Módulo 3: Qualificação das práticas nos diferentes cenários de educação em saúde

PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

UNIDADE 2

FORPRES
Formação de Preceptores da Educação em Saúde



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO
UFMA VIRTUAL
UFMA Universidade Federal do Maranhão
dted
DIRETORIA DE TECNOLOGIAS NA EDUCAÇÃO

CRÉDITOS

Coordenação Geral do Curso
Profa. Dra. Christiana Salgado (DTED/UFMA)

Supervisão Pedagógica e de Orientação Educacional
Profa. Dra. Patrícia Maria Abreu Machado (DTED/UFMA)
Profa. Dra. Christiana Salgado (DTED/UFMA)
Prof. Dr. Sérgio Santos

Professora Autora
Simone Appenzeller

Validação Técnica
Sílvio Pessanha Neto

Coordenação de Produção
Profa. Dra. Christiana Salgado (DTED/UFMA)
Camila Pontes (DTED/UFMA)
Adirce Senna (MEC)

Supervisão de Produção e Monitoramento Discente
Alessandra Viana Natividade Oliveira (DTED/UFMA)

Supervisão de Oferta e Marketing Educacional
Prof. Dr. Rodolfo Viana (DTED/UFMA)

Design Instrucional
Steffi Greyce de Castro Lima (DTED/UFMA)
Profa. Dra. Christiana Salgado (DTED/UFMA)

Design Gráfico
Vital Amorim (DTED/UFMA)
Sabrina da Silva Carneiro (DTED/UFMA)

Equipe de Tecnologia da Informação
Anilton Maia (DTED/UFMA)
Jone dos Santos Sodré Correia (DTED/UFMA)

Supervisão EAD
Thaísa Dias (DTED/UFMA)

Comunicação
Sanndila Brito (DTED/UFMA)
Deise Elen Alves de Paula Carvalho (DDES/MEC)

Administradores AVA
Gregory Kevin Martins Bastos de Souza (DTED/UFMA)
Fábio José de Castro e Lima (DTED/UFMA)

COMO CITAR ESTE MATERIAL

APPENZELLER, Simone. Prática baseada em evidências - *Unidade 2.* In: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. DIRETORIA DE TECNOLOGIAS NA EDUCAÇÃO. **Curso de Formação de Preceptores da Educação em Saúde - FORPRES -** Módulo 3: Qualificação das práticas nos diferentes cenários de educação em saúde. Brasília: DDES/MEC ; São Luís: DTED/ UFMA, 2023. p. 05-00.

FORPRES
Formação de Preceptores da Educação em Saúde

APRESENTAÇÃO

Olá, seja bem-vindo!

Nesta unidade, iremos abordar conceitos de práticas baseadas em evidências e como realizar e ensinar estas práticas no cotidiano do atendimento. Além disto, vamos usar a prática baseada em evidências para discutir como ensinar raciocínio clínico. Por fim, iremos discutir características do atendimento personalizado (centrado na pessoa).

Vamos lá?

Boa leitura!

Aproveite o conteúdo e bons estudos!

FORPRES
Formação de Preceptores da Educação em Saúde

SUMÁRIO
Tópicos Abordados

01 Introdução p 05

02 Metodologia para uma prática clínica baseada em evidências p 15

03 A utilização de repositórios digitais como método de busca de produções científicas para fundamentar uma prática baseada em evidências p 24

04 Etapas para o desenvolvimento do raciocínio clínico baseado em evidências p 24

05 Aspectos fundamentais para um atendimento personalizado ao paciente p 31

Síntese da unidade p 31

Referências p 32

1- Introdução



o que chamamos de **Medicina Baseada em Evidências?**

Onde surgiu?

O movimento de **Medicina Baseada em Evidências (MBE)** surgiu no final do século XX, na Inglaterra, durante a consolidação do sistema de saúde universal inglês.

A MBE atual originou-se no Canadá entre as décadas de 1980 e 1990, com base nos conhecimentos do epidemiologista David Sackett e Marc Lalonde (FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021).

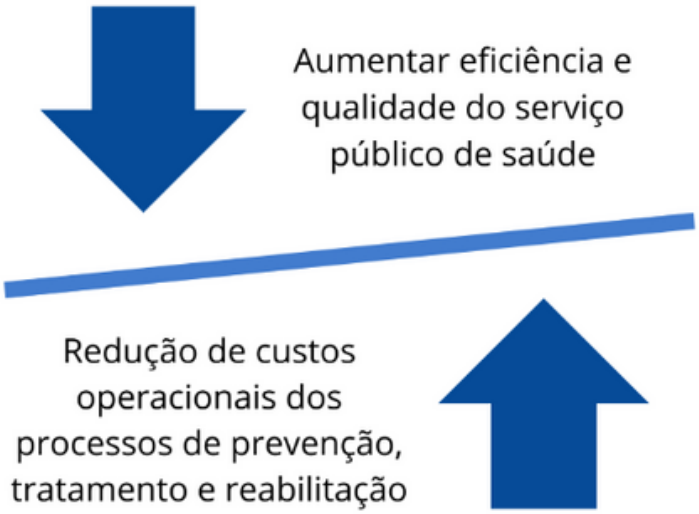
Quem difundiu?

O movimento foi difundido pelo médico escocês Archibald Cochrane, defensor de que a melhora da assistência à saúde estava associada à junção entre epidemiologia clínica, economia da saúde e "medicina centrada na pessoa" (WHITE, 1991)

Qual era o objetivo?

O movimento da MBE logo se difundiu pelo mundo e por outras áreas da saúde, sempre com o intuito de aumentar a eficiência e qualidade do serviço prestado à população com redução de custos.

A MBE implementou não somente mudanças no cenário de prática, mas também levou a mudanças no ensino das profissões de saúde, iniciando pela medicina.

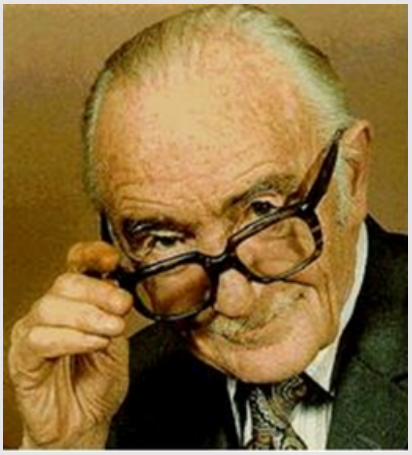


Fonte: Adaptado de: Faria; Oliveira-Lima; Almeida-Filho (2021).

Você conhece?

Archibald Cochrane era uma personalidade carismática e graduou-se em Ciências Naturais no Kings College em Cambridge em 1930. Além dos estudos de ciências, gostava de jogar rugby e foi membro do time da faculdade.

De 1931 a 1938, fez faculdade de medicina, interrompida devido a problemas de saúde e à Segunda Grande Guerra (STAVROU et al., 2014). De 1941 a 1945, foi prisioneiro de guerra alemã.



Por causa dos seus conhecimentos de medicina e língua alemã, trabalhou como médico do campo de concentração. Durante esse período, realizou o primeiro estudo randomizado controlado (STAVROU et al., 2014).

