

Os riscos da medicina baseada em evidências

Genival Veloso de França

O autor conceitua *medicina baseada em evidências* e se reporta aos critérios e razões dos defensores desta estratégia. O trabalho visa mostrar os riscos existentes na “sacralização” deste novo paradigma assistencial e pedagógico na sua forma de alcançar a verdade absoluta, principalmente considerando-se algumas dificuldades na aquisição de publicações de alto nível e no fato de a medicina clínica ser uma arte e não ciência exata - ainda mais quando se tenta passar a idéia de que existem mais evidências do que a medicina efetivamente tem, quando se sabe que os quadros clínicos mais complexos não dispõem de elementos suficientes para decisão mais convincente. Coloca em dúvida a “absolutização” da idéia de um padrão em saúde baseado em evidências e o risco decorrente da alarmante profusão de publicações - que chega, anualmente, a 30 mil sobre assuntos biomédicos e, para cada matéria específica, cerca de 300 artigos e 100 editoriais por mês, onde a leitura de alguns mostra franca oposição à de outros, fato esse que, na visão do articulista, torna ainda mais complicada a situação do médico na ponta do sistema. Concluindo, deduz que o ideal seria buscar um equilíbrio nas teorias fisiopatológicas consagradas, na experiência pessoal e no resultado das investigações clínicas.



Genival Veloso de França
Professor visitante da Universidade
Estadual de Montes Claros/MG

Unitermos: ceticismo médico, epidemiologia clínica, filosofia médica, medicina de resultados

1. Os fundamentos

A *medicina baseada em evidências*, segundo seus ardentes defensores, seria a utilização racional e judiciosa da melhor evidência científica disponível para se tomar decisões sobre cuidados aos pacientes. Ou o processo de sempre descobrir, avaliar e encontrar resultados de investigação com base nas decisões clínicas (1).

Significa, assim, o emprego do que se depreende melhor dos resultados científicos disponíveis procedentes da pesquisa e investigação, e não do que possam dispor as teorias fisiopatológicas e a autoridade ou experiência individual. Uma medicina baseada na análise estatística de

efeitos. Em suma, uma *medicina de resultados*.

Desta forma, o conceito de medicina baseada em evidências condiciona-se ao fato de que as decisões clínicas e os cuidados de saúde devem embasar-se nas evidências atuais, que chegam por publicações científicas especializadas em estudos e trabalhos e podem ser criticamente avaliadas e recomendadas. Ou seja, que a aplicação dos meios e métodos médicos deva concentrar-se na informação obtida na literatura “cientificamente válida e relevante”, com direta implicação à prática médica dos cuidados de saúde. Isto redundará, necessariamente, na busca incessante da localização da “informação precisa”.

Da avaliação solitária e subjetiva do clínico passa-se a reconhecer como de valor científico apenas as informações oriundas da pesquisa de cientistas de peso em estudos demorados e com expressivo número de pacientes observados nos serviços de excelência.

Segundo esta concepção de medicina, caso se permanecesse apenas na experiência individual perder-se-iam os avanços oferecidos pela ciência atual, os quais são capazes de ampliar e melhorar a atenção nos cuidados da saúde dos indivíduos e comunidades. E mais: como tal metodologia é utilizada por múltiplos agentes de saúde os programas são avaliados na sua melhor forma de utilização, o que significa integrar uma consagrada experiência científica a toda a equipe, como a melhor evidência disponível.

Algumas vezes até podemos ter dúvidas sobre uma melhor proposta de atenção à saúde em certas circunstâncias e contingências. Ou mesmo alguma dificuldade para saber se tanto investimento é justo e imprescindível. Todavia, o que se deve considerar é a convicta deliberação de estarmos fazendo o que se nos apresenta como melhor e mais adequado ao paciente, e que este esteja recebendo o mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias.

