

INTRODUÇÃO À MBE



MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS



MATHEUS EUGÊNIO / ÍTALO ABREU

SOBRE

Os autores:

Matheus Eugênio de Sousa Lima é médico graduado pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e atual residente em psiquiatria do Hospital Mental Professor Frota Pinto (HSMM).

Já publicou livros em áreas diversas da Medicina (A Clínica Através da Imagem, editora Sanar, e Medicina Intensiva para a Graduação, editora Amplla) e mais de 10 artigos científicos nas áreas de Neurociências e Dermatologia.

Tem experiência em Medicina da Família e Comunidade e Auditoria Médica.

Ítalo Eugênio Souza Gadelha de Abreu é cirurgião vascular pelo Hospital Geral de Fortaleza. Possui formação em cirurgia nos hospitais Instituto José Frota e Stony Brook University, em Nova York. Possui diversos artigos publicados na área de Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular.

Tem experiência em Medicina de Emergência e do Trauma.



O MÉDICO PRECISA ESTUDAR PRA SEMPRE?

Você, em algum momento da sua extensa formação médica, já deve ter feito essa pergunta. Na sua cabeça, histórias como "medicina é um eterno sacerdócio", surgem e você se imagina de cabelos brancos segurando um tablet aberto nas páginas obscuras de um livro denso como Medicina Interna de Harrison.

Se foi isso que você pensou, você está parcialmente certo. A Medicina não é uma ciência estática: a cada dia, centenas de artigos são publicados, dos mais variáveis assuntos, degladiando-se para ganhar um lugar ao sol na relevância. O volume de informação é quase impossível de acompanhar, mas é um dever do bom médico manter-se sempre atualizado.

E é aí que entra a Medicina Baseada em Evidências, e os seus conceitos.





O EFEITO DUNNING-KRUGER É APLICÁVEL PARA DIVERSAS ÁREAS DA VIDA, E AQUI NÃO SERIA TÃO DIFERENTE...

Alguém já deve ter comentado que quanto menos uma pessoa sabe, mais ela acha que sabe. Afinal, a ignorância é corajosa, e, por que não, audaciosa. E acreditar que sabe tudo é o principal erro de um médico, erro esse que acaba sendo muito comum por volta dos dez, vinte anos de profissão. E é aí que ficam muito propenso a erros.

Dunning e Kruger postularam que você precisa ter um certo grau de conhecimento para ter noção da própria ignorância. Finalmente assim, temos dúvidas e tentamos preencher lacunas, finalmente crescendo intelectualmente.

QUANDO EU PERCEBO QUE "NADA SEI"...

Para buscar as lacunas no conhecimento, se faz necessário a busca de evidências. Mas não quaisquer evidências, já que, como comentamos, ela está por aí aos montes. Precisamos buscar as **melhores** evidências.

E é aí que entra a Medicina Baseada em Evidências (MBE).

Mas engana-se quem pensa que a MBE limita-se a uma busca num site como Pubmed ou Scielo. É preciso ir além: saber interpretar resultados e estatísticas, correlacionar com a sua prática clínica, identificar vieses e ter um olhar crítico para **tudo** que se lê, independentemente de onde vem.

O objetivo final é claro: causar o **menor dano possível** nos pacientes.

DANOS? MAS EU SOU MÉDICO! EU CURO!

PA arrogância médica raramente reconhece seu potencial iatrogênico. Uma categoria de prevenção nova surgiu, a prevenção quaternária, exatamente para combater o excesso de intervenções (medicação, exames...) médicas. Mas ainda estamos longe.

ONDE BUSCAR MINHAS EVIDÊNCIAS?

Alencar, 2021*, propôs uma pirâmide onde podemos encontrar as melhores evidências para os nossos estudos.

Na base: estudos que não passam por **revisão de pares** ou publicados em revistas "sem critérios" (basta apenas pagar para publicar). Logo acima estão pesquisas não pré-analisadas, facilmente encontradas no PubMed, Scielo. Depois pesquisas pré-analisadas, encontradas no ACCESSSS ou McMaster Plus.

Por fim, no topo da pirâmide, **sumários e guidelines**, como UpToDate, DynaMed e diretrizes de associações.

O QUE SÃO PESQUISAS NÃO PRÉ ANALISADAS?

Aqui é onde entra uma classificação proposta por Oxford: uma hierarquização das evidências científicas encontradas.



NÍVEIS DE EVIDÊNCIA DE OXFORD

Num mundo pós pandemia de Covid19, sabemos o quão importante essa classificação é. Você deve ter escutado inúmeras vezes "especialistas" contando das suas "ótimas experiências" com fármacos milagrosos (como a hidroxicloroquina ou níveis altíssimos de corticóide). Oxford considera a **opinião de especialistas** como o nível mais baixo de evidência, devendo ser evitado!

