Revista Eletrônica ACERVO CIENTÍFICO
ISSN 2595-7899

Tempo, produtividade e evidências: um tripé (im)possível na medicina baseada em evidências?

Time, productivity and evidence: an (im)possible tripod in evidence-based medicine?

Tiempo, productividad y evidencia: un trípode (im)posible en la medicina basada en la evidencia?

Karolyna de Oliveira Ramos[1], Maria Helena Araújo dos Santos[1], Breno Cipriano Bermond[1], Ana Karine de Araújo Soares[2].

RESUMO

Objetivo: Analisar os fundamentos conceituais, as aplicações práticas e os desafios contemporâneos da Medicina Baseada em Evidências (MBE), com foco na tensão entre tempo, produtividade e qualidade da decisão clínica. **Revisão bibliográfica:** A literatura aponta que a sobrecarga de trabalho, a escassez de tempo e a hiperprotocolização da prática médica comprometem a autonomia profissional e a reflexão crítica, transformando a eficiência em um valor muitas vezes dissociado da prudência. Em contraposição, estratégias como o *shared decision-making* (SDM), os *decision aids* e o uso ético da Inteligência Artificial (IA) e dos sistemas de apoio à decisão clínica (AI-CDSS) têm se mostrado caminhos promissores para integrar evidência científica, valores individuais e contexto assistencial. O fortalecimento da formação em MBE, aliado a políticas institucionais de incentivo e ao cuidado com o bem-estar profissional, são componentes essenciais para um exercício médico equilibrado e sustentável. **Considerações finais:** Manter o tripé tempo, produtividade e evidências na medicina moderna continua sendo uma meta complexa, porém alcançável. Embora as estruturas atuais frequentemente dificultem a concretização dos ideais baseados em evidências, o progresso é possível por meio de estratégias coordenadas que integrem inovação, reforma organizacional e bem-estar profissional. O desafio não é abandonar o tripé, mas reequilibrá-lo!

Palavras-chave: Prática baseada em evidências, Gestão do tempo, Carga de trabalho, Tomada de decisão clínica, Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the conceptual foundations, practical applications, and contemporary challenges of Evidence-Based Medicine (EBM), focusing on the tension between time, productivity, and the quality of clinical decision-making. **Literature review:** The literature reveals that workload, time scarcity, and the hyper-protocolization of clinical practice undermine professional autonomy and critical reflection, transforming efficiency into a value detached from prudence. Conversely, strategies such as *shared decision-making* (SDM), *decision aids*, and the ethical use of Artificial Intelligence (AI) and Clinical Decision Support Systems (AI-CDSS) have emerged as promising means of integrating scientific evidence, patient values, and contextual factors. Strengthening EBM training, developing institutional support policies, and promoting professional well-being are key components of a balanced and sustainable medical practice. **Final considerations:** Sustaining the triad of time, productivity, and evidence in modern medicine remains a complex yet achievable goal.

[1] Universidade de Pernambuco (UPE), Recife – PE.
[2] Fundação Altino Ventura (FAV), Recife – PE.

SUBMETIDO EM: 10/2025 | **ACEITO EM: 11/2025** | **PUBLICADO EM: 12/2025**

Although current structures often hinder the realization of evidence-based ideals, progress is possible through coordinated strategies that integrate innovation, organizational reform, and professional well-being. The challenge is not to abandon the triad, but to rebalance it!