Mesmo que a saúde seja aceita e consagrada como um bem social da maior relevância e que a utilização racional dos recursos a ela aplicados seja de imperiosa obrigação, não se pode admitir que a política de assistência à saúde individual ou coletiva torne-se uma prática voltada apenas à contenção de gastos, ou, pior ainda, ao lucro desmedido. Não se pode retirar do paciente a melhor assistência dentro do que é disponível, justo e necessário.

No complexo exercício da arte médica há três níveis de incertezas que não podem ser omitidos numa análise como esta: a primeira refere-se ao próprio paciente, pois sabemos que as pessoas são tão diferentes em seus aspectos físicos e emocionais como desiguais são os seus destinos; a segunda, as dúvidas originadas no domínio de tantos meios tecnológicos e condutas recomendadas, algumas vezes tão conflitantes entre si que parece existir não apenas uma medicina, mas muitas. Por fim, a própria postura do médico baseada em suas convicções, experiências, cultura e, até mesmo, habilidades pessoais (2).

ARTIGOS

Além disso, é evidente que a boa prática médica sempre resultará da experiência, responsabilidade, competência e respeito à dignidade do assistido. Ou seja, aquela na qual as pessoas são tratadas com respeito, sentimento e eficiência.

Pelo visto, ao defender-se a liberdade e experiência pessoal do médico não se está defendendo as práticas não-convencionais ou procedimentos desnecessários, nem muito menos aceitando todas as terapêuticas como efetivas e eficazes.

A facilidade de analisar e utilizar a clínica priorizada em evidências não está na disponibilidade e domínio de todos os que exercem a medicina. E estas publicações, com raras exceções, são de utilidade discutível na prática clínica do dia-a-dia. Perde-se muito tempo com consultas e o resultado, em nível de resolubilidade, é até certo ponto desprezível.

Por sua vez, a barreira idiomática ao acesso a algumas informações é fato incontestável e as limitações de meios e recursos em determinadas áreas torna a medicina baseada em evidências uma utopia nunca alcançada. As experiências trocadas entre clínicos de mesma área de concentração e que atuam numa mesma realidade têm se mostrado mais proveitosas.

Nestes últimos anos, ocorreu uma verdadeira enxurrada de publicações médicas, algumas em notória contradição, o que torna ainda mais complicada a decisão dos médicos, principalmente dos que atuam na ponta do sistema.

Isto, sem dúvida, reflete negativamente sobre as ações de saúde, não apenas pelos gastos desnecessários e tempo perdido, mas pelos prejuízos que pode trazer aos pacientes. Atualmente, publica-se no mundo uma média de 30 mil revistas biomédicas/ano – o que faz com que alguém que queira estar mais ou menos atualizado com temas específicos deva ler cerca de 300 artigos e 100 editoriais por mês, veiculados em revistas de grande destaque (3).

2. Os riscos

No instante em que a medicina baseada em evidências tenta “clicherar” o atendimento baseado unicamente em dados estatísticos, fugindo da avaliação da experiência pessoal e capacidade de conduta do médico diante de cada caso, desfaz o conceito de que “não existem doenças e sim doentes”.

De onde provém o conhecimento médico diariamente aplicado na prática profissional? Será no material existente na literatura mais sofisticada das revistas do Primeiro Mundo? Certamente não! É da experiência pessoal do dia-a-dia, embora isto não queira dizer que sua cultura também resulte da experiência de tantos outros que publicam ou divulgam seus conhecimentos. É fato inegável que o conhecimento está enraizado na experiência pessoal de acordo com o repetido na prática diária do médico, sem que isto se constitua em propriedade intelectual ou lhe dê, sempre, o selo da autoridade. E nem sempre as decisões mais acertadas são as dos que possuem maior experiência.

O risco da “sacralização” deste novo padrão assistencial e pedagógico de alcançar a verdade absoluta é o de que o modelo de “paradigmas” estabeleça que espécie de problemas deva ser estudada, que critérios devam ser utilizados para avaliar uma solução e que procedimentos experimentais possam ser julgados como aceitáveis (4). Nesse contexto, o que se verifica, na maioria das vezes, é a mudança de um paradigma por outro sempre que haja dúvidas neste ou naquele conceito (crise). Entre outros, pode se verificar uma mudança desde que haja elevação de custos assistenciais.

