



PATRICIA ALINE DOS SANTOS

**A PAUTA É SAÚDE: UMA ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DA
MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NO JORNALISMO**

**CAMPINAS,
2013**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE ESTUDOS DA LINGUAGEM
LABORATÓRIO DE ESTUDOS AVANÇADOS EM JORNALISMO - LABJOR**

PATRICIA ALINE DOS SANTOS

**A PAUTA É SAÚDE: UMA ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DA
MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NO JORNALISMO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Estudos da Linguagem E AO Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de mestra em Divulgação Científica e Cultural, na área de Divulgação Científica e Cultural

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Conceição da Costa

**CAMPINAS,
2013**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Estudos da Linguagem
Teresinha de Jesus Jacintho - CRB 8/6879

Santos, Patricia Aline dos, 1982-
Sa59p A pauta é saúde : uma análise da influência da Medicina Baseada em Evidências no jornalismo / Patricia Aline dos Santos. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Maria Conceição da Costa.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem.

1. Jornalismo científico. 2. Medicina baseada em evidências. 3. Jornalismo médico. I. Costa, Maria Conceição da, 1956-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Estudos da Linguagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Health in the headlines : an analysis of the influence of Evidence-Based Medicine on journalism

Palavras-chave em inglês:

Science journalism

Evidence-based medicine

Journalism, Medical

Área de concentração: Divulgação Científica e Cultural

Titulação: Mestra em Divulgação Científica e Cultural

Banca examinadora:

Maria Conceição da Costa [Orientador]

Simone Pallone de Figueiredo

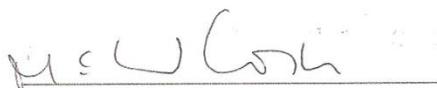
Josué Laguardia

Data de defesa: 23-08-2013

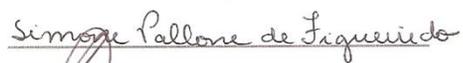
Programa de Pós-Graduação: Divulgação Científica e Cultural

BANCA EXAMINADORA:

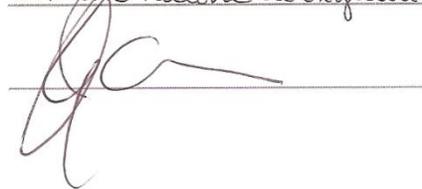
Maria Conceição da Costa



Simone Pallone de Figueiredo



Josué Laguardia



Rafael de Almeida Evangelista

Rosana Horio Monteiro

IEL/UNICAMP
2013

RESUMO

Este trabalho analisa mudanças na área médica que se inter-relacionam com o campo do jornalismo em saúde, tendo como referencial os Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia (ESCT). O enfoque nesta dissertação é a Medicina Baseada em Evidências (MBE), abordagem na qual estudos clínicos com base em amostras populacionais são usados para a tomada de decisão na área médica. A MBE vem sendo incorporada formalmente na literatura médica desde os anos 1990, a partir do Canadá, Estados Unidos e Reino Unido e, atualmente, forma um conjunto de práticas adotadas em nível global, inclusive no Brasil. Essa perspectiva tem redefinido a racionalidade biomédica e clínica; tem influenciado as relações de poder nos diversos âmbitos da saúde, como as políticas públicas e os papéis dos profissionais e do paciente. O impacto da MBE vai além da produção e uso do conhecimento científico na medicina chegando às atividades de popularização do conhecimento sobre saúde. O jornalismo, como parte da dinâmica de difusão da ciência, também é permeado pelas novas configurações formadas no campo da saúde e, sobretudo, participa da elaboração da noção que a sociedade constrói sobre a área. Neste estudo, analisamos processos de trabalho de jornalistas e identificamos relações com as mudanças trazidas pela MBE. Essa influência no modo de fazer jornalismo se dá principalmente na seleção de temas para matérias jornalísticas, as pautas. Para esta pesquisa de método qualitativo foram realizadas seis entrevistas, a partir de um questionário semi-estruturado, com editores e repórteres de saúde que atuam em veículos impressos de circulação nacional. De forma mais ampla, a partir de experiências e sentidos pessoais desse grupo chegamos à sua representação da pesquisa em saúde com o objetivo de contribuir para a análise crítica da MBE em suas relações com a sociedade.

Palavras-chave: jornalismo científico. medicina baseada em evidências. jornalismo médico.

ABSTRACT

This work analyzes changes in the medical field that interrelate with health journalism taking the Social Studies of Science and Technology (SSST) as a reference. The focus of this thesis is the Evidence-Based Medicine (EBM), an approach in which clinical studies based on population samples are used for decision making in the medical field. EBM has been formally incorporated in the medical literature since the 1990s. It started in Canada, United States and United Kingdom, and currently forms a set of practices globally adopted, including in Brazil. This perspective has redefined the biomedical and clinical rationality. It has influenced power relations in different spheres of health, such as public policies, the roles of patients and medical professionals. The impact of EBM goes beyond the production and use of scientific knowledge in medicine reaching activities of knowledge popularization about health. Journalism is part of the dynamic for science diffusion and also pervaded by new configurations shaped in the field of health and, especially, it participates in the health notion constructed by the society. In this study, we analyze work processes of journalism to identify relations with the changes brought by EBM. This influence in the newsmaking happens mainly in the selection of topics for news stories. For this research, we used the qualitative method and made six interviews with a semi-structured questionnaire. We questioned health editors and reporters working with the main national print media. In a wider view, from personal experiences and meanings of this group we could get to their representation of health research in order to contribute to the critical analysis of EBM in its relations with the society.

Keywords: science journalism. evidence based medicine. medical journalism.

SUMÁRIO

RESUMO.....	VII
ABSTRACT	IX
SUMÁRIO	XI
AGRADECIMENTOS	XIII
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	XV
LISTA DE TABELAS.....	XVII
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XIX
INTRODUÇÃO	1
1 CONSTRUÇÃO DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	5
1.1 DELINEAMENTOS E LACUNAS DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS .5	
1.2 OS PRINCIPAIS TIPOS DE ESTUDOS NA MBE.....	13
1.2.1 Os ensaios clínicos	14
1.2.2 Os estudos de revisão da literatura na MBE	25
1.3 EVIDÊNCIAS NO CONTEXTO HISTÓRICO	31
1.3.1 Momentos históricos	33
1.3.1.1 Momentos históricos no Brasil	39
1.3.2 Mudanças na autonomia da profissão médica	40
1.3.3 Mudanças na formulação de registros de pacientes	45
1.3.4 Mudanças institucionais e novos atores	47
1.3.5 Novas tecnologias da informação e comunicação	54
1.3.6 Uso de evidências para decisões jurídicas e econômicas	57
2 JORNALISMO, CIÊNCIA E SAÚDE	59
2.1 JORNALISMO CIENTÍFICO EM SAÚDE	59
2.2 A SELEÇÃO DOS FATOS.....	60
2.3 AS CONDIÇÕES DA NARRATIVA JORNALÍSTICA.....	62
2.4 OS PROCESSOS DE PRODUÇÃO E O NEWSMAKING	67

2.5 A CONSISTÊNCIA DA FONTE DE INFORMAÇÃO	69
2.6 OS PROCESSOS DE POPULARIZAÇÃO DA CIÊNCIA.....	74
3 PESQUISA REALIZADA COM JORNALISTAS	81
3.1 UNIVERSO DA PESQUISA	81
3.2 COLETA DE DADOS	82
3.3 QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA	82
3.4 DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS.....	84
3.4.1 Eixo de interpretação “Medicina Baseada em Evidências”	86
3.4.2 Eixo de interpretação “ <i>newsmaking</i> ”	94
3.4.3 Eixo de interpretação “perspectiva do leitor”	97
3.4.4 Propostas ou oportunidades para o jornalismo em saúde	98
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICE	113
5 APÊNDICE 1 – TRECHOS DAS ENTREVISTAS	115

AGRADECIMENTOS

Obrigada a todos que direta ou indiretamente contribuíram durante meu período no mestrado. À Maria Conceição da Costa, agradeço pela orientação que ajudou a nortear esta pesquisa ao mesmo tempo dando-me liberdade para escolher o caminho a ser percorrido. Agradeço ao programa de Mestrado em Divulgação Científica e Cultural, a todos os professores e colegas que, de perto ou de longe, participaram do meu amadurecimento intelectual e me ajudaram a refletir sobre este trabalho. À Alessandra, em nome dos funcionários do programa de mestrado, agradeço pela ajuda atenciosa em diversos momentos. Faço um agradecimento especial aos jornalistas que entrevistei pela atenção e tempo que dedicaram a colaborar com esta pesquisa, por me permitirem conhecer um pouco de suas histórias e visões sobre o jornalismo em saúde. À Maria Teresa Citeli e Simone Pallone, agradeço pelas diversas observações generosas, especialmente na qualificação. Ao programa de Pós-Graduação em Medicina Interna da Unifesp, agradeço pela oportunidade de assistir aulas que foram fundamentais para minha compreensão da Medicina Baseada em Evidências. Ao Daniel Almeida Manzoni e ao João Souza, o meu muito obrigada pela leitura de versões desta dissertação e sugestões que, na medida do possível, tentei incorporar no trabalho. À Verônica Coelho, pelas inúmeras conversas que me ajudaram a refletir sobre esta trilha científica como uma experiência de crescimento profissional. Aos colegas de trabalho pela compreensão, apoio, estímulo, discussões e pelos ombros oferecidos nos momentos de dificuldades. Agradeço, sobretudo, aos meus amigos e meus pais pelo apoio e compreensão pelas minhas ausências. À Camila por todos os socorros de última hora e pelas acolhidas em Campinas. Aos pequenos, Jullie e Arthur, que coloriram tantos dias desse percurso. Ao James por ter sido imensamente paciente, encorajador e companheiro nessa minha jornada.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Ilustração 1** Pirâmide da hierarquia das evidências (SCHWITZER, 2010, tradução nossa) 6
- Ilustração 2** Reprodução de uma das páginas do site *Dollars for Docs* na qual aparecem os dez principais profissionais financiados por indústrias farmacêuticas – 23/06/2013 73

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** Critérios da iniciativa *Health News Review* para análise de notícias de pesquisa e saúde. Disponível em www.healthnewsreview.org (tradução nossa) 72
- Tabela 2** Características das entrevistas realizadas com jornalistas.
Fonte: Elaboração própria 85
- Tabela 3** Resumo da análise do primeiro grupo de entrevistas a respeito do eixo de interpretação “Medicina Baseada em Evidências. Fonte: Elaboração própria 87
- Tabela 4** Resumo da análise do segundo grupo de entrevistas a respeito do eixo de interpretação “Medicina Baseada em Evidências”. Fonte: Elaboração própria 91
- Tabela 5** Resumo da análise do terceiro grupo de entrevistas, a respeito do eixo de interpretação “Medicina Baseada em Evidências”. Fonte: Elaboração própria 94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ALGB	<i>Acute Leukemia Group B</i>
AMA	<i>American Medical Association</i>
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Bireme	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
ENL	Eritema Nodoso Leproso
ESCT	Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HPP	<i>Humana People to People</i>
ICMJE	<i>International Committee of Medical Journal Editors</i>
iii-INCT	Instituto de Investigação em Imunologia-Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MBE	Medicina Baseada em Evidências
NCBI	<i>National Center for Biotechnology Information</i>
NCI	<i>National Cancer Institute</i>
NICE	<i>National Institute for Clinical Excellence</i>
NIH	<i>National Institutes of Health</i>
NLM	<i>U.S. National Library of Medicine</i>
ODPT	<i>Oxford Database of Perinatal Trials</i>
OMA	<i>Ontario Medical Association</i>

OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
POEMs	<i>Patient-Oriented Evidence that Matters</i>
ReBEC	Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos
RevMan	<i>Review Manager</i>
Sebrae-SP	Sistema Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SUS	Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

A divulgação de temas científicos chama minha atenção desde as primeiras experiências em jornalismo, ainda na faculdade. Lembro-me de algumas situações de entrevistas com cientistas e o quanto me fascinava a possibilidade de entrar nos seus universos, fazer perguntas por entre os labirintos daqueles mundos complexos, de cultura “estrangeira” e, satisfeita ou cheia de curiosidades, dependendo do meu *deadline*¹, poder sair para redigir minhas matérias até que surgisse uma nova incursão.

Desde então minha história tem sido cruzada por atuações em diferentes áreas da comunicação de ciências, principalmente da saúde. Em uma iniciativa de educação para a prevenção do HIV/Aids, em 2004, tive a oportunidade de participar de projetos em comunidades de Moçambique e Bostuana pela organização não-governamental *Humana People to People* (HPP). Em comunicação corporativa, tive experiências em promoção da saúde no ambiente de trabalho, no Sistema Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae-SP). Mais recentemente, em mais uma iniciativa educacional, desta vez pelo Instituto de Investigação em Imunologia / Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (iii-INCT), dediquei-me a ações que visam aproximar a ciência de estudantes do ensino médio, tendo como uma de suas vertentes levar os jovens a discutir como se dá a construção do conhecimento científico a partir de temas da imunologia como alergias, câncer, Aids e outros. Todas essas foram experiências me mostraram a importância da divulgação de ciência e saúde não só para o bem-estar, mas para as escolhas individuais e para a participação nas decisões coletivas que impactam na nossa vida cotidiana.

Mas foi em um trabalho anterior, como assessora de comunicação na Bireme², centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que me questionei sobre a possi-

¹ *Deadline* é o prazo para conclusão de um trabalho jornalístico, no jargão da profissão.

² A sigla BIREME vem da denominação original, Biblioteca Regional de Medicina. Atualmente é o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, uma unidade da Organização Pan-Americana da Saúde que por sua vez é o escritório da Organização Mundial da Saúde para a região da América Latina e Caribe.

bilidade de investigar de forma aprofundada a interação da ciência com a comunicação, direcionando o olhar para o jornalismo e a Medicina Baseada em Evidências (MBE). Essa foi a inquietação que me trouxe até aqui.

A Bireme, entre suas funções, desenvolve bases de dados de periódicos científicos em diversas áreas da saúde. Entre esses segmentos, a MBE é vista como área estratégica para que sejam disponibilizados conteúdos em bases de dados (como artigos científicos, documentos técnicos). Ao conhecer o que a MBE representava como paradigma no campo da saúde, conforme dissertarei nas páginas seguintes, pensei que essa transformação importante que vem acontecendo na saúde no Brasil poderia ser também uma oportunidade para observar suas relações com o jornalismo.

Praticar a MBE, resumidamente, quer dizer utilizar estatísticas derivadas de pesquisas com base em amostras populacionais para a tomada de decisão nos diversos âmbitos da saúde como político, clínico, na pesquisa, entre outros. Os critérios metodológicos nesses estudos são de grande importância para que então tenha-se os resultados matemáticos sintetizados. Há ainda uma análise e síntese desses estudos para que, por fim, subsidiem a tomada de decisão a qual, em princípio, deve incluir a participação do paciente, ou da população em foco. Nesse sentido, toda experiência ao longo da carreira do profissional de saúde não é o critério inicialmente mais importante para uma decisão, mas será necessária para que as evidências possam ser aplicadas em cada contexto.

O conjunto de práticas da MBE vem sendo adotado em nível global norteando desde políticas públicas às condutas com cada um de nós, pacientes nos consultórios médicos, e usuários de sistemas de saúde. A mudança trazida pela MBE impacta na forma de ver a saúde. Daí a importância de seguirmos este processo enquanto se estabelece no Brasil.

A partir desta reflexão, defini como norte a busca de inter-relações entre o jornalismo e a MBE, resultando na proposta submetida a este programa de mestrado. Considerando que as políticas e práticas em saúde vêm, cada vez mais, utilizando o embasamento em evidências e provocando mudanças profundas nesta área, no Brasil, o caminho escolhido foi a hipótese de que o jornalismo poderia estar passando ao largo deste paradigma. Neste sentido, cheguei ao questio-

namento principal: como a Medicina Baseada em Evidências se relaciona com o trabalho de jornalistas na cobertura de temas em saúde?

O objetivo geral neste trabalho é, portanto, analisar as relações da MBE com a produção jornalística. Especificamente (1) analisar a presença de preceitos da MBE no *newsmaking*, no fazer jornalismo em saúde (2) observar contextos em que ocorram congruências entre jornalismo e MBE, (3) observar em que medida as controvérsias da MBE são levadas em conta por jornalistas de saúde, (4) conhecer o perfil profissional de jornalistas de saúde.

O ponto de partida para percorrer esta dissertação é uma delimitação da MBE, no primeiro capítulo. Contextualizamos a área, descrevemos os principais estudos utilizados nas pesquisas de evidências e como a MBE vem se desenvolvendo historicamente.

O segundo capítulo é dedicado à reflexão sobre o jornalismo científico em saúde. Revisamos a literatura sobre sua construção histórica e sobre a abordagem contemporânea do assunto. Teoria do jornalismo e sociologia do jornalismo são alguns dos referenciais desta segunda seção para discutir a cultura da profissão, a organização do trabalho em suas pressões, impactos na narrativa e nos processos de rotina. Observamos os espaços instáveis no trabalho do jornalista, como eles aparecem na interação com os agentes sociais para, posteriormente, verificarmos a possibilidade do uso de evidências nestes processos.

A perspectiva dos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia (ESCT) faz parte desta dissertação de maneira geral por todos os capítulos. Nos ESCT, a ciência é vista também do ponto de vista de seus interesses e reverses os quais podem mostrar processos técnicos e sociais que normalmente não são apresentados, mas têm implicações sociais mais amplas (COSTA; SPIESS, 2011). Portanto, este trabalho também se revelou uma oportunidade para analisar a construção do conhecimento em MBE, o processo pelo qual os cientistas chegam às evidências (COLLINS; PINCH, 2003) os elementos que fazem parte dessas relações (LATOUR, 2000) e os caminhos que se cruzam com o jornalismo.

Após esses primeiros referenciais, seguimos com a discussão da influência das pesquisas de evidências no jornalismo em saúde. Para tanto, optamos pela pesquisa qualitativa por

meio de entrevistas feitas com jornalistas de veículos impressos, entre os mais importantes de circulação nacional, com sede na cidade de São Paulo. Foram feitas seis entrevistas individuais entre novembro de 2012 e março de 2013. A partir desses relatos, definimos eixos de interpretação conforme os objetivos apresentados acima.

Observamos que o conjunto de práticas da Medicina Baseada em Evidências tem relação com o trabalho de jornalistas na cobertura de temas em saúde. Há maior influência em alguns processos da produção de notícias, como na seleção de pautas e menor influência em outros, como na seleção das fontes especializadas para entrevistas. Podemos observar, sobretudo, que novas configurações estão se formando no campo da MBE, das relações sociais e políticas, que vão além da pesquisa e, portanto, são importantes para a influência no jornalismo em saúde, conforme analisamos a seguir.

1 CONSTRUÇÃO DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

O propósito nesta seção é apresentar a MBE em linhas gerais, os tipos de estudos importantes, o contexto histórico e as instituições relevantes para este conjunto de práticas. Esse percurso nos permitirá uma visão das questões científicas, da prática clínica e também sociais sobre o tema, aspectos fundamentais para a discutirmos a relação com o jornalismo no capítulo seguinte.

1.1 DELINEAMENTOS E LACUNAS DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Antes de abordarmos as principais características da MBE nesta seção, vale ressaltar que para a ideia de “evidência” pode-se encontrar também outros termos em língua portuguesa como “embasamento em dados”, “medicina científica” ou “baseada em ciência”. Por ser sinônimo de claro, óbvio ou algo dado, a palavra “evidência” não seria o termo mais apropriado (VELOSO, 2008), principalmente para a abordagem que faremos aqui que, de fato, não representará aquilo que é indubitável. Porém, optamos por usar essa terminologia comum da literatura em saúde em português, assim como a literatura em espanhol e inglês que utilizam a palavra correspondente.

O primeiro ponto a tratarmos é a própria definição da MBE que, na definição de Sackett et al. (1996), é “o uso consciente, explícito, e sábio da melhor evidência existente na tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes individuais”. O profissional que pratica a MBE fundamenta sua conduta nas pesquisas científicas disponíveis até aquele momento que o ajudem a solucionar o problema junto com o paciente ou a população em questão. Esse embasamento deve se referir a estudos de critérios metodológicos, prioritariamente revisões da literatura biomédica e ensaios clínicos ou outros tipos de pesquisas quando essas duas opções prioritárias não estiverem disponíveis.

Na MBE, há uma hierarquização das opções de estudos a partir do que é considerado mais relevante, de maior qualidade metodológica. A escala, com frequência é encontrada na literatura na forma de pirâmide, como no modelo apresentado na Figura 1:

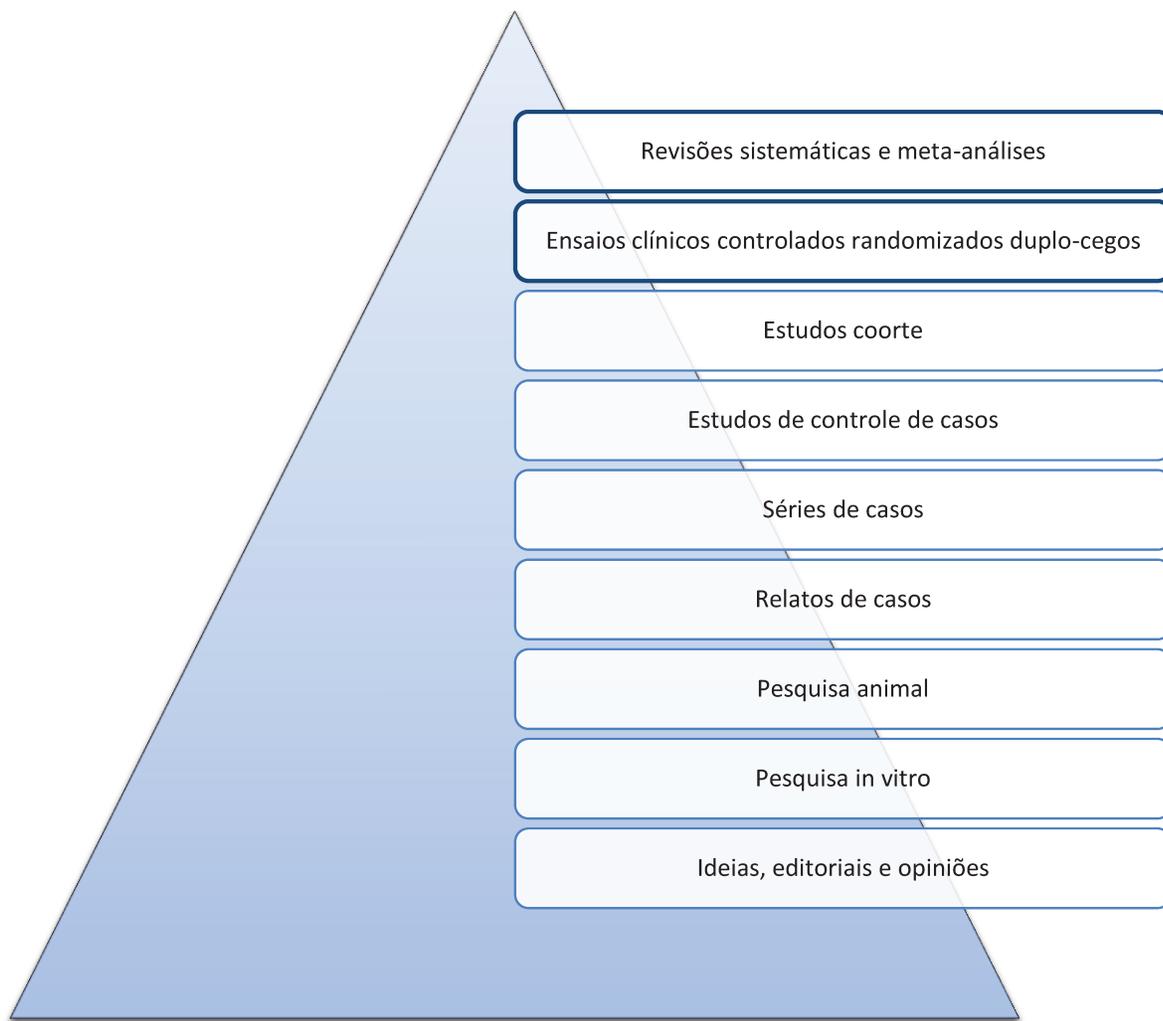


Ilustração 1. Pirâmide da hierarquia das evidências (SCHWITZER, 2010, tradução nossa)

Abordaremos os tipos de estudos mais adiante, mas ressaltamos de antemão que não é nossa intenção esgotar as especificidades técnicas e científicas da MBE, algo que pode ser aprofundado na vasta literatura biomédica sobre o tema. Tentaremos trazer o panorama que julgamos suficiente para a discussão em foco neste estudo, ou seja, as relações com o jornalismo.

O desenho dos estudos tem grande relevância na MBE. A pesquisa nessa abordagem é desenvolvida por meio de métodos epidemiológicos de base populacional, associados à pesquisa clínica, a chamada Epidemiologia Clínica. Também faz parte da MBE a avaliação e a crítica da literatura médica bem como a revisão dos estudos disponíveis de forma sistematizada, segundo métodos específicos. A finalidade é permitir que os resultados observados possam ser sintetizados para então serem levados em consideração em cada contexto em particular (ATALLAH, 2004, p. 356).

A MBE preconiza que os resultados das melhores opções de pesquisa disponíveis sirvam para análise crítica pelo profissional de saúde e, por fim, para que tome uma decisão em relação à conduta a ser adotada em cada caso específico. A ideia de “melhores” se refere ao desenho de pesquisa utilizado em cada condição. Resumidamente,

“A medicina baseada em evidências é o uso de estimativas matemáticas do risco de benefício e de dano derivadas de pesquisa de alta qualidade sobre amostras populacionais para informar a tomada de decisões clínicas no diagnóstico, na investigação ou no manejo de pacientes individuais” (GREENHALPH, 2008, p. 19).

A fundamentação para buscar soluções para cada caso é enfatizada por Atallah (2004, p. 364):

“O que a Medicina Baseada em Evidências propõe é o compromisso com a busca, a avaliação e a aplicação das informações relevantes obtidas rotineiramente e com as técnicas explícitas, respeitando a realidade que inclui experiência do médico, contexto, local e concordância do paciente informado”.

O ponto de partida do profissional de saúde para usar o método da MBE é a elaboração da pergunta ou problema clínico³. Em linhas gerais, deve-se partir de “sobre quem”, ou seja, qual a descrição do paciente ou grupo de pacientes em questão. A partir daí passar para “que” terapia estaria sendo considerada para este indivíduo ou esta população (por exemplo, tratar com

³ Existem estratégias para a elaboração de pergunta ou problema. Uma das mais conhecidas é a PICO na qual se determina o Paciente ou População em questão, a Intervenção a ser usada, a Comparação que será feita e os Outcomes ou desfechos esperados. A estratégia PICO foi originada na universidade *Mc Master*, no Canadá, nos anos 90.

o medicamento X ou observar a exposição do paciente a algum material tóxico) e, se for o caso, qual seria o tratamento para comparação (usar o medicamento Y, usar a proteção Z). E por último, qual a possibilidade de “desfecho”, como a melhora da qualidade de vida, redução da mortalidade, por exemplo (GREENHALPH, 2008, p. 29).

A proposta da MBE é utilizar o conhecimento científico disponível na atualidade, apresentando-o de forma sintetizada estatisticamente. Portanto, uma vez formulado o problema, é provável que algumas das opções de resposta já existam na literatura médica, mas a mesma autora reitera a necessidade de considerar a individualidade do paciente ou da população em questão antes de partir para a seleção de artigos científicos. É preciso saber, por exemplo, o que o paciente pensa sobre usar um medicamento que diminua suas chances de crise de uma determinada doença, embora o impeça de realizar algumas atividades de rotina tenha sua qualidade de vida reduzida.

Mesmo após essa delimitação com a definição do problema e da opção de desfecho discutido com o paciente, a quantidade de fontes de informação pode ser imensa, com os mais diversos tipos de estudos. A partir daí, entra a busca de estudos que será feita nos acervos eletrônicos ou online onde as fontes de informação de diferentes periódicos são organizadas utilizando padrões para indexação, como Medline/Pubmed⁴ que remete à literatura internacional ou o índice Lilacs⁵, que abrange a literatura da América Latina e Caribe. Os critérios para utilizar os filtros de pesquisas das bases de dados também são padronizados, o que permite revisar ou refazer (para novos estudos, por exemplo) a recuperação dos conteúdos.

A partir das buscas, a seleção será feita por tipo de estudo relevante para cada pergunta, o chamado “nível de evidência”. Significa o grau de qualidade de determinado trabalho cientí-

4 Ambos são índices de bibliografia em ciências da saúde desenvolvidos *pela* National Library of Medicine dos Estados Unidos, sendo o primeiro referencial ou que provê essencialmente do registro bibliográfico e o segundo o acervo em si, com o acesso aos documentos.

5 Lilacs é o índice referencial e de acesso a documentos, similar às funções de Medline e Pubmed, mas no âmbito regional, latino-americano e caribenho. É desenvolvido pela Bireme, instituição que faz parte da Organização Pan-Americana da Saúde.

fico. Como critério de qualidade, o desenho da pesquisa tem importância maior. Para cada estudo selecionado em bases de dados de publicações científicas analisa-se qual o desenho do método utilizado. São considerados como evidência de melhor qualidade os estudos do tipo “revisões sistemáticas de ensaios clínicos controlados randomizados” e em segundo patamar os “ensaios clínicos controlados randomizados duplo-cegos”. Nos níveis seguintes, quando as primeiras opções não estão disponíveis, estão os estudos do tipo observacionais como coorte ou estudos de caso-controle, na sequência os estudos de caso ou série de casos (GREENHALPH, 2008). Os estudos de evidências também devem indicar as incertezas ou as limitações que ainda não podem ser confirmadas pelos métodos usados.

Neste sentido, o conhecimento não se restringe à experiência acumulada na carreira profissional. Deve passar pela análise crítica dos estudos a serem utilizados e incluir, em princípio, a participação do paciente ou da população em foco na tomada de decisão. A experiência do profissional de saúde, apesar de inicialmente não ser o critério mais importante para uma decisão, será usada posteriormente para que o resultado de evidências possa ser aplicado em cada contexto, segundo as premissas da MBE (ATALLAH, 2004; GREENHALPH, 2008)

Incorporar a visão do paciente à tomada de decisão é uma das premissas da MBE, porém é também um ponto bastante controverso na visão dos autores dos ESCT (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 118; TONELLI, 1998, p. 1237). Os pacientes são mais espectadores do que atores na MBE. As evidências em geral são restritas ao que pode ser quantificado e não bastam para casos que têm relação com como aspectos individuais sejam físicos, emocionais ou espirituais no processo de tratamento. Vale ressaltar que o paciente é com frequência chamado de “cliente” na MBE. Apesar da tentativa de enfatizar uma relação mais equitativa, menos autoritária, a objetividade dos procedimentos continua reduzindo o espaço para participação do paciente/cliente em sua trajetória de saúde. Ainda é desafiante o uso de resultados qualitativos de pesquisa na MBE.

Além disso, no primeiro momento, a crença do profissional de saúde, seja pessoal ou adquirida na experiência em campo, entra em contraposição com o conhecimento, o qual é expresso na evidência. As evidências rejeitam a decisão baseada em crenças. Estas, do ponto de

vista científico, falam mais sobre as pessoas que nelas acreditam do que sobre “fatos” evidenciáveis (LATOURE, 2000, p. 301).

Sobre o ponto de vista dos cientistas a respeito das crenças e do conhecimento, Latour (2000) diferencia com um exemplo sobre meteorologia:

“Segundo o ponto de vista deles, as crenças são mais subjetivas, ou seja, falam mais sobre quem as sustenta do que sobre o tempo propriamente dito; o conhecimento, ao contrário, é objetivo, ou pelo menos tende a ser mais objetivo, e fala sobre o que o tempo é, e não sobre o que os meteorologistas são. Mesmo que às vezes, por acaso, as crenças estejam de acordo com os conhecimentos, isso não passa de acidente, o que não as torna menos subjetivas” (LATOURE, 2000, p. 298).

Supõe-se, portanto, que o caminho seria em uma direção (racional), mas por causa das crenças as pessoas vão por outra trilha (irracional). E assim é comum que não-especialistas questionem suas próprias crenças e não questionem os cientistas, porque acreditamos nesses profissionais. Mas os autores dos ESCT fazem constantemente a ressalva de que a realidade da ciência é construída sob determinadas condições e escolhas. A elaboração de evidências está, portanto, também inserida em um processo de construção do conhecimento científico e o paciente ou a população são atores ativos para que este processo seja validado atribuindo credibilidade a ele.

A partir das camadas externas, ou seja, dos artigos resultantes de pesquisa clínica, busca-se as camadas internas, os dados, para consolidar a argumentação científica epidemiológica (LATOURE, 2000, p. 83). Mas a ciência é também uma instituição social, que tem suas normas, valores e interesses. Os cientistas, como abordou Robert Merton⁶ nos anos 60-70, estão subordinados a critérios empíricos, racionais e lógicos norteados por questões institucionais que se impõem sobre a prática científica.

Nessa visão, quem decide a ciência não é apenas o cientista, incluem-se os administradores, burocratas e todos os que têm condutas que influenciam os processos da pesquisa, e sem eles não seria possível fazer ciência. Todos esses atores lidam individualmente e coletivamente

⁶ Robert K.. **Sociologia: teoria e estrutura**. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

com elementos sociais, pressões, interesses. É preciso fazer alianças para construir artefatos, caixas-pretas tornando impossível acreditar em uma ciência isenta do social, apesar deste aspecto não ser reconhecido pelos cientistas (COLLINS; PINCH, 2003; COSTA; SPIESS, 2011; HILGARTNER, 1990; LATOUR, 2000; PETRYNA, 2011).

