

Prevenção quaternária como diretriz para a equipe editorial de uma revista de medicina baseada em evidência

Quaternary prevention as a guideline for the editorial team of an evidence-based medicine journal

La prevención cuaternaria como una guía para el equipo editorial de una revista de medicina basada en evidencia

Michel De Jonghe. Editor adjunto e responsável pelos textos francófonos da revista Minerva. Professor convidado na faculdade de medicina da Universidade Católica de Louvain. Louvain, Bélgica. michel.dejonghe@uclouvain.be (*Autor correspondente*)

Resumo

O presente artigo tem como objetivo analisar as atividades de redação da revista Minerva, periódico belga de medicina baseada em evidência (MBE), de acordo com as diretrizes da prevenção quaternária. A partir da produção editorial da revista Minerva foi realizada uma análise narrativa de suas atividades de redação em relação ao questionamento clínico, à pesquisa, à crítica e à interpretação de informações clínicas relevantes à prática profissional. São detalhados os limites da MBE e as ferramentas e linhas de reflexão emitidas pela equipe de redação da revista a fim de favorecer a implementação da MBE na prática clínica. Dessa forma, se pretende prevenir o intervencionismo médico desnecessário, ao se fortalecer a prevenção quaternária como uma competência fundamental dos trabalhadores da saúde ao longo de sua vida profissional a serviço dos pacientes, o que pode ser reforçado pelo trabalho da equipe editorial de uma revista de MBE.

Abstract

This article aims to analyse the editorial activities of Minerva, a Belgian evidence-based medicine (EBM) journal, according to the guidelines of quaternary prevention. From the editorial production of Minerva, a narrative analysis of its writing activities was carried out in relation to clinical questioning, research, critics and interpretation of relevant clinical information to professional practice. The limits of EBM are clearly detailed, as well as the tools and lines of reflection issued by the editorial team in order to promote the implementation of EBM in clinical practice. In this way, it is intended to prevent unnecessary medical interventions by strengthening the quaternary prevention as a key competence of healthcare staff throughout their professional life to the service of patients, which may be reinforced by the work of the editorial team of an EBM journal.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo analizar las actividades editoriales de la revista Minerva, periódico belga de medicina basada en evidencia (MBE), de acuerdo con las directrices de la prevención cuaternaria. A partir de la producción editorial de la revista Minerva, fue realizado un análisis narrativo de sus actividades de redacción en relación con el cuestionamiento clínico, la investigación, la crítica y la interpretación de la información clínica relevante para la práctica profesional. Se detalla los límites de la MBE y las herramientas y líneas de reflexión emitidas por el equipo de redacción de la revista, con el fin de promover la aplicación de la MBE en la práctica clínica. Por tanto, si desea evitar la intervención médica innecesaria, al fortalecer la prevención cuaternaria como competencia clave de los trabajadores de salud durante toda su vida profesional al servicio de los pacientes, lo que puede ser reforzado por el trabajo de la equipo de redacción de una revista de MBE.

Introdução

Minerva é uma revista belga de Medicina Baseada em Evidência (MBE), com publicação média de 10 números por ano, subsidiada integralmente pelos poderes públicos, distribuída a pouco menos de 6500 assinantes, cujo website contava, em 2014, com quase 210000 visitantes.¹ A revista Minerva traz uma análise crítica das publicações relevantes na literatura internacional recente e seu objetivo é a promoção e a difusão de uma informação científica independente. Seu público-alvo é composto por

Palavras-chave:

Prevenção Quaternária
Medicina Baseada em Evidências
Políticas Editoriais
Guia de Prática Clínica
Literatura de Revisão como Assunto

Keywords:

Quaternary Prevention
Evidence-Based Medicine
Editorial Policies
Practice Guideline
Review Literature as Topic

Palabras clave:

Prevenición Cuaternaria
Medicina Basada en Evidencia
Políticas Editoriales
Guía de Práctica Clínica
Literatura de Revisión como Asunto

Fonte de financiamento:

declara não haver

Parecer CEP:

não se aplica.

Conflito de interesses:

declara não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 11/11/2014.

Aprovado em: 14/01/2015.