Sabe-se que muitas das práticas terapêuticas não avaliadas ou não recomendadas pela investigação científica de alta evidência têm em certos casos um efeito positivo e o paciente as solicita. É ético recusar uma prática terapêutica pelo fato de não estar baseada numa evidência científica, como no caso das opções da chamada *medicina alternativa*? O que fazer?

A prática médica sempre se baseará num projeto que alie a arte clínica e o cálculo das probabilidades. Por isso, já se disse que a medicina clínica, por mais avançada seja, sempre será a ciência das probabilidades e a arte das incertezas. Mesmo que uma ou outra evidência, por mais aparente, revele-se expressivamente denunciadora não deve ser concluída como “fato”. No entanto, até podemos concordar com as evidências se as mesmas forem dirigidas visando balizar determinadas condutas, nos seus aspectos éticos ou deontológicos, caracterizadas pela má prática.

É necessário que se entenda que o fato de determinado procedimento ser tecnicamente correto não implica necessariamente, de forma absoluta, que seja eticamente certo. Assim, o ato médico criterioso pode ser visto por dois aspectos: o do procedimento correto e o da retidão moral (5). Exige, portanto, criteriosa análise de cada caso para que as coisas fiquem no seu devido lugar: no expresso cumprimento da *lex artis* e no respeito à dignidade de cada pessoa.

Por outro lado, se fizermos uma leitura mais atenta no atualmente publicado em revistas de alto nível e grande circulação - como *New England Journal of Medicine*, *JAMA* e *British Medical Journal*, entre outras - veremos que nos trabalhos por elas apresentados não existe nenhum critério para fundamentar “evidência”. Ressalte-se também ser necessário ter tempo para pesquisar na Internet e dispor de um acervo regular de revistas especializadas - além do problema da barreira idiomática, que dificulta ou limita o entendimento das informações para a devida aplicação do que se considera evidente, o que torna esta tarefa difícil e complexa.

A medicina não conta com os benefícios da exatidão matemática nem se propõe oferecer propostas perfeitas e uniformes. É a mais circunstancial das ciências e o ato médico, o mais circunstancial dos atos humanos. Por isso, o conhecimento médico nunca pode ser certo, mas apenas provável. Em medicina - principalmente na clínica, que é meramente arte -, o provável nunca é uma abstração, mas aquilo

ARTIGOS

que situa-se entre o possível e o real: a chamada “probabilidade objetiva”. A arte clínica é bem mais uma ordem do pensar do que do ser. Isto não torna o ato médico baseado na intenção menos importante do que o baseado na evidência.

Toda ciência experimental é saber dedutivo, e não indutivo: tem uma dedução empírica, nunca completa, e suas conclusões são sempre prováveis. O princípio aristotélico de que as verdades científicas são sempre certas e verdadeiras tende a modificar-se quando o assunto em discussão é uma ciência indutiva e experimental.

A verdade é que mesmo existindo duas opiniões opostas (*equiprobabilismo*), defendidas por pessoas prudentes e qualificadas, qualquer uma delas pode ser adotada e igualmente aceita como certa. Ou, ainda, caso haja uma opinião defendida por apenas um autor competente e experimentado, a mesma deve ser prudentemente seguida (*laxismo*) (5). Todavia, na lógica da “medicina de resultados” evidências incompletas e conflitantes, além de aumentarem a incerteza, podem criar ainda mais dúvidas. Nos âmbitos da urgência e emergência isto se verifica com mais razão e resultados mais graves.

