

A medicina baseada em evidências visa o paciente individual: Diretrizes e ferramentas para a tomada de decisão individual

Apesar de algumas sugestões do contrário,^{1,2} a tomada de decisões baseada em evidências coloca o paciente individual na cena principal. Na parte 1 deste comentário³, nós primeiro descrevemos a variedade de questões que os clínicos devem considerar ao aplicar os resultados de ensaios clínicos controlados e aleatorizados (ECCA) para assegurar um cuidado apropriadamente individualizado. Segundo, nós mostramos como os clínicos podem utilizar os resultados de estudos de prognóstico e de ECCA para determinar, para cada paciente, o risco de efeitos adversos que o tratamento deve evitar e, assim, o benefício absoluto provável de cada paciente.³ Na parte 2 deste comentário, nós descreveremos diretrizes e ferramentas adicionais da medicina baseada em evidências (MBE) que fazem com que a tomada de decisão individual melhore.

1. DIRETRIZES PARA A INTERPRETAÇÃO DE ANÁLISES DE SUBGRUPOS

Mesmo que os efeitos relativos gerais do tratamento resumidamente relatados em um ensaio clínico sugiram benefício, pode haver subgrupos dentro da população do ensaio para os quais a terapia é mais eficaz, menos eficaz, ineficaz ou mesmo danosa. O conceito de heterogeneidade dos efeitos do tratamento reflete a diversidade dos pacientes quanto ao risco de doença, resposta ao tratamento, vulnerabilidade aos efeitos adversos e a predisposição para diferentes desfechos.⁴ Reconhecendo estes fatores, os clínicos podem fazer um uso melhor dos resultados do estudo.

Para levar em consideração o fato de que o mesmo tratamento pode produzir resultados diferentes em pacientes diferentes, muitos investigadores de ensaios clínicos relatam resultados de análises de subgrupos que comparam a resposta ao tratamento em diferentes categorias de pacientes.⁵ Na maioria dos casos, as diferenças entre os subgrupos tendem a ser quantitativas e os clínicos devem ter cautela antes de aceitar que uma diferença aparente no impacto relativo do tratamento entre os subgrupos seja real.^{6,7} Os critérios publicados de MBE podem ajudar a decidir sobre a credibilidade de diferenças aparentes nos efeitos em subgrupos.⁸ Se a aplicação destes critérios for considerada excessivamente trabalhosa, os clínicos que desacreditarem da hipótese de subgrupo estarão muito mais freqüentemente certos do que errados.⁷

2. INCORPORAÇÃO DOS VALORES E DA PREFERÊNCIA DOS PACIENTES

O primeiro princípio da MBE reconhece que o melhor cuidado para o paciente envolve mais do que apenas evidência e precisa incorporar os valores e as preferências dos pacientes. A extensão na qual os indivíduos querem se envolver na tomada de decisão varia e a primeira responsabilidade do clínico é determinar o desejo do paciente neste sentido. Muitas abordagens baseadas em evidências estão disponíveis para fornecer apoio na tomada compartilhada de decisões, incluindo a análise de decisão clínica formal e a ajuda na decisão do paciente.⁹

A análise de decisão clínica formal incorpora a probabilidade de eventos de desfecho do paciente com seu próprio valor para cada estado de saúde e é, em relação ao paciente individual, complexa e demorada. Em última instância, os sistemas de apoio à decisão clínica devem ter uma aplicação factível na prática clínica.¹⁰ Até o momento, a análise de decisão é útil para destacar os elementos centrais de incerteza que direcionam uma decisão clínica em particular.

