
Por que ler artigos científicos?

1.1 “MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS” SIGNIFICA SIMPLEMENTE “LER ARTIGOS EM PERIÓDICOS MÉDICOS”?

A medicina baseada em evidências (MBE) é muito mais do que apenas ler artigos. De acordo com a definição mais amplamente citada, ela é “o uso cuidadoso, explícito e sábio da melhor evidência existente na tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes individuais”.¹ Essa definição é muito útil, mas ela não inclui o que, para mim, é um aspecto muito importante do assunto: o uso da matemática. Mesmo que você não saiba quase nada sobre medicina baseada em evidências, você sabe que ela menciona muitos números e proporções! Anna Donald e eu decidimos ser diretas sobre isso em nossa própria atividade de ensino e propusemos esta definição alternativa:

A medicina baseada em evidências é o uso de estimativas matemáticas do risco de benefício e de dano derivadas de pesquisas de alta qualidade sobre amostras populacionais para informar a tomada de decisões clínicas no diagnóstico, na investigação ou no manejo de pacientes individuais.

O aspecto definidor da medicina baseada em evidências, então, é o uso de números derivados da pesquisa sobre *populações* para informar decisões a respeito de *indivíduos*. Isto, obviamente, traz a questão “O que é pesquisa?”, para a qual uma resposta razoavelmente precisa seria “Investigação focada e sistemática objetivando gerar novos conhecimentos”. Nos capítulos posteriores, explico como essa definição pode ajudar-lhe a distinguir a pesquisa genuína (que deveria informar sua prática) das aventuras de má qualidade de amadores bem-intencionados (que você deveria polidamente ignorar).

Se você seguir uma abordagem baseada em evidências para tomada de decisão clínica, todos os tipos de aspectos relacionados aos seus pacientes (ou, se você trabalha em medicina de saúde pública, aspectos relacionados a grupos de pacientes) o levarão a fazer perguntas sobre evidências científicas, a buscar respostas para as questões de modo sistemático e a modificar sua prática de acordo.

Você poderia formular questões a respeito dos sintomas de um paciente (“em um homem de 34 anos, com dor no lado esquerdo do tórax, qual é a probabilidade de que isso seja um problema cardíaco grave e, se for, será evidenciado em um ECG de repouso?”), sobre sinais físicos ou diagnósticos (“em

um parto sem complicações, a presença de mecônio [indicando evacuação fetal] no líquido amniótico indica deterioração significativa no estado fisiológico do feto?”), sobre o prognóstico de uma doença (“se uma criança de dois anos de idade, anteriormente saudável, tem uma convulsão breve associada à febre alta, qual é a chance de que ela desenvolva epilepsia subseqüentemente?”), sobre o tratamento (“em pacientes com infarto agudo do miocárdio [ataque cardíaco], os riscos associados a medicamentos trombolíticos [anticoagulantes] são superados pelos benefícios, independente da idade, do sexo e da origem étnica do paciente?”), sobre custo-efetividade (“para reduzir a taxa de suicídio em um distrito de saúde, é melhor empregar mais psiquiatras, mais enfermeiros psiquiátricos comunitários ou mais aconselhadores?”), sobre as preferências dos pacientes (“entre mulheres que consultam com médicos homens para exame ginecológico, que proporção gostaria de ter uma acompanhante junto?”) e sobre diversos outros aspectos da saúde e dos serviços de saúde.

O professor Dave Sackett, no editorial de abertura do primeiro número do jornal Evidence-Based Medicine, resumiu as etapas essenciais da emergente ciência da medicina baseada em evidências:²

1. Converter nossa necessidade de informações em questões que possam ser respondidas (isto é, formular o problema).
2. Rastrear, com a máxima eficiência, as melhores evidências para responder a tais questões, as quais podem ser provenientes do exame clínico, do diagnóstico laboratorial, da literatura publicada ou de outras fontes.
3. Analisar criticamente as evidências (isto é, pesá-las) para verificar a sua validade (proximidade da verdade) e a sua utilidade (aplicabilidade clínica).
4. Implementar os resultados desta avaliação em nossa prática clínica.
5. Avaliar o nosso desempenho.

Assim, a medicina baseada em evidências exige não só que você leia artigos, mas também que leia os artigos *certos* no momento *certo* e, então, modifique o seu comportamento (e, o que freqüentemente é mais difícil, influencie o comportamento de outras pessoas) à luz do que descobriu. Preocupa-me que a abundância com que cursos sobre “como praticar” a medicina baseada em evidências com freqüência estejam concentrados na terceira dessas cinco etapas (análise crítica), excluindo todas as outras. Dessa forma, se você tiver feito a pergunta errada ou buscado respostas nas fontes erradas, é o mesmo que não ter lido artigo algum. Da mesma forma, todo o seu treinamento em técnicas de pesquisa e análise crítica será desperdiçado se você não despender pelo menos o mesmo esforço para implementar evidências válidas e mensurar o progresso em direção a seus objetivos, como você faz para ler artigos.