As evidências também são construídas nesse contexto e devem ser observadas criticamente. A medicina tende a ser cada vez mais sistemática e objetiva e é importante que inúmeros exemplos de ensaios clínicos trouxeram respostas para tratamentos, por exemplo, evitando danos e mortes de pacientes. Em resposta às críticas, os defensores da MBE argumentam que suas técnicas e metas são mal interpretadas. Mas podemos ir além dessa visão discutindo o escopo filosófico da MBE, o que ajudará a entender seu alcance e limitações.

A argumentação de Tonelli (1998) sobre a epistemologia da MBE é que apesar de sua popularidade, permanece a distância entre a prática e a pesquisa. A MBE pode promover melhores formas de desenvolver o conhecimento e hierarquizar as evidências. Ela define que um aspecto do conhecimento médico é o evidenciável, resultante de pesquisa. Opiniões e experiências são conhecimentos não-evidenciáveis relegados a um papel menor mas, apesar disso, o conhecimento tácito continua tendo um papel fundamental na rotina clínica. O julgamento de cada profissional ao adotar uma conduta, mesmo munido de evidências não é explorado na MBE. O julgamento acontece e é sempre algo subjetivo. É preciso, portanto, reconhecer o valor do conhecimento não-evidenciável porque o conhecimento com base em dados, se aplicado localmente e no nível individual e, mesmo sob a racionalidade da MBE, implica em decisões e julgamentos. Permanece uma lacuna entre a prática e a pesquisa.

Rabinow (1999) complementa a questão epistemológica com a reflexão sobre a construção de verdades a partir das ações dos homens na sociedade ocidental que, por sua vez, estão ligadas a representações que eles fazem do mundo. Essas ações estão conectadas nos fluxos de informações, nas relações de poder e com o desenvolvimento do capitalismo. Portanto, a epistemologia é um fenômeno localizado na história que, de tempos em tempos, é articulado de novas maneiras na sociedade. Assim, na nossa visão, é importante conhecer epistemologias diversas como a MBE, mostrar a constituição de realidade que ela traz para este momento atual e as práti-

cas sociais relacionadas. Isso nos permitirá pluralizar as aproximações ao invés de buscar hegemônias filosóficas, por exemplo, colocando em oposição o embasamento epidemiológico para combater o embasamento em experiências.

Os estudos sociais da ciência têm abordado a MBE como o fazem Mykhalovskiy e Weir (2004) que revisam análises sobre esse conjunto de práticas e concluem que duas visões têm se sobressaído nos estudos: uma a partir da análise política e outra pela humanista.

Segundo os autores, na perspectiva da MBE como um fenômeno político, os estudos se baseiam na tradição da política econômica capitalista e, nesse sentido, um tratamento comumente dado pela sociologia à MBE é o da crítica ideológica, de que a MBE seria um recurso para reforçar o caráter científico da medicina. Também na perspectiva político-econômica, a MBE é analisada como um movimento voltado para os interesses econômicos ao desconsiderar o contexto ambiental, social onde os pacientes estão inseridos. Esses enquadramentos colocam a MBE como ferramenta para que atores corporativos usem-na em prol de seus interesses. Outra crítica comum nessa visão é que a MBE racionaliza os serviços médicos, transforma a saúde em mercadoria. Isso tem a ver com a antiga preocupação da penetração da saúde nas relações de mercado. Para os autores, porém, essas visões dificultam abordar a relação entre o exercício de poder e como o discurso do conhecimento é organizado. Eles propõem que a ideia não é ser politicamente ingênuo, mas reconhecer o papel das forças que estão envolvidas, a MBE em sua relação com áreas de gestão, serviços de saúde, por exemplo.

Já a visão humanista das ciências sociais sobre a MBE parte da história de prática influenciada tecnologicamente em que pacientes são vistos como objetos e médicos como gestores tecnocráticos. Nesta perspectiva os pacientes estariam sendo ignorados, submetidos a decisões baseadas em pesquisas populacionais e na expertise médica. Humanistas se preocupam com a relação médico-paciente o que, para os autores, são críticas que deixam de ver as novas demandas que recaem sobre o paciente, as novas relações entre médicos e pacientes mediadas por evidências (MYKHALOVSKIY; WEIR, 2004, p. 1063). Um exemplo desse tipo de relação é o caso de pacientes que recebem informações sobre riscos e resultados possíveis para um determinado tratamento para um câncer, e precisam optar por aderi-lo ou não.

Há também críticas feitas por autores pós-modernos – nas quais a abordagem de desconstrução é bastante presente - que observam o uso de estratégias analíticas como metanarrativas científicas e análise do discurso que desestabilizam a autoridade que a MBE reivindica. São trabalhos que tratam, por exemplo, de estratégias de persuasão no discurso da MBE promovendo-se como “pura”, “sacra” ou de que pode “levar a luz” para a prática clínica. Há também a perspectiva com base na teoria de ator-rede de que a MBE é insuficiente em termos de transferência de conhecimento. Outros colocam a prática clínica como cheia de produção de sentido, ou seja, no contexto local, o clínico acaba adaptando a interpretação que faz da pesquisa ou a evidência para que seja possível usá-la localmente, algo que pode ser tema de mais estudos sociológicos (MYKHALOVSKIY; WEIR, 2004, p. 1063).

Ao citarem possibilidades de analisar a MBE, os autores sugerem olhar as múltiplas formas de racionalidade em protocolos médicos, ou seja, como eles buscam diferentes caminhos organizacionais e médicos, e como esses acordos locais são flexíveis com relação aos parâmetros aparentemente determinados, fixos. Há também uma crítica aos mecanismos de conhecimento da MBE (estudos na forma de resumos estruturados, revisões sistemáticas) e como eles implicam em relações contemporâneas de poder na saúde.

Até aqui, tentamos abrir o leque para discussão apresentando os delineamentos gerais da MBE que vêm construindo novas formas de produção de conhecimento. Porém, esse conjunto de práticas tem pontos cegos ainda pouco explorados como esses apontados pelos ESCT. É fundamental que sejam levados em conta aspectos como: o julgamento na hora da tomada de decisão influenciado pelas crenças individuais; a participação do paciente ou sua posição quase apagada no ambiente de evidências; o destaque dado a interesses econômicos que possam ser atendidos a partir das evidências; e como se dá a construção e a transferência do conhecimento na MBE.

1.2 OS PRINCIPAIS TIPOS DE ESTUDOS NA MBE

Dado o breve panorama até este ponto sobre a MBE, podemos agora partir para detalhar estudos nesse campo, como conferem maior ou menor confiabilidade segundo critérios reco-

nhecidos pela MBE. Paralelamente, continuamos discorrendo sobre os níveis social e cultural desse conjunto de práticas. Para tal, serão especificados os dois principais tipos dessas pesquisas, os ensaios clínicos randomizados e as revisões sistemáticas de literatura.

1.2.1 Os ensaios clínicos

Antes da era dos ensaios clínicos, o julgamento clínico variava entre casos e casos e isso era mais visto como uma virtude do que um problema (KEATING; CAMBROSIO, 2012). Nos Estados Unidos, no final dos anos 1950, os ensaios clínicos foram institucionalizados a partir de uma demanda pública e governamental devido a problemas causados pela talidomida. Este medicamento era usado como sedativo e contra enjoo matinal⁷. A partir do nascimento de bebês com má formação, descobriu-se que a droga era neurotóxica⁸. O fato gerou imagens impactantes das vítimas e se tornou uma questão simbólica que ia além dos problemas do medicamento, mais do que outros medicamentos que também são tóxicos. Na administração Kennedy, em 1963, o congresso passou a requerer das empresas farmacêuticas provas da eficácia e segurança das drogas e posterior aprovação pelo *Food and Drug Administration* (FDA). A talidomida continuou a ser estudada por ter efeitos que combatiam outros problemas. Em 1975 ela foi recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para tratamento de eritema nodoso leproso (ENL)⁹ e voltou ao cenário farmacêutico ainda sob diversas controvérsias, debates, estudos, polêmicas, envolvimento de grupos e interessados, como relatam os autores. Em 1998 foi finalmente aprovada nos EUA para tratamento do ENL (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 166- 172).

⁷ Eram usados nomes comerciais como Distaval e Softenon.

⁸ Droga que atua nas terminações nervosas, chegando ao bloqueio neuromuscular, do qual decorrem as paralisias motoras.

⁹ Presença do Eritema Nodoso (E.N.) na lepra. O E.N. se caracteriza por erupções na pele normalmente associadas a reações a drogas ou infecções. São caracterizadas por inflamação de nódulos localizados, muitas vezes, na parte interna das coxas e antebraços. Para detalhamento do assunto, ver PECORARO, Vicente Ernesto. Eritema nodoso na lepra. *Rev Bras Leprol*, São Paulo, v. 10, n. 1, p.67-83, mar. 1942.

Assim, a partir dos anos 1960, os ensaios precisavam demonstrar segurança e também a eficácia das drogas para que fossem aprovadas pelos órgãos reguladores, medida que foi, aos poucos, sendo adotada também em outros países ocidentais por volta dos anos 1970. E com os ensaios clínicos, “(...) uma lógica experimental e probabilística ganhou precedentes sobre as investigações patofisiológicas pós-morte e laboratoriais no passado” (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 90, tradução nossa).

Uma marca a partir do caso da talidomida é a importância da avaliação de risco: pesar os benefícios da intervenção ou terapia em relação a nenhuma conduta. Com o uso da droga neurotóxica os riscos foram distribuídos para uma população ampla, mas o subgrupo formado por grávidas e as consequências desastrosas para seus bebês só foram observados depois. O fato motivou a necessidade de definir critérios mais rígidos para a indústria farmacêutica. Hoje realmente há maior regulação, mas há também outros desdobramentos dessas controvérsias.

Para abordarmos um pouco mais esse processo de desenvolvimento da pesquisa, vamos partir dos tipos de ensaios clínicos, divididos entre estudos primários e secundários. Os ensaios primários são resultados de pesquisas realizadas pela primeira vez, também chamados estudos empíricos. Os estudos secundários buscam resumir e obter conclusões a partir de estudos primários, portanto também são conhecidos como integradores.

Entre os estudos primários, existem as opções de “pesquisa de experimentos” (com animais ou humanos voluntários) em seus ambientes naturais ou em ambientes controlados; existe a opção de “ensaios clínicos” quando há uma intervenção, por exemplo, um tratamento com remédios para um grupo de pacientes que serão acompanhados; e de “levantamentos” que se referem a alguma mensuração em um grupo de indivíduos (GREENHALPH, 2008, p. 62). Entre os ensaios clínicos e levantamentos, há diversas formas de delineamento dos estudos que são levadas em conta na escala de qualidade das evidências, porém não entraremos nesse nível de detalhamento aqui.

A necessidade de se realizar um ensaio clínico pode ser exemplificada a partir da reposição hormonal pós-menopausa. Esta foi uma terapêutica adotada com base na teoria, ou hipótese fisiopatológica. Quando a terapia foi aplicada e analisada em ensaio clínico, observou-se

risco de infarto e tromboembolismo no primeiro ano de tratamento. Desta forma, o ensaio seria reconhecido como evidência contrária à teoria (ATALLAH, 2004, p. 359). Nesta perspectiva, teorias sobre efeitos de tratamentos precisam ser testadas mesmo que pareçam convincentes (EVANS et al., 2011, p. 1).

A randomização é uma das características para que se atribua o grau de evidência mais alto, padrão ouro, para ensaios clínicos. Significa que os participantes são aleatoriamente divididos em grupos, um receberá a intervenção que está sendo estudada (um medicamento, por exemplo), outro grupo que não receberá a intervenção (usará um produto sem efeito, o chamado placebo). Pode ainda haver outros grupos com cruzamentos de diferentes situações. É possível que os participantes não sejam informados sobre qual grupo pertencem, estudo denominado “uni-cego”. Pode ser também que nem mesmo os profissionais que conduzem as intervenções saibam quem está em qual grupo, o estudo chamado “duplo-cego”, dentre outros possíveis delineamentos. Esses desenhos de estudo visam reduzir interferências, vieses. Portanto, os diferentes desfechos para os grupos - que devem ter características comuns - poderão ser associados às intervenções aplicadas.

A realização de ensaios clínicos randomizados nem sempre é viável, às vezes por razões éticas (por exemplo, submeter pacientes doentes ao grupo de pacientes que utiliza placebo) ou por ser impossível sua execução na prática (como em casos de doenças raras). Porém, sua importância se deve à possibilidade de resultados estatisticamente mais confiáveis e métodos mais rigorosos que os demais tipos de estudos.

Os ensaios clínicos, dependendo de critérios do método como o tamanho da amostra, podem permitir identificar efeitos colaterais que a maioria dos tratamentos apresenta em curto, médio ou longo prazo e podem até ser desconhecidos se não forem acompanhados (EVANS et al., 2011 p. 67). Os autores exemplificam também o caso de tratamentos licenciados por agências de vigilância, o que não necessariamente significa que são seguros. É possível aparecerem efeitos colaterais após um período maior do que observado nos testes, como o caso da talidomida já citado ou o recente, em 2008, com o anti-inflamatório Prexige (Lumiracoxibe), produzido pelo laboratório Novartis. O medicamento teve o registro cancelado no Brasil para a edição 100 mg depois

do aumento de casos registrados de reações adversas graves, e também seguindo a mesma conduta que já vinha sendo adotada por outros países. Na ocasião, a Novartis afirmou ter convicção da segurança e eficácia do medicamento quando utilizado conforme a bula e sob orientação médica.

A droga tinha registro aprovado no Brasil pela Anvisa desde julho de 2005 para o tratamento de osteoartrite (um tipo de artrite), da dor aguda e da dismenorreia (cólica menstrual) primária. No entanto, desde a proibição da venda do Prexige na Austrália, em 2007, o monitoramento das ocorrências de reações adversas no Brasil, de janeiro de 2007 a abril de 2008, apontou aumento significativo no número de reações hepáticas notificadas. De 16 notificações em janeiro de 2007 para 93 em agosto do mesmo ano, chegando a 211 em abril de 2008. Segundo as informações divulgadas pela Anvisa, as notificações relacionadas ao Prexige no mundo, de julho de 2005 a abril de 2008, totalizam 3585 casos de reações adversas, sendo 1013 destes casos considerados graves (28%). A relação do último período (abril/2008) foi a maior: dos 85 casos notificados, 34 eram graves (40%). Dos 3585 casos notificados, 1265 são do Brasil, o que representa 35% dos casos (ONLINE, 2008; ANVISA, 2008).

Apesar de casos destacados como o do Prexige, é baixo o percentual de registros de efeitos negativos no longo prazo. Estima-se que 5 a 10% das reações adversas a medicamentos são reportadas, e o motivo para isso também é difícil de se avaliar (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 188). Outra questão é a adesão de voluntários de pesquisa, ou seja, se o estudo perde participantes ao longo de sua realização, há um importante viés nos resultados. Também pode ser um viés a remuneração de voluntários de pesquisa, permitida em países como os Estados Unidos, que pode restringir os resultados do ensaio a características dessa população (SCHWITZER, 2010).

Os experimentos controlados são opções de pesquisa para que se possa conhecer informação confiável sobre os efeitos de tratamentos através de (1) dados comparáveis entre si, com pacientes estudados que tenham características as mais similares possíveis, para reduzir distorções (viés); (2) considerar condições que podem surgir ao acaso; e (3) levar em conta toda evidência pré-existente que seja a mais relevante e confiável possível (EVANS et al., 2011 p. 71).

É cada vez mais frequente que antes da realização de experimentos sejam levadas em conta as pesquisas anteriores, é necessário buscar os estudos sobre o problema em questão e, para tanto, realizar revisões da literatura científica em bases de dados especializadas em saúde ou suas subáreas, sem limite temporal ou geográfico (ATALLAH, 2004, p. 360)¹⁰. Estes são os estudos secundários mencionados anteriormente e que serão descritos na próxima seção.

É importante ressaltar que os ensaios clínicos hoje constituem projetos multicêntricos, ou seja, são realizados simultaneamente em diferentes locais. Podem agregar grupos de instituições diferentes segundo a região geográfica, organizados por características históricas, por faixa etária de pacientes, entre outras possibilidades. Isso envolve o mundo das estatísticas, das bases de dados, mas também a criação de regras próprias para projetos. São recursos que asseguram a realização de ensaios em diferentes locais por meio de protocolos como exemplificam Keating e Cambrosio (2012) ao analisarem a história do câncer:

“(...) Ao desenvolverem uma atividade prognosticada sob a ordenação de dados de múltiplos lugares, ensaístas não só tinham que assegurar que os centros participantes seguissem o protocolo - sem o qual um ensaio significaria pouco mais que um conjunto de observações não relacionadas - mas também, e mais interessante, que as diferenças em resultados (se houvesse alguma) que o ensaio foi desenhado para medir poderiam ser atribuídas a fatores naturais (biológicos, farmacológicos) mais do que diferenças institucionais ou baseadas na prática. Os ensaios clínicos do câncer, em outras palavras, geraram suas próprias ferramentas regulatórias além daquelas oferecidas por instituições médicas mais tradicionais como hospitais e especialidades, e, ao fazer isso, se tornaram entidades autorregulatórias” (KEATING; CAMBROSIO, 2012, p. 13, tradução nossa).

Do ponto de vista dos ESCT, uma série de discussões pode ser feita a respeito dos ensaios clínicos. Petryna (2011) faz uma análise aprofundada sobre o assunto, principalmente quanto à sua regulação. Segundo a autora, a experimentação acontece nos mais diferentes contextos e, como não existe uma regulação padronizada ou mecanismo de supervisão, as práticas de ensaios

¹⁰ No modelo de estudos da Colaboração Cochrane, existe uma recomendação para a busca de estudos em bases de dados, que devem ser as mais abrangentes e representativas conforme o estudo e sua localização geográfica. Os trabalhos selecionados são analisados quanto a critérios metodológicos e, caso sejam em outros idiomas, por exemplo, em mandarim sem tradução disponível para o inglês, é recomendado contatar o autor ou obter a tradução localmente em discussão com o autor. Posteriormente são excluídos os trabalhos que não têm relação com o objeto em questão e depois aqueles com conflitos de interesses, por não atenderem aos critérios metodológicos ou outros critérios de avaliação que deverão constar no estudo em desenvolvimento.

clínicos com interesses mais mercadológicos se estabelecem onde a política é negligente aos riscos que acompanham a *experimentalidade* (PETRYNA, 2011).

Quanto à ideia de *experimentalidade*, a autora se refere à condição vulnerável de qualquer pessoa que se torne extensão experimental de testes elaborados para colocar produtos potencialmente ineficazes e inseguros no mercado. Isso vem ocorrendo em detrimento de ensaios precisos, randomizados e controlados em que pessoas estão livres para participarem conforme desejam (PETRYNA, 2011). Ao mesmo tempo, diversos ensaios clínicos ocorrem sob critérios não só científicos, mas também econômicos e políticos.

Segundo a autora, se há espaço para manobras, os abusos podem acontecer, portanto é preciso atenção ao poder da indústria em relação à produção de evidência e as políticas que regulamentam o uso de medicamentos. Ela exemplifica com o estudo de Tuskegee¹¹ sobre sífilis (realizado entre 1932 e 1972). Este caso, que é relativamente recente, também motivou mudanças nas regulações de pesquisas nos EUA:

“(...) o serviço público de saúde dos EUA negou tratamento-padrão para um grupo de 400 homens afro-americanos. Justificava que, conforme os princípios da ‘boa’ ciência, tratava-se de um procedimento necessário para que os cientistas pudessem observar o curso natural da doença” (PETRYNA, 2011, p. 6).

A regulação está se tornando mais rígida na América do Norte e Europa Ocidental, mas ao mesmo tempo, a população nessas regiões parece responder com menor confiabilidade aos ensaios (devido a ser submetida a muitas interações medicamentosas). Torna-se necessário buscar populações que possam demonstrar a eficácia de medicamentos gerando melhor validade estatística dos resultados. Para isso, as empresas terceirizadas de ensaios clínicos viabilizam a realização de testes em outros países. Os ensaios feitos por essas empresas “(...) se inserem em instituições públicas e, a qualquer momento, dependendo das políticas regulatórias e de cálculos de custo-benefício, podem se mudar para outro lugar” (PETRYNA, 2011).

¹¹ O caso é relatado em GOLDIM, José Roberto. O Caso Tuskegee: quando a ciência se torna eticamente inadequada. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/tueke2.htm>>. Acesso em: 09 jul. 2013.

Conforme a autora, em países como Polônia e Brasil, ensaios clínicos vindos do exterior são vistos como acesso a recursos de ponta, ou seja, benefícios para a saúde pública. Ao mesmo tempo, servem para que novos medicamentos sejam introduzidos no mercado, que no caso do Brasil é subsidiado em grande parte pelo orçamento público. Assim, existe a possibilidade da droga ser incluída na lista de medicamentos do sistema de saúde, se for de interesse da empresa que realiza o ensaio. É como se fornecer medicamentos fosse mais importante do que garantir a sustentabilidade do sistema de saúde. Nos bastidores, existe um mercado incontestado e endossado pela política nacional (PETRYNA, 2011).

Também é questionável se o retorno de testes nessas condições seriam relevantes para essas populações. O setor privado pode ignorar as demandas de sistemas locais de saúde ao levar seus estudos, segundo a autora:

“Os contextos de carência e desigualdade inerentes a indicadores diferentes de vida e morte são completamente omitidos, higienizados. Eles são substituídos por um cálculo de custo-benefício do contexto local, constituindo a base sobre a qual um cientista consolida o seu empreendimento” (PETRYNA, 2011).

O que é considerado padrão ouro (Ensaio Clínicos Randomizados Duplo Cegos) na MBE então pode ser contornado - “viés de indução” - na projeção de protocolos e no recrutamento de populações “convenientemente”, excluindo pela maneira como é elaborado o desenho da pesquisa (*engineer out*) a possibilidade de eventos adversos serem detectados; ou *engineer in*, possibilitando que o desenho enfatize a superioridade de um medicamento em relação ao outro (PETRYNA, 2011).

A reflexão da autora nos traz a perspectiva da existência de uma inconstância do que é aceitável e até mesmo ético. Assim, é difícil obter padrões de regulação. Neste contexto, novamente, acabamos confiando no que pode ser aceito “cientificamente”, dentro dos critérios que não são acessíveis pela população “em experimento”, apesar de ter aceitado os termos de consentimento da pesquisa. O que deveria se refletir em cuidado com a saúde da população está sujeito a se tornar unicamente uma forma comercial para obter resultados de pesquisa através de ensaios pelo mundo, que irão se reverter em produtos para outras populações, até inacessíveis para aquelas que os “experimentaram”.

A maleabilidade dos critérios metodológicos e de regulação tem consequências para esses sujeitos de pesquisa:

“Nessa abordagem de busca-e-conserta, problemas de segurança são detectados depois do fato. Infelizmente, de acordo com um advogado americano a serviço de uma pequena empresa farmacêutica, alguém tem que sofrer danos durante o ensaio clínico para identificar quem é o responsável” (PETRYNA, 2011).

As dificuldades para lidar com a multiplicidade de questões: sociais, técnicas, organizacionais, econômicas e morais já foram diferentes em outros momentos históricos e nesse sentido vale trazeremos a análise de Epstein (1995) sobre a pesquisa da Aids.

O movimento social da Aids nasceu com raízes no movimento gay, que tinha suas organizações pré-existentes e pode se mobilizar diante da ameaça do vírus. Nos EUA, estas comunidades em geral eram formadas por homens brancos, de classe média, com peso político, capacidade de recursos e formação educacional incomum para um grupo oprimido. Médicos, cientistas, educadores, enfermeiros, profissionais ou intelectuais de outras categorias faziam parte destas comunidades. Assim, a capacidade de contestar especialistas que pesquisavam o assunto também foi incomum. Os ativistas da Aids se engajaram nas discussões da pesquisa biomédica. Foram capazes de levar argumentos metodológicos (ou epistemológicos) e morais (ou políticos) interferindo, por exemplo, na maneira como se faziam os ensaios clínicos. Insistiram que a população de testes deveria ser mais representativa dos diferentes grupos sociais afetados pela epidemia uma vez que os participantes dos experimentos tendiam a ser homens brancos de classe média. Os ativistas da Aids buscaram incluir pessoas de todas as populações afetadas – usuários de drogas injetáveis e pessoas com hemofilia, mulheres e homens, brancos e minorias, heterossexuais e homossexuais – deveriam ter acesso aos ensaios, conforme relata o autor.

A novidade trazida por esses ativistas é que o indivíduo assume uma postura de parceiro na pesquisa, buscando o direito de se envolver de forma equitativa, um enfoque diferente da maioria dos debates sobre a ética dos ensaios clínicos que enfoca questões do consentimento informado e do direito à proteção do risco indevido para os participantes nos experimentos (EPSTEIN, 1995). A participação nessa profundidade, no entanto, é exceção em relação a outras áreas de

pesquisa, até mesmo o oposto do que acontece na prática¹². “Eles [os participantes] raramente se preocupam com as metas do protocolo de pesquisa (apesar de algumas vezes se preocuparem); tudo o que eles querem é a preservação da vida e manter um futuro possível” (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 71, tradução nossa). Por outro lado, ensaístas se importam em envolver o maior número possível de participantes pois quanto maior o número de recrutados, maior é a possibilidade da obtenção de resultados (KEATING; CAMBROSIO, 2012, p. 297).

De fato, os ensaios clínicos não representam apenas uma aplicação de métodos. Eles modificam práticas estabelecidas e isso tem consequências positivas com inovações, redução de mortes e danos, assim como negativas para problemas sobre os quais podemos refletir. Muitas vezes não ficaremos sabendo dos problemas encontrados. Vale citar novamente o caso do câncer estudado por Keating e Cambrosio (2012):

“Pesquisadores do câncer conduzindo um ensaio clínico normalmente começam sua investigação pela alocação aleatória de uma amostra de pacientes de câncer para dois tratamentos em oposição. O ensaio resultante busca determinar qual tratamento é melhor para uma dada doença. Quando completo e bem sucedido (ensaio falho não são reportados na imprensa geral com tanta frequência, se forem divulgados, como aqueles bem sucedidos), uma típica sinopse de jornal sobre o ensaio pode dizer: ‘Pesquisadores testaram dois tratamentos (A e B) em uma amostra randomizada de 100 pacientes sofrendo de X. Eles descobriram que o tratamento B é significativamente melhor que o tratamento A’. Repórteres de jornais (e seus editores) provavelmente consideram que noções como aleatório, amostra, e significativo são autoexplicativas. A maioria dos leitores pode não estar atenta de que as complexidades em torno não só de sua definição de uso na prática corrente mas também de sua evolução como conceitos científicos em contínuo debate e revisão. Então alguma explicação é aguardada” (KEATING; CAMBROSIO, 2012, p. 117, tradução nossa).

Com os processos de ensaios clínicos cada vez mais complexos surgem iniciativas para inovar esses estudos. Os autores apontam que a criação da fase de ensaio 0, por exemplo, foi feita para estudos de microdoses com o objetivo de gerar dados sobre o comportamento da droga no organismo, mas no nível molecular. Antecipa-se a identificação de problemas, como falhas de

¹² Para uma discussão sobre as relações entre os campos de conhecimento científico, tecnológico e social que envolveram a construção do conhecimento sobre HIV/Aids, ver BASTOS, Cristiana. *Ciência, poder, ação: as respostas à Sida*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2002. 258 p.

componentes de uma droga, nas fases 1 e 3. Desta forma, o produto pode ser eliminado antes mesmo de chegar aos testes, poupando dinheiro e tempo.

Outra nova proposta é a pesquisa comparativa de efetividade que é composta pela avaliação de tecnologia de saúde, pesquisas da MBE e protocolos para avaliar intervenções, guiar decisões. Apesar de ser algo ainda inicial, o desenvolvimento de agentes direcionados e biomarcadores sinalizam para a emergência de uma medicina cada vez mais personalizada, com exames direcionados, terapia e acompanhamento conforme o perfil do paciente nas quais “(...) as ‘demografias’ da população do paciente serão redefinidas em termos moleculares, e isto é o que permitirá métodos experimentais incorporarem, pelo menos em princípio, uma dimensão pragmática do que foi anteriormente confinado aos estudos observacionais” (KEATING; CAMBROSIO, 2012, p. 380, tradução nossa).

Apesar das possíveis inovações, a racionalidade estatística que nasceu com os ensaios clínicos permanece alvo de questionamento conforme essas práticas se tornam mais generalizadas. Afinal, mesmo que haja embasamento analítico e racional, o mundo é feito de pessoas e de subjetividades e isso influi na avaliação de bem-estar individual, de comunidades e ambientes (PICKSTONE, 2011, p. 132).

As críticas se referem ao método usado nesta prática, sob o argumento de não ser transparente (os trabalhos mostram as sínteses, não os dados originais). Também aponta-se como problema a substituição da experiência pessoal do profissional por pura estatística; há críticas quanto ao extremismo dos defensores da MBE que sustentam que nenhuma decisão pode ser tomada se não for baseada em ensaios clínicos caros, com muitos participantes; além da crítica ao que parece uma “alfabetização” médica ou de profissionais da saúde, como se não tivessem nenhum conhecimento prévio (GREENHALPH, 2008, p. 22).

A randomização de participantes de pesquisa é polêmica desde que começou a ser feita. A definição de amostra para confrontar “comparáveis com comparáveis” é baseada em considerações bioclínicas. Porém, as características bioclínicas da amostra (pacientes com o problema X) e subamostras (pacientes com o problema X, com idade entre A e B), e também o entendimento da doença, mudam com o tempo, e isso tem relação com a interpretação de resultados (KEA-

TING; CAMBROSIO, 2012, p. 123). Fica a questão se a evolução do entendimento do problema acompanha a forma como as amostras são definidas e o quanto isso pode ser ponderado na avaliação dos resultados de ensaios. Na prática, o que acontece é que o ensaísta define, inicialmente, três questões: o tamanho da diferença esperada, um valor para beta e um valor para alfa a partir de 0.05. A partir daí, define o tamanho da amostra. Apesar da importância do poder do teste estatístico (alfa, beta) ou mesmo o tamanho exato da diferença, o tamanho da amostra é o que chama mais atenção porque determina recursos e tempo disponíveis.

Outro ponto é que existem vários testes de significância estatística. Eles servem para ver se a diferença não aconteceu ao acaso. São escolhidos conforme, por exemplo, o tamanho da amostra, a variável que está sendo analisada. Os autores trazem a dúvida: “Dado que ensaio clínico é uma operação estatística, a confiança na validade dos resultados dos ensaios não pode ser garantia de algo como uma fonte incontestável; resultados de ensaios têm apenas uma maior ou menor probabilidade de se tornarem verdade” (KEATING; CAMBROSIO, 2012, p. 124, tradução nossa). Para questionar a validade de um teste, são verificadas as chances de um teste dar positivo quando deveria ser negativo. São esotéricos os parâmetros para calcular falso positivo ou negativo como alfa e beta. Os autores questionam os parâmetros de tamanho da amostra e efeito do tamanho no resultado final do ensaio. As abordagens mais usadas para redução de teste-erro (falso positivo), de Neyman e Pearson e de Fisher, são polêmicas no meio estatístico, mas no meio médico esses questionamentos são ignorados segundo os autores. Coloca-se em questão que a estatística não é isenta de influências, não são apenas números, existem negociações com questões externas aos dados:

“(…) na condução de ensaios, clínicos devem levar em conta um número de variáveis biológicas (por exemplo, tamanho do efeito) e institucionais (por exemplo, disponibilidade de pacientes) que estão acima e além de todas as considerações estatísticas e podem afetar o tamanho da amostra. O planejamento de ensaio clínico com frequência requer negociações entre parâmetros estatísticos, biológicos e institucionais” (KEATING; CAMBROSIO, 2012, p. 127, tradução nossa).

As breves referências conceituais e o contexto social relacionado aos ensaios clínicos apresentados até aqui são fundamentais nessa discussão por serem considerados prioritários no

conjunto de práticas da MBE. Além desses, complementamos com o panorama sobre as revisões de literatura, outro tipo de estudo na MBE, na seção a seguir.

1.2.2 Os estudos de revisão da literatura na MBE

Conforme a escala das evidências na MBE, outros estudos considerados de alto nível de qualidade são as revisões sistemáticas da literatura biomédica. São tidas como estudo de maior relevância na MBE por minimizar a possibilidade de viés e ser mais racional na avaliação e síntese de evidências existentes.

As revisões da literatura científica em saúde podem ser “não-sistemáticas”, contendo resumos de estudos primários (feitos pela primeira vez); podem ser “revisões sistemáticas” que também resumem estudos primários mas seguem um método específico com critérios relatados explicitamente para que os resultados possam ser analisados, comparados com outros trabalhos, com estratégias que minimizem vieses; e podem ser ainda “meta-análises”, ou seja, “estudos de estudos” que reúnem dados de diversas pesquisas e que podem dar peso para uma determinada evidência (GREENHALPH, 2008, p. 63; SCHWITZER, 2010, p. 14). Vale chamar a atenção para o detalhe de que nem sempre uma revisão sistemática é uma meta-análise, mas uma meta-análise inclui uma revisão sistemática.

