

RICARDO CYPRESTE



Ricardo Cypreste é médico graduado pela Universidade de Medicina de Lodz (Polônia), pós-graduado em medicina da família e possui mestrado em administração pública com foco em sistemas de saúde, pela *Clarck University* (Estados Unidos). Atua como especialista clínico para a BMJ, editora do *British Medical Journal* no Brasil.

Medicina Baseada em Evidências: o que o futuro nos reserva?

Estratégias para aproximar a MBE do ponto de atendimento

A metodologia Medicina Baseada em Evidências sofre hoje variadas críticas, dentre elas, a ideia de que a MBE não condiz com a prática clínica no ponto de atendimento¹. Claro que existem justificativas para tais críticas, como a de que pesquisas clínicas incluem apenas portadores de uma só doença e, no entanto, com o aumento da população idosa, cada vez há mais pacientes com comorbidades. Porém, a MBE preconiza a prática de cuidados pré-definidos² e a utilização de informações validadas.

O médico precisa de uma resposta rápida para suas dúvidas, o que muitas vezes não está disponível, e frequentemente as informações pertinentes podem ter pouca relevância ou aplicabilidade clínica. A MBE existe há 20 anos, e as críticas geram sempre a pergunta: já é hora de acabar com ela? Será ela uma metodologia a ser utilizada no futuro? Certamente, a MBE tem futuro, mas precisa também evoluir para ser mais útil e relevante. Estudos demonstram que a MBE terá que envolver assuntos relacionados a comorbidades, terá que prover respostas acessíveis, e terá de lidar com desfechos clinicamente relevantes e importantes para os pacientes, assim como demonstrar resultados significantes.

A MBE terá que considerar de maneira mais explícita a morbidade múltipla e a tomada de decisão no contexto individual³.

Será necessário o emprego de duas estratégias: precisamos de pesquisas clínicas que tenham menos critérios de exclusão, que sejam mais pragmáticas e que representem com maior precisão as circunstâncias para as quais qualquer desfecho possa ser relevante, e que tenham a participação de população idosa com comorbidades. As evidências nas quais as decisões são baseadas irão, portanto, se aproximar da prática clínica real. Pensamos também que existe a necessidade de um suporte maior e inclusão da perspectiva, como medida de qualidade de vida e preferências do paciente nas pesquisas clínicas, o que raramente acontece. Pois as decisões de tratamento envolvem explicar os benefícios e os riscos das opções disponíveis cruzadas com as necessidades, desejos e valores do paciente. Para que isso aconteça, deveremos abordar uma narrativa baseada em conversas individuais para avaliarmos as percepções, suas considerações e valores acerca de qualquer benefício, incluindo tolerância e efeitos adversos; também, a MBE precisará responder mais rapidamente e ser mais acessível aos profissionais da saúde, transmitindo assim os resultados objetivados e estando seguros sobre as dúvidas geradas.

Um número expressivo de pesquisas e artigos científicos é publicado todos os dias, o que não dá ao médico capacidade de analisar com rapidez e eficácia seus dados

devido ao elevado número destes. O que os médicos precisam é de evidências que possam ser utilizadas no ponto de atendimento, evidências sobre a qual alguém já tenha se certificado da qualidade. Médicos precisarão de recursos para utilização da MBE que vão além dos periódicos e artigos científicos, livros, e até mesmo websites. O fornecimento de evidências do futuro deverá estar disponível em aparelhos celulares, aplicativos e dispositivos tecnológicos que retornem a informação desejada em um menor tempo hábil, com segurança, transparência e qualidade.

As evidências também deverão estar conectadas aos prontuários eletrônicos para que os profissionais tenham acesso a elas no contexto em que devem ser usadas. Será necessário traduzi-las para a linguagem utilizada pelos profissionais da saúde, e devem abordar questões locais da assistência, como, por exemplo, os tratamentos e tecnologias diagnósticas disponíveis. Além disso, elas deverão estar cada vez mais disponíveis em termos que um paciente ou cuidador possam entender. Os recursos da MBE devem estar não somente em periódicos, livros e websites – eles precisam estar disponíveis para ir de encontro às necessidades, hábitos e fluxos de trabalho dos profissionais e instituições da saúde. A rapidez das novas tecnologias mostra que é difícil prever o formato do futuro, então



A MBE terá que considerar de maneira mais explícita a morbidade múltipla e a tomada de decisão no contexto individual



precisaremos fazer o nosso melhor para produzir design adequado aos aparelhos e facilmente adaptável aos recursos tecnológicos que virão.

Finalmente, a MBE deverá passar de evidências com resultados acadêmicos estatisticamente significativos para resultados que sejam importantes para as pessoas e tenham significado para os profissionais da saúde⁴⁻⁵. Mais uma vez, isso demandará uma mudança estratégica na maneira de pensar e nas atividades das instituições e financiadores de pesquisa. Isso levará anos, e nesse meio-tempo também é necessário que haja mudanças culturais no modo de como os médicos veem e usam a MBE. Com excessiva frequência, percebem-se e divulgam-se seus resultados (desde revisões sistemáticas até diretrizes) como instruções que devem ser seguidas em todos os casos⁶⁻⁷. A MBE deve se tornar um recurso útil e utilizável, que aconselha e informa pacientes e profissionais da saúde⁸. Ela também deve reconhecer suas limitações e ser explícita acerca delas. Para que a MBE continue relevante, deve haver ferramentas apropriadas que a permitam sê-lo.

A Medicina Baseada em Evidências, no seu melhor, deve ser um equilíbrio entre o paciente, o médico e a base de evidências. Nos últimos anos, não foi dada a devida atenção aos pacientes e médicos. Agora é hora de retificar esse equilíbrio. ☺

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N, Evidence Based. Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014;348: g3725.
2. Timmermans S, Mauck A. The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Aff (Millwood)*. 2005;24:18–28.
3. Fortin M, Dionne J, Pinho G, et al. Randomized controlled trials: do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *Ann Fam Med*. 2006;4:104–8.
4. Kazdin AE. The meanings and measurement of clinical significance. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:332–9.
5. Sacristán JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13:6.
6. Allen D, Harkins K. Too much guidance? *Lancet* 2005;365:1768.
7. Lenzer J. Why we can't trust clinical guidelines. *BMJ* 2013;346:3830.
8. Frank L, Basch E, Selby JV, Patient-Centered Outcomes Research Institute. The PCORI perspective on patient-centered outcomes research. *JAMA* 2014;312:1513–14.

Texto adaptado por Ricardo Cypreste do artigo original publicado no *Postgrad Med J* 2015; 91:359–360. doi:10.1136/postgrad-medj-2015-133562, para o formato necessário para esta revista. Conflito de interesses: RC, KW e MB trabalham para a BMJ, que cria produtos baseados em evidência. Origem e revisão por pares*. Não comissionado; externamente revisado por pares. Cypreste R, Walsh K, Bedford M. *Postgrad Med J* 2015;91:359–360.

* Para saber mais, acesse conteúdo completo no site.