comportamento informacional dos médicos-residentes do HUPES:

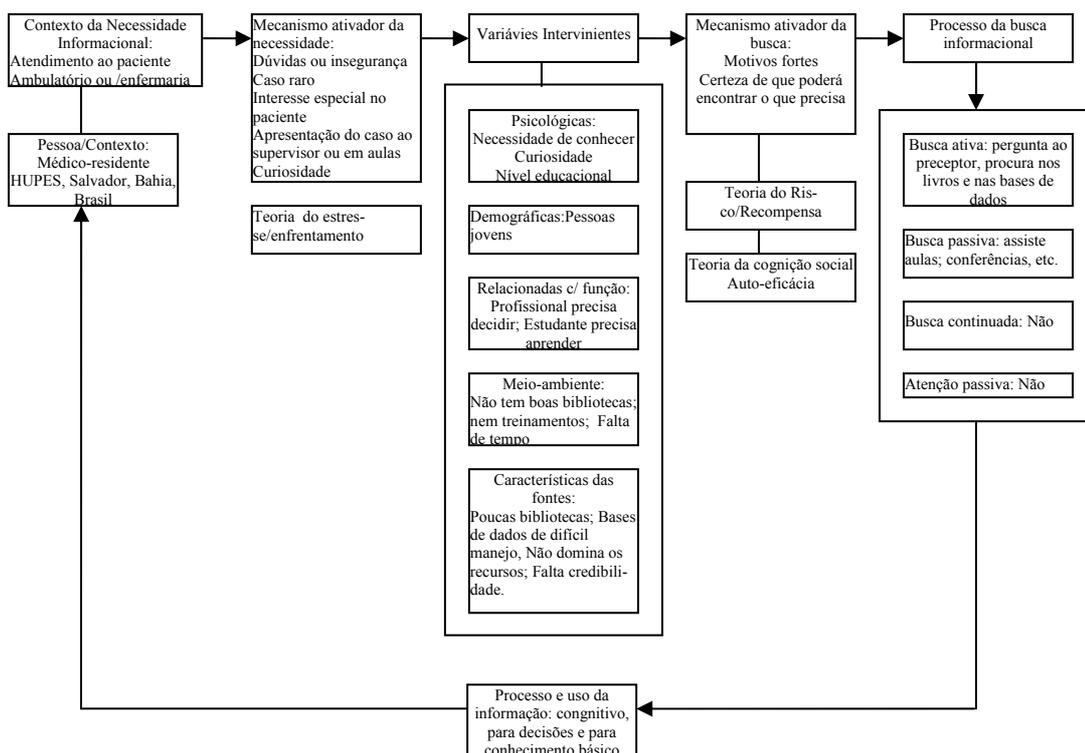


Figura VII: Modelo de comportamento informacional dos médicos-residentes do HUPES, Salvador, Bahia, Brasil

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito desta pesquisa foi investigar o comportamento informacional do médico-residente em sua prática de atendimento aos pacientes. Para isso aplicaram-se o método do *survey* e da técnica do incidente crítico através de um questionário.

Dessa forma esta pesquisa possibilitou, através da análise dos resultados obtidos, desenvolver um quadro sobre o comportamento desse grupo de médicos-residentes perante uma necessidade de informação necessária para responder a questionamentos surgidos durante o atendimento aos pacientes. Assim como também conhecer seus hábitos e preferências com relação a fontes, recursos e formatos da informação científica, e suas habilidades no manejo dos mesmos.

Possibilitou também entender que os serviços de biblioteca ou bibliotecários especializados não têm participação importante na vida profissional destes médicos-residentes,

mas, não necessariamente porque esta seja uma escolha determinada pela forma em que desenvolvem o trabalho, senão porque esses serviços simplesmente não existem ao seu alcance. E, como observou Mendes (1996), os médicos brasileiros parecem ter se acostumado a lidar com a falta de boas bibliotecas e serviços eficientes. Dessa forma eles acabam adquirindo suas próprias coleções ou buscando alternativas.

Isso fica claro também na constatação de que, se houvesse uma situação ideal, eles escolheriam ter boas bibliotecas disponíveis, ter coleções de livros e periódicos perto dos ambulatórios e enfermarias, especialmente um computador com recursos especializados para a prática médica.

Por vezes eles parecem ter a ilusão de que tudo o que precisam será encontrado na Internet. Não entanto, sabe-se que isso não é uma realidade, e, os que tentam se valer da Internet como recurso informacional, bem sabem disso, pois a enorme quantidade, e a desorganização da informação, aliada ao desconhecimento de fontes adequadas e a falta de tempo, pode chegar a se tornar um fator complicador, mais do que uma solução para suas necessidades.

Os resultados desta pesquisa apresentam-se comparativamente similares aos resultados das diversas pesquisas publicadas ao redor do mundo, o que, como mínimo, reafirma a importância do estudo do tema, uma vez que, através dessa literatura fica evidente tratar-se de uma temática inacabada, ainda não compreendida e pouco estudada. E, como já se disse antes, há muitas discrepâncias tanto nos desenhos dos estudos, como nos resultados, e pode-se visualizar também certa tendenciosidade em alguns trabalhos. As pesquisas originadas no ambiente da biblioteca, por exemplo apresentam resultados favoráveis quanto a importância de biblioteca para o médico na prática clínica. Já as pesquisas realizadas com grupos de médicos em suas diferentes especialidades ou funções, dificilmente apontam a biblioteca como fonte preferencial dos médicos.

A pesquisa, ao ser limitada a um grupo de médicos, não permite generalizações quanto aos seus achados, nem para a categoria médicos, nem para o contexto brasileiro, por isso estas considerações finais devem ser entendidas dentro das limitações impostas pelo tamanho da amostra, a metodologia e o marco contextual. Tal ponderação reafirma a necessidade de mais pesquisa nesta área, uma vez que há urgência de se encontrar soluções e se adotar medidas para o problema que tende a ser cada vez maior.

Dois são os fatores que caracterizam e moldam o comportamento informacional do médico, um é a enorme e crescente quantidade de informação científica publicada, e o outro é a impossibilidade do médico de buscar, encontrar, selecionar, compreender e integrar esta literatura à sua prática. Nesse sentido, algumas considerações são apresentadas como produto desta pesquisa para contribuir na reflexão do tema.

A hipótese de que a informação científica é um componente indispensável para os médicos-residentes na prática de atendimento aos pacientes se comprova em parte, pois fica claro que este tipo de informação, entendida como informação nova, que pode ser encontrada através de pesquisas em bibliotecas e bases de dados, é apenas um dos tipos de informações necessárias a este médico.

Do mesmo modo afirmar que esses profissionais devem conhecer e saber manejar essas fontes de informação (bibliotecas especializadas da área médica, e bases de dados bibliográficas) é parcialmente verdadeiro porque as necessidades informacionais dos médicos-residentes parecem estar mais situadas não no nível da informação científica mais atualizada, mas sim, no nível da informação já consolidada e que faz parte do que Mendes (1996) chamou de informação básica e Camargo Jr., (2002) de conhecimento médico. Este conhecimento pode, por exemplo, ser obtido através da consulta com o médico preceptor ou nos livros textos da especialidade que, ao julgar pelas respostas obtidas nesta pesquisa, cada um possui em sua coleção particular.

De todas formas essas necessidades de informação científica existem e para supri-las são necessárias algumas atitudes que envolvem a motivação para a busca, o conhecimento de fontes de informação e habilidades na utilização dessas diversas fontes

Os médicos-residentes que participaram desta pesquisa tendem a procurar a informação que necessitam especialmente motivados pela necessidade de superar suas incertezas e inseguranças sobre o conhecimento necessário à sua prática. Porém utilizam muito pouco e até mesmo desconhecem muitos dos recursos informacionais disponíveis.

É escasso o conhecimento das principais bases de dados bibliográficas de acesso gratuito na Internet, e quando utilizadas, apenas com manejo superficial do recurso. As principais dificuldades no manejo dessas tecnologias são as grandes quantidades de informação disponível e a falta de tempo para dedicar às buscas. E nessas buscas, acabam acessando apenas o que está de mais fácil acesso.

Utilizam o meio eletrônico nas suas buscas, mas não investem em adquirir produtos como assinaturas de periódicos eletrônicos, ou assinaturas de portais especializados. Tem um computador em casa, mas não escolhem se manter informados através dos recursos disponíveis na Internet, como listas de discussão ou serviços de envio dos sumários dos periódicos médicos e preferem fazê-lo através do contato com os colegas e professores em eventos formais ou informais.

Infelizmente eles freqüentam muito pouco as bibliotecas especializadas pois não acreditam que lá possam encontrar a informação que necessitam, acham que os acervos são incompletos e desatualizados e não visualizam a probabilidade de contar com um profissional especializado em informação médica como colaborador neste processo.

Se bem é uma realidade o problema dos acervos das bibliotecas disponíveis a este médico-residente, a pouca freqüência provavelmente também se deva aos acervos inadequados, pois as bibliotecas desenvolvem suas coleções de forma geral, tentando atingir

uma ampla amostra dos temas da medicina e adquirir o básico. Seria certamente mais adequado se estabelecerem planos e metas de desenvolvimento de coleções específicas para os programas das residências médica, onde se priorizassem os recursos eletrônicos, como livros textos de cada especialidade em formato digital, acessíveis de qualquer computador do hospital, por exemplo.

Finalmente, o presente estudo, ao situar o problema da informação científica na prática clínica, inicia uma nova linha de investigação, quase inexplorada no Brasil e que promete desdobramentos expressivos para a área da ciência da informação. Esses futuros estudos poderiam se deter em grupos específicos da categoria médicos, assim como de outras áreas da saúde, cada um com características contextuais próprias, que delineiam necessidades diferenciadas.

