

Manuel Cardoso de Oliveira

Contra factos não há “evidência”

MEMBE

Manuel Cardoso de Oliveira

Contra factos não há “evidência”

Manuel Cardoso de Oliveira

Contra factos não há “evidência”

FICHA TÉCNICA

--

Título:

Contra factos não há “evidência”

Autor:

Manuel Cardoso de Oliveira

© 2019 - Universidade Fernando Pessoa Edição

Suporte (Formato): **Eletrónico (PDF)**

Edições Universidade Fernando Pessoa

Praça 9 de Abril, 349 · 4249-004 Porto

Tlf. +351 22 507 1300 · Fax. +351 22 550 8269

E-mail: edicoes@ufp.edu.pt · <https://edicoes.ufp.pt/>

Capa e Paginação: **Oficina Gráfica da UFP**

ISBN: 978-989-643-154-9

CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

--

OLIVEIRA, MANUEL CARDOSO DE

Contra factos não há “evidência” [Documento eletrónico] / Manuel Cardoso de Oliveira. - eBook. - Porto : Edições Universidade Fernando Pessoa, 2019. - 72 p.

ISBN 978-989-643-154-9

Medicina baseada na evidência - Ensaio / Educação médica / Prática clínica / Cuidados de saúde

CDU 616

614

edições UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Índice

Em jeito de justificação	9
Prefácio	11
Ensaio	15
1. Enquadramento	15
2. A importância do conhecimento na prestação de cuidados de saúde.....	28
3. MBE e EBHC	34
3.1. Definições	34
3.2. Guidelines e Mindlines	37
3.3. Evolução	39
3.4. Investigação.....	46
3.5. Hierarquias da evidência	49
3.6. Tomada de decisões	51
3.7. Pensamentos filosóficos.....	55
3.8. A importância dos valores da MBE.....	60
4. Reflexão final.....	64
Bibliografia	69

Em jeito de justificação

Inicialmente os serviços prestados pela Medicina Baseada na Evidência (MBE) foram relevantes: começaram como uma série de artigos destinados a recomendar aos clínicos modos para ler revistas científicas, tendo evoluído para uma nova filosofia da prática médica baseada no conhecimento e compreensão da literatura médica para apoio às decisões clínicas. Criou-se, assim, a sugestão de uma medicina científica, o que indignava aqueles que se sentiam classificados como não científicos. A verdade é que este conceito se popularizou rapidamente e no Outono de 1980 apareceu um documento relativo ao programa dos internatos e da relação deste com a evidência. De então para cá assistiu-se a uma evolução destinada a obviar às limitações que foram surgindo, algumas das quais continuam a suscitar controvérsias.

Quando no início dos anos 90 do século anterior surgiu a designação MBE pela primeira vez, o modo como ela se apresentou despertou entusiásticas adesões, tendo ganho raízes fortes no mundo da medicina. De tal modo foi que, quando se levantaram algumas vozes discordantes sobre o seu significado e a própria designação, muitos preferiram manter o conceito tal a aceitação que ele tinha obtido. Realmente as intenções dos fundadores da MBE trouxeram muitos benefícios para práticas artesanais que nem sempre defenderam os interesses dos doentes.

Nessa altura eu estava encarregado de regências de disciplinas de cirurgia na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e, com o meu habitual mas controlado espírito de inovação, senti ser pedagogicamente necessário que os alunos de medicina possuíssem noções consistentes sobre o assunto.

De acordo com a opinião dos pioneiros da MBE, recorri a uma jovem epidemiologista clínica, disciplina também ela jovem e com forte ligação ao jovem conceito. Em boa hora o fiz, pois os alunos passaram a situar-se devidamente no contexto.

Os anos foram passando e no início do actual século entendi que à cirurgia tinha dado o melhor de mim mesmo o que, não sendo muito, era o máximo que podia ser. De acordo com a minha postura perante novos conceitos, deixei sempre um espaço para a prova do tempo como mandam sensatamente as boas regras. E assim sucedeu com a MBE. Sentia que as minhas muitas dezenas de anos em contacto com os doentes nas suas diferentes perspectivas era um capital acumulado que não podia ser desbaratado, não me faltando razões para isso, pois verifico que em Portugal há muita gente a tratar de assuntos dos doentes nem sempre com as experiências e os conhecimentos necessários, nem tão pouco com a moderação que esse facto implica. É o mau exercício do poder, que permite o acesso aos *media* de personalidades, certamente muito inteligentes e poderosas, mas infelizmente sem a perspectiva real do relacionamento com os doentes.

Por todos estes motivos entendi que não me devia excluir deste apaixonante debate onde pretendo participar com as intuições e reflexões que ele suscita, tentando convictamente dar o meu contributo isento e apoiado por uma cuidadosa pesquisa bibliográfica.

Felizmente que entre nós muitos têm sido aqueles que oportunamente refletiram sobre a matéria – cito vários por ordem alfabética, pedindo desculpa por omissões não intencionais: Barros Veloso, Daniel Serrão, João Lobo Antunes, José Fragata, Vaz Carneiro e Walter Osswald.

