

As visitas dos Delegados de Informação Médica: Qual a utilidade da sua informação?

MIGUEL MELO*, RAQUEL BRAGA**

RESUMO

A elevada quantidade de informação disponível torna importante que o médico adopte métodos de selecção relativos à informação útil apresentada pelos Delegados de Informação Médica (DIM).

A utilidade da informação depende da sua relevância e da sua credibilidade científica.

Neste artigo são discutidos os critérios de relevância e de avaliação da credibilidade científica a aplicar nas visitas dos DIM, de forma a maximizar a utilidade da visita, bem como a postura a adoptar, tendo em vista uma prescrição mais racional.

Palavras-Chave:

Delegados de Informação, Investigação; Clínica Geral; Epidemiologia Clínica

Introdução

A indústria farmacêutica (IF) constitui uma das fontes de informação médica mais abundante e acessível para médicos. Supõe-se que seja um dos meios mais importantes de (in)formação entre os profissionais de saúde; desta forma a informação e as opiniões veiculadas pela IF têm, provavelmente, repercussões nos hábitos de prescrição médica.

A promoção de medicamentos através de publicidade em revistas e pelo correio, a publicação de artigos (de opinião e não só) em jornais

e revistas, a organização de congressos e de encontros de cariz formativo e as frequentes visitas dos delegados de informação médica (DIM) são algumas das formas usadas pela IF de forma a influenciar a prescrição.

A maioria dos médicos acredita que é imune à influência exercida pela IF, mas estudos realizados em outros países (em Portugal escasseiam dados relativos a esta questão) apontam precisamente no sentido inverso^{1,2,3,4,5}. A IF, sendo um negócio com fins eminentemente lucrativos, destina consideráveis fatias do seu orçamento à informação acerca dos seus produtos, e em particular à actividade dos DIM, que

demonstra ser das mais eficazes formas de divulgação e promoção dos mesmos⁶.

Em Portugal, a frequência das visitas efectuadas pelos DIM aos médicos (cerca de três a quatro DIM/dia = 66-88 visitas DIM/mês) é aparentemente bastante superior à relatada nos países como os EUA e Canadá, em que os estudos acima referidos foram conduzidos, o que agudiza a necessidade de uma reflexão acerca da influência que a IF tem sobre os nossos hábitos de prescrição.

Neste artigo iremos focar a utilidade e a avaliação crítica activa da informação transmitida nas visitas dos DIM, por forma a ajudar o médico a fazer uma escolha racional na prescrição de um (novo) princípio activo, entre os vários existentes, para a mesma situação clínica.

A utilidade da informação

Da inúmera quantidade de informação transmitida (ex. artigos) pelos DIM, o médico deverá seleccionar a informação mais útil. Mas o que é uma informação útil para o clínico?

A informação útil deverá ser relevante para a prática diária, deverá ter validade e deverá ser simples de entender. Assim sendo, a utilidade da informação médica pode ser apresentada sob a forma da seguinte equação^{7,8}:

Utilidade da informação médica =

$$\frac{\text{Relevância} \times \text{Credibilidade}}{\text{Trabalho}}$$

a) Relevância: A relevância pode ser aferida por três questões^{7,8}:

- Esta informação tem interesse para os meus doentes? Foram avaliadas variáveis clínicas (*endpoints* clínicos) ou intermédias (*surrogate endpoints*)?
- Esta situação é comum na minha prática clínica e a prescrição é pos-

Médicos de Família no RRE Fânzeres e CS Sra. Hora**; SRS Porto*

sível na minha prática?

- Esta informação tem capacidade para modificar os meus hábitos de prescrição?

Um aspecto a ter em conta na relevância da informação é o interesse da informação para os nossos doentes. O mais importante e o mais relevante para a clínica é mostrar resultados que ajudem os nossos pacientes a viver melhor, com mais funcionalidade e menor morbimortalidade (*endpoint* clínico), e não variáveis intermédias como o mecanismo fisiopatológico, farmacologia, farmacocinética, etc (*surrogate endpoints*)⁹. O ideal seria que a eficácia do fármaco fosse avaliada em termos de redução de morbimortalidade, qualidade de vida, redução de sintomas e funcionalidade.