Ele observou que os prisioneiros, incluindo ele, apresentavam edema de membros inferiores de causa desconhecida. Sua hipótese era que o edema era causado por deficiência de vitamina, visto que todos recebiam uma dieta hipocalórica (400-500kcal/dia).

Para provar a sua teoria, Cochrane comprou fermento e vitamina C no mercado negro. Selecionou 20 prisioneiros aleatoriamente, sendo que 10 receberam diariamente suplemento de vitamina C e 10 de fermento durante 4 dias. Ele observou que o edema melhorou significativamente entre os prisioneiros que receberam fermento, e não houve mudança no grupo que recebeu vitamina C. Após registro adequado, convenceu os alemães a suplementar a dieta de todos os prisioneiros com fermento, reduzindo o edema (COCHRANE, 1984). Embora tenha reconhecido inúmeras limitações no estudo, esse foi um dos primeiros estudos randomizados controlados realizados no mundo (COCHRANE, 1984).

SAIBA MAIS

O relatório Lalonde, assim denominado pelo Ministro da Saúde Marc Lalonde, foi produzido em 1974 no Canadá e é reconhecido como o primeiro relatório governamental ocidental a considerar que a assistência médica focada em tratar doentes é insuficiente para garantir a saúde populacional, apontando a necessidade de incluir a prevenção de doenças, como a figura ao lado demonstra (LEMCO, 1984).

2- Metodologia para uma prática clínica baseada em evidências



A Prática Baseada em Evidências (PBE) é definida como uma abordagem que associa a melhor evidência científica disponível com a experiência clínica e a escolha do paciente (SACKETT et al. 2006).

Fonte: Adaptado de: Sackett et al. (2006).



Os preceptores Márcio (M), Helena (H) e Joana (J) estão conversando com os estudantes Pedro (P) e Andrea (A) sobre o último atendimento realizado...

P: Atendi D. Maria, de 85 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial e sobrepeso que retornou com exames hoje.
J: E o que você observou nos exames?
P: Ela está com dislipidemia, colesterol total de 290 mg/dL, LDL=160 mg/dL, HDL 23 mg/dL e triglicérides de 130 mg/dL.
A: Eu li que paciente hipertenso deve ter um LDL abaixo de 80 mg/dL, para prevenir a ocorrência de infarto. Como vamos tratar essa paciente?
H: Será que ela, com 85 anos, precisa ser tratada? Ela quer usar medicação?
P: Nossa! Não perguntei! Como eu sei se precisa ser tratada?
M: Para saber a melhor abordagem usamos a prática baseada em evidências. Vamos ver como aplicá-la no dia a dia?

Para realizar a prática baseada em evidências, você deve seguir as seguintes etapas (GUYATT, 1991; SACKETT et al. 2006; TAMURA et al, 2022):



1

ESTRUTURAÇÃO DA PERGUNTA A PARTIR DE UMA SITUAÇÃO PRÁTICA;

2

IDENTIFICAÇÃO E BUSCA DO ESTUDO MAIS APROPRIADO PARA RESPONDER À SUA PERGUNTA;

3

AVALIAÇÃO CRÍTICA E SISTEMATIZADA DA QUALIDADE E DA CONFIANÇA NAS EVIDÊNCIAS DISPONÍVEIS;

4

AVALIAÇÃO DA VALIDADE EXTERNA (APLICABILIDADE) E INCORPORAÇÃO DOS RESULTADOS À PRÁTICA;

5

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Para facilitar e lembrar as etapas, podemos usar o acrônimo FIRE (fogo, em inglês).

F	I	R	E
Formular uma pergunta que possa ser respondida.	Buscar informações	Revisar e avaliar as informações encontradas	Empregar os resultados na prática clínia

- **Estruturação da pergunta a partir de uma situação prática**

A pergunta clínica a ser respondida deve ser estruturada com a utilização de **acrônimos** (RICHARDSON et al. 1995; RIERA; MARTIMBIANCO; PACHECO, 2022). Há acrônimos para efeitos de intervenção, fatores de exposição e acurácia diagnóstica.

Para verificar os efeitos de intervenção **PICO**	**PICO** População, Intervenção, Comparação e Desfecho (outcome em inglês)

- **P:** População a ser estudada
- **I:** Intervenção a ser analisada
- **C:** Comparação da intervenção
- **O *(Outcome):*** Desfecho a ser analisado

Adaptado de: Tamura *et al.* (2022).

Para verificar os fatores de exposição.

PECO

PECO
População, Exposição, Comparação e Desfecho
(outcome em inglês)

- **P:** População a ser estudada
- **E:** Exposição a ser analisada
- **C:** Comparação da intervenção
- **O *(Outcome):*** Desfecho a ser analisado

Adaptado de: Tamura *et al.* (2022)

Para verificar acurácia diagnóstica

PIRD

PIRD
População, Interest Test (Teste de interesse), Reference test (Teste de referência) e Diagnóstico (outcome em inglês)

- **P:** População a ser estudada
- **I:** Teste de interesse
- **R:** Teste de referência
- **D:** Diagnóstico de interesse

Uma pergunta estruturada inclui os seguintes itens:



População: Qual é o perfil de pacientes que queremos avaliar?
No diálogo 1, seria uma mulher de 85 anos ou, generalizando, pessoas com 85 anos, com dislipidemia.

Dúvida (intervenção/exposição/teste de interesse): O que queremos saber?
No nosso exemplo seria: tratamento da dislipidemia.

Comparador: Com o que queremos comparar a nossa dúvida? Pode ser outro tratamento, exposição ou método diagnóstico.
Novamente, no nosso exemplo, seria: sem tratamento medicamentoso, somente mudança de estilo de vida.

Desfecho: Qual desfecho avaliamos?
No nosso caso, seria: mortalidade por doença cardiovascular.



Desse modo, a pergunta que Pedro precisa fazer seria:



P: Para mulher de 85 anos com dislipidemia
I: o uso de estatinas
C: comparada a medidas de mudança de estilo de vida
O: reduz a mortalidade por doença cardiovascular?

Ou seja:
Para mulher de 85 anos com dislipidemia (P), o uso de estatinas (I), comparada a medidas de mudança de estilo de vida (C), reduz a mortalidade por doença cardiovascular (O)?



IMPORTANTE

Lembre-se de sempre transformar a sua dúvida clínica em uma pergunta estruturada para iniciar a sua pesquisa!

- **Identificação e busca do estudo mais apropriado para responder à sua pergunta**

Na epidemiologia, temos diferentes desenhos de estudo. A primeira característica a ser considerada é se são experimentais, ou seja, se há uma intervenção a ser testada, ou se são estudos observacionais. Vamos revê-los?

