

INFORMAÇÃO CIENTÍFICA SOBRE MEDICAMENTOS



RELATÓRIO

INFARMED
Observatório do Medicamento e dos
Produtos de Saúde

ORDEM DOS MÉDICOS

**FACULDADE DE MEDICINA DE
LISBOA**

OMPS, Maio de 2002

Autores:

Dr^a Ângela António
Dr^a Élia Remísio
Prof. Dr. Vasco Maria

Colaboradores:

Adriana Silva
Dr. António Faria Vaz
Eng. António Fonseca
Dr. Pedro Aguiar
Prof. Dr. Vaz Carneiro (FML)
Dr. Germano Sousa (OM)
Dr. Canas Mendes (OM)

Agradecimentos:

A todos os médicos que participaram no estudo.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
OBJECTIVOS	3
METODOLOGIA	3
RESULTADOS	4
CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL DA AMOSTRA	4
REPRESENTATIVIDADE DA AMOSTRA	6
EXERCÍCIO DA ACTIVIDADE	7
IMPORTÂNCIA DAS FONTES DE INFORMAÇÃO	7
TEMPO MÉDIO SEMANAL DEDICADO À LEITURA DE LIVROS E REVISTAS CIENTÍFICAS PELOS MÉDICOS.	9
QUANTIDADE DE REVISTAS LIDAS E NÚMERO DE REVISTAS ASSINADAS E PAGAS PELOS MÉDICOS.	11
NÚMERO MÉDIO DE ACÇÕES DE FORMAÇÃO FREQUENTADAS POR ANO.	13
DELEGADOS DE INFORMAÇÃO MÉDICA (DIMs)	14
A) NÚMERO DE DIMs RECEBIDOS SEMANALMENTE E TEMPO DISPENDIDO COM CADA UM	14
B) CLASSIFICAÇÃO DA INFORMAÇÃO VEICULADA PELOS DIMs	17
FORMAÇÃO PÓS-GRADUADA	20
A) QUANTIDADE E QUALIDADE DAS ACÇÕES DE INFORMAÇÃO/FORMAÇÃO PÓS-GRADUADA	20
B) DISPONIBILIDADE EM PAGAR MAIS POR INFORMAÇÃO/FORMAÇÃO DE MAIOR QUALIDADE	22
ALTERNATIVAS DE INFORMAÇÃO/INFORMAÇÃO OFICIAIS ÀS VEICULADAS PELA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA	24
DISCUSSÃO	25
CONCLUSÕES	29
BIBLIOGRAFIA	31
ANEXO	32

INTRODUÇÃO

A ampla variedade de opções que actualmente existem em muitas áreas da terapêutica e o contínuo aumento e expansão dos conhecimentos e da literatura médica criam naturalmente problemas de gestão da informação por parte dos médicos. Esta abundância de informação é uma realidade que contrasta com a escassez de tempo disponível para suprir as necessidades da sua utilização.

A análise dos estudos publicados sobre esta matéria revela-nos diferentes conclusões que poder-se-ão dever, entre outros, aos contextos específicos e culturais em que os mesmos foram realizados. Assim, uma meta-análise¹ baseada numa revisão de 12 estudos indica que, em geral, os médicos preferem obter informação em jornais e livros constituindo os colegas também uma das fontes quando pretendem obter informações clínicas ou de apoio à investigação. Verhoeven² numa revisão que fez a onze estudos de investigação que se debruçavam sobre as fontes de informação normalmente utilizadas por médicos de família verifica que os colegas se constituem como o principal recurso, seguido pelas revistas e os livros.

Mcgettigan³ refere que as fontes de informação consideradas importantes em teoria não são as mais usadas na prática e que os médicos subestimam a importância dos representantes da indústria farmacêutica. No entanto, aparentemente, a indústria farmacêutica preenche as lacunas deixadas pelo sistema de saúde no campo da formação dos médicos⁴.

Em geral, as fontes de informação comerciais são as mais usadas para novos medicamentos enquanto que as não comerciais são utilizadas para obter informação sobre medicamentos antigos e para decisões de prescrição actuais [Peay and Peay citado por Gaither⁵]. Alguns autores^{6,7} referem que a qualidade da prescrição aumenta quando se usam fontes de informação independentes e, conseqüentemente, deve ser fornecida educação contínua através de outras organizações, além da indústria farmacêutica, de forma a diminuir a dependência dos médicos em relação aos programas educacionais desta.

Qualquer estratégia com vista à definição de programas de informação e formação tem de ser desenvolvida a partir de um sólido conhecimento do sistema de saúde e dos seus profissionais.

Atento a esta realidade, o Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde do Infarmed em colaboração com a Ordem dos Médicos e a Faculdade de Medicina de Lisboa, resolveu fazer um levantamento da opinião médica relativamente à informação científica sobre medicamentos assim como das suas necessidades e expectativas.

OBJECTIVOS

Identificar as expectativas, opiniões e necessidades dos médicos relativamente à informação científica sobre medicamentos.

METODOLOGIA

Desenho

Realizou-se um estudo transversal descritivo com uma componente analítica.

População Alvo

Do universo de médicos que exercem a sua actividade em Portugal seleccionou-se a população alvo, constituída pelos médicos que recebem o boletim "Informação Terapêutica".

Colheita de Dados

Inquérito à população de médicos que recebem o boletim "Informação Terapêutica" (25976), por intermédio de um questionário (em anexo), enviado por correio em Maio de 2001.

Uma versão preliminar do questionário foi previamente aferida por 10 médicos, que colaboram regularmente com o Infarmed.

Do estudo ficaram naturalmente excluídos todos os questionários devolvidos pelo serviço postal por mudança de morada ou morada incompleta (0,9%). Foram contabilizados todos os questionários recebidos até 12 de Novembro de 2001. Para estes foram criados critérios de inclusão e exclusão.

Variáveis

A primeira pergunta do questionário estava relacionada com o exercício de actividade clínica durante o último ano. As questões 2 a 14 recolheram dados sobre variáveis relacionadas com a informação científica de medicamentos, nomeadamente, tipo de fonte de informação; tempo dedicado à leitura; quantidade de informação; quantidade e qualidade de acções de formação; quantidade e qualidade de informação veiculada por delegados de informação médica (DIMs) e tempo despendido com estes; e as questões 15 a 22

recolheram informação sobre variáveis de caracterização sócio-profissional da amostra tais como sexo, idade, ano da licenciatura, experiência profissional, progressão na carreira, especialidade, local de exercício e zona de exercício (rural, urbana, suburbana).

Análise Estatística

Os dados dos questionários foram inseridos em base de dados concebida especialmente para o efeito e analisados utilizando-se o programa SPSS versão 11.0[®].

Para testar a associação das diferentes variáveis utilizaram-se os seguintes testes:

- Teste do qui-quadrado de Pearson em tabelas de contingência de dados categoriais.
- Teste de Mann-Whitney para análise entre uma variável qualitativa com duas categorias *versus* variáveis ordinais.
- Teste Kruskal-Wallis para análise entre uma variável qualitativa com mais de duas categorias e variáveis quantitativas não normais ou ordinais.

As diferenças estatisticamente significativas foram as representadas por um valor de P inferior a 0.05.

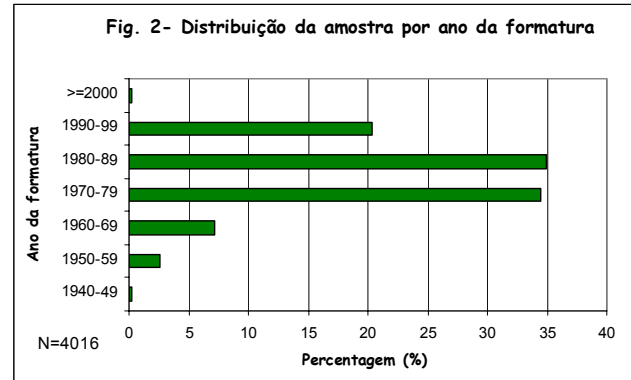
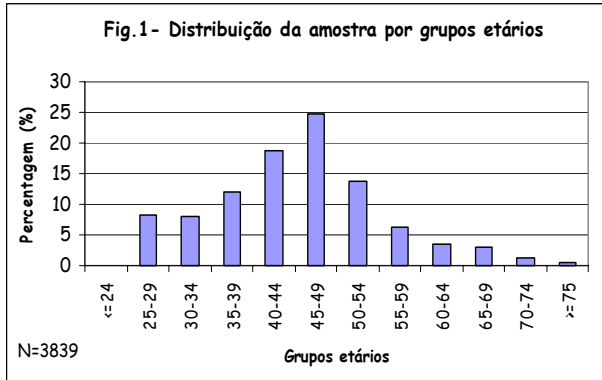
A variável idade, para efeitos de análise com os testes em cima referidos, foi escalonada em 4 classes, com base nos escalões etários definidos nas estatísticas da Saúde de 1999, editadas em 2001⁸.

RESULTADOS

O número de questionários recebidos foi de 4101, correspondendo a uma taxa de resposta de 15,93%. Dos questionários recebidos, 0,95% foram excluídos por não terem nenhum aspecto da caracterização sócio-profissional preenchida. Obteve-se um total de 4062 inquéritos válidos que correspondeu a 14,98% dos enviados.

Caracterização sócio-profissional da amostra

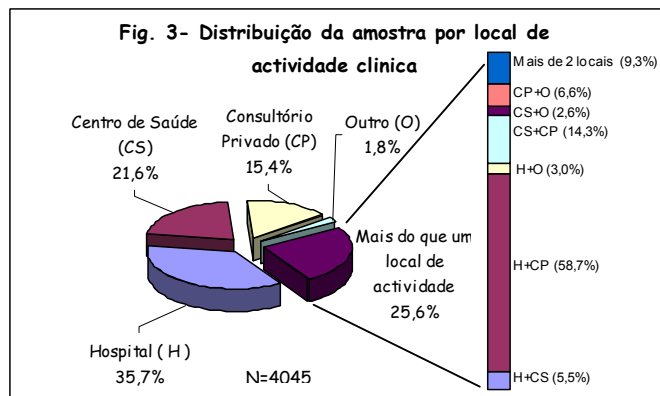
A idade média dos participantes foi 44,78 anos (IC 95%: 44,46-45,11) (Fig. 1), dos quais 41,1% eram mulheres e 58,9% homens.