O que realmente interessa, em termos de benefício para o doente é, por exemplo, se o uso de uma determinada estatina reduz, e em que grau, a probabilidade de vir a ter uma angina de peito ou de morrer de enfarte do miocárdio (*endpoints* clínicos) e não a quantidade de redução da colesterolémia (variável intermédia; *surrogate endpoint*)^{9,10}.

A informação com maior utilidade apresenta evidências orientadas com interesse para o doente (POEM: *Patient-Oriented Evidence that Matters*) e não para a doença (DOE: *Disease-Oriented Evidence*)¹¹.

Esta informação, acerca de novas indicações terapêuticas, interessamos se tiver a potencialidade de alterar a nossa prática clínica. O uso de bloqueadores beta na diminuição da morbimortalidade nos doentes com insuficiência cardíaca é um exemplo recente de nova informação, apoiada em *endpoints* clínicos, com possibilidade de influenciar a nossa prática.

b) Credibilidade: Tem a ver com a qualidade científica das evidências

existentes. Traduz a probabilidade de a informação ser correcta, ou seja, com validade. A credibilidade, provavelmente, é o aspecto que o médico terá maior dificuldade em avaliar. Poderá ser necessário pedir ajuda a especialistas na avaliação da credibilidade ou a organizações, algumas disponíveis *on-line* (ex.: Cochrane Library; www.infopeoms;...), que fazem a avaliação da credibilidade de alguns artigos. Os fármacos existentes apresentam diversos graus de evidência da sua eficácia. É importante fundamentarmos a nossa prática na melhor evidência ou informação disponíveis.

c) Trabalho: é o esforço dispendido (dificuldade) para obter e interpretar a fonte de informação. Uma informação de grande complexidade técnica (ex.: artigo científico) poderá não ser útil pois será difícil fazer uma interpretação crítica e entender a totalidade da informação nele contida.

A utilidade da informação transmitida pelos DIM

Em relação à informação fornecida pelos DIM poderemos afirmar que a sua utilidade é moderada a baixa⁷ já que:

- em relação à Relevância da informação: A maior parte da informação transmitida pelos DIM é, muitas vezes, baseada em resultados intermédios (*surrogate endpoints*: orientados para a doença, como por ex., semi-vida, fixação a receptores celulares, mecanismo fisiopatológico, concentrações séricas, etc.) sem provas da sua tradução em benefício clínico, não respondendo à pergunta «se eu usar este fármaco será que o doente vive mais tempo, mais saudável, mais produtivo e com menos sintomas?». Por outro lado, a maior parte da informação transmitida pelos DIM não é nova e raramente tem o potencial de modificar

a nossa prescrição. De uma forma geral, a relevância da informação apresentada pelos DIM é moderada a baixa¹⁰.

- em relação à Credibilidade da Informação: questionável e variável.
- em relação ao Trabalho: O trabalho para obter a informação dos DIM é baixo.

No entanto, poderemos rentabilizar esta fonte de informação desde que exista, da parte do médico, uma postura activa e crítica.

Aspectos importantes, frequentemente abordados pelos DIM, úteis na avaliação da credibilidade da informação

O ensaio controlado aleatorizado (ECA) e cego, com medição de variáveis clínicas, de grandes dimensões, é o estudo mais credível para avaliar o interesse de um fármaco^{12,13}.

O resultado da intervenção em estudo (ex.: medicamento) é comparado com o resultado de um tratamento padrão ou com um placebo. É o tipo de estudo de escolha quando o objectivo é avaliar a eficácia/efectividade de uma determinada intervenção, sendo por isso o estudo base idealmente usado pela IF para promover o seu medicamento. No entanto, alguns aspectos deverão fazer parte do conhecimento geral da classe médica de forma a apreciar criticamente a validade dos ensaios clínicos sobre fármacos e, assim, evitar algumas falácias^{12,13}.

- Uma vez que as novas drogas representam (ou não) avanços no tratamento, estas deveriam ser comparadas com a droga padrão e não com o placebo; assim teremos a correcta dimensão do avanço em relação ao tratamento padrão.

- Deveremos valorizar os estudos publicados em revistas credíveis, já que alguns dos dados apresentados pelas IF, todos eles a favor do seu

produto, são dados internos da própria companhia («*data on file*»), não publicados.