Um dos óbices à incorporação da medicina baseada em evidências é a falta de condições de acesso às publicações que se multiplicam em todo o mundo e de análise crítica aos artigos e matérias de periódicos, quando o profissional não estaria em condições de elaborar suas pró-

prias conclusões, ficando sempre prisioneiro dos autores dos textos, pelo fato de suas publicações em revistas de qualidade e conceito garantidos. Ao lado disto, galopante e progressivo excesso de publicações de qualidade duvidosa, verdadeiro entulho científico, impõe critérios em conceitos e condutas de importância relativa (6).

Acrescente-se a resistência dos profissionais à mudança de hábitos quando sente-se seguro com o que faz, ainda mais quando obtém resultados satisfatórios - não é o mesmo que se mostrar obstinado a novos meios e condutas que possam reduzir os maus resultados e gastos desnecessários.

O risco desta nova ordem é levar as pessoas a acreditarem existir mais evidências do que a medicina realmente tem e apresenta. É mais: em determinadas situações pode até retardar o avanço desta e promover uma falsa opção aos mais jovens (7). Certos conceitos podem estar transformando a medicina numa “sacola de truques” (8). Outro risco é o fato de os profissionais jovens aceitarem alguma idéia nova não pela convicção de seu valor científico, mas tão-somente pela publicação ser de língua estranha ou originária de centros alegadamente avançados. Ou que se venha desdenhar da relação médico-paciente como um ato romântico não mais cabível neste programa de exatidão metodológica (9).

Nenhum *expert* pode presumir-se de autoridade incapaz de erro, mesmo não-intencional, porque não existe verdade soberana. Assim, é

sempre aconselhável não se procurar certeza absoluta quando tudo se mostra impossível diante de decisões instáveis, pois os caminhos da medicina clínica são contingentes e falíveis e não há, na sua prática, “verdades derradeiras”. O conhecimento científico está sempre em franca evolução.

Sempre que possível, deve-se avaliar uma proposição com base nos fatos e na lógica que a sustentam, e não nas qualidades pessoais ou no *status* dos seus defensores (10). Os métodos científicos não são muito diferentes das coisas racionais do dia-a-dia. O que a ciência faz a mais é utilizar-se de testes e controlar estatísticas insistindo na repetição ordenada de suas experiências. Isto, no entanto, não é o mesmo que dizer que a ciência é menos valiosa que a observação dos fatos cotidianos. Mas, no fundo, ela só serve para explicar a coerência das nossas experiências.

Mesmo os defensores mais exaltados desta nova ideologia médica não escondem algumas desvantagens neste método: utilização de demasiado tempo de pesquisa; elaboração de trabalho intelectual complexo; dificuldade de o profissional fazer uma revisão sistemática sozinho; falta de subsídios facilmente disponíveis para resolver a maioria das questões clínicas; existência de estudos não-consensuais ou contraditórios e de estudos quase sempre projetados num contexto diferente do qual se encontra o paciente-questão; poucos relatos na literatura médica sobre determinados males.

Em algumas oportunidades, o que se verifica, mesmo, é uma política de compensação que em outra coisa não se firma senão na redução de gastos com hotelaria, diminuição do tempo de internação, restrição de solicitação de exames subsidiários e indistigável aviltamento dos salários profissionais – fatores ditados por um sistema empresarial que promove a colonização médica.

É sempre bom lembrar que algumas objeções à chamada medicina baseada em evidências não querem dizer intolerância às inovações advindas da tecnologia moderna, nem muito menos ao que se incorpora de meios e recursos em benefício dos pacientes.

A própria expressão “evidência” – tal qual aqui colocada – mostra-se inconsistente, pois se diz que algo é evidente quando prescinde de prova ou dispensa justificação. A evidência é inimiga da prova. É a consagração da verdade. Assim, evidente é o que se mostra notório. Mais: o importante é saber o que se pode considerar como “evidência” e quem a determina como “fato concreto”.

Por outro lado, definir evidência em medicina como “dados e informações que comprovam achados e suportam opiniões” não é o bastante para oferecer a esperada segurança. Como qualificar uma medicina que se diz evidente, racional e científica quando ela depende tão-só de percentuais levantados em dados estatísticos? E o que fazer, por exemplo, quando se sabe que há tópicos da medicina prática para os quais não existe nenhuma evidência convincente?