A ajuda na decisão do paciente é mais realista na prática e apresenta as opções de manejo e os desfechos associados de maneira

compreensível para os pacientes ao mesmo tempo em que captura a complexidade associada com estas escolhas.¹¹ A disponibilidade da ajuda na decisão está se expandindo e ajudas na decisão do paciente baseadas na internet, tais como *Ottawa Patient Decision Aids* (<http://decisionaid.ohri.ca/>), abordam numerosos problemas de saúde. Os estudos indicam que as ajudas na decisão aumentam a participação ativa dos pacientes na tomada de decisões e aumentam a concordância entre os valores atribuídos e a escolha.¹²

3. FERRAMENTAS DE MBE ADICIONAIS LIMITADAS A CERTAS CONDIÇÕES E SERVIÇOS

Poucas intervenções são eficazes em todos os pacientes. Idealmente, desta forma, nós deveríamos estabelecer o efeito da intervenção em pacientes específicos que se apresentam para tratamento. O ECCA com $n = 1$ aplica as proteções metodológicas rigorosas contra vieses que são inerentes a um ECCA para um único paciente. Não é adequada para todos os tipos de condições e ambientações médicas, mas quando é factível, representa a última palavra em atenção individualizada baseada em evidências para o paciente.^{13,14}

CONCLUSÃO

A MBE é orientada para o paciente individual e reconhece claramente as necessidades individuais. O processo de tomada de decisão da MBE individualizada utiliza diretrizes para abordar a credibilidade de análises de subgrupos, abordagens para incorporar os valores e preferências do paciente individual e o ECCA individualizado (ECCA de $n = 1$).

Dirk Bassler, MD, MSc,¹ Jason W Busse, DC, MSc,² Paul J Karanicolas, MD,³ Gordon H Guyatt, MD, MSc²

1 University Children's Hospital, Tuebingen, Germany; 2 McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada; 3 University of Western Ontario, London, Ontario, Canada

1. **Bensing J.** Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns* 2000;39:17-25.
2. **Groopman J.** How doctors think. Boston: Houghton Mifflin Company, 2007.
3. **Bassler D, Busse JW, Karanicolas PJ, et al.** Evidence-based medicine targets the individual patient, part I: how clinicians can use study results to determine optimal individual care. *Evid Based Med* 2008;13:101-2.
4. **Kravitz RL, Duan N, Braslow J.** Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *Milbank Q* 2004;82:661-87.
5. **Pocock SJ, Hughes MD, Lee RJ.** Statistical problems in the reporting of clinical trials. A survey of three medical journals. *N Engl J Med* 1987;317:426-32.
6. **Glasziou P, Guyatt GH, Dans AL, et al.** Applying the results of trials and systematic reviews to individual patients. *ACP J Club* 1998;129:A15-6.
7. **Rothwell PM.** Treating individuals 2. Subgroup analysis in randomised controlled trials: importance, indications, and interpretation. *Lancet* 2005;365:176-86.
8. **Wyer PC, Perera P, Jin Z, et al.** Vasopressin or epinephrine for out of hospital cardiac arrest. *Ann Emerg Med* 2006;48:86-97.
9. **Guyatt G, Prasad K, Schunemann H, et al.** How to use a patient management recommendation. In Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ, editors. *Users' Guides to the medical literature: manual for evidence-based clinical practice*. 2nd ed. New York, NY: McGraw-Hill Medical, 2008.
10. **Sim I, Gorman P, Greenes RA, et al.** Clinical decision support systems for the practice of evidence-based medicine. *J Am Med Inform Assoc* 2001;8:527-34.
11. **O'Donnell S, Cranney A, Jacobsen MJ, et al.** Understanding and overcoming the barriers of implementing patient decision aids in clinical practice. *J Eval Clin Pract* 2006;12:174-81.
12. **O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, et al.** Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3):CD001431.
13. **Guyatt G, Sackett D, Taylor DW, et al.** Determining optimal therapy-randomized trials in individual patients. *N Engl J Med* 1986;314:889-92.
14. **Sung L, Feldman BM.** N-of-1 trials: innovative methods to evaluate complementary and alternative medicines in pediatric cancer. *J Pediatr Hematol Oncol* 2006;28:263-6.