

Recomendações da Sociedade Portuguesa de Reumatologia: um contributo para uma prática clínica de qualidade

Pedro Machado¹, Maria José Santos^{2,3}, João Eurico Fonseca^{2,4}

ACTA REUMATOL PORT. 2012;37:7-8

No início dos anos 70, o médico e epidemiologista escocês Archibald Cochrane (1909-1988) chamou a atenção para o facto de muitos dos problemas de ineficiência do Serviço Nacional de Saúde britânico serem inerentes a decisões e práticas médicas pouco fundamentadas, não suportadas por ensaios clínicos de qualidade¹. Archibald Cochrane apelava assim para a necessidade de realizar estudos científicos rigorosos, capazes de responder a questões clinicamente relevantes, e para a necessidade de uma revisão sistemática e periódica destes estudos. Este apelo viria a dar origem ao conceito de «Medicina Baseada na Evidência»² e à «Colaboração Cochrane», uma organização internacional cujos objectivos são preparar, manter e assegurar o acesso a revisões sistemáticas sobre efeitos de intervenções na área de saúde³. A aplicação de princípios e métodos epidemiológicos na solução de problemas encontrados na prática médica contribuiu para o desenvolvimento da epidemiologia clínica como ciência. Gradualmente, a epidemiologia expandiu-se para outros campos, tais como a farmacoepidemiologia, epidemiologia molecular e a epidemiologia genética.

No entanto, a eficiência dos cuidados de saúde não depende apenas de mais e melhor conhecimento. A capacidade de articular eficazmente o saber e as práticas clínicas é uma condição determinante para a qualidade dos cuidados⁴. Neste sentido, as «recomendações» são um instrumento capaz de estabelecer a ligação entre a evidência científica e as normas de boa prática^{5,6}.

Procurando melhorar a qualidade, a equidade e até a sustentabilidade dos cuidados de saúde, vários países

e sociedades médicas têm promovido o desenvolvimento de linhas de orientação clínica. Actualmente, as «recomendações» de decisão clínica começam a fazer parte da rotina de muitas instituições e serviços. No entanto, a sua crescente difusão e utilização coloca novos desafios. Nem todas as «recomendações» são produzidas de forma criteriosa e fundamentada, nem todas são ajustadas à realidade onde se pretendem implementar e muitas ignoram os custos e a sustentabilidade da sua aplicação⁷. Em alguns casos, são até instrumentalizadas para promoção de novos fármacos ou tecnologias, gerando conflitos de interesse a vários níveis⁸.

À luz destas considerações, o objectivo principal da intervenção médica, o cuidado ao doente, permanece imutável, gerando contínuos desafios a serem vencidos de forma individual em cada decisão médica tomada. Com o intuito de auxiliar nessas decisões e, consequentemente, otimizar o cuidado ao doente, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia desencadeou um processo junto dos seus grupos de trabalho, visando a revisão das recomendações para tratamento com fármacos biológicos das doenças inflamatórias articulares (DIA), em particular a artrite reumatóide, artrite psoriática, espondilartrites axiais e artrite idiopática juvenil⁹⁻¹³. Baseadas na evidência científica disponível na actualidade e construídas de forma crítica e desprovida de outro interesse que não aquele que resulte na melhoria do cuidado ao doente, estas linhas orientadoras pretendem garantir uma utilização mais adequada e segura das terapêuticas biológicas, permitindo a sua selecção para os doentes que deles mais necessitam e beneficiam.

As DIA são doenças crónicas que, quando não abordadas precoce e activamente, podem implicar graves custos para o individuo e para a sociedade¹⁴⁻¹⁶. A utilização das terapêuticas biológicas em doentes com DIA trouxe grandes benefícios, permitindo um melhor controlo da actividade da doença e uma mais eficaz manu-

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

2. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa

3. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

4. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do CHLN – Hospital de Santa Maria, Lisboa

tenção da capacidade funcional, laboral e qualidade de vida destes doentes¹⁷. Aquilo que há alguns anos parecia ser uma utopia, a remissão da doença, é agora um objectivo primordial no tratamento das DIA¹⁸, alicerçado num diagnóstico e tratamento precoces. Todo este progresso farmacológico só foi possível através dos esforços desenvolvidos ao nível da investigação dos mecanismos patogénicos das DIA, que permitiram a identificação de algumas das moléculas responsáveis pelo processo inflamatório e o subsequente desenvolvimento de tratamentos específicos tendo como alvo essas mesmas moléculas pro-inflamatórias¹⁷.