Como citar: De Jonghe M. Prevenção quaternária como diretriz para a equipe editorial de uma revista de medicina baseada em evidência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35):1-7. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1067](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1067)

médicos, farmacêuticos e outros profissionais que atuam na da atenção primária à saúde. A equipe de redação acompanha sistematicamente a literatura internacional sobre MBE em mais de 20 periódicos científicos, seleciona os artigos considerados pertinentes, organiza um resumo estruturado dos principais achados, assim como fornece uma explicação e recomendações críticas para a prática médica nas duas línguas oficiais da Bélgica: o francês e o neerlandês.

A prevenção quaternária é a prevenção do intervencionismo médico desnecessário e, como tal, uma das pedras angulares da medicina (*primum non nocere*).² Duas ferramentas surgiram para ajudar os médicos nessa tarefa: a medicina baseada em narrativas (*Narrative Based Medicine – NBM*)^{3,4} cujo objetivo é escutar o paciente para melhor compreender sua real demanda, e a medicina baseada em fatos comprobatórios (ou nos níveis de provas, segundo a tradução em francês),⁵ cujo objetivo é o de sustentar as decisões clínicas, de diagnóstico,⁶ terapêuticas,^{7,8} preventivas⁹ e paliativas¹⁰ a partir de uma avaliação crítica das informações médicas disponíveis a fim de subsidiar as competências do médico e os objetivos do paciente.¹¹

Quando se trabalha na redação de um periódico de MBE como a Minerva, deve-se ter em conta o seguinte questionamento: Como ajudar o profissional - diante de um paciente que apresenta um problema de saúde em um contexto específico - a estar atento a um intervencionismo médico invasivo? O presente artigo abordará essa questão sob diferentes ângulos, a saber: (a) o questionamento clínico e a pesquisa de informação; (b) a avaliação crítica da informação; (c) a aplicação dos elementos considerados clinicamente relevantes; (d) a identificação dos limites metodológicos; e, por fim, (e) a transmissão de uma atitude crítica aos estudantes de medicina.

O questionamento clínico

É possível distinguir dois tipos de perguntas (gerais e específicas) que surgem quando um médico está diante de um paciente em particular. Quando a pergunta é geral, se trata de uma pergunta de plano de fundo que inclui dois componentes essenciais: o primeiro compreende a doença, o exame e o tratamento –, enquanto que a segundo inclui uma interrogação do tipo “Quem”, “O quê”, “Como”, “Por que”, etc. Geralmente, o conhecimento tanto dos médicos como dos estudantes para responder a essas indagações é limitado. Quando a questão é específica, trata-se de uma questão de primeiro plano: o conhecimento dos médicos é consistente e a demanda é precisa.

A pergunta de primeiro plano comporta quatro elementos, na origem do célebre acróstico PICO, base de toda a reflexão crítica: um paciente ou um problema de saúde (P - *Problem*), uma intervenção (I - *Intervention*), um comparador ou controle (C - *Control*), e um resultado (O - *Outcome*). A primeira constatação é de que a MBE trará respostas sobre perguntas bem específicas. Seu objetivo não é o de apresentar uma visão do conjunto de um problema de saúde (por exemplo, o que fazer em caso de dor torácica?) típica de uma pergunta de plano de fundo, abordada por um conferencista, frequentemente identificado como sendo um especialista no assunto. Quando o objetivo de uma publicação é um resumo de fatos documentados (ou guia de prática) é necessário que os autores desenvolvam uma estratégia de pesquisa, de avaliação e de redação bem definida, rigorosa e precisa.

A pesquisa de informação

Quanto mais a experiência de um médico aumenta, mais suas necessidades orientam-se na direção de perguntas de primeiro plano. É por isso que leituras mais específicas tornam-se cada vez mais relevantes. A MBE pode então responder às suas necessidades, da mesma forma que um especialista. Do ponto de vista da equipe editorial, é preciso haver um público-alvo para que a informação seja pesquisada, selecionada, documentada, avaliada e interpretada de maneira explícita (se possível classificada com base em níveis de prova ou evidência) e permanecer suscetível a críticas por parte dos leitores. Em uma palavra, é preciso que a informação seja clinicamente útil. Ela deve igualmente ser atualizada, facilmente acessível e compartilhável. Deve ir além da redação do documento, e, inspirando-se no mundo da informática, os termos das manutenções corretiva, adaptativa e evolutiva fazem todo sentido. Pode-se então razoavelmente perguntar se os meios tradicionais, tais como os livros-texto, ainda são atuais tendo-se em vista tais exigências?