Se eu desejasse ser pedante a respeito do título deste livro, estes aspectos mais amplos da medicina baseada em evidências não deveriam nem mesmo

ser mencionados aqui. Mas eu esperaria que você exigisse seu dinheiro de volta se eu tivesse omitido a seção final deste capítulo (Antes de iniciar, formule o problema), o Capítulo 2 (Pesquisando a literatura) e o Capítulo 13 (Colocando as evidências em prática). Os Capítulos 3 a 12 descrevem a terceira etapa do processo da medicina baseada em evidências: análise crítica, ou seja, o que você deve fazer quando tiver um artigo na sua frente.

A propósito, se você souber usar o computador e quiser explorar o tema da medicina baseada em evidências na internet, pode tentar os *sites* da web a seguir. Se você não souber, não se preocupe (e também não se preocupe quando descobrir que há mais de 200 *sites* da web dedicados à medicina baseada em evidências – todos oferecem material muito semelhante e com certeza não é necessário visitar todos).

1. **Oxford Centre for Evidence-Based Medicine** Um *site* da web de Oxford, Reino Unido, bem administrado, contendo uma infinidade de recursos e *links* para MBE. <http://cebm.net>
2. **Centre for Health Evidence** Excelente *site* canadense da web com *links* para uma infinidade de recursos úteis, além de listar projetos de pesquisa em andamento sobre práticas baseadas em evidências. <http://cche.net/che/home.asp>
3. **Centre for Evidence-Based Nursing Site** para enfermeiros e interessados em tópicos da área da enfermagem, coordenado pela professora Nicky Cullum. <http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm>
4. **NHS Centre for Reviews and Dissemination Site** para baixar revisões baseadas em evidências de alta qualidade da série “Effective Health Care” financiadas pelo National Health Service (NHS) – um bom ponto de partida ao procurar evidências sobre questões complexas como “o que devemos fazer em relação à obesidade?” <http://www.york.ac.uk/inst/crd>
5. **Clinical Evidence*** Uma versão *on line* do excelente manual semestral sobre as melhores evidências para decisões clínicas como qual o melhor tratamento atual para fibrilação atrial? Produzido pelo BMJ Publishing Group. <http://www.clinicalevidence.com>

1.2 POR QUE AS PESSOAS FREQUENTEMENTE RECLAMAM QUANDO VOCÊ MENCIONA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS?

Os críticos da medicina baseada em evidências podem defini-la como “a tendência cada vez mais na moda de um grupo de professores de medicina

* N. de T. Evidência clínica: conciso – edição de dezembro de 2007 – pode ser encontrado em língua portuguesa, publicado pela Artmed Editora em 2008.

jovens, confiantes e numerosos de menosprezar o desempenho de médicos experientes usando uma combinação de jargão epidemiológico e destreza estatística”, ou “o argumento, geralmente apresentado com zelo quase evangélico, de que nenhuma ação relacionada à saúde jamais deveria ser realizada por médicos, enfermeiros, administradores de serviços de saúde ou políticos a menos e até que os resultados de diversos ensaios clínicos caros e com grande número de participantes tenham sido impressos e aprovados por um comitê de especialistas”.

Outros têm manifestado suas reservas de modo ainda mais forte: “a medicina baseada em evidências parece (substituir) os achados originais por conclusões subjetivamente selecionadas, arbitrariamente resumidas, legitimadas e tendenciosas de validade ou abrangência indeterminada. Foi desenvolvida por pessoas de capacidade, experiência e habilidade desconhecidas, usando métodos cuja falta de transparência impede a avaliação dos dados originais”.³

O ressentimento palpável entre muitos profissionais da saúde em relação ao movimento da medicina baseada em evidências³⁻⁵ é principalmente uma reação à sugestão implícita de que médicos (e enfermeiros, parteiras, fisioterapeutas e outros profissionais da saúde) eram funcionalmente analfabetos até que lhes fosse mostrada a luz, e de que os poucos que não eram analfabetos ignoravam propositalmente as evidências médicas publicadas. Qualquer um que trabalhe frente a frente com os pacientes sabe que freqüentemente é necessário procurar novas informações antes de tomar uma decisão clínica. Os médicos têm passado muito tempo nas bibliotecas desde que elas foram inventadas. Não prescrevemos um medicamento novo a um paciente sem evidências de que provavelmente funcione. Além disso, o uso de medicação não-licenciada é, estritamente falando, ilegal. Seguramente, todos nós temos praticado medicina baseada em evidências há anos, exceto quando estávamos deliberadamente blefando (usando o efeito placebo por boas razões médicas), ou quando estávamos doentes, superestressados ou sendo conscientemente preguiçosos?