Nos cursos pós-graduados e nas edições do MBA “Gestão de Organizações e Serviços de Saúde” que tenho coordenado, tem sido especial preocupação explicar aos alunos (a maior parte deles licenciados e alguns até doutorados) a importância da não aceitação passiva de dados obtidos em revistas científicas (mesmo de grande nomeada) ou até em argumentos de autoridades que, não obstante, podem ser discutíveis. Verifico que a maior parte dos alunos está fora da questão da MBE, mas aqueles que se pronunciam cometem o pecado de intransigentemente a defenderem, dando assim razão para a necessidade de esclarecimentos apropriados. Acresce que o pior de tudo é que alguns desses alunos estão de tal modo mal informados que não abandonam as suas posições, argumentando por vezes que “estamos a falar das mesmas coisas com palavras diferentes”, o que manifestamente não é o caso. O que é necessário é respeitar a precisão semântica da linguagem, dando espaço para que o conceito e a definição iniciais evoluam, procurando tomar as decisões certas com a melhor evidência disponível. E isto significa que não se podem aceitar hierarquias indevidas, sendo necessário que elas sejam as mais adequadas a cada contexto.

Na tentativa de alterar este estado de coisas e sempre preocupado em deixar aos alunos documentos pessoais que lhes facilitem o trabalho, a juntar a outros argumentos, prometi que iria escrever um livro sobre o assunto. Tive imenso trabalho, mas o que aproveitei foi, para mim, muito compensador. Espero também o seja para os alunos e para os que são mais recalcitrantes na fixação de ideias que se desatualizam. Também penso que a melhor maneira de defender a MBE (ou se preferirem os cuidados de saúde baseados na evidência “EBHC”) é apontar as suas limitações e propor soluções consistentes. Mas isto continua a ser um campo em aberto.

Por último gostaria de destacar que subdividi o ensaio por diversos capítulos numa tentativa de tornar a leitura menos pesada. Reconheço, porém, que isso implicou algumas repetições mas, como já um dia ouvi, as repetições são também uma boa iniciativa pedagógica e um modo de destacar as principais mensagens.

Boa leitura!

Manuel Cardoso de Oliveira

Prefácio

Os ensaios abordam temas cuja amplitude e complexidade suscitam controvérsias. Segundo Savater¹ “o ensaísta não é um invasor prepotente, um conquistador da questão abordada mas, quando muito, um explorador audaz, talvez só um espião, no pior dos casos um simples bisbilhoteiro”. Os ensaios não pretendem ser o ponto final das discussões, antes buscam indagações reflexivas que nos transportem, como lugares de passagem em direcção a outros campos. O ensaio é, portanto, o oposto do tratado, que assenta na certeza e na convicção de se estar na posse da verdade. O ensaísta aventura-se por territórios nebulosos relacionados com aquilo que as pessoas julgam saber, como é próprio da MBE. Por isso, os ensaios nunca são uma obra acabada podendo ser revisitados e sofrer sucessivos retoques como flagrantemente parece ser o assunto que nos ocupa.

Aqui estou eu a dizer presente, em íntima comunhão com os meus raciocínios, procurando ajudar a esclarecer um tema difícil e controverso. Faço-o com independência e objetividade, sem pretensões literárias ou excessos de academismo mas na firme convicção de que as palavras que se usam necessitam de uma precisão semântica.

A MBE foi entendida como uma dívida dos deuses, dada a sua eficiência e pretensa influência na contenção dos custos. Os seus criadores prestaram à prática clínica um grande serviço, não só por darem consistência ao conceito como por disseminarem a ideia de que a MBE não é um assunto meramente académico mas mais um modo de pensar que deve permear tudo o que se relaciona com a prática médica.

Muitas das descrições dadas pelos críticos da MBE passam pela glorificação de coisas que podem ser medidas sem olhar para a utilidade e equidade do que está a ser medido, aceitação acrítica de dados numéricos publicados, preparação de *guidelines* exaustivas por autointitulados *experts* que estão longe do que é a medicina real, degradação da liberdade clínica através da imposição de protocolos rígidos e dogmáticos e excessiva confiança em análises económicas muitas vezes erradas, simplistas ou inapropriadas. Contra estas críticas os criadores do conceito vão fazendo correções no sentido de o defender, atitude que merece aprovação natural. Porém eles não podem ser confundidos com evangelistas do credo da MBE, pois esta não pode permanecer como um processo reducionista com potencialidades para causar danos. A maioria dos clínicos estava convencida de que a MBE era uma moda passageira de limitada importância, que nunca seria compreendida, mas a verdade é que isso não foi o que a realidade mostrou.

Necessita-se de aprofundar os passos essenciais da MBE, convertendo as necessidades informativas em questões concretas, detetando com a máxima eficiência ou melhor evidência a resposta a essas questões; é também necessário avaliar criticamente a evidência (validade e utilidade), aplicar os resultados dessa avaliação à prática clínica e avaliar os desempenhos.