Experimental (Intervenção)

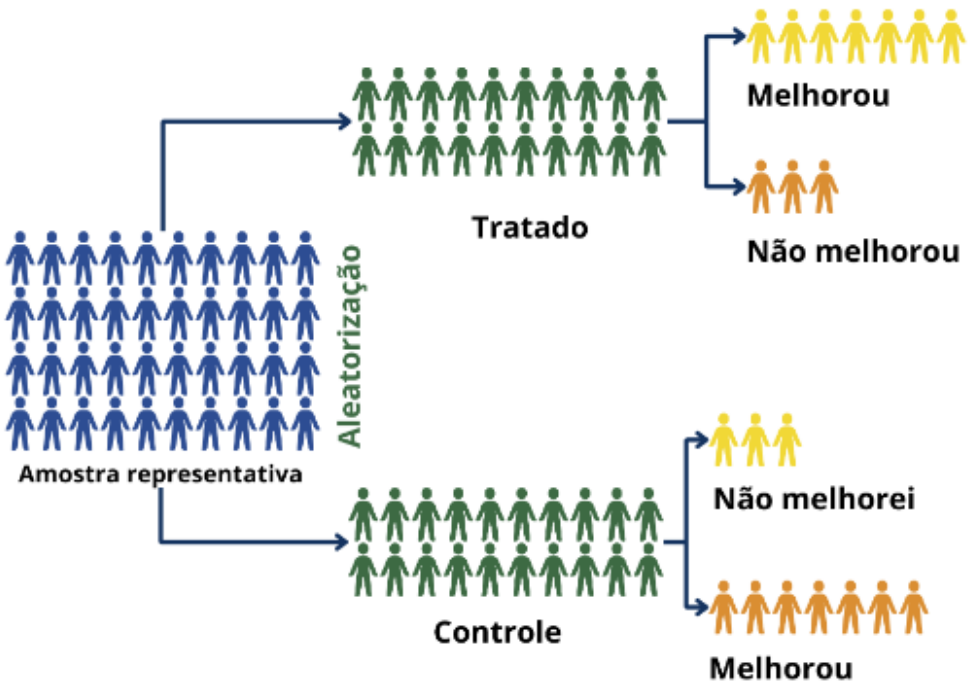
Ensaios clínicos randomizados controlados

Semi-experimentais

Em ensaios clínicos randomizados controlados, a alocação de indivíduos nos dois grupos é aleatória e pré-definida.

Em semi-experimentais, não ocorre a alocação de indivíduos nos dois grupos é aleatória e pré-definida.

Delineamento do ensaio clínico

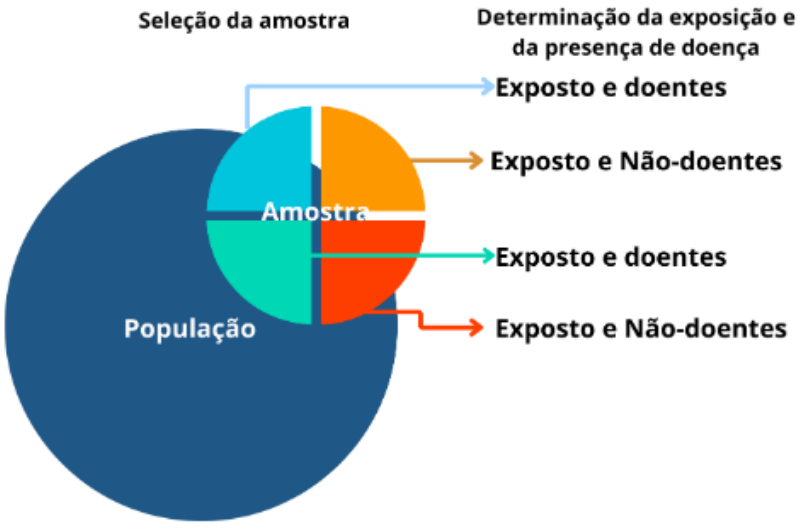




Estudos descritivos descrevem a frequência de um evento e levantam hipóteses a partir dele, enquanto os analíticos testam hipóteses.

Nesses estudos, temos graus distintos de evidência, sendo a maior evidência observada em estudos experimentais.

Estudos transversais são estudos observacionais realizados em um único momento. Eles avaliam prevalência, já que a exposição e o efeito são medidos no mesmo momento:



Estudos de coorte são estudos observacionais longitudinais em que grupos de pessoas são seguidos para avaliar a ocorrência, no tempo, de algum agravo à saúde:

Estudo de Coorte

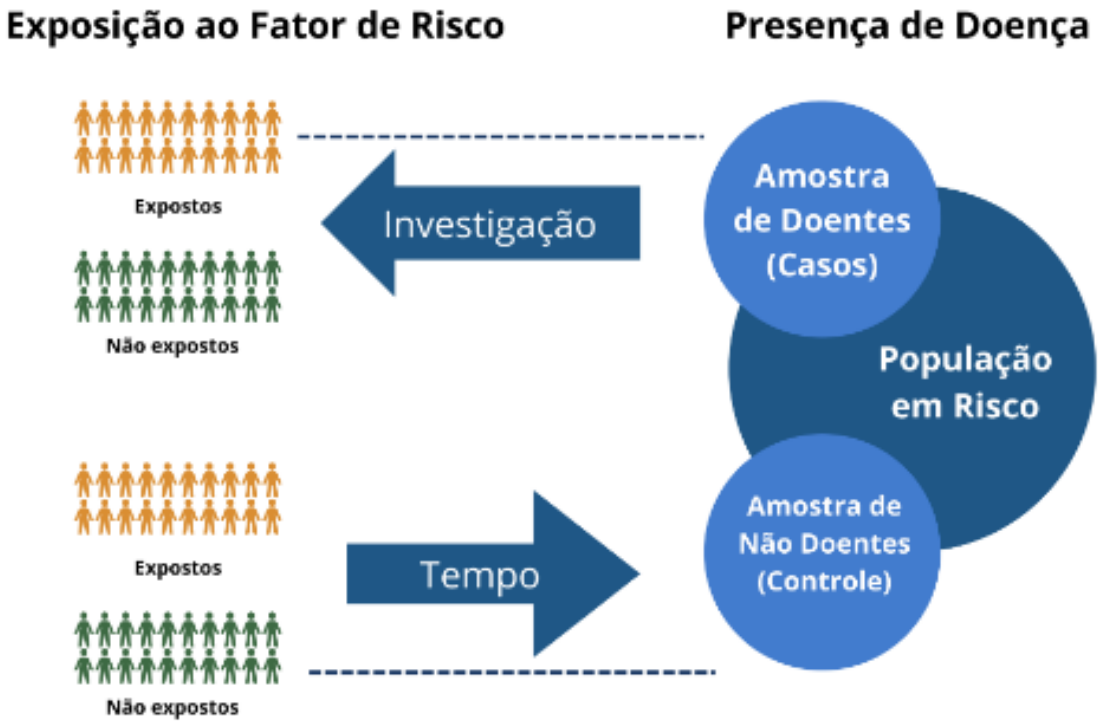
Estudo com seguimento

Delineamento de estudo de coorte, com dois subgrupos



A principal desvantagem dos estudos de coorte é que necessitam de seguimento prolongado, sendo demorados e de alto custo.