Keywords: Evidence-based practice, Time management, Workload, Clinical decision making, Quality of health care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los fundamentos conceptuales, las aplicaciones prácticas y los desafíos contemporáneos de la Medicina Basada en Evidencias (MBE), enfocándose en la tensión entre tiempo, productividad y calidad en la toma de decisiones clínicas. **Revisión bibliográfica:** La literatura demuestra que la sobrecarga laboral, la escasez de tiempo y la hiperprotocolización de la práctica médica afectan la autonomía profesional y la reflexión crítica, transformando la eficiencia en un valor frecuentemente desvinculado de la prudencia. En contraste, estrategias como el *shared decision-making* (SDM), los *decision aids* y el uso ético de la Inteligencia Artificial (IA) y de los sistemas de apoyo a la decisión clínica (AI-CDSS) surgen como vías prometedoras para integrar la evidencia científica con los valores del paciente y el contexto asistencial. El fortalecimiento de la formación en MBE, junto con políticas institucionales de apoyo y el bienestar profesional, son componentes esenciales de una práctica médica equilibrada y sostenible. **Consideraciones finales:** Mantener la tríada de tiempo, productividad y evidencias en la medicina moderna sigue siendo una meta compleja, pero alcanzable. Aunque las estructuras actuales dificultan la materialización de los ideales basados en evidencias, el progreso es posible mediante estrategias coordinadas que integren innovación, reforma organizacional y bienestar profesional. El desafío no es abandonar la tríada, sino reequilibrarla!

Palabras clave: Práctica basada en la evidencia, Gestión del tiempo, Carga de trabajo, Toma de decisiones clínicas, Calidad de la atención sanitaria.

INTRODUÇÃO

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) pode ser considera a ponte entre a ciência e a prática clínica (SUBBIAH V, 2023). Ela tem se consolidado nas últimas décadas como um marco transformador na educação médica, na pesquisa e na prática clínica, por propor a integração das evidências científicas com a expertise clínica e as preferências dos pacientes (LOPES AA, 2000; CRUZ DD E PIMENTA CA, 2005). Esse modelo, inspirado nas reflexões de Archibald Cochrane e David Sackett, buscou promover uma medicina mais racional, eficiente e orientada a resultados, comprometida com resultados clínicos mensuráveis e com a qualidade do cuidado (FARIA L, et al., 2021).

A MBE é operacionalizada na prática clínica por meio da chamada Prática Baseada em Evidências (PBE), que consiste na aplicação dos princípios e métodos da MBE no cotidiano médico. Apesar dos avanços conceituais e metodológicos da MBE, seu ideal enfrenta desafios contemporâneos que transcendem os domínios técnicos. A prática médica moderna, marcada por cargas de trabalho intensas, escassez de tempo e pressões por produtividade, compromete o equilíbrio entre a reflexão crítica e a ação imediata. No dia a dia, o tempo tornou-se um recurso clínico escasso, e a tomada de decisões baseada em evidências muitas vezes dá lugar à urgência dos protocolos pré-formatados e à lógica da eficiência (FERRAZ L, et al., 2020).

Desde sua concepção, a MBE propõe um processo contínuo de formulação de questões clínicas, busca sistemática de informações, avaliação crítica das evidências e aplicação dos achados em seu contexto clínico (EL DIB RP, 2007).

No entanto, a crescente complexidade da assistência à saúde, o crescimento exponencial de publicações científicas e as limitações estruturais dos sistemas de saúde têm dificultado a plena incorporação desse processo às rotinas profissionais. Como enfatiza Atallah AN, (2018), apesar da expansão de revisões sistemáticas e metanálises como ferramentas centrais da prática baseada em evidências, a translação do conhecimento científico para a conduta clínica permanece lenta, particularmente em ambientes de alta demanda.

Essa tensão entre o ideal e a prática também é evidente na educação médica. Ferraz L, et al. (2020), destacam que, mesmo entre estudantes, a aplicação da PBE requer tempo para desenvolver o pensamento crítico, habilidades de busca bibliográfica e avaliação de evidências, elementos frequentemente negligenciados em currículos orientados por resultados quantitativos (BURLS A, 2008). Lopes AA, (2000), já havia alertado que a aplicação da PBE exige competências específicas, como identificar problemas clinicamente relevantes, formular perguntas estruturadas e avaliar a força das evidências, o que requer não apenas conhecimento técnico, mas também tempo para reflexão cuidadosa.