Na busca e seleção de estudos já existentes podem ser incluídos trabalhos publicados em revistas científicas ou não, como é o caso de documentos técnicos internos feitos por hospitais, departamentos governamentais, por exemplo. Essa etapa deve seguir um método transparente, replicável, passível de crítica. A análise da qualidade dos dados selecionados para a revisão é feita, primeiro, pelos grupos de pesquisa (um grupo em uma instituição, por exemplo, um grupo internacional - autor brasileiro submete seu projeto de revisão à equipe que revisa determinado tema) e pelos periódicos científicos que publicarão o trabalho. Assim, mesmo tendo sido feitos separadamente em diferentes épocas ou lugares, os estudos podem ser combinados para análise estatística (EVANS et al., 2011 p. 91). Essa combinação pode resultar em uma análise que sinte-

tiza dezenas, centenas até milhares de casos buscando maior confiabilidade estatística dos resultados.

As revisões sistemáticas são importantes para que profissionais possam se atualizar e definir novas pesquisas, por exemplo. Raramente um único estudo pode fornecer significância estatística e, portanto, evidências confiáveis. Além disso, as revisões podem ser feitas em menos tempo e com menos recursos do que ensaios clínicos. Portanto, o aspecto crítico para que seja de alta confiabilidade na escala da MBE é a qualidade metodológica.

Assim como em qualquer área do conhecimento, não é só a descoberta que importa, mas a relação com o conhecimento prévio. Se revisões não forem feitas, pode-se mascarar ou atrasar a identificação de benefícios e malefícios da descoberta. Revisões não podem ser, entretanto, uma maneira de selecionar estudos para justificar ações ou manipular resultados (EVANS et al., 2011 p. 95).

Em Schwitzer (2010) podemos encontrar a discussão sobre limitações das revisões sistemáticas: os estudos selecionados podem ter problemas não identificados pelos revisores; revisores podem não estar bem treinados para seguir o critério rigoroso necessário na seleção de estudos; a busca de estudos pode não ter sido abrangente o suficiente; e o critério de seleção de trabalhos para a revisão pode ser questionável. Além disso, é muito comum que revisões apenas indiquem que são necessários novos estudos para confirmar uma possível evidência mas, mesmo assim, são levados em conta para nortear condutas.

Possíveis conflitos de interesse e competência de quem realiza as pesquisas também são objetos de observação para a realização de sínteses de evidência e devem ser mencionados nos estudos, indicando ao leitor o grau de confiabilidade do trabalho (EVANS et al., 2011 p. 154). Se uma revisão foi metodologicamente correta, apesar de um dos pesquisadores ter vínculo com uma empresa privada, este aspecto pode ser levado em consideração quando outros utilizarem o trabalho.

A revisão feita de forma sistemática e utilizando um método comum pode ser cumulativa, ou seja, a cada ensaio clínico concluído, podem ser adicionados dados para atualização da

revisão. A ideia é evitar danos a pacientes, manter os profissionais atualizados mais rapidamente e obter um resultado otimizado das pesquisas anteriores.

Neste aspecto das relações associadas aos estudos, Collins e Pinch (2003) e Latour (2000) afirmam que a expansão das novidades de uma ciência depende de estar ligada não só à sua rede interna, mas a outras redes, inclusive informais. Esta característica vem marcando o desenvolvimento da MBE. Chegando a muitas vezes a ser chamada de “movimento” na saúde, a MBE vem se fazendo presente em políticas e atividades administrativas da saúde.

Sempre haverá incertezas, apesar de a revisão ser considerada como evidência confiável, minimizando vieses, tendo observado um amplo número de casos comparáveis entre si, e apresentando as diferenças estatisticamente, por meio de intervalos de confiança, no momento da aplicação da evidência para casos específicos. O resumo a partir da revisão sinaliza o que funciona na média (ou outras análises estatísticas) entre os grupos estudados, não garante que funcione para todos os indivíduos.

As pesquisas de evidências servem para nortear as decisões, a partir das melhores opções disponíveis, para uma aplicação individual. Mesmo assim, para muitas situações não é possível arriscar, se ainda há muitas incertezas, como ponderam Evans et al. (2011, p. 152).

Além disso, a revisão pode indicar autores aliados que argumentam em uma direção determinada fazendo com que não estejam mais isolados, mas formem um bloco, demonstrado seus resultados estatisticamente. É mais uma forma de expansão das redes na visão de Latour (2000, p. 419), fortalecendo a argumentação e, nesta perspectiva, contribuindo para que se torne uma caixa-preta ou uma evidência.

"O adjetivo ‘científico’ não é atribuído a textos *isolados* que sejam capazes de se opor à opinião das multidões por virtude de alguma misteriosa faculdade. Um documento se torna científico quando tem pretensão a deixar de ser algo isolado e quando as pessoas engajadas na sua publicação são numerosas e estão explicitamente indicadas no texto. Quem o lê fica *isolado*. A cuidadosa indicação da presença de aliados é o primeiro sinal de que a controvérsia está suficientemente acalorada para gerar documentos técnicos” (LATOUR, 2000, p. 58).

Porém, a revisão também pode explicitar que tantos estudos caminham na direção de um determinado argumento que não se confirma. Assim, outra decisão a partir do embasamento em ensaios clínicos ou revisão da literatura pode ser simplesmente não adotar conduta alguma, se a evidência indicar que não há benefícios para o paciente.

Evans et al. (2011) discutem a necessidade de se evitar tratamentos desnecessários, devendo-se manter o questionamento se o risco é alto ou baixo para o paciente, o que aconteceria se nada fosse feito e como a condição poderia ser observada para que algo fosse feito no momento necessário. Como exemplo, os autores lembram que o câncer de mama era considerado algo que crescia de forma ordenada no organismo e remover o tumor localmente parecia resolver o problema. Por isso, mulheres foram mutiladas durante anos em uma conduta que posteriormente foi rechaçada após acompanhamento sistemático de resultados.

A promoção da prevenção de doenças através de exames é uma situação que, sem indicação de eficácia e efetividade, pode tanto facilitar diagnósticos precoces, como também apontar diagnósticos de condições que nunca seriam aparentes na vida do paciente. Além de poderem resultar em falsos positivos.

A mamografia, outro exemplo, foi revisada sistematicamente a partir ensaios clínicos com mulheres que foram aleatoriamente agrupadas entre aquelas que passaram ou não por mamografias. Se 2.000 mulheres passarem regularmente por mamografia durante 10 anos, a vida de uma delas será poupada evitando que morra de câncer de mama. Porém, 10 mulheres saudáveis se tornarão pacientes de câncer e receberão tratamento desnecessário. Podem ser detectadas lesões de crescimento lento ou que não crescerão e não chegarão a ser um câncer. No entanto, essas mulheres receberão tratamento, poderão ter a mama removida, passar por radioterapia, até mesmo quimioterapia. É possível ainda que 200 mulheres recebam um falso positivo e todo o transtorno psicológico decorrente. Mesmo assim, mamografias e autoexames são extensivamente disseminados podendo causar mais danos do que benefícios (EVANS et al., 2011, p. 37). Gøtzsche e Nielsen (2011), autores dessa revisão sobre a mamografia, que incluiu sete ensaios clínicos e 600.000 mulheres, concluem que não estão claros os benefícios da mamografia. Eles argumentam pela necessidade das mulheres terem esta informação por meio das ações de promoção da saúde.

Daí a importância de se questionar o embasamento, segundo esses autores, assim como se informar sobre as evidências disponíveis e a qualidade desses estudos. “Estabelecer um equilíbrio entre o excesso de zelo no rastreamento de doenças e a falha para identificar pessoas que possam se beneficiar de detecção precoce nunca será fácil, e inevitavelmente levará a decisões impopulares”, ressaltam Evans et al. (2011, p. 48, tradução nossa).

Ainda que a premissa seja a participação da sociedade nas escolhas possíveis, os não-especialistas em geral apenas recebem os fatos da tecnociência que apenas caem sobre suas cabeças através da vulgarização do conhecimento. O conhecimento lhes chega pronto, consolidado. O caminho para se chegar aquele grau de certeza já foi definido e endossado pelos aliados daquela argumentação científica. A caixa-preta não será aberta para que o leigo dê a sua olhadela (LATOUR, 2000).

Esse aspecto é o nó da rede em que está a divulgação da ciência “evidenciável”. Os jornalistas são algumas das pessoas que podem abrir as caixas-pretas para que os leigos possam conhecê-las, além de outros com formação científica ou não (antropólogos, sociólogos, historiadores da ciência, professores de ciências, analistas de políticas científicas, entre outros). Segundo Latour (2000) para que isso aconteça é preciso “seguir” os cientistas, ou seja, estar lá antes que a caixa preta seja fechada e acompanhar o pesquisador na tentativa de fechar e abrir uma e outra caixa-preta (LATOUR, 2000, p. 39).

Seguir cientistas, olhar e mexer nas caixas-pretas da ciência são as nossas maneiras, como não-especialistas, para nos relacionarmos com os fatos “evidentes”. Eles podem ser controversos, talvez possam obter alguma contribuição dos não-especialistas como o caso da Aids, talvez possam gerar menos danos e mais benefícios, mas isso só pode acontecer se chegarmos mais próximos desses “fatos” da ciência. O jornalismo tem sido uma maneira de se aproximar e de aproximar o público da MBE, como dissertaremos nos capítulos seguintes.

1.3 EVIDÊNCIAS NO CONTEXTO HISTÓRICO

Tratar da medicina “científica” nos leva a pensar os processos históricos que constituem a MBE da forma como a conhecemos hoje. Nesta seção, nosso percurso irá das antigos registros históricos que sinalizaram a busca por uma *cientifização* da prática médica, passando pelas necessidades da profissão médica de se legitimar na sociedade e buscar sua autonomia. Abordaremos também os fenômenos sociais, econômicos e as instituições relacionadas aos processos que permeiam e geram novas tensões em torno da MBE.

Buscar a evidência científica de uma prática clínica não é algo recente. No século XVIII, James Lind servia o navio *HMS Salisbury* como cirurgião e conduziu um teste clínico para comparar seis dos remédios usados à época para tratar escorbuto. O médico escocês recrutou 12 de seus pacientes em estágios similares da doença, separados em duplas. Os pacientes receberam a mesma dieta com as opções de complementos: cidra, ácido sulfúrico, vinagre, água do mar, uma mistura purgativa e duas laranjas e um limão. O médico observou que o tratamento à base de laranjas e limões, hoje reconhecidos como fonte de vitamina C, apresentou melhores benefícios (LIND, 1753; GREENSTONE, 2009; GREENHALGH, 2008).

Já no início do século XIX, em Paris, Pierre Charles Alexandre Louis foi precursor da avaliação do tratamento médico utilizando análise estatística para mostrar a ineficácia da sangria. Apesar de seu estudo, não conseguiu promover mudanças nas práticas da época (GREENSTONE, 2009; GREENHALGH, 2008).

Nesse período, na França e Alemanha, localizam-se as origens filosóficas do que veio a se tornar a MBE. Na época, a proposta foi vista como meio de cortar custos e coibir a liberdade clínica dos profissionais, um método “antiquado” (CORCORAN, 2010, p. 130) para aquele contexto de busca de novas liberdades.

Pickstone (2011, p. 127), em sua abordagem histórica da ciência, tecnologia e medicina, destaca mudanças importantes nessas áreas, o âmbito em que aconteceram e a relação com o surgimento da busca de evidências.

A primeira revolução industrial (1800) é marcante na história da medicina, mesmo que os artefatos deste período não tenham sido tão destacados como no caso das engenharias no início do século XIX. Foi nessa época que o uso de ciências analíticas ultrapassou o empirismo. Os efeitos da industrialização eram estudados usando química, estatística, geologia, patologia da morbidade de forma a reforçar a *sanitização*. Na medicina em geral, as análises eram feitas em cadáveres (de humanos e também de animais) por serem mais facilmente manuseados. Só no final do século a medicina experimental começou a ter outras práticas possíveis (PICKSTONE, 2011, p. 129).

O autor vê paralelos e interações entre a medicina do *Muséum d'Histoire Naturelle* ou da *École Polytechnique* com as novas ciências, como estudos relacionados à organização do trabalho, clima, estatísticas e mecânica das máquinas. Em suas fundações, tanto a *École de Santé* quanto a *École Polytechnique* enfatizaram mais a prática e mantiveram a subserviência das “ciências pré-clínicas” como características da medicina francesa até a metade do século XX. A *Polytechnique* passou a focar as ciências matemáticas, em partes como um mecanismo de seleção, tal como Cambridge, na Inglaterra. Assim, em boa parte do século XIX, conservadores mantiveram a superioridade das ciências matemáticas em relação às ciências aplicadas ou experimentais.

Nesse contexto, a medicina urbana ampliou as funções sociais da medicina para a salubridade e a higiene pública (TORRES, 2003). A Revolução Industrial no século XIX aproximou as práticas médicas dos problemas de condições de vida que afetam as forças de trabalho. Essa visão da medicina se fortaleceu na Europa e em países periféricos, mas a saúde pública foi, cada vez mais, sendo subordinada à epidemiologia para o controle de doenças.

Posteriormente, a aproximação com as ciências naturais e a visão da doença com uma base biológica marcou fortemente o que se configurou como a medicina moderna. As doenças se tornaram uma representação da relação entre o agente etiológico, mudanças fisiopatológicas, sinais e sintomas. A relação germe e doença passou a ser mais importante, neste contexto, em detrimento do paciente e o ambiente em que vive. O aprimoramento das tecnologias para diagnóstico, terapia e estatística permitiu o maior controle das doenças e acabou favorecendo o papel da medicina de definir os problemas de saúde e as respostas necessárias. A Europa, com influência

na América Latina, inicialmente manteve mais forte a discussão de determinação social da doença ao invés da ênfase nos aspectos biológicos. Nos Estados Unidos e Canadá a epidemiologia cresceu como metodologia para pesquisa na área médica e mais recentemente essa influência se espalhou mundialmente.

1.3.1 Momentos históricos

Como desdobramentos relacionados à *cientifização* da medicina, podemos abordar os testes de evolução clínica com grupo de controle e análise estatística dos dados de pacientes. Se pudermos localizar um momento na história em que eles passaram a ser utilizados, a literatura indica que seja o período pós-Segunda Guerra Mundial. Veloso (2008) relata que, na época, a tuberculose levava a altas taxas de morbidade e mortalidade e “o boato de que tinha sido descoberto um tratamento eficaz, desencadeou uma forte pressão da opinião pública no sentido de conseguir um acesso rápido ao novo medicamento”. Mas por ser uma doença crônica e que evoluía de forma imprevisível entre os pacientes, havia ainda casos de curas espontâneas. Somou-se à necessidade de ensaios clínicos controlados realizados por um período mais prolongado o fato de haver apenas uma quantidade limitada de estreptomicina para ser utilizada na população no Reino Unido do pós-guerra.

Keating e Cambrosio (2012, p. 51) também remetem ao ineditismo desse episódio. O desenho da pesquisa foi feito pelo pesquisador britânico Austin Bradford Hill (1897-1991) para estudo da estreptomicina contra a tuberculose e este é tido como primeiro ensaio controlado randomizado. Os autores relatam:

“Uma das características centrais do ensaio era a adesão de pacientes para a terapia corrente (repouso) ou a nova terapia (estreptomicina e repouso) com base em números randômicos. Uma avaliação clínica prévia da terapia tinha, inicialmente, alocado pacientes alternadamente em grupos de estudo. Isto significava que médicos assistentes sabiam do tratamento combinado e poderiam, conscientemente ou inconscientemente, ajustar suas práticas de acordo. A randomização ocultava a alocação definida e o tratamento que o paciente receberia do médico. Isto não cegaria o médico para o tratamento já que no momento não foi usada injeção de placebo. Os pacientes permaneceram não informados sobre os diferentes tratamentos, porque Hill achou que seria desnecessário pedir que assinassem

formulários de consentimento. Uma segunda inovação do ensaio é a avaliação de resultados do tratamento: um raio X de pulmão examinado por radiologistas não-assistentes serviram como o determinante do sucesso ou falha do tratamento, removendo ao mesmo tempo da equação o julgamento subjetivo do paciente e do médico” (KEATING; CAMBROSIO, 2012, p. 51, tradução nossa).

A aceitação de ensaios clínicos, porém, não foi imediata a esse fato e a ideia de Hill só foi possível na época por causa da limitação de medicamentos que não eram suficientes para o grupo de 50 pacientes e, assim, ele pode superar objeções à randomização.

Hill conduziu esse ensaio clínico que foi o primeiro na Grã-Bretanha. Nos Estados Unidos, o primeiro ensaio clínico aconteceu em 1954, no *National Cancer Institute* (NCI). Gordon Zubrod, Jerome Cornfield e colaboradores desenharam o estudo sendo que Zubrod havia trabalhado no desenvolvimento de componentes antimalariais na Segunda Guerra Mundial, quando também adquiriu afinidade com métodos estatísticos (KEATING; CAMBROSIO, 2012, p. 135).

A respeito dos momentos históricos, vale situar fatos ligados ao câncer que também se relacionam ao desenvolvimento da MBE, especialmente ensaios clínicos, conforme Keating e Cambrosio (2012):

Anos 1950 – 60: período do surgimento da quimioterapia, tratamento e pesquisa do câncer; formação de programas, grupos de pesquisa, regras; ensaios clínicos por fases. Ensaio clínico randomizado era algo controverso nessa época porque era absurdo selecionar na sorte tratamentos tão disputados. Questionava-se se não significava causar mais danos do que benefícios. A especialidade “oncologia” não existia como formação médica. O primeiro grupo de colaboração de ensaios clínicos foi o *Acute Leukemia Group B* (ALGB) que reuniu pesquisadores clínicos do *Roswell Park* e o NCI e, inicialmente, obteve sinais de sucesso nos ensaios clínicos de leucemia durante a metade dos anos 1960, início dos anos 1970.

Entre o final dos anos 1960 e anos 1980: há maior escala de ensaios clínicos, e competição por resultados; testavam-se quimioterapias combinadas e uso de adjuvantes; a crise era pela “falta uma cura”, mas descobre-se o potencial do mercado para drogas que pudessem prolongar a vida de pacientes com câncer, conforme relatam:

“(…) com tratamento confinado a cânceres raros como leucemia, a indústria farmacêutica havia ignorado amplamente o mercado de câncer. Tudo isso mudou nos anos 1980 quando ficou claro para ambos os lados do Atlântico que sistemas quimioterapêuticos com CMF e novas substâncias como a Cisplatina, ainda que eles não ‘curem’ pelo menos prolongam a vida em cânceres comuns como câncer de mama (33% de todos os cânceres nos Estados Unidos na metade dos anos 1980)” (KEATING; CAMBROSIO, 2012, p. 283, tradução nossa).

Anos 1990: há um realinhamento da biologia molecular e a clínica e a indústria de biotecnologia; destacava-se a brecha entre pesquisa básica e clínica; surgem fundos para pesquisa translacional¹³, havia também tentativa de alcançar o mito da unidade de tratamento e pesquisa “biomedicina”; e a proliferação de “terapias direcionadas” (que buscam atuar apenas sobre as células do tumor).

Nos anos 1990, no Canadá, surgiram novos moldes para o pensar e fazer a biomedicina contemporânea. Um grupo de epidemiologistas clínicos da *McMaster University* se entusiasmou com o que chamou de um “novo paradigma para a prática médica”, uma proposta de remodelar a prática biomédica pela associação da pesquisa à tomada de decisão médica. A decisão baseada na experiência individual era rejeitada em prol de:

“(…) uma abordagem da atividade clínica baseada em revisão cuidadosa e aplicação da melhor e mais atual literatura de pesquisa clínica. Declarações subsequentes dos membros do grupo incorporaram a experiência clínica no mix da MBE, mas sem alterar fundamentalmente suas características fundamentais (...)” (MYKHALOVSKIY; WEIR, 2004, p. 1059, tradução nossa).

Segundo os autores, este foi o momento em que surgiu sob a denominação de “medicina baseada em evidências”, e “propósitos iniciais nada humildes”, como um movimento a partir da epidemiologia clínica para um programa de intervenção na prática médica.

Pope (2003) aborda a MBE como movimento social e trata dos processos que permitiram a construção de poderes entre segmentos da área médica. É importante ressaltar aqui a ideia de que um movimento como esse se construiu de forma dinâmica, processual e não linear, e a partir de disputas de forças, do quanto sua ideologia pode se firmar, a partir das táticas usadas. A

¹³ Termo de 1993 com a descoberta da molécula do câncer e a necessidade de imediata aplicação dos achados (KEATING; CAMBROSIO, 2012).

autora tem como referências os cinco mecanismos de Blumer¹⁴ para justificar o enquadramento da MBE como movimento social: agrupamento crescente de pessoas com uma noção compartilhada, o desenvolvimento de uma identificação e senso de propósito com o qual o grupo se articula, uma ideologia clara e o delineamento de estratégias para concretizar suas ações.

Como um movimento a partir da epidemiologia, vale pontuar que o termo epidemiologia clínica surgiu nos anos 1930 com a intenção de aproximar estudos epidemiológicos do paciente. A medicina se manteve por décadas direcionada para o atendimento individual e para os aspectos clínicos e a saúde pública, tradicionalmente, não tinha status na medicina (POPE, 2003). Uma das mudanças aconteceu na formação médica a partir dos anos 1980, quando passou a dar maior ênfase à epidemiologia aplicada à clínica. A autora ilustra esta ideia citando o texto fundador *Clinical Epidemiology*, de 1982¹⁵, como referência da intenção compartilhada por esses médicos. Nessa época, mesmo na área epidemiológica não havia apoio para a epidemiologia clínica. Os novos ideais, entretanto, traziam insatisfação com a clínica e com a formação acreditando que o conhecimento epidemiológico fortaleceria ambas as áreas. Esse novo *Esprit de Corps* estava ligado ao grupo de médicos da *McMaster Medical School*, no Canadá, reconhecido por inovar na abordagem da educação médica (POPE, 2003, p. 271).

Pouco antes, no Reino Unido, o epidemiologista britânico, Archibald Lemnan Cochrane (1909-1988) havia estudado a epidemiologia da tuberculose demonstrando que mensurações poderiam ser feitas em populações geograficamente definidas com aproximadamente a mesma imprecisão conhecida em medições em laboratório. Isso ajudou a tornar a epidemiologia uma ciência quantitativa. Cochrane desenvolveu uma monografia apresentada em 1972 sob o título "Efetividade e eficiência: reflexões aleatórias sobre serviços de saúde". No texto, ele critica serviços sociais e de saúde destacando a falta de uma base de conhecimento adequada para o aten-

¹⁴ BLUMER, H. (1995 [1951]). Social movements. Primeira publicação em 1951 na A.M. Lee Ed., *New outline of the principles of sociology*, p. 199-220. Nova Iorque: Barnes & Noble. Reimpressão em 1995 na S.M. Lyman Ed., *Social movements: critiques, concepts and case studies*, p. 60-83. Londres: Macmillan.

¹⁵ Fletcher, R., Fletcher, S. e Wagner, E. (1982). **Clinical Epidemiology: the essentials**. Baltimore, MD: Williams & Wikins.

dimento oferecido e reforçou a necessidade de avaliação dos ensaios clínicos realizados na época. A monografia gerou impacto dentro e fora do Reino Unido.

As ideias de Cochrane aos poucos foram se concretizando e impactaram particularmente na saúde pública e na epidemiologia. Voluntários começaram a fazer resumos de evidências para sua ampla disseminação. Formaram-se grupos da Colaboração Cochrane que aos poucos foram estabelecendo uma organização internacional, que segue até hoje, nessa missão, como relatamos na seção 1.3.4 sobre instituições.

Além de feitos como os de Cochrane, a denominação Medicina Baseada em Evidências se enraizou em partes graças ao estímulo à publicação sobre suas estratégias na literatura médica, de acordo com Pope (2003). São referências do surgimento da MBE o texto do grupo de trabalho fundador *Evidence-Based Medicine Working Group* (GUYATT et al., 1992), da *Mc Master University*; e o artigo *Evidence-Based Medicine: what it is and what it isn't* (SACKETT et al., 1996).

As características da nova formação, das novas publicações científicas e da prática médica no final dos anos 1980 acontecem notadamente no Canadá e Estados Unidos. Nesses países, a saúde pública e a epidemiologia cada vez mais defendiam o uso de ensaios clínicos randomizados, além do uso de protocolos e padronizações nos serviços de saúde (POPE, 2003; TIMMERMANS; BERG, 2003).

Como outra vertente da MBE, o estímulo a protocolos representou recomendações sobre cuidado ou tratamento, desenhadas para apoiar a tomada de decisão clínica. Os protocolos “(...) viabilizam que evidências sobre tratamentos fossem destiladas em recomendações ou algoritmos para a ‘boa’ prática. A natureza desses protocolos variava; alguns eram simples listas de conselhos, enquanto outros eram mais rígidos e prescritivos” (POPE, 2003, p. 272, tradução nossa). A autora enfatiza que os protocolos logo chamaram a atenção de gestores, administradores, reguladores, principalmente nos Estados Unidos onde se buscava redução de custos do sistema de saúde.

Timmermans e Berg (2003, p. 106) destacam desdobramentos do movimento de uso de protocolos e o impacto na profissão médica:

“A consequência importante do movimento canadense de protocolos foi uma perda da autonomia clínica e da solidariedade profissional em um nível macro. O governo gradualmente aumentou seu controle sobre a utilização do serviço médico, contornando a OMA [*Ontario Medical Association*] completamente quando avaliando a introdução de novas tecnologias e reforçando seus requisitos para aprovação prévia para serviços segurados” (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 106, tradução nossa).

A incorporação da MBE entre médicos e demais categorias ainda hoje não é livre de resistências. O cenário é de disputa de forças, um lugar de conflito intraprofissional, na visão de Pope (2003) cujo foco de estudo é exatamente essas resistências. De acordo com a autora, a tática defensiva contra a ênfase no conhecimento experimental é a retórica da “medicina como arte” e de colocar em oposição interesses individuais e coletivos. Além disso, existe a resistência a ter o trabalho submetido a controles externos, padrões, e uma rotina de trabalho, repetitiva, chata, sem prestígio, mistério, e tampouco, poder (POPE, 2003, p. 278).

A autora conclui que a crítica deve ser não no sentido de que evidências não terão seu lugar na medicina. Ela concorda que o conhecimento da pesquisa deve ser usado para embasar a prática, mas o problema da MBE desde o início é sua ênfase em colocar a evidência e a prática em posições opostas (POPE, 2003, p. 279).

As relações de poder, os interesses e tabus impedem dar clareza às condições que limitam ou o que é desconfortável em uma prática, como no caso da MBE. Nesse sentido, podemos pensar a proposta de Rabinow (1999) de analisar as relações de poder, o que afeta, o que influencia os temas das pesquisas, as formas, os conteúdos e os públicos da MBE. Criticar o contexto em que se faz pesquisa, as ondas de pensamento, como sugere o autor, pode, quem sabe, ampliar nossa capacidade para lidar com questões das evidências. Neste sentido, a intenção não é validar, inserir ou deixar de inserir um grupo ou pensamento. Rabinow (1999) sugere formar novos “nós” nessas relações através de questionamentos.

1.3.1.1 Momentos históricos no Brasil

A partir da Segunda Guerra os desenhos de pesquisa estabelecem a epidemiologia como disciplina e lógica de pensamento usada para lidar com as questões de saúde. A influência na formação e na conduta médica em países como o Brasil é reforçada nos anos 1980 quando há uma geração de profissionais formados no exterior. Essa lógica epidemiológica enfatiza os estudos analíticos para aplicação clínica e se fortalece com o desenvolvimento de tecnologias computacionais de acordo com Torres (2003, p. 530).

Segundo o autor, no caso do Brasil, a determinação social das doenças era importante no início do século XX, mas deu lugar à valorização do método epidemiológico, popularizado com a MBE. A mudança reforçou a pesquisa clínica em resposta à cobrança das agências financiadoras, para a comunicação e intercâmbio de conhecimento na área médica. Para isso era necessário utilizar enfaticamente os aspectos epidemiológicos. Por outro lado, na saúde coletiva, a falta de integração entre conhecimentos das ciências humanas e sociais para compreensão da doença passou a ser a nova tensão.

Na década de 1960 também é marcante a questão da autonomia profissional da classe médica. A partir do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1960, o Estado participa da assistência médica, por um lado, diminuindo a autonomia do profissional individual, mas favorecendo o setor empresarial médico por meio do financiamento de serviços. Como as técnicas e instrumentos ficaram mais caros os profissionais isolados já estavam desfavorecidos, e isso também contribuiu para a organização de grupos médicos e de maior especialização profissional. A diminuição da autonomia individual, na prática, se deu na perda de controle da própria clientela como antes, dos instrumentos e do preço do trabalho médico. A reforma sanitária brasileira, nos anos 1970, e a crise previdenciária nos anos 1980, favoreceram dispositivos constitucionais, mas não o acesso à saúde prometido para a população. A necessidade de corte de gastos desde então vem abrindo espaço para racionalização utilizando a epidemiologia como ferramenta para o planejamento, avaliação e controle dos serviços de saúde em todos os setores.

Dessa forma, a visão anglo-saxã da epidemiologia, metodológica e menos multidisciplinar, influenciou desde a formação à prática médica e a saúde pública no Brasil tomando o rumo da MBE.

1.3.2 Mudanças na autonomia da profissão médica

Como houve uma influência importante do modelo norte-americano e canadense da epidemiologia que se consolidou com a MBE, apresentamos a seguir um breve percurso de fenômenos aos quais essas novas práticas se relacionam, principalmente a questão da legitimidade e autonomia da profissão.

Os avanços científicos no século XIX favoreceram o desenvolvimento da medicina, mais do que da prática médica. Em vez de tratar apenas os sintomas, a medicina passou a cuidar da causa ou da prevenção das doenças.

Porém, a profissão ainda não tinha prestígio na sociedade: “(...) a posição do médico dependia da decisão dos indivíduos de procurá-lo. Então ele necessitava atrair para si um amplo público. A qualidade do seu trabalho não o habilitava a fazê-lo até o final do século XIX” (FREIDSON, 2009, p. 36). Até por volta de 1850 os diplomas estavam pulverizados por instituições comerciais que os forneciam a quem pudesse pagar por eles. Existe, nesse momento, uma forte necessidade de redefinir a legitimidade da profissão.

A falta de credibilidade dos médicos, mesmo formados por universidades ou guildas, até o século XIX, não permitia que a profissão tivesse o monopólio sobre o cuidado com a saúde¹⁶. Nos Estados Unidos, a predominância dos médicos nessas atividades começa no século XX, a partir da exigência de uma formação comum para obter a licença médica (FREIDSON, 2009, p. 41). Para que houvesse esse controle foi necessária uma imposição política (exigência de forma-

¹⁶ A posição da medicina com status de profissão é do século XIX, segundo Freidson (2009), quando passou a ser uma ocupação com conteúdo “científico”. Até então, era um trabalho de tanta relevância quanto a de curandeiros.

ção ou licença) com a ajuda do Estado. Ao mesmo tempo, a população já possuía maior nível educacional e passou a reconhecer também a importância da educação formal para a ocupação médica, segundo o mesmo autor.

Apesar da maior autonomia socioeconômica, o mesmo não aconteceu com a liberdade técnica. Aconteciam transformações com impactos interdisciplinares: novas especialidades médicas surgindo, novas tecnologias disponíveis (raio X, endoscopia, exames laboratoriais) e que eram parte do treinamento dos médicos. A *American Medical Association* (AMA) passou a regular a formação médica cobrando embasamento biológico ou científico e, de maneira geral, a homogeneização no currículo de formação. A padronização dos hospitais no início do século XX sistematizou procedimentos na busca de maior qualidade dos serviços de forma que pudessem responder à cobrança da *American College of Surgeons* (ACS). A entidade estava certificando profissionais e, para tanto, exigia relatórios de morbidade aos cirurgiões que quisessem se tornar “*Fellows of the College*” (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 35-36). Porém, não havia dados disponíveis, além das condições de trabalho serem muito diversas e, em geral, ruins. Daí o estabelecimento de padrões para os hospitais.

Com as escolas médicas e os hospitais em reformulação, havia também a perspectiva de que pacientes (que pudessem pagar) passariam a se interessar por serem atendidos por médicos especialistas, atualizados com as novidades da ciência feita nos laboratórios e as tecnologias de diagnóstico, como patologia clínica e radiologia, e não mais o médico da família. Como consequência das novas necessidades, o paciente deixaria de ser atendido em casa para ser atendido em clínicas. Mais um fator, portanto, para os hospitais, serem reformulados deixando de ser o local para atender pobres para receberem a classe média. Segundo os autores Timmermans e Berg (2003), a padronização dos procedimentos, portanto, era uma questão de sobrevivência para os hospitais e também uma garantia para que os médicos estivessem organizados para o novo paciente da classe média.

A questão da gestão padronizada, que gerasse dados (de morbidade, por exemplo), para melhorar seus serviços médicos tem uma aproximação com o momento em que vivia a indústria norte-americana, a qual também passava pelo início de uma administração mais científica,

o Taylorismo, conforme Timmermans e Berg (2003, p. 10). Depois da Primeira Guerra Mundial, diminuiu um pouco a atenção a essa visão a partir da mudança nas relações e procedimentos, e voltou mais tarde, depois da Segunda Guerra.

“Padronização pareceu ser uma maneira altamente útil de evitar conflitos políticos diretos sobre barreiras de iniquidades, e assimetrias nas relações internacionais, e assim como um foco na padronização reemergiu como ‘produto de uma economia global’ (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 12, tradução nossa).

Contribuía para as mudanças na gestão de saúde a possibilidade de uso da classificação internacional de doenças que nessa época já possibilitava agrupar as informações de saúde da população, seguindo critérios definidos e compartilhados. A primeira classificação aprovada e recomendada para uso internacional é de 1893. A partir de 1948, sob a coordenação da OMS, a Classificação Internacional de Doenças (CID) passou a ser revisada periodicamente para prover além de estatísticas de morte e incluiu as classificações para morbidade nas populações (LAURENTI, 1991).