Bem, na verdade, não. Houve uma série de estudos sobre o comportamento de médicos, de enfermeiros e de profissionais relacionados. Foi estimado, na década de 1970, nos Estados Unidos, que somente cerca de 10 a 20% de todas as tecnologias em saúde então disponíveis (medicamentos, procedimentos, cirurgias e assim por diante) eram baseadas em evidência; este número aumentou para 21% em 1990, de acordo com estatísticas oficiais dos EUA.⁶ Mais recentemente, os pesquisadores parecem ter parado de observar tecnologias que são, realmente, usadas para decisões de atenção a pacientes em particular. Estudos de intervenções oferecidas a séries consecutivas de pacientes sugeriram que entre 60 e 90% das decisões clínicas, dependendo da especialidade, são “baseadas em evidências”.⁷⁻¹¹ Porém, como foi discutido em outra ocasião,¹² estes estudos possuem limitações metodológicas. Acima de tudo, foram realizados em unidades especializadas e observaram a prática de espe-

cialistas mundiais em medicina baseada em evidências; assim, os números alcançados dificilmente podem ser generalizados para além de seu ambiente imediato (veja Seção 4.2).

Vamos examinar as várias abordagens que os profissionais de saúde utilizam para tomar suas decisões na vida real, as quais são exemplos do que a medicina baseada em evidências *não é*.

Tomada de decisão por relato de caso

Quando eu era estudante de medicina, ocasionalmente participava dos *rounds* clínicos diários de um professor renomado quando fazia seu roteiro diário pela enfermaria. Ao examinar um paciente novo, ele perguntava seus sintomas, se virava para a massa de estudantes em torno do leito e relatava a história de uma paciente similar, encontrada alguns anos atrás. “Ah, sim. Lembro que demos a ela tal e tal e ela melhorou depois disto”. Ele era cético, freqüentemente com razão, a respeito de novos medicamentos e tecnologias, e seu discernimento clínico era superior a todos. Contudo, ele levou 40 anos para acumular sua experiência, e o maior livro-texto médico de todos – a coleção de casos que não pertenciam à sua experiência pessoal – estava para sempre fora de seu alcance.

O relato de casos tem um lugar importante na prática médica.¹³ Os psicólogos demonstraram que os estudantes adquirem as habilidades da medicina, da enfermagem e assim por diante por meio da memorização do que estava errado com determinados pacientes, e o que tinha acontecido a eles, na forma de histórias como “roteiros de adoecimento”. As histórias sobre pacientes são a “unidade de análise” (isto é, o que estudamos) em grandes *rounds* e sessões de ensino. Os médicos compilam informações cruciais a partir das narrativas de adoecimento dos pacientes – mais crucial ainda, talvez, o que estar doente *significa* para o paciente.¹⁴ Médicos e enfermeiras experientes corretamente se apropriam dos “roteiros de adoecimento” acumulados de todos os seus pacientes anteriores quando manejam pacientes subseqüentes. Mas isso não significa simplesmente fazer pelo paciente B o mesmo que foi feito pelo paciente A, se seu tratamento funcionou, e fazer exatamente o oposto se não funcionou!

Os perigos de tomar decisões com base em um relato de caso são bem ilustrados ao considerar a razão risco-benefício dos medicamentos e dos remédios. Na minha primeira gestação, sofri vômitos severos e tomei a droga proclorperazina contra náusea (Stemetil). Em alguns minutos, apresentei um espasmo neurológico incontrolável e muito desconfortável. Dois dias depois, recuperei-me completamente desta reação idiossincrásica, mas a partir de então nunca mais prescrevi o medicamento, mesmo que a prevalência estimada de reações neurológicas à proclorperazina seja de apenas um em vários milhares de casos. Por outro lado, é tentador desprezar a possibilidade de efeitos adver-

so raros, porém potencialmente graves, de medicamentos familiares – como trombose devido à pílula anticoncepcional – quando alguém nunca encontrou esses problemas em si mesmo ou em seus pacientes.

Nós, médicos, não seríamos humanos se ignorássemos nossa experiência clínica pessoal, mas seria melhor se embasássemos nossas decisões na experiência coletiva de milhares de médicos tratando milhões de pacientes, em vez de fazê-lo com base no que vimos e sentimos como indivíduos. O Capítulo 5 deste livro (Estatística para não-estatísticos) descreve alguns métodos mais objetivos, como o número necessário tratar (NNT), para decidir se determinado medicamento (ou outra intervenção) em particular tem maior probabilidade de resultar em significativo ganho ou dano ao paciente.