Nesse contexto, a presente revisão de literatura teve como objetivo examinar os fundamentos conceituais e as aplicações práticas da PBE, enfatizando os desafios impostos pela escassez de tempo e pelas pressões de produtividade nos ambientes clínicos contemporâneos. Explora ainda como essas restrições influenciam a qualidade da tomada de decisão médica e do atendimento ao paciente, questionando, em última análise, se o cenário atual da saúde ainda pode sustentar a coexistência de tempo, produtividade e evidências, como um novo tripé (im)possível da MBE.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os estudos analisados nesta revisão evidenciam que, embora os fundamentos conceituais da MBE permaneçam válidos, sua implementação prática enfrenta obstáculos crescentes, especialmente no cenário contemporâneo marcado por restrições de tempo, pressão por produtividade e complexidade organizacional.

O impacto da PBE na tomada de decisão e na qualidade assistencial

A tríade “tempo, produtividade e evidências“, proposta aqui como um tripé da MBE, tornou-se cada vez mais instável diante das transformações contemporâneas nos sistemas de saúde. A literatura indica que a sobrecarga de trabalho, a pressão por produtividade e a escassez de tempo clínico são barreiras centrais para a aplicação consistente da PBE (SADEGHI-BAZARGANI H, et al., 2014; CRUZ DD e PIMENTA CA, 2005; MCARTHUR C, et al., 2021). Esses fatores se cruzam, criando um cenário em que a tomada de decisão tende a se apoiar mais na rotina e na experiência empírica do que em evidências científicas robustas.

Do ponto de vista organizacional, McArthur C, et al., (2021), destacam que a escassez de tempo e recursos humanos está entre os obstáculos mais recorrentes à implementação de diretrizes baseadas em evidências. Essa limitação não apenas restringe o aprendizado contínuo, mas também inibe o compartilhamento de práticas reflexivas, dificultando o fortalecimento de culturas institucionais orientadas pela ciência. A ausência de lideranças clínicas ativas e de mecanismos institucionais de apoio agrava o problema, perpetuando modelos de atenção fragmentados e pouco sustentáveis.

Em termos clínicos, as consequências dessa desconexão são tangíveis. O estudo de Wen J, et al., (2016), demonstra correlação direta entre excesso de carga horária, burnout e aumento de erros médicos. A exaustão emocional e cognitiva compromete a capacidade de julgamento clínico, afetando tanto a segurança do paciente quanto a qualidade do cuidado. A fadiga não se manifesta apenas como esgotamento físico, mas como um fenômeno sistêmico que reduz o espaço para a reflexão crítica, elemento indispensável à prática baseada em evidências.

A desigualdade estrutural amplia ainda mais esse quadro. Em regiões de baixa infraestrutura, como zonas rurais ou de países em desenvolvimento, as condições de trabalho dificultam o acesso à literatura científica, à educação continuada e às tecnologias de apoio à decisão (JACUPS S e BRADLEY C, 2023). Nessas circunstâncias, a MBE tende a ser percebida como uma prática elitizada, distante das realidades locais, o que reforça a separação entre teoria e prática clínica.

No eixo educacional, Ferraz L, et al. (2020), e Ilic D, et al. (2014), apontam que a formação em MBE ainda carece de metodologias estruturadas e avaliações de competência. A ausência de tempo protegido para o estudo e a reflexão durante estágios e residências médicas dificulta a internalização do raciocínio crítico e da avaliação sistemática da literatura. Assim, muitos profissionais ingressam no mercado com lacunas importantes no domínio de ferramentas essenciais como a elaboração de perguntas clínicas estruturadas, a análise crítica de artigos e a interpretação de revisões sistemáticas, aspectos enfatizados por El Dib RP, (2007), como a base epistemológica da MBE.

Hosseini MS, et al. (2024), enfatiza que a digitalização acelerada da medicina tem gerado um paradoxo. Embora o acesso à informação científica esteja mais amplo, o aumento das demandas tecnológicas e burocráticas tem comprimido o tempo dedicado à análise crítica. A integração de prontuários eletrônicos, plataformas de monitoramento e protocolos automatizados, quando não acompanhada de uma reflexão sobre o uso ético e racional dessas ferramentas, pode converter-se em um fator de alienação cognitiva, reduzindo a autonomia clínica.