A crítica da informação

A exigência crítica do médico orientará de forma definitiva o tipo de resposta pesquisada. Uma resposta baseada em fatos comprobatórios (ou evidências) é mais rica do que uma resposta de um especialista-focal? Em caso afirmativo, essa pesquisa poderia ser fruto do respeito ao princípio da incerteza na medicina cujas probabilidades são, atualmente, a melhor característica disso. Nada é branco ou preto na medicina: todos os médicos atuam em zonas de cinza. Quando fazem com que seus pacientes acreditem que a resposta médica é neutra e sem falhas, pode-se de forma razoável pensar que os profissionais caem no charlatanismo. Quando levam seus pacientes a acreditar em uma hipótese investigativa – por exemplo, o princípio do benefício do rastreamento de uma doença segundo o qual identificar uma doença antes de sua manifestação clínica é sempre e necessariamente um fato útil para o paciente, na realidade, eles revelam uma ingenuidade ‘perigosa’. O exemplo da história do câncer de mama é certamente a prova mais flagrante disso atualmente.¹² A exigência de fatos comprobatórios obriga que se promovam estudos que: (1) disponibilizem protocolos bem documentados; (2) evitem ao máximo os vieses na coleta de dados; (3) apresentem os resultados da maneira mais correta possível; (4) mencionem as possíveis fontes de conflitos de interesse; e (5) desenvolvam uma estratégia crítica.¹³

Entretanto, é preciso notar no exemplo anterior a importância da capacidade de avaliação metodológica, da qualidade de interpretação dos resultados e de sua extrapolabilidade para, de forma definitiva, poder decidir se é ou não o caso de os resultados observados poderem ou deverem modificar a prática. Os membros da equipe editorial da revista *Minerva* aprendem a desenvolver competências tanto sobre as considerações metodológicas como sobre as interpretações dos resultados, incluindo sua extrapolabilidade para o sistema de saúde no qual atua o público-alvo. O trabalho da equipe de redação consiste em sistematizar essa crítica em algumas considerações aplicáveis na prática clínica. As conclusões que indicam a necessidade de mais pesquisas na área ou que significam a impossibilidade de se chegar a uma conclusão podem frustrar os médicos, mas são apenas o resultado do processo complexo descrito anteriormente.

Os limites da MBE

A MBE certamente não traz todas as respostas visto que ainda persistem várias zonas turvas ou temas ainda não estudados. Consequentemente, todas as proposições de trabalho derivadas da análise de fatos comprobatórios, classificados com base nos níveis de prova (ou evidência), deveriam necessariamente ser adaptadas em função das demandas, das necessidades e medos dos pacientes e expertise do profissional.⁶ Assim, respostas baseadas em abordagens mais convencionais, tais como a fisiopatologia, a farmacodinâmica e as opiniões de especialistas, fazem todo sentido. Para além dos limites metodológicos regularmente apresentados pelos especialistas (que não desenvolveremos neste artigo, mesmo que a equipe editorial deva fazer ecoar regularmente ou fornecer pontos de compreensão a seus leitores),¹⁴ os limites pragmáticos ligados aos estudos e as diretrizes práticas são igualmente apresentados. Esses destacam a importância do papel do cuidador como ator da prevenção quaternária. O papel da equipe editorial é também o de revelar e interpelar os profissionais do sistema de saúde sobre os limites evidentes. Descreveremos somente dois dos mesmos, mas eles ilustram bem essa problemática.

O problema da multimorbidade¹⁵

Os resultados dos ensaios clínicos randomizados (RCTs) são um dos fundamentos do atual estado do nosso conhecimento. Porém, os pacientes acometidos por multimorbidades geralmente são excluídos desses estudos.¹⁶ Isso resulta em diretrizes de práticas clínicas centradas e limitadas a um único problema de saúde. Aplicadas sem discernimento aos pacientes acometidos por multimorbidades,¹⁷ essas recomendações conduzem a um tratamento fragmentado, a uma multiplicidade de medicações¹⁸ e de abordagens terapêuticas não medicamentosas, por vezes até contraditórias.¹⁹ É apropriado querer superar os limites das patologias particulares, privilegiando-se uma abordagem global e integral. O tratamento da multimorbidade necessita, portanto, de uma mudança de paradigma para transcender um ‘tratamento baseado em problemas’ em direção a um ‘tratamento orientado por objetivos’ definidos pelo próprio paciente, discutido, negociado e avaliado com seu terapeuta. Além disso, deve-se estudar a contextualização particular desse tratamento a partir de múltiplas abordagens pragmáticas. Poderíamos postular assim que os RCTs seriam o ‘*gold standard*’ de primeira linha, mas que os resultados em termos de morbimortalidade podem ser diferentes. Novas abordagens metodológicas são necessárias para se responder a tais necessidades e questionamentos.