Recomenda-se então que seja buscada uma padronização dos métodos e desenhos nesses estudos, assim como dos parâmetros terminológicos e conceituais, almejando a produção de resultados comparáveis através de revisões sistemáticas e metanálises.

Espera-se que as constatações e resultados do presente estudo contribuam também para demonstrar a importância da informação científica para o segmento dos médicos-residentes e para evidenciar a relevância dos profissionais da informação na área médica

Acredita-se ainda que não sejam as bibliotecas físicas ou tradicionais as que conseguirão suprir com excelência as demandas informacionais dos médicos, e sim os bibliotecários especializados inseridos nos diferentes contextos, acessando recursos principalmente eletrônicos. As bibliotecas hospitalares, por exemplo, podem continuar a existir, porém com o objetivo muito claro de desenvolver serviços diferenciados para grupo de usuários. E isto somente será possível se, primeiro, esses grupos forem estudados e compreendidos em suas necessidades específicas e segundo, se os profissionais da informação que ali trabalhem se especializarem e aperfeiçoarem cada vez mais para atender essa demanda, que,

aliás, resultará sem dúvida, em um magnífico trabalho de interdisciplinaridade e cooperação, e não será apenas um “suporte informacional”, como é tradicionalmente a forma de bibliotecas e bibliotecários se posicionarem nas instituições

8. REFERÊNCIAS

1. ALI, I. Library provided information and clinical decision making: a study in two hospitals in Canberra. *Australian Academic and Research Libraries*, v. 31, Part 1, p. 30-45, 2000.
2. ARMSTRONG, C. J. et al. JUSTEIS: JISC usage surveys: trends in electronic information services. Final Report 1999/2000 cycle. Report of Joint Information Systems Committee. Aberystwyth, UK: University of Wales Aberystwyth, Department of Information and Library Studies, 2000.
3. ATALLAH, A.; CASTRO, A. *Evidências para melhores decisões clínicas*. São Paulo: UNIFESP, 1998. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/suplem/cochrane/bestevidence.htm>> Acesso em: 06 set. 2000.
4. ASHCROFT, M. The impact of information use on decision making by physiotherapists. *Library Management*, v. 19, n. 3, p. 174-195, 1998.
5. BABBIE, E. *Métodos de pesquisa de survey*. Belo Horizonte: UFMG, 1999. 519 p.
6. BAHIA. Secretaria de Saúde. *Residência médica*. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/int_acoes_resid.html>. Acesso em: 10 out. 2004.
7. BANDURA, A. Self efficacy: towards a unifying theory of behavioural change *Psychological Review*, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

8. BARBOUR, G. L.; YOUNG, M. N. Role of the clinical librarian. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, v. 255, n. 14, p. 1921-1922, 1986.
9. BERAQUET, V. S. et al. Informação para saúde: bases para a formação profissional do bibliotecário brasileiro. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 5., 2003, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: ECI/UFMG, 2003. 28 p.
10. BERAQUET, V. S. et al. Looking for new paths in educating health librarians in Brazil. In: EUROPEAN CONFERENCE OF MEDICAL AND HEALTH LIBRARIES, 8., 2002, Cologne, Germany. *Anais eletrônicos...* Disponível em: <<http://www.zbmed.de/eahil2002.html>>. Acesso em: 17 maio 2005.
11. BEVERLEY, C. A.; BOOTH, A.; BATH, P.A. The role of the information specialist in the systematic review process: a health information case study. *Health Information and Libraries Journal*, v. 20, n. 2, p. 65-74, 2003.
12. BRASIL. Ministério da Educação. Decreto nº 80.281/77, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 6 set. 1977. Seção 1, p. 11787.
13. BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 9 de jul. 1981. Seção 1, p. 12789.
14. BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional da Residência Médica. Resolução nº 04, de 20 de dezembro de 2002. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 20 dez. 2002. Seção 1, p. 14.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>. Acesso em: 10 abril 2005.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Manual brasileiro de acreditação hospitalar*. 2. ed. Brasília: M.S., 1999. 159 p.
17. BREMBER, V. L.; LEGGATE, P. Linking a medical user survey to management for library effectiveness: I. The user survey. *The Journal of Documentation*, v. 41, n. 1, p. 1-14, 1985.
18. BRENNAN, D. P. The value and relevance of the hospital library in medical education. *St. Francis Journal of Medicine*, v. 5, n. 2, p. 1-8, 2000.
19. BRESNICK, D. The lawyer as information manager. *Legal Studies Forum*, v. 12, n. 3, p. 275-284, 1988.

20. BURKE, L. The need for medical libraries in hospitals. *New York State Journal of Medicine*, v. 90, n. 8, p. 420-421, 1990.
21. BURNKRANT, R. E. A motivational model of information-processing intensity. *Journal of Consumer Research*, v. 3, p. 21-30, 1976.
22. BURTON, J. E. The impact of medical libraries and literature on patient care in New Zealand. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 83, n. 4, p. 425-430, 1995.
23. CAMARGO JUNIOR, K. R. The thought style of physicians: strategies for keeping up with medical knowledge. *Social Studies of Science*, v. 32, n. 5-6, p. 827-855, 2002.
24. CAMARGO JUNIOR, K. R. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: estilo de pensamento dos clínicos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 1163-1174, 2003.
25. CAMPBELL, A. A.; KATONA, G. The sample survey: a technical for social science research. In: FESTINGER, L.; KATZ, D. (eds.). *Research Methods in the Behavioral Sciences*, New York: The Dryden Press, 1953.
26. CAÑEDO ANDALIA, R. Del bibliotecario clínico al informacionista: de la gerencia de información a la gestión del conocimiento. *ACIMED*, v. 10, n. 3, 2002. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol10_3_02/Aci062002.htm>. Acesso em: 03 nov. 2003.
27. CARVALHO, K. de. O profissional da informação: o humano multifacetado. *DataGramZero – Revista de Ciência da Informação*, v. 3, n. 5, 2002. Disponível em: <http://www.dgzero.org/out02/Art_03.htm>. Acesso em: 22 ago. 2003.
28. CASADO URIGEN, M. et al. Importance of hospital library facilities to clinical decision making by medical staff. In: EUROPEAN CONFERENCE OF MEDICAL AND HEALTH LIBRARIES, 4., 1994, Oslo. *Proceedings...* Oslo: EAHILL, 1994.
29. CIMPL, K. Clinical medical librarianship: a review of the literature. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 73, n. 1, p. 21-28, 1985.
30. CIOL, R. *Políticas municipais de saúde em Americana: nível de informação para tomada de decisão*. 2001. 168 f. Dissertação (Mestrado em Biblioteconomia e Ciência da Informação) – Faculdade de Biblioteconomia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2001.
31. CIOL, R.; BERAQUET, V. S. O profissional da informação no paradigma virtual: atuação em saúde pública. *Biblios*, ano 4, n. 16, p. 54-64, 2003.
32. COGDILL, K. W. Information needs and information seeking in primary care: a study of nurse practitioners. *Journal of the Medical Library Association*, v. 91, n. 2, p. 203-215, 2003.

33. COGDILL, K. W. et al. Information needs and information seeking in community medical education. *Academic Medicine*, v. 75, n. 5, p. 484-486, 2000.
34. COLE, C. Operationalizing the notion of information as a subjective construct. *Journal of the American Society of Information Science (JASIS)*, v. 45, n. 7, p. 465-476, 1994.
35. COLE, C. Intelligent information retrieval: diagnosing information need. Part 1: the theoretical framework for developing an intelligent IR tool. *Information Processing and Management*, v. 34, n. 6, p.709-720, 1998.
36. COOPER, W. S. A definition of relevance for information retrieval. *Information Storage and Retrieval*, v. 7, n. 1, p. 21-29, 1971.
37. COSTA, M. F. *Padrões de uso e necessidades de informação na área de geologia do petróleo*. 1992. 165 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia. Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.
38. COVELL, D. G.; UMAN, G. C.; MANNING, P. R. Information needs in office practice: are they being met? *Annals of Internal Medicine*, v. 103, n. 4, p. 596-599, 1985.
39. CRESTANA, M. F. *Discurso de bibliotecárias a respeito de suas profissões na área médica*. 2002. 116 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
40. CUENCA, A. M.; TANAKA, A. C. As novas tecnologias na comunicação científica: o uso da Internet pela comunidade de docentes da área de saúde pública. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 5., 2003, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: ECI/UFMG, 2003. 21p.
41. CURTY, M. G. *Busca de informação para desenvolvimento das atividades acadêmicas pelos médicos docentes da Universidade Estadual de Maringá*. 1999. 156 f. Dissertação (Mestrado em Biblioteconomia e Ciência da Informação) – Faculdade de Biblioteconomia, Pontifícia Universidade de Campinas, Campinas, 1999.
42. DAVIDOFF, F.; FLORANCE, V. The informationist: a new health profession? *Annals of Internal Medicine*, v. 132, n. 12, p. 996-998, Jun. 2000.
43. DAVIES, R. et al. Establishing the value of information to nursing continuing education: report of the EVINCE project. *British Library Research and Innovation Report*, n. 44, 1-163, 1997.
44. DAWES, M.; SAMPSON, U. Knowledge management in clinical practice: a systematic review of information seeking behavior in physicians. *International Journal of Medical Informatics*, v. 71, n. 1, p. 9-15, 2003.