- Ao avaliar um ECA deveremos verificar a sua qualidade metodológica, se os doentes são semelhantes aos nossos, se a intervenção é comparada com o placebo ou com o padrão, se são medidas variáveis clínicas (*endpoints* clínicos) ou intermédias (*surrogate endpoints*) e qual a importância clínica dos resultados (magnitude do efeito). Desta forma, poderemos ver se as conclusões do estudo são adequadas. Alguns ECA apresentam algumas limitações na generalização dos resultados pois são efectuados em populações muito seleccionadas (pouco representativas) e as intervenções são muito rígidas e muito estandardizadas, diferindo da prática clínica habitual. Os estudos mais pragmáticos, que medem a efectividade do fármaco nas condições reais (*intention to treat*), são os que melhor traduzem o benefício do fármaco na prática clínica diária^{12,13}.

- $p < 0,05$ (... estatisticamente significativo). Apenas significa que a diferença de resultados encontrados nos dois grupos tem uma probabilidade inferior a 5% de se dever ao acaso. Só por si nada nos diz quanto à importância dos resultados. Pequenas diferenças de resultados entre grupos podem ser estatisticamente significativas e serem clinicamente irrelevantes, sem grande significado clínico, uma vez que não acarretam importantes benefícios para os pacientes devido à pequena magnitude dos efeitos (mesmos benefícios)¹⁴. Como clínicos devemos decidir se os resultados são clinicamente relevantes, isto é, importantes, úteis e com reais benefícios para os pacientes, de forma a serem incorporados na prática clínica¹⁴.

- Redução de Risco (Relativo): É

uma das formas de apresentar os benefícios do tratamento bem como a magnitude dos seus resultados. Traduz a redução de risco relativo (RRR) no grupo submetido à intervenção. No entanto, a apresentação dos benefícios sob a forma de RRR tem tendência a sobrevalorizar os benefícios e não transmite a verdadeira utilidade do tratamento para o doente¹².

As medidas epidemiológicas da magnitude dos efeitos da intervenção tais como o risco relativo, a redução de risco, o risco absoluto (incidência), as diferenças de risco absoluto e o número necessário a tratar (NNT) podem ser revistas no Quadro I.

O impacto clínico é melhor apresentado pela diferença de risco (DR) absoluto (que é a diferença entre os riscos absolutos dos dois grupos) e o NNT (que nos diz quantos pacientes necessitamos de tratar, durante um determinado período de tempo, para prevenir um acontecimento adverso; aritmeticamente é o inverso de diferença de riscos). Esta última medida é muito útil para o clínico porque reflecte o esforço para prevenir um caso. É óbvio que quanto maior o esforço (NNT) mais nos questionaremos sobre o custo-benefício do tratamento¹².

Como exemplo suponhamos que existe um novo tratamento que provoca uma redução de risco relativo de 75% de acidente vascular cerebral (AVC) ao longo de cinco anos, quer em prevenção primária (sem AVC prévio), quer em prevenção secundária (com AVC prévio). Será que o fármaco é igualmente benéfico nos dois níveis de prevenção?

A análise em termos de NNT é que nos permite apreciar os reais benefícios para os diferentes grupos.

Vamos assumir que num grupo de doentes em maior risco (ex. que já tiveram um AVC no passado), o risco de novo AVC aos cinco anos é de 40% no grupo placebo, que faz apenas terapêutica médica convencional e placebo, e de 10% quando submetido ao novo tratamento (adicionado à terapêutica habitual).

O novo tratamento provocou uma redução de risco de 75% mas a sua redução absoluta (ou DR) de novo AVC foi de 30% (40% para 10%); assim o NNT durante cinco anos para prevenir novo AVC foi de 3 ($100/DR = 100/30 = 3,3$). Neste caso, o médico precisa de tratar apenas três doentes durante cinco anos com o novo fármaco para prevenir um novo AVC. Vejamos o que se passa no outro grupo em menor risco: o novo fármaco provocou uma redução relati-

