XII JORNADAS APDIS
INVESTIGAÇÃO, INOVAÇÃO, INTERVENÇÃO
PARTILHA DE CONHECIMENTO EM SAÚDE
20-22 ABRIL 2016 UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Seleção, síntese e disseminação de evidências para profissionais de saúde por meio de correio eletrónico

Selection, synthesis and dissemination of evidence for health professionals using e-mail

Maria Cristiane Barbosa GALVÃO. FMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil. (mgalvao@usp.br)

Ivan Luiz Marques RICARTE. FT-UNICAMP, Limeira, Brasil. (ricarte@unicamp.br)

Fabio CARMONA. FMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil. (carmona@fmrp.usp.br)

Danielle Alves Fernandes dos SANTOS. FAPESP TT3, Ribeirão Preto, Brasil. (danielleafsantos@gmail.com)

Resumo

Apresenta-se o processo de seleção, tradução, síntese e disseminação de evidências em saúde por meio de correio eletrónico aos profissionais de saúde que atuam no Estado de São Paulo, Brasil. Trezentos e quarenta e oito profissionais de saúde que aceitaram o convite para participar do projeto receberam por correio eletrónico, durante 48 semanas, o total de 144 conteúdos informacionais selecionados, traduzidos para a língua portuguesa e distribuídos por correio eletrónico às segundas, quartas e sextas, exceto em feriados. O profissional de saúde pôde avaliar ou não o conteúdo informacional recebido, dependendo de sua vontade, por meio de instrumento de avaliação específico. Os profissionais de saúde que participaram do projeto relataram usar as evidências recebidas por correio eletrónico para: assistir o paciente de modo diferente (36%), justificar uma escolha durante a assistência (20%), estar mais certo sobre uma decisão (20%), entender melhor uma condição ou tecnologia em saúde (24%), discutir o assunto com pacientes ou outros profissionais (33%), convencer os pacientes ou outros profissionais sobre uma questão em saúde (23%). Logo, a informação em saúde transforma a assistência. Profissionais de saúde precisam de informação adequada, resumida e facilmente acessível, possuindo pouco tempo para se manterem atualizados ou frequentarem uma biblioteca. Para tanto, é fundamental o estabelecimento de parcerias produtivas entre profissionais de biblioteconomia, informática e saúde para o desenvolvimento de serviços inovadores e adequados às demandas informacionais atuais.

Palavras-chave: Serviços de informação; Prática clínica baseada em evidências; Correio eletrônico

Abstract

We present the process of selection, translation, synthesis and dissemination of evidence in health through e-mail to health professionals working in the State of São Paulo, Brazil. Three hundred and forty-eight health professionals who accepted the invitation to participate in the

project received by e-mail, during 48 weeks, the total of 144 selected informational contents, translated into Portuguese and distributed by e-mail on Mondays, Wednesdays and Fridays, except on holidays. Health professionals could assess or not the information content received, depending on their will, through a specific assessment tool. Health professionals who participated in the project reported using the evidence received by e-mail to: assist patient differently (36%), justify choice for assistance (20%), being more sure about a decision (20%) better understand a health condition or technology (24%), discuss it with patients or other professionals (33%), convince patients or other professionals about a health issue (23%). Therefore, the health information transforms assistance. Health professionals need proper information, summarized and easily accessible because they have little time to keep up to date or to go to the library. It is therefore essential to establish productive partnerships between library, information technology and health professionals for the development of innovative and appropriate services to attend current informational demands.

Keywords: Information services; Evidence-based practice; Electronic mail

Introdução

O presente texto apresenta o processo de seleção, tradução, síntese e disseminação de disseminação de evidências em saúde por meio de correio eletrônico aos profissionais de saúde que atuam no Estado de São Paulo, Brasil. Esse projeto empregou uma abordagem transdisciplinar[1] e foi desenvolvido por pesquisadores com experiência nas áreas da informação (um bibliotecário), informática (um engenheiro) e saúde (um médico e um nutricionista), sendo aprovado por comitê de ética em pesquisa com seres humanos (certificado 37030414.0.0000.5440).

Na primeira etapa do estudo (julho-dezembro 2014) foram convidados a participar do projeto profissionais de saúde, com nível superior, que atuavam no Estado de São Paulo, registados no respectivo conselho regional de sua profissão, do sexo masculino ou feminino, com qualquer idade, que possuíssem acesso à Internet e conta de correio eletrônico e que atuassem diretamente na assistência ao paciente. Trezentos e quarenta e oito profissionais de saúde aceitaram o convite para participar do projeto. A Figura 1 apresenta a formação desses profissionais.