45. DEE, C.; BLAZEK, R. Information needs of the rural physician: a descriptive study *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 81, n. 3, p. 259-264, 1993.
46. DERR, R. L. A conceptual analysis of information need. *Information Processing and Management*, v. 19, n. 5, p. 273-278, 1983.
47. DERVIN, B. An overview of sense-making research: concepts, methods and results to date. *International Communications Association Annual Meeting*, Dallas, Texas, 1983.
48. DERVIN, B. From the mind's eye of the user? The sense-making qualitative-quantitative methodology. In: GLAZIER, J. D.; POWELL, R. R. *Qualitative research in information management*. Englewood: Libraries Unlimited, 1992. p. 61-84.
49. DERVIN, B.; NILAN, M. Information needs and uses. *Annual Review of Information Science and Technology (ARIST)*, v. 25, p. 3-33, 1986.
50. DETLEFSEN, E. G. Library and information science education for the new medical environment and the age of integrated information. *Library Trends*, v. 42, n. 2, 342-352, 1993.
51. DEVADASON, F. J.; LINGA, P. P. A methodology for the identification of information needs of users. IFLA General conference, 62. *Proceedings...*, 1996. Disponível em: <<http://www.ifla.org/IV/ifla62/62-devf.htm>>. Acesso em: 03 nov. 2003.
52. DEVITT, N.; MURPHY, J. A survey of the information management and technology training needs of doctors in an acute NHS trust in the United Kingdom. *Health Information and Libraries Journal*, v. 21, n. 3, p. 164-172, 2004.
53. DIAS, W. M. *Hábito de uso da informação dos docentes do Instituto de Ciências Exatas da Faculdade e Tecnologia da Universidade de Brasília*. 1990. 232 f. Dissertação (Mestrado em Biblioteconomia e Documentação) – Faculdade de Estudos Sociais Aplicados, Universidade de Brasília, Brasília, 1990.
54. DILLAN, K. V. *Hábitos de obtenção e uso da informação: técnicos da Fundação de Ciência e Tecnologia*. 1985. 135 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da informação) – Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1985.
55. ELLIS, D. A behavioural approach to information retrieval system design. *Journal of Documentation*, v. 45, n. 3, p. 171-212, 1989.
56. ELY, J. W.; BURCH, R. J.; VINSON, D. C. The information needs of family physicians: case-specific clinical questions. *The Journal of Family Practice*, v. 35, n. 3, p. 265-269, 1992.

57. FERREIRA, M. N. Biblioteca hospitalar: um luxo ou uma necessidade? *Hospital – Administração e Saúde*, v. 11, n. 4, p. 180-183, 1987.
58. FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998.
59. FIGUEIREDO, G. C. *Artrite fúngica: análise secundária de dados*. 2001. 155 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.
60. FLANAGAN, J. C. The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, v. 51, n. 4, p. 327-358, 1954.
61. FLORANCE, V.; GIUSE, N. B.; KETCHELL, D. S. Information in context: integrating information specialist into practice setting. *Journal of the Medical Library Association*, v. 90, n. 1, p. 49-58, 2002.
62. FORSETLUND, L.; BJORNDAL, A. The potential for research-based information in public health: identifying unrecognized information needs. *BMC Public Health*, v. 1 p. 1-8, 2001. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/1/1>>. Acesso em: 15 dez. 2004.
63. FORSYTHE, D. et al. Expanding the concept of medical information: an observational study of physician's information needs. *Computers and Biomedical Research*, v. 25, n. 2, p. 181-200, 1992.
64. FURLAN, A. D. Em busca de evidência para a prática médica diária. *Acta Fisiátrica*, v. 7, n. 1, p. 20-28, 2000.
65. GARG, A; TURTLE, K. M. Effectiveness of training health professionals in literature search skills using electronic health databases: a critical appraisal. *Health Information and Libraries Journal*, v. 20, n. 1, p. 33-41, 2003.
66. GIUSE, N. B. et al. Clinical medical librarianship: the Vanderbilt experience. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 86, n. 3, p. 412-416, 1998.
67. GONZALEZ TERUEL, A.; ABAD GARCIA, A. M. F. Necesidades de información de los médicos en el ámbito hospitalario: estudio de un caso. *VI Jornadas Españolas de Documentación*, 1998. Disponível em: <http://fesabid98.flo-rida-uni.es/Comunicaciones/a_gonzalez/a_gonzalez.htm>. Acesso em: 05 nov. 2003.
68. GORDON, T. *The airline pilot: a survey of the critical requirements of his job and of pilot evaluation and selection procedures*. Washington: Civil Aeronautic Administration, 1947.
69. GORDON, T. *The development of a standard flight-check for the airline transport rating based on the critical requirement of the airline pilot's job*. Washington: Civil Aeronautic Administration, 1949.

70. GORMAN, P. N. Information needs of physicians. *Journal of the American Society of Information Science*, v. 46, n. 10, p. 729-736, 1995.
71. GREEN, M. L.; CIAMPI, M. A.; ELLIS, P. J. Residents' medical information needs in clinic: are they being met? *The American Journal of Medicine*, v. 109, n. 3, p. 218-223, 2000.
72. GRUPPEN, L. D. Physician information seeking: improving relevance through research. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 78, n. 2, p. 165-172, 1990.
73. GUALBERTO, L. D. Residência médica no Brasil. *Medicina On Line*, v. 1, n. 1, 1998. Disponível em: < http://www.medonline.com.br/med_ed/med1/residenc.-htm>. Acesso em: 5 jan. 2005.
74. GUY, A. G. Les besoins et usages de l'information chez les chercheurs chimistes. *Memoire (Maîtrise) – Université Paris 1, Panthéon – Sorbonne*. 2003.
75. HAUG, J. D. Physicians' preferences for information sources: a meta-analytic study. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 85, n. 3, p. 223-232, 1997.
76. HEWINS, E. T. Information need and use studies. *Annual Review of Information Science and Technology (ARIST)*, v. 25, p. 145-172, 1990.
77. HJORLAND, B. Empiricism, rationalism and positivism in library and information science. *Journal of Documentation*, v. 61, n. 1, p. 130-155, 2005.
78. JEROME, R. N. et al. Information needs of clinical teams: analysis of questions received by the Clinical Informatics Consult Service. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 89, n. 2, p. 177-184, 2001.
79. KING, D. N. The contribution of hospital library information services to clinical care: a study in eight hospitals. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 75, n. 4, p. 291-301, 1987.
80. KULTHAU, C. C. Inside the search process: information seeking from the user's perspective, *Journal of the American Society for Information Science*, v. 42, n. 5, p. 361-371, 1991.
81. LANCASTER, F. W. The future of the library in the age of telecommunications. In: KING, D. W. et al. *Telecommunications and libraries: a primer for librarians and information managers*. New York: Knowledge, 1981. Cap. 8, p.137-156.
82. LAPPAL, E. Undertaking an information-needs analysis of the emergency-care physician to inform the role of the clinical librarian: a Greek perspective. *Health Information and Libraries Journal*, v. 22, n. 2, p. 124-132, 2005.
83. LECKIE, G. J.; PETTIGREW, K. E.; SYLVAIN, C. Modeling the information seeking of professional: a general model derived from research on engineers, health care professionals and lawyers. *Library Quarterly*, v. 66, n. 2, p. 161-193, 1996.

84. LEGEY, L. R.; ALBAGLI, S. Construindo a sociedade da informação no Brasil: uma nova agenda. *DataGramaZero, Revista de Ciência da Informação*, v. 1, n. 5, p. 1-9, 2000.
85. LEWIS, R. *The information needs and information behaviour of hospital pharmacists*. 2000. 209 f. Thesis (Master) - University of Wales, Aberystwyth, 2000.
86. LIGHT, A.; WAKEMAN, I. Beyond the interface: users' perceptions of interaction and audience of websites. *Interacting with Computers*, v. 13, n. 3, p. 325-351, 2001.
87. LINDBERG, D. A. et al. Use of MEDLINE by physicians for clinical problem solving. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, v. 269, n. 24, p. 3124-3129, 1993.
88. LÓPEZ FERNANDEZ, L. A. et al. Sources of influence on medical practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 54, p. 623-630, 2000.
89. LOVETT, D. G. PDAs: exploring the role of the medical librarian. *Journal of Electronic Resources in Medical Libraries*, v. 1, n. 1, p. 113-118, 2004.
90. LUNDBERG, G. D. II. Perspective from the editor of JAMA, The Journal of the American Medical Association. *Bulletin of Medical Library Association*, v. 80, n. 2, p. 110-114, 1992.
91. MACÍAS-CHAPULA, C. A. A descriptive study of ninety-two hospital libraries in Mexico. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 83, n. 1, p. 66-70, 1995.
92. MCGOWAN, J. J. The role of health sciences librarians in the teaching and retention of the knowledge, skills, and attitudes of lifelong learning. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 83, n. 2, p. 184-189, 1995.
93. MCKIBBON, K. A. The medical literature as a resource for health care practice. *Journal of the American Society for Information Science*, v. 46, 10, p. 737-742, 1995.
94. MCKIBBON, K. A. Evidence-based practice. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 86, n. 3, p. 396-401, 1998.
95. MCKIBBON, K. A. et al. The medical literature as a resource for evidence bases care. *Health Information Research Unit*, 1996. Disponível em: <<http://hiru.mcmaster.ca/hirumedline/asis-pap.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2000.
96. MALTERUD, K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *The Lancet*, v. 358, n. 9279, p. 397-400, 2001.
97. MANNING, R. et al. Determining educational needs in the physician's office. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, v. 244, n. 10, p. 1112-1115, 1980.

98. MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. (Coord.). *Educação médica*. São Paulo: Sarvier, 1998. 409 p.
99. MARSHALL, J. G. The impact of the hospital library on clinical decision making: the Rochester study. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 80, n. 2, 169-178, 1992.
100. MARSHALL, J. G. Issues in clinical information delivery. *Library Trends*, v. 42, n. 1, p. 83-96, 1993.
101. MARSHALL, J. G.; NEUFELD, V. R. A randomized trial of librarian educational participation in clinical settings. *Journal of Medical Education*, v. 56, n. 5, p. 409-416, 1981.
102. MEAD, T. L.; RICHARDS, D. T. Librarian participation in meta-analysis projects. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 83, n. 4, p. 461-464, 1995.
103. MENDES, H. M. *Health information acquisition in British and Brazilian hospitals*. 1996. 265 p. Thesis (PhD in Information Science) – Department of Information Science, Loughborough University, Loughborough, 1996.
104. MENDES, H. M.; MEADOWS, A. J. Personal information acquisition by health professionals in Brazilian and British hospitals: a comparative study. *Journal of Librarianship and Information Science*, v. 29, n. 4, p. 189-193, 1997.
105. MORGAN, C. T.; KING, R. A. *Introduction to psychology*. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1971.
106. MUELLER, S. P. O crescimento da ciência, o comportamento científico e a comunicação científica: algumas reflexões. *Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG*, v. 24, n. 1, 63-84, 1995.
107. MULLALY-QUIJAS, P.; WARD, D. H.; WOELFL, N. Using focus groups to discover health professionals' information needs: a regional marketing study. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 82, n. 3, p. 305-311, 1994.
108. NICOLAU, J. C. Avanços na residência médica. *Jornal da Associação Médica Brasileira*, v. 46, n. 1335, p. 5, 2005.
109. NORTHUP, D. E. et al. Characteristics of clinical information-searching: investigation using critical incident technique. *Journal of Medical Education*, v. 58, n. 11, p. 873-881, 1983.
110. NOWINSKI, A. A importância da biblioteca hospitalar na formação do residente e a participação da BIREME. *Residência Médica (Brasília)*, v. 5, n. 5, p. 13-22, 1983.
111. OCHEIBI, J. A.; BUBA, A. Information needs and information gathering behaviour of Medical doctors in Maiduguri, Nigeria. *Journal of Educational Media and Library Sciences*, v. 40, n. 4, p. 417-427, 2003.

112. O'CONNOR, P. Determining the impact of health library services on patient care: a review of the literature. *Health Information and Libraries Journal*, v. 19, n. 1, p. 1-13, 2002.
113. OSHEROFF, J. A. et al. Physicians' information needs: analysis of questions posed during clinical teaching. *Annals of Internal Medicine*, v. 114, n. 7, p. 576-581, 1991.
114. PEREIRA, M. N. et. al. A aplicação da técnica do incidente crítico em estudos de usuários da informação técnico-científica: uma abordagem comparativa. *Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG*, v. 8, n. 1, p. 25-47, 1979.
115. PRESTON, H. O. *Events affecting reenlistment decisions*. Pittsburgh: American Institute of research, 1953.
116. PYNE, T. et al. Meeting the information needs of clinicians for the practice of evidence-based healthcare. *Health Libraries Review*, v. 16, n. 1, p. 3-14, 1999.
117. RAMOS, K.; LINSCHIED, R.; SCHAFER, S. Real-time information-seeking behavior of residency physicians. *Family Medicine*, v. 35, n. 4, p. 257-260, 2003
118. RASCH, R. F. R.; COGDILL, K. W. Nurse practitioners' information needs and information seeking: implications for practice and education. *Holistic Nursing Practice*, v. 13, n. 4, p. 90-97, 1999.
119. RICHWINE, M.; MCGOWAN, J. J. A rural virtual health sciences library project: research findings with implications for next generation library services. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 89, n. 1, p. 37-44, 2001.
120. RODRIGUEZ ALONSO, F. Necesidades de información del profesional sanitario: fuentes disponibles y modos de acceso. *Medicina Clinica*, Barcelona, v. 101, n. 4, p. 136-137, 1993.
121. SÁ, R. A. Necesidades de informação de técnicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1985. 171 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1985.
122. SACKETT, D. L. et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, v. 312, n. 7023, p. 71-72, 1996.
123. SANSORES, R. H. El residente: "El príncipe de los hospitales". *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, México, v. 14, n. 4, p. 205-206, 2001.
124. SANTANA, L.M.F.S.C. *Intervenções educativas em asma na infância: uma revisão sistemática da literatura*. 2004. 153 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

125. SANTOS, V. M. *O uso da informação no contexto da engenharia de projetos siderúrgicos*. 1987. 156 f. Dissertação (Mestrado em Biblioteconomia) - Escola de Biblioteconomia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1987.
126. SARACEVIC, T.; KANTOR, P. B. Studying the value of library and information services. Part I: establishing a theoretical framework. *Journal of the American Society for Information Science (JASIS)*, v. 48, n. 6, p.527-542, 1997.
127. SARGEANT, S. J.; HARRISON, J. Clinical librarianship in the UK: temporary trend or permanent profession? Part I: a review of the role of the clinical librarian. *Health Information and Libraries Journal*, v. 21, n. 3, p. 173-181, 2004.
128. SCHACHER, L. F. Clinical librarianship: its value in medical care. *Annals of Internal Medicine*, v. 134, n. 8, p. 717-720, 2001.
129. SCHERRER, C. S.; DORSCH, J. L. The evolving role of the librarian in evidence-based medicine. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 87, n. 3, p. 322-328, 1999.
130. SCURA, G.; DAVIDOFF, F. Case-related use of the medical literature: clinical librarian services for improving patient care. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, v. 245, n. 1, p. 50-52, 1981.
131. SHIPMAN, J. P. et al. The informationist Conference: report. *Journal of the Medical Library Association (JAMA)*, v. 90, n. 4, p. 458-464, 2002.
132. SILVA, C. M. Biblioteconomia clínica em uma comunidade hospitalar. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 32, n. 11-12, p. 219-220, 1986.
133. SILVA SOBRINHO, T. S. *Agregados de informação: o caso do Informam*. 2000. 87 p. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Universidade Federal do Pará, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Belém, 2000.
134. SMITH, B. T. Developing a publicity plan for library research: the Rochester Study. *Medical References Services Quarterly*, v. 11, n. 4, p. 75-82, 1992.
135. SMITH, R. What clinical information do doctors needs? *British Medical Journal*, v. 313, n. 7064, p. 1062-1068, 1996.
136. SONNENWALD, D. H.; WILDEMUTH, B. M. Investigating information seeking behavior using the concept of information horizons. *SILS Technical Report* n. 1, p. 1-22, 2001. Disponível em: <<http://ils.unc.edu/ils/research/reports/TR-2001-01.pdf>> Acesso em: 15 junho 2004.
137. STINSON, E. R.; MUELLER, M. A. Survey of health professionals' information habits and needs: conducted through personal interviews. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, v. 243, n. 2, p. 140-143, 1980.

138. SUGAI, M. *Fluxo de informação entre os pesquisadores do Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares*. 1986. 213 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Comunicação) - Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.
139. TAVARES-NETO, J. Situação atual dos programas de residência médica. *Residência Médica*, Brasília, v. 4, n. 1, p.111-120, 1982.
140. TAYLOR, R. S. Question-negotiation and information seeking in libraries. *College and Research Libraries*, v. 29, p. 178-194, 1968.
141. TENNANT, M. R.; MIYAMOTO, M. M. The role of medical libraries in undergraduate education: a case study in genetics. *Journal of the Medical Library Association (JAMA)*, v. 90, n. 2, p. 181-193, 2002.
142. TENOPIR, C; KING, D. W.; BUSH, A. Medical faculty's use of print and electronic journals: changes over time and in comparison with scientists. *Journal of the Medical Library Association (JAMA)*, v. 92, n. 2, p. 233-241, 2004.
143. TIMPKA, T.; ARBORELIUS, E. The GP's dilemma: a study of knowledge need and use during health care consultations. *Methods of Information in Medicine*, v. 29, n. 1, p. 23-29, 1990.
144. TIMPKA, T.; EKSTROM, M.; BJURULF, P. Information needs and information seeking behaviour in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, v. 7, n. 2, p. 105-109, 1989.
145. TROCHIM, W. M. Survey research. In: _____. *The research methods knowledge base*. 2nd ed. Disponível em: <<http://www.socialresearchmethods.net/kb/survey.htm> Acesso em: 12 jan. 2004.
146. UGALDE-FIGUEROA, P. A. *Perfil radiológico do candidato ideal à cirurgia redutora do volume pulmonar no enfisema: uma revisão sistemática*. 2004. 136 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.
147. URQUHART, C. J.; HEPWORTH, J. B. The value of information supplied to clinicians by health libraries: devising an outcomes-based assessment of the contribution of libraries to clinical decision-making. *Health Libraries Review*, v. 12, n. 3, p. 201-213, 1995.
148. URQUHART, C. J.; HEPWORTH, J. B. Comparing and using assessments of the value of information to clinical decision-making. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 84, n. 4, p. 482-489, 1996.
149. URQUHART, C. J. et al. Critical incident technique and explicitation interviewing in studies of information behavior. *Library and Information Science Research*, v. 25, n. 1, p. 63-88, 2003.