Quando o movimento da medicina baseada em evidências ainda estava nos seus primórdios, Dave Sackett enfatizou que a prática baseada em evidências não era nenhuma ameaça à experiência ou julgamento clínico desatualizados.¹ A questão de *como* os clínicos conseguem se administrar para serem tanto “baseados em evidências” (isto é, informar sistematicamente suas decisões pelas evidências de pesquisa) como “baseados em narrativas” (isto é, incorporar toda a riqueza de seus relatos de caso clínicos acumulados e tratar o problema de cada paciente como uma história singular de adoecimento, em vez de um “caso de X”) é difícil de ser abordada filosoficamente e vai além do âmbito deste livro. O leitor interessado pode gostar de examinar dois artigos que escrevi a este respeito.^{15,16}

Tomada de decisão por recorte de artigos

Nos primeiros 10 anos após minha graduação, mantive um arquivo crescente de artigos médicos que eu recortava em minhas revisões semanais antes de descartar as partes menos interessantes. Se um artigo ou editorial parecia ter algo novo a dizer, eu alterava conscientemente minha prática clínica de acordo com suas conclusões. Desde que um artigo afirmou que todas as crianças com suspeita de infecção do trato urinário deviam ser enviadas para tomografia dos rins para excluir anormalidades congênitas, comecei a encaminhar todos os pacientes com menos de 16 anos com sintomas urinários para investigação com especialistas. A recomendação estava impressa e era recente, de forma que deveria, com certeza, substituir a prática-padrão – nesse caso, encaminhar somente as crianças menores de 10 anos que tivessem apresentado duas infecções bem-documentadas.

Esta abordagem à tomada de decisões clínicas ainda é muito comum. Quantos médicos você conhece que justificam sua abordagem a um determinado problema clínico citando a seção de resultados de um único trabalho publicado, mesmo que não consigam lhe dizer nada sobre os métodos usados para obter tais resultados? O ensaio foi randomizado e controlado (veja Seção 3.6)? Quantos pacientes, de acordo com idade, sexo e gravidade de doença,

estavam envolvidos (veja Seção 4.2)? Quantos abandonaram (“desistiram”) o estudo e por quê (veja Seção 4.6)? Quais os critérios para avaliar se os pacientes estavam curados (veja Seção 6.3)? Se os achados do estudo pareciam contradizer aqueles de outros pesquisadores, que tentativa foi feita para validar (confirmar) e reproduzir (repetir) os mesmos (veja Seção 7.3)? Os testes estatísticos que presumivelmente comprovaram a hipótese dos autores foram escolhidos de forma apropriada e realizados corretamente (veja Capítulo 5)? Os médicos (e enfermeiros, parteiras, administradores médicos, psicólogos, estudantes de medicina e ativistas dos direitos do consumidor) que gostam de citar os resultados de pesquisas médicas têm a responsabilidade de assegurar que primeiro responderam a uma lista de questões como estas (o Apêndice 1 apresenta uma lista ampliada delas).

Tomada de decisão à moda antiga

Quando escrevi a primeira edição deste livro em meados da década de 1990, o tipo mais comum de diretriz era o que era conhecido como uma declaração de consenso – resultado do trabalho duro de uma dúzia e pouco de eminentes especialistas que tinham se fechado em um hotel durante um fim de semana, em geral a expensas de uma empresa farmacêutica. Tais “diretrizes à moda antiga” com frequência saíam de impressos médicos (revistas médicas e outros “folhetos informativos” gratuitos patrocinados, tanto direta como indiretamente, pela indústria farmacêutica), como também de livretos de bolso repletos de recomendações prontas e orientações para manejo rápido. Mas quem diz que o conselho oferecido em um conjunto de diretrizes, um editorial confuso ou uma revisão com referências amplas está correta?

A professora Cynthia Mulrow, uma das fundadoras da ciência da revisão sistemática (veja Capítulo 8), demonstrou que especialistas em uma área clínica em particular são, na verdade, *menos* propensos a fornecer uma revisão objetiva de todas as evidências disponíveis do que um não-especialista que aborde a literatura com um olhar não-tendencioso.¹⁷ Em casos extremos, uma “opinião de um especialista” pode consistir simplesmente em maus hábitos cultivados durante a vida e de recortes de artigos pessoais de um médico idoso, e um grupo de tais especialistas simplesmente multiplicaria as visões mal-orientadas de qualquer um deles. A Tabela 1.1 apresenta exemplos de práticas que eram amplamente aceitas como boas práticas médicas (e que poderiam ter sido elaboradas à moda antiga como diretriz do dia), mas que subseqüentemente caíram em descrédito em virtude de ensaios clínicos de alta qualidade.¹⁸

O Capítulo 8 deste livro conduz você a uma lista de verificação para avaliar se uma “revisão sistemática de evidências” produzida para apoiar recomendações de práticas ou elaboração de políticas realmente merece esta denominação, e o Capítulo 9 discute o dano que pode ser causado pela aplicação de diretrizes que não sejam baseadas em evidências. Um feito importante do

Tabela 1.1

Exemplos de práticas prejudiciais que eram fortemente apoiadas pela “opinião de especialistas”