Além disso, a ausência de manutenção e atualização baseadas em evidências de equipamentos e tecnologias médicas representa um elo negligenciado da cadeia assistencial (BADNJEVIC A, 2023). A MBE, portanto, não se restringe à decisão clínica direta, mas abrange a governança técnica e organizacional dos sistemas de saúde, cuja ineficiência também compromete a segurança do paciente e a sustentabilidade institucional.

Os impactos subjetivos e psicossociais desse desequilíbrio são significativos. O burnout afeta a capacidade de concentração, o engajamento com o aprendizado contínuo e a disposição para o trabalho colaborativo (Watson AG, et al., 2019; Wen J, et al., 2016; Hosseini MS, et al., 2024; Underdahl L, et al, 2024). Tal fenômeno retroalimenta práticas automatizadas e reativas, distanciando o profissional do exercício reflexivo que sustenta a MBE. O resultado é um ciclo de aceleração e exaustão que ameaça o próprio sentido da prática médica como atividade crítica, científica e humana.

Os estudos analisados convergem ao demonstrar que o impacto da PBE sobre a qualidade assistencial depende de condições institucionais e subjetivas que favoreçam o equilíbrio entre tempo, produtividade e reflexão. Reverter o desgaste desse tripé exige não apenas ferramentas técnicas, mas uma redefinição cultural do que se entende por eficiência e qualidade no cuidado. Nesse sentido, a MBE contemporânea deve ser vista menos como um conjunto de protocolos e mais como uma ética da decisão, sustentada pela evidência, mas ancorada na escuta, na prudência e na responsabilidade compartilhada.

Protocolos, Risco e a Crítica à Hiperprotocolização na MBE

A MBE é operacionalizada na prática clínica, em grande parte, por meio de diretrizes e protocolos que sintetizam o melhor conhecimento científico disponível, traduzindo-o em orientações padronizadas para a tomada de decisão. Esses instrumentos constituem uma ponte entre a evidência robusta e a ação imediata, tendo como propósito essencial a melhoria da qualidade assistencial, a segurança do paciente e a racionalização dos recursos (LOPES AA, 2000; CRUZ DD e PIMENTA CA, 2005; EL DIB RP, 2007; SUBBIAH V, 2023).

Entretanto, à medida que o tempo clínico se torna um recurso escasso e a produtividade se transforma em indicador central de desempenho, esses mesmos protocolos podem ser reinterpretados e aplicados de forma acrítica, dando origem ao fenômeno da hiperprotocolização. Esse processo caracteriza-se pela adesão excessivamente rígida às diretrizes, convertendo a prática clínica em uma sequência de *checklists* que reduzem a autonomia e o raciocínio profissional. Assim, a lógica da eficiência, muitas vezes associada a metas de atendimento e resultados mensuráveis, passa a sobrepor-se à reflexão crítica que fundamenta a PBE (KELLY MP et al., 2015; FERNÁNDEZ A et al., 2015).

O paradoxo torna-se evidente: quanto maior a ênfase na evidência e na padronização, maior o risco de afastamento da singularidade do paciente e da complexidade dos contextos clínicos. Em muitos sistemas de saúde, a aplicação protocolar das recomendações baseadas em *guidelines* e metanálises tende a desconsiderar variáveis individuais, preferências pessoais e valores subjetivos. Kelly MP, et al., (2015), observam que há uma tendência crescente de se concentrar apenas nos aspectos metodológicos da evidência, negligenciando dimensões humanas, temporais e contextuais do cuidado. De modo semelhante, Fernández A et al. (2015) apontam que a busca pela padronização, impulsionada por demandas econômicas e pela necessidade de eficiência, frequentemente distancia a prática clínica ideal da realidade cotidiana, levando à adoção de protocolos que, embora bem-intencionados, podem sacrificar a flexibilidade e a sensibilidade clínica.

A hiperprotocolização, portanto, não é apenas um problema técnico, mas ético e epistemológico. Seus efeitos incluem a desumanização da prática médica, a redução da capacidade de adaptação a casos individuais e a erosão da autonomia clínica, ao transformar o médico em executor de algoritmos e recomendações universais. Além disso, o distanciamento entre profissional e paciente compromete a

incorporação das preferências pessoais e dos valores que deveriam orientar a decisão compartilhada (GREENHALGH T, et al., 2014; KELLY MP, et al., 2015).

