



## **PARA SEREM REALMENTE BASEADAS NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA, AS NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA (GUIDELINES) NECESSITAM DE ESTUDOS DE BOA QUALIDADE, NÃO DE OPINIÕES DE PERITOS**

Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith SC Jr. Scientific evidence underlying the ACC/AHA Clinical Practice Guidelines. *JAMA* 2009 Feb 25; 301 (8): 831-41. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/301/8/831> [acessado em 20/04/2009].

### **Contexto**

As Normas de Orientação Clínica (NOC) conjuntas do *American College of Cardiology* (ACC) e da *American Heart Association* (AHA) são documentos importantes na orientação da prática cardiológica, assim como no estabelecimento de critérios de qualidade clínica.

### **Objectivos**

Descrever a evolução das recomendações das NOCs dos ACC/AHA e a respectiva classificação em níveis de evidência e classes de recomendação.

### **Fontes dos dados e selecção dos estudos**

Seleccionaram-se dados de todas as NOCs das ACC/AHA de 1984 a Setembro de 2008 na *ACC Science and Quality Division*. Abstraíram-se 53 NOCs referentes a 22 tópicos, com um total de 7.196 recomendações.

### **Extracção de dados**

Determinaram-se o número de recomendações e a distribuição por classes de recomendação (I, II e III) e níveis de evidência (A, B e C). O subgrupo de NOCs que eram válidas em Setembro de 2008 foi avalia-

do em termos de alterações das recomendações entre a versão inicial e a actual, assim como em termos dos padrões de níveis de evidência utilizados nas NOCs mais recentes.

### **Resultados**

Entre as NOCs com pelo menos uma revisão até Setembro de 2008, o número de recomendações aumentou de 1.330 para 1.973 (>45%) da versão inicial para actual, verificando-se o maior aumento nas recomendações classe II. Das 16 NOCs que reportavam níveis de evidência, apenas 314 de 2.711 são do nível A (mediana 11%), sendo 1.246 (mediana 48%) de nível C. Os níveis de evidência variam significativamente entre o tipo de NOC (doença, intervenção ou diagnóstico) e entre as NOCs individualmente. As recomendações com níveis de evidência tipo A concentram-se principalmente na classe I, mas apenas 245 de 1.305 recomendações classe I possuem nível de evidência A (mediana 19%).

### **Conclusões**

As recomendações das NOCs da ACC/AHA baseiam-se largamente em níveis baixos de evidência ou opiniões de peritos. A proporção de recomendações para as quais não existe evidência conclusiva está também a crescer. Estes achados sublinham a necessidade de melhoria no desenho das NOCs, assim como da expansão da base de evidência da qual se derivam NOCs.

### **Comentário**

Hoje em dia as Normas de Orientação Clínica parecem presentes em todo o lado. A sua importância reflecte-se por exemplo na existência

de duas redes mundiais de instituições e indivíduos dedicadas às NOCs (a *Guideline International Network* e a Rede Iberoamericana de Guias de Prática Clínica), assim como de um número crescente de organizações – governamentais ou não – que se dedicam à sua elaboração, disseminação e implementação. Os profissionais de saúde, os gestores/administradores e até os responsáveis políticos encaram as NOCs como instrumentos válidos para a manutenção de qualidade clínica, assim como para a racionalização de recursos. As NOCs emanadas de sociedades profissionais gozam de particular credibilidade, pelo que as suas recomendações carregam naturalmente grande peso e importância, já que servem de instrumento de orientação para a prática clínica.

A credibilidade de uma NOC advém acima de tudo da base de evidência científica em que as suas recomendações se apoiam. Hoje em dia, as mais credíveis têm de ser baseadas na melhor evidência científica disponível, através de um processo complexo de selecção, avaliação crítica, síntese e recomendações específicas. Estas são habitualmente classificadas em graus de evidência (no caso das discutidas neste artigo elas são estratificadas em A, B e C – conforme o tipo de evidência subjacente em que se baseiam) e em classes de recomendação (I, II, IIa, IIb e III – conforme o tipo de concordância da evidência de base).

O presente artigo analisa cuidadosamente a evolução das recomendações das NOCs dos ACC/AHA e a respectiva classificação em níveis de evidência e classes de reco-



mendação, concluindo que aquelas se baseiam acima de tudo em níveis baixos de evidência ou opiniões de peritos, com uma crescente proporção de recomendações para as quais não existe evidência conclusiva.

As conclusões deste estudo, de grande actualidade e importância, levam-me às seguintes reflexões:

Na ausência de evidência de boa qualidade (isto é, estudos válidos com resultados importantes e aplicáveis aos nossos doentes) que possa servir de base às NOCs existem duas hipóteses: ou se reconhece essa ausência e nada se recomenda (que é por exemplo a posição da *United States Preventive Services Task Force*), ou se reconhece essa ausência e recomendam-se intervenções baseadas em evidência de qualidade pobre (o caso presente). A segunda abordagem tem o problema de, num mundo em que muito pouca gente consegue verdadeiramente compreender a metodologia científica por traz destas classificações, poder confundir a validade relativa das recomendações – que é precisamente o que uma NOC baseada na evidência não deve fazer.

Recomendações como as emitidas pelos ACC/AHA têm hoje em dia uma importância que ultrapassa o simples facto de servirem de ajuda à prática clínica, por exemplo através de criação de indicadores de qualidade clínica para auditorias e de servirem de padrão para medidas de racionalização de custos. Se estas recomendações se baseiam em opiniões de peritos (a evidência de menor força), então existe uma real possibilidade de se criar uma situação de grande arbitrariedade, com opiniões desencontradas e po-

lémicas, abrindo até a porta a decisões tomadas afinal numa perspectiva exclusivamente económica, por ausência de concordância clínica.

Quando não existe evidência de boa qualidade, então a prática clínica deverá ser mantida livre em termos do médico individual, que fará o que a sua experiência e ética lhe impõem, numa maximização de benefício e minimização de riscos. No caso da Cardiologia, esta ausência de evidência parece difícil de aceitar, já que os cardiologistas têm sido responsáveis pela publicação de um número muito elevado de estudos clínicos de excelente qualidade, verdadeiros modelos de investigação clínica. Basta pensar na doença coronária, na hipertensão e na insuficiência cardíaca (para só citar três patologias) para nos darmos conta da quantidade notável de estudos de diagnóstico, terapêutica e prognóstico disponíveis para servir de base a NOCs. Portanto, o que se passa aqui?

Os comités responsáveis pela elaboração de NOCs deverão fazer todos os esforços para basearem as suas recomendações em evidência de boa qualidade, evitando que aquelas se baseiem acima de tudo em opinião de peritos. É conhecido o grave problema de conflito de interesses que muitos peritos elaboradores de NOCs apresentam, com frequentes ligações próximas à indústria farmacêutica, introduzindo por esta via vieses muito sérios nas recomendações finais.

António Vaz Carneiro  
Director, Centro de Estudos  
de Medicina Baseada na Evidência  
Faculdade de Medicina de Lisboa