

# MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

*Medicine Based on Evidence*

Palestrante:

**Álvaro Jorge Madeiro Leite**

Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da UFC

Relato feito por:

**Marcos Sá**

Jornalista

## sinopse

*It is possible to translate the Medicine Based on Evidence theme for all fields in the area of health. The speech of the lecturer Álvaro Jorge Madeiro Leite develops the discussion on how to practice medicine and collective health, according to what may be called the paradigm of clinical decisions and public decisions based on evidence. It deals with a method of taking decisions, whether in the clinical area, or in the management area, that in some way has to take into account the concept of scientific evidence to increase the probability of correct decisions.*

## palavras-chave

*Medicina baseada em evidências; saúde coletiva; revista científica.*

## abstract

*Pode-se traduzir o tema Medicina Baseada em Evidências para todos os campos da área da saúde. A fala do palestrante Álvaro Jorge Madeiro Leite desenvolve a discussão sobre como praticar a clínica e a saúde coletiva, segundo o que pode ser chamado de paradigma das decisões clínicas e decisões públicas baseadas em evidências. Trata-se de um método de tomada de decisões, quer na área clínica, quer na área de gestão, que de alguma forma tem que levar em conta o conceito de evidência científica para aumentar a probabilidade de decisões acertadas.*

## key words

*Medical regulation; emergency; reading necessity; Porto Alegre.*

## DESTAQUE

### Álvaro Jorge Madeiro Leite

Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da UFC

**P**ara iniciar, situe-se a complexidade que é a tomada de decisão clínica, para inserir o tema dentro dos dilemas contemporâneos da prática clínica, ou do momento de crise que atravessamos, no sentido da reflexão, recuperação e superação do que fazemos a partir da análise dessa crise - um cenário bastante habitual para quem toma decisões num ambiente clínico.

Tomemos como exemplo uma subespecialidade da pediatria, muito ilustrativa. Um médico residente, um neonatologista, está de plantão e encontra um bebê prematuro com uma insuficiência cardíaca importante. Pelo exame clínico e testes de diagnóstico, conclui que se trata de uma doença muito própria para o período. Tradicionalmente, o médico tem que se dirigir ao chefe do berçário, que diz: “Tenho a assinatura eletrônica das revistas mais importantes do mundo. É uma das revistas mais badaladas do mundo. Quem quer estar atualizado sobre os diversos avanços no campo da saúde não pode deixar de ler esse tipo de revista, que publica artigos de interesse do pediatra, do clínico, do neonatologista.”

O médico faz a assinatura eletrônica do New England e recebe semanalmente a tabela de conteúdos, dando acesso a alguns artigos e alguns resumos de todos os artigos. Para ter acesso ao texto integral é preciso pagar ou esperar o número impresso e fazer a assinatura. O New England está com a política de liberação antecipada. Quando surge um artigo de alta qualidade, que tem potencial para mudar a prática clínica, para motivar profissionais a melhorar o que fazem, o grupo científico decide libera-lo primeiro eletronicamente, antes de ir às bancas. Qualquer médico, em qualquer lugar do mundo, pode ter acesso, até de forma mais rápida, a uma informação científica de qualidade antes que qualquer outro pesquisador, como o chefe do berçário, bastante atualizado, em dia com as ferramentas da informática em saúde, que é fundamental para um profissional atualizado.

Na edição de setembro do ano passado, foi publicado um artigo sugerindo, para tratamento dessa doença, a comparação entre droga ibuprofem e outra indometacina. Existia entre os pesquisadores e nos neonatologistas uma insatisfação com a indometacina, porque fecha de 70% a 80% do canal - resolve o problema do bebê, mas tem de 25% a 30% de efeitos colaterais graves. A pesquisa caminha na busca de uma droga com a mesma eficácia que diminuisse os efeitos colaterais.

O artigo informa que a nova droga, o ibuprofem, é tão boa quanto a indometacina e tem menores efeitos colaterais. O texto todo defende que a droga é boa, tem as mesmas taxas de cura e pode vir a substituir o que já é feito. O estudo mereceu editorial. Na edição de fevereiro de 2001, porém, o editor da revista recebeu uma carta de outro grupo de pesquisadores afirmando que não é

bem assim. Apesar de o estudo ser muito bom e ter mostrado tal eficácia, as taxas de cura encontradas são menores do que as encontradas por outros autores. O percentual de efeitos colaterais documentados no estudo é maior que em outras investigações.

Esse é um hábito comum nos países do primeiro mundo, a discussão científica nas revistas. No Brasil, temos pouco hábito de comentar o trabalho feito por outros. Os autores da Austrália comentam que a investigação apresentada em setembro de 1999 não merece tanta badalação. Vem a resposta do autor: “Gostaríamos de dizer que os autores que fizeram essa carta esqueceram de citar artigos que não estão de acordo com o que dissemos”. O critério seletivo para acessar a informação que me convém é um dos grandes problemas de discussão. Na resposta do autor, para “falar mal” do artigo, o crítico lança mão de argumentos e de referências científicas que lhe interessam. Aquelas que não lhe interessam, são esquecidas.