O desafio, contudo, não é abolir os protocolos, que permanecem fundamentais para a segurança e a qualidade, mas redefinir o modo como eles são interpretados e colocados em prática. O uso equilibrado dessas ferramentas deve integrar-se a uma ética da decisão clínica que valorize tanto a evidência científica quanto o contexto e a subjetividade do cuidado. Reafirma-se, assim, que a MBE não deve ser reduzida a um sistema normativo de condutas, mas entendida como uma prática reflexiva e humanizada, sustentada pela prudência, pela escuta e pela responsabilidade compartilhada.

Em última instância, o verdadeiro desafio do tripé tempo–produtividade–evidência está em assegurar que a busca por eficiência não sufoque a essência crítica e ética da MBE. A medicina continuará sendo baseada em evidências apenas enquanto conseguir ser, ao mesmo tempo, baseada em valores e em humanidade.

Equilibrando o Tripé na MBE: Tempo, Produtividade e Reflexão

Apesar das dificuldades enfrentadas na implementação da PBE, a literatura aponta caminhos viáveis para restaurar o equilíbrio entre tempo, produtividade e reflexão crítica na medicina. Esses caminhos ultrapassam ajustes meramente operacionais: envolvem uma redefinição dos valores que orientam a prática clínica e uma reinterpretação do próprio conceito de produtividade. Ser produtivo, no contexto da MBE, não significa apenas atender mais pacientes em menos tempo, mas agir com discernimento ético, científico e humano diante da complexidade do cuidado. As estratégias sintetizadas no **Quadro 1** mostram que a viabilidade da PBE depende de transformações interligadas em múltiplas dimensões, educacional, institucional, tecnológica e humana (SCHNEIDER LR et al., 2020; BADNJEVIC A, 2023; UNDERDAHL L et al., 2024).

Quadro 1 - Estratégias para o Reequilíbrio do Tripé Tempo–Produtividade–Evidência.

Dimensão	Possíveis mudanças	Impacto esperado	Estratégias	Autor, ano
Educação e Treinamento	Integrar MBE e SDM nos currículos médicos; utilizar ferramentas de avaliação de competências (ex.: ACE Tool).	Desenvolvimento do pensamento crítico, empatia clínica e autonomia profissional.	Cursos práticos de avaliação crítica; simulações de *shared decision-making*; uso do ACE Tool para medir competência em MBE.	Ilic D et al., 2014; Kelly MP et al., 2015. Ferraz L, et al. 2020;
Gestão do Tempo e Carga de Trabalho	Reestruturar fluxos assistenciais e reduzir tarefas burocráticas; incorporar tecnologias de suporte à decisão.	Ampliação do tempo cognitivo disponível para reflexão e análise de evidências.	Delegação de documentação; prontuários eletrônicos otimizados; uso de assistentes digitais e alertas automatizados baseados em IA.	Schneider LR, et al., (2020); McArthur C, et al., (2021); Badnjevic A, (2023); Underdahl L, et al., (2024)
Apoio Institucional	Criar políticas de incentivo à PBE e ao uso ético de tecnologias; disponibilizar infraestrutura e acesso à informação científica.	Facilita a adoção sistemática da MBE e fortalece a cultura de aprendizado contínuo.	Bibliotecas digitais; acesso remoto a bases de dados; reuniões para discussão crítica de casos e evidências.	Cruz DD e Pimenta CA 2005; Atallah AN 2018; Badnjevic A, 2023; Friedrich O & Schleidgen S, 2024,
Cultura Organizacional	Promover uma cultura que valorize a reflexão crítica, a ética e o cuidado centrado no paciente.	Reduz resistência à mudança e fortalece decisões baseadas em evidências e valores.	Comitês clínicos interdisciplinares; fóruns de debate sobre práticas baseadas em evidência e SDM; reconhecimento de boas práticas humanizadas.	Hoffmann, Montori e Del Mar, 2014.
Tecnologia e Inovação	Implementar *AI-CDSS*, *decision aids* e ferramentas de IA explicáveis, supervisionadas por profissionais.	Acelera o acesso e aplicação de evidências, reduz erros e personaliza o cuidado.	Integração de *decision aids* aos prontuários; uso de IA para busca e síntese de evidências; auditorias de vieses e revisões éticas periódicas.	Badnjevic A, 2023; Holm, S. 2023; Friedrich O & Schleidgen S, 2024,
Bem-estar Profissional	Implementar programas de prevenção de burnout, apoio psicológico e atenção plena.	Melhora o bem-estar, o foco e a capacidade de aplicar evidências de forma segura e reflexiva.	Sessões de mindfulness; grupos de apoio; políticas institucionais de equilíbrio entre vida profissional e pessoal.	Watson AG, et al., 2019; Underdahl L, et al., 2024.

