

Medicina Baseada em Evidências: Como Proceder Quando Não Há Evidências Comprovadas?

Evidence-Based Medicine: How to Conduct When There Is No Proven Evidence?

Gilson Soares Feitosa^{1*}

¹Diretor de Ensino e Pesquisa do Hospital Santa Izabel, Editor-Chefe da Revista Científica Hospital Santa Izabel; Salvador, Bahia, Brasil



Um notável avanço da medicina deu-se quando passou a ser científica. Isto é, quando a adoção de seus procedimentos preventivos, diagnósticos e terapêuticos passaram a ser submetidos à exigência da comprovação de sua veracidade.

Isso teve início em meados do século passado, com o surgimento dos estudos randomizados. Assim, diante de uma hipótese passou-se a exigir sua comprovação geralmente baseada em avaliação comparativa e aleatorizada, quando se tratava de um estudo de intervenção. Isso estendeu-se, a princípio, a outras observações com o propósito conservador-protetor de que o novo teria que ser demonstrado ou negado a partir de sua hipótese principal.

Por outro lado, verificava-se que pacientes com problemas semelhantes recebiam diferentes abordagens dependendo do médico, hospital ou local. Os Guidelines ou Diretrizes passaram então a oferecer a oportunidade de um manuseio mais uniforme e benéfico para todos, independentemente do local ou hospital. Além disso, promovem intervenções de benefício comprovado e desencorajam aqueles sem benefício e assim têm o potencial de reduzir morbidade, mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes ao menos para algumas condições.¹

As diretrizes médicas então se apossaram desse princípio de medicina baseada em evidências para as suas recomendações, que passaram a ser hierarquizadas e construídas levando-se em consideração que as mais fortes mereciam recomendação preferencial e eram feitas através de grandes estudos randomizados ou a partir de suas metanálises.

Tais evidências são chamadas de nível A, o que representa uma verdade estabelecida, ao menos por algum tempo. A Cardiologia tomou a dianteira na construção de suas diretrizes que passaram a ser cada vez mais abrangentes.

Correspondence addresses:

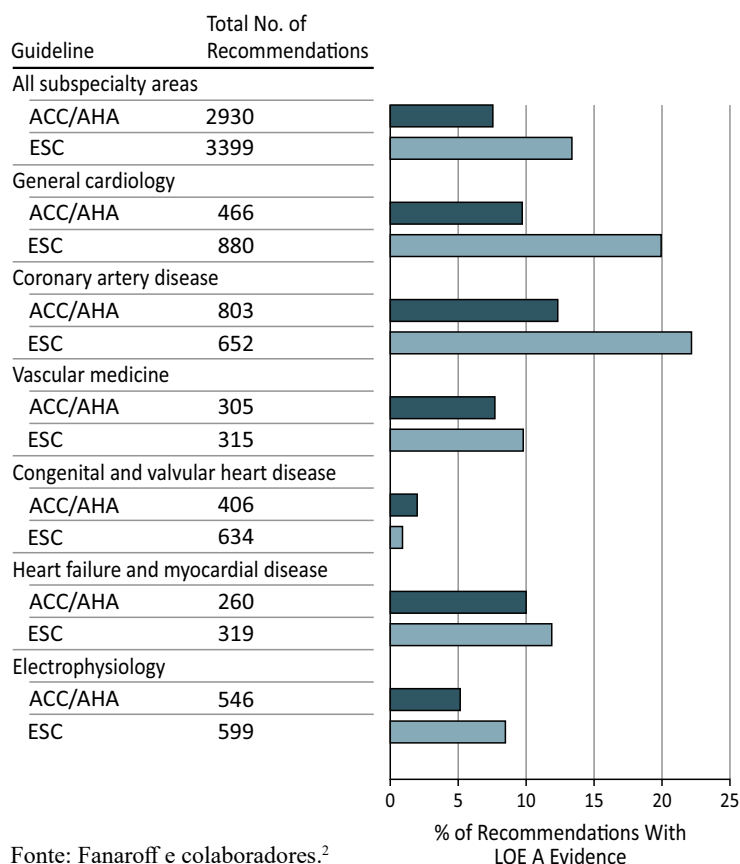
Dr. Gilson Soares Feitosa
gilson-feitosa@uol.com.br

Copyright

© 2022 by Santa Casa
de Misericórdia da Bahia.
All rights reserved.
ISSN: 2526-5563
e-ISSN: 2764-2089
DOI:10.35753.

Uma análise recente, reunindo diretrizes do *American College of Cardiology*, conjuntamente com o *American Heart Association*, além das diretrizes oriundas da *European Society of Cardiology*, reconhecidamente as mais importantes associações médicas em cardiologia no mundo, revelou uma surpreendente baixa demonstração de nível A de evidência em suas recomendações. Nas diretrizes americanas de Cardiologia, em menos do que 10% das instâncias. Nas diretrizes europeias, em torno de 18%. Havendo, assim, uma variação de construção dessas evidências de acordo com a área que se considere: menos de 2% nas valvopatias e cardiopatias congênitas e um máximo em torno de 25% na doença arterial coronariana como um todo (Figura 1).² É notório observar que justamente onde não existem evidências de nível A que os médicos no dia a dia têm que tomar decisões.

Figura 1. Nível de evidências A de acordo com a área de atuação em Cardiologia.



A construção da evidência nos moldes atuais, baseada no emprego de recursos individuais de pessoas e pacientes com grande comprometimento de investigadores na busca prospectiva de detalhes de eventos, revela-se custoso, penoso e demorado. O que demonstra que há ainda um longo caminho a ser perseguido para a construção das melhores evidências em medicina.

Fica claro que o processo de sua construção terá que seguir modelos que não os atuais, devendo evoluir para os estudos ditos pragmáticos e os registros qualificados de grandes populações como começa a ser feito na Suécia.

Enquanto isso, na ausência de evidências cientificamente demonstradas, cabe ao médico zelar por sempre escolher opções que tenham o menor risco de causar danos aos pacientes. Para tanto, ele deve recorrer ao artifício da extrapolação de dados já demonstrados em outros experimentos ou recorrer a opiniões qualificadas interpares ou experiências pessoais. Ao tempo em que se deve ter o bom senso de saber que decisão sem evidência associa-se a risco não previsível.

Referências

1. Chassin MR, Brook RH, Park RE, Keesey J, Fink A, Kosecoff J, et al. Variations in the use of medical and surgical services by the Medicare population. *N Engl J Med* 1986;314:285-90.
2. Fanaroff AC, Califf RM, Windecker S, Smith SC Jr, Lopes RD. Levels of evidence supporting American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Cardiology guidelines, 2008-2018. *JAMA*. 2019;321(11):1069-1080.