QUADRO I

MEDIDAS ÚTEIS PARA AVALIAÇÃO DOS BENEFÍCIOS DO TRATAMENTO

	Doentes com AVC*	Doentes sem AVC*
Risco absoluto (Incidência/5 anos)**		
G. placebo (Rp)	40%	2%
G. Tratado (Rt)	10%	0,5%
Risco relativo (RR) Rt / Rp	25%	25%
Redução risco relativo (RRR) 1 - RR (= Rp-Rt/Rp)	75%	75%
Diferenças de risco (DR) Rp - Rt	30%	1,5%
N.º Necessário tratar (NNT) 100 / DR	3,3	66,6

*dados fictícios

**Risco absoluto ou risco (R): n.º de acontecimentos (novos casos) num dado grupo num determinado período de tempo/incidência).

va de risco de 75%, tal como no exemplo anterior, mas a redução absoluta de risco de AVC foi de 1,5% (2% para 0,5%) e o NNT é de 67 (100/DR = 100/1,5 = 66,6). É necessário usar o novo fármaco em 67 idosos durante cinco anos para prevenir um AVC.

O esforço que o médico necessita de fazer é cerca de vinte vezes superior neste último caso. Assim, neste exemplo, o benefício é muito maior na prevenção secundária do que na prevenção primária, pois estes grupos apresentam riscos absolutos baixos muito diferentes. O NNT revela estes reais benefícios para o doente que não são aparentes quando se fala apenas em 75% da redução do risco relativo.

Servem estas considerações para realçar que a apresentação dos resultados exclusivamente na forma de redução relativa de risco pode fazer que se sobrevalorize o real efeito benéfico do tratamento. Talvez por isto a IF tenha tendência a apresentar os seus resultados sob a forma de reduções relativas de risco.

Do ponto de vista da decisão clínica a nossa atenção não deverá ser focada apenas nos benefícios relativos (como o risco relativo ou redução de risco) mas sim em valores absolutos (como seja o risco absoluto, as diferenças de risco e o seu derivado NNT), já que estes proporcionam uma melhor estimativa dos benefícios para o indivíduo.

A perspectiva em termos absolutos, e não só em termos relativos, está mais de acordo com os princípios da medicina geral e familiar. A decisão de tratar deverá ser baseada no real benefício para o doente (RA, DR) e no esforço (médico) necessário para evitar um episódio, comparando com os possíveis efeitos adversos e custos de terapêutica¹².

Os DIM na visita médica

Apesar de alguns médicos pensarem o contrário, as fontes de informação comercial têm uma maior influência nos hábitos de prescrição do que as fontes científicas^{8,9,10}. Os DIM têm mais treino em métodos de educação e mais conhecimentos de teoria de comunicação que a maioria dos professores das escolas médicas, sendo por vezes mais efectivos em mudar hábitos de prescrição do que qualquer outra fonte de informação^{6,15}. As visitas dos DIM estão muitas vezes associadas com aumentos de custos de prescrição e hábitos de prescrição menos racionais.

As visitas dos DIM seguem habitualmente uma sequência comum¹⁵:

- Abertura («quebrar o gelo»): Apresentação, valorização do *status* do médico, tentativa de avaliação dos conhecimentos e da prática com o seu produto.
- Apresentação de argumentos: argumentos para a prescrição do seu produto, discussão mútua.
- Encerramento: reforço da relação positiva tendo em vista a continuidade, ofertas várias, tentativa de estabelecimento de compromisso.

Os papéis dos agentes envolvidos podem caracterizar-se da seguinte forma¹⁶:

- Médico: Potencial cliente/comprador, receptor de informação e de «ofertas». A postura céptica e a recusa de se comprometer em prescrever o produto (objectivo implícito da visita do DIM) são «estratégias de defesa» usadas por alguns médicos para se coadunarem com a sua auto-imagem de isenção na prescrição.
- DIM: potencial vendedor, potencial fornecedor de informação e de «ofertas». A isenção/«imparcialidade» da informação, a valorização da imagem do médico e o estabelecimento de um relacionamento positivo, de forma a poder continuar a ser recebido no futuro, são formas de influenciar o médico.

AS ESTRATÉGIAS DE MARKETING

Algumas das estratégias de promoção do medicamento, habitualmente desenvolvidas pelos DIM, são apresentadas no Quadro II. Estas estratégias deveriam ser identificadas pelos médicos de forma a separar o «trigo do joio» de forma rápida e eficaz.

