



Prática baseada em evidência e seus limites

Paula Broeiro*

A prestação de cuidados baseada em evidência é reconhecida como uma competência fundamental para os profissionais de saúde de diversas profissões e culturas.¹ Na era da medicina baseada em evidência (MBE) e do crescimento exponencial do conhecimento, a par da sua disponibilidade através de plataformas informáticas, amplia-se o sentimento diário do limite do saber.¹ A acessibilidade à informação e o seu uso regular é hoje considerado como recurso *major* da aprendizagem ao longo da vida.¹

Importa, todavia, definir o que se entende por evidência e como se estabelece a ponte com a prática clínica. Existe uma variedade de definições de MBE que, como qualquer definição, se torna redutora e insuficiente para explicar a complexidade do processo subjacente.¹ O termo MBE surgiu na literatura médica em 1991 como *“uma capacidade de avaliar a validade e a importância das provas, antes de as aplicar, no quotidiano, aos problemas clínicos”*.¹⁻² O conceito inicial de MBE correspondia ao *“uso consciente, explícito e judicioso da melhor prova na tomada de decisão no cuidado ao paciente individual”*.²

Tendo em conta três pressupostos subjacentes ao paradigma MBE (uma prática clínica equivalente a decisões clínicas; melhores decisões clínicas usando previsões matemáticas; a evidência proveniente de amostras populacionais mapeia decisões sobre pacientes individuais),³ a MBE poderia definir-se como *“o uso de estimativas matemáticas de risco, possibilidade de benefício e de dano, através de investigação de alta qualidade em amostras populacionais, para informar o clínico na tomada de decisão”*.³

Com a expansão da informação, o conhecimento deveria ser maior e a nossa prática mais efetiva.¹ Todavia, a tomada de decisão clínica, que inclui o raciocínio clínico, exige a aplicação de pelo menos dois tipos de conhecimento: o explícito (evidência) e o tácito (saber

acumulado).¹ A MBE pode ajudar no processo de decisão na incerteza, tornando acessível o conhecimento explícito; no entanto, não substitui o conhecimento tácito adquirido com a experiência, mais difícil de partilhar e que confere a capacidade de reconhecer, por exemplo, uma criança gravemente doente.¹ A experiência clínica ou o conhecimento tácito reflete-se num julgamento diagnóstico eficiente.² Sem experiência clínica, a prática esmagar-se-á por elementos de prova, uma vez que mesmo evidência excelente pode ser inaplicável ou inadequada para um paciente individual.²

O termo MBE tem evoluído para prática baseada em evidência (PBE) no sentido de incluir a aplicação da epidemiologia e a avaliação crítica na tomada de decisão explícita.¹ A prática baseada em evidência (PBE) significa integrar experiência individual com a melhor evidência externa disponível proveniente de investigação, aproximando-se da definição inicial de Sackett.² O processo de PBE foi descrito em etapas: tradução de incerteza numa pergunta; revisão sistemática da melhor evidência disponível; avaliação crítica da evidência (validade, relevância e aplicabilidade); aplicação dos resultados na prática e avaliação do desempenho.¹

As três primeiras etapas desta metodologia aproximam-se da estratégia das revisões baseadas em evidência (RBE) que têm sido publicadas na *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*.⁴ Em geral, nestas revisões os estudos têm sido avaliados qualitativamente e atribuída a força de recomendação com base no corpo de evidência, segundo a *Taxonomy Strength of Recommendation* (SORT).⁵ Esta taxonomia aborda a qualidade, quantidade e consistência das provas e valoriza a utilização dos resultados centrados no paciente.⁵ Outras taxonomias podem ser utilizadas, como a *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) que, para alcançar simplicidade, classifica a qualidade das provas em quatro níveis: alto, moderado, baixo e muito baixo. Na GRADE, a evidência baseada em ensaios randomizados controlados (RCT) começa como prova de

*Directora da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar



“alta qualidade”, mas a confiança nessa evidência pode diminuir por razões diversas, como limitações do estudo, inconsistência dos resultados, provas indiretas, imprecisões e vieses.⁶ Pelo contrário, estudos observacionais podem começar com uma classificação de “baixa qualidade” e subir de acordo com magnitude do efeito.⁶ Existem ainda outras taxonomias, cada qual revelará as suas vantagens, como a SORT com a valorização de resultados orientados para o paciente ou a GRADE com a disponibilização de uma ferramenta facilitadora da interpretação <http://www.guidelinedevelopment.org/>. Muito embora as taxonomias tenham contribuído para a interpretação de elementos de prova não diminuíram a importância da leitura crítica de cada peça de evidência nem uniformizaram a linguagem de evidência.