Quando se referem à MBE, as pessoas lamentam que ela tenha resultado da combinação de um jargão epidemiológico e estatístico como um passo de magia para o apoio da tomada de decisões clínicas. Ora é sabido que, por exemplo, nos Estados Unidos, em 1970, só cerca de 10 % a 20 % de todos os procedimentos técnicos eram baseados na evidência, além de que muitos dos estudos têm limitações metodológicas que ameaçam o seu valor. No entanto, ainda na infância do conceito, Sackett salientou que “*evidence based practice was no threats to old fashioned clinical experience or judgement*”². Não obstante, os críticos da MBE entendem que há muitas razões para ela ser considerada um conceito intragável. Mesmo assim, talvez a maior crítica seja a de que a MBE perde a perspectiva dos doentes relativamente à sua doença a favor de dados estatísticos que não preenchem os requisitos essenciais da prática clínica.

Por todas estas razões parece-nos particularmente oportuno abordar a origem e a evolução da MBE de modo a que a possamos valorizar devidamente, sem processos de intenção inadmissíveis, mas com a transparência indispensável para que os leitores fiquem mais apetrechados a saber do que estão a falar, insistindo-se na necessidade da precisão semântica da linguagem a usar.

O que é efectivo ou não na mudança das práticas profissionais — quer na promoção nas inovações efectivas, quer no encorajamento dos profissionais para resistir a inovações imperativas ou lesivas — foi trabalho efetuado pelo grupo Cochrane Collaboration. Até há pouco tempo, na educação dos médicos predominava o conceito de recetáculo de conhecimentos, conforme se pode concluir pela recordação de anfiteatros cheios de estudantes ávidos de captar pérolas de ciência debitadas por *experts*, o que só por si não acarretava mudanças comportamentais das práticas. Na realidade as estratégias educacionais mais eficientes devem incluir aprendizagem comportamental, cognição social e estratégias para modelo de mudanças.

Sabe-se que o ensino da MBE, como é convencionalmente feito, melhora o conhecimento e as atitudes dos estudantes, mas o impacto real nos seus desempenhos não está convenientemente demonstrado. Relativamente aos médicos mais qualificados, a maior parte das formações tem escasso impacto, quer porque não são obrigatórias, quer porque são superficiais, passivas e pouco práticas. O ensino integrado da MBE parece ter melhores resultados apesar de não ter sido demonstrado o seu impacto directo em quaisquer resultados relacionados com os doentes. A implantação de melhorias práticas é altamente complexa e envolve múltiplas influências, operando em diferentes direcções dependentes das pessoas. O que dá para uns não dá para outros como é próprio da bizzaria humana ².

Este conjunto de exigências faz-nos pensar em organizações de saúde baseadas na evidência. Para as ajudar a desenvolver estruturas adequadas, sistemas e valores para apoiar práticas na evidência, temos de dispor de teorias e intenções de mudança, contemplar aspectos da aprendizagem necessária e apostar nas pessoas. Se a organi-

zação é resistente, é necessário descobrir uma via adequada apelando à sua boa vontade para aderir mais profundamente ao que está em causa.

Mesmo assim, sabe-se que é difícil passar da evidência à prática, dado que há muitos factores envolvidos. A tentativa de tomar as decisões políticas totalmente baseadas na evidência passa pelo debate democrático acerca dos assuntos éticos que mais estão em jogo nas escolhas políticas. A essência destas na comunidade implica a luta por ideias, esgrimindo argumentos a favor de diferentes caminhos para ver o mundo.

Há, pois, a necessidade de abordar mais profundamente as definições, *guidelines* e *mindlines*, a evolução, investigação, hierarquias, tomada de decisões, pensamentos filosóficos e importância dos valores e antecipando a importância do conhecimento, para colocar a evidência no seu lugar próprio.

Ensaio

1. Enquadramento

A medicina moderna terá nascido nos últimos anos do século XVIII. Após um longo período de absentismo, o sofrimento humano ganhou estatuto e a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo o conhecimento concreto, mudou a sua estrutura, revelando através da contemplação e da linguagem o que anteriormente tinha estado abaixo e para além dos seus domínios.

Deste modo se processou uma mutação essencial no conhecimento médico. Pela primeira vez este assumiu uma precisão que tinha formalmente pertencido à matemática. O corpo tornou-se representável e as doenças objecto de novas regras classificativas. Por seu turno, os médicos começaram a descrever fenómenos que tinham permanecido ocultos. E assim chegámos à idade da clínica que a medicina tardou em encontrar, como sabemos. Antes de atingir tonalidades sociais, o relacionamento instintivo e sensível processava-se de indivíduo para indivíduo. Entretanto surgiu a necessidade do ensino com recurso à prática, chamando-se a atenção para a importância da decência, da privacidade, da sensibilidade e da gentileza para com os desafortunados doentes, aspetos infelizmente nem sempre acautelados.

Mas nos últimos anos do século XVIII a clínica registou uma reestruturação profunda e radical: destacada do contexto teórico em que tinha nascido, iniciou uma aplicação não confinada aos conhecimentos pré-existentes e estendeu-se para o campo da experiência médica global. Assim ganhou novos poderes, criou a necessidade de investigação e começou a preparar terreno para o nascimento da medicina científica. É o período em que conceitos como *illness* e *disease* surgem. É um tempo em que, pela primeira vez após milhares de anos, os médicos, livres finalmente de teorias e quimeras, concordam em abordar o objecto da sua experiência com a pureza de uma contemplação sem preconceitos. Trata-se de uma reorganização da doença em novos moldes.