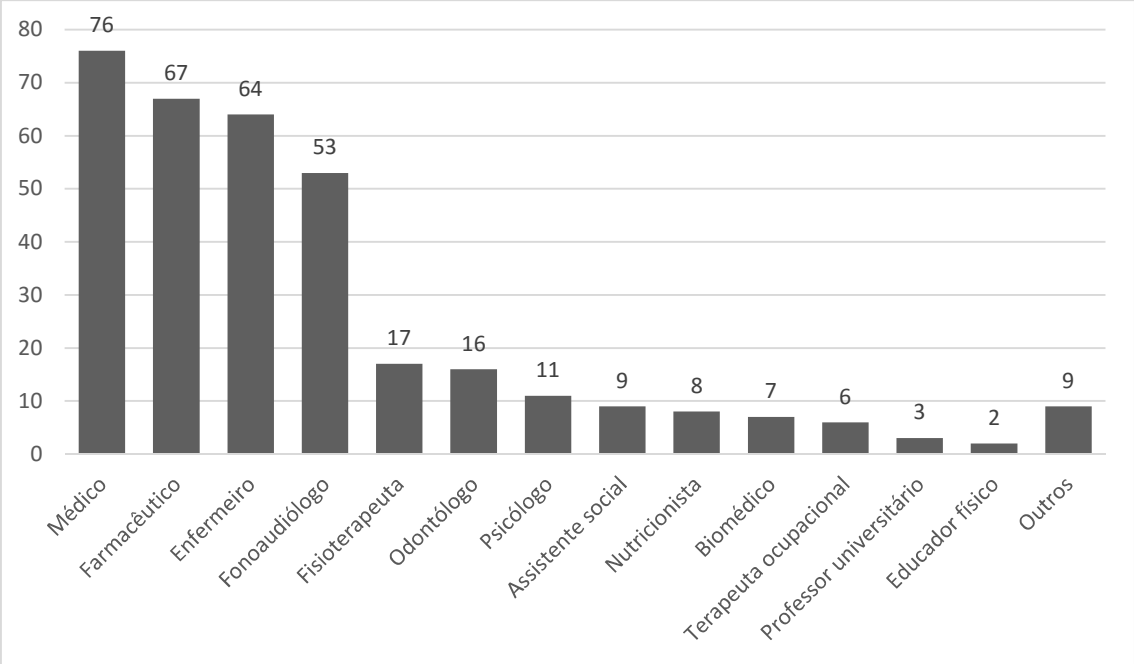

Figura 1. Profissão dos participantes no projeto.

É importante destacar que os gestores de saúde do Estado de São Paulo contatados não possuíam qualquer tipo de cadastro ou listagem dos correios eletrônicos dos profissionais de saúde que atuam nesse território. Assim, a divulgação do projeto foi realizada em redes sociais, jornais e revistas de grande circulação, nos conselhos das diferentes profissões de saúde e pelo YouTube. Ressalta-se também que o sistema de saúde brasileiro trabalha com o conceito de equipas multiprofissionais de saúde e não com o conceito de assistência em saúde médico-centrada, sendo de interesse público que as equipas multiprofissionais tenham suas demandas informacionais atendidas.

Na segunda etapa do estudo (janeiro-dezembro de 2015), os 348 profissionais de saúde que aceitaram o convite para participar do projeto receberam por correio eletrônico, durante 48 semanas, o total de 144 conteúdos informacionais selecionados, traduzidos para a língua portuguesa e distribuídos por correio eletrônico às segundas, quartas e sextas, exceto em feriados. O profissional de saúde pôde avaliar ou não o conteúdo informacional recebido, dependendo de sua vontade, por meio de instrumento de avaliação específico[2].

Metodologia para a seleção de evidências

Como a produção de informação em saúde é exponencial, uma questão relevante é identificar quais evidências devem ser disseminadas para os profissionais de saúde. Para solucionar este problema, a equipa do projeto decidiu selecionar evidências que pudessem auxiliar no atendimento da população assistida em unidades de saúde do Estado de São Paulo. Assim, elegeram-se como temáticas prioritárias aquelas relacionadas com o perfil epidemiológico do Estado de São Paulo, como sejam: insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, cardiopatias congênitas, risco cardiovascular, violência doméstica, violência sexual, acidente

de trânsito, lesões traumáticas acidentais, lesões traumáticas não acidentais, exposição a poluentes ambientais, doenças alérgicas, obesidade, tabagismo, antimicrobianos, infecções, febre amarela, febre maculosa, leishmaniose, esquistossomose, hanseníase, tracoma, HIV/AIDS, hepatite, tuberculose, saúde mental, crack, gestação, parto, puerpério, cesárea, populações vulneráveis, humanização em saúde, educação em saúde, comunicação em saúde, saúde bucal, câncer bucal, hipertensão arterial sistêmica, tecnologias relacionadas a portadores de necessidades especiais, micoses, HPV, norovírus, viroses respiratórias, raiva, anemia falciforme e esclerose múltipla.