A ênfase dada à avaliação crítica da prova tem conduzido a um debate sobre a viabilidade da sua aplicação ao paciente individual.¹ As críticas à MBE incluem viés de publicação, pouco ênfase nos resultados relevantes para os pacientes (*disease vs illness*); no entanto, o seu estatuto científico mantém-se inquestionável.⁷ A crescente tomada de consciência da necessidade de uma boa evidência levou à percepção da sobrestimação do efeito – se aleatorização inadequada ou viés de publicação.¹ A agenda de investigação da MBE é, contudo, mais ampla que a avaliação crítica e enriqueceria se incluísse a experiência da doença do paciente e o ambiente de consulta em diferentes contextos.⁸ A investigação qualitativa também poderia contribuir para a compreensão da lógica de como os médicos e pacientes pensam, comunicam e interpretam evidência.⁸

Num editorial, Greenhalgh alerta para o paradoxo do rigor metodológico bem-intencionado da MBE perpetuar o mito de que nos libertamos de incertezas e ambiguidades se reduzirmos a complexidade do tratamento a questões centradas sobre populações, intervenções, comparações e resultados.³ A incerteza é um facto da vida na medicina e na vida real e a sua aceitação pode ajudar-nos a desenvolver estratégias eficazes para lidar com ela. As atitudes face à incerteza encontram-se em mudança, passando de tentativas de dominar ou diminuir a incerteza para a sua gestão.⁹

Importa assumir com naturalidade a incerteza, bem como os limites da evidência pela dificuldade em obter, por vezes, provas robustas (e.g., RCT como *Gold Standard*): em grupos especiais (e.g., crianças) ou doen-

ças raras. Algumas doenças raras podem afetar menos de cem pacientes, existindo pois situações em que grandes estudos não são viáveis, podendo ser necessário o recurso a modelos experimentais alternativos e/ou abordagens estatísticas refinadas.¹⁰ Deverá, ainda, existir ponderação entre pequenas peças de evidência de alta qualidade e quantidades relativamente maiores de provas de qualidade inferior ou recorrer-se à extrapolação de dados.¹¹ A extrapolação é geralmente definida como a extensão da informação e das conclusões provenientes de estudos num ou mais subgrupos da população e fazer inferências para outro subgrupo (e.g., adultos para crianças).¹¹ Tem como racional subjacente evitar estudos desnecessários na população-alvo, por razões éticas, de eficiência e alocação de recursos.¹¹

Outro dos problemas é a assunção de que a ausência de prova seja sinónimo de ausência de benefício ou dano,¹² como é inquestionável que medidas populacionais não suportadas por prova considerada de alta qualidade tenham benefício, como o rastreio universal de doenças metabólicas em recém-nascidos.¹³

PBE exige organizações comprometidas com as melhores práticas e com acesso universal e célere a bases de dados eletrónicas de MBE (sistemas e sinopses).¹ Todos os profissionais de saúde precisam compreender os princípios da PBE e de ter uma atitude crítica sobre a sua própria prática e a própria evidência.¹ Em qualquer decisão clínica, a questão inicial deveria ser *‘O que é melhor fazer, para esta pessoa, neste momento, dadas essas circunstâncias?’*³ E, como Sackett definiu, um bom médico deve decidir racionalmente, em consciência e criteriosamente sobre a melhor evidência.²⁻³ E, mais que saber as normas, o médico deve saber decidir qual é a norma mais relevante para cada doente.³

A Medicina Geral e Familiar, através da abordagem holística e generalista, reforçada por aptidões de decisão baseada em evidência e centrada no paciente, poderá responder de forma mais satisfatória e efetiva às questões atuais e antecipar respostas às necessidades futuras da população em cuidados de saúde primários.⁷

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, et al. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ.* 2005;5(1):1.



2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Br Med J*. 1996;312(7023):71-2.
3. Greenhalgh T. Why do we always end up here? Evidence-based medicine's conceptual cul-de-sacs and some off-road alternative routes. *J Prim Health Care*. 2012;4(2):92-7.
4. Braga R, Melo M. Como fazer uma revisão baseada na evidência [How to make an evidence-based clinical review article]. *Rev Port Clin Geral*. 2009;25(6):660-6. Portuguese
5. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, et al. Strength of Recommendation Taxonomy (SORT): a patient-centered Approach to grading evidence in the medical literature. *Am Fam Physician*. 2004;69(3):548-56.
6. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-6.
7. Premji K, Upshur R, Légaré F, Pottie K. Future of family medicine: role of patient centred-care and evidence-based medicine. *Can Fam Physician*. 2014;60(5):409-12.
8. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N, Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. 2014;348:g3725.
9. Yaphe J. Teaching and learning about uncertainty in family medicine. *Rev Port Med Geral Fam*. 2014;30(5):286-7.
10. Committee for Medicinal Products for Human Use. Guideline on clinical trials in small populations [Internet]. London: European Medicines Agency; 2006. Available from: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500003615.pdf
11. European Medicines Agency. Concept paper on extrapolation of efficacy and safety in medicine development [Internet]. London: EMA; 2013. Available from: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2013/04/WC500142358.pdf
12. Alderson P. Absence of evidence is not evidence of absence. *BMJ*. 2004;328(7438):476-7.
13. Sedgwick P. Understanding why 'absence of evidence is not evidence of absence'. *BMJ*. 2014;349:g4751.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

director@rpmgf.pt