150. VEENSTRA, R. J. Clinical medical librarian impact on patient care: a one-year analysis. *Bulletin of the Medical Library Association*, v. 80, n. 1, p. 19-22, 1992.
151. VERMERSCH, P. *L'entretien d'explicitation*. Paris: ESF, 1994.
152. WAGNER, K. C.; BYRD, G. D. Evaluating the effectiveness of clinical medical librarian programs: a systematic review of the literature. *Journal of the Medical Library Association*, v. 92, n. 1, p. 14-33, 2004.
153. WEIGTS, W. et al. Patients' information seeking actions and physician' responses in gynecological consultations. *Qualitative Health Research*, v. 3, n. 4, p. 398-429, 1993.
154. WELLER, A. C. Mounting evidence that librarians are essential for comprehensive literature searches for meta-analyses and Cochrane reports. *Journal of the Medical Library Association (JAMA)*, v. 92, n. 2, p. 163, 2004.
155. WILLIAMSON, J. W. et al. Health science information management and continuing education of physicians: a survey of U.S. primary care practitioners and their opinion leaders. *Annals of Internal Medicine*, v. 110, n. 2, p. 1551-160, 1989.
156. WILSON, T. D. On user studies and information needs. *Journal of Documentation*, v. 31, n. 1, p. 3-15, 1981.
157. WILSON, T. D. Information behaviour: an interdisciplinary perspective. *Information Proceeding and Management*, v. 33, n. 4, p. 551-572, 1997.
158. WILSON, T. D. Models in information behaviour research. *The Journal of documentation*, v. 55, n. 3, p. 249-270, 1999.
159. WILSON, T. D. Human information behavior. *Informing Science*, v. 3, n. 2, p. 49-53, 2000.
160. WILSON, T. D.; WALSH, C. Information behaviour: an inter-disciplinary perspective. *British Library Research and Innovation Report*, n. 10, 1996. Disponível em: <<http://informationr.net/tdw/publ/infbehav/prelims.html>>. Acesso em: 16 out. 2003.
161. WOOD, F.; WRIGHT, P. The impact of information on clinical decision making by general medical practitioners. *Information Research*, v. 2, n. 1, p. 1-11, 1996. Disponível em: <<http://InformationR.net/ir/2-1/paper11.html>>. Acesso em: 12 abr. 2004.
162. WOOLF, S. H.; BENSON, D. A. The medical information needs of internists and pediatricians at an academic medical center. *Bulletin of Medical Library Association*, v. 77, n. 4, p. 372-380, 1989.

163. WRITING CENTER. Colorado State University. *Writing Guides*: survey research. Disponível <http://writing.colostate.edu/references/research/survey/index.cfm>>. Acesso em: 15 jan. 2004
164. YEOMAN, A. et al. Evaluating virtual outreach services: The VIVOS project experience. Proceedings of the EAHILL workshop, Alghero, Sardinia, 7-9 June, 2001. Disponível em <http://pacs.unica.it/alghero2001/proceedings/013.htm> Acesso em 16 Jun 2004.
165. Van ZUUREN, WOLFS, H. M. Styles of information seeking under threat: personal and situational aspects of monitoring and blunting. *Personality and Individual Differences*, v. 12, p. 141-149, 1991.

ANEXO I

CARTA DE APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 INSTITUTO DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
 Mestrado em Ciência da Informação

Salvador, 30 de setembro de 2004

Prezado(a) Doutor(a):

Solicito sua colaboração para responder o questionário a seguir, que faz parte de uma pesquisa do curso de Mestrado em Ciência da Informação do Instituto de Ciência da Informação da UFBA. A pesquisa intitulada: “*A informação na prática médica: estudo do comportamento informacional do médico-residente*” tem como finalidade investigar as necessidades de informação e de recursos informacionais durante o atendimento ao paciente. Saber se existem questões que surgem durante o atendimento, se o médico consulta e/ou procura as respostas em bibliotecas, bases de dados, livros, periódicos, ou outros documentos, como procura, se existem recursos ao seu alcance e se essas respostas modificam suas decisões clínicas.

Esta pesquisa foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa – CEP/MCO/UFBA Parecer N° 72/2004 e conta com o apoio da COREME, da diretoria do HUPES e da diretoria da FAMEB.

Todos os dados coletados serão resguardados e as fontes permanecerão em completo sigilo. Os participantes poderão ter acesso aos resultados, se assim o desejarem, entrando em contato com a pesquisadora.

Agradeço muito sua colaboração,

Profa. Dra. Nanci Oddone
 Orientadora

Martha Silvia Martinez Silveira
 Pesquisadora
mmartinez_silveira@yahoo.com
 Tel. 9961 9615

Concordo em participar

Nome: _____

Residência em: _____ R1 R2 R3

Tel: _____ E-mail: _____

(Este canhoto será destacado pela pesquisadora depois de respondido o questionário para garantir o anonimato das informações coletadas)

ANEXO II

QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 INSTITUTO DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
 Mestrado em Ciência da Informação

**PESQUISA SOBRE O COMPORTAMENTO
 INFORMACIONAL DO MÉDICO RESIDENTE**

Instruções

- Responda as perguntas reportando-se apenas à sua atuação no atendimento ao paciente
- Pode marcar mais de uma opção em todas as respostas (exceto nas especificamente indicadas)

1. Idade? ____ anos	2. Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	3. Residência em: _____ <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R3
---------------------	---	--

4. Instituição da Graduação: _____	5. Pós Graduação: <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Outra Residência completa <input type="checkbox"/> Não
---------------------------------------	--

6. Quantas horas por dia dedica ao atendimento de pacientes? _____ horas por dia (média)
7. Qual o número de pacientes que atende num dia típico? _____ pacientes por dia (média)

8. Diversas pesquisas publicadas sobre as necessidades informacionais dos médicos têm evidenciado que durante o atendimento ao paciente surgem várias questões para as quais é preciso consultar fontes de informação científica (livros, periódicos, bases de dados, etc.).
 Nos últimos **30 dias**, utilizou algum dos recursos abaixo para buscar informações relacionadas à sua prática clínica (cuidados com o paciente)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Biblioteca/bibliotecário(a)
<input type="checkbox"/> Médico supervisor ou mais experiente
<input type="checkbox"/> Outro médico ou profissional da área de saúde
<input type="checkbox"/> Bases de dados bibliográficos (ex. Medline, Lilacs, Embase).
<input type="checkbox"/> Outros <i>sites</i> de informação médica ou ferramentas de pesquisa médica (ex. Bireme, Scielo, MD-Consult, Bibliomed, etc.) | <input type="checkbox"/> Portal da Capes
<input type="checkbox"/> Fontes de sua coleção particular
<input type="checkbox"/> Outras ferramentas de pesquisa (ex.: Google, Yahoo, Cadê, etc.)
<input type="checkbox"/> Outros (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Não utilizou |
|---|--|

9. São muitos os fatores que podem dificultar a procura por informação. Levando em conta esses fatores, qual ou quais das situações abaixo mais o(a) motiva a procurar por informação em caso de questões surgidas durante o atendimento ao paciente?
 (Se no atendimento aos seus pacientes nunca surgem questões que o(a) levem a buscar informações, passe para a pergunta 11).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Perguntas de pacientes que aguardam por uma resposta
<input type="checkbox"/> Interesse especial pelo paciente
<input type="checkbox"/> Evidências de caso raro ou pouco conhecido
<input type="checkbox"/> Curiosidade
<input type="checkbox"/> Dúvidas ou insegurança
<input type="checkbox"/> Receio de cometer erro médico | <input type="checkbox"/> Interesse em pesquisar ou publicar sobre o caso
<input type="checkbox"/> Apresentação do caso ao supervisor ou em aulas, sessões clínicas, etc.
<input type="checkbox"/> Outras (especifique): _____
_____ |
|--|--|

10. Decidiu(a) a consultar a literatura, o que poderia impedi-lo(a) de concluir essa consulta?
 (Se nenhum obstáculo ou dificuldade costuma impedi-lo(a) de concluir uma consulta informacional, passe para a pergunta seguinte).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inexistência de uma biblioteca de fácil acesso ou com acervo e serviços adequados
<input type="checkbox"/> Dificuldade em localizar documentos pertinentes
<input type="checkbox"/> Não dispor de computador
<input type="checkbox"/> Não dispor de coleção particular
<input type="checkbox"/> Barreiras linguísticas | <input type="checkbox"/> Não saber manejar os diferentes recursos informacionais eletrônicos (Internet, bases de dados, etc.)
<input type="checkbox"/> Falta de tempo
<input type="checkbox"/> Custo financeiro dos documentos
<input type="checkbox"/> Outros obstáculos (especifique): _____
_____ |
|---|--|