Logo acima dela, temos **relatos de caso**. Perceba, é difícil generalizar na ciência sem estudos com uma metodologia apurada.

Depois na hierarquia temos estudos **caso-control** (são retrospectivos) e sua subsequente **revisão sistemática**. Superiormente temos ainda estudos **coorte** (prospectivos) e sua subsequente **revisão sistemática**. Entre os dois tipos de estudo, temos os estudos **ecológicos**, que analisam uma população inteira.

Finalmente, no topo da hierarquia das evidências científicas, temos os **ensaios clínicos controlados e randomizados**. Revisões sistemáticas e metanálises desses estudos então são o *crème de la crème* da ciência, prontos para formar guidelines.

QUAL A DIFERENÇA ENTRE...

REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE?

Essa é uma dúvida comum entre os estudantes e médicos, que parece fácil e do conhecimento de todos, porém na hora de responder quase todo mundo se "embanana".

Tenha então os conceitos na ponta da língua!

Revisão sistemática é considerado um estudo de recuperação e análise crítica da literatura, onde testam hipóteses e têm como objetivo levantar, reunir, avaliar criticamente a metodologia de pesquisas e resumir os resultados de diversos estudos primários. Aqui, existe uma **pergunta** claramente formulada, havendo uma **sistematização** dos estudos escolhidos para respondê-la.

Já a **metanálise** é um **método estatístico**. Uma revisão sistemática pode, então, conter metanálise ou não. Ela congrega dados de diversas pesquisas através de uma nova análise estatística. No fim, geralmente é feito um **forest plot**, que mostra informações individuais de cada estudo incluído na metanálise e também da medida metanalítica. Também analisa os intervalos de confiança dos estudos, dado extremamente relevante para o resultado final!

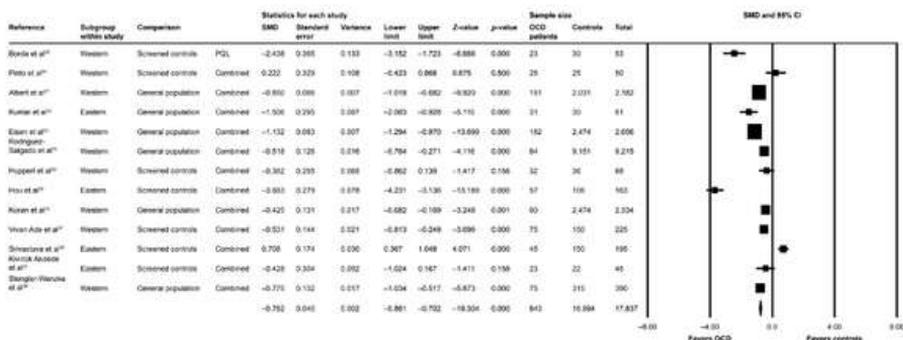


Figure 2 Forest plot between groups with OCD and controls on global QOL (n = 13).

Abbreviations: CI, confidence interval; OCD, obsessive-compulsive disorder; PQL, Pediatric Quality of Life Inventory – Child Report; QOL, quality of life; SMD, standardized mean difference.

EXEMPLO DE FLOREST PLOT NA METANÁLISE

QUAL A DIFERENÇA ENTRE ESTUDOS CASO-CONTROLE E ESTUDOS COORTE?

No **caso controle** há a seleção de um grupo de pacientes que têm determinada doença (caso) e um grupo sem a doença (controle) com o objetivo de identificar **fatores de risco** ou **causas**. São mais rápidos e baratos, permitindo o estudo de doenças raras e populações menores. Seus resultados são expressos sob a forma de *odds ratio*.

Já o coorte, há um grupo controle observacional longitudinal, em que se avalia determinada doença (caso) e seu controle ao longo do tempo, ou seja, de forma prospectiva. Aqui objetiva-se evidenciar a **história natural da doença**. Seus resultados são expressos sob a forma de *risco relativo*.

OBRIGADO POR TER LIDO ATÉ AQUI!

ESPERAMOS QUE VOCÊ TENHA DADO O PONTA-PÉ NO ESTUDO DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS!

PARA MAIS CONTEÚDOS QUE VÃO IMPULSIONAR SUA CARREIRA E CONHECIMENTOS MÉDICOS, SIGA-NOS EM TODAS AS REDES SOCIAIS:



@MEDICINE.ME



MEDICINEME NO YOUTUBE



MedicineMe

medicineme.com.br