69,4% dos respondentes (Fig. 2) finalizaram a sua licenciatura entre os anos 1970 e 1989 (Moda=1978; Mediana =1981; Média=1981).

Os anos de prática não tutelada variaram entre 0 e 57 anos com uma média de 16,55 anos (IC 95%: 16,24-16,87).

Dos médicos que participaram no estudo 35,7% indicaram ter o meio hospitalar como local de actividade principal e 25,6% exercem a sua actividade em mais do que um local, cuja distribuição está detalhada na Fig. 3.



A maioria dos respondentes exercem a sua actividade clínica exclusivamente em zonas urbanas (75,6%), como podemos verificar no Quadro 1.

Quadro 1 - Caracterização sócio-profissional dos médicos	(%)
Tipo de local de exercício da actividade	
Rural	7,9
Suburbano	10,1
Urbano	75,6
Mais do que um tipo de local	6,4
Especialidade	
Clínica Geral	28,4
Medicina Interna	6,3
Pediatria	7,2
Ginecologia/Obstetrícia	5,3
Outra situação ¹	49,5
Mais do que uma especialidade	3,3
Progressão na carreira	
Interno	12,5
Assistente	53,0
Chefe de serviço	19,8
Outro	14,8

¹ Inclui médicos em internato geral

A distribuição dos médicos por especialidade encontra-se também discriminada no Quadro 1.

Em relação à progressão na carreira, os respondentes situam-se principalmente ao nível de assistente (53,0%), onde se incluiu os assistentes graduados, seguido do nível de chefe de serviço (19,8%) (Quadro 1).

Representatividade da amostra

A idade e a especialidade dos médicos participantes foram comparadas com as dos médicos portugueses inscritos em 31 de Dezembro de 1999 na Ordem dos Médicos (Estatísticas da Saúde de 1999⁸) (Quadros 2 e 3).

Quadro 2- Distribuição dos médicos Portugueses e da amostra por grupos etários

Grupos Etários	Amostra (%)	IC (95%)	Médicos Portugueses (%)
<31	10,7	(9,7; 10,65)	9,0
31-60	82,2	(81,0; 83,4)	75,6
61-65	3,4	(2,8; 4,0)	4,0
>65	3,9	(3,2; 4,4)	11,4

Quadro 3- Distribuição dos médicos Portugueses e da amostra por especialidade

Especialidade	Amostra (%)	IC (95%)	Médicos portugueses (%)
Medicina geral e familiar	29,8	(28,4; 31,2)	20,2
Medicina interna	6,8	(6,0; 7,6)	6,4
Pediatria	7,3	(6,5; 8,1)	5,9
Ginecologia/Obstretcricia	5,2	(4,5; 5,9)	5,9
Outro	50,9 ¹	(49,4; 52,5)	61,5 ²

¹Inclui o internato geral.

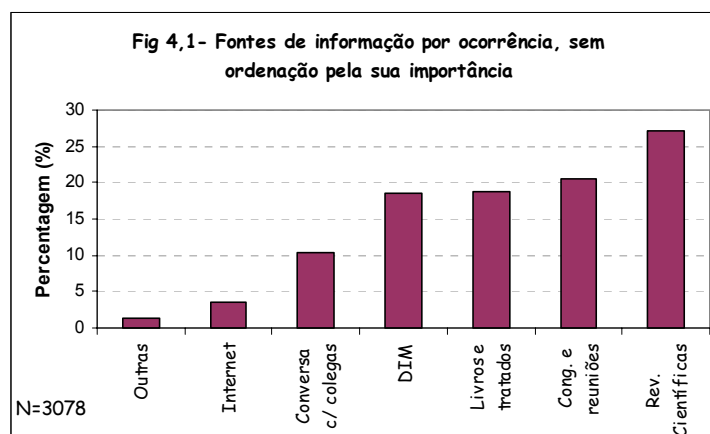
²Não inclui o internato geral.

Exercício da actividade

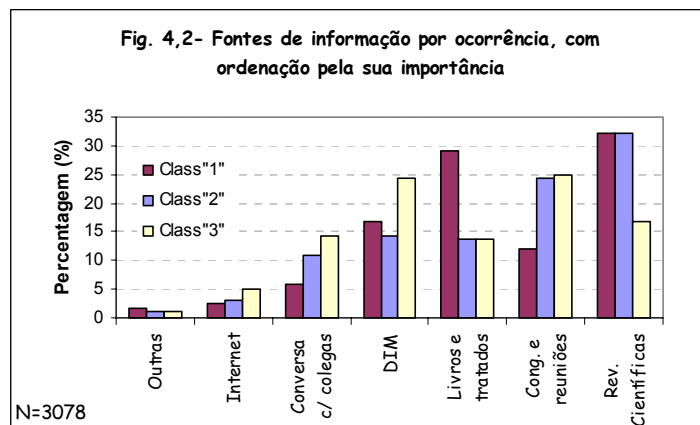
Dos 4032 participantes que responderam a esta pergunta só 1,3% não exerceram actividade clínica durante o último ano.

Importância das fontes de informação

Aos clínicos foi pedido que classificassem por ordem decrescente de importância as três fontes de informação sobre medicamentos que habitualmente utilizam. Numa primeira fase, as fontes de informação foram analisadas por ocorrência, sem ordenação da sua importância (Fig. 4.1). As revistas científicas foram as referidas com maior frequência.



Analisando as fontes de informação, com ordenação da sua importância (Fig. 4.2), verificou-se que as revistas científicas e os livros/tratados foram mais vezes cotados como sendo mais importantes. Como segundas fontes de informação temos as revistas científicas e os congressos/reuniões. Estes últimos, juntamente com os DIMs foram frequentemente classificados em terceira posição na ordenação de importância.



A importância das fontes de informação foi analisada tendo em conta as variáveis sócio-profissionais desagregadas (Quadro 4).

Quadro 4 - Fontes de informação mais importantes, com desagregação das variáveis socio-profissionais da amostra.

VARIÁVEL		% DE RESPOSTA							N	P (X ²)
		<i>Livros & tratados</i>	<i>Revistas</i>	<i>DIM</i>	<i>Congressos & reuniões</i>	<i>Conversas com colegas</i>	<i>Internet</i>	<i>Outra</i>		
SEXO	M	30,0	34,1	16,9	10,5	4,6	2,4	1,6	1808	<0,001
	F	27,8	29,3	16,5	14,8	7,5	2,5	1,5	1261	
IDADE	<31	38,3	22,3	12,5	12,4	9,2	2,8	2,5	775	<0,001
	31-60	29,7	34,4	15,6	12,1	4,3	2,8	1,1	646	
	61-65	24,6	33,6	20,8	13,1	4,5	2,1	1,3	842	
	>65	22,9	39,6	18,4	11,1	4,3	2,2	1,5	651	
LOCAL DE ACTIVIDADE	Hospital	37,4	29,8	12,1	9,8	6,1	3,0	1,8	1097	<0,001
	Centro de saúde	22,6	32,7	21,8	12,5	5,5	3,0	1,8	703	
	Consultório Privado&Outro	20,9	33,7	21,8	15,1	5,9	1,0	1,5	522	
ESPECIALIDADE	Medicina Geral e Familiar	21,9	33,6	21,8	13,1	5,4	2,5	1,8	895	<0,001
	Medicina Interna	35,5	37,1	7,5	7,0	5,4	5,9	1,6	186	
	Pediatria	42,4	30,5	9,4	10,3	4,4	1,0	2,0	203	
	Ginecologia/Obstretcristria	31,9	26,9	15,0	16,9	6,3	1,3	1,9	160	
	Outra situação	30,0	32,2	15,7	12,1	6,2	2,4	1,4	1477	
PROGRESSÃO NA CARREIRA	Interno	53,5	14,5	10,4	5,2	11,8	2,0	2,6	346	<0,001
	Assistente	28,4	31,4	17,4	13,5	4,7	3,0	1,6	1560	
	Chefe de serviço	24,4	40,9	16,1	10,6	3,7	2,4	1,8	545	
	Outro	22,7	36,7	16,8	13,8	7,5	1,9	0,7	428	
ANOS DE PRÁTICA CLÍNICA NÃO TUTELADA	<10	39,9	20,8	13,3	11,7	8,8	3,1	2,4	716	<0,001
	10-19	26,0	34,4	17,8	13,1	4,4	2,8	1,5	1012	
	20-29	24,9	36,1	18,9	12,3	4,7	1,8	1,2	867	
	>29	19,2	47,2	17,5	8,7	4,4	1,3	1,7	229	
TIPO DE LOCAL	Rural	25,1	30,7	22,7	10,4	5,6	3,2	2,4	251	0,144
	Urbano	30,3	32,3	16,0	11,9	5,8	2,4	1,4	2294	
	Suburbano	24,1	33,0	17,3	13,6	6,5	3,4	2,2	324	

Verificou-se uma tendência para os homens cotarem os livros e revistas mais frequentemente como mais importantes do que as mulheres e estas os congressos e conversas com colegas.

Os médicos mais novos deram, com maior frequência, mais importância aos livros do que os mais velhos, tendo estes últimos indicado mais vezes as revistas. Os médicos da faixa etária 61-65 anos citaram mais vezes os DIMs como primeira fonte de informação relativamente aos mais novos (<31 anos).

À internet foi dada igual importância por ambos os sexos e por todos os grupos etários.

Em relação ao local de trabalho, os livros foram mais indicados pelos médicos que trabalham em hospitais (37,4%) e menos pelos que trabalham em centros de saúde (22,6%), consultórios privados e outro local de actividade¹ (20,9%). Os DIMs foram por sua vez classificados, pelos profissionais em cima referidos, de maneira inversa aos livros.

Os pediatras cotaram com maior frequência os livros relativamente aos médicos de medicina geral e familiar (42,4% vs 21,9%), os médicos de medicina interna as revistas em relação aos ginecologistas (37,1% vs 26,9%), e os médicos de medicina geral e familiar os DIMs relativamente aos médicos de medicina interna (21,8% vs 7,5%).