O problema da definição e da avaliação dos objetivos dos cuidados²⁰

Em um estudo norte-americano, os pacientes relatam que mesmo estando sob cuidados médicos, para problemas comuns na atenção primária - tais como a introdução de uma medicação em caso de hipertensão arterial ou de hipercolesterolemia, ou a realização de uma mamografia para rastreamento do câncer de mama - as decisões que lhes dizem respeito são tomadas pelos profissionais de saúde e são frequentemente repletas de paternalismo.²¹ Um estudo canadense demonstrou que mesmo em caso de cuidados paliativos, embora a grande maioria dos pacientes admitidos para hospitalização na emergência tenha refletido sobre seus objetivos de cuidado, apenas 30% ousaram apresentá-los a seu médico de família e somente 17% ao especialista envolvido,²² e que o desejo de se limitar a 'cuidados de conforto' foi documentado em apenas 5% dos casos.

Além disso, em termos de definição e de avaliação dos objetivos de cuidados, ou mais amplamente, em termos de definição dos objetivos de vida do paciente, existe uma defasagem entre o mundo médico e o mundo jurídico. De fato, questões como dificuldades financeiras, oportunidade de lazer ou de diversão, a melhoria das chances de sucesso de projetos profissionais ou pessoais,²³ ampliam significativamente os objetivos habituais do tratamento terapêutico tais como morbidade, mortalidade e qualidade de vida. Não sendo tais questões consideradas nos estudos, não podem ser avaliadas e nenhuma recomendação pode ser feita nesse sentido. Não sendo estas integradas nas práticas ou nas políticas de saúde, não são documentadas. Infelizmente, ao que se sabe, nenhuma ferramenta validada internacionalmente está disponível para atingir esse objetivo.

Ferramentas para a implementação da MBE

Questionar-se, pesquisar a informação clínica relevante e ter um olhar crítico sobre os resultados observados, são três etapas essenciais. Entretanto, apesar da variedade de diretrizes de prática disponíveis, muitos se perguntam se o investimento na criação dessa literatura terciária valeria verdadeiramente a pena, pois o hiato entre a prática clínica e as recomendações pode ser muito relevante. Por conseguinte, o que fazer para modificar as práticas? Os membros da equipe editorial da revista *Mínerva* estão sensíveis para informar seus leitores sobre as ferramentas disponíveis para melhorar a implementação dessas proposições na prática.

O sistema de informação

Oferecer a cada paciente a informação mais adequada é uma obrigação dos profissionais de saúde com o objetivo de negociar em conjunto um plano de cuidados otimizado. Conforme o que sabemos, somente os sistemas informatizados, que facilitam a tomada de decisão, baseados em alertas automáticos (e não por demandas) melhoram significativamente a performance médica no que concerne a avaliação de processos e não de desfechos finais (critérios maiores) como morbidade ou mortalidade.²⁴ A organização da atividade dita preventiva é uma área para a qual os sistemas informatizados se revelam úteis, tendo mostrado resultados significativamente positivos para a adesão às recomendações na prática,²⁵ especialmente para se calcular o risco cardiovascular ou para o tratamento das dislipidemias.

Esse objetivo necessita, porém, que a equipe editorial respeite as regras de estruturação dos dados e um rigor terminológico que não são, *a priori*, seu campo de competência. Além disso, o objetivo de tais sistemas não será jamais o de dizer ao médico o que ele deve fazer. Integrar as especificidades dos pacientes, suas inquietações, seus objetivos de vida, tanto pessoais quanto profissionais, enfim, realizar um plano de cuidados individual coordenado, sempre salientará a qualidade das trocas vividas na relação paciente-cuidador.²⁴