11. Faz parte de sua rotina profissional frequentar biblioteca(s) especializada(s) na área médica?			
<input type="checkbox"/> SIM Qual ou quais? _____			
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RARAMENTE			
Por quê? (Considere apenas a alternativa que melhor se aplica ao seu caso)			
<input type="checkbox"/> Por não conhecer ou não ter acesso a uma biblioteca com um bom acervo.			
<input type="checkbox"/> Porque os acervos das bibliotecas não estão atualizados.			
<input type="checkbox"/> Porque as bibliotecas não possuem o material bibliográfico de que necessito.			
<input type="checkbox"/> Por não encontrar nas bibliotecas um profissional da informação disponível para atendê-lo(a).			
<input type="checkbox"/> Por considerar que os bibliotecários não estão preparados para o atendimento.			
<input type="checkbox"/> Por encontrar dificuldades para procurar nos catálogos ou nas estantes da biblioteca.			
<input type="checkbox"/> Porque os horários de atendimento das bibliotecas não são adequados.			
<input type="checkbox"/> Porque as bibliotecas não possuem espaços adequados para o estudo e a pesquisa.			
<input type="checkbox"/> Porque as bibliotecas não disponibilizam serviços personalizados de pesquisa bibliográfica.			
<input type="checkbox"/> Porque as bibliotecas não possuem computadores suficientes para a pesquisa.			
<input type="checkbox"/> Porque não preciso de biblioteca, faço tudo pela Internet.			
<input type="checkbox"/> Outro motivo (especifique) _____			
12. Quando procura por informação, que meio prefere utilizar?			
<input type="checkbox"/> Eletrônico		<input type="checkbox"/> Impresso	
13. Indique na ordem (1º, 2º, 3º...) qual dos recursos relacionados abaixo prefere utilizar quando procura por informação.			
<input type="checkbox"/>	Biblioteca/bibliotecário(a)	<input type="checkbox"/>	Fontes de sua coleção particular
<input type="checkbox"/>	Médico supervisor ou mais experiente	<input type="checkbox"/>	Outros <i>sites</i> de informação médica (ex. Bireme, Scielo, MD-Consult, Bibliomed)
<input type="checkbox"/>	Outro médico ou profissional da área de saúde	<input type="checkbox"/>	Outras ferramentas de pesquisa (ex.: Google, Yahoo, Cadê, etc.)
<input type="checkbox"/>	Bases de dados bibliográficos (ex. Medline, Lilacs, Embase, etc.)	<input type="checkbox"/>	Outros (especifique) _____
<input type="checkbox"/>	Portal da Capes	<input type="checkbox"/>	_____
14. Quais dos recursos bibliográficos abaixo relacionados fazem parte de sua coleção particular? Informe as quantidades aproximadamente. (Se não possuir coleção particular, passe para a pergunta seguinte).			
<input type="checkbox"/>	Livros	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantos? <input type="checkbox"/> 1 a 10 <input type="checkbox"/> 11 a 20 <input type="checkbox"/> mais de 21
<input type="checkbox"/>	Assinatura de periódicos impressos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantas nacionais? <input type="checkbox"/> Quantas estrangeiras? <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Assinatura de periódicos eletrônicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantas nacionais? <input type="checkbox"/> Quantas estrangeiras? <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CD-ROMs científicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantos? <input type="checkbox"/> 1 a 10 <input type="checkbox"/> 11 a 20 <input type="checkbox"/> mais de 21
<input type="checkbox"/>	Vídeos científicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantos? <input type="checkbox"/> 1 a 10 <input type="checkbox"/> 11 a 20 <input type="checkbox"/> mais de 21
<input type="checkbox"/>	Anais de congressos ou de outros eventos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantos? <input type="checkbox"/> 1 a 10 <input type="checkbox"/> 11 a 20 <input type="checkbox"/> mais de 21
<input type="checkbox"/>	Assinatura de portais ou de outros recursos eletrônicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quais? 1. _____ 2. _____
<input type="checkbox"/>	Outros recursos (especifique) _____		
<input type="checkbox"/>	Possui computador conectado à Internet em sua residência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Conexão discada <input type="checkbox"/> Conexão banda larga
15. Indique na ordem (1º, 2º, 3º...) quais dos recursos bibliográficos relacionados abaixo utiliza mais.			
<input type="checkbox"/>	Livros	<input type="checkbox"/>	CD-ROMs científicos
<input type="checkbox"/>	Artigos de periódicos impressos	<input type="checkbox"/>	Vídeos científicos
<input type="checkbox"/>	Artigos de periódicos eletrônicos	<input type="checkbox"/>	Outros recursos eletrônicos <i>on-line</i> (documentos de sites, imagens, etc.)
<input type="checkbox"/>	Trabalhos de congressos ou eventos eletrônicos	<input type="checkbox"/>	Outros (especifique)

<p>16. Atualmente, as informações científicas podem ser encontradas em textos de formatos bastante diversificados. Indique na ordem (1º, 2º, 3º...) quais das modalidades abaixo relacionadas prefere utilizar para suas leituras.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Artigos originais <input type="checkbox"/> Artigos de revisão <input type="checkbox"/> Revisões sistemáticas e/ou metanálises <input type="checkbox"/> Comunicações de eventos científicos 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Relatórios de pesquisa <input type="checkbox"/> Protocolos ou <i>guidelines</i> <input type="checkbox"/> Outras (especifique) _____
<p>17. Através de qual dos recursos abaixo é mais freqüente receber informações sobre novidades ou recentes descobertas de temas na sua área profissional?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bibliotecas ou bibliotecários <input type="checkbox"/> Colegas, professores ou outros profissionais da área de saúde. <input type="checkbox"/> Periódicos impressos ou eletrônicos <input type="checkbox"/> Trabalhos de laboratórios farmacêuticos <input type="checkbox"/> Listas de discussão/e-mail 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Sites</i> médicos <input type="checkbox"/> Eventos informais (sessões clínicas, reuniões, etc.) <input type="checkbox"/> Eventos formais (congressos, etc.) <input type="checkbox"/> Outros (especifique): _____
<p>18. Quais dos recursos abaixo acredita serem imprescindíveis para uma boa prática profissional?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Biblioteca especializada com acervo atualizado <input type="checkbox"/> Profissional da informação especializado em informação médica na equipe hospitalar <input type="checkbox"/> Computador com acesso à Internet na enfermaria e/ou no ambulatório <input type="checkbox"/> Trabalhos de congressos ou eventos disponíveis na enfermaria e/ou no ambulatório 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Periódicos eletrônicos e impressos disponíveis na enfermaria e/ou no ambulatório <input type="checkbox"/> Livros de consulta disponíveis na enfermaria e/ou no ambulatório <input type="checkbox"/> Assinaturas de portais especializados <input type="checkbox"/> Outros (especifique): _____
<p>19. Realiza pessoalmente suas pesquisas bibliográficas em bases de dados da área ou manda fazer?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Realiza <input type="checkbox"/> Manda fazer (Passe para pergunta 28) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ambas as situações <input type="checkbox"/> Não faz (Passe para pergunta 28)
<p>20. Como foi que aprendeu as técnicas da pesquisa bibliográfica?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recebeu orientação ou treinamento de um(a) bibliotecário(a) <input type="checkbox"/> Recebeu orientação ou treinamento de um(a) professor(a) durante a graduação ou pós-graduação <input type="checkbox"/> Foi tema abordado na graduação como parte de uma disciplina <input type="checkbox"/> Aprendeu em tutoriais ou na “Ajuda” das próprias bases de dados 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aprendeu com a prática <input type="checkbox"/> Aprendeu lendo livros, artigos ou outros textos sobre o assunto <input type="checkbox"/> Aprendeu através de cursos à distância, oferecido em <i>sites</i> da área médica (ex.: Bireme, EPM, NLM, etc.) <input type="checkbox"/> Não tem certeza se usa as técnicas corretamente <input type="checkbox"/> De outro modo (especifique): _____
<p>21. As frases abaixo descrevem diferentes estágios no manejo de bases de dados eletrônicas. Escolha a que melhor representa seu desempenho atual. (Selecione apenas uma resposta)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Escreve palavras-chave na primeira caixa de diálogo que aparece. <input type="checkbox"/> Seleciona a opção “pesquisa avançada”. <input type="checkbox"/> Combina diversas palavras-chave com operadores booleanos (AND, OR, NOT). <input type="checkbox"/> Combina diversos resultados utilizando o recurso “história da pesquisa”. <input type="checkbox"/> Utiliza outros recursos, como “limites”, “campos” ou “índice”. <input type="checkbox"/> Monta estratégias com descritores (MeSH ou DeCS) e qualificadores e combina diversos temas. <input type="checkbox"/> Monta estratégias com termos específicos, recuperando somente trabalhos de alto valor científico. 	
<p>22. Como avalia o resultado que mais freqüentemente obtém neste tipo pesquisa?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sempre encontra rapidamente o que precisa <input type="checkbox"/> Recupera um número suficiente e acessível de referências (menos de 100) <input type="checkbox"/> Apesar da grande quantidade de resultados, consegue encontrar o que precisa <input type="checkbox"/> Obtém resultados muito amplos, a maior parte dos quais não se aplica ao tema 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não sabe se a pesquisa foi exaustiva e em geral não tem tempo para aprofundar os resultados <input type="checkbox"/> Percebe que necessita aprender a manejar melhor as estratégias de busca <input type="checkbox"/> Nunca encontra o que precisa <input type="checkbox"/> Outra avaliação (especifique): _____

23. Com que frequência utiliza as bases de dados relacionadas a seguir?				
Bases de Dados	Freqüentemente	Raramente	Nunca	Não conhece
MEDLINE				
LILACS				
PSYCINFO				
CINAHL				
WEB OF SCIENCE				
EMBASE				
THE COCHRANE LIBRARY				
Outra: _____				
24. Em relação à busca por literatura científica nas fontes eletrônicas (bases de dados e Internet), quais são os problemas mais freqüentemente encontrados?				
<input type="checkbox"/> Dificuldade no manejo dos recursos <input type="checkbox"/> Selecionar entre a grande quantidade de documentos recuperados nas buscas <input type="checkbox"/> Custo financeiro da conexão <input type="checkbox"/> Custo financeiro dos documentos <input type="checkbox"/> Falta de tempo para se dedicar à busca		<input type="checkbox"/> Descobrir <i>sites</i> específicos em sua área de interesse e/ou especialização <input type="checkbox"/> Encontrar palavras-chave adequadas para uma boa estratégia de busca <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____		
25. Que fatores prioriza para selecionar os documentos que gostaria de ler para tentar responder às perguntas surgidas durante sua prática clínica?				
<input type="checkbox"/> O texto estar em português <input type="checkbox"/> O texto ser pouco extenso <input type="checkbox"/> O texto completo ser gratuito <input type="checkbox"/> O texto completo ser de fácil acesso		<input type="checkbox"/> A atualidade e/ou novidade da informação <input type="checkbox"/> O formato do texto completo ser PDF <input type="checkbox"/> Outros fatores (especifique): _____		
26. Como procede para obter o texto completo dos documentos selecionados nas bases de dados?				
<input type="checkbox"/> Vai a uma biblioteca e procura saber se estão disponíveis os documentos <input type="checkbox"/> Vai a uma biblioteca e solicita os documentos através de sistemas de fornecimento de cópias (Bireme-Scad ou Comut) <input type="checkbox"/> Solicita as cópias pessoalmente, pela Internet, à Bireme-Scad ou ao Comut		<input type="checkbox"/> Somente obtém o que está gratuito na base de dados <input type="checkbox"/> Procura no Portal da Capes <input type="checkbox"/> Procura em outros <i>sites</i> na Internet (SciELO, Free Medical Journals, etc.) <input type="checkbox"/> Outras maneiras (especifique): _____		
27. Para a leitura dos documentos em formato eletrônico, como prefere proceder?				
<input type="checkbox"/> Ler na tela do computador		<input type="checkbox"/> Imprimir o documento		
28. Considerando sua prática de atendimento aos pacientes, poderia especificar a que tipo de assuntos clínicos se referem as perguntas que surgem com mais freqüência ?				
(Nesta pergunta marque apenas UMA opção)				
<input type="checkbox"/> Tratamento medicamentoso <input type="checkbox"/> Outro tipo de tratamento (além do medicamentoso) <input type="checkbox"/> Diagnóstico ou exame diagnóstico <input type="checkbox"/> Prognóstico <input type="checkbox"/> Etiologia		<input type="checkbox"/> Epidemiologia <input type="checkbox"/> Prevenção <input type="checkbox"/> Outras (especifique): _____ _____ <input type="checkbox"/> Não têm surgido perguntas de nenhum tipo		
29. Ainda pensando nas questões que ocorrem durante as consultas, seria possível identificar uma das opções abaixo como sendo a SEGUNDA mais freqüente?				
(Nesta pergunta marque apenas UMA opção)				
<input type="checkbox"/> Tratamento medicamentoso <input type="checkbox"/> Outro tipo de tratamento (além do medicamentoso) <input type="checkbox"/> Diagnóstico ou exame diagnóstico <input type="checkbox"/> Prognóstico <input type="checkbox"/> Etiologia		<input type="checkbox"/> Epidemiologia <input type="checkbox"/> Prevenção <input type="checkbox"/> Outras (especifique): _____ _____ <input type="checkbox"/> Não têm surgido perguntas de nenhum tipo		

