

EDITORIAL

Qualidade da evidência e robustez das recomendações Quality of evidence and strength of recommendations

Em cada caso clínico concreto, a ponderação das variáveis em presença que precede a tomada de decisões terapêuticas constitui um complexo cálculo de probabilidades. A correcção deste difícil exercício, cuja importância é supérfluo realçar, tem como elementos basilares o saber individual e a experiência acumulada por quem o efectua. No entanto, a enorme soma de conhecimentos actuais e a frequência reduzida de algumas situações, torna muito difícil que cada clínico domine, em cada momento, todas as áreas da sua especialidade, mesmo com recurso a leitura sistemática das insubstituíveis publicações médicas.

Nas últimas décadas tem-se acentuado um movimento para a elaboração de recomendações quer de orientação e/ou diagnóstico quer de opções terapêuticas, que possibilitam a cada clínico encontrar apoio, muitas vezes *online*, perante situações que lhes deixam dúvidas.

Mas, que credibilidade possuem essas recomendações? Até aos anos 80 do século passado, o habitual era pedir a um perito que procedesse a uma revisão da literatura e integrando a sua experiência, produzisse um texto que passava a ser considerado a orientação mais adequada na área em análise. Surgiu depois a filosofia da Medicina Baseada na Evidência, em grande parte resultante da valorização generalizada dos conceitos subjacentes aos ensaios clínicos aleatorizados, obedecendo a normas de estruturação que tornavam mais sólidos os seus resultados. Daí resultaram, sobretudo com o impulso de concepções originárias das comunidades médicas do Reino Unido, Estados Unidos, países do norte da Europa e Austrália, novos paradigmas de recomendações a que, de acordo com a qualidade da evidência em que se baseiam, são

atribuídos graus diferentes de robustez. O exemplo porventura mais difundido na nossa especialidade é o conjunto de normas oriundas do National Institute of Clinical Excellence inglês mas várias outras estão disponíveis.

É evidente que, por um lado, nem todas as recomendações se baseiam em evidências suficientemente fortes. Isso fica bem patente na ainda muito elevada proporção de recomendações com a sigla GPP (Good Practice Point, reflectindo apenas a opinião consensual do grupo de peritos) aplicada a circunstâncias/situações em que não há estudos que originem níveis de evidência suficiente para atribuição de graus mais elevados de robustez à recomendação. Por outro lado, é preciso ter presente que, mesmo quando fortemente alicerçadas em estudos credíveis e correctos, as recomendações são generalizações baseadas em estudos em populações que têm com certeza muito de comum com o *nosso doente* mas em que este possui uma individualidade de características que tem que ser valorizada e tida em conta.

Por ter presente estas e outras críticas à transposição pura e simples de evidências resultantes de estudos para recomendações, surgiu há alguns anos o GRADE Working Group que incorpora na definição da força das suas recomendações não só a qualidade da evidência, mas também a ponderação de consequências desejáveis e não desejáveis de estratégias alternativas possíveis, a variabilidade nos valores e preferências dos doentes, bem como os custos. Além disso, a opção deste grupo foi apresentar as recomendações como “intervenção/acção/opção”: 1) fortemente recomendada; 2) fracamente recomendada; 3) fracamente não recomendada; e 4) fortemente não re-

comendada. Trata-se de uma perspectiva mais ampla e eventualmente mais útil do ponto de vista clínico.

Mas, regressando ao tema da qualidade da evidência, é indispensável ter em conta uma hierarquia generalizadamente aceite hoje quanto à qualidade dos estudos. No nível mais elevado estão as meta-análises de múltiplos estudos em aleatório e no nível mais baixo as opiniões de peritos, situando-se entre estes extremos (por ordem decrescente de qualidade) os estudos controlados em aleatório, os estudos de coorte, os estudos de caso-controlo e os casos clínicos/séries de casos clínicos.

É, pois absolutamente fundamental que, sem desprimor para os casos clínicos realmente raros e in-

formativos, comecemos a valorizar adequadamente a vertente de investigação clínica e nos esforcemos por dar origem a evidências suficientemente credíveis para poderem ser tidas em conta na elaboração de recomendações que apoiem cada vez mais a actuação clínica concreta.

Na sua função pedagógica, a Acta tem procurado incentivar e/ou promover a disseminação de informação sobre estes pontos. Exemplos de concretizações específicas foram as duas reuniões ocorridas sobre *Medical Writing* em que participou. Tendo em conta a adesão dos participantes, julgo que pode ser afirmado que tiveram resultados muito promissores.

Carlos Calhaz Jorge
Editor Associado