Estudos caso-controle são estudos observacionais em que pessoas doentes são comparadas com pessoas sem a doença em estudo, em relação à história de exposição:



Estudos ecológicos utilizam dados já coletados de grupos populacionais.

IMPORTANTE

Lembre-se:
Série de caso e relato de caso devem ser utilizados para descrever quadros clínicos, principalmente de doenças raras ou manifestações raras.

- **Avaliação crítica e sistematizada da qualidade e da confiança nas evidências disponíveis**

Será que os estudos apresentam resultados confiáveis?

Frequentemente temos essa dúvida e existem ferramentas validadas para responder a essa pergunta.

Após a identificação do estudo, é necessário saber se ele apresenta resultados confiáveis. Para isso, é recomendado usar ferramentas de avaliação crítica específicas para cada desenho de estudo (HIGGINS; GREEN, 2011; HIGGINS et al., 2022 PACHECO; LATORRACA; RIERA, 2022; PACHECO; LATORRACA; MARTIMBIANCO; RIERA, 2022; TAMURA et al., 2002).

Vamos conhecer o instrumento de análise de qualidade de cada tipo de estudo?

Lembre-se: na prática clínica, é difícil realizar a aplicação dessas ferramentas de modo sistemático, pois requerem treinamento e tempo, por isso é importante procurar na literatura, se isso já foi feito por algum grupo. Caso o estudo tenha sido incorporado em uma revisão sistemática, a qualidade do estudo com certeza foi avaliada.


INSTRUMENTO DE ANÁLISE
por
TIPO DE ESTUDO
ENSAIOS CLÍNICOS RAMDOMIZADOS
Instrumento de análise de qualidade: RoB 2.0
ESTUDOS CASO CONTROLE
Instrumento de análise de qualidade: Newcastle Ottawa Tool.
ESTUDOS DE INTERVENÇÃO NÃO RAMDOMIZADOS
Instrumento de análise de qualidade: ROBINS-I
ESTUDOS TRANSVERSAIS
Instrumento de análise de qualidade: Joanna Briggs Institute.
ESTUDOS DE COORTE
Instrumento de análise de qualidade: Newcastle Ottawa Tool.
SÉRIE DE CASOS
Instrumento de análise de qualidade: Joanna Briggs Institute.
ESTUDOS DE ACURÁCIA DIAGNÓSTICA
Instrumento de análise de qualidade: QUADAS-2.

- **Avaliação da validade externa (aplicabilidade) e incorporação dos resultados à prática**



O resultado desse estudo se aplica a minha população?
Os tratamentos ou as tecnologias estão incorporadas ao SUS?

Essas são perguntas que precisamos nos fazer após avaliar que a qualidade do estudo é boa. Às vezes, os estudos foram realizados em populações específicas, e não se aplicam à vida real ou os pacientes da vida real são diferentes. Para realizar um estudo clínico, os critérios de inclusão e exclusão são rígidos, mecanismos necessários para garantir a qualidade do estudo e reduzir a variabilidade. Por isso, encontramos estudos analisando a eficácia da medicação na vida real. Outros aspectos importantes a serem considerados nessa fase são a acessibilidade da intervenção e os aspectos socioculturais e econômicos (por exemplo custo-efetividade e disponibilidade para pagar) (TAMURA et al., 2002).

No Brasil, a incorporação de tecnologia no SUS é realizada pela **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no Sistema Único de Saúde (CONITEC).**

SAIBA MAIS

No **site da CONITEC**, encontramos um link para os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). No site também encontramos as **Diretrizes Nacionais/Brasileiras** que são documentos norteadores das melhores práticas a serem seguidas por profissionais de saúde e gestores, do setor público ou privado da saúde (BRASIL, 2022).

O que é PCDT?

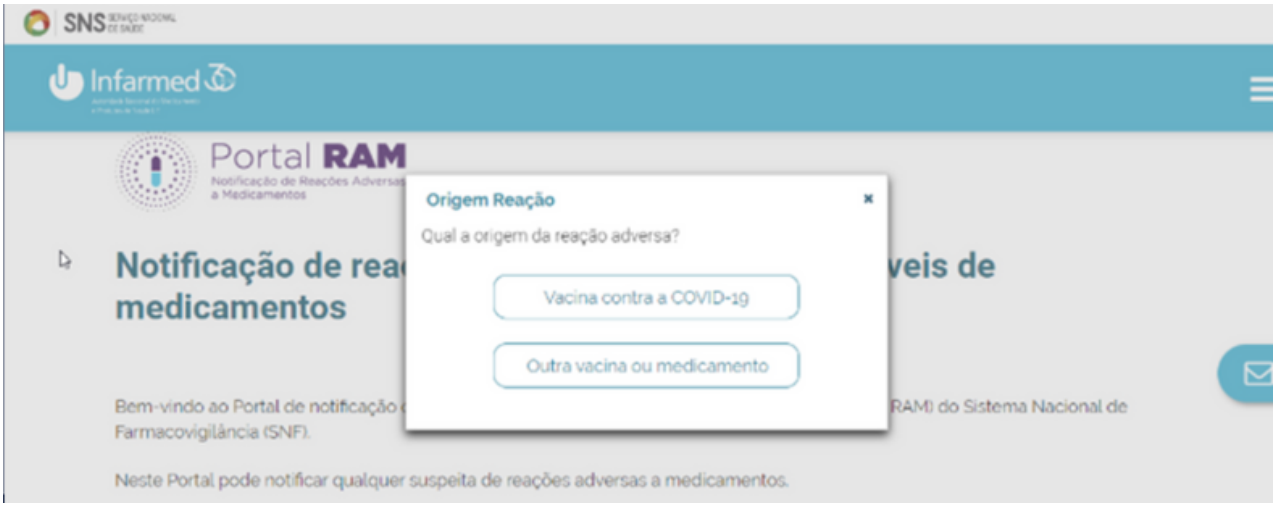
Os PCDT são documentos que estabelecem: os critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS. São baseados em evidência científica e consideram critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas (BRASIL, 2022).

- **Avaliação de desempenho**

Nessa etapa, a pergunta mais importante a ser feita é: ***A intervenção está fazendo efeito no meu paciente?*** Isso significa que, após a intervenção, é necessário acompanhar os pacientes e avaliar os efeitos dessa intervenção (TAMURA et al., 2002).

Um efeito indesejável é uma reação a um medicamento que não era esperada ou desejada. As reações adversas que não estão no Resumo das Caraterísticas do Medicamento / Folheto Informativo de cada medicamento precisam ser notificadas.

Efeitos adversos devem ser reportados pelo portal de notificação de suspeitas de reações adversas a medicamentos **(PORTAL RAM)** do Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF).



REFLETINDO

Você já observou reações adversas a algum medicamento que não eram esperadas? Sabia que deveria notificar?