Pense agora em **uma ocasião específica** qualquer **durante o último mês**, na qual necessitou de informação relacionada à saúde do paciente (exclua aqui necessidades relacionadas com pesquisas, cursos, ensino, redação de artigos, dissertações, teses ou outros trabalhos acadêmicos, assim como perguntas relacionadas a dados do paciente, isto é, idade, pressão arterial, nível de glicose, etc.)

30. A informação que necessitou nessa ocasião referia-se a qual assunto clínico específico? (**Marque apenas uma categoria**)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tratamento medicamentoso | <input type="checkbox"/> Etiologia |
| <input type="checkbox"/> Outro tipo de tratamento (além do medicamentoso) | <input type="checkbox"/> Epidemiologia |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico ou exame diagnóstico | <input type="checkbox"/> Prevenção |
| <input type="checkbox"/> Prognóstico | <input type="checkbox"/> Outros (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Não necessitou de nenhuma informação no último mês. | |
| Poderia identificar o motivo? | |
| <input type="checkbox"/> Não há motivo | |
| <input type="checkbox"/> Não está em atividade de atendimento aos pacientes | |
| <input type="checkbox"/> Não trabalhou no último mês | |
| <input type="checkbox"/> Não lembra se necessitou informação | |
| <input type="checkbox"/> Outros motivos (especifique) _____ | |

31. Onde tentou obter a informação?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Biblioteca/bibliotecário(a) | <input type="checkbox"/> Portal da Capes |
| <input type="checkbox"/> Médico supervisor ou mais experiente | <input type="checkbox"/> Fontes de sua coleção particular |
| <input type="checkbox"/> Outro médico ou profissional da área de saúde | <input type="checkbox"/> Outras ferramentas de pesquisa (ex.: Google, Yahoo, Cadê, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Bases de dados bibliográficas (ex. Medline, Lilacs, Embase) | <input type="checkbox"/> Outro local (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Outros <i>sites</i> de informação médica ou ferramentas de pesquisa médica (Ex. Bireme, Scielo, MD-Consult, Bibliomed, etc.) | <input type="checkbox"/> Não tentou (fim do questionário) |

32. Depois das tentativas realizadas na pergunta acima, qual foi o resultado obtido?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sucesso em encontrar a informação | <input type="checkbox"/> Não obteve a informação (fim do questionário) |
| <input type="checkbox"/> Sucesso parcial (informação incompleta ou vai chegar depois, faltou tempo ou requer outros recursos) | <input type="checkbox"/> Outros (especifique): _____ |

33. Na hipótese da informação ter sido encontrada, qual foi o impacto imediato que ela provocou?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Relembrou sobre detalhes ou fatos | <input type="checkbox"/> Obteve informação nova |
| <input type="checkbox"/> Comprovou o que já sabia ou suspeitava | <input type="checkbox"/> Despertou interesse em aprofundar o tema |
| <input type="checkbox"/> Pôde utilizar pelo menos alguma informação imediatamente | <input type="checkbox"/> Não teve impacto |
| | <input type="checkbox"/> Outros (especifique): _____ |

34. A informação encontrada contribuiu para modificar ou para esclarecer alguma decisão tomada anteriormente? Quais?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Escolha do tratamento medicamentoso | <input type="checkbox"/> Critérios do tratamento |
| <input type="checkbox"/> Escolha de outros tipos de tratamento | <input type="checkbox"/> Recomendações feitas ao paciente |
| <input type="checkbox"/> Quantidade de tratamentos propostos | <input type="checkbox"/> Nada foi modificado ou esclarecido |
| <input type="checkbox"/> Exames diagnósticos requeridos | <input type="checkbox"/> Outras (especifique): _____ |

35. A informação encontrada contribuiu para evitar algum dos procedimentos relacionados a seguir?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Internação do paciente | <input type="checkbox"/> Recomendações inapropriadas |
| <input type="checkbox"/> Retorno do paciente para novas consultas | <input type="checkbox"/> Nenhuma contribuição específica |
| <input type="checkbox"/> Tratamento medicamentoso | <input type="checkbox"/> Outros (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia ou outras intervenções | _____ |

Agradeço imensamente sua colaboração para o sucesso desta pesquisa!

ANEXO III

CARTA DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

Rua Padre Feijó 240, Canela - Ambulatório Magalhães Neto 3.º andar, Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde.
Cep.: 40.160-170 - Salvador, BA. Telefax: (71) 203-2740 E-mail: cep.mco@ufba.br

PARECER/RESOLUÇÃO n.º 72/2004

Registro CEP: 72/2004, de 30.06.2004.

Projeto de Pesquisa: “A Informação na Prática Médica: estudo das necessidades e do comportamento informacional do médico em sua prática de atendimento ao paciente”.

Pesquisador Responsável: Martha Silvia Martinez Silveira, Bibliotecária Biomédica.
Programa da Pós-Graduação em Ciência da Informação, ICI, UFBA.

Orientadora: Professora, Doutora, **Nanci Oddone**, Coordenador do Curso de Mestrado, ICI/UFBA.

Instituição onde será realizado: Hospital Universitário Professor Edgard Santos.

Área do conhecimento: 6.07, Grupo III.

Objetivo: Identificar as necessidades informacionais dos médicos em sua prática clínica, seu comportamento em relação as necessidades e em relação a esta busca.

Sumário: O presente trabalho apresenta revisões de literatura com os objetivos de entender, estudar os meios pelos quais os médicos utilizam para fornecer e conduzir medidas adequadas, aos seus pacientes.

Comentários: Iniciativa excelente que visa atingir as deficiências tanto no relacionamento profissional/paciente assim como prover o profissional de um amplo campo de pesquisa.

Salvador, 01 de Setembro de 2004.

Decisão Plenária: *A. Rocha*

Coordenador: _____

Prof. Dr. Antônio dos Santos Barrata
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisas Humanas
MCO - Universidade Federal da Bahia

Observação importante: toda a documentação anexa ao protocolo proposto e rubricada pela Pesquisadora, arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste à mesma, faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução.

ANEXO IV

CORRESPONDÊNCIA RECEBIDAS DAS BIBLIOTECÁRIAS MÉDICAS BRASILEIRAS

Transcrevem-se os textos das mensagens eletrônicas recebidas com respostas as seguintes perguntas:

1. Existe nessa biblioteca demanda de pesquisa/consulta por parte dos médicos desse hospital (só me interessa este grupo) para questões relacionadas com a prática clínica? (Tratamento; Diagnóstico; Prognóstico; Etiologia).

2. Existe nessa biblioteca algum tipo de serviço direcionado especificamente para esse tipo de clientela? (Bibliotecário clínico, Pesquisa com filtros de qualidade de evidencia científica, Balcão de referencia - presencial ou virtual, outros).

Das respostas foram eliminados os dados que identificam as pessoas ou as instituições, assim como o texto de cunho pessoal. Foram eliminadas também as respostas que diziam exclusivamente “Não” sem comentários.

Resposta 1:

“No início nossa biblioteca era apenas um acervo particular, agora é considerada a maior biblioteca de Hanseníase e quem sabe de dermatologia também, pelo valor do acervo, já aqui se encontram obras raras e coleções completas de vários periódicos. Nosso acervo está totalmente informatizado, temos computadores disponíveis para pesquisa na internet em praticamente todas as seções nos Instituto e nossa conexão fica disponível 24 horas, inclusive na casa de hóspedes de onde os residentes médicos e demais profissionais os tem acesso também a base de dados da Biblioteca, chamada “Portal do conhecimento” que disponibiliza a base de slides com 50 mil slides clínicos e histopatológicos, a base de livros, mo-

nografias, separatas, uma base com as fotos históricas que fazem parte do nosso Museu.

Todas estão em formato web e que futuramente serão disponibilizados para consulta pela internet e acesso a Bireme de onde podem chegar ao Medline, Lilacs. etc.

Nossa biblioteca faz parte da rede da Bireme e assim toda tecnologia usada pela Bireme para formato web foi disponibilizada para nossa biblioteca também

Nossos usuários têm acesso a comutação bibliográfica, e apesar de sempre contarmos com uma única bibliotecária sempre tiveram todo tipo de apoio a pesquisa e informação, pois os demais funcionários da Seção foram treinados para colaborar nesse sentido”.