Além do perfil epidemiológico priorizaram-se, na seleção de evidências, as revisões sistemáticas, quando existentes. Esta decisão foi embasada na classificação de Oxford para níveis de evidências[3].

Para a busca e seleção de evidências priorizaram-se as bases de dados assinadas e disponibilizadas no Portal Saúde Baseada em Evidências, do Ministério da Saúde do Brasil, inclusive para verificar se tais bases atendiam às necessidades informacionais do Estado de São Paulo. Assim, foram selecionados conteúdos das bases *DynaMed*; *Access Medicine*; BVS Atenção primária à saúde; Atheneu; ProQualis; *Rehabilitation Reference Center*; BMJ *BestPractice*; *Access Physiotherapy*; ProQuest Saúde da Família; REBRATS; ProQuest Enfermagem; Micromedex; ProQuest Gestão em Saúde; e Conselho Federal de Farmácia. No entanto, por volta do mês de julho de 2015, o Ministério da Saúde do Brasil, em decorrência da crise financeira, deixou de assinar várias bases de dados (Atheneu; BMJ *BestPractice*; ProQuest Saúde da Família; ProQuest Enfermagem; e ProQuest Gestão em Saúde). Dessa forma, durante o desenvolvimento do projeto decidiu-se incluir também a base de dados PubMed. A Figura 2 apresenta a quantidade de conteúdos informacionais selecionados de cada base de dados.

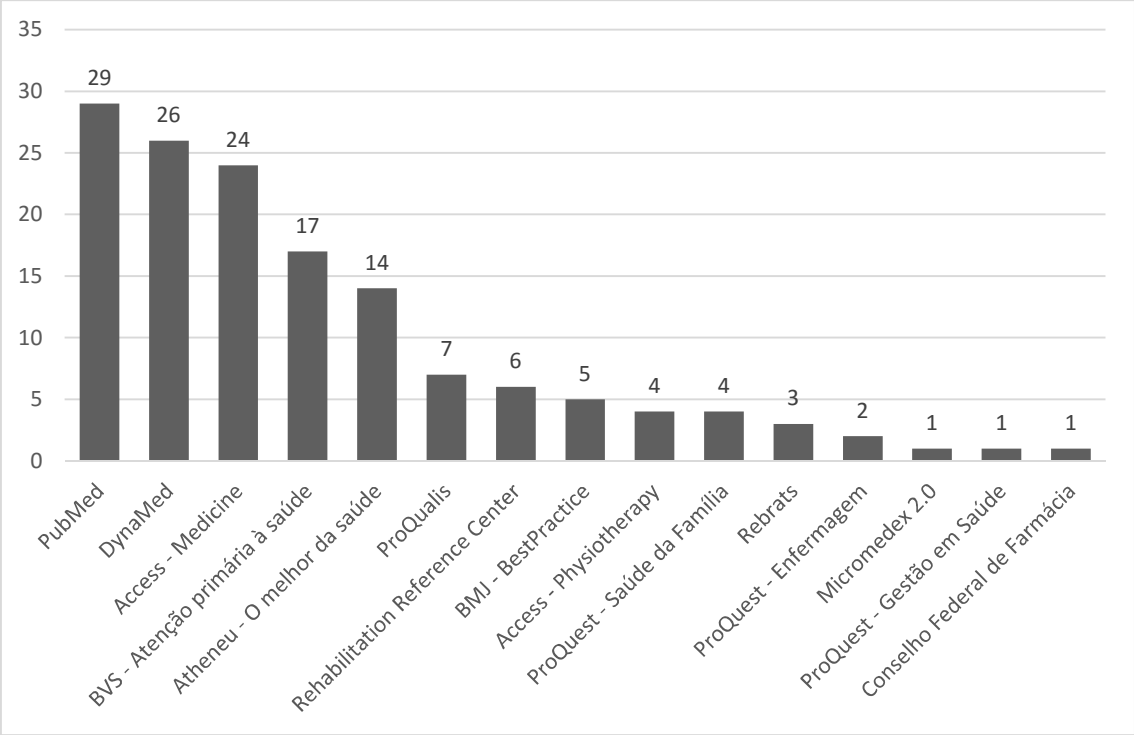

Figura 2. Quantidade de conteúdos informacionais selecionados de cada base.