Privilegiar uma abordagem multifacetada

O grupo *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC)*²⁶ conseguiu captar essa questão privilegiando uma abordagem global que demonstra assim que o problema não poderá se resumir a UMA solução miraculosa.²⁷ Intervenções organizacionais, financeiras, profissionais e legais também são analisadas. Os públicos-alvos são variados: profissionais, educadores, estudantes, regiões com baixa renda, etc. Assim, preconiza-se uma estratégia multifacetada que combine várias abordagens e diversos modos atuais de comunicação.²⁸ Uma adaptação de financiamentos do sistema de saúde para

pesquisas poderia também ser experimentada. Na Bélgica, por exemplo, somos céticos quanto à adoção de novas formulações medicamentosas. Estas são reembolsadas em sua totalidade, concessão de vital importância para os ‘especialistas focais’,²⁹ ao passo que as únicas provas de sua eficácia se fundamentam em desfechos intermediários como, por exemplo, a diminuição (moderada) da hemoglobina glicosilada (HbA1-c) no âmbito da diabetes do tipo 2. Aqui ainda, o papel central do cuidador na prevenção de um intervencionismo médico desnecessário revela-se essencial e o papel da equipe de redação da revista *Minerva* é o de interpelar o profissional sobre os limites das novas formulações medicamentosas disponibilizadas no mercado ou, ao contrário, informar sobre intervenções eficazes, mas que não estão disponíveis ou acessíveis.

A transmissão aos estudantes

O modelo de Barrows permite ilustrar que o processo de aprendizagem da abordagem clínica pode ser sustentado pela MBE em cada uma de suas etapas³⁰ e é importante que os estudantes tomem consciência disso ao longo de sua formação profissional. Insistiremos também naquilo que certos autores nomeiam como sendo atitude ou relação com os conhecimentos médicos^{31,32} e que outros chamam de *evidence mindness*.³³ Trata-se de permitir que os estudantes desenvolvam um reflexo de questionamento de suas aquisições, de suas crenças, e de seus conhecimentos. Trata-se, portanto, de ensiná-los a administrar a incerteza em um ambiente de probabilidades evolutivo e contextual e de tranquilizá-los quanto à relevância dessa abordagem. Os educadores deveriam ser sensibilizados a essa abordagem assim como os orientadores de estágio. O *Best Evidence Medical Education* (BEME),³⁴ que propõe a utilização da melhor ‘evidência’ disponível em educação médica, coloca documentos úteis à disposição dos formadores. Tanto colegas, supervisores, tutores,³⁵ como preceptores de estágio desempenham importante papel no desenvolvimento dos médicos em formação. Assim, auxiliar e acompanhar os formadores também deveria fazer parte das tarefas da equipe editorial de uma revista de MBE.

O princípio de precaução³⁶

Existe atualmente uma ferramenta que permitiria a aplicação da recomendação Hipocrática: *quanto aos doentes, adquira dois hábitos – o de ajudar ou, ao menos, o de não prejudicar*³⁷ – da qual a prevenção quaternária seria a herdeira legítima? Na cúpula do Rio de Janeiro, em 1992, o princípio de precaução, herdado do filósofo Jonas, foi enunciado como tema, hoje reconhecido como um princípio geral de ação pelas leis nacionais, europeias e internacionais, ligado ao tema do desenvolvimento sustentável.³⁸

O princípio de precaução requer um contexto de incerteza e incompletude que demanda decisões sequenciais em função da evolução dos conhecimentos e a avaliação econômica que permita uma arbitragem adequada em função do contexto. Tomar medidas de ação e de vigilância, depois de ter buscado avaliar o melhor possível os riscos e as incertezas, é aplicar o princípio de precaução. Portanto, nem ‘fazer nada’, nem ‘preparar a artilharia pesada’. Trata-se, sobretudo, de adaptar os meios e a vigilância à avaliação do risco e estar pronto para modificar os primeiros em função da segunda. De acordo com Winne³⁹ a precaução:

*Permite afrontar a incerteza com rigor, debatendo valores sociais e necessidades ao invés de definir margens de segurança geralmente inadaptadas. Trata-se de dar lugar às incertezas que conclamam o debate entre os cidadãos sobre o tipo de relações humanas que queremos promover e sobre o conteúdo das relações morais que queremos manter com a natureza e com os demais.*³⁹ (165-176)

Aplicado à medicina, esse princípio de precaução oferece, a nosso ver, um possível método de trabalho para a prevenção quaternária e a leitura de uma literatura de MBE deveria permitir aos médicos disporem das ferramentas necessárias para tentar alcançá-la.