Para que a experiência se tornasse possível como uma forma de conhecimento foi necessária uma reorganização dos hospitais, uma nova definição do estatuto do doente na sociedade, o estabelecimento de uma certa relação entre a experiência pública e experiência médica e entreajuda e conhecimento. Iniciou-se, então, um absolutamente novo discurso científico e o método anátomo-clínico começou a desenvolver-se.

A medicina científica ganhou estatuto no início do século XX, mas só teve ampla visibilidade a partir dos anos 50 desse século. Durante estes longos anos, apesar de ter inscrita no seu património genético a evolução constante, esteve sempre ausente, com raras exceções, às questões da qualidade clínica, da segurança dos doentes e da centralidade destes nos cuidados de saúde.

Quando nos anos setenta do século XX se começou a falar na necessidade de acreditar as instituições de saúde e certificar e até recertificar serviços e profissionais, estes processos tinham uma pesada carga burocrática e não correspondiam às necessidades de transparência exigidas. A transição do século XX para o seguinte constituiu um marco histórico universalmente reconhecido com o aparecimento de dois livros fundamentais do Instituto de Medicina norte-americano (incorporado recentemente como uma unidade da *National Academies of Sciences, Engineering and Medicine*): “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”³ e “*Crossing the Quality Chasm*”⁴ que marcaram, de facto, uma nova era, tendo originado alguns dos novos paradigmas da medicina. E dizemos novos porque outros, para além das teorias e das quimeras que substituíram, foram sempre ultrapassados neste novo período, exuberante e de largos horizontes, que actualmente mais parece uma utopia possível.

A qualidade clínica veio colocar alguma ordem em preocupações muito focadas na gestão financeira da saúde e nas cargas excessivamente burocráticas dos processos de acreditação. Não foi, seguramente, por mero acaso que estes começaram a dar a devida atenção às questões da qualidade clínica e da gestão dos cuidados, esta última especialmente a partir dos anos 70 do século XX. Há muitas definições de qualidade clínica, o que constitui uma dificuldade permanente e testemunha uma dificuldade perante certos conceitos. Por isso, mais do que adoptar uma definição, falaremos dos seus atributos que, como se sabe, são muitos. Entre todos tem especial novidade a centralidade dos doentes, que passa por ser sensível às suas preferências e *outcomes* a eles ligados dos cuidados de saúde, o que lhes confere um estatuto que, durante séculos, após o juramento de Hipócrates, esteve em grande parte adormecido e só mais recentemente começou a ser encarado.

Os sistemas de apoio às decisões clínicas estão na ordem do dia e constituem, também, um novo paradigma. Beneficiando da MBE e de outros paradigmas, deve salientar-se a necessidade de não fazer juízos precipitados no que se refere à aplicação individual dos ensinamentos colhidos em amostras populacionais. No entanto, deve reconhecer-se que a MBE teve sucesso ao ajudar a criar novos caminhos para sintetizar e sumariar os conhecimentos. Os médicos cientistas da segunda metade do século XX, mediante estruturas científicas formais e métodos estatísticos robustos, aplicaram o método hipotético-dedutivo (inicialmente mal acolhido). Como qualquer moda, a MBE criou raízes perante práticas clínicas sem fundamentação científica e reforçou o seu estatuto. Conseguiu, mesmo, uma hegemonia intelectual a nosso ver injustificada, e o tempo parece tardar em colocar as coisas num plano de equilíbrio necessário. Ao reconfigurar as suas imposições às publicações, a MBE alterou os respectivos padrões, assistindo-se a exigências que, por desmedidas e impertinentes, só têm servido para adulterar as regras de ponderação sensata que todos devemos defender. A hierarquização das evidências na MBE tem óbvias limitações. Na realidade, pensar-se que a prática da medicina, apesar da sua qualidade, está no limite inferior da escala da evidência é realidade que necessita da ser combatida por vários e muito consistentes motivos. Os conhecimentos experienciais têm, efectivamente, uma enorme impor-

tância na prática clínica diária. Nesta medicina, sob o ponto de vista da ciência de diagnóstico, podem distinguir-se três modalidades. A medicina intuitiva, quando os sintomas são vagos ou inespecíficos, que exige do clínico uma maior experiência e bom senso, ou uma medicina precisa, que permite um diagnóstico objectivo porque se conhecem as causas e o tratamento é previsivelmente eficaz. A medicina empírica ocupa uma posição intermédia, nela cabendo situações em que os sintomas e as manifestações da doença se associam de forma consistente e os resultados dos tratamentos são avaliados em termos probabilísticos. Esta medicina empírica é talvez a que mais vezes encontramos na clínica e a que se tem tentado abordar usando esquemas de diagnóstico que colapsam quando os médicos começam a pensar fora de esquadrias lógicas. Como veremos adiante, a hierarquia da evidência varia consoante os contextos e depende de muitos factores.