É importante destacar que algumas bases de dados já possuem classificação das evidências, como é o caso da *Dynamed*, facilitando o processo de seleção segura de conteúdos informacionais a serem disseminados. Por outro lado, muitas bases de dados internacionais têm como foco os profissionais de saúde que atuam em países desenvolvidos e cobrem muito superficialmente o perfil epidemiológico que atinge países tropicais. Por exemplo, as evidências sobre dengue, zika e chikungunya tornaram-se essenciais para o Brasil nos últimos anos porque tais doenças são epidemias nacionais. Para superar essa limitação, o uso da base de dados PubMed, via interface PICO, facilitou a busca e a seleção de evidências adequadas.

Destaca-se que o bibliotecário foi o responsável por buscar e selecionar as evidências para disseminação.

Metodologia para a síntese e a tradução de evidências

Na perspectiva da Cochrane[4], o resumo de evidência deve contemplar:

Antecedentes: Uma ou duas frases que expliquem o contexto ou que discorram sobre o propósito do estudo. Se a versão do estudo é uma atualização de um estudo anterior, é útil incluir, nessa parte do resumo, essa informação.

Objetivos: Trata-se de uma declaração precisa do objetivo principal do estudo, de preferência em uma única frase. Quando possível, o estilo da redação dos objetivos deve empregar a seguinte forma: "Para avaliar os efeitos da [intervenção ou comparação] para [problema de

saúde] para/na [tipos de pessoas, doença ou problema – se especificado]". Assim, tem-se: "Objetivo: Avaliar o impacto da caminhada na diminuição de peso de mulheres obesas pobres", onde caminhada é a intervenção, obesidade é o problema e mulher pobre se refere ao perfil dos participantes do estudo.

Métodos de pesquisa: Por exemplo, no caso das revisões sistemáticas de literatura deve-se incluir as fontes nas quais os artigos científicos e/ou outros documentos foram buscados e incluir o intervalo de datas da busca de cada fonte. Assim tem-se: "Consultou-se a base de dados MEDLINE (janeiro de 1966 a dezembro de 2015)". Se houver restrições do estudo, com base na língua ou publicação, estas devem ser indicadas. Se indivíduos ou organizações foram contatados para localizar estudos, isso deve ser mencionado e é preferível usar a forma "Entrou-se em contato com empresas farmacêuticas", em vez de incluir uma lista de todas as empresas farmacêuticas contatadas. Se periódicos foram especificamente acessados manualmente, e não por meio de uma base de dados, isso deve ser mencionado no resumo.

Critérios de seleção: No caso das revisões sistemáticas de literatura devem ser mencionados o tipo de estudo incluído, o tipo de intervenção ou comparação e a doença, o problema e/ou o perfil da população que foi priorizada na revisão.

Coleta e análise de dados: No caso das revisões sistemáticas de literatura deve-se apresentar a forma como os dados foram extraídos e avaliados, especificando se a extração de dados e a avaliação de risco foram realizadas por mais de uma pessoa. Se os autores dos artigos originais foram contatados para fornecerem informações adicionais, essa informação deve ser mencionada nessa parte do resumo.

Principais resultados: Deve citar o número total de estudos e número de participantes incluídos na revisão e breves detalhes pertinentes para a interpretação dos resultados. Deve mencionar os principais resultados qualitativos e quantitativos, geralmente não incluindo mais que seis resultados. Os resultados mencionados devem ser selecionados com base na possibilidade de ajudar alguém a tomar uma decisão sobre se deve ou não usar uma intervenção específica. Os efeitos adversos devem ser mencionados se esses foram objeto de estudo na revisão. As estatísticas devem ser apresentadas de uma forma padrão, como: *odds ratio* 2,31 (95% intervalo de confiança 1,13-3,45).

Conclusão: No caso das revisões sistemáticas de literatura cujo objetivo principal é o de apresentar informações, ao invés de oferecer conselhos ou recomendações, a conclusão deve ser sucinta abarcando os principais resultados. Suposições sobre as circunstâncias práticas, valores, preferências, vantagens e desvantagens não devem ser feitas; e a inclusão de conselhos ou recomendações deve ser evitada. Quaisquer limitações importantes de dados e análises devem ser observadas. Implicações importantes para as futuras pesquisas científicas devem ser explicitadas se não estiverem óbvias ao longo do resumo.