Para além dos inequívocos benefícios no controlo das DIA e na prevenção da incapacidade funcional, a introdução de terapêuticas biológicas veio revolucionar a prática reumatológica, introduzindo maior rigor na avaliação clínica e na persecução dos objectivos terapêuticos, mas simultaneamente levantando questões de segurança e económicas que até aqui os reumatologistas raramente consideravam na avaliação dos seus doentes. Estas terapêuticas não são isentas de efeitos adversos e têm custos directos efectivos elevados, que representam actualmente uma parcela significativa dos custos em doentes com DIA. Porém, é fundamental reconhecer que a utilização adequada destes fármacos, nos doentes com critérios para a sua introdução e posterior manutenção, está associada a significativos ganhos globais em saúde, clínicos mas também sociais e económicos, através da redução de outros custos directos e de uma importante fatia dos custos indirectos associados a incapacidade temporária e definitiva¹⁴⁻¹⁶.

As linhas de orientação clínica agora publicadas sob a égide da Sociedade Portuguesa de Reumatologia devem ser entendidas como auxiliares de decisão clínica e não como normas únicas ou obrigatórias. Espera-se que constituam um estímulo para promover uma discussão crítica e contínua da decisão clínica em Reumatologia e um contributo para uma prática clínica de qualidade. Numa era em que o conhecimento científico cresce vertiginosamente a cada dia que passa, estas recomendações terão que ser periodicamente revistas e reavaliadas, quer quanto à sua actualidade científica, quer quanto ao impacto real nos resultados dos cuidados prestados¹⁹.

CORRESPONDÊNCIA PARA

João Eurico Fonseca
Unidade de Investigação em Reumatologia
Instituto de Medicina Molecular
Av. Prof. Egas Moniz, Lisboa
Email: jefonseca@netcabo.pt

REFERÊNCIAS

1. Cochrane AL. Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services. In: Nuffield Provincial Provinces Trust, London 1972. (Reprinted in 1989 in association with the BMJ; reprinted in 1999 for Nuffield Trust by the Royal Society of Medicine Press, London).
2. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-2425.
3. The Cochrane Collaboration. (Accessed 25 February, 2012, at <http://www.cochrane.org/>)
4. Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof* 2006;26:13-24.
5. Lenfant C. Shattuck lecture—clinical research to clinical practice—lost in translation? *N Engl J Med* 2003;349:868-874.
6. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. BMJ* 1998;317:465-468.
7. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:527-530.
8. Taylor R, Giles J. Cash interests taint drug advice. *Nature* 2005;437:1070-1071.
9. Fonseca JE, Bernardes M, Canhão H, et al. Portuguese guidelines for the use of biological agents in rheumatoid arthritis - October 2011 update. *Acta Reumatol Port* 2011;36:385-388.
10. Mourão AF, Fonseca JE, Canhão H, et al. Practical guide for the use of biological agents in rheumatoid arthritis - December 2011 update. *Acta Reumatol Port* 2011;36:389-395.
11. Machado P, Bernardo A, Cravo AR, et al. Portuguese recommendations for the use of biological therapies in patients with axial spondyloarthritis - December 2011 update. *Acta Reumatol Port* 2012;37:40-47.
12. Machado P, Bogas M, Ribeiro A, et al. 2011 Portuguese recommendations for the use of biological therapies in patients with psoriatic arthritis. *Acta Reumatol Port* 2012;37:26-39.
13. Santos MJ, Conde M, Canhão H, et al. Portuguese recommendations for the use of biological therapies in children and adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis - December 2011 update. *Acta Reumatol Port* 2012;37:48-68.
14. Woolf AD. What healthcare services do people with musculoskeletal conditions need? *The role of rheumatology. Ann Rheum Dis* 2007;66:281-282.
15. Lubeck DP. The costs of musculoskeletal disease: health needs assessment and health economics. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:529-539.
16. March L, Lapsley H. What are the costs to society and the potential benefits from the effective management of early rheumatoid arthritis? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2001;15:171-185.
17. Tak PP, Kalden JR. Advances in rheumatology: new targeted therapeutics. *Arthritis Res Ther* 2011;13 Suppl 1:S5.
18. Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2010;69:631-617.
19. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003;12:18-23.