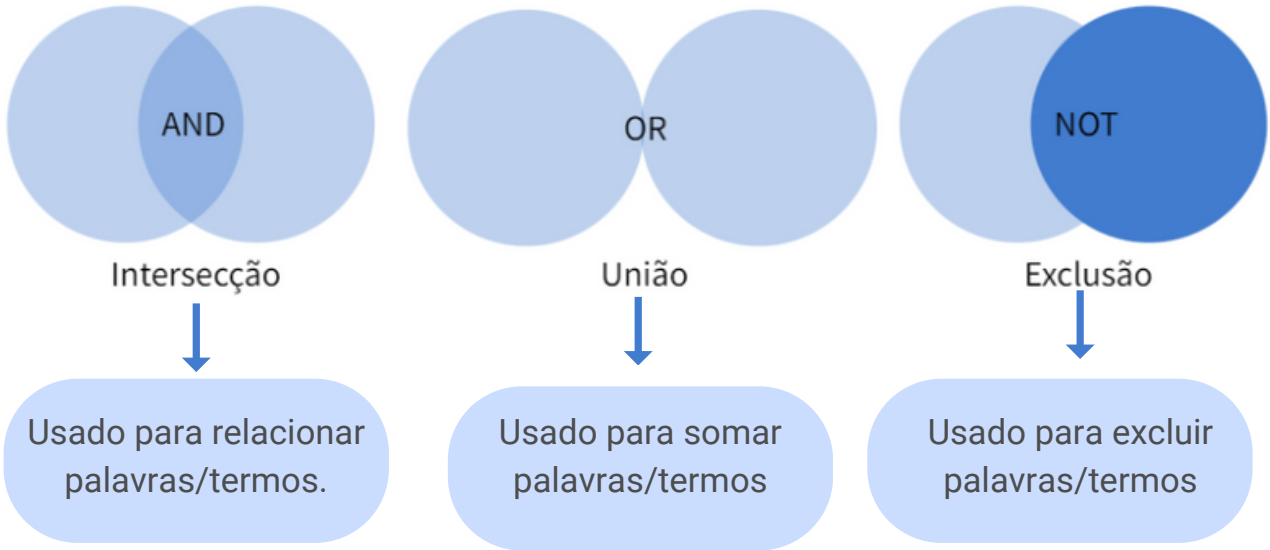
Reflita sobre o ocorrido e lembre-se de notificar da próxima vez!

Todos ganhamos com isso.

3- A utilização de repositórios digitais como método de busca de produções científicas para fundamentar uma prática baseada em evidências

Lógica Booleana

Para realizar uma pesquisa científica, devemos ter conhecimento de ferramentas básicas de pesquisa como as que apresentamos a seguir (REV SOC PORT ANESTESIOL, 2016). Utilizamos as operações lógicas em conjuntos para ampliar ou restringir a busca. Os operadores usados nas pesquisas em bases de dados são:



Para que a busca seja replicável e baseada em dados reais, é importante não errar na grafia das palavras e procurar por palavras-chave que denominamos de descritores (DONATO, 2016).

Medical Subject Headings (MeSH)

Na literatura inglesa, ao utilizar a base de dados Medline costumamos utilizar o **Medical Subject Headings (MeSH)** que pode ser pesquisado em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh

Biblioteca Virtual em Saúde

Na **Biblioteca Virtual em Saúde**, a pesquisa também é feita por descritores (https://decs.bvsalud.org/) e as palavras podem ser utilizadas por inteiro ou truncadas.

Web of Science

Há inúmeras bases de dados que indexam a literatura de acordo com critérios específicos. Estudos individuais podem ser pesquisados em diferentes bancos de dados bibliográficos como: **Web of Science** .

Pubmed

Pubmed (www.pubmed.gov): faz parte das bases de dados que indexam a literatura de acordo com critérios específicos.

EMBASE

EMBASE (http://www.embase.com): faz parte das bases de dados que indexam a literatura de acordo com critérios específicos.

LILACs

Lilacs (https://lilacs.bvsalud.org/): faz parte das bases de dados que indexam a literatura de acordo com critérios específicos. O Lilacs inclui muitas revistas em português e espanhol, enquanto nos demais bancos de dados predominam artigos em português.

Na prática diária, nem sempre conseguimos ler todos os artigos. O modelo dos **6s** desenvolvido por Haynes representa uma pirâmide com níveis de organização da evidências.

O modelo de Haynes é um método útil de pesquisa da evidência no ambiente clínico, pois ajuda a pesquisar dados (HAYNES, 2016). Ele foi desenhado como um método eficiente para encontrar informações em um curto espaço de tempo (DONATO, 2016).

Mais sobre a Pirâmidade de Usabilidade

Na base da pirâmide, temos os estudos individuais e a análise desses estudos combinados formam as sínteses ou revisões sistemáticas. Esses estudos individuais e suas sínteses, por sua vez, formam o corpo de evidências que embasam diretrizes e recomendações. Esse conhecimento facilita a busca da informação de acordo com o tipo de pergunta. Os estudos individuais formam a base da pirâmide.

Na pirâmide de usabilidade da informação (HAYNES, 2006), são apresentados os locais de busca, a qualidade da evidência e a ordem de busca na prática clínica. As diretrizes encontram-se no topo, seguidas pelas revisões sistemáticas. Os principais repositórios digitais a serem pesquisados em cada etapa também podem ser verificados na pirâmide. Na prática clínica, devemos começar pelo topo, que nos mostra os estudos de maior qualidade e, quase sempre, já interpretados.

Lembre-se:
A pirâmide foi desenvolvida para facilitar a pesquisa de evidências no dia a dia dos profissionais de saúde.



Os **Sistemas** são ferramentas computorizadas de apoio à decisão clínica, mas que ainda não estão disponíveis na maioria das instituições (DONATO, 2016). São sistemas eletrônicos sofisticados que ligam o registo do doente as melhores evidências e fornecem orientações sobre, por exemplo, quais testes pedir e que intervenções fazer (DONATO, 2016; HAYNES, 2006).

O próximo nível são os **Sumários** (HAYNES, 2006). Essas ferramentas, atualizadas periodicamente, sintetizam as principais informações existentes referentes ao quadro clínico, à investigação e a diagnósticos diferenciais e tratamento. Contudo, como não correlacionam com o quadro clínico do paciente, o próprio profissional de saúde necessita fazer essa associação. Esses recursos têm como objetivo fornecer recomendações baseadas em evidência na prática clínica. O maior limitante é que são todas ferramentas pagas.