A *cientifização* da prática médica foi cada vez mais favorecendo a legitimidade para que a profissão fosse responsável pela determinação da doença e do cuidado com a saúde. Mas os controles externos, por meio da padronização de procedimentos, no entanto, não davam total autonomia técnica aos médicos.

Uma forma de assegurar essa autonomia era através do conhecimento científico. A biologia, anatomia e bioquímica já faziam parte da formação médica. A epidemiologia passou a ser incorporada às intervenções dos métodos da pesquisa e o ensaio clínico controlado randomizado se tornou o estudo considerado de melhor grau de evidência na medicina. Foram formas de puxar um pouco mais o controle técnico das condutas para os “especialistas” médicos.

Permaneceram, mesmo assim, as incertezas que poderiam abalar a legitimidade da profissão. Para Timmermans e Berg (2003) cada vez mais a imensa quantidade de informações na literatura médica desafia a habilidade cognitiva de estudantes em formação clínica. Ao usar o conhecimento adquirido, eles têm que lidar também com as incertezas e para isso expressar alguma confiança, a qual é desenvolvida durante a formação, quando o médico aspirante aprende a lidar de forma bem sucedida com as limitações da medicina. Na avaliação dos autores, a literatura

sociológica vê o treinamento como uma preparação para controlar as incertezas profissionais. Eles concordam que as incertezas permeiam a prática médica, mas acreditam que o quanto elas dominam ainda é uma questão para análises futuras.

Neste sentido, o embasamento em pesquisa é acompanhado de novas formas de lidar com incertezas e isso faz parte do aprendizado médico:

“A nova incerteza baseada em pesquisa leva a novas formas de gerir a incerteza. Residentes chefes e médicos assistentes organizam clubes de periódicos onde residentes apresentam e criticam artigos, oferecem cursos de atualização de estatísticas, e dão tutoriais sobre como usar Medline efetivamente. Palestrantes convidados visitam departamentos e palestram sobre a pesquisa primária que têm conduzido. E consistente com o espírito da MBE, periódicos médicos publicam protocolos de literatura. O aprendizado sobre como lidar com a incerteza específica da pesquisa levou, portanto, a um novo tipo de capacidade de inculcar a pesquisa, uma dimensão adicional do aprendizado para a medicina” (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 153, tradução nossa).

Mesmo assim, o status social da profissão médica ganhou força no momento em que o caráter científico se tornou sobressalente. A identidade da profissão passou a ser impactada cada vez mais pelo enfoque na ciência e suas fronteiras de atuação foram redefinidas.

No entanto, o conhecimento técnico é maleável. Na reflexão de Freidson (2009), o médico então passa a aprender sobre a natureza da doença e os métodos com mais chances para obter resultados mais eficazes. O conhecimento teórico é “objetivo”, mas o método para aplicá-lo não é conscientemente orientado pela teoria, mas depende do que se pode avaliar, dos hábitos, das preferências e interesses pessoais. O tratamento se baseia em técnicas (aprendidas formalmente) e na interação social (dada pela experiência clínica) relativa ao indivíduo e não testada sistematicamente.

Além disso, conforme o autor, o conhecimento técnico é situado historicamente, usa teorias gerais e afirmações testáveis. Sobre essa base se decide o que é doença. Assim, o conhecimento é transformado ao ser aplicado, há um julgamento individual como discutimos anteriormente. O conhecimento é aplicado até mesmo sem o conhecimento confiável já que o profissional está comprometido a agir ao ser solicitado. “Isso ocorre porque a medicina, por definição, é,

sobretudo, uma profissão de consulta e de prática, e não uma profissão científica ou acadêmica” (FREIDSON, 2009, p. 372).

Neste sentido, o autor completa que o modelo clínico encoraja o médico a desviar individualmente do conhecimento científico codificado, se basear na observação de casos e acaba sendo a “sabedoria”.

Ainda assim, as práticas padronizadas podem ter seus efeitos, mesmo que os protocolos não tornem o comportamento médico tão sistematizado quanto se espera (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 99). Há muitos usos de procedimentos padronizados – desde os mais rigorosos, até os mais relapsos. O que então existe não é uma mudança radical de comportamento, mas um processo contínuo de aprendizado para conhecer, ignorar, adaptar e implementar de diversas formas, ou seja, existe uma maleabilidade.

Os autores resumem a questão da padronização por protocolos na profissão: ajudam a dar credibilidade, mas submete a profissão a um controle.

"Quando se trata de status de uma profissão, argumentamos, protocolos representam uma espada de dois gumes. Eles podem trazer uma aura de ciência e qualidade, ainda que possam simultaneamente resultar em controle externo e perda da autonomia clínica. Especialmente em uma profissão já relativamente fraca, a introdução de protocolos por uma agência nacional que *não* é uma associação de profissionais pode parecer um possível empreendimento controverso" (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 130, grifo dos autores, tradução nossa).

O conhecimento sistematizado por meio de rotinas padronizadas, ao mesmo tempo em que submete a conduta médica a controles externos, pode também ser uma base para resguardar à profissão o controle de seu trabalho como exemplificam os mesmos autores. Cabe à jurisdição médica o controle direto dos protocolos e ensaios clínicos, como um conhecimento formal, técnico e este é o recurso valioso na disputa com os demais atores na posição de “controle”.

Apesar disso, a prática clínica baseada em protocolos permitiu transparência para que outros atores passem a questionar o julgamento clínico. Os hospitais e planos de saúde poderiam, por exemplo, olhar de perto a prática clínica e interferir aprovando ou negando decisões dos médicos, por meio de auditorias.

Os autores se referem, em sua pesquisa, a profissionais do seguro social holandês, os quais não demonstraram grande resistência a padronização de suas atividades, pois já estavam em um contexto de trabalho de pouca valorização. Mas reforçam que na medicina curativa essa ideia se amplia, pois trabalha-se em um ambiente muito mais burocrático e judicial, particularmente no caso dos Estados Unidos.

Chama a atenção que a profissão médica busca seu espaço, sua legitimidade e autonomia e a padronização e a ciência inserida na prática médica foram escudos para proteger esses anseios. No dia a dia, a rotina exige decisões, estejam elas dentro dos padrões ou não, sejam endossadas pelas seguradoras ou não, o clínico recorre ao que tem à disposição: seu conhecimento em permanente formação. Não existe tal conhecimento “evidenciável”, mas aquele que é possível no contexto, no momento. Essas são tensões e limites para, também, levarmos em conta na análise que pretendemos neste trabalho.

1.3.3 Mudanças na formulação de registros de pacientes

A partir da aproximação entre ciência e medicina, os pacientes também são atores em novas situações.

Até as reformulações impulsionadas pelos hospitais, o pobre era visto como objeto no sentido, por exemplo, de não ter um atendimento individualizado e acompanhado ao longo de anos como o paciente rico com seu médico de família. Com a necessidade de padronização e geração de estatísticas de atendimento, o paciente pobre, e também o rico, passam a serem reconhecidos da mesma maneira como indivíduos¹⁷ submetidos aos mesmos tipos de procedimentos. O rico, até então era um cliente exclusivo e passa a ser incluído como um ser biológico e objeto de pesquisa (TIMMERMANS; BERG, 2003). Segundo os autores, para os pobres utilizava-se com mais frequência as novidades científicas, pois havia o interesse científico, de experimentação. Já

¹⁷ Não no sentido humanístico, mas passa a existir um registro, um dado individual.

os ricos poderiam até mesmo deixar de serem submetidos a procedimentos e exames para que fossem incomodados o mínimo possível.

Quando os registros médicos passaram a ser cobrados no início do século XX houve resistência motivada, entre outras razões já abordadas na seção acima, porque o registro igualava os pacientes pobres e ricos. Além disso, a relação médico-paciente deixava de ser exclusiva e confidencial. Como os registros passaram a ficar sob a responsabilidade de hospitais, os dados eram submetidos a outros profissionais como taquígrafos, arquivistas, estatísticos, algo inicialmente inaceitável para os pacientes particulares, e temido pelos médicos. Essa resistência impediria que os hospitais atendessem aos critérios da ACS e, portanto, movimentava novas tensões das instituições contra os médicos.

Nesse contexto, a gestão hospitalar se torna mais científica e volta-se para atender seus novos pacientes, a classe média¹⁸. Essas instituições buscavam nos dados de atendimentos as informações para contabilizar seus serviços. Para isso, os médicos precisaram se adequar às novas formas de fazer os registros de pacientes. Antes, as anotações eram apenas feitas por cada médico e para uso próprio na forma do antigo livro de casos desorganizado. Nesta fase, os registros tiveram que ser centrados no paciente individualmente e passaram a ficar abertos ao controle externo. Nesta nova função, os médicos não só passaram a ter que fazer seus registros, dedicar mais tempo a essa tarefa, como ainda tinham que seguir a maneira determinada de se fazê-la (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 52).

Ao longo do tempo, o paciente assumiu o papel de “cliente”, significando uma relação de interdependência com o médico e não mais unilateral.

Com o caso estudado por Timmermans e Berg (2003, p. 118), sobre médicos do seguro social holandês, podemos observar que os procedimentos mais transparentes por meio da padronização facilitaram esse reposicionamento de atores, mas por outro lado, estreitaram o espaço para participação do paciente. Este passou a ser sujeito às recomendações apontadas pelas evi-

¹⁸ Antes o atendimento médico era privilégio daqueles que pagavam pelo médico da família, que atendia nas residências.

dências científicas. Os médicos, por sua vez, passaram a ficar cada vez mais atentos às informações objetivas sobre os pacientes trazidas por exames ou protocolos, por exemplo, do que a história que poderia ser contada pelo paciente.

Mykhalovskiy e Weir (2004, p. 1065) apontam para questões de poder e interesses a serem pensadas além do paciente ser ou não objeto da padronização do julgamento médico. O paciente não é apenas onde o conhecimento será aplicado – o objeto - mas também passa a ser o lugar onde o conhecimento será produzido, ou seja, irá gerar informação, é o caso dos voluntários em ensaios clínicos, por exemplo. Além disso, pacientes também estão ligados ao sucesso de carreiras científicas, já que compõem as amostras e os resultados os quais impactarão nos currículos acadêmicos e, além disso, cientistas podem até mesmo ser beneficiados financeiramente por obter ou reter pacientes, no caso dos Estados Unidos. A questão vai além da “coisificação” do paciente, envolve proteção à saúde, à cidadania dos pacientes e ética profissional.

Os registros médicos também subsidiaram a pesquisa científica. Conforme a medicina deixou de ser organizada em torno do paciente, a literatura rapidamente passou a mencionar registros de informação clínica. Essas são características fortes hoje no conjunto de práticas da MBE.

1.3.4 Mudanças institucionais e novos atores

As instituições políticas, sociais, organizacionais também fazem parte e muitas vezes impulsionam o que vem se configurando como a MBE. Para isso, elas se reposicionam constantemente sob as forças em disputa que representam.

A proposta de controle do conhecimento pelos hospitais não se concretizou tão fluidamente como foi idealizada, de acordo com Timmermans e Berg (2003, p. 42). Para melhorar os registros e obter dados do atendimento médico, mudanças tecnológicas e de infraestrutura se fizeram necessárias. São alguns exemplos: a criação de padrões para terminologias e suas abreviações, livros de referências, layouts de registros, equipamento de transcrição de registros, transporte de registros, entre tantas outras necessidades. Até mesmo a arquitetura dos hospitais receberam

novas configurações como as salas de registros e os sistemas de tubos pneumáticos para transportar dentro dos hospitais, segundo os autores.

As novas demandas geraram consumo de tempo e dinheiro. Esses investimentos não puderam ser acompanhados pelos pequenos hospitais. Entre estes estavam as entidades que atendiam a população negra nos Estados Unidos, e que acabaram fechando. Enquanto isso, a competitividade se acirrava:

“Novas terminologias, novo pessoal, uma crescente ênfase em contabilidade, e padrões alterados de trabalho dos médicos não foram as únicas mudanças que as novas formas de armazenamento de registros trouxeram. Visitantes de hospitais viajavam pelo país, elencando em cartões padronizados o quanto hospitais correspondiam aos critérios de padronização da ACS” (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 46, tradução nossa).

Os hospitais, em concorrência, apertaram os controles contábeis e por consequência a autonomia dos médicos passou a ser secundária depois da pressão imposta pela “Era de Ouro” de forte controle econômico das atividades pelos próprios médicos. Do ponto de vista dos hospitais, o desafio principal passou a ser torná-los financeiramente sustentáveis.

Outro ator a encontrar oportunidades com a medicina científica é a indústria farmacêutica, sobretudo as áreas de aprovação e prescrição. Com base em dados que passaram a ser coletados, foi possível que cada vez mais elas disseminassem seus resultados – em geral aqueles positivos - de seus ensaios, promover drogas e estratégias de marketing argumentando pelo uso de evidências, conforme Timmermans e Berg (2003):

“As fábricas de medicamentos têm sido apoiadoras estratégicas da medicina baseada em evidências. Elas têm apoiado particularmente a disseminação de protocolos clínicos que estabeleceram a superioridade de suas drogas - as quais eles financiam é claro, gerando outra manifestação da complexa rede médico-indústria” (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 167, tradução nossa).

Nas mudanças que foram configurando a MBE, houve espaço para que surgissem também novas entidades ligadas a órgãos governamentais.

No Reino Unido, o *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) abrange a Inglaterra e País de Gales, e é vinculado ao Departamento de Saúde, mas é operacionalmente indepen-

dente. Produz evidências para a saúde pública, métricas para avaliação e informação para a gestão de saúde. Nos Estados Unidos existe a *U.S. Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) com funções similares à entidade britânica, agência vinculada ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Há ainda a *U.S. National Guideline Clearinghouse* ligada à Agência para Pesquisa em Saúde e Qualidade, dentro do mesmo departamento, inicialmente criada em parceria com a *American Medical Association and the American Association of Health Plans* para prover acesso e facilitar o uso de protocolos para a prática clínica e no sistema de saúde.

A organização internacional Colaboração Cochrane talvez seja a instituição mais simbólica, se não a mais representativa, na defesa da medicina baseada em evidências e, portanto, vale a pena analisarmos um pouco mais detalhadamente seus contornos.

A Colaboração Cochrane se define como uma entidade não governamental internacional independente e sem fins lucrativos. Dedicase a produzir e disponibilizar revisões sistemáticas de intervenções em saúde e a promover a busca de evidências, como a realização de ensaios clínicos e outros estudos, para pesquisa de efeitos e intervenções de saúde.

Os estudos produzidos são disponibilizados na Biblioteca Cochrane, publicada pela John Wiley e Sons, serviço atualmente online que reúne uma coleção de diferentes bases de dados. Eles oferecem textos contendo revisões a respeito de intervenções em saúde. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* é o principal produto da organização. Além desta, há outras bases de dados organizadas por idioma, por subgrupos - como a Biblioteca de Saúde Reprodutiva da OMS cujos estudos também estão na base geral, mas se tornam mais acessíveis por esse agrupamento - e a base de dados de revisões de metodologias, de estudos sobre avaliação da atenção à saúde.

A revisão de estudos feita pela Cochrane visa apontar de forma constante e atualizada as evidências mais recentes. Elas são feitas, em sua maioria, por voluntários organizados nos chamados Grupos Cochrane, dedicados a questões de saúde. O trabalho desses revisores consiste em buscar relatórios de ensaios clínicos na literatura em saúde, preparar as revisões conforme o método Cochrane ou revisar e atualizar revisões feitas anteriormente. Eles podem também atuar na melhoria da metodologia Cochrane.

A ideia da organização nasceu com o livro de Archie Cochrane (1909-1988) *Effectiveness and Efficiency*, de 1972, que chamou a atenção para a necessidade de se obter evidências para embasar os serviços de saúde. Ensaaios clínicos randomizados teriam já um papel fundamental nesta proposta. Encorajado por Cochrane, um leitor do trabalho começou a reunir relatórios de ensaios randomizados sobre os efeitos do cuidado durante a gravidez, nascimento, e primeira infância. Anos depois, em 1979, Cochrane publica uma crítica à obstetrícia e ginecologia por ignorar a necessidade de embasar a prática clínica com resultados de ensaios randomizados. Segundo relatam Starr et al. (2009) o feito foi um chamado para que se começasse a organizar uma base de dados de evidências.

A partir daí, foram desenvolvidos métodos abertos para preparar sínteses estatísticas (meta-análises) de resultados de ensaios clínicos. Esses métodos permitiram o registro computadorizado formando bases de dados eletrônicas de evidências. O método passou a incluir informação bibliográfica dos ensaios que compuseram resumos e também os dados brutos por ensaios, ou seja, os dados estavam separados de sua visualização (não eram apresentados como imagens estáticas) e poderiam ser reanalisados por próximos revisores. As referências para outros trabalhos também estariam disponíveis (posteriormente se tornaram links para os trabalhos online) para facilitar a reanálise. A base de dados permitiu gerar livros e gráficos, e o programa de computador facilitou a disponibilidade das informações (inicialmente em disquetes para distribuição e, mais tarde, na Web).

Uma inovação é que os dados disponíveis na base de dados poderiam ser atualizados conforme novos registros fossem levados em conta nas meta-análises. Assim, os gráficos gerados pelo sistema também poderiam conter os dados atualizados. Além de serem acessíveis online, hoje, eles podem ser atualizados mais rapidamente do que publicações em formatos tradicionais, como artigos em revistas científicas.

Cada revisão contém as informações de contato de revisores e do grupo Cochrane responsável, para então receberem comentários dos usuários. A participação externa por meio de comentários pode acontecer nas etapas de pré-publicação (enquanto há apenas o protocolo da revisão registrado) e de pós-publicação da revisão, para as próximas atualizações da revisão.

A primeira base de dados foi a *Oxford Database of Perinatal Trials* (ODPT) de evidências sobre gravidez, parto e primeira infância. Gerava alto custo para a editora, a *Oxford University Press*, que decidiu descontinuí-la, em 1992. O projeto *Medical Knowledge*, da *Maxwell Eletronic Publisching* surgiu como um sucessor da ODPT, mas foi fechado em 1991.

No entanto, no Reino Unido, as experiências na área perinatal foram reconhecidas como legítimas e as evidências como uma forma de geração de receitas, pois poderiam ser comercializadas como artigos de periódicos. A partir dessas primeiras tentativas, nasceu *National Health Service Research and Development Program* que subsidiou o estabelecimento da Colaboração Cochrane, em 1993. A proposta desta iniciativa foi expandir o método das revisões para todas as áreas da saúde, tal como a ideia de Archie Cochrane de 1979.

Os grupos de revisão Cochrane começaram a se formar para preparar e manter atualizadas as revisões sistemáticas nas diversas áreas da saúde. O desenvolvimento de bases de dados de revisão também teve continuidade. A área perinatal continuava sendo de destaque entre os trabalhos realizados.

Nos anos 2000, já com a Internet, o sistema para produzir revisões foi modificado. Além disso, investiu-se no formato para disponibilizar resumos de forma mais acessível em linguagem mais simples como no formato de resumos, assim como investiu-se em melhorias para armazenamento em servidor centralizado. O software para revisões permanece nos dias de hoje na modalidade de uso livre para fins não comerciais, permite reunir dados de uma maneira padronizada para depois serem disponibilizados em outras linguagens computacionais.

Os membros da Colaboração Cochrane são de mais de 100 países. Segundo dados de junho de 2011 divulgados no site da organização (www.cochrane.org), há mais 28 mil participantes, sendo 70% deles atuam diretamente nas Revisões Cochrane como autores.

Para diminuir a redundância de trabalho entre eles, faz-se, por exemplo, o registro centralizado da revisão que o autor ou seu grupo pretende fazer, para que a questão não se duplique na base de dados.

Os membros estão organizados em grupos que realizam as revisões por áreas como câncer de mama, doenças infecciosas, tabagismo, etc. Há ainda os Centros Cochrane que coordenam geograficamente a atuação dos grupos ao redor do mundo, oferecem treinamentos, eventos, apoio em traduções, entre outras atividades. Já os Grupos de Métodos têm o papel de manter o desenvolvimento da metodologia das revisões. Há a divisão por Campos, dedicados a problemas específicos como atenção primária, grupos de pessoas (idosos) e também por tipo de intervenção (vacinas, por exemplo). Existe uma Rede de Consumidores com a intenção de reunir informação e pessoas, em geral pacientes, interessados em evidências.

As ferramentas mais importantes no sistema de revisão é a *Review Manager* (RevMan), para que autores façam o trabalho com o aspecto necessário para os programas de computador, e a publicação *Handbook*, documento que descreve como se conduz uma revisão Cochrane.

A Colaboração Cochrane é mantida principalmente com renda obtida pela venda de publicações e assinaturas da Biblioteca Cochrane. Os grupos Cochrane, que contribuem para o trabalho da colaboração internacional, em geral estão instalados em organizações como hospitais e universidades e possuem fundos próprios. Para esses grupos, o financiamento é obtido principalmente a partir de fundos governamentais e contando com a participação voluntária de profissionais de saúde. Há ainda percentuais menores do orçamento oriundos de doações, financiamento por organismos internacionais como a OMS, e obtidos a partir da realização de eventos. Fontes comerciais ou privadas que possam ter interesse nos resultados das revisões não são aceitas como financiadoras. As entidades privadas aceitas, como associações, não podem interferir no resultado de revisões (THE COCHRANE COLLABORATION, 2010/2011).

A medição de fator de impacto da *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR) começou em 2008, ano em que obteve índice de mais de 4,5 ou a sétima em frequência de citações entre os periódicos médicos. A organização informa ser responsável por impactar nas práticas em saúde, políticas para a tomada de decisão e na pesquisa.

Quanto à recomendação de evidências no âmbito mundial envolvendo governos e políticas nacionais, a OMS tem maior representatividade, além de agências como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), entre outras, que atuam regionalmente.

A OMS recebeu de seus países membros, na 58ª Assembleia Mundial da Saúde em 2005, a solicitação de apoiar no desenvolvimento de mecanismos mais eficazes para diminuir a brecha entre a maneira como o conhecimento é gerado e as formas em que é utilizado, incluindo a transformação dos resultados da pesquisa em saúde, nas políticas e práticas. À OMS foi solicitado estabelecer ou fortalecer mecanismos de transferência de conhecimento para apoiar a saúde pública, os sistemas de atenção à saúde e as políticas relacionadas à saúde, baseadas em evidências. Desde 2005, os países, através da OMS, têm mantido a proposta do embasamento em evidências para tratar de tendências e de condições determinantes para a saúde das populações. Esta abordagem aparece documentada pela entidade em 2011 como um dos cinco focos principais da reforma organizacional da OMS para responder aos desafios de saúde pública do século 21 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Hoje, a própria apresentação da OMS na página “sobre nós” se refere a uma organização que lidera questões de saúde globais, molda a agenda de pesquisa, estabelece normas e padrões, articulando opções de políticas baseadas em evidências (<http://www.who.int/about/en/>).

A OMS mantém, dentro da *Reproductive Health Library* uma série de recursos relacionados à MBE como informações sobre metodologias, cursos, acesso a bases de dados (http://apps.who.int/rhl/education/Education_EBM/en/).

A principal publicação da OMS, o relatório mundial da saúde publicado periodicamente desde 1995, reforça a importância das evidências para as decisões políticas e de financiamento. Cada edição aborda um tema específico, traz estatísticas dos países com o objetivo de oferecer informação para governos, agências financiadoras, a informação para decisões de políticas e financiamento.

O relatório mais recente, de 2010, é intitulado "Financiamento dos Sistemas de Saúde. O caminho para a cobertura universal". A publicação discute análises e propostas com base em evidências principalmente sobre questões da economia da saúde. Mesmo a mensagem da Di-

retora da OMS, na apresentação do relatório, já destaca a importância das evidências para as ações dos países.

O próximo relatório a ser publicado em setembro de 2013 também trará referências no âmbito das evidências sob o tema da cobertura universal da saúde com acesso a serviços suportados pela pesquisa científica que deve acontecer não apenas nos centros de pesquisa acadêmicos, mas nos programas de saúde pública.

1.3.5 Novas tecnologias da informação e comunicação

Quando o registro de pacientes deixou de ser centralizado nas mãos dos médicos, além de ser uma tarefa que passou a ser compartilhada com outros atores, as tecnologias se proliferaram para responder à nova demanda para organizar essas informações. Logo, formulários necessitavam apenas de algumas palavras ou itens selecionados utilizando uma lista de termos pré-definidos. Estatísticos e profissionais que utilizariam os dados passaram a ter uma interface com médicos e outros “registradores”, até mesmo cobrando melhores práticas. A nomenclatura precisou ser padronizada para permitir comparações, gerando listas de abreviaturas, classificações como destacam Timmermans e Berg, (2003):

“O processo de padronização é dependente e provoca outros processos de padronização: como círculos concêntricos de ondas movimentando-se para fora do lugar onde a pedra bateu na superfície da água, a padronização de procedimentos para manutenção de registros provocou a emergência de arquivos padrões, os quais por sua vez provocaram a emergência de armários padrões e procedimentos para armazenar pastas” (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 50, tradução nossa).

Essa descrição nos dá uma dimensão do nível das mudanças e de como elas ressignificaram não só funções, profissões, mas ambientes e recursos.

Para que os dados fossem comparáveis, desde a reformulação dos hospitais no início do século XX, foi preciso padronizar sistemas de informação, comunicação, tecnologias, inclusive computacionais - como foram as iniciativas da Colaboração Cochrane de que tratamos na se-

ção acima - de forma a reforçar o desenvolvimento da MBE. O crescimento desses processos e de dados de estudos aconteceu e continua se ampliando no mundo todo.

Como desdobramentos dessas mudanças, têm surgido publicações para difundir a proposta e os produtos da MBE. Na era da Internet, os produtos da MBE têm grande alcance em disseminação, como os periódicos: *Evidence-Based Medicine*, *Clinical Practice Guidelines Update*, *Best Evidence*, *Patient-Oriented Evidence that Matters* (POEMs), *Bandolier*, *Effectiveness Matters*, *The ACP Journal Club*. Com frequência são publicados editoriais sobre a MBE em periódicos tradicionais como *British Medical Journal*, *Journal of American Medical Association*, *Annals of Internal Medicine*, *New England Journal of Medicine*. Até mesmo críticos da MBE têm seu próprio periódico, o *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. Livros médicos, de enfermagem e até direcionados a outras áreas discutem a MBE (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 7).

Outra nova necessidade é a ampliação do acesso a essas publicações. No Brasil, o Ministério da Saúde vem adotando como política o uso de resultados de pesquisa científica para suas ações, mas a prática da MBE de modo geral é inicial no país (MINISTERIO DA SAUDE, 2009). Uma das ações do ministério é a participação desde 2004 na rede global para elaborar e implementar políticas baseadas em evidências no sistema nacional. A rede é denominada *Evidence-Informed Policy Network* (EVIPNet), coordenada pela OPAS, escritório da OMS para a região das Américas (DECIT, 2009). No setor privado, é mais corrente a adoção e elaboração de evidências, acompanhando as referências internacionais na área.

Outra iniciativa é o Portal Saúde Baseada em Evidências (aplicacao.periodicos.saude.gov.br) lançado em 22 de junho de 2012 pelo o Ministério da Saúde em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). O portal é uma ferramenta para que profissionais de saúde tenham acesso gratuito a estudos de evidências para auxiliá-los no diagnóstico, tratamento e gestão da saúde. No momento do lançamento, o portal foi disponibilizado para profissionais através do número de registro em conselhos de classes (como registro no Conselho Regional de Medicina, Enfermagem ou entidades representativas como essas) e uma senha para acesso o portal. O investimento foi da ordem de R\$ 10 milhões e a

expectativa do Ministério é de que o portal chegue a 1,8 milhão de profissionais de saúde usuários (BRASIL, 2012).

Além do portal do Ministério, há outros projetos no Brasil disponíveis para acesso de pesquisas de evidências e discussão dos temas ligados à MBE. São em acesso livre e gratuito, por exemplo, o Portal Cochrane em português (cochrane.bireme.br) e o Portal de Evidências (evidencias.bvsalud.org), que fazem parte da rede de portais “Biblioteca Virtual em Saúde”, mantidos pela Organização Pan-Americana da Saúde através da Bireme, em cooperação com o governo federal.

Também no Brasil, é uma iniciativa recente e o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) (www.ensaiosclinicos.gov.br), resultado de cooperação entre o Ministério da Saúde, a OPAS e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A plataforma permite o acesso livre a registros de estudos experimentais e não-experimentais realizados em seres humanos, estejam eles em andamento ou finalizados. A plataforma recebe registros de estudos feitos por pesquisadores brasileiros e estrangeiros. No Brasil, a resolução nº 36, de 27 de junho de 2012 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) passou a exigir a apresentação de Registro no ReBEC dos estudos clínicos fases I, II, III e IV. A medida permite a visibilidade para estudos mesmo aqueles com resultados não esperados e que, portanto, podem não vir a ser publicados ou divulgados amplamente. O sistema ReBEC faz parte de um grupo de 13 registros primários que integram a Plataforma Internacional de Registro de Ensaios Clínicos da Organização Mundial da Saúde (ICTRP – OMS). Assim, os registros feitos no Brasil entram na rede da OMS de registros de pesquisas com seres humanos, o que atende às exigências de revistas científicas internacionais e dos órgãos como o *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), correspondendo à demanda de integrar a disseminação das evidências.

1.3.6 Uso de evidências para decisões jurídicas e econômicas

Outro âmbito de alcance e influência da MBE é o direito. Hoje existem políticas sociais sendo definidas, muitas vezes por demandas trazidas pela sociedade, utilizando recursos jurídicos que se embasam em evidências médicas.

Na prática clínica a evidência tem caráter mais probabilístico e reflete resultados sobre populações. O resultado mais crítico também pode ser chamado de evidência. Já na justiça, a evidência pode ser usada para avaliar ou atribuir uma responsabilidade, ao invés de ser usada para pensar uma ação futura. Uma decisão clínica, no direito, se refere a uma ação que já ocorreu, para determinar a causa de um dano. Também é importante diferenciar que na saúde, a evidência é aplicada depois de anos de protocolos divulgados e na justiça, após o resultado de uma ação, juízes podem acompanhar a mesma decisão, o que muda de imediato uma conduta e a amplifica, conforme os autores:

“(…) no campo legal advogados decidem que evidência submeter e juízes decidem que evidências o júri irá ouvir. Consequentemente, em júris de direito determina-se a validade e confiabilidade de evidências apresentadas para eles enquanto no campo da saúde os próprios especialistas determinam o que constitui uma evidência válida. (...) se a corte considera o protocolo definitivo como padrão para a assistência, o protocolo se torna critério contra o qual a prática de um médico é julgada. Protocolos de prática clínica podem ser usados para imunizar médicos contra responsabilidade por negligências, reconhecendo protocolos como 'vias de mão dupla' (TIMMERMANS; BERG (2003, p. 109, tradução nossa).

Ao serem usadas evidências para embasar decisões econômicas, também definem-se condutas para a área da saúde e, por consequência, impacta na vida do paciente e da sociedade. Podem se configurar em incentivos ou penalidades para profissionais que adotem esta ou aquela medida nas suas intervenções médicas.

No âmbito da saúde pública, vale também lembrar que as evidências racionalizam medidas com grande impacto econômico. O sistema de saúde, em geral, provoca uma intensa mobilização de recursos, portanto as decisões são suscetíveis a atender a alguns interesses em detrimento de outros.

Para termos alguma referência desses gastos, eles representavam 3% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial em 1948. Passaram para 8,7% do PIB em 2004. No período 1998-2003, o crescimento anual de gastos em saúde foi 2,08 pontos percentuais mais altos do que a taxa média de crescimento do PIB (HSIAO, 2007). No Brasil, os gastos totais em saúde foram de 8,9% do PIB em 2011. O valor está próximo de países como Espanha, 9,4%, e Reino Unido, 9,32, com sistemas universais de saúde e distante dos gastos nos Estados Unidos 17,8%, com sistema principalmente privado (WHO, 2013).

O direcionamento da saúde para os resultados de pesquisa tem se estabelecido globalmente, do direito, a economia, até as mais diversas áreas e, como exemplificam Mykhalovskiy e Weir (2004, p. 1060):

“A mobilidade da evidência é multidimensional. A tomada de decisão com base em evidência não é uma relação fixa mas uma mecânica portátil que é refeita conforme atravessa formas de trabalho e se intersecciona com diferentes culturas profissionais. As perambulações da evidência têm nos dado enfermagem baseada em evidências, assistência social baseada em evidências, educação baseada em evidências, medicina veterinária baseada em evidências (...)" (MYKHALOVSKIY; WEIR, 2004, p. 1067, tradução nossa).

Podemos concluir que, se a MBE tende a cada vez mais fazer parte dos diversos âmbitos da sociedade, sua relação com cada um dos macroaspectos introduzidos nesta seção merecerão ser analisados de forma aprofundada em análises futuras. O estudo do desenvolvimento da MBE no Brasil é um campo com possibilidade de novos estudos.

2 JORNALISMO, CIÊNCIA E SAÚDE

A comunicação é intrínseca à ciência, desde os processos entre pares, passando pelo ensino para a formação de cientistas, envolve a educação informal por meio de museus, por exemplo, e também a divulgação científica voltada para a sociedade. Essa dinâmica de relações é algo fundamental para a formação dos cidadãos e para o desenvolvimento das democracias (VOGT, 2003).

O jornalismo é um dos elementos que participam da construção das noções sobre a ciência, tecnologia e saúde pela sociedade como uma das diversas atividades da comunicação. Cabe-lhe também a função de se aproximar da MBE pela abrangência que este conjunto de práticas vem adquirindo, como tratamos no capítulo anterior.