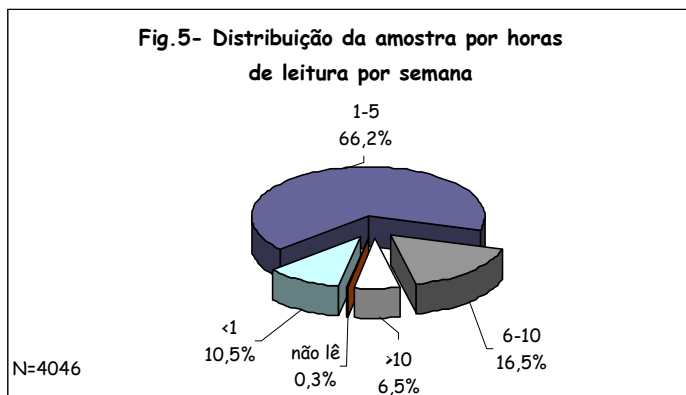
No que diz respeito ao nível de progressão na carreira, os internos foram os que mais referiram os livros (53,5% vs ≤ 28,4% os restantes níveis). Os chefes de serviço deram mais frequentemente importância às revistas do que os internos (40,9% vs 14,5%).

Os médicos com anos de prática não tutelada inferior a 10 deram mais importância aos livros (39,9% vs ≤26,0% as restantes classes) e os com mais de 29 anos de prática indicaram mais as revistas (47,2% vs ≤36,1% as restantes classes).

Tempo médio semanal dedicado à leitura de livros e revistas científicas pelos médicos.

O tempo despendido pelos médicos a ler livros e revistas científicas é, em 66,2% dos casos, de 1 a 5 horas por semana (Fig. 5).

¹ De modo a se verificarem os pressupostos do χ^2 as categorias Consultório Privado e Outro local de actividade foram reunidos numa só categoria e comparados com os restantes locais de exercício de actividade (Hospital e Centro de saúde).



Também para esta questão foram analisadas as diferentes variáveis de desagregação sócio-profissionais.

(Quadro 5).

Quadro 5- Horas de leitura, com desagregação das variáveis socio-profissionais da amostra e junção de algumas categorias.

VARIÁVEL		% DE RESPOSTA			N	P
		Não lê ou lê	1-5h	≥6h		
SEXO	M	10,8	64,2	25,0	2379	0,011*
	F	10,6	69,1	20,3	1657	
IDADE	<31	13,3	59,9	26,9	994	<0,001**
	31-60	12,1	70,5	17,4	811	
	61-65	9,9	69,6	20,5	1110	
	>65	7,7	67,5	24,8	912	
LOCAL DE ACTIVIDADE	Hospital	8,1	62,4	29,5	1435	<0,001**
	Centro de saúde	11,3	73,2	15,4	874	
	Consultório Privado	19,2	64,4	16,5	620	
	Outro	14,3	71,4	14,3	70	
ESPECIALIDADE	Medicina Geral e Familiar	11,7	71,6	16,7	1130	<0,001**
	Medicina Interna	3,2	65,2	31,6	247	
	Pediatria	4,9	64,1	31,0	287	
	Ginecologia/Obstrectricia	12,5	72,1	15,4	208	
	Outra situação	12,1	63,8	24,1	1961	
PROGRESSÃO NA CARREIRA	Interno	9,4	47,7	43,0	470	<0,001**
	Assistente	9,4	72,1	18,5	2004	
	Chefe de serviço	7,3	65,7	27,0	749	
	Outro	16,0	62,5	21,4	555	
ANOS DE PRÁTICA NÃO TUTELADA	<10	12,1	60,1	27,7	923	<0,001**
	10-19	12,3	70,1	17,5	1289	
	20-29	9,1	67,8	23,2	1148	
	>29	6,2	67,3	26,5	339	
TIPO DE LOCAL	Rural	14,2	69,9	15,8	316	<0,001**
	Urbano	9,2	65,4	25,4	3033	
	Suburbano	15,9	69,2	14,9	402	

* P do teste de Mann-Withney.

** P do teste de Kruskal-Wallis para todas as categorias.

Os resultados sugerem uma maior dedicação à leitura por parte dos homens e que os mais novos (<31 anos) lêem mais horas do que os com idades compreendidas entre 31-60 anos. Os médicos hospitalares lêem mais

horas por semana do que os que trabalham em outros locais. Quanto à especialidade, os pediatras e os médicos de medicina interna são os que lêem mais horas por semana.

Ao nível da progressão na carreira os internos indicaram lerem mais horas por semana.

Os médicos com prática não tutelada há menos de 10 anos lêem mais horas do que os com 10 a 19 anos de prática.

Também se verificaram diferenças estatisticamente significativas com o tipo de local de actividade. Os médicos que exercem em zonas urbanas tendem a ler mais horas por semana que os restantes.

Quantidade de revistas lidas e número de revistas assinadas e pagas pelos médicos.

Dos respondentes 67,2% lêem 1 a 3 revistas científicas e 55,6% paga do seu bolso este número de revistas (Quadro 6).

Quadro 6	Nenhuma	1-3	>3
Quantidade de revistas lidas	1,5%	67,2%	31,3%
Quantidade de revistas assinadas e pagas	37,4%	55,6%	7,0%

Quadro 7 - Quantidade de revistas lidas, com desagregação das variáveis socio-profissionais da amostra.

VARIÁVEL		% DE RESPOSTA			N	P
		Nenhuma	1-3	>3		
SEXO	M	1,5	63,0	35,5	2381	<0,001*
	F	1,4	73,4	25,2	1661	
IDADE	<31	3,3	74,6	22,1	995	<0,001**
	31-60	1,0	67,8	31,2	811	
	61-65	0,6	64,5	34,9	1113	
	>65	0,7	60,8	38,6	913	
LOCAL DE ACTIVIDADE	Hospital	2,5	68,9	28,6	1443	0,205**
	Centro de saúde	0,5	68,1	31,5	871	
	Consultório Privado	1,4	69,4	29,1	621	
	Outro	0,0	70,0	30,0	70	
ESPECIALIDADE	Medicina Geral e Familiar	0,7	66,0	33,3	1126	<0,001**
	Medicina Interna	0,8	60,6	38,6	249	
	Pediatria	0,0	64,7	35,3	286	
	Ginecologia/Obstrectricia	2,9	76,7	20,5	210	
	Outra situação	1,8	68,7	29,5	1966	
PROGRESSÃO NA CARREIRA	Interno	5,5	78,8	15,7	471	<0,001**
	Assistente	1,0	68,5	30,5	2002	
	Chefe de serviço	0,1	56,8	43,1	750	
	Outro	1,4	66,5	32,0	559	
ANOS DE PRÁTICA CLÍNICA NÃO TUTELADA	<10	3,5	75,2	21,3	924	<0,001**
	10-19	0,9	66,2	32,9	1290	
	20-29	0,8	62,8	36,4	1149	
	>29	0,3	57,8	41,9	339	
TIPO DE LOCAL	Rural	1,3	69,3	29,4	316	0,015**
	Urbano	1,4	66,0	32,6	3036	
	Suburbano	1,2	73,3	25,5	404	

* P do teste de Mann-Withney.

** P do teste de Kruskal-Wallis para todas as categorias.

Verificou-se uma tendência para os homens lerem mais revistas. As mulheres além de lerem menos revistas, assinam e pagam também menos revistas do seu bolso (Quadros 7 e 8).

Os médicos com idade inferior a 31 anos lêem um menor número de revistas comparativamente aos restantes grupos etários (>3 revistas: 22.1% vs ≥31.2%). Quanto ao número de revistas assinadas e pagas, são os médicos mais velhos (> 65 anos) que pagam do seu bolso mais revistas (Quadros 7 e 8).

Os médicos que trabalham em centros de saúde assinam e pagam menos revistas do que os que trabalham em consultórios privados (nenhuma revista: 48,8% vs 28,3%) (Quadro 8).

Os médicos de medicina interna lêem mais revistas que os ginecologistas (>3 revistas: 38,6% vs 20.5%) (Quadros 7 e 8). Os médicos de medicina geral e familiar pagam menos revistas e os pediatras o inverso (nenhuma revista: médicos de medicina geral e familiar-48,5% vs pediatras-21,0%).

Quadro 8-Quantidade de revistas assinadas e pagas, com desagregação das variáveis socio-profissionais da amostra.

VARIÁVEL		% DE RESPOSTA			N	P
		Nenhuma	1-3	>3		
SEXO	M	33,9	57,2	8,9	2381	<0,001*
	F	42,4	53,3	4,3	1655	
IDADE	<31	42,1	53,5	4,4	991	<0,001**
	31-60	39,5	54,6	5,8	807	
	61-65	39,8	52,2	8,0	1112	
	>65	26,5	63,6	10,0	914	
LOCAL DE ACTIVIDADE	Hospital	39,0	55,5	5,6	1443	<0,001**
	Centro de saúde	48,8	47,8	3,4	871	
	Consultório Privado	28,3	60,3	11,5	619	
	Outro	40,8	53,5	5,6	71	
ESPECIALIDADE	Medicina Geral e Familiar	48,5	47,7	3,8	1128	<0,001**
	Medicina Interna	30,8	59,5	9,7	247	
	Pediatria	21,0	67,1	11,9	286	
	Ginecologia/Obstetricia	29,8	63,9	6,3	208	
	Outra situação	34,7	57,5	7,8	1962	
PROGRESSÃO NA CARREIRA	Interno	51,3	46,8	1,9	468	<0,001**
	Assistente	40,0	54,3	5,8	2000	
	Chefe de serviço	28,0	61,1	10,9	750	
	Outro	34,2	57,2	8,6	558	
ANOS DE PRÁTICA CLINICA NÃO TUTELADA	<10	42,9	53,1	4,0	918	<0,001**
	10-19	39,6	53,8	6,6	1289	
	20-29	34,9	56,6	8,4	1151	
	>29	21,8	65,3	12,9	340	
TIPO DE LOCAL	Rural	50,9	44,3	4,7	316	<0,001**
	Urbano	35,0	57,2	7,8	3031	
	Suburbano	45,2	51,6	3,2	405	

* P do teste de Mann-Withney.

** P do teste de Kruskal-Wallis para todas as categorias.

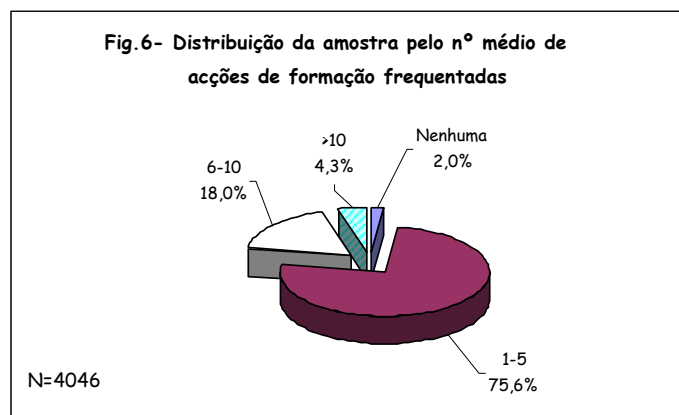
Os chefes de serviço são os que maior variedade de revistas lêem e que maior número de revistas pagam quando comparados com os internos (Quadros 7 e 8).