Época aproximada	Prática clínica aceita por especialistas da época	Evidências de pesquisa que demonstram que a prática é prejudicial	Impacto sobre a prática clínica
A partir de 500 a.C.	Sangria (para qualquer doença aguda)	1820*	A sangria parou por volta de 1910
1957	Talidomida para enjôo matinal no início da gestação, o que levou ao nascimento de mais de 8 mil bebês severamente malformados no mundo todo	1960	Os efeitos teratogênicos desta droga eram tão severos que a talidomida foi rapidamente abandonada quando o primeiro relato de caso apareceu
Pelo menos a partir de 1900	Repouso no leito para dor lombar aguda	1986	Muitos médicos ainda aconselham os pacientes com dor nas costas a “repousarem”
Década de 1960	Benzodiazepínicos (por exemplo, diazepam) para ansiedade e insônia leves, inicialmente anunciados como “não causadores de dependência”, mas que subsequente demonstraram causar dependência severa e sintomas de abstinência	1975	A prescrição de benzodiazepínicos para estas indicações caiu na década de 1990
Década de 1970	Injeção intravenosa de lignocaína em caso de infarto agudo do miocárdio, visando a prevenir arritmias, foi subsequente comprovada como não possuindo nenhum benefício geral e, em alguns casos, causando arritmias fatais	1974	A lignocaína continuou a ser rotineiramente oferecida até meados da década de 1980

* É interessante saber que a sangria foi provavelmente a primeira prática para a qual um ensaio controlado randomizado foi sugerido. O médico van Helmont lançou este desafio para seus colegas no ano de 1662: “Vamos pegar 200 ou 500 pessoas pobres que tenham febre. Vamos sortear, sendo que metade delas fica comigo, e as outras, com vocês. Eu as curarei sem sangria, mas vocês farão como sabem, e veremos quantos funerais teremos”.¹⁸ Agradeço a Matthias Egger por chamar minha atenção para este exemplo.

movimento da medicina baseada em evidências é que, nos dias de hoje, quase nenhuma diretriz é produzida à moda antiga!

Tomada de decisão por minimização de custos

O público em geral costuma ficar horrorizado quando descobre que o tratamento de um paciente foi interrompido devido ao custo. Administradores, políticos e, cada vez mais, médicos podem saber que serão cobrados pela imprensa quando uma criança com um tipo raro de câncer não for encaminhada a uma clínica especializada nos Estados Unidos ou quando o tratamento preventivo para osteoporose for negado a uma senhora idosa frágil. Porém, no mundo real, todo o atendimento à saúde é fornecido a partir de um orçamento limitado, sendo cada vez mais reconhecido que as decisões clínicas devem levar em conta os custos econômicos de uma determinada intervenção. Como é discutido no Capítulo 10, a tomada de decisão clínica baseada *puramente* no custo (“minimização de custos” – aquisição da opção mais barata independentemente de quão efetiva ela seja) em geral é tanto insensata quanto cruel, e temos o direito de protestar em voz alta quando isso ocorrer.

Entretanto, intervenções caras não devem ser justificadas simplesmente porque são novas ou porque, teoricamente, devem funcionar ou porque a única alternativa seja não fazer nada, mas porque elas têm alta probabilidade de salvar a vida ou melhorar significativamente sua qualidade. No entanto, como os benefícios de uma prótese de quadril em uma pessoa de 75 anos de idade podem ser comparados de modo expressivo com aqueles dos medicamentos que reduzem o colesterol em um homem de meia-idade ou com as investigações de infertilidade em um casal na segunda década da vida? Contrariamente ao senso comum, não há um conjunto auto-evidente de princípios éticos ou instrumentos analíticos que possamos usar para combinar recursos limitados com demanda ilimitada. Como veremos no Capítulo 10, o muito criticado índice de anos de vida ajustados para qualidade (*quality adjusted life year*, QALY) e unidades básicas com utilidades semelhantes são simplesmente tentativas de emprestar alguma objetividade à comparação ilógica, porém inevitável, de maçãs com laranjas no campo do sofrimento humano. No Reino Unido, o National Institute for Clinical Excellence (veja www.nice.org.br) busca desenvolver tanto diretrizes baseadas em evidências como alocação justa de recursos do National Health Service; seu trabalho é mais discutido nos Capítulos 9 e 10.