Ao passo que a MBE se estabelece no Brasil, o jornalismo vem se aproximando desse tema, acompanhando suas interfaces, apropriando-se das estatísticas médicas, dos argumentos “embasados em evidências”. Porém, a MBE permanece em uma “caixa-preta” (LATOURET, 2000) não contribuindo para promover o debate e crítica desta prática pela sociedade. Os aspectos abordados nesta seção serão o jornalismo na divulgação de ciência em saúde e a problematização desta função.

2.1 JORNALISMO CIENTÍFICO EM SAÚDE

O jornalismo representa uma parcela das diversas possibilidades de comunicação na sociedade. A tarefa dos jornalistas é de mediação, facilitar a mútua comunicação entre os diferentes grupos da sociedade o que leva à uma “vontade política”, formando por sua vez “a opinião pública dirigida” (KUNCZIK, 1997, p. 100). Visto da perspectiva sociológica, o jornalismo está exposto a um sistema de interdependências, com pressões práticas e especificidades da narrativa (NEVEU, 2006, p. 107).

Apesar das divergências quanto à definição na literatura, pode-se dizer que estamos tratando do jornalismo enquanto seu papel de encontrar, reunir, avaliar e difundir acontecimentos ou comentar os fatos do momento (KUNCZIK, 1997, p. 16). O jornalismo científico, especificamente, poderia ser descrito como uma das formas de processar e comunicar os fatos, em um relacionamento complementar à função da ciência.

“Enquanto a ciência, com sua orientação universalista, cria uma rede de abstrações, o jornalista concentra-se no individual, no original e no perceptível. O objetivo não é a abstração, mas a compreensão do específico. Entende-se também o jornalista como mediador entre as ciências e a tarefa de superar as barreiras da comunicação que se interpõe entre elas e vincular as diferentes formas de conhecimento, o que não acontece na operação científica normal diária” (KUNCZIK, 1997, p. 102)

Na atividade jornalística, duas operações podem ser destacadas: a seleção dos fatos que serão transformados em acontecimentos e a constituição da narrativa, que resultarão em histórias dos acontecimentos selecionados. Ambas são atividades consecutivas (NEVEU, 2006).

2.2 A SELEÇÃO DOS FATOS

A avalanche de novas informações científicas representa um desafio para jornalistas. As instituições de pesquisa tendem a se envolver cada vez mais com a divulgação de suas produções para a imprensa e para a sociedade. Elas também facilitam o acesso a pesquisadores ou outros profissionais do campo científico, ao mesmo tempo em que há maior compreensão da atividade de divulgação pelos cientistas. Além disso, com a Internet mais acessível, as redes sociais online e outras ferramentas que surgem a cada dia, abrem-se caminhos para conteúdos mais facilmente compartilhados e até virais. Assim, selecionar informação para levá-la ao público por meio do jornalismo vem se tornando uma tarefa mais complexa apesar de dispor de mais ferramentas.

Para a escolha de acontecimentos que serão difundidos, o preparo técnico do jornalista é uma das cobranças constantes. Ele precisa acompanhar a conversa cada vez mais global na ciência através do filtro, coleta, organização, interpretação e difusão da notícia. Ao mesmo tem-

po, no mercado de comunicação, exige-se que o jornalista não só publique o fato, mas faça com que ele *chegue* ao público com um valor agregado, pois o jornalismo compete não apenas no seu próprio meio, mas mede forças com outras formas de comunicação como a publicidade e o entretenimento.

Na seleção dos fatos de saúde e ciência, a qualidade do trabalho do jornalista e a informação divulgada a partir dele são fundamentais para oferecer opções relevantes para o público e este possa, de fato, usá-las para desenvolver seus conhecimentos e atitudes. Esses conhecimentos podem impactar nas escolhas individuais em relação ao bem-estar e, de maneira coletiva, na formação cidadã e desenvolvimento da democracia (VOGT, 2003). “Essas escolhas serão tão mais próximas do ponto de vista almejado pelo indivíduo quanto mais informações ele ou ela detiver sobre as opções, os caminhos, as alternativas e as possibilidades disponíveis” (ANDI, 2009, p. 7).

Nesta perspectiva, ao nos depararmos com a notícia, por exemplo, de que “o ovo é um poderoso aliado” ou “um inimigo” disso ou daquilo, no mesmo dia, o cardápio do almoço corre o risco de mudar, ainda que raramente estes estudos noticiados sejam conclusivos. Mas vale ponderar que o jornalismo não pode ser entendido como ferramenta para *fazer* com que as pessoas adaptem seus comportamentos conforme o que é divulgado, senão teríamos todos excelentes hábitos alimentares, praticaríamos regularmente atividades físicas entre outros comportamentos para proteger nossa saúde e prevenir doenças (CORCORAN, 2010, p. 68). O jornalismo, enquanto mídia de massa, pode ser uma ferramenta para desenvolver conhecimentos e atitudes na direção da promoção da saúde que significa oferecer opções e capacitar as pessoas para que façam suas próprias escolhas, na definição dada por Corcoran (2010).

Entretanto, o contexto no qual o jornalismo é feito não é livre de interesses. A importância social da saúde faz com que o assunto tenha grande presença nas publicações jornalísticas (ANDI, 2009). A saúde recebe grande parte dos financiamentos para pesquisa. Tradicionalmente, é o tema de maior interesse das audiências apontado na Pesquisa de Percepção Pública da Saúde (VOGT et al., 2012), alvo frequente de debates e propostas políticas. Uma conjunção de fatores

repercute na projeção do tema saúde nos meios jornalísticos, resultando também em resultados positivos de audiência.

Nas inter-relações com a área da saúde, o jornalismo é alvo de muitas críticas. Do ponto de vista dos pesquisadores (MOYNIHAN, 2003; SCHWITZER, 2008; BRAITHWAITE, 2010), excede na simplificação, deturpa a informação, por ser tendencioso e deixar a desejar o embasamento em evidências. Em geral, autores como esses (em revistas de saúde de alto impacto) não levam em conta abordagens teóricas sobre as funções e limitações do campo jornalístico, apresentando expectativas que muitas vezes não condizem com as condições em que o jornalismo de fato é feito. Estes aspectos também são relevantes para tentarmos obter algum deslocamento de olhar, compreensão desse campo de atuação (NEVEU, 2006, p.135). Na tentativa de compreender o que acontece e buscar proposições, partimos, da análise da constituição da narrativa jornalística dos acontecimentos.

2.3 AS CONDIÇÕES DA NARRATIVA JORNALÍSTICA

A divulgação dos assuntos científicos e tecnológicos da saúde sofre influências do contexto no qual se faz jornalismo. Quanto ao jornalismo ocidental contemporâneo, sua origem ou pelo menos grande influência vem do modelo praticado nos Estados Unidos e Grã-Bretanha (KUNCZIK, 1997; NEVEU, 2006; WOLF, 2009).

Nos Estados Unidos, o jornalista foi caracterizado como o profissional coletor de notícias, a partir do final do século XIX com a *Penny Press*¹⁹. O modelo de profissionalismo foi dado pelos rituais de busca de “fatos” em delegacias, hospitais e outros locais, para serem reportados como notícias. O jornalista passou a ser figurado como o profissional capaz de fazer um

¹⁹ No século XIX, os jornais tiveram o custo reduzido a um centavo (anteriormente custavam 6 centavos) em consequência da tecnologia de energia a vapor, atingindo o público das classes de baixa renda, portanto passou a ter conteúdo mais generalizado, menos político.

relato de campo, de verificar a informação, possuidor de uma agenda de “fontes” ou contatos, capaz de dominar a entrevista e de realizar o que se convencionou como texto de reportagem (NEVEU, 2006, p. 23). Essas tarefas ajudaram a diferenciar o jornalista dos perfis anteriores, como o escritor e o político, profissionais que faziam jornalismo. Levou à profissionalização, dando a perspectiva de carreira jornalística.

No Brasil, o jornalismo sofreu as influências de ter nascido sob a égide do Estado. Desligou-se do império português somente no século XIX para passar pelo século XX cerceado por regimes ditatoriais e intervalos de democracia e, a partir daí, como afirma Neveu (2006, p. 24), “O capítulo da cooperação, da subserviência e até da promiscuidade é também muito extenso”. O mesmo autor relata as maiores mudanças aconteceram mais marcadamente a partir dos anos 1980. Os veículos passaram a adotar uma postura mais empresarial, aumentou a profissionalização dos jornalistas, surgiram novas mídias e, ao mesmo tempo, a crise econômica, a competição entre os veículos e a depreciação salarial.

No contexto internacional, o jornalismo médico especificamente era uma área pouco valorizada, praticada por médicos-jornalistas – eles se consideravam mais médicos do que jornalistas – e que escreviam sobre conquistas da medicina. A mudança aconteceu nos anos 1970 quando aumentou a população médica e os desenvolvimentos das questões de saúde. O espaço para a saúde na imprensa cresceu e se especializou em editorias²⁰ dedicadas ao assunto e uma nova geração de especialistas que, mesmo médicos, passaram a se considerar jornalistas, mais distanciados, críticos e com a visão de consumo da informação (NEVEU, 2006, p. 134).

Com a profissionalização veio também a crença de que este profissional seria capaz de reportar os acontecimentos de forma objetiva, descritiva, algo que marcou a narrativa jornalística (NEVEU, 2006, p. 24). Assim, a lógica de concorrência de mercado e a ideia do veículo a respeito da recepção da informação por seu público, até mesmo a autocensura para agradar seus

²⁰ Seções temáticas abordadas pelo veículo jornalístico como política, sociedade, esportes e saúde, educação, comunicação, sendo estas últimas destacadas a partir dos anos 70. Neveu (2006, p. 83) vê as editorias como um instrumento de como o veículo percebe a realidade, a importância que dá aos assuntos mostra também a maneira como divide as equipes e os profissionais por competências.

editores (KUNCZIK, 1997, p. 272) são possíveis influências na escrita e estilo como pressões sobre os jornalistas. Neveu (2006) resume as pressões sobre a escrita jornalística:

“(...) remetem ao conjunto das condições de trabalho e às pressões de produção (relação com o tempo, com as fontes; (...) são ligadas às estratégias comerciais da empresa de comunicação, aos objetivos que ela fixa quanto à sua lucratividade, ao perfil social do público-alvo” (NEVEU, 2006, p. 124).

O jornalismo, de forma geral, passou a ser visto como profissão desde o século XIX. A partir deste período, as normas típicas profissionais foram se consolidando (a obtenção rápida de notícias, habilidade para redação, edição, etc.) bem como as normas éticas (obrigação para com os receptores, valores como a responsabilidade, imparcialidade, o cuidado, a justiça, a objetividade, etc.).

Kunczik (1997, p. 37) afirma que a profissionalização contribuiu para maior autonomia e consciência para resistir aos interesses particulares e suas pressões e influências. Por outro lado, nesse momento histórico, reduziu a questão da democratização da comunicação, ou seja, menor amplitude de opiniões e perspectivas, uma vez que o jornalista passou a ser o profissional dedicado a esta função.

O jornalismo tornou-se um relato de aparências, sob dois aspectos principais: (1) é produzido às pressas, em sociedades estruturadas que possuem suas tensões e regras, precisa tornar os fatos inteligíveis para o público e as interpretações que faz são datadas e efêmeras. Urgência e contingência são dificultadores; além disso (2) evita-se inferir a subjetividade dos personagens ou caminho não declarado para as decisões em estruturas de poder, pois como é difícil sugerir o que ninguém confessa, a especulação acaba sendo deixada para o público, segundo Kunczik (1997).

A objetividade tornou-se uma crença e, muitas vezes, uma “anomalia da abordagem” segundo Pereira Júnior (2006). Na visão do autor, esse é um tipo de isenção, conhecido como jornalismo declaratório, que serve de muleta para produzir manchetes atraentes em detrimento da apuração em profundidade. Quando o jornalista apresenta a opinião de uma fonte especializada (com todas as credenciais oficiais) e se isenta da análise e da busca de consistência da informação trazida pela fonte, ele se desobriga da responsabilidade sobre as posições apresentadas.

Junto com a objetividade, o papel da imparcialidade também ajudou a delinear as funções do jornalismo. Kunczik (1997) complementa esta ideia:

“(...) a objetividade jornalística está ligada à qualidade de um produto jornalístico. Também se utiliza o termo para descrever uma norma jornalística que requer certos tipos de comportamento. Já a ‘imparcialidade’ ou o ‘equilíbrio’ que se exigem da reportagem se relacionam com o conteúdo global de um veículo de comunicação, com os interesses existentes numa sociedade que dentro desse veículo compete com algum outro em torno da opinião pública (...). Uma luta assim concebida em torno da opinião pública, na qual até mesmo o meio de comunicação deve permanecer neutro, apresenta sempre o perigo de se obter um ‘equilíbrio’ meramente dentro do já estabelecido” (KUNCZIK, 1997, p. 224).

Nelkin (1987, p. 92) argumenta que a objetividade faz parte de um ideal marcante no modelo de jornalismo americano, resquício da *penny press*, em uma atitude de descrição do mundo. Uma possível razão para isso é a influência da atitude científica do século XIX que se colocava superior a outras formas de conhecimento e que foi reforçada pelos ideais democráticos naquele momento.

Uma consequência da norma da objetividade é a necessidade de fazer a relação entre *fatos*. Estes são expostos sem comentários ou análises que conduzam o público a uma perspectiva da *realidade*. O jornalismo de recortes junta detalhes que não têm relação entre si, nem antecedentes comuns. A prática tem a ver com a característica generalista do profissional e com seu tempo, que é limitado e dificulta o aprofundamento nos conhecimentos teóricos.

A partir da ideia de objetividade o mundo parece ser formado por muitas partículas entrelaçadas - os “fatos” - deixando a desejar a análise desse todo:

“Mediante a seleção dos fatos, de acontecimentos segundo sua atualidade e significação, o leitor-espectador pinta um quadro semelhante a um caleidoscópio de cores. Expõe-se os fatos sem maiores comentários ou análises que ajudariam o receptor a criar um quadro da ‘realidade’” (KUNCZIK, 1997, p. 232).

É interessante a análise feita pelo mesmo autor quanto aos possíveis efeitos dessa objetividade. A entrega dos fatos prontos de forma depositária e sem análise pode levar os receptores a se sentirem impotentes diante da política ou das notícias negativas. O autor sugere que o surgimento e a importância do jornalismo televisivo teria relação com a falta de legitimidade cada vez maior da política (KUNCZIK, 1997, p. 275). A falta de interesse da sociedade pelo enga-

jamento político é expressa, por exemplo, na visão negativa a respeito dos políticos. Tradicionalmente, eles estão entre os profissionais menos valorizados pela sociedade segundo as pesquisas de percepção pública em ciência e tecnologia (VOGT et al., 2012).

Para voltarmos à questão da objetividade, é preciso ponderar que a realidade não pode ser contada aos outros por inteiro. Este é um desafio permanente para o jornalista. Pereira Júnior argumenta que “(...) noticiar é selecionar fatos para organizar um sentido. Cabe ao jornalista sedimentar uma realidade sólida para o público sem enganá-lo com a falsa promessa de uma realidade “real”, pronta, acabada (...)” (PEREIRA JÚNIOR, 2006, p. 70).

A atividade acontece em um contexto de produção da notícia como uma rotina industrial, com processos e procedimentos específicos, além de limites organizacionais. “Portanto, embora o jornalista seja participante ativo na construção da realidade, não há uma autonomia incondicional em sua prática profissional, mas sim a submissão a um planejamento produtivo” (PENA, 2005, p. 129). Esta noção é importante para ponderar a ideia de manipulação da notícia de forma intencional pelo jornalista. Um exemplo de situação bastante comum ilustra essa lógica da rotina produtiva do jornalismo:

“Suponha que você é um repórter de TV e acaba de chegar à redação com uma reportagem sobre um assunto relacionado ao governo do seu estado. Entretanto, faltam apenas trinta minutos para o telejornal entrar no ar e você precisa editar a matéria. Naturalmente sua edição dará prioridade à entrevista com o governador do estado. Mas isso não quer dizer que você esteja manipulando a reportagem a favor do governo. Apenas seguiu algumas das lógicas internas da rotina produtiva, como a hora de fechamento e a escolha da figura mais representativa (o governador), que é um critério de noticiabilidade” (PENA, 2005, p. 130).

O jornalista, portanto, segue uma organização que influencia a produção intelectual. Não é possível ser completamente livre e independente.

2.4 OS PROCESSOS DE PRODUÇÃO E O NEWSMAKING

Os processos de produção da comunicação e a forma como é organizado o trabalho onde as mensagens serão construídas são aspectos mais decisivos na visão de Wolf (2009) ao abordar a Teoria do *Newsmaking*.

Segundo a perspectiva do *newsmaking*, lidar com limitações organizacionais e produtivas, são criadas convenções como a definição de “o que é notícia”. Isso permite viabilizar um processo comum para produção de notícias, desde quais fontes serão ouvidas até como será elaborado este conteúdo. “Estabelece-se, assim, um conjunto de critérios, de relevância que definem a *noticiabilidade* (*newsworthiness*) de cada acontecimento, isto é, a sua “aptidão” para ser transformado em notícia” diante dos diversos acontecimentos do cotidiano, conforme Wolf (2009). Quanto mais atender aos critérios de *noticiabilidade*, maiores são as chances de o fato tornar-se notícia.

De acordo com Wolf (2009), tais critérios podem ser classificados considerando as características substantivas da notícia (pessoas envolvidas no fato – quantidade, nível hierárquico, abrangência territorial, e a possibilidade de repercussão do acontecimento).

Há ainda a classificação dos critérios relativos ao produto, que devem poder ser explicados brevemente. Este critério tem a ver também com a ideologia da informação, ou seja, aquilo que rompe com a rotina chamará a atenção do público, assim como o fato mais atual, a história que puder ser contada com ação e clareza, assim como aquele fato que ajudar a dar equilíbrio ao noticiário visto como um conjunto.

A *noticiabilidade* de um acontecimento também depende de se encaixar aos procedimentos do veículo. É preciso levar em conta se o fato é “susceptível de ser ‘trabalhado’ pelo órgão informativo sem demasiadas alterações e subversões do ciclo produtivo normal” (Wolf, 2009). Mesmo assim, é possível que os procedimentos possam ser adaptados pelo veículo, já que ele tem alguma flexibilidade conforme a situação ou a *noticiabilidade* do fato.

A imagem que o veículo ou os jornalistas fazem de seu público pode influir nos critérios de *noticiabilidade*, bem como a relação com os veículos da concorrência.

Com da definição de *noticiabilidade*, deve-se desenvolver a “pauta” e a partir disso a apuração da informação, novos elementos do processo de elaboração de notícias sujeitos a interferências. A pauta é uma hipótese, uma questão a ser respondida tomando um recorte da situação, é o rumo do trabalho que o jornalista desenvolverá através da apuração das informações. O aspecto crítico neste processo é o levantamento de informações de qualidade e que possam ser checadas. Isso ajuda a evitar que a matéria termine como “declaratória”, como Pereira Júnior (2006) aponta, tampouco que seja concluída com versões que se anulam – o que é dito por uma *fonte*²¹ é contradito por outra sem promover uma reflexão consistente pelo leitor.

Dentro do ritual da apuração - objetiva – sob a limitação de tempo do jornalista, é preciso passar por algumas etapas, apontadas por Kunczik (1997, p. 270):

1. Verificar possibilidades contrárias ao fato através de opiniões coletadas para mostrar equilíbrio da notícia, credibilidade do veículo, já que o jornalista não poderia verificar a verdade por ser o assunto além de sua experiência (ele não é um especialista). Para evitar ser parcial, é possível dar espaço ao oponente daquela opinião;

2. Apresentar dados que corroborem com a notícia, e que sejam já aceitos como verdadeiros;

3. Uso de aspas, opiniões de outras pessoas, mais uma vez para que o jornalista se distancie do entrevistado “deixando que os fatos falem”;

4. Estruturação da informação em pirâmide invertida²².

²¹ Pessoa ou instituição que origina a informação.

²² Princípio da narrativa jornalística em que o texto começa por um parágrafo que condensa as informações principais do acontecimento. Nos parágrafos seguintes a redação detalha todos os aspectos (quem, onde, quando, como e por que) por ordem de relevância.

Essas etapas do ritual da objetividade tentam deixar que o leitor decida quem diz a verdade. “Mas é equivocada a afirmação dos jornalistas de que os fatos falam por si mesmos, pois a avaliação e a aceitação dos fatos dependem dos processos sociais” (KUNCZIK, 1997, p. 271). Portanto, utilizando os termos de Lage (2005, p.158), observamos maior importância em ser consistente quanto ao fato reportado do que objetivo.

2.5 A CONSISTÊNCIA DA FONTE DE INFORMAÇÃO

Se nos aprofundarmos na questão da consistência dos fatos noticiados, nos remetemos à apuração da notícia e a qualidade da fonte utilizada. Entre as reflexões correntes no jornalismo atual, é possível enveredarmos em direção às novas tecnologias.

Com a facilidade de disponibilização de dados na Internet, a diversidade crescente de páginas online, nos bancos de dados públicos e nas redes de circulação de notícias, “aumenta a chance de ocorrer um deslocamento do lugar das fontes da esfera do oficial ou do oficioso para o domínio público” (MACHADO, 2002).

Neste contexto, o jornalista precisa de novas habilidades para utilizar as fontes na Internet dentro das particularidades da sua organização de trabalho e da apuração da notícia como tratadas anteriormente, na perspectiva de Wolf (2009).

Enquanto no jornalismo convencional a notícia poderia consistir na declaração da fonte, o jornalismo com suporte na Internet possibilita maior ênfase à credibilidade da notícia, uma vez que facilita a participação das fontes envolvidas que podem também expressar comentários sobre o caso. O jornalista não deve abandonar a checagem tradicional dos centros de informação política, de serviços públicos, por exemplo, mas “(...) pode fugir da síndrome das declarações ou repercussões para aprofundar temas de interesse coletivo e a forma de apuração dos fatos” (MACHADO, 2002).

No caso do jornalismo em saúde, há a possibilidade de buscar os dados antes de redigir a matéria solicitada ou mesmo quando apura a veracidade dos conteúdos das matérias enviadas pelos colaboradores. Machado (2002) exemplifica:

“A reboque das circunstâncias, o jornalismo convencional divulga os fatos quando em pleno desenvolvimento, como a epidemia de dengue no Rio de Janeiro que, mesmo tendo sido ocasionada por medidas adotadas com antecedência de meses como a demissão dos mata-mosquitos no Estado pelo Ministério da Saúde, ocupa as manchetes no momento que ganha proporções assustadoras, com os registros das primeiras mortes. Com o exame cuidadoso dos bancos de dados existentes nas redes o jornalista digital pode descobrir fatos de enorme relevância muito antes de a medida entrar em funcionamento, quando ainda em fase de estudo ou finalização do projeto (MACHADO, 2002).

A questão da apuração utilizando as bases de dados tem como novidade algo aparentemente operacional, mas que pode influenciar o processo de apuração e o resultado da notícia. O jornalista tende a passar a consultar dados armazenados na Internet, além de entrevistar suas fontes e analisar as declarações obtidas. Isso poderia dar mais independência ao profissional que não ficaria limitado ao ponto de vista de especialistas e fontes oficiais na apuração (MACHADO, 2002).

Seriam procedimentos como os usados por profissionais da saúde ao buscarem pesquisas de evidências, ou seja, a apuração de notícias poderia ser feita utilizando bases de dados de evidências, obtendo a síntese de estudos que poderiam valer pautas para matérias.

Assim, digamos que haja algum caso público relacionado ao câncer de mama que pudesse abordar o exame do toque para o diagnóstico precoce. O primeiro passo do jornalista (para pensar a pauta²³) poderia ser uma busca nessas bases de dados de evidências para verificar que não existe fundamentação “científica” para a recomendação do exame de toque para a redução da mortalidade (KÖSTERS; GØTZSCHE, 2003). O jornalista então partiria para apuração com especialistas, entidades governamentais ou outras fontes.

²³ Pauta, no jargão jornalístico, é um breve resumo com dados e encaminhamentos para a realização de um trabalho, uma reportagem, por exemplo.

Olhando sob esta perspectiva, utilizar as pesquisas de MBE como pautas sobre questões de saúde poderia dar abertura para o conteúdo não depender tanto da opinião de especialistas. Ao mesmo tempo, envolve maior entendimento do processo de fazer ciência pelo jornalista que, por sua vez, poderá mediar a comunicação desse processo da ciência para o público.

Essa possibilidade implicaria que o jornalista soubesse utilizar bases de dados em sua rotina de trabalho. Algo que já vem sendo explorado em diversas áreas jornalísticas, chamado Jornalismo de Precisão, às vezes também denominado *Big Data*. Esta prática jornalística visa incorporar elementos estatísticos e sociais na apuração de notícias, inclusive utilizando bases de dados assim como fazem os profissionais de saúde, que permitiriam a apuração aprofundada para reportagens.

Por outro lado, a possibilidade de jornalistas usarem os mesmos métodos adotados por profissionais de saúde para a pesquisa de evidências em bases de dados é complexa, considerando a rotina da produção de notícias, as idiossincrasias profissionais, prazos e objetivos de divulgação relacionados ao perfil do veículo. Mas pode ser uma alternativa a ser mais explorada.

Como em qualquer profissão, exigiria uma mudança de cultura e isso traz inseguranças em relação à novidade, também faltam projetos que possam ser considerados viáveis pelos investidores, e pesquisas sobre o jornalismo no suporte digital (MACHADO, 2002). Mas o autor argumenta que a tecnologia deve ser pensada como possibilidade de inovar a produção de conteúdos no jornalismo.

Em relação a essas necessidades de inovação, podemos mencionar duas iniciativas norte-americanas que tentam munir jornalistas de ferramentas para o uso de dados e de métodos para apuração de notícias científicas em saúde.

A primeira é o *Health News Review* (www.healthnewsreview.org) que busca melhorar o diálogo sobre saúde por meio de informações para ajudar os “consumidores” a analisarem criticamente as questões de saúde.

Entre os conteúdos do site, há avaliações de matérias jornalísticas e uma lista de critérios para ajudar na produção de notícias e a análise das publicações pelo público. A revisão dessas maté-

rias é feita por uma equipe multidisciplinar, dois ou três revisores por matéria, entre eles jornalistas, médicos, pesquisadores da área da saúde e analistas de saúde pública. As matérias são classificadas conforme correspondem aos critérios de avaliação e as críticas são publicadas no site.

O site detalha os procedimentos de como é feita a escolha das matérias entre os cerca de 20 veículos acompanhados pela equipe. Também contém recursos para ajudar o público a entender estudos científicos e na apuração de notícias.

A iniciativa não é inédita, foi inspirada por um grupo de australianos que, em 2004, lançaram o site *Media Doctor Australia* com propostas parecidas. O mesmo grupo australiano inspirou iniciativas no Canadá, Alemanha, Hong Kong e Japão, segundo informa o site americano.

Tabela 1 Critérios da iniciativa *Health News Review* para análise de notícias de pesquisa em saúde. Disponível em www.healthnewsreview.org (tradução nossa).

10 Critérios para Análise de Matérias de Saúde - *Health News Review*

- 1 A matéria discute adequadamente os custos da intervenção?
- 2 A matéria quantifica adequadamente benefícios do tratamento / ensaio / produto/ procedimento?
- 3 A matéria explica/quantifica adequadamente os danos da intervenção?
- 4 A matéria parece compreender a qualidade da evidência?
- 5 A matéria está comprometida com “vender doenças”?
- 6 A matéria usa fontes independentes e identifica conflitos de interesse?
- 7 A matéria compara a nova abordagem com alternativas existentes?
- 8 A matéria estabelece a disponibilidade de tratamentos/ensaio/produtos/procedimentos?
- 9 A matéria estabelece a real novidade da questão?
- 10 A matéria parece se basear somente ou principalmente em comunicado de imprensa?

Outra ferramenta que subsidia o trabalho jornalístico com dados de saúde é a *Dollars for Docs* (<http://projects.propublica.org/docdollars>) que divulga "como a indústria do dólar chega a seus médicos". A iniciativa revela os montantes de pagamentos feitos para profissionais da medicina e suas instituições e permitem ao leitor verificar questões como conflitos de interesses.

The screenshot shows the ProPublica website interface. At the top, there is a navigation bar with links for 'Don't Miss: Fracking | IRS | Dollars for Docs | Surveillance | Patient Safety | Prescriber Checkup | Installment Loans | 990s' and a 'DONATE' button. Below this is the ProPublica logo and the tagline 'Journalism in the Public Interest'. A search bar and a 'SUBSCRIBE' button are also visible. The main article is titled 'Dollars for Docs: The Top Earners' by Hanna Trudeau and Theodoris Meyer, dated March 12, 2013. The article text states: 'When Dollars for Docs first launched in 2010, ProPublica spoke with several of the dozens of doctors who had earned more than \$200,000 from their speaking and consulting work for drug companies. Now, with records from more companies and more years of data, we've identified 22 doctors who've earned at least \$500,000 since 2009 — including one, Jon Draud, who was paid more than \$1 million.' Below the text is a grid of 10 small portraits of the top earners. To the right of the article, there is a promotional banner for the CNN Original Series 'INSIDE MAN' featuring Merrin Dungey, starting on Sunday at 10 PM ET/PT. Below the banner is a 'DONATE' button. At the bottom right, there is a logo for 'INVESTIGATING INTERNSHIPS' featuring a blue silhouette of a person with a magnifying glass over their head.

Ilustração 2. Reprodução de uma das páginas do site *Dollars for Docs* na qual aparecem os 10 principais profissionais financiados por indústrias farmacêuticas – 23/06/2013

No site, os mais de 2 milhões de registros de 2013 informam os valores gastos em listagens por estados ou por 15 empresas. Estas correspondem a 45% do mercado de saúde. As companhias publicam seus dados em sites próprios ou outros espaços, motivadas, em alguns casos, por imposições legais. O *Dollars for Docs*, por sua vez, reúne e organiza os dados organizados para acesso público. A página contém gastos das companhias com pagamentos de palestrantes, suas refeições e consultorias (para desenvolver pesquisas, por exemplo).

A ferramenta é desenvolvida pela organização *Pro-Publica*, independente, sem fins lucrativos e mantida por filantropia. Ela reúne jornalistas que atuam principalmente produzindo matérias investigativas. As reportagens da *Pro-Publica* foram, inclusive, premiadas com o Pulitzer em 2011 por reportagem nacional e em 2010 em reportagem investigativa.

2.6 OS PROCESSOS DE POPULARIZAÇÃO DA CIÊNCIA

Sejam quais forem as organizações e condições do trabalho, os códigos de conduta e princípios que guiam os jornalistas preconizam o respeito à verdade, a informação difundida com cuidado e que seja de confiança. A força desses códigos da profissão permite alguma independência das tentativas de controles tanto comerciais quanto legais ou de censura e ao mesmo tempo responder às obrigações para com a sociedade, conforme Kunczik (1997):

“Embora no momento não se possa discernir nenhum consenso internacional sobre a ética no jornalismo, é irrefutável a necessidade dessa ética. O objetivo é evitar que as notícias se distorçam e que os “jornalistas” altamente qualificados utilizem suas habilidades técnicas para a manipulação” (KUNCZIK, 1997, p. 109).

A manipulação não é apenas intencional, mas tem a ver também com o preparo do profissional. Jornalista mal preparado é manipulável uma vez que recebe e necessita filtrar informação de tipos e qualidades diversas.

Neste sentido, uma das interferências é a questão da formação dos jornalistas que atuam na cobertura de ciência em saúde. Esta preparação é uma necessidade frequentemente reiterada em fóruns científicos e de jornalismo e deve incluir uma visão global do desenvolvimento que abarque os aspectos sociais, econômicos e políticos da ciência e tecnologia (OLIVEIRA, 2002, p. 26).

Antes de tudo, é necessário compromisso ético para ampliar a credibilidade da informação jornalística quando é baseada em conhecimentos científicos. Sem esta obrigação com o público o jornalismo é apenas pernicioso (LAGE, 2005, p. 142). Para isso, novamente, vem à tona a questão das capacidades profissionais. O jornalista é cobrado para ser capaz de analisar criticamente - para que possa informar - o que faz parte do campo científico e é ético diferenciar

o que é mistificação, especulação ou qualquer outra coisa. Os conhecimentos na área da epistemologia da ciência são essenciais.

No discurso dos cientistas que criticam o jornalismo falta, porém, uma visão dos processos do jornalismo e de processos sociais como abordamos anteriormente. Prevalece a visão do déficit de conhecimento por parte do jornalista como leigo, como é o caso de Moynihan (2003). O autor aponta que o jornalismo médico parece mais promoção do que jornalismo e que a notícia tende a favorecer o novo, portanto o “vendedor” do produto de saúde mais recente. Uma resposta seria maiores esforços educacionais para aprimorar a cobertura de saúde. Ele propõe também investir no trabalho das Assessorias de Imprensa com releases melhor elaborados para ajudar na cobertura em vez de excesso de entusiasmo e falta de informação sobre a limitação dos estudos.

A proposta do autor é corroborada em todas as entrevistas que realizamos com jornalistas. Conforme detalharemos no capítulo seguinte, é fundamental um esforço para o diálogo mais efetivo entre assessorias e jornalistas.

Já Schwitzer (2008) relata que em dois anos de análise de 500 matérias jornalísticas, o projeto “Como jornalistas dos EUA cobrem tratamentos, testes, produtos e procedimentos? Uma avaliação de 500 matérias” (tradução nossa) indica que os jornalistas em geral falham em discutir custos, a qualidade da evidência da informação, a existência de alternativas, e a magnitude absoluta de potenciais benefícios e danos. O autor sugere potencial impacto negativo do jornalismo no público.

“Somos da posição de que se organizações de notícias não podem dar espaço suficiente ou tempo para uma matéria para cobrir as questões necessárias, então seria melhor que a matéria não fosse publicada ou transmitida. Matérias incompletas sem contexto podem causar danos” (SCHWITZER, 2008, p. 95).