As principais ferramentas e seus links estão listados a seguir:

- BMJ Best Practice : https://bestpractice.bmj.com/info/
- Dynamed: https://www.dynamed.com/
- UpToDate: http://www.uptodate.com
- Clin-eguide: http://www.clineguide.com
- National Guideline Clearinghouse: http://www.guideline.go

Quando não existem **Sumários** de informações baseadas na evidência, as **Sinopses de síntese** são o próximo melhor recurso (DONATO, 2016; HAYNES, 2006). Estes sites fazem um resumo das revisões sistemáticas, auxiliando o profissional de saúde na linha de frente na interpretação e análise de qualidade (DONATO, 2016; HAYNES, 2006). A maioria desses sites é gratuita e amplamente acessível pelos links abaixo:

- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE): http://www.crd.york.ac.uk/crdweb
- Health Evidence: http://www.healthevidence.org
- Effective Public Health Practice Project: http://www.ephpp.ca/aboutus.html
- Evidence-base Practice Centre Review: http://www.ahrq.gov/
- Campbell Collaboration Library: https://www.campbellcollaboration.org/
- Pain Plus: https://plus.mcmaster.ca/painplus

A **Síntese** é a base de dados de revisões sistemáticas. Temos os seguintes repositórios de revisões sistemáticas (alguns com acesso aberto, outros não):

- Cochrane Database of Systematic Reviews: http://www.thecochranelibrary.com
- Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL): https://www.cochranelibrary.com/central/about-central
- Database of Abstracts of Reviews of Effects: https://www.libraries.rutgers.edu/databases/dareHealth Technology
- Assessment Database: https://ospguides.ovid.com/clhtadb.htm
- NHS Economic Evaluation Database: https://www.crd.york.ac.u/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=32002000739&ID=32002000739
- BMJ Clinical Evidence: https://www.bmj.com/specialties/clinical-evidence

Abaixo da **Síntese**, temos a **Sinopses de estudos**. São páginas nas quais temos acesso a resumos dos principais estudos que ajudam na interpretação.

A seguir, temos algumas páginas, com acesso livre:

- ACP Journal Club: http://www.acpjc.org
- Evidence Based Medicine: http://ebm.bmj.com
- BestBETS: Best Evidence Topics: http://www.bestbets.org/

Por fim, se não encontrarmos a evidência, devemos ir para a base da pirâmide, procurando estudos originais.



Pratique em seu cotidiano

Convidamos você a acessar no seu dia-a-dia os sites mencionados e procurar evidências científicas para uma pergunta. Precisamos incorporar esse método cotidianamente para atuar utilizando as melhores evidências da nossa prática clínica.

4- Etapas para o desenvolvimento do raciocínio clínico baseado em evidências



O raciocínio clínico é um processo cognitivo que permite ao profissional de saúde determinar o diagnóstico correto do paciente e adotar uma conduta pertinente para o problema apresentado.

Ele envolve uma anamnese dirigida e a capacidade de interpretar os dados dessa anamnese, com base em conhecimento teórico sólido aplicado ao caso em questão (PEIXOTO; SANTOS; FARIA, 2018), ou seja, envolve um processo de integração de conhecimento que se inicia durante a graduação, e continua na vida profissional. Em geral, os alunos de graduação apresentam muita dificuldade em entender o raciocínio clínico.

Embora o conhecimento científico tenha evoluído muito nas últimas décadas, a prática clínica ainda depende muito da capacidade de raciocínio do profissional da saúde (ALBERT; MUNSON; RESNIK, 1988). Erros na definição do diagnóstico são uma das principais fontes de erro médico evitáveis, levando a prejuízos clínicos, de qualidade de vida e financeiros aos pacientes (KHULLAR; JHA; JENA, 2015).

Os preceptores têm um desafio imenso na prática clínica (EVA, 2005; WILKERSON; IRBY, 1998). Não só precisam cuidar do paciente de forma integral em diferentes cenários de atuação, como também devem encontrar uma maneira de transmitir seus conhecimentos e suas estratégias de raciocínio clínico aos graduandos e residentes. O ensino do raciocínio clínico requer, em parte, uma compreensão das estratégias que se usa, muitas vezes, de forma inconsciente (EVA, 2005; WILKERSON; IRBY, 1998).

Existem diferentes teorias que procuram explicar o raciocínio clínico e iremos rever as principais a seguir (PEIXOTO; SANTOS; FARIA, 2018).



Modelo hipotético dedutivo

Esse foi um dos primeiros modelos de raciocínio clínico, que surgiu em 1970. Segundo esse modelo, o estudante ou profissional, ao fazer a anamnese, elabora várias hipóteses diagnósticas, que são rejeitadas ou mantidas com a coleta de novas informações até chegar ao diagnóstico mais provável (NORMAN, 2005; DOMENJÓ, 2006; SCHMIDT; MAMEDE, 2015).

Uma das críticas ao modelo hipotético-dedutivo deve-se à observação de que o método é muito genérico e insuficiente para explicar as diferenças de competência diagnóstica existentes entre profissionais experientes e novatos. Por essa teoria, um profissional novato e um experiente estariam em iguais condições em relação à habilidade de raciocínio clínico, o que não é verdade. Sabemos que a performance diagnóstica varia de acordo com o conhecimento e a experiência prévia, ou seja, esses fatores são determinantes para o desenvolvimento do raciocínio clínico (KHULLAR; JHA; JENA, 2015).

Modelo estrutural

Segundo esse modelo, desenvolvido em 1980, o raciocínio clínico depende do conhecimento biomédico adquirido anteriormente para elaborar hipóteses diagnósticas. O raciocínio clínico baseia-se na grande quantidade de casos representativos memorizados, como durante um jogo de xadrez. Porém, observou-se que não bastaria simplesmente acumular o conhecimento, pois é necessário também estruturá-lo de forma a facilitar seu uso no cotidiano (PEIXOTO; SANTOS; FARIA, 2018).

Modelo de raciocínio analítico e modelo não analítico

Um profissional experiente é capaz de desenvolver duas formas de raciocínio: o analítico e o não analítico . O raciocínio analítico seria utilizado em casos atípicos ou complexos, seguindo o método hipotético-dedutivo. Já o raciocínio intuitivo (não analítico) seria o mais utilizado para resolução dos casos clínicos cotidianos. Neste caso, ao serem expostos repetidamente a casos clínicos semelhantes, criariam esquemas mentais de doenças, que ficariam armazenados na memória (KOYAMA et al., 2018; PEIXOTO; SANTOS; FARIA, 2018):

	Processo intuitivo (não analítico)	**Processo analítico**
Exemplos	Reconhecimento de padrões	Processo hipotético-dedutivo
Características	Inconsciente Usa poucas informações para fazer o diagnóstico	Consciente Usa um número grande de informações para realizar o diagnóstico
Vantagem	Rápido Eficiente	Científico Analítico
Desvantagem	Viés	Lento

Fonte: Adaptado de Koyama et *al*, (2018)

O processo intuitivo e analítico enfatiza que, para o desenvolvimento do conhecimento clínico, o estudante precisa ter um conhecimento teórico que precisa ser revisto rotineiramente. Além disso, defende que esse estudante seja exposto a problemas clínicos de forma repetida, de modo a permitir a construção dos esquemas mentais de doenças (CHAMBERLAND et al., 2011; IBIAPINA et al, 2014).

Uma rica rede de esquemas mentais distintos permite que o profissional recorra a esses scripts de forma rápida e intuitiva. Porém, é necessário que pequenas diferenças na apresentação clínica sejam apontadas para o estudante, para que a sua flexibilidade cognitiva seja treinada e ele seja capaz de reconhecer diagnósticos diferentes em casos semelhantes (PATEL; YOSKOWITZ; AROCHA; SHORTLIFFE, 2009).



Como podemos estimular o raciocínio clínico?