Na sua prática, os “*médicos raramente se baseiam em teorias de decisão de fundamento estatístico, que não são mais que modelos de um raciocínio idealizado, ele próprio envolvido num manto de incerteza*”⁵. Ora a MBE surgiu para tentar pôr alguma ordem nestes enquadramentos mas, ao estabelecer uma hierarquia de validade que tem como *gold standard* os estudos controlados e randomizados, criou constrangimentos que importa denunciar.

Os estudos controlados e randomizados (RCTs) servem de base a revisões sistemáticas e a meta-análises, recorrendo a um modelo comparativo. A proliferação destes estudos, porém, está longe de resolver os problemas da medicina individualizada que temos de praticar e corre mesmo o risco de ser desviada dos seus propósitos, como admitiu Sackett. Além disto, usar voluntários são é outro ponto fraco dos ensaios que vimos referindo. Eles ignoram as preferências dos doentes, o que corrompe a evidência, apresentam falhas na randomização e na ocultação, por vezes não vão até ao fim, têm perdas no seguimento dos doentes, as amostras e os controlos nem sempre são adequados, a caracterização clínica e laboratorial tem falhas, existem subgrupos em excesso, os resultados são díspares nas repetições e fica ainda espaço para fraudes nas revistas ou outros sectores⁶. Quer dizer, com o seu bem-intencionado exclusivismo metodológico e enviesamentos, a MBE está bem adequada para produzir generalizações abstractas em amostras populacionais. Ao extrapolar de grupos heterogéneos para o indivíduo, ignorando a singularidade biológica deste e prestando-se até a certas formas de financiamento, a MBE tem, de facto, limitações de vulto que importa denunciar.

Não admira que os seus mais sensatos defensores, atentos ao isolamento a que ela poderá ser condenada, têm verificado que a sua partilha com outros sectores da saúde poderá permitir ultrapassar alguns destes. Estamos a referir-nos aos cuidados de saúde centrados nos doentes ou nas pessoas onde a medicina narrativa tem um lugar próprio para a implementação de comportamentos que defendam a humanização e o profissionalismo⁷.

As potencialidades dos avanços tecnológicos são espetaculares, mas também acarretam alguns inconvenientes. Sendo, um deles, a desumanização dos cuidados de saúde, tem sido particularmente oportuno e inteligente apelar para a importância dos cuidados centrados nas pessoas de que a medicina narrativa faz parte. Mais do que um contrapeso, ela aproveita estrategicamente a capacidade residual dos seres humanos para ouvir e contar histórias, usando-as para comunicar ideias complexas, emoções e experiências. Deste modo, destacam-se valores e enfatizam-se conexões ajudando-nos a criar compromissos e um sentido mais humano para a vida. É de tal modo impressiva a importância destes aspectos da medicina narrativa que ela tem sido associada à melhor evidência disponível e até à melhoria contínua da qualidade, esperando que estas sinergias originem cuidados de saúde eficientes, efectivos e solidários. Pode então dizer-se, como Meza e Parsseman⁷, que só forjando parcerias com os doentes, ouvindo as suas histórias e verdadeiramente compreendendo as suas questões é que nós, informados pela melhor evidência, podemos esperar prestar cuidados de saúde eficientes e solidários. E este é um novo paradigma que lucidamente tem merecido crescente atenção.

Dois outros novos paradigmas da medicina moderna subjacentes aos cuidados de saúde e ao planeamento dos respectivos sistemas são a *Comparative Effectiveness Research* (CER) – interligação sobre a eficácia comparada, e o *Patient Centered Outcome Research* (PCOR) – investigação sobre os resultados centrados nos doentes. Os objectivos da CER são melhorar as decisões que afectam os cuidados médicos ao nível político e individual. Os seus elementos chave são (a) comparações entre tratamentos activos, (b) estudo de populações típicas do dia-a-dia da prática clínica, e (c) focagem na evidência para informar cuidados adequados às características dos doentes individuais. Estes requisitos destacam os principais métodos da CER: investigação observacional, ensaios randomizados e análise de decisão.

Os estudos observacionais são especialmente vulneráveis porque usam dados que directamente refletem as decisões feitas na prática habitual. A CER desafiara os investigadores e os políticos a pensar profundamente acerca de como extrair informação de âmbito mais vasto da prática diária da medicina. Felizmente os métodos são largamente aplicáveis ao sector da saúde pública⁸. Um campo especial de aplicação da CER está relacionada com o *Patient Centered Outcomes Research* (PCOR) que considera as questões e as preocupações mais relevantes para os doentes e envolve-os juntamente com profissionais de saúde e outros *stakeholders* e investigadores. Assim os doentes e o público passam a dispor de informações que podem usar para tomada de decisões que reflitam os seus *outcomes* desejados, produzindo e promovendo informação íntegra e baseada na evidência, proveniente de investigações envolvendo doentes e membros da comunidade PCOR. Nós próprios entendemos que quanto mais cedo aceitarmos que o mais importante não é mitigar a doença mas otimizar a saúde, melhor será. Necessitamos, pois, de explorar estratégias que ajudem os clínicos a aprender a incorporar conhecimento de valores, preferências e circunstâncias relativos aos doentes, e que os seus desempenhos usem a melhor evidência disponível. Como escreveu Ian

McWhinney “*My commitment to you is not just to look after one particular illness, but to care for you as a person, whatever problem you may have. As a patient said to me once: I want a doctor who specializes in me.*”, citado por [Stange](#)⁹.