Há outra razão pela qual algumas pessoas não aceitam a expressão “medicina baseada em evidências”. Este capítulo discutiu que a medicina baseada em evidências lida com a mudança, e não o conhecimento de todas as respostas antes de começar. Em outras palavras, não se trata do que você leu no passado, mas de como você irá prosseguir identificando e atendendo suas necessidades progressivas de aprendizado e aplicando seu conhecimento de modo apropriado e consistente em novas situações clínicas. Os médicos formados no

estilo da antiga escola, de nunca admitir a ignorância, podem achar difícil de aceitar a existência de um importante elemento de incerteza científica em praticamente cada consulta clínica, embora, na maioria dos casos, o médico falhe na identificação da incerteza ou na sua articulação em termos de uma questão a ser respondida (veja Seção 1.3). Se tiver interesse em evidências de pesquisa sobre (a falta de) comportamento questionador dos médicos, procure a referência Deborah Swinglehurst¹⁹ para ler uma excelente revisão.

O fato de que nenhum de nós, nem mesmo os mais inteligentes ou os mais experientes, pode responder a todas as questões que emergem na consulta clínica mediana significa que o “especialista” é mais falível do que tradicionalmente se supõe. Uma abordagem baseada em evidências em *rounds* de enfermarias pode transformar a hierarquia médica tradicional quando a enfermeira da equipe ou o médico iniciante produzem novas evidências que desafiam o que o consultor tinha ensinado a todos na semana anterior. Para alguns médicos mais antigos, aprender as habilidades de análise crítica é o menor de seus problemas ao se ajustarem a um estilo de ensino baseado em evidências!

1.3 ANTES DE INICIAR, FORMULE O PROBLEMA

Quando peço a meus alunos de medicina que escrevam um ensaio sobre a pressão arterial elevada, freqüentemente elaboram um texto longo, erudito e correto na essência a respeito do que é a pressão arterial elevada, quais suas causas e quais as opções de tratamento. No dia em que entregam seus ensaios, a maioria sabe mais sobre pressão arterial elevada do que eu. Certamente sabem que a pressão alta é a causa isolada mais freqüente de acidente vascular cerebral e de que detectar e tratar a pressão alta de todas as pessoas reduziria a incidência do problema quase à metade. A maior parte deles está ciente de que o acidente vascular cerebral, embora seja devastador quando ocorre, é um evento bastante raro e que os medicamentos para pressão elevada possuem efeitos colaterais, como cansaço, tontura, impotência e perda de fôlego quando o banheiro fica longe.

Porém, quando faço uma pergunta prática a meus alunos, como “A Sra. Jones apresentou tontura com o uso de remédios para pressão alta e quer suspender toda a medicação; o que vocês a aconselhariam a fazer”?, eles ficam confusos. Compreendem a situação difícil da Sra. Jones, mas não conseguem extrair das páginas do seu ensaio a única coisa que a Sra. Jones precisa saber. Como Richard Smith (parafraçando T. S. Eliot) indagou, há alguns anos, em um editorial do *BMJ*: “Onde está a sabedoria que perdemos com o conhecimento e o conhecimento que perdemos com a informação”?.²⁰

Médicos (e muitos enfermeiros) experientes podem pensar que conseguem responder à pergunta da Sra. Jones a partir de sua própria experiência pessoal.

Como argumentei na seção anterior, poucos estariam certos. Ainda que estivessem certos nesse caso, necessitariam de um sistema geral para converter a massa de informações sobre um paciente (um conjunto maldefinido de sintomas, de sinais físicos, de resultados de exames e conhecimento do que aconteceu a esta paciente ou a um paciente semelhante anterior), os valores e as preferências (vantagens) particulares da paciente e outras coisas que poderiam ser relevantes (um palpite, um artigo lembrado pela metade, a opinião de um colega mais velho e experiente ou um parágrafo descoberto por acaso ao folhear um livro-texto) em um resumo sucinto de qual é o problema e de que itens específicos de informação adicional precisamos para resolver esse problema.

Sackett e colegas recentemente nos ajudaram ao dissecar as partes de uma boa pergunta clínica:²¹

- Primeiro, defina precisamente *sobre quem* é a questão (pergunte “como eu descreveria um grupo de pacientes semelhantes a este?”).
- A seguir, defina *que* manobra terapêutica você está considerando para este paciente ou esta população (por exemplo, um tratamento medicamentoso) e, se necessário, uma manobra de comparação (por exemplo, placebo ou tratamento-padrão atual).
- Finalmente, defina o *desfecho* desejado (ou indesejado) (por exemplo, redução da mortalidade, melhor qualidade de vida, redução geral de custos para o serviço de saúde, etc.).

A segunda etapa pode não estar relacionada, de fato, a um tratamento medicamentoso, uma cirurgia ou outra intervenção. A “manobra” poderia ser, por exemplo, a exposição a um suposto carcinógeno (algo que poderia causar câncer) ou a detecção de um desfecho substituto em particular em um exame de sangue ou em outra investigação. (Um desfecho substituto, como explica a seção 6.3, é algo que prediz, ou supostamente pode prever, o desenvolvimento ou a progressão posterior da doença. Na realidade, existem muito poucos testes que atuam de modo confiável como “bolas de cristal” para prever o futuro médico do paciente. A afirmativa “o médico olhou os resultados dos exames e me disse que eu tinha seis meses de vida” geralmente reflete ou má memória ou instruções irresponsáveis!) Em ambos os casos, o “desfecho” seria o desenvolvimento de câncer (ou alguma outra doença) depois de vários anos. Na maioria dos problemas médicos em pacientes individuais, porém, a manobra consiste em um tratamento específico iniciado por um profissional de saúde.

