

«Da arte das evidências»

ANTÓNIO LOURENÇO

“It is much more important to know what sort of patient has a disease than what sort of disease a patient has”

Sir William Osler

O artigo «Leitura Crítica de Artigos Médicos» publicado neste número da Revista Portuguesa de Clínica Geral aborda a importante temática da avaliação da profícua literatura médica. Uma das mensagens chave transmitida, e que o autor já expressara em carta no número anterior da revista¹, é que o Médico de Família só se deveria debruçar sobre artigos apelidados com o acrónimo POEM (*Patient Oriented Evidence that Matters*), deixando transparecer a ideia que a política editorial privilegiasse exclusivamente estudos deste tipo. Igualmente se percepção a adesão do autor aos princípios da denominada Medicina Baseada na Evidência (MBE).

Regozijamo-nos pela iniciativa do colega. A Revista deve constituir um espaço aberto de diálogo de ideias, e a participação activa de todos é mais que desejável para o desenvolvimento da Revista e da nossa especialidade^{2,3}. Concordamos com as preocupações expressas; no entanto desejaríamos partilhar algumas reflexões adicionais.

Temos sido dos que preconizam, com algum conhecimento teórico-prático, que a MBE faça parte da proficiência técnica dos Médicos de Família⁴. Também defendemos inquestionavelmente que o teste padrão da evidência na área terapêutica, é o ensaio clínico

aleatorizado e controlado (ECAC). Mas muitos problemas clínicos, nomeadamente nas áreas do diagnóstico, do rastreio, da prevenção, da avaliação de aspectos específicos da prestação de cuidados de saúde, podem necessitar de outras metodologias (das quais realçamos os estudos qualitativos), que não só a do ECAC. De facto uma questão relativamente angustiante, é que há muitos problemas com que o Médico de Família se defronta diariamente, para os quais não existem estudos (ou evidência) que suporte a tomada de decisão.

Pensamos que a prática da Medicina (e da MBE) não é sinónima da aceitação pura e simples daquilo que está escrito nos artigos tipo POEM (mais comumente designados de pragmáticos), entre outros motivos, porque muitos ECAC não são exactamente aquilo que parecem. O objectivo e desenho do estudo, as variáveis escolhidas, os critérios de inclusão e exclusão dos doentes, a comparabilidade dos grupos, o método de aleatorização, a existência de ocultação, os métodos estatísticos escolhidos, a dimensão da amostra, o tipo de análise efectuada, a apreciação dos intervalos de confiança, a estimativa do risco relativo, risco absoluto, número necessário para tratar, número necessário para lesar, a análise de subgrupos, a adequabilidade da escolha do tipo de alguns *outcomes* clínicos, a generalização dos dados, etc, são aspectos a considerar na avaliação científica de um ECAC sobre terapêutica. No entanto, após a demonstração da eficácia, há que não esquecer a ponderação da efectividade, se possível a eficiência, a segurança e o binómio risco/benefício.

Aos fundamentalistas de uma certa

Editor da Revista Portuguesa de Clínica Geral.
Ass. Grad. de Clínica Geral do CS do Cartaxo.

MBE como David Sackett⁵, outros que-rem contrapor algum equilíbrio, haven-do quem advogue a necessidade de en-volvimento do doente na decisão, como são exemplos as parcerias escritas por médico e doente (*physician patient part-nership paper*) propostas por grupos da Medicina Familiar canadiana⁶.

Há quase um século, a figura ex-traordinária de W. Osler profetizava a síntese de arte e ciência na medicina. Aqui reside quanto a nós, ainda hoje, a chave para a transposição dos resulta-dos dos estudos clínicos para a prática concreta do doente (ou paciente) que nos pede auxílio.

Como é de todos conhecido, a Me-dicina Geral e Familiar deve pressupor um conteúdo holístico incorporando conhecimentos diversos, das áreas psi-cosocial e biomédica. Ora acontece, por exemplo, que a fisiopatologia é geral-mente investigada por estudos tipo DOE (*Disease-Oriented Evidence*, tam-bém habitualmente designados de ex-planatórios). Todavia, não raras vezes, são estes conhecimentos (no caso em análise, de fisiopatologia e farmacologia básica) que permitem a aplicação crite-riosa e particularizada ao doente, dos resultados dos estudos pragmáticos. Isto é, os estudos explanatórios podem, em determinadas circunstâncias, cons-tituir uma ajuda preciosa na escolha da aplicação racional de uma determina-da estratégia terapêutica, cuja base fun-damental devem ser os estudos prag-máticos. Exemplifiquemos: quando o médico de família vai iniciar (ou even-tualmente rever) a terapêutica farma-cológica do seu doente hipertenso, o conhecimento de fisiopatologia e far-macologia básica pode ser crucial para a tomada de decisão: alterará a pré-car-ga ou a pós-carga, e que significado clínico tem no meu doente?; condicio-nará a frequência cardíaca?; que efeitos no consumo de oxigénio pelo miocárdio e sua repercussão no desencadear de crises de isquémia ?; que consequên-cias tem a vasodilatação no *status* car-

diovascular global ?; que características farmacocinéticas tem determinado fár-maco que poderão ser úteis no meu doente?.

Certos estudos explanatórios não de-vem deixar de fazer parte dos hábitos de leitura dos Médicos de Família; além de serem pistas preciosas em fases ini-ciais e intermédias da investigação, exercitam e completam o raciocínio clí-nico ao desenvolverem os conhecimen-tos de etiologia, prevalência e fisiopa-tologia⁶. A essência epistemológica da nossa especialidade não deve dispensar uma sólida formação biomédica.

Curiosamente o artigo de revisão de PM Silva⁷ não pode ser classificado como exclusivamente explanatório. Nele se indicam alguns *outcomes* clínicos (típicos de estudos pragmáticos). Quan-to à sua relevância actual indicaremos, entre outros aspectos, que os modu-ladores selectivos dos receptores de es-trogéneos (um dos grupos de fármacos referidos na revisão, e ainda sem estu-dos de longo prazo, o que significa ausência de pertinentes *outcomes* clíni-cos) foram recentemente comercializa-dos. Apesar de pensarmos que na referi-da revisão não se tratavam questões displicentes, face à complexidade da matéria em causa, foi nossa preocu-pação balizar em termos de implicações práticas para a Medicina Geral e Familiar.⁸

Neste número é também publicado uma excelente e exaustiva revisão de um problema de saúde seguramente subdiagnosticado – «Síndrome de Hiperactividade com Défice de Atenção, um problema a detectar e encaminhar». Apesar do período da revisão terminar em Junho de 1998, mantém incólume toda a sua actualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Melo M. Carta ao Director. Rev Port Clin Geral 2000; 16: 407-408
2. Maria V A. Medicina Geral e Familiar:

complexidade e riqueza. Rev Port Clin Geral 2000; 16: 271-2

3. Barroso R. Fragmentos. Rev Port Clin Geral 2000; 16: 351-2

4. Curso de Medicina Baseada na Evidência. A. Vaz Carneiro, António Lourenço, Cristina Sampaio. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Escola de Inverno, Peniche, 2000.

5. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71-2

6. Evidence-Based Family Medicine, Rosser and Shafir, 1998, BC Decker

7. Silva PM. Modulação da função endotelial: um objectivo a prosseguir na terapêutica cardiovascular. Rev Port Clin Geral 2000; 16: 293-311

8. Lourenço A. Disfunção endotelial: do nível molecular à clínica. Rev Port Clin Geral 2000; 16: 275-77