Além do resumo da revisão mencionado anteriormente, a Cochrane[4] recomenda também a elaboração de um segundo resumo em linguagem mais simples, denominado *plain language summary*. Este resumo é elaborado em uma linguagem que possa ser compreendida pelos pacientes e população em geral. De igual modo que os anteriores, tais resumos são disponibilizados na Internet e, por isso, poderão ser lidos como documentos isolados.

Os resumos em linguagem simples são constituídos por duas partes: um título e um corpo de texto. O título do resumo em linguagem simples deve traduzir o título do estudo original para uma linguagem mais simples, quando necessário. Assim, um estudo que tenha o título "Drogas

anticolinérgicas comparadas a outros medicamentos para a síndrome da bexiga hiperativa em adultos" pode ter o título traduzido para seguinte linguagem simples: "Medicamentos para a síndrome da bexiga hiperativa". O título do resumo em linguagem simples não deve refletir as conclusões da revisão. Ele deve ser escrito em forma de sentença, ou seja, iniciando por uma palavra cuja primeira letra é maiúscula, seguida por palavras com letras minúsculas e não deve possuir mais que 256 caracteres de comprimento. A segunda parte, ou do corpo do resumo em linguagem simples, não deve ter mais que 400 palavras e deve incluir: uma afirmação sobre a importância da revisão, contemplando, por exemplo, a conceituação do problema de saúde, sinais e sintomas, a prevalência, a descrição da intervenção e as razões para o seu uso; as principais conclusões da revisão, incluindo os resultados numéricos, mas em um formato geral e de fácil compreensão, como o número de estudos considerados na revisão sistemática e o número de participantes envolvidos em tais estudos; comentário sobre quaisquer efeitos adversos; e breve comentário sobre quaisquer limitações da avaliação (e.g., ensaios em populações muito específicas ou estudos incluídos com métodos deficientes). No final do resumo em linguagem simples podem ser acrescidos *links* da *web* como o *link* da revisão sistemática original. Gráficos ou imagens não devem ser incluídos nesse tipo de resumo[4].

Na perspectiva da Cochrane[4], o primeiro esboço do resumo de evidência em linguagem simples deve ser escrito pelos próprios autores do artigo científico e submetido à análise por uma equipa editorial especializada em linguagem simples. Esse processo pode estar sujeito a várias interações entre os autores do artigo e a equipa editorial[4].

Apesar de a Cochrane[4] ser uma instituição de grande prestígio, os resumos de evidência poderiam contemplar não apenas linguagem verbal simples, mas também ajudas visuais (fotografias, gráficos, tabelas e desenhos), arquivos sonoros ou arquivos audiovisuais, pois existe na atualidade tecnologia disponível para incrementar e passar informações sintéticas e mais inteligíveis empregando múltiplos recursos. Além disso, o resumo em linguagem verbal escrita pressupõe a alfabetização do leitor, excluindo, portanto, uma parcela da população mundial[5].

Nesse sentido, estudo recente destaca que, para diminuir a desigualdade no acesso à informação entre diferentes grupos populacionais, se faz necessária a produção de sínteses de evidência em formatos não escritos, como na forma de livros falados ou de vídeos. Além disso, ressalta a utilização conjunta de estratégias menos dependentes da comunicação escrita, como a divulgação de notícias por meio do rádio ou por plataformas disponíveis na *web*[6]. Obviamente que, para que essa produção seja efetiva, a sociedade requer profissionais habilitados para a produção de resumos de evidências em linguagens multimodais.

Considerando a literatura sobre a produção de resumos, mas também as necessidades dos profissionais de saúde que atuam no Brasil, optou-se, nesse projeto, por traduzir as evidências selecionadas para a língua portuguesa, bem como sintetizá-las em forma de resumos informativos encabeçados por uma questão clínica. Objetivou-se criar resumos com no máximo 500 palavras, conforme exemplo apresentado na Figura 3.

Questão clínica: Qual o impacto econômico do uso de capacete por motociclistas?