Relativamente ao número de anos de prática não tutelada, os médicos com menos de 10 anos de prática lêem e assinam menos revistas que médicos com mais de 29 anos de prática (Quadros 7 e 8).

Os médicos cuja actividade é exercida em zonas rurais pagam menos revistas que os que trabalham em zonas urbanas e os últimos tendem a ler mais que os suburbanos (Quadros 7 e 8).

Número médio de acções de formação frequentadas por ano.

A maioria dos clínicos (75,6%) indicaram que frequentam em média 1-5 acções de formação por ano.



Nesta questão apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas ao nível dos grupos etários, da progressão na carreira e dos anos de prática não tutelada (Quadro 9).

Os médicos com idade inferior a 31 anos frequentam um maior número de acções que os mais idosos (> 65 anos) e os internos mais do que os assistentes.

Os médicos com mais de 29 anos de prática não tutelada indicaram mais vezes não irem a nenhuma acção de formação quando comparados com os restantes (7,4% vs ≤1,4% os restantes).

Quadro 9-Nº médio de acções frequentadas, com desagregação das variáveis socio-profissionais da amostra e junção de algumas categorias.

VARIÁVEL		% DE RESPOSTA			N	P
		Nenhum	1-5	≥6		
SEXO	M	2,4	75,2	22,4	2379	0,686*
	F	1,5	76,2	22,3	1657	
IDADE	<31	1,3	72,5	26,2	994	0,001**
	31-60	1,6	78,5	19,9	808	
	61-65	1,3	75,7	23,1	1113	
	>65	4,0	75,4	20,6	911	
LOCAL DE ACTIVIDADE	Hospital	1,2	78,2	20,6	1438	0,072**
	Centro de saúde	1,5	74,8	23,7	872	
	Consultório Privado	3,9	75,3	20,8	619	
	Outro	5,6	77,5	16,9	71	
ESPECIALIDADE	Medicina Geral e Familiar	2,8	73,0	24,3	1127	0,506**
	Medicina Interna	2,0	73,1	24,9	249	
	Pediatria	1,4	75,2	23,4	286	
	Ginecologia/Obstrectricia	1,7	78,1	20,5	210	
	Outra situação	2,0	77,2	21,1	1960	
PROGRESSÃO NA CARREIRA	Interno	1,5	69,2	29,3	471	0,021**
	Assistente	1,6	78,2	20,2	2002	
	Chefe de serviço	1,6	73,1	25,3	748	
	Outro	3,4	75,9	20,7	556	
ANOS DE PRÁTICA CLÍNICA NÃO TUTELADA	<10	1,3	74,4	24,3	922	<0,001**
	10-19	1,4	75,6	23,3	1289	
	20-29	1,1	75,6	23,3	1147	
	>29	7,4	71,4	21,2	339	
TIPO DE LOCAL	Rural	2,2	77,8	20,0	315	0,166**
	Urbano	1,7	75,5	22,8	3031	
	Suburbano	2,2	78,2	19,6	404	

* P do teste de Mann-Withney .

** P do teste de Kruskal-Wallis para todas as categorias.

Delegados de informação médica (DIMs)

a) Número de DIMs recebidos semanalmente e tempo dispendido com cada um

A maioria dos médicos (61,9%) recebe 1-5 DIMs por semana e 52,6% gastam, em média, 6-10 minutos com cada um (Quadro 10).

Quadro 10	Não recebe DIMs	1-5	6-10	>10
Numero de DIMs recebidos semanalmente	5,4%	61,9%	21,2%	11,5%
Tempo médio(minutos) despendido com cada DIM	4,7%	35,0%	52,6%	7,6%

Quadro 11a- Número de DIMs recebidos semanalmente, com desagregação das variáveis socio-profissionais da amostra e junção de algumas categorias.

		% DE RESPOSTA			N	P
VARIÁVEL		Nenhum	1-5	≥6		
SEXO	M	4,9	62,9	32,2	2371	0,911*
	F	6,2	60,4	33,4	1640	
IDADE	<31	8,8	71,6	19,5	984	<0,001**
	31-60	3,4	60,6	36,1	805	
	61-65	2,8	48,3	48,9	1106	
	>65	4,7	68,2	27,0	907	
PROGRESSÃO NA CARREIRA	Interno	18,3	60,4	21,3	740	<0,001**
	Assistente	3,1	54,4	42,5	1988	
	Chefe de serviço	4,4	70,4	25,2	742	
	Outro	5,4	67,7	26,9	554	
ANOS DE PRÁTICA CLÍNICA NÃO TUTELADA	<10	9,1	70,3	20,7	915	<0,001**
	10-19	2,7	56,8	40,4	1279	
	20-29	3,3	55,5	41,2	1145	
	>29	7,4	74,8	17,8	337	
TIPO DE LOCAL	Rural	2,2	33,0	64,8	315	<0,001**
	Urbano	5,8	67,9	26,3	3008	
	Suburbano	4,7	39,5	55,8	405	

* P do teste de Mann-Withney .

** P do teste de Kruskal-Wallis para todas as categorias.

Quadro 11b- Número de DIMs recebidos semanalmente, com desagregação das variáveis socio-profissionais da amostra.

		% DE RESPOSTA				N	P
VARIÁVEL		Nenhum	1-5	6-10	>10		
LOCAL DE ACTIVIDADE	Hospital	7,8	75,3	15,4	1,5	1928	<0,001**
	Centro de saúde	3,2	22,5	37,3	37,0	868	
	Consultório Privado	4,6	82,7	11,4	1,3	613	
	Outro	21,7	65,2	10,1	2,9	69	
ESPECIALIDADE	Medicina Geral e Familiar	3,3	24,8	36,2	35,7	1122	<0,001**
	Medicina Interna	3,7	64,2	27,2	4,9	246	
	Pediatria	2,8	79,3	17,5	0,4	285	
	Ginecologia/Obstretícia	4,3	80,9	14,4	0,5	209	
	Outra situação	6,4	80,2	12,2	1,2	1947	

³ Agregaram-se categorias para efeitos de análise.

* P do teste de Mann-Withney .

** P do teste de Kruskal-Wallis para todas as categorias.

As mulheres despendem com cada DIM mais tempo do que os homens (Quadros 12).

Os médicos que se situam-se na faixa etária dos 61-65 anos recebem mais DIMs que os restantes. Os médicos com mais de 65 anos gastam mais tempo com os DIMs, quando comparados com os médicos com idades compreendidas entre 31 e 60 anos (Quadros 11a e 12).

Quadro 12- Tempo médio (minutos) despendido com cada DIM, com desagregação das variáveis socio-profissionais da amostra e junção de algumas categorias.

		% DE RESPOSTA			N	P
VARIÁVEL		Nenhum	1-5	≥6		
SEXO	M	4,3	37,3	58,4	2366	0,014*
	F	5,3	31,7	63,0	1647	
IDADE	<31	7,5	34,1	58,4	988	<0,001**
	31-60	3,2	41,9	54,9	810	
	61-65	2,6	37,5	59,9	1105	
	>65	3,9	29,4	66,7	905	
LOCAL DE ACTIVIDADE	Hospital	6,8	41,1	52,1	1428	<0,001**
	Centro de saúde	2,8	34,2	63,0	869	
	Consultório Privado	3,6	21,1	75,3	615	
	Outro	21,4	25,7	52,9	70	
ESPECIALIDADE	Medicina Geral e Familiar	3,0	32,8	64,2	1125	<0,001**
	Medicina Interna	3,2	44,5	52,2	247	
	Pediatria	2,1	49,3	48,6	284	
	Ginecologia/Obstreticícia	2,9	35,4	61,7	209	
	Outra situação	5,5	33,6	60,9	1949	
PROGRESSÃO NA CARREIRA	Interno	16,5	33,6	49,9	467	<0,001**
	Assistente	2,8	39,0	58,3	1993	
	Chefe de serviço	3,4	34,6	62,0	739	
	Outro	4,9	29,1	66,0	556	
ANOS DE PRÁTICA CLÍNICA NÃO TUTELADA	<10	7,6	37,2	55,2	917	0,001**
	10-19	2,6	36,7	60,7	1285	
	20-29	3,1	36,3	60,6	1144	
	>29	6,3	28,7	65,1	335	
TIPO DE LOCAL	Rural	1,6	37,1	61,2	315	0,184**
	Urbano	5,1	35,6	59,3	3013	
	Suburbano	3,7	33,2	63,1	401	

* P do teste de Mann-Withney .

** P do teste de Kruskal-Wallis para todas as categorias.

Ao nível do local de actividade, os médicos que trabalham em centros de saúde são aqueles que recebem mais DIMs (>10 DIMs: 37,0% vs ≤2,9% os restantes). Os que trabalham em outro local que não hospital, centro de saúde ou consultório recebem menos DIMs e dedicam menos tempo a cada um, assim como os médicos hospitalares. Os clínicos que trabalham em consultórios privados despendem mais tempo com cada um (Quadros 11b e 12).

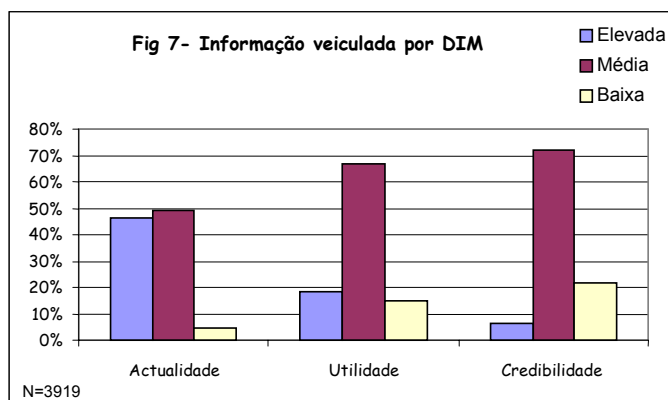
Os internos recebem menos DIMs (nenhum: 18,3% vs ≤5,4% os restantes) e despendem menos tempo com eles. Os assistentes são os que recebem um maior número de DIMs (≥6 DIMs: 42,5% vs ≤26,9% os restantes) (Quadros 11a e 12).