Conclusão

Percorremos algumas linhas no itinerário de uma informação útil para médicos e profissionais de saúde e os desafios a ela relacionados. A prevenção quaternária encontrou nos estudos originais e nas sínteses publicadas nos últimos anos um número cada vez maior e um terreno inesgotável para a elaboração de hipóteses de trabalho. Uma das mais midiáticas e discutidas nesses últimos meses diz respeito à desprescrição,⁴⁰ que vai na mesma linha de uma preocupação já antiga de Philippe Pinel (1745-1826): Não é uma arte de importância menor como a de prescrever corretamente os medicamentos, mas é uma arte de uma dificuldade muito maior que é a de saber quando interrompê-los ou não os prescrever. Esse entusiasmo coletivo é certamente justificado e revelador de uma preocupação pronunciada do paciente, mas permanece o medo de se ver nascer um novo paternalismo: em nome da segurança do paciente (baseado em observações) um número cada vez maior de médicos decide não mais prescrever, ou parar de prescrever, ou mesmo de sequer discutir com seu paciente o interesse ou não de uma prescrição. Estudos prospectivos, randomizados (conduzidos em cegamento duplo ou triplo) com critérios rigorosos devem ser utilizados para estabelecer a razão dano/benefício para os pacientes antes que possam ser totalmente validados como abordagem na prática clínica.

O pensamento crítico deveria ser aplicado a todas as hipóteses de trabalho, por mais atrativas que estas pareçam ser *a priori*, e esse é o preço que apoia a definição da MBE. Isso faz todo sentido como o próprio Sackett, em 2000 afirmou que: [A MBE é a] Integração dos melhores dados da pesquisa à competência clínica do cuidador e aos valores do paciente.⁴¹ O objetivo da prevenção quaternária de prevenir intervenções médicas desnecessárias torna-se uma competência essencial a todos os prestadores de cuidados de saúde ao longo da sua vida profissional a serviço dos pacientes⁴² e pode ser reforçado pelo trabalho de uma equipe editorial de uma revista de medicina baseada em evidência.

Referências

1. Minerva: Revue d'Evidence-Based Medicine [Internet]. Bruxelles: Minerva, c2014 [cited 2014 Oct. 10]. Available from: <http://www.minerva-ebm.be/fr/Pages/default.aspx>
2. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Heal policy Manag.* 2015;4(2):61-64.
3. Greenhalgh T, Hurwitz B, editors. Narrative based medicine – dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books; 1998.
4. Greenhalgh T. Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ.* 1999;318(7179):323-325. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7179.323>. PMID:9924065.
5. Sackett DL, Haynes BR, Guyatt GH, Tugwell P. Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine. 2nd ed. Boston: Little, Brown and Company; 1991.
6. Chevalier P, De Jonghe M. Preuves diagnostiques: vécu, MBE et exigences de terrain. *Minerva.* 2009;8(3):25.
7. Laekeman G, De Cort P. Editorial: Le pharmacien et les soins dispensés au patient. *Minerva.* 2007;6(2):17.
8. Staessen JA, Den Hond E, Celis H, Fagard R, Keary L, Vandenhoven G, et al. Antihypertensive treatment based on blood pressure measurement at home or in the physician's office: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2004;291(8):955-964. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.291.8.955>. PMID:14982911.
9. Poelman T. Le programme actuel de dépistage du cancer du sein a-t-il encore un avenir? *Minerva.* 2014;13(6):66.
10. Chevalier P, Soenen K, Sturtewagen J-P, Van Halewyn M. Soins de fin de vie: besoin de preuves aussi? *Minerva.* 2008;7(10):145.
11. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. Médecine fondée sur les faits: evidence-based medicine. 3th ed. Saran: Elsevier Masson; 2007.
12. Michiels B. Dépistage du cancer du sein par mammographie. Analyses en ligne [Internet]. 2014 Mar. 15 [cited 2014 Oct. 10]. Available from: <http://www.minerva-ebm.be/fr/analyses-en-ligne/221>.
13. Chevalier P. Le biais de l'industrie. *Minerva.* 2014;13(1):1.
14. Minerva: Revue d'Evidence-Based Medicine [Internet]. [cited 2014 Oct. 10]. Available from: <http://www.minerva-ebm.be/fr/search/results.aspx?k=m%C3%A9thodologie&r=%22owstaxIdKeywords%22%3D%23fd3215ec-1a17-4da0-a8c6-93f16d58e5e0%3A%22m%C3%A9thodologie%22>
15. De Maeseneer J, Boeckxstaens P, De Sutter A. Multimorbidité : d'une « prise en charge axée sur les problèmes » à une « prise en charge orientée vers des objectifs. *Minerva.* 2013;12(4):40.
16. Van Spall HG, Toren A, Kiss A, Fowler RA. Eligibility criteria of randomized controlled trials published in high-impact general medical journals: a systematic sampling review. *JAMA.* 2007;297(11):1233-1240. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.297.11.1233>. PMID:17374817.

17. Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, et al. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(5):319-325. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.001>. PMID:23411065.
18. De Meyere M, Christiaens T, Bogaert M. Une polymédication inéluctable en MBE? *Minerva*. 2005;4(8):115-116.
19. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294(6):716-724. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.294.6.716>. PMID:16091574.
20. De Jonghe M. Vers une individualisation des soins ou une prise en compte des objectifs de soins? *Minerva*. 2013;12(7):79.
21. Fowler FJ Jr, Gerstein BS, Barry MJ. How patient centered are medical decisions?: Results of a national survey. *JAMA Intern Med*. 2013;173(13):1215-1221. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.6172>. PMID:23712194.
22. Van De Vijver E. Programmation des soins en fonction de l'évolution pour les patients hospitalisés: la grande inconnue. *Minerva*. 2013. [cited 2014 Oct. 10]. Available at: <http://www.minerva-ebm.be/fr/analyses-en-ligne/181>
23. Dintilhac JP. Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels. *Minerva*. 2005. [cited 2014 Oct. 10]. Available from: <http://www.minerva-ebm.be/fr/article/84>.
24. De Jonghe M. Aide électronique à la décision médicale. *Minerva*. 2009;8(2):14-15.
25. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med*. 2006;144(10):742-752. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-144-10-200605160-00125>. PMID:16702590.
26. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group [Internet]. [cited 2014 Oct. 10]. Available from: <http://epoc.cochrane.org/our-scope>.
27. De Jonghe M. Comment transmettre l'MBE? *Minerva*. 2011;10(3):27.
28. Desomer A, Dilles T, Steckel S, Duchesnes C, Vanmeerbeek M, Peremans L, et al. Dissémination et mise en oeuvre des guides de pratique clinique en Belgique – Synthèse. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2013. (KCE Reports 212Bs).
29. Institut National d'assurance Maladie-Invalidité (INAMI) [Internet]. [cited 2014 Oct. 10]. Available from: <http://www.inami.fgov.be/fr/Pages/default.aspx>.
30. Barrows HS, Pickell GC. Developing clinical solving skills. A guide to more effective diagnosis and treatment. New York: Norton Medical Books; 1991. 226 p.
31. Gay B, Beaulieu M-D. La médecine basée sur les données probantes ou médecine fondée sur des niveaux de preuve: de la pratique à l'enseignement. *Pédagogie Médicale*. 2004;5(3):171-183. <http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2004025>.
32. Junod AF. Décision médicale ou la quête de l'explicite. Genève: Médecine et Hygiène; 2003.
33. Putnam W, Twohig PL, Burge FI, Jackson LA, Cox JL. A qualitative study of evidence in primary care: what the practitioners are saying. *CMAJ*. 2002;166(12):1525-1530. PMID:12074118.
34. Best Evidence Medical and Health Professional Education (BEME) [Internet]. [cited 2014 Oct. 10]. Available from: <http://www.bemecollaboration.org/Home/>
35. Guide pédagogique à l'usage des maîtres de stage en médecine générale [Internet]. 2002. [cited 2014 Oct. 10]. Available from: https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/camg/documents/guide_pedagogique.pdf
36. De Jonghe M, Dagneau I. Le principe de précaution et l'MBE. *Minerva*, 2012;11(5):53-53.
37. Ecrit par Hippocrate dans *les épidémies*, Bk. I, Sect. XI (tr. par WHS Jones)
38. Lecourt D. Précaution. In Lecourt D. *Dictionnaire d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris: P.U.F.; 1999.
39. Winne B. In Godart O. editor, *Le Principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, Paris, Maison des Sciences de l'homme/INRA, 1997, cité par Dominique Lecourt. Paris: P.U.F.; 1999. p. 165-176.
40. Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana MC. Ancianos frágiles polimedcados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(4):162-167. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.01.003>. PMID:22683145.
41. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence based medicine: how to practice and teach MBE. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
42. Prescrire Rédaction. Mettre l'enseignement de la lecture critique au service des soins. *Rev Prescrire*. 2012;32(346):636-637.

Tradução: Melissa Moura Mello.

Revisão técnica: Armando Henrique Norman e Marc Jamouille.