Fonte: Ramos KO, et al., 2025.

Na dimensão educacional, destaca-se a importância de programas estruturados de formação em MBE, com uso de ferramentas de avaliação de competência e integração ao currículo de residência, favorecendo o desenvolvimento do pensamento crítico e da autonomia profissional (ILIC D et al., 2014). Um exemplo relevante é o ACE Tool (*Assessing Competency in Evidence-Based Medicine*), que avalia habilidades cognitivas, práticas e atitudinais em todas as etapas da MBE. Ao fornecer feedback individualizado, essa ferramenta fortalece o elo entre educação, qualidade assistencial e prática reflexiva, pilares indispensáveis para o equilíbrio do tripé tempo–produtividade–evidência (ILIC D et al., 2014).

No campo da gestão do tempo e da carga de trabalho, o redesenho de fluxos assistenciais, o uso racional de tecnologias e a redução de tarefas administrativas são medidas essenciais para liberar espaço cognitivo e temporal à análise de evidências. Contudo, tais mudanças precisam ser acompanhadas de uma revisão ética do que se entende por "eficiência". A rapidez na execução de condutas não pode suplantar o julgamento clínico nem a deliberação compartilhada (SCHNEIDER LR, et al., 2020; BADNJEVIC A, 2023; UNDERDAHL L, et al., 2024).

Nesse sentido, estratégias que integrem a MBE a abordagens centradas no paciente tornam-se cruciais. O modelo de *shared decision-making (SDM)*, processo dialogado em que médico e paciente discutem juntos as opções, riscos, benefícios e incertezas, ponderando também preferências e valores individuais, é um dos mais promissores, pois promove uma relação colaborativa entre médico e paciente (HOFFMANN, MONTORI e DEL MAR, 2014; WIERINGA TH, et al., 2019; SIMONS M, et al., 2024). Hoffmann, Montori e Del Mar, (2014), defendem que a MBE deve "começar com o paciente e terminar com ele", assegurando que o cuidado seja, ao mesmo tempo, cientificamente embasado e humanizado.

Complementarmente, as ferramentas auxiliares de decisão (*decision aids*) potencializam a autonomia do paciente, apresentando de forma clara e acessível as opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis, suas probabilidades de sucesso e possíveis efeitos adversos. Revisões sistemáticas recentes mostram que, embora nem todos os *decision aids* abordem todas as dimensões do SDM, seu uso melhora a satisfação do paciente e favorece a adesão ao tratamento. A incorporação dessas práticas na formação médica, aliando MBE, SDM e comunicação clínica, contribui para a construção de decisões compartilhadas mais seguras, éticas e contextualizadas (WIERINGA TH et al., 2019).

Em paralelo, as inovações tecnológicas emergem como mediadoras potenciais entre tempo e evidência. A Inteligência Artificial (IA) e os sistemas de apoio à decisão clínica (*Clinical Decision Support Systems – CDSS / AI-CDSS*) permitem acessar e aplicar, de forma ágil, informações relevantes ao caso individual, reduzindo erros diagnósticos e otimizando escolhas terapêuticas, especialmente em contextos de alta demanda (BADNJEVIC A, 2023). Contudo, sua adoção impõe novos desafios éticos e epistemológicos (HOLM S, 2023).