É, portanto, evidente que nós temos de aprender com outras disciplinas, especialmente as ciências humanas e sociais e as novas tecnologias, pois a investigação multi e interdisciplinar é a única esperança da medicina para se libertar de um paradigma que foi além dos seus termos de referência e está até a causar prejuízos. A Associação Para A Segurança dos Doentes (APASD), criada em 2010, vai ao encontro destas necessidades, pois ao juntar saberes dos mais diversos sectores, é uma instituição especialmente vocacionada para zelar pela segurança dos doentes, mas também contribuir para estimular projectos de investigação e acções formativas que tenham em vista a melhoria da qualidade clínica, bem como a criação de novos conhecimentos.

É por tudo isto que vale a pena destacar um aspecto da medicina a que nem sempre se tem dado a devida atenção. Referimo-nos à gestão dos cuidados de saúde. Continuamos a assistir à proliferação de muitas reformas isoladas tantas vezes contraditórias ou inconvenientes, continuando a verificar-se um predomínio da gestão financeira na prestação dos cuidados de saúde. Esta perspectiva, vigente em 1970, deu lugar a partir desta data a uma tendência imparável para uma efectiva gestão dos cuidados sem o exclusivismo financeiro que a desfocava.

Saber-se que os cuidados prestados só são adequados em cerca de metade dos casos trouxe à superfície questões de excepcional importância, como os erros e os quase erros e a referência a estatísticas de morbilidade e mortalidade que nos asseguram estarmos perante um flagelo de dimensões assustadoras. Entretanto, quase simultaneamente, foram surgindo os processos de acreditação, certificação e recertificação, que inicialmente possuíam uma carga burocrática que em nada contribuiu para a sua idoneidade, conforme já assinalámos. Mas este esforço incessante para melhorar os cuidados de saúde acabou por impor regras referentes à qualidade clínica e à segurança dos doentes, que, a partir da transição dos séculos XX para XXI, não tem parado de se expandir.

Se alguma coisa é constante na Medicina é a sua permanente evolução. Os novos modelos foram surgindo ininterruptamente, em especial nestas últimas dezenas de anos, como que a acompanhar os explosivos desenvolvimentos científicos e tecnológicos, tantos deles fora da área da medicina propriamente dita. Por isso, talvez seja mais útil referir que a medicina compreende três eras essenciais, à semelhança do que fez Berwick¹⁰, num recente e excelente “*ponto de vista*”.

Nele o autor destaca a conflitualidade e as suas consequências deletérias na área da saúde, destacando áreas polémicas como acessibilidade, registos eletrónicos, mudanças nos tipos de pagamento e predomínio dos hospitais em detrimento dos

cuidados primários. Perante tantos desafios a moral dos profissionais fica ameaçada, sendo necessário adoptar medidas que possam melhorar esta panorâmica.

A era 1, que assenta em raízes milenárias recuando até Hipócrates, corresponde à ascensão da profissão, sendo reconhecida a sua nobreza, os seus conhecimentos (inacessíveis aos laicos), o seu carácter beneficente e autorregulador.

A medicina tinha prerrogativas e privilégios que outras não possuíam, sendo-lhe concedida autoridade para avaliar o seu próprio trabalho. Assim foi durante séculos, gozando os médicos de um prestígio e uma influência sociais que lhes conferiam um elevado estatuto. Contudo, à medida que o progresso acelerou o seu ritmo de aparecimento e implicações sociais do acto médico se tornaram mais apreciadas, muito deste idealismo foi abalado ao passar-se em revista o funcionamento dos sistemas de saúde e detectadas variações das práticas, danos causados pelos erros, ameaças à integridade das pessoas nas suas variadas perspectivas, indignidades, desperdícios, falta de confiança e resultados pouco abonatórios. Estes factos atingiram o profissionalismo e acarretaram a desumanização do acto médico. Então as perguntas inevitáveis dirigiram-se para áreas de fácil aceitação: se vivíamos já numa época científica, qual a razão de tantas variações; se tínhamos em conta elevada a beneficência, porquê tantos danos; e se havia tanto autorregulação, porquê tantos desperdícios e / ou aumento dos custos.

Esta conflitualidade, no seu entender¹⁰, conduziu-nos a uma nova era – a era 2, e o discurso voltou-se para outros conceitos: *accountability*, escrutínio, medições, incentivos e mercados. Estas áreas têm naturais susceptibilidade e motivam desafios vários. Tendo em conta, por um lado, a autonomia profissional e, por outro, a *accountability*, sendo bem conhecidas as divergências entre médicos e gestores, será sensato lembrar a necessidade de entendimentos eficientes e aconselháveis entre ambas as partes, tendo em conta que a prioridade maior é o interesse e a segurança dos doentes.