Na prática como preceptores, devemos expor o estudante ao maior número possível de casos clínicos, mas também devemos comparar casos de pacientes, discutindo semelhanças e diferenças. Questione: “Em casos parecidos, qual foi a informação que levou a diagnósticos ou tratamentos distintos?”. Apontar esses aspectos vai ajudar o estudante a desenvolver flexibilidade mental e criar os scripts mentais necessários para a prática clínica. Uma forma de obter o melhor desfecho no tratamento do paciente é realizar o ciclo de raciocínio clínico (LEVETT-JONES & BOURGEOIS, 2014). Esse ciclo leva em conta os seguintes aspectos



Considere o paciente

- Essa é a fase em que você é apresentado pela primeira vez ao paciente. Nesse momento, você recebe as informações de identificação e do estado médico atual do paciente, considerando dados demográficos e o local onde ele está sendo atendido.



Colete informações

- Nessa fase, você considera cuidadosamente o histórico médico do paciente, o histórico de queixas apresentadas, o plano de tratamento atual, os resultados das investigações realizadas e os sinais vitais atuais. Nesse momento, também é necessário levantar informações referentes às características culturais e éticas do paciente.



Processe as informações

- Esse é um estágio crítico e o núcleo do raciocínio clínico. Nesse momento, você processa os dados sobre o estado de saúde atual do paciente em relação aos padrões fisiopatológicos e farmacológicos, identifica quais detalhes são relevantes e determina possíveis resultados para as decisões que você tomar.



Identifique os problemas

- Nesta fase, são levantados os principais problemas que precisam ser abordados na consulta.



Estabeleça os objetivos

- Nesse momento, você determina os objetivos do tratamento para a situação do paciente. Os planos de tratamento não devem ser abertos nem deixar de apresentar um objetivo orientado em relação ao tempo. Defina os próximos passos e estipule um tempo para obter os resultados.



Tome a conduta

- Tome a conduta e considere as condutas da equipe multiprofissional.



Avalie desfechos

- Nessa fase, você avalia a eficácia do curso de ação que tomou. Isso permitirá que você determine se deve reajustar ou continuar a linha de ação.



Reflita sobre o processo e aprenda

- Essa fase do raciocínio clínico fortalece a habilidade. Nela, você reflete sobre coisas novas que aprendeu sobre o caso, o que poderia ter feito de modo diferente para obter um resultado melhor e o que deve ser evitado em ocorrências semelhantes no futuro.

5- Aspectos fundamentais para um atendimento personalizado ao paciente

Ao longo do tempo, tem sido observado que os determinantes sociais são fundamentais no processo saúde-doença.

Considerando-se, portanto, os múltiplos fatores que influenciam a saúde individual e da população, tem havido um esforço para migrar de um modelo centrado no cuidado, no qual os pacientes são passivos destinatários de cuidados, para um modelo em que os pacientes e seus familiares são participantes ativos do planejamento de seus cuidados e da tomada de decisões (BELLOWS et al., 2015; PRESS; RICHARDS, 2015; GLUYAS, 2015). **Assim, o Cuidado Centrado no Paciente é definido como uma prática em que o paciente (e seus familiares) participam das decisões que envolvem sua saúde.**



Como consequência, o atendimento profissional passa a ser personalizado de acordo com as vontades e demandas individuais. É uma mudança de paradigma do cuidado.

Neste novo paradigma, devemos estar atentos a alguns aspectos, apresentados a seguir:

Respeitar os valores, as preferências e as necessidades dos pacientes

Precisamos reconhecer que cada paciente é único e elaborar um plano que atenda às suas especificidades. Nesse momento devemos:

- aceitar a dúvida, procurando a resposta na melhor evidência e, depois de aplicar na prática, avaliar o desfecho;
- procurar o controle e a monitoração consciente dos fatores emocionais envolvidos; e
- ouvir atentamente o paciente, evitando interrompê-lo e permitindo que participe da tomada de decisão.

Coordenar e integrar do cuidado

Um cuidado coordenado e integrado reduz o sentimento de vulnerabilidade do paciente. É necessário estabelecer prioridades, sistematizando e hierarquizando o processo de decisão.

Fornecer informação e educar

Educar o paciente fornecendo informações sobre sua doença permite a ele participar ativamente da tomada de decisão. Nesse momento, é importante trazer o conhecimento epidemiológico para o atendimento individual, enfatizando as evidências e experiências clínicas.

Dar conforto físico

Para melhorar a experiência do paciente, ofereça conforto físico.

Oferecer auxílio emocional para alívio do medo e da ansiedade

Auxílio emocional para alívio do medo e da ansiedade é ferramenta necessária para empoderar o paciente. Lembre-se de não sofrer pelo paciente, mas com ele, na tomada de decisão.

Permitir o envolvimento de familiares e amigos

Familiares e amigos devem poder se envolver no tratamento, pois eles têm papel fundamental na experiência do paciente.

Garantir continuidade e transição

Oferecer aos pacientes condições para que façam parte do cuidado.

Possibilitar acesso ao cuidado

Tornar possível que os pacientes possam ter acesso a você quando necessário.

Síntese da unidade



Nesta unidade aprendemos a importância da prática em saúde baseada em evidências bem como as técnicas para a realização de perguntas estruturadas com o objetivo de obter a melhor resposta clínica e a organizar buscas nos repositórios digitais para otimizar a prática clínica.



Revimos os principais estudos epidemiológicos e suas características, com destaque para os que são mais importantes para responder a diferentes perguntas.



Além disso, apresentamos os conceitos sobre raciocínio clínico e como ensiná-los para graduandos e residentes durante a prática.



Aprendemos também a importância do atendimento centrado no paciente e levantamos os principais desafios para sua implementação no dia a dia.

Referências

- ALBERT, D. A.; MUNSON, R.; RESNIK, M. D. **Reasoning in medicine**: An introduction to clinical inference. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1988.
- BARGH, J. A.; CHARTRAND, T. L. The unbearable automaticity of being. **Am Psychol,** v. 54, p. 462-79, 1999.
- BELLOWS M. et al. Meaningful and effective patient engagement: What matters most to stakeholders. **Patient Experience Journal**., v. 2, n. 1, p. 18-28, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- CHAMBERLAND, M. et al. The influence of medical students' self-explanations on diagnostic perfomance. **Medical Education**, v. 45, p. 688-695, 2011.
- COCHRANE, A. J. Sickness in Salonika: my first, worst and most successful clinical trial. **Br Med J.**, v. 289, p. 22-9, 1984.
- DOMENJÓ, M. N. El proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. **Educación Médica**, v. 9, n. 1, p. 11-16, 2006.
- DONATO, H. Estratégias de pesquisa bibliográfica para anestesiologistas. **Rev Soc Port Anestesiol**, v. 25, n. 2, 2016. Disponível em: Acesso em: 17 mar. 2023.
- EVA, K. W. What every teacher needs to know about clinical reasoning. **Med Educ.**, v. 39, n. 1, p. 98-106, Jan. 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2004.01972.x.