ARTIGOS

Até podemos entender que muitas das decisões tomadas em epidemiologia clássica baseiem-se em dados estatísticos, na tentativa de criarem novas “evidências” para a prática das ações em medicina preventiva. Mas daí a dizer que tal lógica deve conduzir e definir as questões de natureza clínica parece exagero. Primeiro, a clínica trata das conseqüências e a epidemiologia das causas; depois, na clínica, o centro do interesse está no prognóstico através da prevenção secundária e terciária, e na epidemiologia em fatores de risco na prevenção primária; por fim, a clínica baseia-se no raciocínio dedutivo (da doença para o caso concreto) e a epidemiologia, no indutivo (dos casos para a doença).

A cada crescimento da intervenção tecnológica, com seus meios invasivos, mais surgem resultados atípicos e indesejáveis, onde os limites éticos da relação custo-benefício tornam-se mais discutíveis. O perigo é a criação de uma medicina influenciada pela globalização e interesses de mercado, que nada mais faz senão afastar-se progressivamente da ética. Ou uma medicina prisioneira das empresas de saúde. Por sua vez, a importância da indústria farmacêutica na edição das revistas e promoção de eventos médicos é fato irrefutável.

No tocante às fontes das evidências existem muitos interesses financeiros e profissionais conflitantes entre os que detêm o poder de informação - onde não falta o patrocínio das empresas fabricantes de remédios e equipamentos médicos.

A obsessão pela quantificação despreza as habilidades pessoais e pode fazer com que os dados objetivos da anamnese e do exame semiológico tornem-se ‘contaminados’ por valores estatísticos. Todo conhecimento quantificado é ideológico e não-científico (11).

O risco das ideologias no campo da saúde reside no seu caráter reacionário e centralizador por não admitir o pensar ou o agir individual. Sua inclinação é pelas idéias abstratas. E o mais desanimador no caso da medicina baseada em evidências é que quanto mais complexo é o quadro clínico, menos evidências científicas ela dispõe para uma convincente tomada de decisão.

Outro risco é a tendência de as conclusões das revisões continuadas ser norteadas pela aceitação de trabalhos que apenas se reportam aos resultados que se ajustam aos esperados, e não àqueles que revelam conseqüências adversas ou não se enquadram numa determinada linha de critérios estabelecida na seleção dos artigos de revisão – excluindo-os por razões nem sempre justificadas (12).

3. As conclusões

Diante do exposto, fica evidente que ninguém de bom-senso poderia voltar-se contra, ou pelo menos ficar indiferente, a todo este acervo cultural e contribuição tecnológica que vem se inserindo às ciências médicas nos últimos tempos. Nem tampouco o que daí pode resultar

como contribuição na luta cada vez mais eficaz contra as doenças e em favor dos melhores níveis de vida e saúde da população.

Todavia, não se pode admitir serenamente que a medicina abra mão da intuição, das teorias fisiopatológicas consagradas e da experiência clínica pessoal, pois não existe nenhuma análise metodológica nem prova científica aprimorada que não possua como ponto de partida a vivência e observação individual na prática profissional. E mais: a medicina baseada em evidências não é receita pronta e acabada

na orientação de todos os procedimentos médicos.

O ideal será, sempre, a associação da investigação clínica científica, do ensino médico continuado, das teorias fisiopatológicas consagradas e da contribuição de cada experiência pessoal. A análise e aplicação racional da informação científica - aliadas à experiência clínica de cuidar de pacientes - direcionadas ao individual ou coletivo, sob a ótica do humanismo que sempre deu à profissão médica um lugar de destaque.