Para nos aproximarmos do contexto brasileiro, podemos encontrar em Pallone et al. (2012) um levantamento da cobertura da mídia sobre temas de saúde que utiliza o referencial teórico do enquadramento. A análise foi feita a partir veículos de comunicação de grande circulação no estado de São Paulo. Foram 271 matérias de 11 veículos analisados no mês de fevereiro de 2012. Da mesma forma que a pesquisa americana, aqui também não foi possível encontrar

uma contribuição para o debate das questões de saúde, os conflitos de ideias, as questões morais ou mesmo econômicas relacionadas ao tema saúde.

Entre veículos impressos, de TV e Internet o enquadramento mais presente de “atribuição de responsabilidade” (0,48) foi o mais presente nas matérias veiculadas no período, atribuindo a solução ou causa de uma questão a um grupo/instituição. As matérias também contêm um ângulo emocional, o que foi categorizado como “Interesse humano” (0,36), o segundo enquadramento mais presente. O “conflito de ideias” (0,15) ou as opiniões divergentes sobre as questões aparecem na sequência, como enquadramentos de pouco destaque. É menos comum colocar as questões de saúde sob a perspectiva da “moralidade” (0,11), como dogmas religiosos e morais nas matérias. Por último, as “consequências econômicas” (0,09) são o enquadramento de menor presença, ou seja, as questões de saúde não tendem a ser apresentadas em sua influência econômica para indivíduos, grupos, instituições, região ou país.

Braithwaite (2010) considera que algumas reportagens oferecerem interpretações precisas da pesquisa clínica. Porém, aquelas que falham neste aspecto podem confundir o público leigo sobre quais mensagens de saúde são mais importantes e embasadas em evidências. O ritual da objetividade e o não aprofundamento na abordagem de pesquisas clínicas em geral não chegam a esse nível de análise crítica dos fatos.

O mesmo autor alerta para perigos da má qualidade da informação disseminada, a falta de critérios para seleção do que é notícia. Para ele, é um perigo quando qualquer tipo de informação de ciência é importante, e também a falta de contextualização dos fatos:

“(…) um indivíduo que ouve muitas matérias sobre risco de câncer de pulmão (por exemplo, que pistaches aumentam o risco de câncer) pode ser levado a ignorar toda a concentração de informação relacionada ao câncer. Como resultado, pode não prestar atenção na informação que poderia substancialmente melhorar sua saúde e é suportada por evidências” (BRAITHWAITE, 2010, p. 543, tradução nossa).

Por outro lado, a respeito da visão predominante da divulgação científica, Hilgartner (1990, p. 519) traz a reflexão dos interesses envolvidos. A popularização da ciência é vista como um processo excessivamente simples e criticável. Isso atende aos interesses daqueles que querem manter a hierarquia pela autoridade ou técnica.

Hilgartner (1990) exemplifica com o caso do câncer, com o estudo de Richard Doll & Richard Peto “As causas do câncer: estimativas quantitativas para evitar riscos de câncer nos Estados Unidos hoje” (tradução nossa), de 1981. Uma vez que os números foram apresentados pelos autores, passaram a ser disseminados de maneira simplificada ainda entre pares. Sem o contexto inicial ou em novos contextos - como políticas, documentos governamentais - os dados foram tratados como fatos e passaram a ser usados para argumentar mudanças na dieta norte-americana, nas políticas regulatórias e nas prioridades de pesquisa sobre o câncer (HILGARTNER, 1990, p. 520).

A simplificação, conforme o autor, é importante no trabalho científico. É necessária para que haja comunicação. Isso acontece já entre pares, no âmbito interno dos laboratórios, com estudantes, por exemplo. Existe simplificação na comunicação com fontes de financiamento ou com especialistas de campos científicos adjacentes. Dessa forma, a transformação coletiva das declarações contribui para moldar o conhecimento que se constrói. E a popularização pode ser vista como uma extensão deste processo, retroalimentando a pesquisa (HILGARTNER, 1990, p. 524).

A partir da sociologia do conhecimento científico, desde Robert Merton²⁴ a ciência é vista também como uma instituição social, tem suas normas e valores (*ethos*). Os interesses, crenças e valores dos cientistas estariam subordinados a critérios empíricos, racionais e lógicos norteados pelo universalismo, comunismo, ceticismo e desinteresse, como imperativos institucionais. Nesta perspectiva, a construção do conhecimento é não-linear, permeado por inter-relações com diversos atores e, em geral, como parte da cultura a que pertencemos (COLLINS; PINCH, 2003; LATOUR, 2000; HILGARTNER, 1990). Além disso, outros atores participam da ciência, mas nem sempre são considerados, como administradores, burocratas, empreendedores, relações públicas, sem os quais a ciência não poderia ser feita.

Nessa visão, a popularização é então é uma questão de *grau*, os limites dependem dos critérios levados em conta e, nisso residem muitas ambiguidades, ninguém sabe “o quão popularizado é popularizado” (HILGARTNER, 1990, p. 528, tradução nossa).

²⁴ Robert K.. **Sociologia: teoria e estrutura**. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

Apesar de ser esperado que o conhecimento científico seja simplificado, por exemplo, em publicações técnicas, políticas, entre outras, a medida do que pode ser uma mudança significativa, se deve ser considerada distorção, incorreta ou aceitável, vai depender de um julgamento, portanto de circunstâncias, conforme o autor:

“Obviamente seria ingênuo acreditar que suas representações simplificadas são politicamente neutras. Ao contrário, uma montanha de evidências mostram que especialistas frequentemente simplificam ciência com um olhar para a persuasão de sua audiência para apoiar seus objetivos: eles buscam motivar as pessoas a seguir recomendações de saúde pública, a construir apoio para programas de pesquisa, convencer investidores que uma descoberta é comercialmente promissora, ou advogar posições de políticas controversas em ciência de alto nível” (HILGARTNER, 1990, p. 531, tradução nossa).

A ideia de distorção também pode ser usada a favor de cientistas, a culpa por distorcer o conhecimento científico recai sobre a mídia, outros cientistas, políticos e o público. Ao mesmo tempo, se reafirma a autoridade do conhecimento genuíno (HILGARTNER, 1990, p. 531).

O problema desta visão dominante de popularização é que é extremamente simplificada e não oferece um modelo adequado através do qual o conhecimento científico se espalhe. É difícil estabelecer questões sobre a o grau de simplificação adequado. E em uma situação de controvérsia, podemos questionar: o que deverá ser aceito? Vale refletirmos, sobretudo, o que acontece quando se mantém essa hierarquia de expertise. Ela tem uma utilidade política na visão de Hilgartner (1990). Além disso, promove uma solidariedade entre cientistas (HILGARTNER, 1990, p. 533).

Ao redor dos cientistas estão as pressões que os comandam, mas eles não deixam que isso se destaque. Seria perigoso dar a entender que os apoiadores, empregados, auxiliares, etc. também fazem ciência e, portanto, se não é feita apenas por cientistas, pode ser liderada por outros grupos de interesse. Este ponto de vista é o alvo de análise dos “estudos sociais da ciência” (LATOUR, 2000, p. 287). Nessa trilha de discussão, há tensões que os cientistas não conseguem resolver seguindo o método científico, não se pode esperar que o público consiga tomar decisões melhores quando precisam opinar sobre questões técnicas (COLLINS; PINCH, 2003, p. 195).

Mas as questões da ciência estão presentes nos processos políticos e aí sim a compreensão *sobre* a ciência pelos cidadãos e não *o saber ciência*, tem efeito nas decisões dos cidadãos.

“(...) a informação necessária não é sobre o conteúdo da ciência, é sobre a relação entre os especialistas e os políticos, os meios de comunicação e o resto de nós. O cidadão tem grande experiência no que diz respeito a como lidar com especialistas em desacordo: a política partidária não é isso? O que o cidadão não deve fazer é lidar com especialistas em desacordo que aparentam ser outra coisa” (COLLINS; PINCH, 2003, p. 196, tradução nossa).

Além das opiniões políticas, permanentemente, todos nós, consumidores de produtos de saúde, somos sujeitos a nos tornarmos extensões de experimentos científicos, conscientemente ou não (PETRYNA, 2011, p. 7). Ao adotarmos esses produtos entramos no processo de *experimentalidade* na visão da autora. Estas são questões de fabricação de dados científicos, cujas consequências são contraditórias, podem ser benéficas para a saúde, como também resultados danosos ou inconclusivos, nos quais estamos envolvidos.

Aqui, a reflexão-chave trazida por Hilgartner (1990) é: o que a visão dominante de popularização oferece a cientistas, e àqueles que têm autoridade a partir da ciência? Esse conhecimento valioso é seu único bem, e popularizar é como permitir a circulação de uma outra moeda. A ideia de distorção permite-lhes identificar *falsificações*, isso quando lhes é conveniente. O autor faz a ressalva de que há muitas divisões na ciência, é difícil haver um controle tão grande pelos cientistas e essa visão dominante de popularização tem impacto limitado (HILGARTNER, 1990, p. 534).

Sendo o jornalismo científico um dos instrumentos no processo de popularização da ciência, assim como a atuação das assessorias de imprensa nacionais e internacionais, entre outros segmentos participantes da dinâmica das relações entre ciência e cultura (VOGT, 2003), esta visão crítica da divulgação e das relações imbricadas neste processo deve motivar novas discussões e estudos futuros.

3 PESQUISA REALIZADA COM JORNALISTAS

A partir das ideias abordadas até aqui sobre a MBE e o jornalismo, analisaremos a seguir as congruências e controvérsias entre ambas as áreas. Realizamos entrevistas com jornalistas em saúde com o objetivo de conhecer suas experiências e como elas se relacionam com as mudanças na área da saúde com o desenvolvimento da MBE.

3.1 UNIVERSO DA PESQUISA

Com esta pesquisa, objetivamos conhecer casos típicos para estudar o fenômeno conforme Flick (2009, p. 47). Portanto, buscamos profissionais com conhecimentos e experiências no jornalismo com foco em pesquisa sobre saúde.

Para as entrevistas, foram abordados profissionais que atuam na cidade de São Paulo em veículos de imprensa que realizam a cobertura em foco nesta pesquisa: a saúde voltada para a ciência²⁵. Buscamos veículos impressos da grande mídia e de mídia especializada em saúde, sob a hipótese de terem espaço e processos que permitam a apuração aprofundada, dentro das limitações do *newsmaking*, conforme tratamos no capítulo anterior (seção 2.4). Além disso, os meios impressos também parecem ser os que mais concentram jornalistas (MICK, 2013).

Com esse escopo definido, contatamos 11 profissionais por telefone ou e-mail, repórteres ou editores, funções que mais claramente participam da apuração e edição de notícias em saúde. Os jornalistas procurados, em geral, receberam a proposta positivamente. As entrevistas não realizadas foram por falta de tempo dos entrevistados, por motivos como estar cobrindo férias de colega, estar saindo ou voltando de férias, portanto com a agenda apertada, segundo informaram.

²⁵ Diferenciamos de outras abordagens em saúde como o enfoque no bem-estar, estética e beleza.

A partir da sexta entrevista, decidimos parar as gravações devido à própria limitação de tempo desta pesquisa e por considerarmos que o panorama obtido é satisfatório para análise.

O interesse nesta pesquisa não foi trazer uma representatividade amostral, mas apresentar perspectivas de jornalistas de saúde e os sentidos que atribuem para sua realidade e, com esses dados, poder desenvolver uma discussão dialogando com os referenciais teóricos apresentados anteriormente.

3.2 COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas nas redações dos veículos ou em suas residências. Essas seis conversas totalizaram 7h40min de gravação.

Ao convidarmos os participantes, informamos que eles poderiam se identificar ou não na pesquisa. Porém, depois das primeiras entrevistas e com alguns pedidos de confidencialidade, vimos que seria necessário ocultar os nomes de todos os participantes e de seus veículos já que há poucos profissionais dedicados à área da saúde e os participantes poderiam ser facilmente identificados entre eles e, eventualmente, causar constrangimentos desnecessários. Por esse motivo, as entrevistas não foram incluídas na íntegra, apenas em trechos selecionados, conforme o Apêndice 1.

3.3 QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA

As perguntas qualitativas na forma de um questionário semi-estruturado foram elaboradas a partir da literatura em jornalismo e em saúde (PAPPAS, 2008; KAISER FAMILY FOUNDATION ASSOCIATION OF HEALTH CARE JOURNALISTS, 2009; CARMAN, 2010; SCHWITZER, 2008). Para esse pré-questionário, partimos de grandes áreas para questões a explorarem:

(a) identificação de preceitos da MBE (estatística, conflitos de interesses, resultados, risco/benefício);

- (b) uso de critérios para definição pauta com base em tipos de estudos;
- (c) uso de fontes de informação ou outros recursos relacionados à MBE;
- (d) influência da MBE na rotina jornalística;
- (e) aspectos da construção do conhecimento científico;
- (f) perfil do profissional; e
- (g) proposições para o jornalismo em saúde.

Durante as entrevistas, em geral, foram mantidas essas grandes áreas de perguntas. No entanto, a versão pré-definida do questionário objetivou servir apenas de roteiro para estimular os entrevistados. Em campo, as perguntas foram redefinidas conforme o perfil das pessoas entrevistadas e ao passo da necessidade de aprofundar ou ultrapassar alguma questão.

A terminologia “Medicina Baseada em Evidências” não foi mencionada aos entrevistados no contato inicial, nem nas primeiras perguntas. A hipótese inicial era que esta omissão não prejudicaria a análise e, ao mesmo tempo, evitaria confusão com outros possíveis conceitos que existem, uma vez que a ideia não é explicar qualquer fundamentação da MBE, mas analisar a percepção do tema de forma geral entre jornalistas.

Durante as entrevistas, foi possível perceber que a terminologia é conhecida, em menor ou maior grau. Profissionais com maior experiência profissional têm conhecimento mais aprofundado e mais crítico. Profissionais iniciantes, em geral, têm postura menos tensa em relação ao tema, como se ele fosse parte *natural* da rotina jornalística. Ao final das entrevistas, uma ou mais perguntas usaram a terminologia “medicina baseada em evidências”, e assim foi possível explorar o tema em todas essas conversas.

Os dados subjetivos obtidos através das entrevistas se relacionam com os valores, as atitudes e as opiniões dos sujeitos da amostra. Objetivam permitir a análise da presença, ausência e em que grau, da aplicabilidade de preceitos de MBE na prática jornalística.

3.4 DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS

Para o estudo dos dados obtidos, começamos pela codificação aberta de análise linha por linha (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 119). Com alguns conceitos pré-definidos e outros apanhados no decorrer da releitura das entrevistas, anotamos os termos às margens das páginas.

Essa lista de conceitos, por sua vez, gerou categorias que agrupam conceitos (STRAUSS; CORBIN, 2008), ou seja, temas que poderiam representar a expressão contida nos depoimentos (MINAYO; DESLANDES, 2007).

Seguindo o método de interpretação de sentidos (MINAYO; DESLANDES, 2007), agrupamos o material da pesquisa conforme questões comuns se apresentavam entre os depoimentos. Foi possível fazer uma relação entre os depoimentos segundo o tempo de carreira, experiência no tema saúde, visão aprofundada ou não das questões da MBE e também pelo depoimento *desviante*, que não se relaciona com nenhum dos outros pontos comuns entre os outros indivíduos.

Essa entrevista é desviante no sentido de *comportamentos não relacionados aos demais* (MINAYO; DESLANDES, 2007). As perspectivas trazidas pelo depoimento também contribuíram de maneira produtiva. Esta foi a forma como este universo específico se agrupou. Assim, pode parecer uma janela grande de tempo de formação no Grupo 2 (de 7 a 30 anos), mas são depoimentos que, nas circunstâncias dessas entrevistas, independentemente das idades e experiências, há ideias que dialogam entre si a respeito dos temas questionados. Chegamos, portanto, a três segmentos:

	Grupo 1 2 entrevistas: B e F	Grupo 2 3 entrevistas: A, C, E	Grupo 3 1 entrevista: D
Tempo de formação	Até 7 anos	De 7 a 30 anos	Mais de 30 anos
Atuação no jornalismo em saúde	Até 7 anos	De 3 a 15 anos	Mais de 5 anos
Discussão das questões da MBE	Menor ênfase	Maior ênfase	Maior ênfase

Tabela 2. Características das entrevistas realizadas com jornalistas. **Fonte:** Elaboração própria

Vale mencionarmos também alguns dos aprendizados especificamente com as entrevistas. A organização operacional foi importante, questionário pré-elaborado, revisado entre as entrevistas, gravador principal e plano B e C para as panes que aconteceram apesar de serem poucas entrevistas.

Mas a maior dúvida para o início das gravações, era se as perguntas deveriam ser diretas ou não em relação à MBE. Elas não deveriam ser um inquérito para avaliar o conhecimento dos entrevistados, também não bastavam somente perguntas sobre a influência da MBE, precisávamos entender o contexto do trabalho desses jornalistas.

Com a primeira entrevista feita com profissional com menor tempo de carreira, as falas pareceram distantes da questão em foco causando até um certo estranhamento pela pessoa entrevistada para as perguntas sobre MBE. A razão pode ser por ser alguém que iniciou no jornalismo quando evidências já era critério de pauta. Nas entrevistas seguintes, este desconforto ocorreu novamente somente diante de outro perfil atuando também de forma mais recente no jornalismo. As respostas novamente não se aprofundaram na importância, dificuldades ou controvérsias da MBE.

Outro complicador é que a tentativa de dar espaço para as impressões dos entrevistados fez com que, muitas vezes, as perguntas parecessem confusas ou vagas demais. Isso se resolvia na hora com mais explicações, exemplos, mas a riqueza das respostas se deve, de fato, ao

interesse das pessoas entrevistadas em ajudar na pesquisa. Algumas também aproveitaram para expor problemas gerais da profissão.

Em Gibbs (2009, p. 23) vimos que a pesquisa qualitativa é interpretação do que os entrevistados dizem, fazem, apesar de tentar retratar da forma mais realista possível o que foi dito ou feito. Com esse norte, analisamos as propriedades e dimensões das categorias apresentadas nos depoimentos, seus significados e como variavam – quando aquilo acontece. No sentido de problematizar as ideias trazidas pelos depoimentos, as principais observações foram os pontos em comum, as diferenças, as contradições, os desvios. A partir de cada grupo, redigimos eixos de interpretação dessas questões para chegarmos à análise que apresentamos a seguir.

3.4.1 Eixo de interpretação “Medicina Baseada em Evidências”

Começamos por este que é o tema central desta pesquisa. Os depoimentos, como podem ser vistos em trechos destacados no Apêndice 1, trouxeram a visão de como este grupo pesquisado vê a MBE, em que momentos, em seus discursos, aparecem as ações relacionadas às premissas da prática baseada em evidências, as condições e consequências relacionadas.

Foi possível observar no Grupo 1 que os critérios usados para definição pautas buscam temas que se apresentem como “mais atual” e “mais impactante” ou que tenha “aplicação para o leitor”. Esse grupo apresenta relação com as premissas da MBE ao darem preferência à característica da MBE de abrangência da amostra da pesquisa. Vale “a pesquisa grande, significativa, que acabou de sair, se o estudo é bom” ou o número de pessoas no estudo, se é uma pesquisa clínica, se “o resultado é representativo”.

As fontes de informação preferidas para buscar opções de pauta são: mídia internacional, universidades, periódicos de renome, eventos de entidades científicas. A base de dados Pubmed²⁶ é

²⁶ Base de dados de periódicos científicos da área biomédica desenvolvida nos Estados Unidos pelo *National Center for Biotechnology Information* (NCBI) na *U.S. National Library of Medicine* (NLM), por sua vez, ligada aos *National Institutes of Health* (NIH).

utilizada, em geral, depois que um estudo já foi escolhido para a pauta, para buscar o texto completo ou pesquisas relacionadas. Essas, a rigor, não são fontes principais de evidências do padrão maior de qualidade, mas podem filtrar as opções para então o jornalista fazer a escolha do estudo a noticiar.

No Grupo 1, também nos chama a atenção como lidam com questões de conflito de interesses. Segundo os depoimentos, a importância dada a esta questão tem a ver com o perfil do veículo. É possível tratar de conflitos em seus veículos se o assunto for considerado relevante para aquele público, não pela subsistência de conflito em si. Identificado um conflito de interesses, a pesquisa pode até mesmo ser descartada.

Durante as entrevistas neste primeiro grupo, parecia que a terminologia “medicina baseada em evidências” (usada somente nos questionamentos finais) não deixava claro do que as perguntas se tratavam exatamente. É possível que, por desconhecimento ou pouca informação, as questões sobre MBE foram respondidas de forma mais vaga na comparação com os outros grupos.

Grupo 1 – MBE	
Seleção de fontes para buscar pautas	Escolhas não correspondem a fontes exclusivamente de estudos de evidências
Critérios selecionar pautas	Escolhas similares às premissas dos estudos de melhor grau de evidência na MBE
Conflitos de interesse	Não levam necessariamente para a apuração
Terminologia, premissas da MBE	Não faz parte do discurso ou são apresentadas de forma pouco claras nas entrevistas

Tabela 3. Resumo da análise do primeiro grupo de entrevistas a respeito do eixo de interpretação “Medicina Baseada em Evidências”. **Fonte:** Elaboração própria

Já no Grupo 2, as fontes de informação utilizadas para definição de pautas são similares àquelas do Grupo 1 como as principais revistas médicas e os congressos científicos. Entre os depoimentos, complementam com outros exemplos como o monitoramento dos sites da concor-

rência, dicas do leitor, ideias a partir de situações do cotidiano, contato com hospitais. Há também uma menção à importância de procurar fontes de outras regiões além do Sudeste do Brasil.

Entre os critérios para pauta estão a “abrangência” do tema, se a pesquisa pode levar a uma mudança de paradigma ou uma nova conduta na saúde, se é uma nova tecnologia. Uma doença rara também pode ter relevância, com a ressalva de que às vezes esse tema também é o que mais interessa a indústria e deve ser usado com cautela, segundo esses depoimentos. O processo de pesquisa ou as dificuldades encontradas pelos pesquisadores também chamam a atenção como critério em um dos depoimentos.

O critério da novidade tecnológica aparece como um motivo de reflexão ou até incômodo para este grupo de jornalistas. Ele é válido sob a condição de não ser usado pela novidade em si e se o benefício for amplo. Sobre a importância desse critério, obtivemos relatos como:

"(...) corre-se o risco de que elas [as novas tecnologias] mais fascinam do que do que ...do que, realmente modificam e contribuem pro avanço das questões na área da saúde (...) não sei se foi uma mudança ou foi uma coisa que se intensificou na mesma medida que os avanços surgem, então ela se torna uma tendência, uma coisa muito marcante que a gente enfrenta no cotidiano (...) acho que a gente tem que ter um filtro pra essas coisas" (entrevista C, p. 7, 8).

“a gente ainda valoriza muito o inusitado, a nova tecnologia. Isso é um incômodo porque nem sempre a nova tecnologia é melhor que a antiga, o custo benefício pode não compensar, envolve custo para o sistema de saúde” (entrevista E).

Este grupo afirma perceber mudanças a partir do desenvolvimento da MBE e menciona aspectos positivos e negativos: “a medicina baseada em evidências traz dados bem calculados”, mas também “resultados que parecem verdades absolutas e depois caem por terra” (entrevista A) e, por isso, é o caso de dar preferência a revisões de estudo e meta-análises, segundo este depoimento.

A questão do entendimento do processo de pesquisa também aparece como aspecto positivo trazido pela MBE nesses comentários:

"(...) é claro que [a MBE] interfere [no jornalismo], você começa a conseguir ver o que é mais sólido, o que é uma pesquisa mais avançada, já passou por alguns estágios, o que é só uma coisa interessante e momentânea (...)" (entrevista C, p. 22).

E também ponderações:

"(...) não dá pra ficar circunscrito só na medicina baseada em evidências, até porque tem falhas também... Estudos que envolvem só uma determinada população, multicêntricos, enfim (...)" (entrevista E, p. 22).

Este grupo comenta não perceber mudança a partir da MBE no sistema de saúde do Brasil. Um exemplo é o comentário relacionado à perspectiva econômica da saúde, algo que é mais enfatizado no exterior.

"(...) tem uma dificuldade global que é essa discussão do custo-benefício. Essa discussão econômica, ela não é feita [no Brasil]. Eu não consigo vê-la concluída e implementada. Tipo assim, decidimos por A+B que (...)" (entrevista C, p. 6).

"(...) as evidências não estão no discurso dos médicos quando eles são fontes, talvez por acharem que o jornalista não entende, mas eles ponderam a importância dos estudos (...)" (entrevista C)

Na mesma época em que a MBE se desenvolveu, também evoluíram as tecnologias de acesso à informação pela Internet. Pelas entrevistas, este aspecto ajuda a promover mudanças no jornalismo em saúde. Porém, vimos a ressalva de que o conhecimento sobre as opções de fontes de informação na área talvez não permeie toda a imprensa brasileira. O idioma é apontado como uma barreira.

Para profissionais deste grupo mais experiente, a Internet possibilitou a diversidade de fontes e a formação de um senso mais crítico. "(...) até bem pouco tempo atrás bastava ser um cara da USP...um bam-bam-bam, que você tinha total confiança (...) era uma cobertura ingênua da saúde, sem considerar o jogo de interesses que existe" (entrevista E).

Neste grupo, também é parecido o conhecimento das diferenças básicas entre tipos de estudos, inclusive mencionando o porquê da maior ou menor relevância entre eles: estudos observacionais, ensaios clínicos randomizados, revisões de literatura, por exemplo.

"a gente foca nas pesquisas com mais relevância... estatística, que tenham maior número de voluntários no caso de pesquisas epidemiológicas ou pesquisa que vai testar um novo remédio... Quanto mais gente, maior a qualidade da amostra... Duplo cego, randomizado...a gente procura tudo isso" (entrevista A).

Explorar os possíveis conflitos de interesses, as incertezas e os vieses de pesquisa são preocupações também comuns neste grupo. Essas questões deverão ser inquietações mais comuns do que são hoje: “há opções de fontes sem conflito direto, estar atento a isso deverá ser parte da rotina do jornalista, não faz parte ainda” (entrevista E, p. 4).

A questão do relacionamento com a indústria é um tema de reflexão profunda. Em geral, neste grupo de jornalistas, existe uma preferência por não aceitar o financiamento de indústrias para viagens e coberturas jornalísticas de congressos. Isso também é percebido como uma mudança geral nos últimos anos porque há pouco mais de 10 anos era algo mais comum. Um argumento apresentado é que o jornalista não está imune ao conflito, se ele está nesta situação, pode dar relevância a questões que não teriam interesse se ele estivesse na redação ou mesmo no evento sem que seja “patrocinado”.

O grupo 2 destaca diferença entre fontes do Brasil e do exterior, é a dificuldade das fontes brasileiras em informar conflito. Neste grupo de jornalistas, é prática de rotina perguntar às fontes sobre a possibilidade de conflito e muitas vezes isso não é visto com naturalidade pelos especialistas.

A postura editorial do veículo é um aspecto relevante para que seja possível explorar ou não temas controversos. Em uma das entrevistas, é destacado um forte incômodo e frustração quando à decisão editorial para destacar pesquisas ou aspectos de um estudo que não sejam relevantes. A decisão editorial é tomada “sem critérios”, sem conhecimento das questões de saúde. Há uma grande dificuldade para negociação das pautas, ou seja, um jornalista pode até apurar, informar o conflito, mas a decisão final de um editor pode mudar a matéria.

Neste grupo, foram citadas situações em que publicaram matérias que criticam a MBE ou que trouxeram o debate sobre a bioética para o leitor, apesar de não haver “nada melhor” (entrevista A, p. 13) que a MBE no momento, relatam a importância de dar espaço para fontes que mostrem outras visões sobre o tema.

Em uma das entrevistas, são mencionadas iniciativas que ajudam a formar jornalistas e o público para entender a MBE. Este é também o único caso de jornalista com formação relacionada a questões bioéticas, conflitos de interesse, mercado de saúde.

Apesar de serem jornalistas mais experientes no tema saúde, foi comum, neste grupo, o interesse em saber mais sobre a MBE, os tipos de estudos, as controvérsias relacionadas, como esse processo vem ocorrendo historicamente.

Grupo 2 – MBE	
Seleção de fontes para buscar pautas	Escolhas não correspondem a fontes exclusivamente de estudos de evidências. No entanto, menciona maior variedade de fontes
Crítérios selecionar pautas	Escolhas similares às premissas dos estudos de melhor grau de evidência na MBE
Conflitos de interesse	Motivo de preocupação, reflexão, tentativa de trazer à tona nas matérias; <i>newsmaking</i> ou linha editorial pode ser impeditivo
Terminologia, premissas da MBE	Aparece com maior clareza nos discursos, visão de que influencia no jornalismo, não impacta na saúde no Brasil ainda, percepção de aspectos positivos e negativos desse conjunto de práticas

Tabela 4. Resumo da análise do segundo grupo de entrevistas a respeito do eixo de interpretação “Medicina Baseada em Evidências”. **Fonte:** Elaboração própria

No Grupo 3, a postura é parecida com a do Grupo 2 no sentido de ver influência da MBE no jornalismo, mas ressalta quanto ao público: "as pessoas não têm olhar crítico sobre o que significa ser cientificamente provado, depende do tipo de estudo" (entrevista D).

Assim como os demais grupos, segue preceitos como a preferência por tipos de estudos da MBE, destaca critérios como estudo populacional, menor relevância de ensaios em fases

iniciais, reflete sobre questões de conflitos de interesses, temas da bioética. Outro ponto comum é a origem dos estudos, utiliza fontes de informação bastante parecidas com os demais grupos.

Assim como nos dois outros grupos, fontes especialistas nos temas da pauta são consultadas para validar a relevância do estudo escolhido pelo jornalista. A fonte também ajuda a apurar o tema. É selecionada por critérios que a legitimem como a formação, a especialidade no assunto. Porém, destaca que é importante desconfiar dos créditos das fontes, checar a formação, a área de estudo, verificar o currículo acadêmico Lattes sempre antes de entrevistas.

Há menção à busca de fontes europeias o que não foi destacado nos outros grupos que citaram mais fontes americanas.

Vale destacar neste Grupo 3 que a formação e os anos de atuação em área diferente do jornalismo favorece à perspectiva *desviante* em relação aos demais grupos. Isso acontece tanto no sentido de poder ser uma influência para suas escolhas, como na reflexão sobre as condutas médicas e conflitos de interesse, algo mencionado no próprio depoimento.

Este é, por exemplo, o único caso a mencionar a possibilidade de relacionamento com a indústria. O argumento é de que vale o interesse do leitor. Enfatiza que o papel maior do jornalista é informar e se a informação pode ser uma oportunidade para a saúde (física, mental e espiritual) de alguém. Portanto, é dever profissional informar, sob o acordo implícito de não publicar marcas, não “prescrever” drogas.

A questão ética colocada neste depoimento é: “qual é o interesse em jogo?”. Na sua visão, vale o interesse do leitor pela informação. O público deve saber sobre os desenvolvimentos da indústria e tomar suas próprias decisões, junto com seu médico. Vale apontar aqui que esta visão de transferir para o leitor a análise crítica diferencia-se dos outros grupos.

Assim como no Grupo 2, enfatiza que existe e conhece situações em que ocorrem conflitos de interesses, mas não concorda em demonizar as farmacêuticas: "(...) não é simplesmente dizer que eles são demônios e nós vamos entrar com as cruzadas" (entrevista D). Durante o depoimento, exemplifica uma situação em que o Estado pode não estar pronto para investir em determinados problemas ou drogas e um pesquisador aceita ser financiado pela indústria:

"(...) eu pergunto: isso é um conflito de interesse ou é um acordo de interesse?"
(...) "qual é o valor mais importante: é a vida do paciente ou esse investimento sem o qual a vida dos pacientes não poderiam ser salvas? É um impasse. Não existe resposta. Acho que é mais ou menos isso com o conflito de interesses. Existe gente [profissionais da área médica] de todo tipo, antiética ou que quer aproveitar a oportunidade [de acordo com a indústria] para aprendizado e desenvolvimento. Isso tem que ser pesado, mas na ponta dessa avalanche estão os pacientes, a vida desses pacientes que podem ter condições de ter informações para tomarem decisões em sua vida. O papel do jornalista é trazer informação... nós estamos atrás das coisas mais modernas que existem no momento, isso é possível porque tem pesquisas sendo realizadas, tendenciosas ou não, você vai decidir com o seu médico se isso é a melhor coisa pra você. Você vai ter essa possibilidade de discussão (...)" (entrevista D, p. 22; 23).

Ainda sobre a possibilidade de conflito, acredita que, em geral, existem vínculos entre fontes e indústrias. Isso tem um aspecto positivo que é ajudar na formação desses profissionais da área biomédica. Eles têm a oportunidade se manterem atualizados, de desenvolverem pesquisas que, por vezes, não são financiadas pelo Estado. Este seria um benefício para o paciente.

O depoimento também se diferencia pelas reflexões sobre a formação médica e o impacto disso em como a sociedade lida com as questões de saúde. “A formação médica está em crise, assim como a ciência que a legitima” (entrevista D) é uma afirmação contundente. Neste caso, a visão é de que é necessário considerar o que a MBE não pode medir, com as práticas da medicina integrativa²⁷, por exemplo: "mesmo com todo o aparato científico, nem todas as respostas estão dentro da ciência... há um limite de até onde a ciência pode ir" (entrevista D).