Referências

- FARIA, L.; OLIVEIRA-LIMA, J. A. DE.; ALMEIDA-FILHO, N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 28, n. 1, p. 59-78, mar. 2021.
- GLUYAS, H. Patient-centred care: improving healthcare outcomes. **Nursing Standard,** v. 30, n. 4, p. 50–59, 2015.DOI:10.7748/ns.30.4.50.e10186.
- GUYATT, G. H. Evidence based medicine. **ACP J Club.**, 114, p. A-16, 1991.
- HAYNES, R. B. Of studies, syntheses, synopses, summaries and systems: the “5S" evolution of services for evidence-based health care decisions. ACP J Club., n. 145, n. 3, p. A8-9, Nov-Dec, 2006.
- HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. (Eds). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. **The Cochrane Collaboration**, 2011. Disponível em: www.handbook.cochrane.org. Acessado em 18 de março de 2022.
- HIGGINS, J. P. T. et al. Chapter 8: Assessing risk of bias in a randomized trial. In: HIGGINS, J. P. T. et al. (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3 (updated February 2022). **Cochrane**, 2022. Disponível em: www.training.cochrane.org/handbook. Acesso em: 18 de mar. de 2022.
- IBIAPINA, C. et al. Effects of free, cued and modelled reflection on medical students’ diagnostic competence. **Medical Education**, v. 48, p. 796-805, 2014.
- KHULLAR, D.; JHA, A. K.; JENA, A. B. Reducing Diagnostic Errors - Why Now? **The New England Journal of Medicine**, v. 373, p. 2491-2493, 2015.

Referências

- KOYAMA, A. et al. Avoiding diagnostic errors in psychosomatic medicine: a case series study. **Biopsychosoc Med.**, v. 12, n. 4, p. 13, Mar. 2018. DOI: 10.1186/s13030-018-0122-3.
- KWAME, A., PETRUCKA, P.M. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. **BMC Nurs 20,** v. 158, 2021. Disponivel: https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2. Acesso em: 17 mar. 2023
- LEMCO, J. **National health care**: lessons for the United States and Canada. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1994. ISBN 0472104403.
- LEVETT-JONES, T.; BOURGEOIS, S. **The Clinical Placement**: An Essential Guide for Nursing Students. 3 ed. Sydney: Elsevier, 2014.
- LEVETT-JONES T. et al. The 'five rights' of clinical reasoning: an educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients. **Nurse Educ Today**., v. 30, n. 6, p. 515-20Aug. 2010. doi: 10.1016/j.nedt.2009.10.020.
- MAMEDE, S. et al. Reflection as a strategy to foster medical students' acquisition of diagnostic competence. **Medical Education**, v. 46, p. 464-472, 2012.
- MAMEDE, S. et al. How Can Students' Diagnostic Competence Benefit Most from Practice with Clinical Cases? The Effects of Structured Reflection on Future Diagnosis of the Same and Novel Diseases. **Academic Medicine**, v. 89, n. 1, p. 121-127, 2014.
- NORMAN, G. Research in clinical reasoning: past history and current trends. **Medical Education**, v. 39, p. 418-427, 2005.

Referências

- PACHECO R.L.; LATORRACA, C. O. C.; RIERA, R. **Journal Club Tool** – ensaios clínicos. Ferramenta prática de avaliação sistematizada de ensaios clínicos para atividades de Journal Club. Estudantes para Melhores Evidências. **Cochrane**, 2022. Disponível em: https://eme.cochrane.org/journal-club-tool-ensaios-clinicos/. Acesso em: 10 de jun. de 2022.
- PACHECO, R.L.; LATORRACA, C. O. C.; MARTIMBIANCO, A. L.C.; RIERA, R. Journal Club Tool – revisões sistemáticas: Ferramenta prática de avaliação sistematizada de revisões sistemáticas para atividades de Journal Club. Estudantes para Melhores Evidências. Cochrane, 2022. Disponível em: https://eme.cochrane.org/journal-club-tool-revisoes-sistematicas-ferramenta-pratica-de-avaliacao-sistematizada-de-revisoes-sistematicas-para-atividades-de-journal-club/. Acesso em: 10 de junho de 2022.
- PATEL, V. L.; YOSKOWITZ, N. A.; AROCHA, J. F.; SHORTLIFFE, E. H. Cognitive and learning sciences in biomedical and health instructional design: A review with lessons for biomedical informatics education. **Journal of Biomedical Informatic**s, v. 42, p. 176-197, 2009.
- PEIXOTO, J. M.; SANTOS, S. M. E.; FARIA, R. M. D. Processos de Desenvolvimento do Raciocínio Clínico em Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 75–83, jan. 2018.
- REV SOC PORT ANESTESIOL, v. 25, n. 2, 2016.
- RICHARDSON, W. S. et al. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. **ACP J Club**., v. 123, n. 3, p. A12-3, 1995.

Referências

- RIERA R.; MARTIMBIANCO, A. L. C.; PACHECO, R. L. Medicina baseada em evidências na prática clínica. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA (Orgs). **Proterapêutica**. Programa de Atualização em Terapêutica: Ciclo 10. Porto Alegre: Artmed Panamericana, p. 35-67, 2022. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).
- PATEL, V. L.; YOSKOWITZ, N. A.; AROCHA, J.F.; SHORTLIFFE, E. H. Cognitive and learning sciences in biomedical and health instructional design: A review with lessons for biomedical informatics education. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 42, p. 16-197, 2009.
- PRESS, Z.; RICHARDS, D. The power of patient ownership: The path from engagement to equity. **Patient Experience Journal**. v. 2, n. 1, p. 15-17, 2015.
- SACKETT, D. L. et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **British Medical Journal,** v. 312, p. 71-72, jan. 1996. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300232. Acesso em: 17 mar. 2023.
- SCHMIDT, H. G.; MAMEDE, S. How to improve the teaching of clinical reasoning: a narrative review and a proposal. **Medical Education**, v. 49, p. 961-973, 2015.
- STAVROU, A. et al. Archibald Cochrane (1909–1988): the father of evidence-based medicine, Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery, v. 18, n. 1, p. 121-124, Jan. 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1093/icvts/ivt451. Acesso em: 17 mar. 2023.
- STEWART, Moira. Towards a global definition of patient centred care: the patient should be the judge of patient centred care. **British Medical Journal**, Londres, v. 322, n. 7284, p. 444- 445, fev. 2001.

Referências

- STEWART, Moira et al. **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- TAMURA, B.A. et al. Prática clínica baseada em evidências. Estudantes para Melhores Evidências; **Cochrane**, 2022. Disponível em: https://eme.cochrane.org/pratica-clinica-baseada-em-evidencias/. Acesso em: 17 mar. 2023.
- WHITE, Kerr L. Healing the schism: epidemiology, medicine, and the public's health. New York: Springer-Verlag, 1991.
- WILKERSON, L.; IRBY, D. M. Strategies for improving teaching practices: a comprehensive approach to faculty development. **Acad Med,** v. 73, p. 387-96, 1998.

FORPRES
Formação de Preceptores da Educação em Saúde



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

UFMA VIRTUAL

UFMA Universidade Federal do Maranhão

dted
DIRETORIA DE TECNOLOGIAS NA EDUCAÇÃO