

Diga-se de passagem que mulheres com eclampsia foram sangradas por cerca de 2000 anos sem que nesse período ninguém questionasse se aquela conduta trazia mais benefícios do que malefícios para os pacientes. E ainda hoje, gestantes são submetidas a várias condutas que contrariam as melhores evidências. O movimento do uso dos conceitos da Medicina Baseada em Evidências visa apenas prevenir algumas dessas aberrações, que ocorrem em grande escala. É uma forma de avançar da lógica da predição teórico-experimental da fisiopatologia, para a tomada de decisão com base em resultados de pesquisas clínicas de boa qualidade, ou seja, sair daquilo que é hipoteticamente esperado, para o que se demonstrou ter acontecido com maior frequência. O que requer mais do que apenas a evidência, podendo incluir-se aí o que se chama de arte médica.

O grande mérito de Archibald Cochrane foi evitar a controvérsia entre a Epidemiologia Pura e a Prática Clínica e ao mesmo tempo utilizar os métodos epidemiológicos para que os clínicos (e os epidemiologistas) pudessem avaliar e reduzir as incertezas nas decisões em saúde mediante metodologia rigorosa com a prevenção de vieses e efeitos do acaso.

Atualmente, uma evidência que reduza a mortalidade e ou a incapacidade física apenas por infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral pode beneficiar milhões de pessoas por ano em todo o mundo. Mas não basta termos o conhecimento (evidência), é preciso que a mesma seja entendida no seu valor e levada à prática com metodologia multidisciplinar. E que esse processo não seja obstruído por aqueles que possam se sentir ameaçados em sua autoridade, em suas limitações ou interesses.

Concordo com os autores quando questionam o sentido de novo paradigma da Medicina Baseada em Evidências. Esse termo, sugerido por profissionais de países anglo-saxônicos, não tem o sentido completo dado por Thomas Khun para os modelos científicos da física e da química. Entretanto, é o melhor modelo para tomada de decisão em saúde.

Recebido para publicação em: 24/06/02 Aprovado para publicação em: 10/07/02



Fátima Adriana D'Almeida ¹

A crescente influência da Medicina Baseada em Evidências (MBE), tanto na prática clínica como na educação médica, tem sido objeto de intenso debate por parte de educadores, clínicos e administradores de instituições de saúde.

Dois aspectos podem ser considerados em uma análise crítica da MBE: o assistencial e o pedagógico.

As mudanças significativas ocorridas nos sistemas de saúde durante o século XX estão exigindo novas competências dos profissionais de saúde, entre elas: ênfase no cuidado em atenção primária, participação na coordenação da assistência, capacidade de assegurar assistência custo-efetiva e apropriada, envolvimento de pacientes e familiares nas decisões, promoção de hábitos de vida saudáveis, capacidade de acessar e manejar adequadamente a informação existente na literatura, prover aconselhamento em assuntos éticos.

Buscando enfrentar alguns destes desafios, educadores têm enfatizado a necessidade de introduzir nos currículos médicos as disciplinas: epidemiologia clínica, bioestatística, informática médica e habilidades em comunicação.

É neste cenário de mudanças e desafios que emerge a MBE, comumente entendida como a integração do conhecimento avaliado criticamente, a experiência clínica e os valores e crenças dos pacientes, no processo de tomada de decisão (Sackett et al., 2000).

¹ Docente da disciplina de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Marília. <fadriana@terra.com.br>

Em revisão da literatura das publicações que envolvem críticas a MBE, Straus & McAlister (2000) apontam as seguintes questões, decorrentes de:

1. Limitações da prática da Medicina - dizem respeito à ausência de evidência científica consistente em relação a determinado assunto e dificuldades em aplicar as evidências estabelecidas na assistência a um paciente individual.
2. Limitações relacionadas a MBE – tratam das críticas ligadas à necessidade de os profissionais desenvolverem novas habilidades, adequadas à realidade de recursos limitados e à capacidade de avaliação do impacto da própria evidência.
3. Concepções errôneas sobre a MBE, como a de que: denigre a experiência clínica, ignora os valores e preferências dos pacientes, promove um “livro de receitas” para a Medicina, serve simplesmente para cortar custos e está limitada à pesquisa clínica.