Relata “conviver” com a MBE mesmo sabendo que ela não pode medir outras práticas que considera válidas para a saúde, como a medicina integrativa. Nesse sentido, refere-se ao que chama de paradoxo da legitimidade:

“[a MBE] organiza, legitima, mas é uma decisão de pessoas, com seus interesses, que nos representam, mas não é uma consensualidade, tanto que há aberturas para outras práticas – como a medicina chinesa, o reiki. A medicina está em crise. Mas há aberturas legitimadoras [por instituições]” (entrevista D, p. 29).

²⁷ Disciplina preocupada com o uso da combinação da medicina convencional (alopática) e a medicina alternativa para responder aos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, espirituais da saúde e da doença.

E cita os hospitais e centros de pesquisa Albert Einstein e Sírio Libanês, em São Paulo, que vêm abrindo portas para essas práticas integrativas.

O critério de notícia é parecido com aquele apresentado no grupo 1, destaca a busca pela novidade mais recente. Também destaca um interesse que tem a ver com o perfil do veículo que é a nutrição promotora de saúde, mas pondera dificuldade de fontes científicas sobre o tema.

Grupo 3 – MBE	
Seleção de fontes para buscar pautas	Escolhas não correspondem a fontes exclusivamente de estudos de evidências. No entanto, menciona maior preocupação com critérios de seleção de fontes.
Critérios selecionar pautas	Escolhas similares às premissas dos estudos de melhor grau de evidência na MBE
Conflitos de interesse	Reflexão de situações que não seriam conflitos, mas acordos de interesse. Considera a possibilidade de relacionamento com a indústria, faz parte da linha editorial do veículo
Terminologia, premissas da MBE	Aparece com clareza no discurso a diferenciação de tipos de estudos. Ressalvas de aspectos positivos e lacunas. Visão de que a MBE influencia no jornalismo, mas falta visão crítica. Relata “conviver” com a MBE

Tabela 5. Resumo da análise do terceiro grupo de entrevistas, a respeito do eixo de interpretação “Medicina Baseada em Evidências”. **Fonte:** Elaboração própria

3.4.2 Eixo de interpretação “*newsmaking*”

Nesta análise, também vale a pena abordarmos os aspectos inerentes à profissão, os quais influenciam diretamente a atuação jornalística em saúde e em qualquer tema. Por serem

questões do *newsmaking*, listamos temas comuns nos três grupos analisados que aparecem nos depoimentos:

- a. As pautas são selecionadas a partir das busca entre as fontes de informação;
- b. A validação da pauta escolhida é feita junto a pesquisadores ou outros especialistas naquele tema; às vezes a busca por essa validação acontece antes ainda do jornalista propor a pauta em reuniões internas;
- c. A negociação constante para “vender” as pautas internamente acontece em reuniões com pares e supervisores;
- d. Existe a cobrança pela apuração mais aprofundada: "é um assunto que não dá pra fazer correndo, sabe? Acho difícil, particularmente" (entrevista B, p. 7). Outro comentário sobre a diferença de cobrir este tema é que:

"(...) exige esse tempo de reflexão... a notícia não vem pronta... [precisa de] um trabalho de leitura, interpretação, de pesquisa mesmo pra você entender aquilo tá querendo dizer, pra depois avaliar se aquilo é uma pauta ou não, submeter aos editores e na apuração à avaliação de outras pessoas (...)" (entrevista F).

- a. As tarefas que vão além do texto demandam tempo, como a elaboração de infográficos que necessita mais pesquisa e ainda mais tempo, a publicação de conteúdo na Internet (por falta de equipe específica para isso);
- e. As equipes são reduzidas. Em geral, os depoimentos mencionam o problema da redução de profissionais. Na entrevista C, tivemos o depoimento de que a equipe é a metade do que era há poucos anos e "(...) isso tem uma mudança importante na preparação das matérias, na velocidade com que você tem que fazer as coisas" (entrevista C, p. 8), exemplifica;
- f. Os três grupos têm uma percepção positiva sobre a preparação de profissionais para a cobertura de saúde que atuam nos principais veículos do país. Aparecem opiniões como o aumento de cursos de especialização, a qualidade e criatividade das coberturas. O aspecto negativo é que o mercado de trabalho é pequeno e com cortes de pessoal constantes.
- g. A visão a respeito do cientista brasileiro também chama a atenção nos três grupos.

Em geral, os jornalistas reclamam que os pesquisadores não respondem prontamente, não têm interesse ou não percebem a importância da divulgação científica, têm uma visão negativa do jornalista. É comum também a comparação com cientistas americanos que são mais atenciosos com jornalistas e entendem o tempo da imprensa:

"(...) você pode mandar o e-mail, mas não vai ser respondido (risos) tão cedo. Aí você procura o departamento de comunicação... não tem resposta, passa o telefone do departamento, ele não tá. Então não tem uma cultura, assim, nos pesquisadores aqui no Brasil de que é importante divulgar pra imprensa" (entrevista F).

- h. É comum a experiência de transições organizacionais como o fechamento de seções e a mudança repentina de uma área para outra; isso acontece mesmo entre indivíduos há menos tempo na profissão.

Os aspectos a seguir são específicos dos grupos:

No Grupo 2 aparece com mais evidência o problema do espaço para os textos nos veículos impressos. É uma questão angustiante para esses jornalistas. Nos dias de hoje, os textos estão mais curtos que no passado, são usadas imagens maiores e a fonte utilizada é maior que antes. Essa realidade contraditoriamente coexiste com a cobrança por aprofundamento nas apurações.

As opiniões neste segmento são de que na era da Internet "diminuiu o tempo de duração de uma notícia quente. Você tem que ter umas notícias mais profundas (entrevista C, p. 26)", mas isso é visto positivamente porque abre a possibilidade de aprofundamento, característica dos veículos impressos. Por outro lado, "às vezes o repórter tá fazendo 3 matérias no dia, como é que ele vai conseguir ter todo esse critério de apuração, de investigação?". Soma-se a este contexto a questão da queda das vendas de publicações impressas, impactando em demissões e fechando das empresas de comunicação.

O Grupo 2 destaca mudanças na área de divulgação científica. Este processo vem se tornando cada vez mais relevante. No Brasil, a divulgação pelas instituições de pesquisa tem melhorado, mas ainda há muito por fazer para tornar o contato mais efetivo com jornalistas.

No Grupo 3, destaca-se a importância da apuração incluir os aspectos físicos, biológicos e também humanos das questões de saúde. Ressalta o conceito de saúde adotado pela OMS que incluiu, mais recentemente, o bem-estar espiritual como um dos aspectos da saúde humana.

Outro ponto diferente dos demais grupos é a abertura para a revisão do texto pelos entrevistados. Algo que, geralmente, não é cogitado por jornalistas. No máximo, pede-se a revisão de um trecho do texto como mencionam nos Grupos 1 e 2. Porém, no Grupo 3:

"uma das coisas mais importantes do jornalista de saúde, quando você faz um texto, é você ter a possibilidade de pedir uma revisão técnica pro seu entrevistado, justamente pra não cometer nenhuma gafe...alguns assuntos são realmente complexos e difíceis de serem traduzidos do mediquês pra vida real" (entrevista D).

3.4.3 Eixo de interpretação “perspectiva do leitor”

Sem que esta fosse uma questão abordada diretamente nas perguntas, nos chama a atenção a visão a respeito do público do jornalismo impresso. Essa entidade, o “leitor”, é motivo de preocupação, citada diversas vezes nos depoimentos.

É preciso corresponder ao que o leitor vai achar interessante, ajudá-lo a entender os temas para tomar suas decisões e ter uma qualidade de saúde melhor em seu cotidiano. O leitor, satisfeito, “responde”, “comenta” matérias que acertam o alvo.

Fazem parte da rotina jornalística as incertezas sobre como responder a essas necessidades, mas todos comentam perceber que o leitor gosta e quer mais informação sobre ciência e saúde.

3.4.4 Propostas ou oportunidades para o jornalismo em saúde

Os depoimentos obtidos nesta pesquisa apontam para uma série de caminhos que podem ser explorados, seja para melhorar a cobertura do tema saúde ou para a atuação dos atores envolvidos nessa área, jornalistas, cientistas e público.

Nesta seção, apresentamos comentários obtidos de forma espontânea, ou seja, surgiram ao longo das conversas sem perguntas específicas. Julgamos que vale a pena destacar possibilidades, ainda que algumas sejam constantemente mencionadas nos fóruns e literatura da área, mas de difícil aplicação. Outras são estratégias já usadas eventualmente e há ainda aquelas que podem ser novidades:

- a. Assessorias de imprensa dos órgãos de pesquisa: a maioria dos releases que enviam é descartada. Faltam sugestões de pautas com olhar mais jornalístico ao invés de textos promocionais ou que não fazem a ponte com a realidade do critério de pauta jornalística de cada tipo de veículo (revista, jornal, programa de TV, rádio);
- b. Meses de férias, julho, dezembro e janeiro, são oportunidades para assessorias oferecerem as fontes disponíveis (mesmo que sejam poucas). Jornalistas têm dificuldades para encontrar especialistas nesses meses.
- c. É importante cultivar o relacionamento no sentido de se manter atualizado sobre o que a fonte está pesquisando, ou as linhas que o jornalista segue no veículo, por exemplo. Isso vale para os diferentes grupos: assessorias e jornalistas, fontes e jornalistas, fontes e assessorias, jornalistas e público; assessorias e público. Nos depoimentos, observamos ênfase em como este aspecto pode favorecer a cobertura e a divulgação de informações.
- d. Outra oportunidade para assessorias é a comunicação direta com o público, elaborando materiais interessantes de divulgação de pesquisas, que muitas vezes não têm espaço na grande mídia.
- e. Repórteres e editores buscam, com frequência, opções de pauta nos sites das instituições de pesquisa. Além de serem espaços institucionais, os sites podem

ser mais explorados para atender essa demanda.

- f. Em todos os grupos, comenta-se o interesse em divulgação de pesquisa nacional e dificuldade para chegar à informação ou aos pesquisadores. Pode ser uma análise que envolve outros aspectos, inclusive, comodidade do jornalista que recebe com mais facilidade conteúdo estrangeiro, mas é um desafio importante a ser superado. A pesquisa em Ciências Humanas é mencionada como dificuldade ainda maior, em um dos depoimentos. O motivo apontado é uma maior preocupação dos cientistas das humanas com a interpretação da fala e a possibilidade de distorções pelo jornalista a partir de experiências anteriores.
- g. Os depoimentos chamam a atenção para redações cada vez mais jovens e a importância de empresas manterem profissionais experientes nas equipes. Valorizam também a oportunidade de realizarem treinamentos ou cursos de atualização frequentes.
- h. O problema das equipes reduzidas, demissões, fechamento dos veículos envolve uma conjuntura complexa para tratarmos aqui. No entanto, não podemos deixar de mencionar a necessidade de equipes suficientes para a demanda contemporânea, de conteúdo atual, graficamente interessante e multiplataforma, ágil – o que não ocorre entre estes grupos, mesmo estando entre os mais representativos no Brasil na área de ciência e saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ponto inicial analisado neste trabalho foi a construção técnica, social e histórica da Medicina Baseada em Evidências. Formada por um conjunto de práticas, a MBE fundamentou a clínica médica em pesquisas, privilegiando métodos rigorosos, quantificando e buscando entender as questões de saúde da forma mais objetiva (SACKETT et al., 2006; GREENHALPH, 2008; ATALLAH, 2004). Na MBE, a base em pesquisa e a sistematização dos dados obtidos adquiriu maior importância do que a reflexão teórica da saúde ou das questões do sujeito e de seus contextos sociais e ambientais. Nesse sentido, persistem lacunas entre a prática clínica e a pesquisa porque é preciso tomar decisões locais e há uma maleabilidade na tradução dos dados oriundos de âmbitos muitas vezes globais - como os grandes ensaios clínicos de padrão ouro da MBE - de forma a corresponderem aos interesses de atores diversos que fazem parte dos sistemas de saúde. Há também as brechas deixadas pelas variações de qualidade das pesquisas de evidências o que leva a medicina a permanecer dependente da avaliação crítica desses estudos. Mesmo sob tensões, essa aproximação com a ciência reforçou a legitimidade da profissão médica que vem passando por diferentes momentos de crise na história moderna. Ainda assim, a mudança não representou uma garantia de autonomia para a categoria já que esta passou a lidar com os processos de saúde mais objetivos, padronizados e também mais controlados, passíveis de interferência por outros sujeitos do sistema como hospitais, seguradoras, agências governamentais (FREIDSON, 2009; TIMMERMANS; BERG, 2003; TONELLI, 1998; MYKHALOVSKIY; WEIR, 2004;).

Com essa reflexão inicial, não deixamos de levar em conta a importância da MBE, a evolução de processos que melhoraram condições de saúde e motivaram políticas públicas promovendo qualidade de vida e redução de danos à população (EVANS et al., 2011). A MBE é um movimento social (POPE, 2003) no qual surgem novos atores, de pacientes, a ativistas e novas profissões e instituições, baseando suas práticas em evidências e sobre o qual todos nós podemos problematizar já que integramos direta ou indiretamente a sua construção (PETRYNA, 2011).

A partir desse panorama, observamos a inter-relação da MBE com as ações, processos de produção e consequências da cobertura jornalística em saúde ao discutirmos as características do jornalismo a partir do referencial teórico no capítulo 2 e por meio das entrevistas descri-

tas no capítulo 3. Observamos que os preceitos da MBE estão presentes principalmente no momento da busca de temas para matérias. Para que estudos sejam usados como pauta, esses temas priorizam premissas da MBE como os estudos de maior grau de evidência, a abrangência populacional, a atualidade da pesquisa.

A questão da participação do paciente nos temas de saúde, algo importante – em tese – na MBE não aparece nos discursos desses profissionais entrevistados. No entanto, é uma prática ainda incipiente mesmo na medicina. O impacto econômico das intervenções ou tratamentos é relevante na MBE e quando as pesquisas se tornam notícias, parece haver uma reflexão sobre o tema no processo de produção das matérias e, segundo as entrevistas, o assunto faz parte da apuração das matérias, mas isso não foi verificado de fato no acompanhamento de notícias publicadas, com a ressalva de ter sido uma análise de curto período (PALLONE, 2012).

Outro ponto importante nas práticas da MBE e também no jornalismo é a possibilidade de haver conflitos de interesse. Isso pode ser algo decisivo para que a pesquisa se torne ou não uma pauta jornalística. Porém, no jornalismo, também será levada em conta a linha editorial do veículo que pode ou não ter espaço para debates sobre conflitos. Não é o caso de veículos que enfocam mais as questões de bem-estar do que políticas de saúde, por exemplo, situação em que a pauta pode apenas “cair”, ou seja, ser descartada. Em outros veículos o conflito pode motivar uma matéria investigativa sobre o tema. Mas há ainda situações em que não se dispõe do tempo necessário para elaborar a matéria com a abordagem de conflito ou do espaço no veículo naquele momento. Podem existir também impeditivos como a falta de preparo em temas de ciência e saúde por parte do repórter ou do editor, o que permitiria compreender a dimensão do conflito e a importância para o público. Em quaisquer dos casos, a validade da pauta também dependerá de atender aos requisitos de *noticiabilidade*, conforme o referencial do jornalismo (WOLF, 2009). Nos contextos políticos e sociais de uso da MBE, como vimos no capítulo 1, também existe maleabilidade para que conflitos de interesse sejam levados em conta ou não por médicos e gestores em uma decisão. O público ainda parece estar excluído dessa discussão, tanto no jornalismo quanto na medicina.

Há uma mudança importante, característica desses tempos de acesso à informação pela Internet e da MBE que é a relevância da fonte de informação. Jornalistas que atuam desde antes dessa transição comentam que há pouco mais de 10 anos, valia a fonte vinculada a instituições de ensino e pesquisa de renome e o repórter dependia basicamente de sua opinião especializada para a apuração. Hoje a informação científica está facilmente acessível a jornalistas por serviços que distribuem *press releases* de periódicos científicos, como Eureka Alert, e bases de dados como as mencionadas nas entrevistas Pubmed, Cochrane e Bireme. Isso significa também o desafio do repórter precisar, cada vez mais, entender as pesquisas, diferenciar a relevância de estudos e as demais implicações, como propõe Schwitzer (2008). Esta necessidade foi corroborada por profissionais mais experientes durante as entrevistas.

O uso da fonte, como cientistas e médicos cujos depoimentos aparecerão entre aspas validando ou criticando o assunto da matéria, é uma prática jornalística que ainda pode ser repensada diante das possibilidades tecnológicas e de melhoras das ações de divulgação científica. Como propõe Machado (2002), bases de dados podem ser mais utilizadas na apuração e com isso a matéria iria além do ponto de vista de especialistas e fontes oficiais, o jornalismo declaratório criticado pelo mesmo autor e por Lage (2005). Não foi possível perceber que isso ocorra na prática. Há propostas acontecendo como mencionamos no capítulo 2 com a iniciativa americana *Pro-Publica*.

Hoje, a instituição ou a revista científica de renome continuam sendo importantes nos critérios jornalísticos para seleção de fontes, mas entrevistados comentam que atualmente é possível ter mais contrapontos, buscar opiniões diversas que contextualizem a pesquisa para o público, em grande parte por causa dos recursos online. No entanto, isso não quer dizer que a escolha da fonte siga os critérios que na ciência são levados em conta para que ela seja “citada”. Os tradicionais critérios do *newsmaking* jornalístico como a fonte ser de instituição de renome e até mesmo a facilidade de contato (cientista que responda com prontidão ao contato do jornalista) coexistem com as novas práticas possibilitadas pela Internet.

Tivemos como um dos objetivos neste estudo conhecer o perfil e a rotina desses profissionais na cobertura de saúde. Foi possível observar que são semelhantes aos profissionais que

lidam com as ciências em geral. Eles precisam lidar com a necessidade de aprofundamento, tempo maior para apurar, avaliar se a pesquisa vale uma notícia ou não, se dedicar a elaborar textos, infográficos, levar o conteúdo científico de maneira interessante textual e graficamente. A necessidade de estudo constante e especialização é algo generalizado no mercado de trabalho e, no caso da cobertura de ciências e de saúde, também demanda com maior ênfase o domínio da língua inglesa para acessar e analisar pesquisas internacionais. No caso da saúde, conhecer os tipos de estudos, as etapas de pesquisa clínica, e a relevância entre um e outro em relação ao problema de saúde, parecem ser as maiores especificidades da área em relação às demais ciências.

Percebemos a relevância das questões bioéticas, morais, os conflitos de interesse na rotina desses profissionais entrevistados e que devem ser cada vez mais presentes no futuro. Portanto, respondendo a outro questionamento inicial desta pesquisa, as controvérsias da MBE são levadas em conta por jornalistas de saúde, com uma visão mais crítica por aqueles com mais tempo de carreira, mas isso nem sempre transparece para o público por razões do *newsmaking* como nos referimos acima em relação à seleção das pautas.

Isso significa entregar “pacotes prontos” ao leitor como tratamos no capítulo 2 com Kunczik (1997). É um efeito da necessidade de objetividade ou de causar impacto, a exemplo principalmente do modelo americano e para chamar a atenção do público, vender publicações, como pudemos observar em depoimentos. Porém, os fatos entregues de forma depositária, sem análise, não envolvem nem oferecem meios para o público participar, neste caso, dos processos da ciência e da saúde. Esta é uma contribuição possível, não exclusiva, que o jornalismo poderia dar. Não significa apenas questionar a legitimidade das evidências, mas multiplicar o olhar sobre o que é a racionalidade da MBE, movimentar os processos que geram conhecimento para então ajudar a ampliar a cultura científica na sociedade (VOGT, 2003). Os autores Collins e Pinch (2003) e autores dos ESCT, como discutimos no capítulo 1, também apontam que decisões na ciência têm efeito na vida dos cidadãos e estes podem participar dos processos políticos nesse meio.

Nesse sentido, o papel do jornalismo na formação de conceitos sobre saúde pela sociedade vai além da função de ajudar na promoção de saúde proposta por Corcoran (2010), é mais

do que o papel de mediar e fazer relações entre diferentes formas de conhecimento como a ciência como definem Neveu (2006) e Kunczik (1997).

Ao tratarem de saúde sob a racionalidade da MBE, as matérias jornalísticas enfatizam as certezas científicas. Já na visão mais humanista, o paciente objeto é da ciência, da *experimentalidade* (PETRYNA, 2011). Ou ainda, nas ideias político-econômicas, o paciente é um consumidor de saúde, os investimentos públicos devem pesar o custo-benefício que impacta no bolso do contribuinte (MYKHALOVSKIY; WEIR, 2004). Ao serem apresentadas para o público, todas essas perspectivas têm impacto na forma como vamos passar a tomar nossas decisões sobre saúde e devem ser diversas e aprofundadas.

Com a tendência de aprimoramento da divulgação científica e o jornalista se tornar um profissional cada vez mais especializado, será possível encontrar mais oportunidades para abrir as caixas pretas da ciência e da saúde. A partir daí virão necessidades de novas maneiras para lidarmos com as incertezas trazidas, justamente pelo conjunto de práticas na MBE que nos propõem trazer mais certezas! Cientistas, médicos, administradores, pacientes, hospitais, instituições civis, agências internacionais estão em negociação permanente, são atores em disputa de forças, como discute Latour (2000), e que continuarão se reposicionando neste emaranhado ao serem definidas condutas que precisarão ser acompanhadas pelo jornalismo.

Para jornalistas com quem conversamos, a tendência é que a MBE influencie cada vez mais suas rotinas. Aqueles que chegarem depois dessas mudanças devem se atentar a essas influências. Novas demandas surgem para a cobertura de saúde e esperamos que surjam possibilidades para ampliar a informação para a sociedade.

Já temos sinais de movimentos, como a medicina individual ou a medicina integrativa, que também vão propor suas perspectivas e instigar novas modificações no mundo que encontramos hoje. Como nos fazem refletir Collins e Pinch (2003, p. 166): “(...) a realidade da natureza acaba sendo estabelecida na esfera da argumentação humana”. Por isso, revisar nossas práticas deve ser uma tarefa constante, algo que esperamos ter contribuído com este estudo. É possível avançar ainda mais em pesquisas futuras sobre essas novas relações.

REFERÊNCIAS

ANDI; FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA- FUNDEP; FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FAPEMIG. *Ciência, tecnologia e inovação na mídia brasileira: conhecimento gera desenvolvimento*. Brasília: ANDI, 2009.

ANVISA. Anvisa cancela registro do antiinflamatório Prexige. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/220708_1.htm>. Acesso em: 03 jul. 2013.

ATALLAH, Alvaro Nagib. Medicina Baseada em Evidências: o elo entra a boa ciência e a prática clínica. **Fund Epidemio**, São Paulo, p.355-372, 2004. São Paulo.

BRAITHWAITE, Scott. Could media reports include a standardized scale for quality of evidence? **Journal Of Gen Intern Med**: Society of Internal Medicine, Alexandria, v. 26, n. 5, p.543-545, 21 dez. 2010.

BRASIL, Agência. Governo lança portal que disponibiliza trabalhos acadêmicos em saúde. Folha de S.Paulo, São Paulo. 30 maio 2012. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1097760-governo-lanca-portal-que-disponibiliza-trabalhos-academicos-em-saude.shtml>>. Acesso em: 22 jun. 2013.

CARMAN, Kristin L. et al. Evidence That Consumers Are Skeptical About Evidence-Based Health Care: At the Intersection of Health, Health Care and Policy. **Health Affairs**, Bethesda, v. 29, n. 7, p.1400-1406, 03 jun. 2010.

COLLINS, Harry; PINCH, TREVOR. (2003). **O Golem: O que você deveria saber sobre ciência**. Tradução de Laura C. B. de Oliveira. São Paulo, Editora Unesp.

CORCORAN, Nova (Org.). **Comunicação em Saúde: Estratégias para Promoção de Saúde**. São Paulo: Roca, 2010. 213 p. Tradução Lívia Lopes.

COSTA, Maria Conceição da; SPIESS, Maiko Rafael. O que as controvérsias científicas podem nos dizer sobre a proibição do fumo? **Jornal da Unicamp**, Campinas, 12 dez. 2011. p. 2-2.

EPSTEIN, Steven. The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials. **Science, Technology & Human Values**, San Diego, v. 20, n. 4, p.408-437, out. 1995.

EVANS, Imogen et al. **Testing Treatments: Better Research for Better Healthcare**. 2. ed. Londres: Pinter & Martin Ltd, 2011.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 198 p. Tradução: Roberto Cataldo Costa.

GUYATT, Gordon et al. Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. **JAMA**, Chicago, v. 268, n. 17, p.2420-2425, 04 nov. 1992.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa** / Tradução Roberto Cataldo Costa. Coleção Pesquisa Qualitativa (coordenada por Uwe Flick). Porto Alegre: Artmed, 2009. 164 p.

FREIDSON, Eliot. **Profissão Médica: Um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: Editora Unesp; Porto Alegre: Sindicato Dos Médicos, 2009. 453 p. Tradução: André de Faria Pereira Neto e Kvieta Brezinova de Moraes.

GREENHALGH, Trisha. **Como ler artigos científicos: Fundamentos da medicina baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 255 p.

GREENSTONE, Gerry. The roots of evidence-based medicine: Drs Lind, Louis, and Semmelweis laid the groundwork for evidence-based medicine in the 18th and 19th centuries. **Bc Medical Journal**, Vancouver, v. 51, n. 08, p.342-344, out. 2009. Disponível em: <<http://www.bcmj.org/premise/roots-evidence-based-medicine>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

GØTZSCHE, Pc; NIELSEN, M. Screening for breast cancer with mammography. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, 2011, v 1. Art. No.: CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub4.

HILGARTNER, Stephen. The dominant view of popularization: conceptual problems, political uses. **Social Studies of Science**, Kingston, v. 20, n. 3, p.519-539, ago. 1990.

HSIAO, William C. Why Is A Systemic View Of Health Financing Necessary? **Health Affairs**, Bethesda, p. 950-961. jul/ago. 2007.

KAISER FAMILY FOUNDATION / ASSOCIATION OF HEALTH CARE JOURNALISTS (USA). Survey of AHCJ Members. Menlo Park, 2009. 21 p.

KEATING, Peter; CAMBROSIO, Alberto. **Cancer on Trial: Oncology as a New Style of Practice**. Chicago And London: The University Of Chicago Press, 2012. 456 p.

KÖSTERS JP, GØTZSCHE PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2003, v 2. Art. No.: CD003373. DOI: 10.1002/14651858.CD003373.

KUNCZIK, Michael. **Conceitos de Jornalismo: Norte e Sul - Manual de Comunicação**; tradução de Rafael Varela Jr. São Paulo: Edusp, 1997.

LAGE, Nilson. **Teoria e técnica do texto jornalístico**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2005.

LATOUR, Bruno. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**/Bruno Latour; tradução de Ivone C. Benedetti; revisão de tradução Jesus de Paula Assis. – São Paulo: Editora Unesp, 2000. 438p.

LIND, J. A treatise of the scurvy. 1753. **A Kincaid and A Donaldson**. Edinburgh: Sands, Murray and Cochran.

LAURENTI, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, n. 25, p.407-417, 1991.

MACHADO, Elias. O ciberespaço como fonte para os jornalistas. **Biblioteca Online de Ciências da Comunicação**, Salvador, n. , p.1-11, 2002. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/machado-elias-ciberespaco-jornalistas.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2012.

MICK, Jacques (Coord.); LIMA, Samuel. **Perfil do jornalista brasileiro - Características demográficas, políticas e do trabalho jornalístico em 2012**. Florianópolis: Editora Insular, 2013. 156 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 108 p. (Temas Sociais).

MINISTERIO DA SAUDE. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Evidências científicas: informação para a gestão. **Rev. Saúde Pública**. 2009, vol.43, n.6, pp. 1084-1085.

MOYNIHAN, Ray. Making medical journalism healthier. **The Lancet**, Philadelphia, v. 361, n. 9375, p.2097-2098, 21 jun. 2003.

MYKHALOVSKIY, Eric; WEIR, Lorna. The problem of evidence-based medicine: directions for social science. **Social Science And Medicine**, v. 59, n. 5, p.1059-1069, 2004.

NELKIN, Dorothy. **Selling Science: How the press covers science and technology**. New York: W. H. Freeman And Company, 1987. 224 p.

NEVEU, Érik (Org.). **Sociologia do Jornalismo**. São Paulo: Edições Loyola, 2006. 215 p. Tradução Daniela Dariano.

OLIVEIRA, F. de. **Jornalismo Científico**. São Paulo: Contexto; 2002.

ONLINE, Folha. Brasil suspende antiinflamatório "top"; pacientes procuram substitutos. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u425246.shtml>>. Acesso em: 03 jul. 2013.

PALLONE, Simone et al. O Jornalismo Científico e a Percepção Pública da Saúde. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS DA COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS, 1., 2012, Belo Horizonte.

PAPPAS, Cleo. Hospital librarians' perceptions related to evidence-based health care. **J Med Libr Assoc**, Chicago, v. 96, n. 3, p.235-238, jul. 2008.

- PENA, Felipe. **Teoria do jornalismo**: Contexto, 2005. São Paulo.
- PEREIRA JUNIOR, Luiz da Costa. **A apuração da notícia**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2006.
- PETRYNA, Adriana. Experimentalidade: ciência, capital e poder no mundo dos ensaios clínicos. **Horiz. antropol.** 2011, vol.17, n.35, pp. 127-160.
- PICKSTONE, John V.. Sketching together the modern histories of science, technology, and medicine. **Isis**, Chicago, v. 102, n. 1, p.123-133, mar. 2011.
- POPE, Catherine. Resisting evidence: the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement. **Health**, London, v. 7, n. 3, p.267-282, 2003.
- RABINOW, Paul. **Antropologia da Razão: Ensaio de Paul Rabinow**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. 203p. Tradução: João Guilherme Biehl.
- SACKETT, D I et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **BMJ**, London, v. 302, n. 13, p.71-72, jan. 1996.
- SCHWITZER, Gary. How Do US Journalists Cover Treatments, Tests, Products, and Procedures?: An Evaluation of 500 Stories. **Plos Medicine**, v. 5, n. 5, p.700-703, maio 2008.
- _____. **Medical Research: A Guide for Reporting on Studies**. Columbia: Center For Excellence In Health Care Journalism And The Association Of Health Care Journalists, 2010. 65 p.
- STARR, Mark et al. The origins, evolution, and future of The Cochrane Database of Systematic Reviews. **International Journal Of Technology Assessment In Health Care**, Cambridge, v. 25, n. 1, p.182-195, 8 out. 2009.
- STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. (Métodos de pesquisa).
- THE COCHRANE COLLABORATION (Reino Unido). **Trustees' Report and Financial Statements**. Oxford, 2010/2011. 67 p. Disponível em: <<http://annual-report.cochrane.org/download-centre>>. Acesso em: 13 out. 2013.
- TIMMERMANS, Stefan; BERG, Marc. **The gold standard: the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care**. Philadelphia: Temple University Press, 2003. 269 p.
- TONELLI, Mark R. The philosophical limits of evidence-based medicine. **Academic Medicine**, v. 73, n. 12, p.1234-1240, dez. 1998.
- TORRES, Carlos Henrique Duarte Alves; CZERESNIAII, Dina. A institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Hist. Cienc. Saude-manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.525-548, mai/ago. 2003.

VELOSO, António José de Barros. **Estreptomicina, ensaios clínicos e medicina baseada na evidência.** 21 dez. 2008. Disponível em: <<http://www.ihmt.unl.pt/ihmt/ConselhoEtica/pdf/reflexao/Estreptomicina,%20Ensaio%20CI%3%ADnicos%20e%20Medicina%20Baseada.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2012.

VOGT, Carlos. A Espiral da cultura científica. **Com Ciência**, Campinas, n.45, p.1-5, 10 jul. 2003. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/framereport.htm>>. Acesso em: 09 jul. 2012.

VOGT, Carlos et al. Percepção Pública da C&T na Saúde. In: JORNADAS LATINOAMERICANAS DE ESTUDIOS SOCIALES DE LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA, 9., 2012, Cidade do México. **Sociedade Esocite**. Cidade do México: Esocite, 2012. v. 9, p. 9 - 29.

WOLF, Mauro. **Teorias das comunicações de massa.** 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009. 295 p. Tradução Karina Janini.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Genebra). **WHO reforms for a healthy future: Report by the Director-General.** Suíça, 2011. 41 p. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS/EBSS2_2-en.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2012.

_____. **Relatório Mundial da Saúde 2010. Financiamento dos Sistemas de Saúde.** O caminho para a cobertura universal. Genebra, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em 22 junho 2013.

_____. **World health statistics 2013.** Genebra, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_TOC.pdf>. Acesso em: 31 maio 2013.

APÊNDICE

5 APÊNDICE 1 – TRECHOS DAS ENTREVISTAS

Trechos de entrevistas usados na análise do eixo de interpretação sobre a influência da Medicina Baseada em Evidências no jornalismo, conforme item 3.4.1.