Os médicos de medicina geral e familiar recebem mais DIMs (>10 DIMs: 35,7% vs ≤4,9% os restantes) e gastam mais tempo com cada um (≥6 min: 64,2%) relativamente aos pediatras (≥ 6 min: 48,6%) (Quadros 11b e 12).

Os clínicos com anos de prática inferior a 10 e superior a 29 recebem menos DIMs que os com entre 10 e 29 anos de prática não tutelada. Comparando os médicos com anos de prática inferior a 10 e superior a 29 verifica-se que os últimos gastam mais tempo com cada DIM (Quadros 11b e 12).

Os médicos que trabalham em zonas rurais e suburbanas recebem mais DIMs que aqueles que trabalham em zonas urbanas (Quadros 11a).

b) Classificação da informação veiculada pelos DIMs



Em relação à informação fornecida pelos DIMs, os clínicos classificaram-na, maioritariamente, de média ou elevada ao nível da actualidade e de média no que diz respeito à sua utilidade e credibilidade (Fig. 7).

Quadro 13- Quantidade de DIMs recebidos semanalmente, com desagregação da caracterização da informação veiculada pelos DIMs.

		Nenhum	1-5	6-10	>10	P	
% de resposta	Credibilidade	Elevada	2,8	6,9	5,3	5,7	<0,001*
		Média	53,8	72,7	73,1	70,8	
		Baixa	43,4	20,4	21,7	23,5	
	Actualidade	Elevada	37,9	44,4	47,8	54,2	<0,001**
		Média	45,5	50,9	49,1	42,3	
		Baixa	16,6	4,7	3,1	3,5	
	Utilidade	Elevada	9,0	18,3	17,7	18,0	<0,001**
		Média	58,6	66,2	70,3	68,0	
		Baixa	32,4	15,5	12,0	12,0	
N		145	2446	835	459		

* P do teste de Mann-Withney .

** P do teste de Kruskal-Wallis para todas as categorias.

Quando se cruzam os dados de quantidade de DIMs recebidos com a classificação veiculada pelos mesmos, verifica-se que os médicos que não os recebem consideraram mais frequentemente a sua credibilidade como baixa (43,4% vs ≤23,5% os restantes grupos), assim como a actualidade (16,6% vs ≤4,7% os restantes grupos) e a utilidade (32,4% vs ≤15,5% os restantes grupos) (Quadro 13).

Quadro 14- Classificação da credibilidade da informação veiculada pelos DIMs, com desagregação das variáveis socio-profissionais da amostra.

		% DE RESPOSTA			N	P
VARIÁVEL		Elevada	Média	Baixa		
SEXO	M	5,8	69,3	24,8	2302	<0,001*
	F	6,8	75,5	17,7	1607	
IDADE	<31	4,4	75,4	20,3	962	<0,001**
	31-60	4,6	72,9	22,5	786	
	61-65	6,1	69,2	24,7	1096	
	>65	9,8	70,4	19,8	868	
LOCAL DE ACTIVIDADE	Hospital	6,6	72,0	21,4	1398	<0,001**
	Centro de saúde	3,4	70,2	26,4	859	
	Consultório Privado	6,2	75,5	18,2	593	
	Outro	11,5	70,5	18,0	61	
ESPECIALIDADE	Medicina Geral e Familiar	4,6	70,4	25,0	1106	<0,001**
	Medicina Interna	4,6	70,4	25,0	240	
	Pediatria	4,0	71,4	24,6	276	
	Ginecologia/Obstreticria	6,9	78,8	14,3	203	
	Outra situação	7,6	72,2	20,3	1900	
PROGRESSÃO NA CARREIRA	Interno	4,9	74,6	20,5	449	0.06**
	Assistente	5,2	71,4	23,5	1951	
	Chefe de serviço	8,4	69,8	21,8	728	
	Outro	7,0	73,3	19,8	531	
ANOS DE PRÁTICA CLÍNICA NÃO TUTELADA	<10	5,0	74,2	20,8	888	0.062**
	10-19	4,3	72,9	22,9	1256	
	20-29	7,5	68,3	24,2	1128	
	>29	9,6	71,3	19,1	314	
TIPO DE LOCAL	Rural	3,2	70,2	26,6	312	<0,001**
	Urbano	7,0	72,1	20,9	2935	
	Suburbano	3,8	70,4	25,8	392	

* P do teste de Mann-Withney .

** P do teste de Kruskal-Wallis para todas as categorias.

Os homens tendem a dar uma credibilidade, actualidade e utilidade mais frequentemente baixa do que as mulheres (Quadros 14, 15 e 16).

Os médicos com mais de 65 anos consideraram mais vezes os DIMs com utilidade elevada do que os de 31 a 60 anos. Os de 61 a 65 anos consideraram-nos com credibilidade mais baixa relativamente aos com mais de 65 anos (Quadro 14 e 15).

No que diz respeito ao local de trabalho, os médicos que exercem a sua actividade em centros de saúde classificaram com maior frequência os DIMs com credibilidade baixa em comparação com os que trabalham em consultórios privados ou em outro local (Quadro 14).

Os médicos que trabalham noutra local foram os que consideraram os DIMs mais vezes com actualidade elevada. O mesmo se verificou quanto á utilidade (Quadros 15 e 16).

Quadro 15- Classificação da utilidade da informação veiculada pelos DIMs, com desagregação das variáveis socio-profissionais da amostra.

VARIÁVEL		% DE RESPOSTA			N	P
		Elevada	Média	Baixa		
SEXO	M	16,6	66,5	16,9	2302	<0,001*
	F	20,2	67,7	12,1	1607	
IDADE	<31	17,9	69,3	12,8	962	<0,001**
	31-60	15,5	67,8	16,7	786	
	61-65	17,3	66,4	16,2	1096	
	>65	21,3	64,6	14,1	868	
LOCAL DE ACTIVIDADE	Hospital	16,2	66,5	17,4	1398	<0,001**
	Centro de saúde	14,7	70,8	14,6	859	
	Consultório Privado	22,3	66,4	11,3	593	
	Outro	26,2	63,9	9,8	61	
ESPECIALIDADE	Medicina Geral e Familiar	16,5	69,1	14,4	1106	<0,001**
	Medicina Interna	12,1	63,8	24,2	240	
	Pediatria	12,3	71,4	16,3	276	
	Ginecologia/Obstrectricia	25,6	63,1	11,3	203	
	Outra situação	19,4	66,1	14,5	1900	
PROGRESSÃO NA CARREIRA	Interno	17,8	71,5	10,7	449	0.183**
	Assistente	17,0	67,1	16,0	1951	
	Chefe de serviço	17,9	64,8	17,3	728	
	Outro	18,1	67,2	14,7	531	
ANOS DE PRÁTICA CLÍNICA NÃO TUTELADA	<10	18,4	67,8	13,9	888	0.098**
	10-19	15,8	69,5	14,9	1256	
	20-29	17,8	65,6	16,6	1128	
	>29	22,6	63,7	13,7	314	
TIPO DE LOCAL	Rural	14,7	67,6	17,6	312	0,063**
	Urbano	18,7	66,7	14,6	2935	
	Suburbano	15,3	69,4	15,3	392	

* P do teste de Mann-Whitney.

** P do teste de Kruskal-Wallis para todas as categorias.

No que diz respeito à especialidade, a informação veiculada pelos DIMs foi cotada mais frequentemente pelos ginecologistas com elevada actualidade (51,2%) relativamente aos pediatras (35,5%) e com elevada utilidade (25,6%) quando comparados com os pediatras e médicos de medicina interna (12,1% e 12,2% respectivamente). Os médicos de medicina interna e clínica geral consideraram mais vezes essa informação com credibilidade baixa relativamente aos ginecologistas (Quadros 14, 15 e 16).

No que diz respeito à progressão na carreira os internos cotaram com maior frequência os DIMs com actualidade elevada (Quadro 16).

Os médicos com menos de 10 anos de prática não tutelada indicaram mais vezes uma actualidade elevada do que os com mais de 29 anos (Quadro 16).

Os médicos das zonas rurais classificaram mais frequentemente a credibilidade da informação transmitida pelos DIMs como baixa relativamente aos das zonas urbanas (Quadro 14).

Quadro 16- Classificação da actualidade da informação veiculada pelos DIMs, com desagregação das variáveis socio-profissionais da amostra.

		% DE RESPOSTA			N	P
VARIÁVEL		Elevada	Média	Baixa		
SEXO	M	42,1	51,9	6,0	2302	<0,001*
	F	51,5	45,6	2,9	1607	
IDADE	<31	49,0	47,3	3,7	962	0,089**
	31-60	45,3	50,5	4,2	786	
	61-65	46,1	48,9	5,0	1096	
	>65	43,7	50,8	5,5	868	
LOCAL DE ACTIVIDADE	Hospital	47,6	47,2	5,3	1398	<0,001**
	Centro de saúde	48,3	47,0	4,7	859	
	Consultório Privado	37,4	58,2	4,4	593	
	Outro	60,7	37,7	1,6	61	
ESPECIALIDADE	Medicina Geral e Familiar	48,0	47,2	4,8	1106	<0,001**
	Medicina Interna	48,3	45,0	6,7	240	
	Pediatria	35,5	58,3	6,2	276	
	Ginecologia/Obstrectricia	51,2	44,3	4,4	203	
	Outra situação	45,3	50,5	4,2	1900	
PROGRESSÃO NA CARREIRA	Interno	57,0	39,6	3,3	449	<0,001**
	Assistente	46,5	49,1	4,4	1951	
	Chefe de serviço	43,1	50,8	6,0	728	
	Outro	39,9	54,4	5,6	531	
ANOS DE PRÁTICA CLÍNICA NÃO TUTELADA	<10	50,9	45,6	3,5	888	0,002**
	10-19	45,1	49,8	5,0	1256	
	20-29	45,3	49,7	5,0	1128	
	>29	40,8	52,5	6,7	314	
TIPO DE LOCAL	Rural	42,6	51,6	5,8	312	0,446**
	Urbano	45,8	49,8	4,4	2935	
	Suburbano	46,9	47,4	5,6	392	

* P do teste de Mann-Withney .

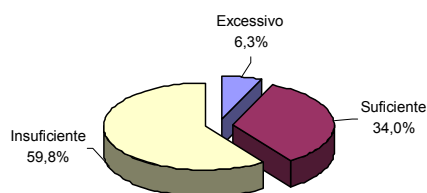
** P do teste de Kruskal-Wallis para todas as categorias.