Por outro lado, a MBE tem sido também entendida como um meio de preparar, em diversas dimensões, os profissionais de saúde para os desafios postos à organização da assistência à saúde na medida em que se apresenta com potencial para: melhorar a continuidade e uniformidade assistencial por meio de abordagens comuns e diretrizes clínicas desenvolvidas pelos seus praticantes; fornecer instrumentos para ajudar os gerentes a um uso criterioso de recursos escassos permitindo sua alocação mais adequada; envolver pacientes e familiares no processo de tomada de decisão, ressaltando a necessidade de habilidades de comunicação por parte dos profissionais de saúde; desenvolver, em estudantes e profissionais, a prática de buscar na literatura respostas às suas próprias dúvidas e questões clínicas melhorando, com isso, o processo de tomada de decisão (Green, 1999; Goroll et al., 2001).

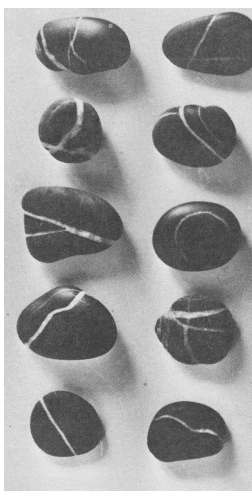
Desta forma, desafios são colocados como objetos de futuras pesquisas que poderão ajudar a responder à pergunta de Castiel e Póvoa. Para tanto, é necessário:

1. Desenvolver atividades de educação continuada para promover as necessárias habilidades de aprendizagem para a prática de todos os passos da MBE, usando métodos educacionais adequados para este propósito e o desenvolvimento de técnicas que possibilitem aplicar as evidências encontradas na assistência a pacientes individuais (Hatala, 1999).
2. Desenvolver e disseminar diretrizes baseadas em evidências e fontes eletrônicas com conhecimento científico já criticamente avaliado, de fácil acesso e compreensão como o Best Evidence, POEMS, CATs, Bandolier, Chrocrane, principalmente em serviços movimentados, para profissionais sobrecarregados.
3. Disponibilizar os equipamentos necessários no local de trabalho, como computadores, acesso à internet etc.

4. Conduzir mais estudos para verificar se, e como, a MBE afeta a assistência ao paciente.

Seria, assim, a MBE um novo paradigma?

Inovações levam tempo para ser difundidas e se tornarem bem estabelecidas na prática clínica. Seja qual for o nome que se dê a essa nova prática, mudança ou não de paradigma, eu empresto as palavras de Wallace & Leipzig (1997, p.90): *“a disciplina de Medicina Baseada em Evidências pode provocar entusiasmo e intensa implementação em alguns e resistência e uma direta hostilidade em outros. Até o presente momento, ela é uma ciência em desenvolvimento, e sua influência na prática e nas diretrizes de saúde está crescendo. A Medicina Baseada em Evidências parece ter vindo para ficar”*.



Referências

- GOROLL, A. H., MORRISON, G., BASS, E. B., JABLONOVER, R., BLACKMAN, D., PLATT, R., WHELAN, A., HEKELMAN, F. P. Reforming the core clerkship in internal Medicine: the SGIM/CDIM Project. **Ann. Intern. Med.**, n.134, p.30-7, 2001.
- GREEN, M. L. Graduate medical education training in Clinical Epidemiology, critical appraisal, and evidence-based Medicine: a critical review of curricula. **Acad. Med.**, n.74, p.686-794, 1999.
- HATALA, R. Is Evidence-based Medicine a teachable skill? **Ann. Emerg. Med.**, v.34, n.2, p.226-8, 1999.
- SACKETT, D. L., STRAUS, S. E., RICHARDSON, W. S., ROSEMBERG, W., HAYNES, R. B. **Evidence-based Medicine: how to practice & teach EBM**. 2.ed. London: Churchill Livingstone, 2000.
- STRAUSS, S. E., MCALISTER, F. A. Evidence-based Medicine: a commentary on common criticisms. **Can. Med. Assoc. J.**, v.163, n.7, p.837-41, 2000.
- WALLACE, E. Z., LEIPZIG, R. M. Doing the right thing right: is evidence-based Medicine the answer? **Ann. Intern. Med.**, v.127, n.1, p.91-4, 1997.

Recebido para publicação em: 08/06/02. Aprovado para publicação em: 26/07/02