Eixo de interpretação MBE	
Grupo 1	
Jornalista B	Jornalista F
<p>(...) eu posso te dizer quando me chama a atenção uma pesquisa é com quantas pessoas, né?, ela foi feita, é... a instituição, é... esse tipo de coisa me chama um pouco a atenção. Então se é uma pesquisa com 10 pessoas, ela pode ter sua validade, a gente não deixa de dar, mas você já fica com um pouco de pé atrás (...) - p. 5</p> <p>(...) em todas as matérias... sempre tem um estudo, uma coisa muito recente que, que acabou de sair (...) - p. 3</p> <p>[a pauta] - (...) é mais em cima de pesquisa mesmo (...) - p. 3</p> <p>[fontes usadas] - (...) Tem o... o... Medical News Today. A gente... eu procuro bastante coisa lá. É... sempre dou uma olhada na Time, no New York Times. Então surge alguma coisa dali também. Mas um lugar que a gente busca muito também é o Pubmed [comenta que é usado depois da pauta definida] (...) E tem algumas universidades que a gente sempre ta de olho, né? Então tem Harvard,</p>	<p>[fontes usadas] - (...) eu tenho cadastro em todas as revistas importantes, é... e... não sei se você conhece aquele sistema, Eureka Alert #conheço#. Então, é, eu entro no Eureka Alert, entro no Nature, Science, Science Translational Medicine, dou uma lida geral, às vezes não dá pra ver tudo, mas eu dou uma lida geral e vejo o quê que me chama atenção (...) - p. 5</p> <p>[a pauta] - (...) pesquisas que estão mais próximas de se tornar um... se transformarem em um novo tratamento, ou em uma nova perspectiva de prevenção, é... coisas que estão mais próximas das pessoas, é, doenças que atingem mais pessoas, são essas as pautas que eu cons- , as pesquisas que eu considero que dão melhores pautas (...) - p. 6</p> <p>[fontes, tipos de estudos usados] - (...) a gente vê é... primeiro o fato de tá numa revista científica importante, de grande fator de impacto já é um... já é um critério, né? (...) Depois a gente vê, por exemplo, o número de pessoas, se é uma pesquisa clínica, então quantas pessoas participaram do</p>

<p>Oxford, essas assim que são referências mesmo, a gente sempre tá olhando também, o site, vendo se tem alguma coisa nova (...) - p. 4</p> <p>Sobre dificuldades na apuração da pauta em saúde - (...) Tempo. Eu acho que... é um assunto que não dá pra você fazer correndo, sabe? Acho difícil, particularmente (...) – p. 7</p> <p>Sobre a influência da MBE - (...) Acho que depende do jeito com que cada veículo lida com o tema. Então não sei se pra todo mundo influenciaria (...) - p. 14</p>	<p>estudo, é... é um resultado representativo? p. 7</p> <p>Na suspeita de conflito de interesse, a pauta é descartada ou menciona o conflito se o assunto é relevante. - p. 8</p> <p>Na pré-análise do artigo – (...) se é uma pesquisa com pessoas, quantas foram analisadas, será que o resultado não tem algum viés? (...) - p. 9</p> <p>(...) a gente acaba tendo que focar mais no impactante, no que vai ter mais repercussão naquela semana (...) - p. 11</p> <p>[fontes usadas] - (...) É, mais a Internet, a gente acessa as revistas científicas, é, sites de jornais de fora, é... é mais isso mesmo. E também é... eventos, congressos, quando é possível, quando é aqui em São Paulo, quanto tem eventos promovidos por entidades científicas. - p. 16</p>
--	---

Eixo de interpretação MBE		
Grupo 2		
Jornalista A	Jornalista C	Jornalista E
<p>[a pauta] - (...) primeiro a gente olha o que sai na concorrência... é... depois vê o quê que a gente precisa colocar no dia que a gente não tenha planejado antes, normalmente a gente tem um pouco de planejamento né?...é... como</p>	<p>Comenta momentos que considera marcantes na área da saúde - sequenciamento do DNA, surgimento dos medicamentos direcionados, problemas de atendimento no SUS, parcerias público-</p>	<p>Relações de interesses na saúde – (...) a gente tem um olhar muito romântico da saúde, né? Pensando no bem comum e tal, e hoje, saúde é uma mercadoria, a gente não consegue mais, a gente não pode mais ficar só com essa visão ro-</p>

<p>em geral a gente olha as pesquisas, o que vai sair naquela semana, olha os embargos (...) - p. 2</p> <p>[a pauta] - (...) As pautas têm muitas origens, é... uma coisa básica que a gente faz, a gente trabalha com divulgação científica, é checar as pesquisas que vão sair nas revistas... nas grandes revistas científicas e médicas, e... de todos os assuntos, de ciência também, daquela semana. Então a gente olha os embargos, assina matérias de serviços de... envio de releases embargados, de um monte de revistas, é... desde New England é...até British Medical Journal, até Science, Nature, as revistas da editora Wiley, um monte de coisas... então a gente dá uma olhada em tudo, vê o quê que chama mais a atenção, o que tem potencial maior de dar uma matéria legal, isso é uma origem de matéria. Outra origem são congressos médicos, tanto aqui como no exterior, coisas que a gente vê que tão sendo apresentadas, às vezes, ou que são sugeridas pra gente (...) - p. 4</p> <p>[a pauta] - (...) tem essa coisa</p>	<p>privadas – (...) Uma das coisas marcantes que delimita que você começa a ver em pesquisa é o anúncio do sequenciamento do DNA. De lá pra cá isso tem uma marca assim em tudo que é pesquisa, na busca dos pesquisadores, na descoberta de vários remédios. Então isso é um momento muito... marcante (...) - p. 4</p> <p>Outra mudança destacada – (...) teve também toda a evolução dos equipamentos, dos exames. Tem uma mudança muito grande nesse período todo [em que atua na cobertura de saúde] (...) - p. 5</p> <p>Percebe preocupação de gestores de saúde quanto à incorporação de novas tecnologias pela relação custo-benefício, mas isso está só no discurso (...) É... existe uma preocupação de incorporar a nova tecnologia é... e existe uma busca de... um estudo dessa relação custo-benefício (...) O discurso até tem (ênfase), mas, assim, a discussão</p>	<p>mantizada, saúde é um negócio (...) o jornalista tem que tá atento a isso, né? Tem que ta atento sempre olhando, bom, qual o interesse? Porque a gente tinha já essa questão com as outras áreas, políticos, né? (...) – p. 3</p> <p>[fontes, especialistas] - (...) até bem pouco tempo atrás bastava essa coisa de bastava ser um cara da USP, da Unifesp, da Unicamp, um bam-bam-bam que você achava que você tinha total confiança, né? Então acho que... até alguns anos atrás a gente cobria, ainda, saúde é.. com mais ingenuidade, acreditando demais na fonte, esquecendo que ele também tem seus interesses ou ou diretamente ligado a uma indústria, porque ele é speaker da indústria, é... ou porque ele quer promover um departamento, enfim, sem jogo de interesse. Então é sempre a gente tem que botar na mesa isso, bom, interessa realmente a quem? Isso realmente é novo, é uma tecnologia que vai trazer, que vai ser acessível? É... coisa que eu acho que no passado a gente não tinha essa percepção (...) – p. 3</p>
--	---	--

<p>também que o público sugere. É... às vezes coisa que sai na mídia internacional também a gente traz pra cá um pouco...de repente se sai alguma pauta no New York Times, uma coisa no Guardian (...) Ou a gente reproduz mesmo, [de publicações internacionais que o veículo tenha os direitos adquiridos], e publica em alguns casos, cada vez menos a gente tem espaço pra fazer isso, ou a gente faz uma versão (...) então a gente pega um pedaço da matéria deles e faz um pedaço aqui e publica também, é... essa é uma outra origem... é... enfim, tem uma série de assessorias de imprensa de laboratórios, de hospitais, é... de médicos, às vezes os médicos têm suas próprias assessorias, eles também sugerem pautas pra gente (...) - p. 5</p> <p>(...) A gente tem uma relação maior com alguns hospitais grandes aqui de São Paulo (...) que têm pesquisa (...) hospitais maiores que fazem também... que têm tratamentos inovadores pra oferecer pra gente como pauta (...) – p. 5</p>	<p>existe, mas ela não é implementada – p. 5</p> <p>Comentário relacionado à perspectiva econômica da saúde – (...) eu acho que tem uma dificuldade global que é essa discussão do custo benefício, essa discussão econômica, ela não é feita [no Brasil]. Eu não consigo vê-la concluída e implementada. Tipo assim, decidimos que por A + B (...) – p. 6</p> <p>Opinião de que tecnologia nova nem sempre é pauta - (...) não é porque saiu um novo tomógrafo que foi anunciado (...) que ele é a maior notícia, então corre o risco de se dar muito destaque às vezes pra coisas que mais fascinam do que... do que, realmente modificam e contribuem pro avanço das questões na área da saúde - p. 7</p> <p>Pautas sobre tecnologias novas – (...) eu não sei se foi uma mudança ou foi uma coisa que se intensificou na mesma medida que os avan-</p>	<p>Há opções de fontes sem conflito direto, estar atento a isso deverá ser parte da rotina do jornalista, não faz parte ainda - (...) [cita exemplo de fonte que declarou vínculo com empresa farmacêutica] Eu preferi não utilizá-lo [citá-lo na matéria]. Vou utilizar outras pessoas, eu prefiro... não que isso, volto a te falar, vá invalidar a fonte, eu prefiro (...) trabalhar com pessoas que se declaram isentas, que não têm um conflito direto. Eu acho que isso vai começar a fazer parte do dia a dia do jornalismo, não faz parte ainda, até porque essa cultura ainda de declarar conflito não é uma cultura ainda arraigada na área de saúde aqui [no Brasil] – p. 4</p> <p>Cita tipos de estudos e aponta necessidade do jornalista saber avaliar tipos de estudos - (...) eu acho que a gente precisa melhorar muito essa cultura de saber avaliar um estudo científico, sabe, o que é um estudo observ... a metodologia e tal. Porque isso, principalmente na Internet é muito comum a gente, a gente ver estudo que não tem o menor sentido (ênfase), é um estudo pequeno, é um estudo que</p>
--	--	--

<p>(...) tem também as pautas que surgem, muitas coisas que a gente dá surgem da Anvisa. A Anvisa tem uma abrangência enorme (ênfase) de assuntos, né? (...) - p. 5</p> <p>(...) a gente busca as pautas que tenham um interesse público maior, o mais abrangente possível, é... às vezes, não é que a gente só dá coisa que seja muito abrangente. Se tiver uma doença rara e, de repente, descobrirem alguma coisa, isso tem relevância. (...) - p. 6</p> <p>[origem da pauta] - (...) Geralmente as pesquisas que são publicadas em grandes revistas médicas, por mais que tenham ressalvas aos métodos, e que eles mesmos registram os problemas de método, tem também... a gente, claro, se foca nas pesquisas com mais relevância, estatística, que tenham um maior número de voluntários no caso de pesquisas epidemiológicas ou pesquisa que vai testar um novo remédio. Quanto mais gente, quanto maior a qualidade do... da amostra, quanto mais... duplo cego, randomizado, bla, bla, bla, a gente pro-</p>	<p>ços surgem, então ela se torna uma tendência, uma coisa muito marcante que a gente enfrenta no cotidiano. Quer dizer, eu falo enfrenta porque eu acho que tem que ter um filtro pra essas coisas todas, assim, sabe? Não é... É muito complicado esse campo (...) - p. 8</p> <p>Fontes - agências, mídia internacional, universidades, assessorias, revistas científicas, congressos - (...) a gente pega pelo Eureka muita coisa, você vê o resumo e aí você vai buscar o artigo pra ver o que é (...) você vai no JAMA, você vai no News England, você vai ali ver o quê que ta acontecendo (...) a gente muita coisa pega ali também. Mas pega na linguagem da ciência e fala, olha, isto dá pra trazer pra cá (...) - p. 9</p> <p>Primeiro o critério da novidade, depois o estudo, as dificuldades na pesquisa em questão (...) você tem que mostrar a novidade, a novidade da história (...) Você</p>	<p>não é um estudo controlado, muitas vezes é só aquele estudo observacional e que não dá pra ser associado a nada, não dá pra você associar causa e efeito num estudo observacional. E isso a gente não tem essa cultura - p. 4</p> <p>Perguntar aos médicos sobre conflito de interesses - (...) eu hoje faço uma pergunta que ainda incomoda muitos médicos que é assim, você tem algum conflito a declarar? Por que já que eles precisam declarar isso nos congressos médicos, nas publicações científicas, eu acho que a gente precisava é... começar a colocar isso [nas matérias] também. Não que isso vai invalidar a fonte. Vai... vai deixar o leitor mais ciente sobre a posição daquela fonte (...) - em seguida comenta situação em que desconsiderou fonte por haver conflito - p. 4</p> <p>Sobre tipos de estudos de evidências, comenta conhecer o básico, sobre pesquisas em algumas áreas conhece mais, outras menos. Para definir a pauta, pede avaliação de pesquisador no assunto - p. 5</p> <p>Mudança - antes da Internet, (...) a</p>
--	--	---

<p>cura tudo isso (...) – p. 7</p> <p>(...) vendem muito pra gente pesquisa feita por indústria farmacêutica que.. isso é uma ((incomp)) que a gente nega muito (...) – p. 7</p> <p>(...) Farmacêuticas adoram fazer essas pesquisas sem método nenhum... é... a respeito de conhecimento de [determinada] doença na população. As pessoas não são obriga... a não ser doença infecciosa que também você precisa saber pra se prevenir (...). Agora, uma doença genética que atinge um em cem mil, todo mundo precisa saber o que é? E é justamente sobre essas doenças mais raras e que interessam mais as farmacêuticas, porque eles vendem os remédios supercaros pros doentes é que vêm mais essas ofertas de pesquisas mal feita, feita com 200 pessoas (...) não tem relevância estatística nenhuma (...) isso também acaba negado (...) – p. 8</p> <p>Sobre pesquisa básica - (...) Não é o que a gente pode registrar, dar uma notinha, mas assim, é coisa de ah, descobriram mais genes ligados à doença X... a não ser que seja uma coisa que mude o</p>	<p>conta a novidade, depois conta tudo que vai ser estudado, quais são as dificuldades, isso dá gancho pra uma matéria – p. 10</p> <p>Frustração - às vezes o critério para definição da pauta é editorial, aleatório, sem o embasamento que tem um profissional especializado que cobre a área da saúde – p. 11</p> <p>Sobre metodologias de pesquisas – (...) eu acho que nós jornalistas estamos aprendendo a... a entender (...) como são feitas as pesquisas, como... o que que é um universo relevante pra aquela pesquisa, se ela é representativa com 23 indivíduos ou se precisa ter 2300, isso é um campo que a gente tá começando a... começando não, a gente já tá aprendendo e a gente consulta sim. Eu acho você, quando discute com os médicos, com... você ouve o médico da pesquisa e ouve alguém pra discutir com você, pra dar uma opinião sobre aquele tipo de pesquisa. E a</p>	<p>gente ia no escuro, contava com aquela fonte ali (...), mais de uma fonte era consultada, mas a crítica ao estudo era mais difícil – p. 5</p> <p>Comenta que hoje há ferramentas disponíveis para encontrar estudos e o jornalista estar mais bem preparado, mas o idioma pode ser uma barreira - (...) Hoje, é o que eu falo, é... é o jornalista tem que ((incomp)) ou falta de tempo, mas que a gente tem todas as ferramentas disponíveis e que muitas vezes a... a... a língua, acaba sendo, né, uma barreira, quando a pessoa não sabe inglês (...) – p. 6</p> <p>Faz crítica a ainda se valorizar muito o inusitado, a nova tecnologia. Incomoda-se porque nem sempre a nova tecnologia é melhor que a antiga, o custo benefício pode não compensar, envolve custo para o sistema de saúde (...) me incomoda, não sei... ainda é um incômodo talvez mais pessoal, por ver essa coisa gritando, dos conflitos de interesse, de que a nova tecnologia nem sempre é melhor do que a antiga (...) Uns vão conseguir ter acesso a tudo e pagar por isso e que não necessa-</p>
--	--	---

<p>paradigma, sabe? (...) se é simplesmente dizer que tem um gene ligado ao desenvolvimento de qualquer coisa X no seu corpo, não adianta muito, entendeu? - p. 7</p> <p>[critério de pauta] - (...) Se é um tema que é de interesse de todo mundo e de repente me aparece a maior pesquisa feita até hoje sobre o assunto e que traz uma conclusão que pode mudar uma forma de conduta, isso entra com certeza (...) – p. 8</p> <p>[critério de pauta] - (...) se é a maior pesquisa feita até hoje sobre o assunto, com um número grande, claro se for a maior pesquisa com 500 pessoas, claro que é porque a outra era com 20 então realmente a gente ainda não chegou nesse patamar, mas se a gente tem uma grande pesquisa populacional, com um método sólido, duplo cego, randomizado, o que der pra ter naquele caso, a gente avalia tudo isso e vê se publica ou não (...) – p. 9</p> <p>(...) um tratamento novo, que até hoje no Brasil não tinha sido feito, ou no mundo, pra curar uma tal</p>	<p>gente pergunta, assim, eu pergunto ‘mas como é esse estudo, a estrutura dele, a metodologia dele é legal, é representativo, é importante, esse estudo é importante ou é mais um entre muitos?’. Isso é importante sim (...) – p. 14</p> <p>Sobre a percepção da mudança na cobertura de saúde – (...) No começo, eu acho que a gente nem tinha acesso a tantos estudos. A gente nem tinha acesso a tanta informação (...) você nem tinha essa multiplicidade de informação. E eu acho que... é... mas eu não acho que todo mundo já faz isso, eu acho que ainda é uma coisa ainda não, não permeia toda imprensa. – p. 15</p> <p>Interesse da indústria farmacêutica - jornalistas foram entendendo, reconhecendo aos poucos com a experiência - (...) teve muita discussão nos últimos anos sobre os vieses das pesquisas. E... eu acho que, assim, pesquisas financiadas pela indústria,</p>	<p>riamente isso vai reverter numa melhora de saúde, de qualidade de vida – p. 12</p> <p>Valoriza, acha importante trazer o debate da bioética para o leitor, tem satisfação em fazer isso, mas não vê isso acontecendo nos veículos brasileiros em geral – p. 16</p> <p>Mudança na cobertura de saúde - há 10, 12 anos, viagens a convite da indústria farmacêutica eram comuns. Hoje, não mais - (...) eu acho que a gente tem que assumir isso, de não aceitar porque se a gente acha que o médico tem conflito porque o jornalista não vai ter? Porque a gente vai tá imune a isso, né? E mesmo a declaração de conflito (...) sempre que você viaja a convite coloca que viajou a convite e tal, eu acho que isso não é suficiente, eu acho que... se a gente acha que tem conflito com médico... tem conflito também no jornalismo e eu acho que a gente tem que dissociar. Tem que ir quando é possível ir, quando é possível pagar. Agora, ser bancado pela indústria, eu acho que... às vezes você acaba divulgando coisas (...) que... se você tivesse aqui</p>
--	---	---

<p>doença, ainda que não tenha sido ainda chancelado por todas as pesquisas porque é uma coisa nova, a gente pode publicar, se for relevante, se tiver alguma... um potencial de realmente mudar a conduta a respeito daquela doença. Claro que a gente põe todas as ressalvas na matéria, enfim, que é a primeira vez, que ainda não se sabe se aquilo vai se confirmar como o melhor método ou não (...) - p. 9</p> <p>Na matéria, aponta ressalvas para o leitor, se for o primeiro estudo, mesmo que não seja significativo estatisticamente – p. 9</p> <p>(...) Desde que eu comecei a trabalhar com isso a medicina baseada em evidências já tava super, já era o padrão já. Então o que a medicina baseada em evidências traz pra gente é... são pesquisas com dados bem calculados. Mas por outro lado, a medicina baseada em evidências traz muitos vieses de pesquisas, traz muitos resultados que às vezes parecem verdades absolutas e que ((incomp)) seguinte já caem por terra (...) - p. 13</p>	<p>pesquisas com medicamentos, pesquisas que comparam medicamentos, é uma coisa que no princípio a gente chegou a noticiar, mas assim 8 anos quando convidavam a gente pra congresso, a gente ia lá e olhava e dizia "ah, esse medicamento comparado com outro...". Depois, você começa a entender, você começa a entender (ênfase) não é essa a questão. Que são pequenas vantagens um sobre o outro e que isso é uma questão da indústria. Isto não é notícia (...) – p. 17</p> <p>Conflito de interesses - apura, informa, mas é algo que envolverá uma discussão editorial e é uma mudança na medicina no Brasil - (...) A gente pergunta. Mas os médicos brasileiros tão aprendendo a lidar com isso, aprendendo a declarar conflito de interesse, aprendendo a ficar tranquilos. Alguns são muito naturais com isso, dizem ‘sim, eu tenho pesquisa patrocinada’ por tais e tais empresas e ponto isto não é um problema</p>	<p>[na redação] você não ia cobrir, você tá fazendo porque você tá sendo convidado (...) - p. 17</p> <p>Sobre o cuidado com a seleção de pesquisas – (...) a gente também tem que tomar muito cuidado na hora de tá vendendo é... vendendo saúde porque essas pessoas [o público] tão se agarrando muito [nos temas que envolvem saúde], né? Que seja uma nova pesquisa pra curar alguma coisa, que seja uma nova tecnologia pra não sei o quê. Então eu acho que às vezes a gente precisa lembrar disso pra não vender ilusão, sabe? Que... que a gente sabe que não vai acontecer. É a mesma coisa que ficar valorizando pesquisa experimental é... em rato e tal. A gente sabe que em 90% dos casos essa pesquisa jamais vai chegar nem na fase de humanos, nem na fase clínica – p. 10</p> <p>Jornalismo deve ser mais crítico - (...) eu acho que tem muito ainda o que ser melhorado na cobertura de saúde, principalmente botar um olhar mais crítico, seja no tipo de pesquisa que tá sendo divulgado, pra você não divulgar ilusões (ên-</p>
--	---	---

<p>(...) as pessoas [o leitor] às vezes ficam com raiva dessas coisas às vezes, esse vai e vem [quando evidências confirmam um fato, depois aparecem novas evidências que refutam as primeiras], que são inerentes à pesquisa, à medicina baseada em evidências, porque cada um faz a pesquisa com um método e a gente sabe que têm vieses enormes, mesmo as pesquisas com maior qualidade existem. Por isso a gente tenta privilegiar as pesquisas com mais abrangência, as revisões de estudos, as meta-análises, porque aí consegue ter um caminho um pouco... melhor, pra não ficar nesse vai e vem porque existem ((incomp)) – p. 13</p> <p>Exemplifica evidências que direcionam para tratamentos, procedimentos desnecessários como o caso da mamografia – p. 13</p> <p>A gente também publica reportagens, às vezes, criticando a medicina baseada em evidências, não criticando que ela exista, porque realmente o quê que tem de melhor? Ainda não inventaram nada melhor, né? Mas (ênfase) que</p>	<p>(...) – p. 18</p> <p>Relações imprensa-farmacêuticas ainda estão se definindo – (...) É que essas relações ainda tão... entre imprensa... tão se esclarecendo, tão amadurecendo. Entre imprensa e indústria, elas tão começando a ficar mais claras quando as pessoas começam a se definir melhor, assim. Fica uma coisa até meio "ah, é da indústria!" Sabe? Então, não... na medida que a relação começa a ser mais... como é que eu digo? #Transparente?# Mais transparente, começa a ficar melhor, eu acho, tende a melhorar um pouco. E também porque tem muito essas... lembra essas discussões recentes? Dos trens da alegria de médico pra... em congresso... da maneira como a indústria assediada, da indústria farmacêutica... do cerco que ela faz, da sedução... Então a gente fica muito reativo, às vezes fica demais, às vezes fica de menos. Então é sempre uma coisa que você tem que tá avalian-</p>	<p>fase), sabe? Seja nessa questão de... de ta ainda buscando médicos que têm interesse, que não declaram interesse, só ta sendo um porta-voz, você acha que você ta sendo isento, você não tá ouvindo a indústria ou o representante da indústria, mas o cara que trabalha pra ela, ele pode ser professor doutor da USP, da Unicamp, da Unifesp, mas o conflito é o mesmo</p> <p>(...) – p. 18</p> <p>(...) não dá pra ficar circunscrito só na medicina baseada em evidências, até porque tem falhas também... Estudos que envolvem só uma determinada população, multicêntricos, enfim (...) – p. 22</p> <p>Comenta que vem estudando, se aprofundando em temas relacionados à pesquisa em saúde, medicina e bioética – p. 3; p. 22</p>
---	--	---

<p>também, enfim, a gente já deu (...) entrevistas de médicos tão críticos à leitura, enfim, rasteira da medicina baseada em evidências mostrando que você pode torturar o número pra falar o que você quiser (...) – p. 13</p> <p>(...) muitas vezes a gente publica reportagens que olham o lado B também das estatísticas (...) – p. 14</p>	<p>do mesmo. (...) – p. 18</p> <p>Sobre interferência da MBE no jornalismo (...) claro que interfere porque você começa a conseguir ver o que que é mais sólido. O que que é uma pesquisa mais avançada, o que já passou por alguns estágios, o que é só uma coisa interessante e momentânea (...) p. 22.</p>	
--	---	--

Eixo de interpretação MBE
Grupo 3
Jornalista D
<p>Veio de área profissional diferente do jornalismo, desde que começou a cobertura em saúde considera importante que as matérias tenham pesquisas como embasamento – (...) Tava muito claro pra mim que... falar de saúde e falar e... e trazer isso pro jornalismo eu tinha sempre que ter é... uma base fidedigna para dizer "olha, eu não estou escrevendo uma coisa que é um non sense, não, isso tem um estudo por trás disso (...). E comenta esta busca mesmo ao abordar terapias complementares – p. 7</p>
<p>Fala sobre a pesquisa biomédica atual e as incertezas dos modelos de pesquisa usados, que não são adequados para medir, por exemplo, a eficácia das práticas da medicina integrativa (...) a medicina está numa grande crise... institucional... porque eles deixaram de ser os homens nos castelos de cristal e tiveram que abrir as portas pra ver, ouvir as outras ciências, as outras é... as outras profissões, os outros auxiliares da saúde, vamos dizer assim, as outras atividades auxiliares da saúde pra ver o que eles poderiam contribuir para a medicina e para o tratamento e a cura das doenças, né? Porque eles perceberam que mesmo com todo o aparato científico, nem todas as respostas estavam voltadas para a ciência ou estavam</p>

dentro da ciência propriamente dita, que havia ainda um limite até onde a ciência poderia ir (...) - p. 8
Sobre sua visão da indústria farmacêutica, afirma preferir não "satanizar" essas empresas e trazer para o leitor o contexto, não fazer publicidade de drogas mas mostrar ao leitor o que está sendo pesquisado e que pode ajudar o público do veículo – p. 10, p. 11
Fontes para pautas são assessorias de imprensa, congressos, indústrias alimentícias, revistas científicas de renome, mídia internacional, universidades estrangeiras, redes sociais – p. 12; p. 13
[pauta] - O critério é o da revista de renome, a novidade ou pesquisas que "acabaram de sair", e o método usado (...) uma das coisas mais importantes do estudo é a amostra. Não adianta fazer uma reportagem dizendo olha, tem uma pesquisa que diz que o pelo fica branco por causa disso, porque eles observaram isso em 3 crianças, ou essa pesquisa ainda está em fase 1, e você já vai dar uma notícia dizendo que isso é ok. Não. Se tá em fase 1 a gente ainda tem que esperar muito tempo. Ou (ênfase) você vai colocar lá, olha a gente já tem isso aqui, já apareceu isso, mas outros (ênfase) estudos ainda precisam ser feitos para confirmar determinada coisa – p. 14
Pesquisadores como fontes - recomenda à equipe de redação que desconfie de seus títulos, checar a formação, a área de estudo, ver sempre o Currículo Lattes antes de entrevistas – p. 14
Sobre método de pesquisa como critério de pauta – (...) [dando exemplo de situação em que assessoria de imprensa entra em contato oferecendo uma fonte] esse cara é um professor importante não sei das quantas, então, mas em que universidade ele pesquisa? Como é isso? Às vezes uma pessoa manda olha, eu fui fazer um, um curso na Harvard, vai vamos usar Harvard como... Aí eu digo assim, sim, doutor, que bacana, então como que é a amostra desse seu estudo que o senhor fez. Ah, é minha observação no consultório. Então não dá (...) A gente às vezes encontra-se algumas fontes que se apresentam dessa maneira (ênfase) – p. 15
Comenta que passou a conhecer tipos de estudo com o aprendizado ao longo da experiência, frequentando congressos científicos, por exemplo – p.15
Acredita que, em geral, há vínculos entre fontes e indústrias. Isso tem um aspecto positivo que é ajudar na formação desses profissionais, se mantendo atualizados e que isso é benefício para o paciente. Acredita que há uma relação possível com a indústria que é pelo objetivo de informar o leitor sobre a novi-

dade farmacológica, sem divulgar a marca, falar do princípio ativo, da tecnologia, por exemplo – p. 18

Ressalta conhecer os conflitos, mas privilegia informar o leitor sobre as terapias que existem (...) a gente está de olho nessa questão ética, a gente não está alheio, a gente sabe que existe, a gente procura manter os boundaries, os... os... é... manter essa, essa distância respeitosa, olha a gente sabe que tem isso, é.. mas o que interessa no final para o leitor (...) é o que esse novo tratamento, essa nova terapia pode estar contribuindo para chegar-se ao sucesso de um tratamento. Basicamente é isso. A gente não vai simplesmente dizer, olha eles são os demônios e nós somos os homens que vamos entrar com as cruzadas agora e vamos acabar... Não. É uma convivência, eu nem gosto de usar, eu ouço muito, muito, que é um mal necessário ou que existe a relação de ódio e amor com os médicos porque no fim existe isso. Eles aceitaram a... a subsistência de um conflito de interesse, quer dizer assim, olha, eu vou fazer parte disso, mas vocês não queiram mandar em mim – p. 20

Coloca como papel do jornalista - informar o leitor para que ele discuta com seu médico o que escolher – p. 23

Exemplifica situação de aliança com indústria farmacêutica: o estado pode não estar pronto para investir em determinado problema ou desenvolvimento de uma droga e um médico aceita ser financiado para sua pesquisa – (...) eu pergunto isso é um conflito de interesse ou é um acordo de interesse? (...) qual é o valor mais importante, é a vida do paciente ou esse investimento sem o qual a vida dos pacientes não poderiam ser salvas? É um impasse. Não existe resposta. Acho que é mais ou menos isso com o conflito de interesses. Existe gente de todo tipo, antiética ou que quer aproveitar a oportunidade para aprendizado/desenvolvimento, isso tem que ser pesado, mas na ponta dessa avalanche estão os pacientes, a vida desses pacientes que podem ter condições de ter informações para tomarem decisões em sua vida. O papel do jornalista é trazer informação... nós estamos atrás das coisas mais modernas que existem no momento, isso é possível porque tem pesquisas sendo realizadas, tendenciosas ou não, você vai decidir com o seu médico se isso é a melhor coisa pra você. Você vai ter essa possibilidade de discussão (...) – p. 22; p. 23

(...) não vou dizer o que ele deve fazer [o leitor], mas vou dizer, olha, eu estive no maior centro de pesquisa do mundo e as pessoas estão indo nesta direção. Mas como é a ciência, pode ser que daqui 10 anos chegue-se a conclusão de que isso não funcionava. Mas aí vamos olhar historicamente. [exemplifica como poderia abordar uma pesquisa com financiamento da indústria farmacêutica] – p. 23

Aborda a questão moral do porta-voz da indústria (...) Eu sei muito bem que esses homens, os speakers, podem estar influenciados, e estão efetivamente, mas por outro lado, qual é a coisa mais relevante? A

<p>questão moral dele, é uma questão de foro íntimo, é uma questão dele, né? O que interessa pra mim como jornalista é assim, ok, no universo dessa doença que é tão devastadora, é... isso eventualmente poderá trazer algum benefício pra alguém? (...) – p. 25</p>
<p>Comenta que temas de nutrição são difíceis de trazer para a perspectiva da ciência, faltam publicações rigorosas, especialistas acadêmicos na área – p. 27</p>
<p>Sobre a influência da MBE no jornalismo (...) claro que sim...eu acho que, voltamos àquela questão da fidedignidade, quer dizer assim, ah, então quando a gente fala em, em medicina tradicional, a gente sempre tá muito atento a isso. Então o que que as evidências têm mostrado? Ok. Porém, a minha formação me faz ter sempre um olhar crítico, né? Porque a gente sabe que a ciência não consegue comprovar tudo, né? (faz referência a práticas da medicina integrativa) – p. 29</p>
<p>A legitimidade da medicina é paradoxal – (...) existe hoje um... o paradoxo da legitimidade, né? A gente tem muitas leis regendo a prática médica, regendo a forma como se fazem pesquisas, é tudo muito organizado, né? Mas isso foi decidido por um grupo (ênfase) de pessoas, que tem lá seus interesses, que tem lá isso, e que nos representa de alguma maneira, mas isso não corresponde à consensualidade, quer dizer, por que é que nessa altura do ano de 2013 tantas universidades, tantos grupos científicos estão se abrindo para essas práticas, por exemplo, que não são baseadas em evidências, por quê? (...) há aberturas para outras práticas – medicina chinesa, reiki (...) há aberturas legitimadoras [com pesquisas sendo feitas por instituições, cita Einstein, Sírio Libanês] (...) - p. 30</p>
<p>(...) eu não demonizaria as farmacêuticas, eles pensam em negócios, e o negócio deles é a vida das pessoas". Se alguém não consegue condições para viver [exemplificando com doença mental] não deve deixar de ser informado de oportunidades porque é uma indústria que produz (...) – p. 33</p>
<p>Critica a formação médica, o foco em doença e que não há reflexão sobre o conceito de saúde [hoje o conceito de saúde da OMS inclui o bem-estar espiritual] – p. 36</p>
<p>Influência da MBE no jornalismo - sim, mas acha que (...) as pessoas não têm olhar crítico sobre o que significa ser cientificamente provado, depende do tipo de estudo. Porque nem sempre é cientificamente provado. É uma pesquisa que foi feita, uma... uma... uma pesquisa ainda num nível zero e que alguém já publica dizendo que é uma grande contribuição e não é... Isso aí lá no final pode ser que chegue num estudo longitudinal alguém descobrirá que alguma coisa deu errada e que aquela pesquisa não pode ser considerada (...) – p. 36</p>