Formação pós-graduada

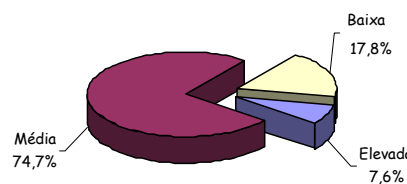
a) Quantidade e qualidade das acções de informação/formação pós-graduada

A opinião dos médicos em relação à quantidade e qualidade das acções de informação/formação pós-graduada na área do medicamento também foi explorada.

A quantidade das acções foi considerada por 59,8% dos médicos (Fig. 8) como insuficiente e a qualidade das mesmas, na sua maioria, como média (Fig. 9).

Fig. 8- Distribuição das opiniões sobre a quantidade de acções de informação /formação pós-graduada


N=3987

Fig. 9- Distribuição das opiniões sobre a qualidade das acções de informação /formação pós-graduada disponíveis


N=3886

Quadro 17- Quantidade das acções de informação/formação pós-graduada, com desagregação das variáveis socio-profissionais da amostra.

VARIÁVEL		% DE RESPOSTA			N	P
		Excessivo	Suficiente	Insuficiente		
SEXO	M	7,7	35,3	57,0	2347	<0,001*
	F	4,2	32,0	63,7	1630	
IDADE	<31	1,8	27,3	70,8	974	<0,001**
	31-60	4,5	31,4	64,1	797	
	61-65	7,7	36,4	55,9	1099	
	>65	11,4	40,8	47,7	901	
LOCAL DE ACTIVIDADE	Hospital	6,4	34,2	59,6	1415	0,005**
	Centro de saúde	5,6	28,9	65,4	868	
	Consultório Privado	4,6	30,2	65,2	610	
	Outro	5,8	40,6	53,6	69	
ESPECIALIDADE	Medicina Geral e Familiar	5,0	30,3	64,7	1120	0,001**
	Medicina Interna	8,5	31,7	59,8	246	
	Pediatria	6,5	35,0	58,5	277	
	Ginecologia/Obstrectricia	5,3	41,7	52,9	206	
	Outra situação	6,7	35,6	57,7	1928	
PROGRESSÃO NA CARREIRA	Interno	1,5	27,6	70,8	463	<0,001**
	Assistente	6,0	33,7	60,3	1977	
	Chefe de serviço	11,1	40,2	48,7	739	
	Outro	5,4	34,7	59,9	551	
ANOS DE PRÁTICA CLÍNICA NÃO TUTELADA	<10	2,1	27,6	70,3	904	<0,001**
	10-19	5,6	31,9	62,5	1275	
	20-29	8,8	40,1	51,1	1135	
	>29	14,4	40,8	44,7	333	
TIPO DE LOCAL	Rural	4,8	27,2	68,1	313	<0,001**
	Urbano	6,6	35,4	58,0	2984	
	Suburbano	4,5	29,9	65,6	401	

* P do teste de Mann-Whitney.

** P do teste de Kruskal-Wallis para todas as categorias.

Os médicos do sexo feminino indicaram mais frequentemente que as acções pós-graduada disponíveis em Portugal são insuficientes, assim como os médicos mais novos. (Quadro 17).

Os médicos que trabalham em consultórios privados e em centros de saúde classificaram mais vezes o número de acções como insuficiente relativamente aos que trabalham em "outro local" (Quadro 17).

No que diz respeito à especialidade, os médicos de medicina geral e familiar consideraram com maior frequência o número de ações como insuficiente do que os ginecologistas/obstretcas, assim como os médicos de zonas rurais quando comparados com os das zonas urbanas e os médicos com anos de prática não tutelada inferior a 10 anos (Quadro 17).

Ao nível da progressão na carreira, os internos consideraram-nas mais insuficientes (Quadro 17).

A qualidade destas ações também foi analisada (Quadro 18). Os homens indicaram mais frequentemente a qualidade das ações de informação/formação baixa.

Quadro 18- Qualidade das ações de informação/formação pós-graduada, com desagregação das variáveis socio-profissionais da amostra.

		% DE RESPOSTA			N	P (χ^2)
VARIÁVEL		Elevada	Media	Baixa		
SEXO	M	7,3	73,2	19,5	2297	0,002
	F	8,0	76,9	15,2	1581	
IDADE	<31	7,3	75,4	17,3	936	0,091
	31-60	7,1	75,9	17,0	772	
	61-65	6,7	73,3	19,9	1083	
	>65	9,6	74,2	16,2	889	
LOCAL DE ACTIVIDADE	Hospital	6,0	75,9	18,1	1372	0,735
	Centro de saúde	7,5	74,7	17,7	851	
	Consultório Privado	8,0	74,8	17,2	600	
	Outro	7,7	72,3	20,0	65	
ESPECIALIDADE	Medicina Geral e Familiar	8,0	74,1	17,9	1094	0,403
	Medicina Interna	7,1	72,4	20,5	239	
	Pediatria	6,0	80,2	13,8	268	
	Ginecologia/Obstretcica	9,0	76,5	14,5	200	
	Outra situação	7,4	74,1	18,5	1879	
PROGRESSÃO NA CARREIRA	Interno	9,6	75,4	15,0	439	0,246
	Assistente	6,6	75,1	18,2	1927	
	Chefe de serviço	8,3	73,5	18,2	732	
	Outro	6,7	75,6	17,7	536	
ANOS DE PRÁTICA CLÍNICA NÃO TUTELADA	<10	7,2	76,0	16,8	870	0,323
	10-19	6,9	74,1	19,0	1236	
	20-29	8,2	73,1	18,6	1121	
	>29	8,5	77,2	14,3	329	
TIPO DE LOCAL	Rural	8,0	73,4	18,6	301	0,843
	Urbano	7,4	74,6	17,9	2909	
	Suburbano	6,1	76,5	17,5	395	

b) Disponibilidade em pagar mais por informação/formação de maior qualidade

A disponibilidade dos médicos em pagar mais por informação/formação de maior qualidade foi positiva para 48,5% dos respondentes (Fig. 10).

**Fig. 10- " Disponibilidade para pagar mais"
 condicionado por qualidade "media" ou baixa" das
 acções de formação**



N=3665

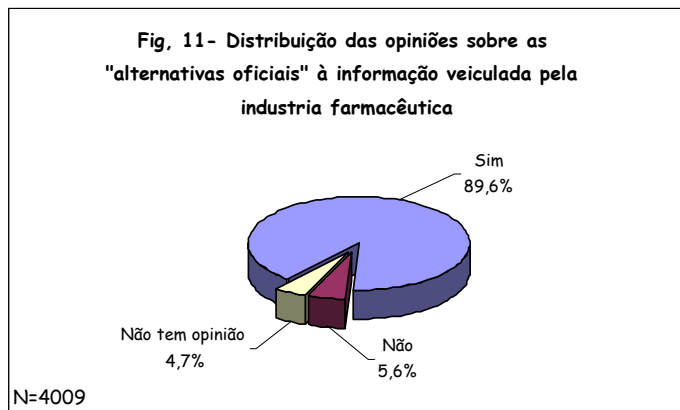
Quadro 19- Disponibilidade em pagar mais por informação/formação de maior qualidade, com desagregação das variáveis socio-profissionais da amostra.

VARIÁVEL		% DE RESPOSTA			N	P (χ^2)
		Sim	Não	Não tem opinião		
SEXO	M	48,2	37,8	14,0	2169	0,384
	F	48,9	35,9	15,2	1489	
IDADE	<31	48,3	36,2	15,4	894	0,394
	31-60	51,2	35,4	13,3	728	
	61-65	47,7	39,1	13,3	1026	
	>65	47,6	36,8	15,6	813	
LOCAL DE ACTIVIDADE	Hospital	44,3	41,6	14,1	1313	<0,001
	Centro de saúde	52,5	34,9	12,6	802	
	Consultório Privado	52,7	29,5	17,8	582	
	Outro	47,6	33,3	19,0	63	
ESPECIALIDADE	Medicina Geral e Familiar	52,9	34,4	12,7	1029	0,052
	Medicina Interna	51,1	36,3	12,6	223	
	Pediatria	45,9	38,2	15,8	259	
	Ginecologia/Obstrectricia	48,6	34,1	17,3	185	
	Outra situação	46,1	38,4	15,5	1776	
PROGRESSÃO NA CARREIRA	Interno	45,9	38,3	15,9	410	0,104
	Assistente	49,0	37,9	13,1	1833	
	Chefe de serviço	47,0	38,4	14,6	679	
	Outro	50,0	32,7	17,3	514	
ANOS DE PRÁTICA CLÍNICA NÃO TUTELADA	<10	46,9	38,1	15,0	827	0,577
	10-19	50,8	36,1	13,0	1173	
	20-29	47,3	38,8	14,0	1045	
	>29	47,6	37,5	15,0	307	
TIPO DE LOCAL	Rural	51,9	33,3	14,7	285	0,703
	Urbano	48,1	37,5	14,4	2753	
	Suburbano	49,6	36,2	14,2	373	

A única diferença estatisticamente significativa encontrada foi ao nível do local de exercício de actividade (Quadro 19), em que os médicos hospitalares estão menos dispostos a pagar mais por informação/formação de maior qualidade, relativamente aos colegas que trabalham nos restantes locais.

Alternativas de informação/informação oficiais às veiculadas pela Indústria Farmacêutica

89,6% dos clínicos apontaram a necessidade de fontes de informação alternativas às veiculadas pela indústria farmacêutica (Fig. 11).



Quadro 20- Alternativas de informação/informação oficiais às veiculadas pela Indústria Farmacêutica, com desagregação das variáveis socio-profissionais da amostra.