OS ARGUMENTOS DO DIM¹⁵:

- a) Argumentos racionais: transmissão de informação acerca do produto e do seu uso clínico, tentando valorizar e demonstrar, de uma forma

QUADRO II

ESTRATÉGIAS USADAS PARA A PROMOÇÃO DE UM MEDICAMENTO¹⁵

Argumentos

- Racionais: Informação científica; por vezes incompleta (eficácia, segurança, etc.).
- Não racionais: testemunhos de doentes e colegas, referência a líderes de opinião (O Prof. Dr. X... usa este medicamento), desafio («experimente e vai ver que irá ter sucesso»), ataques a outros laboratórios, pena («ajude-me a atingir os meus objectivos e prescreva em dois a três doentes»)...

Outras técnicas

- Relação de amizade positiva
- Ofertas (material educativo, inscrição em congressos, material clínico, presentes...)
- Reciprocidade

lógica e científica, a qualidade deste.

Por vezes a informação pode ser tendenciosa, incompleta, pouco apoiada em estudos e sem relação com as conclusões.

b) Argumentos não racionais: utilização de testemunhos, apelo ao desafio, apelos diversos...

c) Outros argumentos: utilização de estratégias de *marketing* como oferta de material educativo, formação médica, amostras de medicamentos, ofertas várias, almoços, relação de amizade, entre outros. Uma vez que a *reciprocidade*⁹ é uma parte da natureza humana (conceito que traduz que quando alguém recebe tem tendência a retribuir), os médicos devem resistir ao sentimento de gratidão/retribuição que poderá sobrepor-se à prescrição mais racional.

A IF usa a Educação Médica como um meio de suporte para as suas actividades promocionais, baseando-se no facto de esse apoio à formação ser uma forma custo-efectiva de aumentar a prescrição dos seus produtos¹⁶. O apoio por parte da IF na formação do médico é, de resto, louvável, tendo em conta que sem esse apoio muita da formação contínua ficaria por fazer.

STEPS: a informação que pode alterar hábitos de prescrição

De acordo com a *International Society of Drug Bulletins* (ISDB), cerca de 80% dos novos produtos ou novas indicações clínicas aprovadas cada ano nos países desenvolvidos, NÃO trazem benefícios sobre as terapêuticas existentes¹⁷. Cerca de 2% das drogas trazem um avanço importante para os doentes e 5% um benefício *minor*. As publicações da ISDB são independentes da IF e fazem comparações de fármacos.

Uma vez que grande parte das novas moléculas/princípios activos apresentados não trazem grandes

benefícios para o doente, como poderemos avaliar se o novo produto apresentado pelo DIM, tem potencialidades de modificar a nossa prescrição?

Uma forma simples é o uso do acrónimo STEPS^{9,10,15,17} (Quadro III); estes cinco atributos (Segurança; Tolerabilidade, Eficácia, Preço e Simplicidade das tomas) de um medicamento devem ser discutidos quando se compara uma droga com a sua alternativa habitual, sendo determinante da escolha entre os diferentes princípios activos existentes para a mesma situação clínica. Este tipo de informação pode ser difícil de obter já que alguns dados podem não ser publicados se os resultados não mostrarem benefícios sobre as alternativas (viés de publicação). Enquanto não for apresentada informação que revele que o novo medicamento representa um passo (STEPS) em frente, não deveremos alterar a nossa prescrição habitual.

Os DIM que representam os laboratórios que comercializam outras marcas comerciais das mesmas moléculas não trazem, habitualmente, informação nova e o seu único argumento racional (STEPS) será um preço (P) inferior. Embora esteja fora do âmbito deste artigo discu-

tir a opção do médico pelas diferentes apresentações comerciais do mesmo DCI/ princípio activo («cópias», «genéricos»), não podemos deixar de fazer um pequeno comentário sobre isto. Apesar de não existirem provas em contrário, alguns (médicos, doentes, DIM) questionam a tolerância (T) e a efectividade/eficácia (E) dos «genéricos» ou até de «cópias», o que poderá condicionar a escolha apenas pelo preço. Nesta área proliferam os argumentos não racionais, bem como alguma desinformação, pelo que muito há a fazer nesta área.