A exigência de explicabilidade (*explainability*) é um princípio central: algoritmos de "caixa-preta" podem comprometer a autonomia médica, deslocando a responsabilidade do julgamento clínico para sistemas automatizados. Esses algoritmos são sistemas de IA, especialmente aqueles baseados em aprendizado de máquina complexo (*Deep Learning*), cuja lógica interna de tomada de decisão é opaca, incompreensível ou não-rastreável para os usuários humanos, incluindo os médicos (LONDON AL, 2019; CHAN B, 2023).

Autores como Friedrich O e Schleidgen S, (2024), argumentam que o uso legítimo da IA na MBE requer responsabilidade epistêmica, ou seja, a capacidade do médico de compreender, questionar e contextualizar as recomendações algorítmicas. Além disso, há o risco de viés e desigualdade, já que algoritmos treinados em bases de dados não representativas podem reproduzir distorções raciais, socioeconômicas ou de gênero, comprometendo a equidade no cuidado (PANCH T, 2019).

Portanto, a adoção ética e responsável dessas tecnologias deve priorizar a transparência, a supervisão humana e a integração com o julgamento clínico e os valores do paciente. O uso da IA não deve substituir a reflexão, mas fortalecê-la; não deve reduzir o tempo de escuta, mas otimizar o tempo para que ele seja mais bem empregado (HOLM S, 2023).

Por fim, o bem-estar profissional permanece um componente essencial desse equilíbrio. O burnout, frequentemente relacionado à sobrecarga e à perda de propósito, reduz a capacidade de julgamento e enfraquece o vínculo com a prática reflexiva. Assim, programas de apoio psicológico, mindfulness e políticas de equilíbrio entre vida pessoal e trabalho não são complementos, mas pré-requisitos para a sustentabilidade da medicina baseada em evidências (WATSON AG, et al., 2019; WEN J, et al., 2016; HOSSEINI MS, et al., 2024; UNDERDAHL L, et al., 2024).

Dessa forma, os achados desta revisão indicam que a coexistência entre tempo, produtividade e evidência ainda é possível, desde que a noção de eficiência seja reconfigurada. A produtividade médica não deve ser medida pela quantidade de atendimentos ou pela velocidade das condutas, mas pela integração equilibrada entre conhecimento científico, reflexão crítica e cuidado compassivo. Reequilibrar esse tripé é, portanto, resgatar o propósito original da MBE: unir ciência, razão e humanidade em um mesmo ato clínico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A manutenção do equilíbrio entre tempo, produtividade e evidências na prática médica continua sendo um desafio complexo, que ultrapassa o âmbito técnico e envolve dimensões éticas, epistemológicas e organizacionais. A revisão mostrou que a hiperprotocolização e as pressões por eficiência reduzem a autonomia e a reflexão clínica, afastando a medicina de seu caráter humanista. Entretanto, iniciativas como o fortalecimento da formação em MBE, o uso de ferramentas educacionais (ACE Tool) e abordagens centradas no paciente (SDM, decision aids), além da incorporação ética da IA, apontam caminhos para reconectar evidência e valor humano. O bem-estar profissional, por sua vez, é essencial à sustentabilidade desse modelo, pois sem tempo e condições adequadas, a prática baseada em evidências se torna mera execução técnica. Assim, o futuro da MBE exige redefinir o tripé tempo–produtividade–evidência de forma que a eficiência caminhe junto à ética, à ciência e à humanidade.