Frequentemente estes conflitos têm consequências negativas: menos qualidade dos cuidados, pior saúde e custos mais elevados. Trata-se de um preço demasiado elevado para esta colisão do profissionalismo com a *accountability*, pelo que se torna indispensável, mesmo perante inúmeras dificuldades, redesenhar o planeamento estratégico das organizações de saúde, ultrapassando as divergências. E assim, continuando com Berwick, entraremos numa nova era, em que é necessário rejeitar o proteccionismo da era 1 e o reducionismo da era 2. Para isso, esta era 3 requer várias mudanças. Uma delas está relacionada com as medições em saúde. Efectivamente nestes últimos anos, com o desenvolvimento de processos de acreditação e certificação, surgiram exigências múltiplas para a caracterização do funcionamento das instituições de saúde, tendo as medições ganho especial relevância. As estruturas, os processos e os resultados que genialmente Donabedian sugeriu, bem como indicadores da mais variada origem ganharam estatuto relevante e vultuosos investimentos têm sido feitos. Esta tendência deu origem a excessos de que não se tem obtido os devidos retornos, de

modo que actualmente se defende que só se deve medir aquilo que conta especialmente para a aprendizagem. Esta estratégia, além da diminuição de custos, permitirá que os profissionais se centrem no essencial das suas práticas e não percam tempo com actividades supérfluas.

Há truísmos que, não obstante, provocam discussões. Por exemplo quando se diz que se alguma coisa não pode ser medida (um processo, um resultado) isto significa que não pode ser melhorada, é actualmente pouco aceite. Na realidade, o entusiasmo florescente relativo à medição dos desempenhos começou a originar problemas na área da saúde, pois há medidas imperfeitas a proliferar espantosamente, o que dispersa atenções e desfoca dos assuntos mais importantes. O mesmo fenómeno pode variar na especificação e na avaliação, causando confusões e ineficiência que torna os cuidados mais caros e perturba os objectivos das medições, nomeadamente no que se refere à implementação de melhorias. Quando numa determinada área da saúde uma organização que trata uma população específica é estimulada a colectar centenas de medidas numa grande variedade de condições pode imaginar-se que chegar a conclusões válidas não é tarefa fácil. Estamos, pois, num ponto em que necessitamos de repensar os investimentos vultuosos de tempo e dinheiro que têm sido feitos sem que se possa dizer que a orientação seguida tem dado boas provas. Há, pois, que identificar melhor as medidas padrão mais aconselháveis e recomendar os passos necessários para implementar e refinar essas medidas.

Como sempre acontece nestas conjunturas, o Instituto de Medicina Norte-Americano¹¹ constituiu uma comissão de peritos de reconhecida competência para tratar desses assuntos, procurando identificar as medições que mais fiavelmente reflectem o estado global da saúde, a qualidade, o compromisso, e a experiência das pessoas e os custos. Assim se seleccionou um conjunto mínimo de medidas essenciais e se fizeram recomendações sobre o modo como devem ser implementadas, mantidas e melhoradas de acordo com diferentes condições e propósitos. O trabalho da comissão representa um esforço de síntese orientado para os resultados e os desempenhos procurando que tenham utilidade e sejam significativos a diferentes níveis dos sistemas de saúde (mesmo reconhecendo que qualquer medição em particular pode variar na sua utilidade).

De acordo com estes critérios, a comissão identificou quinze medições nucleares para melhorar a saúde e reduzir custos. A saber: esperança de vida, bem-estar, excesso de peso e obesidade, gravidezes não desejadas, comunidades de saúde, serviços preventivos, acessibilidades aos cuidados de saúde, segurança dos doentes, cuidados baseados na evidência, envolvimento dos doentes e das famílias nos cuidados, gastos pessoais com a assistência, despesas das populações com determinados *incomes*, compromisso pessoal e da comunidade. Com o desenvolvimento destas medições a comissão chegou a um certo número de conclusões: 1- As medidas não são um fim em si mesmas mas um meio para atingir os objectivos dos cuidados de saúde; 2 - Esses objectivos devem ser abrangentes e inclusivos (a comissão entende que os “*sinais vitais*” seleccionados

são estimulantes e proporcionam excelente orientação para futuros desenvolvimentos das medições). Trata-se de um processo multi e interdisciplinar em que o consenso tem enorme importância e necessita de lideranças efectivas e benevolentes pois, de outro modo, estamos a contribuir para manter o caos actual; 3 - As medições poderão beneficiar se captarem múltiplas dimensões que simplifiquem os registos e a monitorização dos desempenhos; 4 - Apesar de todas as dificuldades, a medição dos desempenhos, efectuada segundo as regras sugeridas, pode constituir uma ferramenta indispensável para que os sistemas de saúde funcionem melhor. Os incentivos para melhorar a qualidade de desempenhos profissionais têm contribuído para um campo aberto a muitas controvérsias e iniciativas, não tendo ainda sido atingido um ponto de concórdia. É, pois, necessário colocar mais confiança na motivação intrínseca dos profissionais, para o que devem ocorrer acções de formação e treino e menos gestão de recompensas e punições. As instituições devem centrar-se preferencialmente nas interações com os doentes, para que este conceito deixe de ser um simples processo de intenções. Daí que se deva colocar mais atenção na qualidade do que nas estratégias do “*business*”, que representam uma visão curta do assunto. Isto é, o discurso tem de ser dirigido para as competências e menos para aspectos de gestão que, sendo importantes, não podem ser predominantes.