VARIÁVEL		% DE RESPOSTA			N	P (χ^2)
		Sim	Não	Não tem opinião		
SEXO	M	89,4	6,0	4,6	2360	0,536
	F	89,9	5,2	4,9	1641	
IDADE	<31	92,7	3,3	4,1	982	<0,001
	31-60	90,5	4,6	4,9	800	
	61-65	89,3	6,5	4,2	1107	
	>65	85,7	8,7	5,6	906	
LOCAL DE ACTIVIDADE	Hospital	90,4	5,6	4,0	1431	0,109
	Centro de saúde	89,2	5,8	5,1	868	
	Consultório Privado	87,6	5,2	7,2	614	
	Outro	92,8	2,9	4,3	69	
ESPECIALIDADE	Medicina Geral e Familiar	89,1	6,2	4,7	1120	0,817
	Medicina Interna	91,1	4,5	4,5	247	
	Pediatria	90,9	5,3	3,9	285	
	Ginecologia/Obstretícia	87,5	8,2	4,3	208	
	Outra situação	89,7	5,5	4,9	1937	
PROGRESSÃO NA CARREIRA	Interno	94,0	2,8	3,2	465	<0,001
	Assistente	89,8	5,5	4,7	1983	
	Chefe de serviço	87,7	8,5	3,9	745	
	Outro	88,6	5,2	6,1	553	
ANOS DE PRÁTICA CLÍNICA NÃO TUTELADA	<10	92,4	3,0	4,6	907	<0,001
	10-19	90,3	5,2	4,4	1283	
	20-29	88,1	7,4	4,5	1143	
	>29	85,1	8,6	6,3	336	
TIPO DE LOCAL	Rural	90,8	3,2	6,0	315	0,206
	Urbano	89,2	6,0	4,8	3001	
	Suburbano	90,8	4,7	4,5	403	

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na análise por grupos etários, anos de prática não tutelada e progressão na carreira (Quadro 20). Os mais idosos (>65 anos) indicaram menos vezes a resposta Sim a esta questão, em comparação com os médicos de idade inferior a 31 anos, assim como os de mais de 29 anos de prática não tutelada em relação aos de menos de 10 anos.

Os internos consideraram mais frequentemente que deveria haver mais alternativas relativamente aos chefes de serviço.

DISCUSSÃO

Apesar da taxa de resposta dos médicos a este questionário ter sido baixa, aproxima-se das taxas obtidas em outros estudos realizados em Portugal^{9 10}, muito embora a taxa varie, em estudos similares conduzidos noutros países, entre 42,8-91,0%^{6 11 12 13 14 15 16 17}. Cummings *et al*¹⁸ num estudo efectuado sobre a taxa de resposta a questionários enviados por correio a médicos, verificaram que a taxa de resposta média, para inquéritos com uma amostra superior a 1000 observações, era de 52%.

Em termos de grupos etários, a nossa amostra não se desvia de forma relevante da representatividade, com excepção do grupo etário superior a 65 anos. No entanto, a diferença pode dever-se também a algum enviesamento do comparador populacional, onde este grupo etário poderá, eventualmente, estar sobrerrepresentado.

Ao nível das especialidades verifica-se uma sobrerrepresentação dos médicos de medicina geral e familiar e uma subrepresentação da opção Outra. Uma das razões que pode explicar, pelo menos em parte, esta discrepância será, possivelmente, o facto de nem todos os médicos com mais do que uma especialidade o terem assinalado. Por outro lado, os dados das estatísticas da saúde de 2001, que reportam ao ano de 1999, podem eventualmente estar desactualizados.

Relativamente à importância dada às fontes de informação verificou-se que as consideradas mais importantes foram as revistas científicas e os livros/tratados analogamente ao que se verificou no estudo meta-analítico, anteriormente referido, realizado por Haug¹. A segunda escolha mais frequente no nosso estudo foram os delegados de informação médica, enquanto que a encontrada por estes autores, foram as conversas com colegas. Um estudo realizado no Canadá¹¹, sobre o mesmo tema, concluiu que os médicos baseavam-se mais frequentemente em conversas com colegas, seguidos de artigos de revisão e livros. No estudo de Dee & Blazek¹⁹ todos os médicos questionados consultavam os colegas porque estes constituíam uma fonte de

informação imediata, acessível, precisa e fiável para responder a questões que surgem na prática clínica, quando o doente ainda se encontra no consultório.

A natureza da prática médica parece ser um factor que afecta a procura de informação. A comparação das fontes de informação tendo em consideração o local de actividade (hospital e centro de saúde) mostrou diferenças, tal como no estudo de McGettingan³ já referido, no que se refere à importância dos representantes da indústria farmacêutica. Nesse estudo, os médicos de cuidados primários, tal como os médicos que no nosso estudo trabalham em centros de saúde, referem mais vezes os DIMs comparativamente aos médicos hospitalares. Um inquérito conduzido em 1995 pelo "Medical Data Management" em três países da Europa de Leste, sobre as preferências dos médicos em relação a fontes de informação e a frequência de uso das mesmas, indicou um elevado grau de confiança na informação fornecida pelos DIMs²⁰. A fonte de informação mais popular entre os médicos húngaros foram os DIMs. A importância desta fonte variou de acordo com a especialidade do médico, com os médicos de medicina geral e familiar a indicarem uma maior aceitação desta fonte de informação que os médicos de medicina interna ou cardiologistas, à semelhança do nosso estudo (clínica geral vs medicina interna). O autor deste artigo refere algumas razões para o sucedido, nomeadamente, a juventude dos médicos de clínica geral na Hungria. Neste país, um estudo de mercado revelou que os médicos de medicina geral e familiar têm uma média mensal de doentes muito elevada, cerca de oito vezes maior do que os internistas, com os primeiros a receberem duas vezes mais DIMs do que os internistas e os cardiologistas. Este facto está, provavelmente, relacionado com o potencial de prescrição destes médicos. Na Polónia, os ginecologistas e os psiquiatras indicaram uma preferência pelas visitas dos DIMs (69 e 65%, respectivamente), havendo também um maior número de doentes no caso dos ginecologistas. Na República Checa, a imprensa médica foi indicada como a fonte de informação mais frequente (90%), seguida de simpósios médicos (77%) e DIMs (71%).

A idade parece influenciar as preferências pelas fontes de informação. Os mais novos, os internos e os com menos anos de prática não tutelada foram os que deram mais importância aos livros. Os chefes de serviço e os médicos com mais anos de prática e com mais idade demonstraram uma preferência pelas revistas. Tendo em conta que os mais novos têm normalmente menos anos de prática e que os internos são normalmente mais novos é natural que a importância dada às fontes de informação quando se analisa estas 3 variáveis socio-profissionais seja coincidente. Osiobe²¹, numa revisão bibliográfica refere que os médicos mais jovens usam mais fontes de informação relacionadas com bibliotecas e consultas a colegas que os mais idosos. A inexperiência e desejo de evitar falhas fatais é referido por Osiobe como a razão para a procura de informação por parte dos médicos mais novos.

No nosso estudo, tal como no estudo de Gruppen²², são os médicos mais velhos (61-65 anos) que mais frequentemente usam DIMs como fonte de informação.

Constatámos que o recurso à Internet como fonte de informação por parte dos médicos participantes é relativamente baixo, não se tendo encontrado diferenças ao nível das diferentes variáveis sócio-profissionais. Quando os médicos procuram respostas para problemas muito específicos a pesquisa na Internet, pela generalidade e flexibilidade deste instrumento, poderá conduzir a um manancial de informação que raramente se apresenta organizado e sintetizado, além de muitas vezes fornecer muita informação irrelevante para o problema em causa²². Koller *et al*¹⁷ num estudo realizado na Suíça concluíram que apesar do acesso à Internet estar largamente difundido, apenas uma minoria (7%) a usa para esclarecer questões médicas durante as consultas. Segundo este estudo os médicos usam a Internet para se manterem actualizados e essencialmente fora das horas de consulta, tendo apenas 14% referido encontrar regularmente informação útil na Internet. Os médicos que responderam ao nosso questionário revelaram um uso desta fonte de informação inferior ao encontrado no estudo realizado na Suíça.

A inexistência de diferenças na preferência de fontes de informação, quando se analisa o tipo de local, é semelhante ao encontrado num estudo conduzido nos EUA com médicos de cuidados primários¹².

Quando se analisou o tempo médio semanal dedicado à leitura de livros e revistas científicas os nossos resultados são comparáveis aos referidos por Johnson *et al*¹³ e por Nylenna e Aasland¹⁴.

Ao contrário do estudo de Johnson *et al*¹³, em que não se verificaram diferenças no número de horas lidas com o sexo e idade dos médicos de família internos, no nosso estudo detectamos diferenças a nível destas variáveis. Os médicos do sexo masculino e os médicos com idade inferior a 31 anos tendem a ler mais horas que os do sexo feminino e com idades compreendidas entre 31-60 anos. Verifica-se que estes grupos embora leiam mais horas lêem menos quantidade de revistas e assinam e pagam também menos revistas. Este facto está concordante com as suas preferências ao nível das fontes de informação e com as características adjacentes a estes grupos, nomeadamente o facto de os internos corresponderem a médicos que se encontram em formação com vista à sua especialização.

No presente estudo, os médicos hospitalares dedicam mais tempo à leitura que os colegas que trabalham em centros de saúde, tal como no conduzido por Nylenna e Aasland¹⁴.

No que diz respeito às acções de formação frequentadas, não se verificaram diferenças entre médicos que trabalham em centros de saúde ou hospitais, ao contrário do que aconteceu no estudo de Nylenna e Aasland¹⁴, em que os médicos de cuidados primários despendem em média mais tempo em congressos, encontros e cursos do que os médicos hospitalares.

Em relação ao número de DIMs recebidos semanalmente verificou-se que os médicos respondentes recebem consideravelmente mais DIMs do que no Canadá²³ e menos que na Turquia⁶ e Espanha¹⁶.

Relativamente ao tempo despendido com os DIMs os nossos resultados foram inferiores aos obtidos no estudo de Diaz Gravalos¹⁶.

Os médicos de medicina geral e familiar que participaram no presente estudo recebem mais DIMs do que os restantes médicos. Gúldal e Semin⁶ verificaram que os médicos de clínica geral recebem com maior regularidade visitas de DIMs e despendem mais tempo com cada um do que os restantes médicos. Igualmente, no artigo de Talbot-Montgomery já referido²⁰, os médicos de clínica geral húngaros recebem mais DIMs por mês que os médicos de outras especialidades, nomeadamente do que os cardiologistas e os médicos de medicina interna.