Resposta

O uso de capacete por motociclistas é aceito como uma estratégia eficaz para a redução da morbidade e, portanto, do custo de acidentes de motocicleta. O objetivo desta revisão sistemática e metanálise foi esclarecer o impacto econômico do uso de capacete por motociclistas. Empregou-se a base de dados Medline e os termos "motocicleta", "motos", "capacete", "dispositivos de proteção de cabeça" e "custos e análise de custos" para a busca de estudos. A revisão incluiu apenas artigos que eram estudos primários, escritos em inglês, que incluíam avaliações de custo-efetividade realizadas a partir de 1994, e que foram publicados em periódicos revisados por pares. Dois autores independentes extraíram os dados usando formulários pré-definidos. A metanálise foi realizada com software específico. Doze trabalhos preencheram os critérios para a inclusão nessa revisão. A metanálise demonstrou que os pacientes que não usavam capacetes no momento do acidente tinham custos hospitalares de US$ 12.239,00 (cerca de R$ 46.352,76, conforme conversão Dólar-Real realizada em 10 de novembro de 2015) a mais e precisavam de mais cuidados após a alta. Os estudos também encontraram menor gravidade da lesão e melhor evolução hospitalar na população que usava capacete no momento do acidente. Dessa forma, conclui-se que o uso de capacete por motociclistas reduz a morbidade e contribui para uma economia significativa de custos de assistência em saúde.

Referência

PubMed[Internet]. Kim, C.Y. et al. The economic impact of helmet use on motorcycle accidents: a systematic review and meta-analysis of the literature from the past 20 years. Traffic Injury Prevention, v. 16, n.7, p.732-738, 2015. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25919856 Acesso em: 10 nov. 2015.

Autor do resumo: Profa. Dra. Nome
Revisor do resumo: Prof. Dr. Nome
Disseminação do resumo: Nome

Avalie este resumo
Você pode abrir o questionário no seu navegador clicando no link abaixo:
Por favor, avalie a evidência recebida. Obrigado!

Figura 3. Exemplo de conteúdo informacional disseminado.

No processo de tradução buscou-se manter as características do texto original, contemplando conteúdos relacionados à introdução, problema, metodologia, resultados e conclusão. Essa ordem de apresentação foi empregada em todas as evidências disseminadas, exceto quando o texto original suprimia uma dessas partes. A tradução dos textos originais para a língua portuguesa foi realizada pela bibliotecária que integra a equipa do projeto e, quando necessário, por uma nutricionista. Em seguida, cada tradução foi revista por um profissional

médico e, quando necessário, por um profissional de informática. Assim, cada conteúdo disseminado foi traduzido por um profissional e revisto por outro profissional a fim de se verificar se a informação traduzida era compreensível em língua portuguesa. Quando no texto original havia termos novos em inglês e sem tradução prévia ao português, a equipa se reuniu para definir qual seria o melhor termo a ser empregado na língua portuguesa, sendo a palavra final dada ao médico com maior fluência em português e inglês. Os nomes dos responsáveis pela criação, revisão e disseminação de cada resumo foram acrescentados como conteúdo informacional do resumo. As referências bibliográficas seguiram as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas; porém, diante de cada referência agregou-se o nome da base de dados de onde cada evidência foi coletada a fim de informar melhor aos profissionais de saúde a origem da informação.

Metodologia para a disseminação de evidências

Existem duas metodologias para disseminação de evidências em meio eletrônico: *push* (empurrar/enviar) e *pull* (procurar/buscar). Na primeira, as evidências são selecionadas das bases de evidências e enviadas aos profissionais de saúde, pacientes e/ou população. Na segunda, os profissionais de saúde, os pacientes e a população acessam diretamente as bases de evidências para buscar a informação desejada. Ocorre que a busca por evidências requer várias competências informacionais e tecnológicas que nem sempre são de amplo conhecimento. Além disso, especialmente profissionais de saúde possuem um tempo muito reduzido para buscar, selecionar e interpretar evidências. Já os profissionais bibliotecários são treinados, ao longo da graduação, para desenvolver buscas informacionais avançadas.

Pelo exposto, a metodologia *push* é mais recomendável para a disseminação de evidências em contextos clínicos; porém, requer uma plataforma tecnológica. Assim, toda a gestão do projeto empregou a plataforma *Research Electronic Data Capture* (*REDCap*), desenvolvida pela *Vanderbilt University*, nos Estados Unidos. Essa plataforma foi customizada pelo profissional de informática e pelo médico para a produção, a revisão, a disseminação das evidências para os correios eletrônicos dos profissionais de saúde e para o recebimento das avaliações de cada conteúdo informacional disseminado.

Metodologia para a avaliação de evidências

O gestor da saúde necessita saber o impacto das evidências disseminadas na assistência em saúde. Assim, cada profissional da saúde teve ter a oportunidade de avaliar a evidência recebida. Para capturar as avaliações das evidências aos profissionais de saúde, o projeto empregou o *IAM Information Assessment Method for Electronic Knowledge Resources*[2], traduzido para língua portuguesa pela própria equipa do projeto.