RESUMEN

Los riesgos de la medicina basada en evidencias

El autor conceptúa la *medicina basada en evidencias* y se reporta a los criterios y razones de los defensores de esta estrategia. El trabajo tiene por objetivo mostrar los riesgos existentes en la “sacralización” de este nuevo paradigma asistencial y pedagógico en la forma de alcanzar la verdad absoluta, principalmente considerándose algunas dificultades en la adquisición de publicaciones de alto nivel y en el hecho de ser la medicina clínica un arte y no una ciencia exacta, más aun cuando se intenta pasar la idea de que existen más evidencias de lo que la medicina efectivamente tiene, cuando se sabe que los cuadros clínicos más complejos no disponen de elementos suficientes para una decisión más conveniente. Se coloca en duda el “absolutismo” de la idea de un modelo en la salud basado en evidencias y en el riesgo decurrente del alarmante exceso de publicaciones que llega anualmente a treinta mil en asuntos biomédicos, para cada materia específica, y cerca de 300 artículos y 100 editoriales por mes, donde la lectura de algunos revela una franca oposición a la de otros, hecho que, en la visión del articulista, torna aun más complicada la situación del médico en la arista del sistema. Concluyendo, se deduce que lo ideal sería buscar un equilibrio en las teorías fisiopatológicas consagradas, en la experiencia personal y en el resultado de las investigaciones clínicas.

Unitérminos: escepticismo médico, epidemiología clínica, filosofía médica, medicina de resultados

ARTIGOS

ABSTRACT

The risks of evidence-based medicine

The paper defines the concept of evidence-based medicine and explores the criteria and reasons of those who defend this approach. Given the difficulty experienced by practitioners in accessing high-level publications, the study intends to demonstrate the risk inherent in the “sacralization” of this new healthcare and medical training paradigm’s claim on absolute truth, especially when efforts are made to demonstrate that more evidence exists than medicine can actually rely on. As a matter of fact, in the most complex medical cases there are usually not enough elements available upon which to base convincing decisions. The paper furthermore points out that clinical Medicine is an art rather than an exact science. It questions the “absolute truth” of a healthcare standard based upon evidence and demonstrates the confusion ensuing from the alarming profusion of contradictory publications (30 thousand a year in biomedicine and nearly 300 articles and 100 editorials a month on each specific subject), which complicates the situation of doctors at the end of the system even more. It concludes that it would be ideal to find an equilibrium between acclaimed physiopathological theories, personal experience and the results of clinical investigations.

Uniterms: medical skepticism, clinical epidemiology, medical philosophy, results medicine

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosenberg WMC, Donald A. *Evidence based medicine: an approach to clinical problem solving*. BMJ 1995;310:1122-6.
2. Dantas F. *Normatizando e normalizando práticas não-convencionais: ética e pesquisa num contexto de incerteza*. Med on line 1999;2(5). Disponível em: <http://www.medonline.com.br/med-ed/med5/flavio.htm>. Último acesso em 02 de junho de 2003.
3. Silva JJS. *Medicina basada en evidencia: um desafio permanente*. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile 1999;2:142-4.
4. Kuhn T. *A estrutura das revoluções científicas*. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.
5. Gracia D. *Medicina basada en evidencias*. Bioética 2000;8:74-84.
6. Stross JH, Harlan WR. *The dissemination of new medical information*. JAMA 1979;241:2622-4.
7. Sackett DL. *The sins of expertness and a proposal for redemption*. BJM 2000;320:1283.
8. Bauman Z. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
9. Duclos J. *Medicina basada em evidencias: uma estratégia que acerca ou aleja de la medicina interna?* Revista Chile 1999;127:1398-1402.
10. Sokal A, Bricmont J. *Imposturas intelectuais: o abuso da ciência pelos filósofos pós-modernos*. Rio de Janeiro: Record, 1999: 207.
11. Barata RB. *Epidemiologia clínica: uma ideologia médica?* Cadernos de Saúde Pública 1996;12:555-60.
12. Lamperts A. *Methodological studies of systematic review: is there publication bias?* Arch Intern Med 1997;157:357.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Santos Coelho Neto, 200 – Aptº 1102
58038-450
João Pessoa/PB
E-mail: gvfranca@openline.com.br