Assim, no caso da Sra. Jones, poderíamos perguntar: “Em uma mulher branca, com 68 anos, com hipertensão (pressão arterial elevada) essencial (comum), sem doenças coexistentes e sem história médica progressiva significativa, os benefícios da terapia continuada com bendrofluazida (basicamente, risco reduzido de acidente vascular cerebral) superam a inconveniência?” Note que, ao elaborar a questão específica, já definimos que a Sra. Jones nunca teve ataque cardíaco, acidente vascular cerebral nem sinais precoces como parali-

sia ou perda de visão transitórias. Se ela tivesse, o risco de acidente vascular cerebral subsequente seria muito maior, e nós, corretamente, balancearíamos a equação risco-benefício para refletir sobre isso.

Para responder à questão que propusemos, devemos determinar não só o risco de acidente vascular cerebral em caso de hipertensão não-tratada, mas também a provável redução do risco que podemos esperar com o tratamento medicamentoso. Esta é, de fato, uma reelaboração de uma questão mais geral (os benefícios do tratamento, nesse caso, superam os riscos?), que deveríamos ter feito em primeiro lugar à Sra. Jones antes de prescrever bendrofluazida e que todos os médicos deveriam, é claro, indagar a si mesmos cada vez que pensassem em fazer uma prescrição.

Lembre-se de que a alternativa da Sra. Jones de continuar usando esse fármaco em particular não é, necessariamente, não utilizar medicamento algum; pode haver outros fármacos com eficácia equivalente, mas com efeitos adversos menos prejudiciais (como é discutido no Capítulo 6, há um número excessivo de ensaios clínicos com medicamentos novos comparando o produto ao placebo, em vez de fazê-lo com a melhor alternativa disponível) ou tratamentos não-medicamentosos, como exercício, restrição de sal, homeopatia ou acupuntura. Nem todas estas abordagens ajudariam a Sra. Jones ou seriam aceitáveis para ela, mas seria bastante apropriado procurar evidências sobre se elas poderiam ajudá-la.

Provavelmente encontraremos respostas para algumas dessas questões na literatura médica, e o Capítulo 2 descreve como procurar artigos relevantes uma vez que você tenha formulado o problema. Porém, antes de começar, faça uma última avaliação de sua paciente com pressão alta. Para determinar suas prioridades pessoais (como ela valoriza uma redução de 10% em seu risco de acidente vascular cerebral em cinco anos comparada à incapacidade de ir às compras desacompanhada hoje?), você deve abordar a Sra. Jones, e não um especialista em pressão arterial ou a base de dados do Medline!

Alguns autores sobre medicina baseada em evidências são entusiastas do uso da abordagem por árvore de decisão para incorporar a perspectiva do paciente a uma opção terapêutica baseada em evidências.²² Na prática, isso frequentemente prova ser impossível, pois (acredito eu) as experiências dos pacientes são histórias complexas que se recusam a ser reduzidas a uma árvore de decisões na forma sim/não. Talvez a crítica mais poderosa à medicina baseada em evidências seja que, se for mal-utilizada, ela desconsidera a perspectiva própria do paciente sobre seu adoecimento em favor de um efeito médio em uma amostra populacional ou de uma coluna de QALYs (ver Capítulo 10) calculado por um estatístico médico. Nos últimos anos, o movimento da medicina baseada em evidências progrediu rapidamente ao desenvolver uma metodologia mais prática para incorporar a perspectiva do paciente à tomada de decisão clínica,^{23,24} a introdução de políticas baseadas em evidências²⁵ e o delineamento e condução de ensaios de pesquisa (veja o *site* do INVOLVE – anteriormente conhecido como Consumers in NHS Research <http://www.invo>).

org.uk). Tente incorporar a perspectiva do paciente ao modelo de cinco etapas de Sackett para uma prática baseada em evidências¹²; os oito estágios resultantes, por mim denominados como lista de verificação sensível ao contexto para prática baseada em evidências, são apresentados no Apêndice 1.