Resultados

Os profissionais de saúde que participaram do projeto relataram usar as evidências recebidas por correio eletrônico para: assistir o paciente de modo diferente (36%), justificar uma escolha durante a assistência (20%), estar mais certo sobre uma decisão (20%), entender melhor uma condição ou tecnologia em saúde (24%), discutir o assunto com pacientes ou outros profissionais (33%), convencer os pacientes ou outros profissionais sobre uma questão em saúde (23%),

conforme apresentado na Figura 4. Logo, a informação em saúde transforma a assistência.

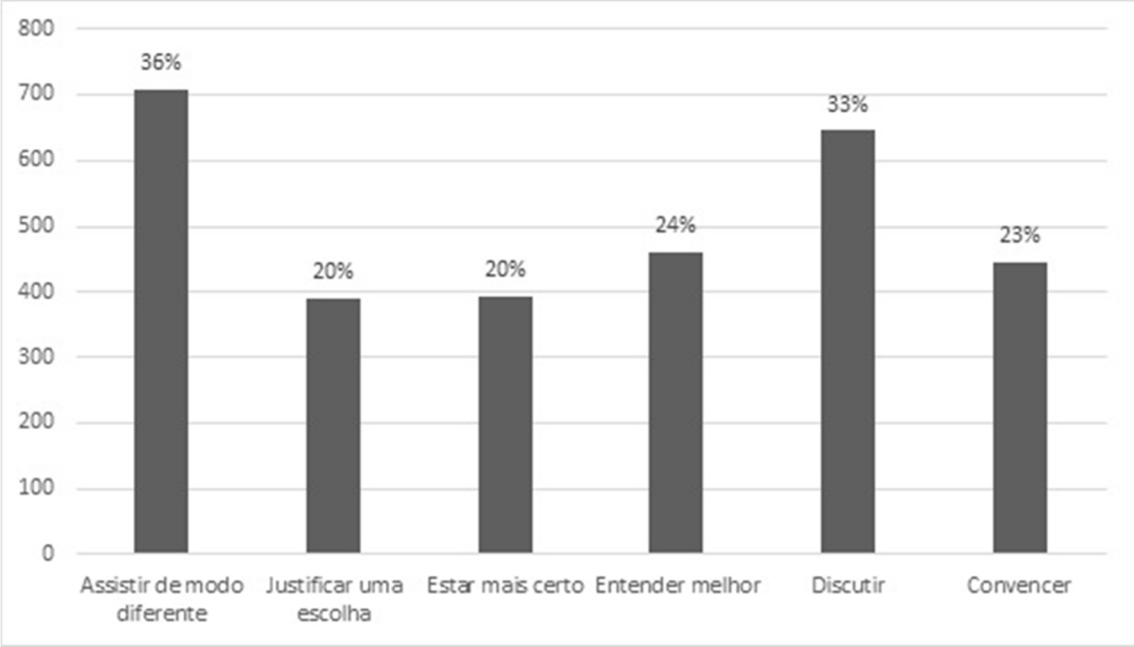

Figura 4. Uso das evidências recebidas pelos profissionais de saúde.

Profissionais de saúde precisam de informação adequada, resumida e facilmente acessível, possuindo pouco tempo para se manterem atualizados ou frequentarem uma biblioteca. Assim, é fundamental o estabelecimento de parcerias produtivas entre profissionais de biblioteconomia, informática e saúde para a aplicação dos conhecimentos de busca, seleção e síntese da informação no desenvolvimento de serviços inovadores e adequados às demandas informacionais atuais.

Discussão e Conclusão

Considerando os resultados elencados, entende-se que a saúde baseada em evidências pode melhorar a qualidade e reduzir os custos da assistência prestada. Porém, essa prática precisa ser planejada e integrada ao processo de trabalho do profissional da saúde. Se um profissional de saúde tem acesso a uma evidência importante, uma provável questão que surge é: o que ele fará com ela? Discuti-la-á com colegas ou pacientes potencialmente interessados no assunto? Se for discuti-la com colegas, em que ocasião o fará? Em que lugar? Em que horário? Se for discutir com pacientes, disporá de tempo durante a consulta? Fará uma reunião com pacientes interessados? Organizará uma palestra? Onde? Com quais recursos? Com qual tempo? Sob a supervisão de quem? Com qual equipa de apoio? Deriva-se, então, que para maximizar o uso das evidências o processo de saúde baseada em evidências precisa ser institucionalizado nas unidades de saúde, nos municípios, nas regionais de saúde e assim sucessivamente. Não se pode delegar a questão exclusivamente a profissionais de saúde para que busquem soluções pontuais, individuais e improvisadas. Sua implantação demanda o

planejamento institucional, municipal, regional e nacional.