Postura de forma a rentabilizar a visita do DIM^{7,10,15}

Apesar de tudo o que foi dito, a visita do DIM poderá ser rentabilizada de forma a maximizar a utilidade da informação. Para isso, alguns aspectos são importantes:

- Tenha sempre presente o objectivo do DIM: informar, recordar, influenciar/persuadir.
- Reconheça as técnicas de *marketing*.
- Reconheça a nossa vulnerabilidade e influenciabilidade.
- Escolha os medicamentos que lhe interessam e restrinja as visitas apenas a esses.

QUADRO III

O ACRÓNIMO STEPS: A INFORMAÇÃO COMPLETA DO MEDICAMENTO

- S** Segurança: probabilidade de ocorrência, a curto ou longo prazo, de efeitos colaterais sérios/graves causados pelo fármaco (por vezes os efeitos raros, mas graves, podem estar mal documentados nos novos produtos).
- T** Tolerabilidade: avaliada indirectamente pela taxa de abandonos entre o fármaco e o seu competidor mais importante ou de referência.
- E** Eficácia/efectividade: comparada com o seu directo concorrente.
- P** Preço: Custos directos (monetários) e os custos indirectos (ex: monitorização analítica dos eventuais efeitos colaterais).
- S** Simplicidade: simplicidade da toma (ausência de rituais, sem relação com refeições), sabor, simplicidade no transporte (ex.: blister), comodidade posológica.

- Mantenha uma postura activa na entrevista, de forma a transformar o DIM numa fonte útil de informação.
- Não devemos ser receptores passivos de informação. A informação recebida é seleccionada, tendenciosa, e normalmente favorável aos produtos que estão a ser alvo de uma apresentação, frequentemente omitindo os aspectos menos favoráveis.
- Pergunte directamente pela informação nova, relevante, válida (POEM) e completa (STEPS). Explique ao DIM estes conceitos e focalize a sua atenção neste tipo de informação; não perca tempo com informações e dados irrelevantes.
- Cruze estas informações com outras fontes. Peça informação credível e publicada em revistas reputadas; desta forma poupa trabalho na obtenção da informação.
- Reconheça e desvalorize outras técnicas de promoção (apelos não racionais, ofertas, almoços, congressos, relação/reciprocidade).
- Não dê grande importância às brochuras promocionais (podem conter material não publicado (*data on file*), informação enviesada, gráficos distorcidos...).
- Evite que seja o DIM a fazer as sínteses «para quem» e «quando» prescrever o seu fármaco; esta decisão complexa é reservada apenas ao médico.

Avalie criticamente, quanto à relevância, à credibilidade e à imparcialidade da informação, todo o material educativo fornecido pela IF antes de o ler.

Comentário Final

Os DIM modificam hábitos de prescrição médica. Um bom DIM é especialista nos medicamentos que promove e pode rapidamente fornecer

informação útil acerca destes. A mensagem-chave veiculada é «prescreva o meu produto», sendo esta muitas vezes suportada por argumentos racionais e envolvida em apelos emocionais e falácias lógicas. A principal limitação deste tipo de informação é a isenção, principalmente acerca de quando prescrever. No entanto, quando a informação é analisada/tratada de uma forma activa e crítica, pode constituir uma boa fonte de informação para um médico atarefado.

Os médicos devem ser cautelosos acerca da informação transmitida pelos DIM¹¹. A formação médica contínua deve ser conduzida de uma forma independente da IF, ainda que por ela indirectamente apoiada. A existência de um terceiro elemento que fornecesse informação educativa credível e isenta de viés, acerca dos produtos farmacêuticos e que desse apoio aos médicos, seria interessante e útil, como forma de minorar a pressão e a influência comercial exercida pela IF sobre a classe médica.