Exercício 1

1. Retorne ao quarto parágrafo deste capítulo, no qual são apresentados exemplos de questões clínicas. Decida se cada uma delas é uma questão adequadamente focada em termos de:
 - a) paciente ou problema;
 - b) manobra (tratamento, marcador prognóstico, exposição);
 - c) manobra comparativa, se for apropriado; e
 - d) desfecho clínico.
2. Agora tente o seguinte:
 - a) Uma criança de cinco anos estava recebendo esteróides tópicos em altas doses para um eczema grave desde os 20 meses de idade. A mãe acredita que os esteróides estejam prejudicando o crescimento da criança e deseja mudar para um tratamento homeopático. Que informações o dermatologista necessita para decidir (a) se a mãe está certa sobre os esteróides tópicos e (b) se o tratamento homeopático ajudará essa criança?
 - b) Uma mulher com nove semanas de gestação telefona para seu clínico geral devido a uma dor abdominal e a um sangramento. Uma ecografia prévia mostrou que a gestação não era ectópica. O clínico decide que ela pode estar tendo um aborto e lhe diz que deve ir ao hospital para uma ecografia e, possivelmente, uma cirurgia para curetagem uterina. A mulher se recusa. Que informações ambos necessitam de modo a definir se a internação hospitalar é necessária em termos médicos?
 - c) No Reino Unido, a maioria dos pais leva seus bebês para avaliação do desenvolvimento com 6 semanas, 8 meses, 18 meses e 3 anos de idade, durante as quais um médico ausculta procurando por sopros cardíacos, palpa o abdome e verifica se os testículos estão presentes, e uma enfermeira sacode um chocalho e conta quantos blocos o bebê consegue empilhar para formar uma torre. Ignorando os aspectos sociais das “clínicas de puericultura”, que informações você necessitaria para decidir se o serviço constitui um bom uso dos recursos de saúde?

REFERÊNCIAS

1. Sackett DL, Rosenberg WC, Gray JAM. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;**312**:71-2.
2. Sackett D, Haynes B. On the need for evidence-based medicine. *Evid Based Med* 1995;**1**:4-5.
3. Stradling JR, Davies RJO. The unacceptable face of evidence-based medicine. *J Eval Clin Pract* 1997;**3**:99-103.
4. Williams DD, Garner J. The case against 'the evidence': a different perspective on evidence-based medicine. *Br J Psychiatry* 2002;**180**:8-12.
5. Cohen AM, Stavri PZ, Hersh WR. A categorization and analysis of the criticisms of evidence-based medicine. *Int J Med Inform* 2004;**73**:35-43.
6. Dubinsky M, Ferguson JH. Analysis of the National Institutes of Health Medicare Coverage Assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 1990;**6**:480-8.

7. Howes N, Chagla L, Thorpe M, McCulloch P. Surgical practice is evidence based. *Br J Surg* 1997;**84**:1220-3.
8. Myles PS, Bain DL, Johnson F, McMahon R. Is anaesthesia evidence-based? A survey of anaesthetic practice. *Br J Anaesth* 1999;**82**:591-5.
9. Geddes J, Game D, Jenkins N, Peterson LA, Pottinger GR, Sackett DL. In: patient psychiatric treatment is evidence-based. *Qual Health Care* 1996;**4**:215-17.
10. Gill P, Dowell AC, Neal RD, Smith N, Heywood P, Wilson AE. Evidence-based general practice: a retrospective study of interventions in one training practice. *BMJ* 1996;**312**: 819-21.
11. Ellis J, Mulligan I, Rowel J, Sackett DL, Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL. Inpatient general medicine is evidence-based. *Lancet* 1995;**346**:407-10.
12. Greenhalgh T. 'Is my practice evidence-based. *BMJ* 1996;**313**:957-8.
13. Macnaughton J. Anecdote in clinical practice. In: Greenhalgh T, Hurwitz B, eds. *Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Publications, 1998.
14. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative? *BMJ* 1999; **318**: 48-50.
15. Greenhalgh T. Intuition and evidence – uneasy bedfellows? *Br J Gen Pract* 2002;**52**: 395-400.
16. Greenhalgh T. Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ* 1999;**318**:323-5.
17. Mulrow C. Rationale for systematic reviews. *BMJ* 1995;**309**:597-9.
18. van Helmont JA. *Oriatrike, or physick refined: the common errors therein refuted and the whole art reformed and redified*. London: Lodowick-Loyd, 1662.
19. Swinglehurst D. Information needs of primary care. *J Inform Prim Care* 2005 (in press).
20. Smith R. Where is the wisdom...? *BMJ* 1991;**303**:798-9.
21. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg WMC, Haynes RB. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*, 2nd edn. London: Churchill-Livingstone, 2000.
22. Llewellyn-Thomas HA. Investigating patients' preferences for different treatment options. *Can J Nurs Res* 1997;**29**:45-64.
23. Boote J, Telford R, Cooper C. Consumer involvement in health research: a review and research agenda. *Health Policy* 2002;**61**:213-36.
24. Entwistle VA, O'Donnell M. Research funding organisations and consumer involvement. *J Health Sery Res Policy* 2003;**8**: 129-31.
25. Majone G. *Evidence, argument and persuasion in the policy process*. New Haven, CT: Yale University Press, 1989.