De forma complementar, é preciso ressaltar que muitos profissionais de saúde seguem culturas organizacionais estabelecidas ao longo de anos e décadas. Mudanças em seu comportamento informacional profissional demandam motivação, como aumento na remuneração ou algum tipo de reconhecimento profissional. No caso do Canadá, por exemplo, profissionais médicos que avaliam evidências recebem créditos que são contabilizados anualmente para a renovação do registo profissional. Dessa forma, recomenda-se que as unidades de saúde criem mecanismos para que os usos e as avaliações de evidências realizadas pelos profissionais de saúde integrem os itens de avaliação para a progressão funcional. Acredita-se que sem uma motivação pessoal ou profissional, as iniciativas de saúde baseada em evidências venham a ter pouco êxito.

Finalmente, embora a maioria dos profissionais de saúde tenha acesso à Internet no telefone móvel ou em suas residências, é fundamental que as unidades de saúde tenham computadores com acesso à Internet e, também, acesso às bases de evidências a fim de garantir o acesso à informação durante a atividade profissional. Igualmente, quiosques com computadores ou materiais impressos com evidências traduzidas para a linguagem simples poderão ser de grande valia para os pacientes e seus acompanhantes que frequentam as unidades de saúde.

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e à Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Referências bibliográficas

1 Erickson PG, Butters JE. Methodological notes on conducting transdisciplinary research. In: Kirst M, Schafer-McDaniel N, Hwang S, O'Campo P, editors. Converging disciplines. Berlin: Springer, 2010. p. 83-95.

2 Pluye P, Grad RM, Repchinsky C, Farrell B, Johnson-Lafleur J, Bambrick T, et al. IAM: a comprehensive and systematic information assessment method for electronic knowledge resources. In: Dwivedi A, editor. Handbook of research on information technology management and clinical data administration in healthcare. Hull: IGI Global; 2009. p. 521-48.

3 Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of evidence [Internet]. University of Oxford; 1998 [updated 2009]. Available from: http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/

4 Higgins JP, Green S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions [Internet]. 5th ed. The Cochrane Collaboration; 2011 [cited 2016 Mar 1]. Available from: www.cochrane-handbook.org

5 Centers for Disease Control and Prevention. Simply put: a guide for creating easy-to-understand materials. 3rd ed. Atlanta: CDC; 2010 [cited 2016 Feb 10]. Available from: http://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/simply_put.pdf

6 Dias RI, Barreto JO, Vanni T, Candido AM, Moraes LH, Gomes MA. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Cad Saúde Colet. 2015;23(3):316-22.

Notas biográficas

Maria Cristiane Barbosa GALVÃO. Graduação em Biblioteconomia e Documentação (1992) e mestrado em Ciências da Comunicação (1997) pela Universidade de São Paulo, doutorado pela Universidade de Brasília, com estágio na Université de Montréal (2003) e pós-doutorado em Medicina Baseada em Evidência pela McGill University (2012). Atualmente, é Professora Doutora na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, no Departamento de Medicina Social. Conduz linhas de pesquisa na área de informação e informática em saúde e pesquisa e inovação responsável.

Ivan Luiz Marques RICARTE. Professor titular da Faculdade de Tecnologia da Universidade Estadual de Campinas (Brasil). Possui graduação (1984) e mestrado (1987) em Engenharia Elétrica pela Universidade Estadual de Campinas (Brasil), Ph.D. em Engenharia Elétrica pela University of Maryland at College Park (EUA) e pós-doutorado junto ao *Information Technology for Primary Care Research Group* da McGill University (Canadá). Líder do grupo de pesquisa interdisciplinar em Tecnologia e Informação em Saúde. Tem, como áreas de interesse, a aplicação das tecnologias computacionais nas áreas da saúde e da educação.

Fábio CARMONA. Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso (1998), mestrado (2006), doutorado (2009) em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade de São Paulo e pós-doutorado em Terapia Intensiva Cardíaca Pediátrica pelo Children's Hospital Boston, Harvard University (2011). Atualmente, é Professor Doutor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, no Departamento de Puericultura e Pediatria. Conduz linhas de pesquisa nas áreas de terapia intensiva pediátrica, cardiologia pediátrica, informação em saúde e medicamentos fitoterápicos aplicados à saúde humana.

Danielle Alves Fernandes dos SANTOS. Graduada em Nutrição e Metabolismo pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (2009) e pós-graduada em Docência no Ensino Superior pelo Centro Universitário SENAC (2015). Atua em atendimento clínico nutricional em Ribeirão Preto.