Os pacientes devem manter-se confiantes de que as suas necessidades não estão a ser sacrificadas pela pressão da IF¹⁷. No entanto, na União Europeia, a prescrição menos racional é preocupante sob os pontos de vista da saúde pública (por ex. resistência aos antibióticos) e financeiro, levantando questões, relativas à racionalidade e às condicionantes que norteiam a prescrição de fármacos¹⁸. Em Portugal, segundo dados fornecidos pelo «Relatório da Primavera» do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), a prescrição de cefalosporinas de terceira geração e de quinolonas em ambulatório, é muito superior à praticada no Reino Unido, cerca de quarenta vezes e dez vezes mais, respectivamente¹⁹. A falta de normas

de orientação clínica, a pressão da indústria farmacêutica sobre os médicos, a falta de avaliação crítica das entidades competentes, bem como a falta de entidades formadoras/reguladoras poderão contribuir para esta situação.

Referências bibliográficas

1. Chren MM, Landefeld CS. Physicians' behavior and their interactions with drug companies - a controlled study of physicians who requested additions to a hospital drug formulary. *JAMA* 1994; 271:684-9.
2. Caudill TS, Johnson MS, Rich EC, McKinney WP. Physicians, pharmaceutical representatives and the cost of prescribing. *Arch Fam Med* 1996; 5:201-6.
3. Charles A. When pharmaceutical manufacturers' present grand rounds, what do residents remember? *Acad Med* 1996;71: 86-8.
4. Rougheed EE, Harvey KJ, Gilbert AL. Commercial detailing techniques used by pharmaceutical representatives to influence prescribing. *Aust N Z J Med* 1998; 28:306-10.
5. Lexchin J. What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? *Can Fam Physician* 1997; 43:941-5.
6. Costa A, Vasco RS. A nova geração de supervendedores. *Exame* 1999; 10 (128):44-48.
7. Slawson DC, Shaughnessy AF, Bennett JH. Becoming a medical information master: a guidebook to the information jungle. *J Fam Pract* 1994; 39: 489-99.
8. Slawson DC, Shaughnessy AF, Bennett JH. Becoming a medical information master: feeling good about not knowing everything. *J Fam Pract* 1994; 38:505-13.
9. Greenhalgh T. How to read a paper: papers that report drug trials. *BMJ* 1997; 315:480-3
10. Shaughnessy AF, Slawson DC. Pharmaceutical representatives. *BMJ* 1996; 312:1494.
11. Slawson DC, Shaughnessy AF, Ebell M, Barry H. Mastering medical information and the role of POEMs - Patient-Oriented Evidence that Matters. *J Fam Pract* 1997; 45:195-6.

THE PHARMACEUTICAL REPRESENTATIVES: CRITICAL EVALUATION**ABSTRACT**

There is a growing interest about the necessary skills to critical reading and evaluation of medical information from the pharmaceutical representatives. The utility of information depends on its relevance and validity. Clinical decisions should be based on good information.

In this paper we describe strategies to select efficiently the most useful information. Armed with these strategies, clinicians can find the most appropriate information, evaluate it quickly, and apply it confidently to provide the best care for the patients

Key words:

Pharmaceutical Representatives; Critical Appraisal; Family Practice; Research; Clinical Epidemiology.

12. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Clinical epidemiology - the essentials. 3ª Ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.

13. Melo M. Elementos básicos de um estudo de investigação. Aspectos práticos para a sua elaboração. Rev Por Clin Geral 1998; 15:30-3.

14. Fernandez P, Diaz P. Significación estadística y relevancia clínica. Cad Aten Primaria 2001;8:191-95.

15. Slawson DC, Shaughnessy AF, Bennett JH. Teaching information mastery: evaluating information provided by pharmaceutical representatives. Fam Med 1995; 27:581-5.

16. Somerset M, Weiss M, Fahey T. Dramaturgical study of meetings between general practitioners and representatives of pharmaceutical companies. BMJ 2001; 323:1481-4.

17. Kopp C. What is a truly innovative drug? New definition from the Interna-

tional Society of Drug Bulletins. Can Fam Physician 2002; 48:1413-5.

18. Cars O, Molstad S, Melander. Variation in antibiotic use in the European Union. Lancet 2001; 357:1851-3.

19. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório da Primavera de 2003. in URL: <http://www.observa-port.org> [Acedido em 06/07/2003].

Recebido para publicação em: 16/07/03

Aceite para publicação em: 24/09/03

Endereço para correspondência:

Praceta das Barrosas, s/n
4510-513 Fânzeres

E-mail: miguelmelo@mail.telepac.pt