O paradigma convencional de acessar informações científicas de qualidade pressupõe que se cometa esse tipo de equívoco - identifica-se uma parte e toma-se a parte pelo todo e modifica o que já se faz no hospital, na secretaria de saúde, a partir do acesso e da interpretação parcial da informação científica.

Que tipo de resposta pode-se dar a esse primeiro aspecto da controvérsia? Rapidamente, discutiremos características e limitações do atual modelo, de como enfrentamos o desafio clínico, do atual modelo de decisão no hospital, numa UTI ou de um clínico considerado individualmente. Vamos tentar definir o movimento baseado em evidência, dar algumas ferramentas de como estudar, de como praticar uma saúde baseada em evidência, alguma pista de como continuar refletindo sobre esse tópico e algumas dificuldades para mudar o que se faz hoje.

De forma geral, lançamos mão, para nos formar, do estudo por livros, artigos científicos, somos influenciados por indústrias de remédios e vai amadurecendo no processo chamado de experiência pessoal e, na forma tradicional de como o ensino está montado, temos crença no que dizem os professores. Quem é residente já tem idéia de como isso se processa. O I-1 pergunta para o I-2, que é interno do segundo ano, que pergunta para o I-3 que, quando tem dúvida, pergunta para o R-1, que pergunta para o R-2, e assim vai até o médico chefe. Esse tem sido, tradicionalmente, o processo de ensino da prática clínica.

O pressuposto que está por trás dessa forma de ensino e aprendizagem é o acesso à informação científica de qualidade de quem pode dar essa informação. Tradicionalmente, tem sido esse o modelo na maior parte das escalas e mostraremos que esse modelo é muito importante, mas apresenta limitações diante dos desafios da prática clínica contemporânea.

A primeira questão é que se julga que todas essas fontes de informação têm a mesma qualidade. Vimos uma discussão científica, com várias informações oferecidas como verdades, mas que continham problemas de qualidade. Será que todas as fontes de informação produzem evidências científicas de boa ou de igual

qualidade? Diante dessa grande quantidade de informação científica, temos, de forma mais objetiva, as ferramentas para distinguir a qualidade daquilo que consumimos ou daquilo que nos dizem.

Esses métodos, que tradicionalmente orientam nossas decisões, são importantes mas apresentam limitações. Os congressos são montados na perspectiva de que a experiência clínica possa ser transmitida. Se pergunto a um especialista como ele maneja sinusite, ele vai contar a experiência que acumulou ao longo do tempo. A decisão clínica é baseada nessas aulas, nessas exposições.

Outro aspecto é que as condutas são baseadas no senso comum. Há o senso comum que domina - obviamente, se ele está presente na sociedade, também está presente nos diversos campos da prática. Outro aspecto é a subjetividade. Como fazer para tratar uma ferida de pele que mereça tratamento antibiótico sistêmico? Um diz que usa eritomicina, outro usa cefalecina. Por que? Devemos tomar decisões somente pelo fato de gostarmos daquele procedimento ou não? Ou será que teríamos de basear nossas decisões em uma fundamentação um pouco mais sólida, mais refletida e mais científica? Óbvio que o processo de tomada de decisão não diz respeito somente à evidência científica, mas leva em consideração uma série de questões do nosso sistema de saúde, do que desejam os pacientes etc.

Boa parte das condutas é o que se adquire ao longo do tempo. Nas visitas e nas sessões clínicas nos divertimos tanto! Não temos as ferramentas para resolver o ponto complexo da controvérsia das medidas práticas do ambiente clínico. Observação não sistematizada pode resultar em sérios problemas. Todos temos experiências individuais diferentes, personalidades diferentes, escolas médicas diferentes e, mesmo expostos à mesma escola, captamos ou sensibilizamos de forma diferente. Esse tipo de treinamento e a observação não sistematizada de casos induzem à impressão de que a experiência pessoal é válida para todos que lidam com pacientes similares. Nem sempre é verdade.

É natural empolgar-se com aquilo que mais se estudou ou naquilo que se faz. A experiência pessoal pode estar muito marcada pela paixão pelo tema e isso nem sempre leva à verdade. Consultar colegas especialistas tem um valor muito grande, mas não pode ser a única fonte de informação que se deve levar em conta para tomar decisão clínica.

Em uma mesa redonda, as opiniões são muito díspares, muito conflitantes. Sobre uma determinada

questão clínica, do ponto de vista técnico, haver propostas tão discordantes não é razoável. É razoável que a compreensão dos fenômenos clínicos admita uma variação não tão grande. Quem não tem experiência de opiniões sobre questões clínicas absolutamente discordantes?

***Observação não sistematizada pode resultar em sérios problemas. Todos temos experiências individuais diferentes, personalidades diferentes, escolas médicas diferentes e, mesmo expostos à mesma escola, captamos ou sensibilizamos de forma diferente.***

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não se está defendendo uma uniformidade de pensamento e prática. Se está defendendo uma base de reflexão comum para que as práticas admitam uma divergência, mas não tão escandalosa. Por muito tempo, achou-se que saber medicina e ser um bom clínico era dominar os mecanismos das doenças. O avanço do conhecimento mostrou que esses mecanismos são as ferramentas fundamentais para ser um bom clínico, mas não o suficiente. Entender a fisiopatologia não nos garante as alternativas corretas de tratamento.