Verificámos no nosso estudo uma tendência dos médicos que assinalaram não receberem DIMs classificarem a informação por estes veiculada mais vezes com baixa credibilidade, utilidade e actualidade. Curiosamente, quando posteriormente se analisou esta classificação com desagregação das variáveis sócio-profissionais, verificou-se que os médicos que tinham assinalado receberem mais DIMs, foram também os que consideraram mais frequentemente a informação veiculada pelos DIMs com credibilidade baixa. Esta contradição poderá, em parte, ser explicada pelo facto de a acessibilidade das fontes de informação ser mais importante do que a qualidade das mesmas². No entanto, quando noutro estudo¹⁵ é pedido aos médicos de cuidados primários holandeses que classifiquem 10 características sobre fontes de informação, as características mais importantes assinaladas por estes foram, por ordem decrescente, a credibilidade, a utilidade e a facilidade de procura (acessibilidade). No mesmo estudo foi também pedido aos médicos holandeses que classificassem as diversas fontes de informação (internet, bases de dados on line, CD ROMS, DIM, CME* e congressos) tendo em conta a acessibilidade, tempo de procura, custo financeiro, utilidade e "possibilidade de sucesso" (conseguir encontrar o que se procura): Os DIMs necessitavam de melhorias na credibilidade, abrangência, utilidade e "possibilidade de sucesso".

A baixa credibilidade dada por alguns médicos poderá dever-se ao facto de a maioria dos DIMs transmitirem apenas informação positiva sobre os seus produtos e raramente comunicarem os efeitos adversos e as contra-indicações²⁴.

Anderson e Lexchin²⁵ referem que o uso de diferentes fontes de informação nem sempre se relaciona com o seu valor. Num inquérito referido por estes autores, a Formação Médica Contínua foi cotada como uma fonte de informação muito importante por 64% dos respondentes e os seminários comerciais por 25% destes. No entanto, os mesmos médicos estão presentes, em média, em 1,5 eventos de formação médica contínua por ano e em 2,5 seminários comerciais. Estes autores referem um outro inquérito em que os DIMs eram

* "Continual medical education"

considerados uma fonte menos credível que as Formações Médicas Contínuas mas não eram as menos frequentemente usadas.

No que diz respeito às alternativas oficiais à informação veiculada pela indústria farmacêutica, elas são necessárias para 89,6% dos médicos respondentes. No estudo anteriormente citado⁶, 93,9% dos médicos apontaram esta mesma necessidade. A falta de fontes alternativas independentes, que forneçam informação credível sobre medicamentos, poderá ser a explicação para o facto da informação transmitida pelos DIMs ser muitas vezes considerada não credível mas útil. Estes autores consideraram os resultados do seu estudo controversos e subestimados devido à sensibilidade dos médicos ao tema. Os resultados encontrados por Figueras *et al*⁷, num estudo conduzido na Galiza (Espanha), sugerem que, para melhorar a qualidade da prescrição, a educação dos médicos e a sua formação devem ser aperfeiçoadas e que o papel da indústria no ensino médico pós-graduado deve ser limitado, realçando e propondo a criação de fontes de informação objectivas tais como "guidelines" terapêuticas e boletins de agências independentes.

Uma das limitações do estudo é a sua generalização a toda a classe médica tendo em conta que a taxa de resposta foi bastante baixa e que a representatividade da amostra se desvia dos limites calculados, principalmente ao nível do último grupo etário considerado e da especialidade. Outra limitação é o potencial viés associado a questionários enviados por correio que, por um lado, tendem a resultar em taxas de resposta baixas e, por outro, a conduzir a resultados enviesados em favor da amostra da população mais interessada no assunto do questionário¹⁰.

Consideramos, no entanto, que estas limitações não invalidam o presente estudo, uma vez que permitiu uma primeira abordagem, a nível nacional, da opinião médica relativamente à informação científica sobre medicamentos, e que os resultados obtidos, de acordo com os objectivos do estudo, poderão permitir a formulação de estratégias de programas de informação.

CONCLUSÕES

Este estudo apresenta um quadro da opinião médica portuguesa relativamente à informação científica sobre medicamentos.

As preferências dos médicos pelas fontes de informação de medicamentos variam com as características individuais do médico, nomeadamente o sexo, a idade, o nível de progressão na carreira e os anos de prática não tutelada e com a natureza da prática médica, como o local de actividade e a especialidade.

Para a maioria dos médicos que participaram neste estudo, as fontes de informação preferenciais sobre medicamentos são as revistas científicas e os livros/tratados. Os congressos/reuniões científicas e os DIMs foram frequentemente considerados em terceiro lugar na ordenação de importância das fontes de informação sobre medicamentos.

Saliente-se que a opinião dos colegas não foi considerada como um recurso frequente, ao contrário do que é referido em outros estudos^{2 11 24}, em particular o facto de alguns deles e em populações mais jovens ser mesmo considerada como um dos mais relevantes. Esta situação poderá reflectir, eventualmente, a proporção e o tipo de jovens médicos estudados ou dever-se mesmo a contextos socioculturais da prática médica que privilegiem sistemas alternativos de informação. Seria interessante verificar a veracidade dos dados presentes, nomeadamente através do estudo dos componentes socioculturais que poderiam justificar estes resultados.

De realçar, ainda, o uso relativamente reduzido dado à Internet como meio/instrumento de acesso à informação, facto que é transversal a todos os grupos etários. Isto poderá reflectir, porventura, alguma dificuldade no acesso a este meio nos locais de trabalho.

Como conclusão final, refira-se a necessidade sentida por quase todos os respondentes de serem promovidas alternativas oficiais à informação veiculada pela indústria farmacêutica.

O presente estudo tinha como um dos seus objectivos fundamentar o delineamento de estratégias de informação para profissionais de saúde, no caso particular, para médicos. Assim, e com base nos dados que nos foram presentes, poder-se-iam sugerir as seguintes actividades:

1. Promover informação independente sobre medicamentos.

Tendo em conta os dados do estudo, os canais preferenciais para promover informação independente sobre medicamentos seriam as revistas científicas.

A Internet, neste momento, não parece constituir um meio eficaz de divulgação de informação sobre medicamentos. Tal poderá dever-se quer à falta de acessibilidade física, quer à necessidade de desenvolver aplicações focadas em áreas de problemas específicos e recorrentes, que sintetizem a informação de várias fontes.

2. Efectuar estudos complementares que permitam o delineamento de estratégias de informação efectivas.

Para tal, é necessário conhecer os factores que condicionam/influenciam a preferência ou não pelas várias fontes de informação de medicamentos.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Haug JD, Physicians' preferences for information sources: a meta-analytic study. *Bull Med Libr Assoc* 1997;85(3):223-32
- ² Verhoeven AA, Boerma EJ, Meyboom-de Jong B. Use of information sources by family physicians: a literature survey. *Bull Med Libr Assoc*. 1995;83(1):85-90. Review.
- ³ McGettigan P, Golden J, Chan R, Feely J. Prescribers prefer people: The sources of information used by doctors for prescribing suggest that the medium is more important than the message. *Br J Clin Pharmacol* 2001;51(2):184-9.
- ⁴ Figueras A, Caamano F, Gestal-Otero JJ. [Incentives for doctors from the pharmaceutical industry : ethical problems, limits and alternatives]. *Gac Sanit* 11: 297-300
- ⁵ Gaither CA, Bagozzi RP, Ascione FJ, Kirking DM. A reasoned action approach to physicians' utilization of drug information sources. *Pharm Res* 1996;13(9):1291-8.
- ⁶ Guldal D, Semm S. The influences of drug companies' advertising programs on physicians. *Int J Health Serv* 2000;30(3):585-95.
- ⁷ Figueras A, Caamano F, Gestal-Otero JJ. Influence of physician's education, drug information and medical-care settings on the quality of drugs prescribed. *Eur J Clin Pharmacol* 2000;56(9-10):747-53.
- ⁸ Estatísticas da Saúde 1999, Instituto Nacional de Estatística, 2001.
- ⁹ Pinto CG, Miguel L. A avaliação económica das Tecnologias e a tomada de decisões no Sistema de Saúde Português. *Rev. Port. Saúde Pública* 19(2): 5-14.
- ¹⁰ Proença R, Inquérito aos Médicos de Família/Clinica Geral Portugueses. Resumo e principais conclusões [Relatório desenvolvido em sede de doutoramento]. ISCTE, 1999.
- ¹¹ Hayward RS, Guyatt GH, Moore KA, McKibbon KA, Carter AO. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997;156(12):1715-23.
- ¹² Gorman P. Information needs in primary care: a survey of rural and nonrural primary care physicians. *Medinfo* 2001;10 (Pt 1):338-42.
- ¹³ Johnson KH, Dayrit M, Bazargan M. The reading habits of family practice residents. *Fam Med* 1997;29(7):488-91
- ¹⁴ Nyllenna M, Aasland OG. Primary care physicians and their information-seeking behaviour. *Scand J Prim Health Care* 2000;18(1):9-13.
- ¹⁵ Verhoeven AA. Information-seeking by general practitioners 1999;chapter4:43-62. (Online) Universiteitsbibliotheek Groningen. Disponível em: <http://www.ub.rug.nl/eldoc/dis/medicine/a.a.h.verhoeven/>. Acedido a 8 Janeiro 2001.
- ¹⁶ Diaz Gravalos GJ, Palmeiro Fernandez G, Nunez Masid E, Casado Gorriz I. [Opinion of the primary care physicians of Ourense with respect to certain aspects of their prescription of medicines] *Rev Esp Salud Publica* 2001;75(4):361-73.
- ¹⁷ Koller M, Grutter R, Peltenburg M, Fischer JE, Steurer J. Use of the Internet by medical doctors in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2001;131(17-18):251-4.
- ¹⁸ Cummings SM, Savitz LA, Konrad TR. Reported response rates to mailed physician questionnaires. *Health Serv Res* 2001;35(6):1347-55.
- ¹⁹ Dee C, Blazek R. Bull Information needs of the rural physician: a descriptive study. *Med Libr Assoc* 1993 Jul;81(3):259-64.
- ²⁰ Talbot-Montgomery. Evaluating marketing measures in Eastern Europe. *Scrip Magazine*. 1997 Feb:31-32
- ²¹ Osiope SA. Use of information resources by health professionals: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1985;21(9):965-73.
- ²² Gruppen LD. Physician information seeking: improving relevance through research. *Bull Med Libr Assoc* 1990;78(2):165-72.
- ²³ Lexchin J. What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? *Can Fam Physician* 1997 ;43:941-5.
- ²⁴ Curley SP, Connelly DP, Rich EC. Physicians' use of medical knowledge resources: preliminary theoretical framework and findings. *Med Decis Making* 1990;10(4):231-41.
- ²⁵ Anderson GM, Lexchin J. Strategies for improving prescribing practice. *CMAJ* 1996; 1;154(7):1013-7.

ANEXO