REFERÊNCIAS

1. ATALLAH AN. Medicina baseada em evidências: Centro Brasileiro de Saúde Baseada em Evidências (CBSBE). Diag Tratam, 2018;23(2):43-4.
2. BADNJEVIC A. Evidence-based maintenance of medical devices: Current shortage and pathway towards solution. Technol Health Care, 2023;31(1):293-305.
3. BURLS A. What is critical appraisal? Evidence-Based Medicine Toolkit. BMJ Publishing Group; 2008.
4. CHAN B. Black-box assisted medical decisions: AI power vs. ethical physician care. Medicine Health Care Philos, 2023;26(3):285-92.
5. CRUZ DD, PIMENTA CA. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. Rev Lat Am Enfermagem, 2005;13:415-22.
6. EL DIB RP. Como praticar a medicina baseada em evidências. J Vasc Bras, 2007;6:1-4.
7. FARIA L, et al. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. Hist Cienc Saude Manguinhos, 2021;28(1):59-78.
8. FERRAZ L, et al. Ensino e aprendizagem da prática baseada em evidências nos cursos de Enfermagem e Medicina. Rev Bras Estud Pedagog, 2020;101:237-50.
9. FERNANDEZ A, et al. Evidence-based medicine: is it a bridge too far? Health Res Policy Syst, 2015;13(1):66.
10. FRIEDRICH O, SCHLEIDGEN S. The ethical implications of using AI in medicine. Camb Q Healthc Ethics, 2024;33(3):307-9.
11. GREENHALGH T, HOWICK J, MASKREY N. Evidence based medicine: a movement in crisis? BMJ, 2014;348:g3725.
12. HOFFMANN TC, MONTORI VM, DEL MAR C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. JAMA, 2014;312(13):1295-6.
13. HOLM S. On the justified use of AI decision support in evidence-based medicine: Validity, explainability, and responsibility. Camb Q Healthc Ethics, 2023;1-7.

14. HOSSEINI MS, et al. Formulating research questions for evidence-based studies. J Med Surg Public Health, 2024;2:100046.
15. ILIC D, et al. Development and validation of the ACE tool: assessing medical trainees' competency in evidence-based medicine. BMC Med Educ, 2014;14(1):1.
16. JACUPS S, BRADLEY C. Is the evidence-based medicine movement counter-productive: are randomised controlled trials the best approach to establish evidence in complex healthcare situations? Public Health Res Pract, 2023;33(1).
17. KELLY MP, et al. The importance of values in evidence-based medicine. BMC Med Ethics, 2015;16(1):69.
18. LONDON AJ. Artificial intelligence and black-box medical decisions: accuracy versus explainability. Hastings Cent Rep, 2019;49(1):15-21.
19. LOPES AA. Medicina baseada em evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. Rev Assoc Med Bras, 2000;46:285-8.
20. MCARTHUR C, et al. Barriers and facilitators to implementing evidence-based guidelines in long-term care: a qualitative evidence synthesis. Implement Sci, 2021;16(1):70.
21. PANCH T, MATTIE H, ATUN R. Artificial intelligence and algorithmic bias: implications for health systems. J Glob Health, 2019;9(2):020318.
22. SADEGHI-BAZARGANI H, et al. Barriers to evidence-based medicine: a systematic review. J Eval Clin Pract, 2014;20(6):793-802.
23. SCHNEIDER LR, et al. Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. Physis, 2020;30:e300232.
24. SIMINOFF LA. Incorporating patient and family preferences into evidence-based medicine. BMC Med Inform Decis Mak, 2013;13(Suppl 3):S6.
25. SIMONS M, et al. Integrating training in evidence-based medicine and shared decision-making: a qualitative study of junior doctors and consultants. BMC Med Educ, 2024;24(1):418.
26. SUBBIAH V. The next generation of evidence-based medicine. Nat Med, 2023;29(1):49-58.
27. UNDERDAHL L, et al. Physician burnout: evidence-based roadmaps to prioritizing and supporting personal wellbeing. J Healthc Leadersh, 2024;31:15-27.
28. VOLK RJ, et al. Supporting informed decision making when clinical evidence and conventional wisdom collide. BMC Med Inform Decis Mak, 2013;13(Suppl 3):S1.
29. WATSON AG, et al. Impact of physician workload on burnout in the emergency department. Psychol Health Med, 2019;24(4):414-28.
30. WEN J, et al. Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: a cross-sectional study. Biosci Trends, 2016;10(1):27.
31. WIERINGA TH, et al. Decision aids that facilitate elements of shared decision making in chronic illnesses: a systematic review. Syst Rev, 2019;8(1):121.