No momento temos uma nova bibliotecária em treinamento e nossa equipe é composta de 7 funcionários. O horário de funcionamento da biblioteca é das 7:30 às 18:30 h, de 2^{as} as 6^{as} feiras”.

Resposta 2:

“Sim. A Biblioteca [...] é especializada em oncologia e áreas a fim. Atende nosso corpo clínico (médicos, médicos residentes (físicos, fisioterapeutas, nutricionistas, estomatologistas), pesquisadores do Instituto [...], enfermagem, e profissionais de outras instituições, universidades, escolas, pacientes e familiares. Além dos Cursos de Pós-Graduação *stricto e latu senso* em Oncologia e Cursos de especialização em enfermagem. fisioterapia respiratória, fonoaudiologia e psico-oncologia. Sou bibliotecária biomédica e dou suporte nas pesquisas, ministrado treinamentos individuais ou em grupos”.

Resposta 3:

“Existe uma demanda considerável de pesquisas e consultas realizadas pelos médicos do [...], principalmente pelo fato de ser um hospital escola. A Biblioteca oferece um serviço de treinamento no acesso em bases de dados bibliográficas e textuais (para grupos), bem como orientação individual. A orientação individual é mais solicitada considerando que

eles não dispõem de tempo para o treinamento, já possuem noções de acesso à informação e buscam ajuda para resolver um problema específico. O serviço de treinamento é oferecido a todos os usuários, sendo mais solicitado pelos alunos de graduação”.

Resposta 4:

“Realmente a área da saúde pública foi a que mais cresceu com relação a disponibilidade de recursos tecnológicos informacionais, o que facilita a interação bibliotecário/usuário na oferta de serviços .Quanto a sua solicitação fico penalizada em não poder atender tendo em vista que somos um instituto de pesquisa, portanto nosso usuário é o pesquisador, cuja área de interesse diverge do médico que promove *assistência*, ao invés de *clínica* o pesquisador seja médico ou biomédico realiza pesquisa básica de investigação científica”.

Resposta 5:

“Sim existe demanda. [Temos] bibliotecária especializada na área de saúde e estagiária sendo treinada para o mesmo fim.

Resposta 6:

“Sim para as duas perguntas”.

Resposta 7:

“Nós oferecemos acesso remoto às bases de dados bibliográficas e textuais, portanto os médicos não precisam necessariamente vir à Biblioteca para pesquisa. Disponibilizamos também a base de dados UpToDate que é uma base eletrônica de dados destinada a responder eficientemente dúvidas que surgem na prática clínica diária, disponibilizando informações médicas com forte embasamento científico para uso no momento do atendimento. O número total de médicos é de 700.A Biblioteca [...] foi criada em 2002 e brevemente disponibilizaremos nosso site. Acreditamos que com a divulgação a demanda de pesqui-

sa/consulta será bem maior. Existe um Balcão de Referência e uma bibliotecária para atender médicos e outros profissionais da área de Saúde.

Resposta 8:

“Sim [temos demanda]. Não [temos serviço] específico p/ esta clientela. Nós temos o balcão de referência tradicional”.

Resposta 9:

“Para a pergunta n. 2 a resposta é NÃO, nós não possuímos um serviço específico para esse tipo de clientela. O processo de atendimento é o mesmo usado para os demais pesquisadores”.

Resposta 10:

“A Biblioteca [...] atende à comunidade acadêmica, alunos e professores da área biomédica, não atendendo às demandas de informação de médicos especificamente. Nosso acervo possui obras cujos assuntos são básicos para toda área médica e utilização fontes de informações via *web*, como BVS da Bireme e outras”.

Resposta 11:

“Nossa Biblioteca trabalha os itens que apontas em sua pesquisa”.

Resposta 12:

“Resposta às suas perguntas: 1) Sim 2) Não. Obs: Nossa Biblioteca não é exatamente hospitalar. Temos ambulatórios. Nosso acervo é formado só por material de Homeopatia, e todos os nossos usuários são médicos formados, se especializando em Homeopatia”.

Resposta 13:

“1) Muito pouco. Nós damos treinamento, eles fazem sozinhos as pesquisa. 2) Nós não temos bibliotecário clínico. Existem dois bibliotecários para fazerem todo o serviço da

Biblioteca. A parte técnica, serviço de referência e pesquisas bibliográficas básicas e avançadas.

Resposta 14:

“Nossa Biblioteca não [é] hospitalar; atendemos mais especificamente a área de Saúde Coletiva”.

Resposta 15:

“Na Biblioteca de Ciências Biomédicas, o próprio usuário faz a sua pesquisa. Porém, sempre procuramos atender todos os nossos usuários da melhor forma, estamos sempre nos preparando para atender a qualquer tipo de clientela, seja orientamos quanto ao uso dos recursos informacionais da biblioteca e no que for possível, para que nosso cliente saia sempre com uma resposta”.

Resposta 16:

“Quanto as suas questões, infelizmente não podemos lhe ajudar, já que, não dispomos deste serviços em nossa Biblioteca”.

Resposta 17:

“A nossa biblioteca do Centro de Ciências da Saúde atende a toda comunidade da Área da Saúde (alunos, professores , funcionários, médicos , etc.) porém não possuímos serviços direcionados exclusivamente ao médico Clínico”.

Resposta 18:

“Com relação às suas perguntas tenho a informar o seguinte:- sobre a 1a. pergunta - sim, temos demanda de pesquisa/consulta por parte dos médicos nas questões que você. rela-

cionou. Sobre a 2a. pergunta - sim, temos bibliotecário de referência que orienta as pesquisas em bases de dados”.

Resposta 19:

“1) Na nossa Biblioteca existe pouca demanda deste tipo, pois há uma biblioteca especializada nesta área na Universidade [...] que é a [...]. O nosso acervo é especializado em saúde pública. 2) Não existe um serviço direcionado para isto, mas atendemos os médicos que eventualmente nos procuram, orientando sobre as bases de dados disponíveis de interesse para eles”.

Resposta 20:

“Pergunta um: SIM. Pergunta dois: para este tipo de cliente, exclusivamente, não”.

ANEXO V

CORRESPONDÊNCIA RECEBIDA DAS BIBLIOTECÁRIAS MÉDICAS ESTRANGEIRAS

Transcrevem-se os textos das mensagens eletrônicas recebidas com respostas a seguinte pergunta:

“Of the tasks you perform in your job as a medical or hospital librarian, which are the ones you consider that require the highest qualification skills?”

Das respostas foram eliminados os dados que identificam as pessoas ou as instituições, assim como o texto de cunho pessoal.

Resposta 1

“My recent observation of the health sciences librarian skill that we bring to the hospital team: We are skilled at interpreting and translating the communications of different health team members into the search for appropriate information. Have you ever had the following experience: you are interacting with a health professional, conducting a reference interview? The health professional is talking in their own language/jargon - surgeons have their own language, nurses their own, etc. We have to be able to interpret for the whole range of professionals in the organization to find meaningful information. We develop those skills over the years to understand the differences in requests between a doctor, a nurse, an epidemiologist, a researcher, a patient, etc. In many instances, the communication between certain groups is almost exclusive to that group, so they know the jargon within their circle of work. Health sciences librarians have to know it all. I don't think we get enough credit (i.e., compensation) for this skill. We are dealing with information that affects lives, the economics of the hospital and the safety of patients daily. I don't think our

job descriptions/job classifications and compensation truly reflect the complexity and skill required to do our jobs”.

Resposta 2

“Have you included:

- 1) Collection development to match your institutions needs (print and nonprint)?
- 2) Clinical Librarianship - attending rounds and teaching evidence based medicine on-the-spot with a laptop?
- 3) Negotiating licenses (for print and nonprint) - knowing the vendors, products and users gives you a big edge over contracting officers in saving your institution money (and, yes, that matters deeply to your executive team).
- 4) Being a player on committees outside of the Library - your experience as a department head, IT training and information management skills means you have a lot to offer your institution on a broader scope”.

Resposta 3

“I believe that we are a partner in helping to save lives. Physicians often come to me with a problem patient that they have and they are not sure how to treat that patient. I have provided information that helps them treat the patient with the correct medications. Just last week, a physician was going to treat a patient surgically and have that patient transferred to another facility. Because of my literature search, he found a case study that told him how to treat that patient. He did what the article said and the patient recovered, did not need the surgery or need to be transferred to a larger academic centre. In another case, a pharmacist wanted a journal article. When I searched for that article, I found that there was an errata that she did not know about. The errata dealt with drug dosages that she was about to give the patient. All in a day's work”.

Resposta 4

“I feel that my professional skills are mostly heavily used when conducting a reference interview, performing a literature search, or selecting books for our collection (collection development). All 3 of those tasks require a solid base of professional training and on-the-job experience - at least to do them well”.

Resposta 5

“I would add evaluating/selecting collection materials (print and online) and making the related budget judgments. This is a management level function, not a clerk, because it requires such knowledge of what your clientele needs and uses, and for what. I would also add, teaching evidence-based-medicine. This has become a big part of my job in the last 3 years, and is closely integrated into the Residency curriculum”.

Resposta 6

“Those of us who handle the dual roles of Librarian and Continuing Medical Education coordination are often called upon to assist in curriculum development for medical education programs. I would also consider development of Internet resources, i.e. digital libraries an important role”.

Resposta 7

“I think it is my job as a clinical medical librarian where I go over to the hospital once a week and round with the doctors and medical students. As they discuss the patients, sometimes they ask me to look things up, but more commonly, they discuss and question something and I have to ask if they want more information. It requires a lot of listening skills and knowing when there is a real need for information. Of course, then I come back to the library to research and sort through sources to find the best evidence to answer the question. I know that I get questions I would not normally get because I am visible to the doctors that morning”.