Embora a maior parte dos clínicos mereça respeito e gratidão, a imagem romântica do médico totalmente auto-suficiente não se adequa actualmente nem a eles nem aos doentes, sendo mais importante o espírito de grupo e o trabalho em equipa. É indispensável passar das prerrogativas para a cidadania e redireccionar os interesses corporativos reconsiderando retóricas auto-protectoras - um trabalho ciclópico, como é bom de ver. As ciências da qualidade oferecem alternativas excepcionais à cultura de culpa que durante tantos anos tem pontificado no sector da saúde.

Usar a informação de modo mais adequado para melhorar os cuidados de saúde e estimular as organizações profissionais a abandonar a sua tradicional oposição às questões de transparência são caminhos que devem ser percorridos. No mesmo sentido vai o respeito pelas regras do civismo e o escutar das vozes das pessoas que servimos, dando especial atenção aos marginalizados e aos pobres, reconhecendo os seus direitos. Por isso, há também que lutar contra as várias manifestações de ganância e firmemente proteger os melhores valores.

Em síntese, Berwick diz que a era 1 é de domínio profissional, a 2 de *accountability* e a 3 de valores morais, rematando que sem novo *ethos* moral não haverá vencedores.

Apesar de muitas áreas de excelência, os sistemas de saúde de numerosos países podem funcionar melhor do que actualmente sucede. As áreas mais particularmente em foco são o acesso, que necessita de se expandir, o controlo de custos, que tem de ser mais eficazmente feito e a melhoria contínua de qualidade, que tem de ser um esforço permanente.

O economista austríaco Joseph Shumpeter popularizou o termo destruição criativa ao referir-se às transformações acarretadas por uma inovação radical. De facto, alterou-se o modo como comunicamos uns com os outros e com a rede social envolvente, passando a dispor de uma identidade digital, virtual e de uma identidade real o que significa uma transformação radical. Por isso, pode dizer-se que o mundo mudou irrevogavelmente. A saúde, a parte mais preciosa da nossa existência, até agora não tinha sido tão afectada, mantendo-se relativamente isolada e quase compartimentada da revolução digital. Mas presentemente há consciência de que necessitamos de acertar o passo e aderirmos a este enorme abanão da história. Sem a participação activa nesta revolução de todos os “*consumidores*” este processo será inexoravelmente mais vagaroso, o que tem muitos inconvenientes, pois estamos a entrar numa nova era da medicina em que cada pessoa pode ser quase na totalidade definida individualmente, em lugar da medicina populacional que temos vindo a praticar. Na realidade, nós somos seres únicos, mas até agora não havia hipótese de estabelecermos a nossa individualidade biológica ou fisiológica. Estamos a principiar a iluminar a “*caixa negra*” humana pelo que, cada vez menos, podemos continuar a manter o “*horto cerrado*”. Neste entretanto nós podemos dissecar, descodificar e definir a nossa granularidade individual a nível molecular, desde o nascimento até a sepultura¹².

Neste novo mundo a explosão informativa é manifesta e a necessidade de super-computadores começa a tornar-se evidente. Apesar disso, a comunidade médica, os políticos e a indústria tardam a facilitar a mudança e não manifestam vontade de abraçar e adoptar a inovação com a celeridade necessária.

A medicina está ainda organizada para ser maximamente imprecisa. Os cuidados médicos estão largamente modulados por diretrizes que são indexadas às populações, mais do que aos indivíduos, e as investigações mais centradas naquelas, do que no mundo real das pessoas. Não surpreende, por isso, que as indústrias das ciências da vida não tenham motivação para criar fármacos ou dispositivos que sejam apenas efectivos, ainda que dum modo impressionante, para segmentos bem definidos das populações. Simultaneamente as agências reguladoras são inteiramente contrárias aos riscos e, como consequência, estão a suprimir notáveis oportunidades para mudar a face da medicina. O resultado final destas orientações leva a que muitos dos nossos testes de rastreio e tratamentos sejam excessivamente usados e aplicados nos indivíduos errados, promovendo vários desperdícios. Também, virtualmente, pouco ou nada está a ser feito para acelerar a verdadeira prevenção das doenças¹².

Estamos a caminhar num ritmo vertiginoso para a democratização da medicina, e se a profissão médica continuar a mostrar-se particularmente incapaz de fazer uma transição para uma prática individualizada, é tempo que outros se empenhem nessa possibilidade. Eric Topol pensa que a designação “*destruição criativa da medicina*” é demasiadamente áspera, mas reconhece que a necessidade da medicina ser radicalmente transformada é incontornável. No entanto, nós sabemos que 90% dos médicos se sentem muito desconfortáveis e pouco desejosos de tomar decisões baseadas nas

informações fornecidas pelos genomas dos doentes, pelo que se torna urgente ajudar a desenvolver este novo paradigma e a reconhecer a sua importância.

Uma outra deficiência da medicina é o recurso a *experts* para fazer recomendações ou *guidelines* relativas a uma grande proporção de decisões para as quais não existem dados ou, a existir, são escassos. Estas *guidelines*, publicadas em revistas prestigiadas, têm um impacto enorme pois são entendidas como representantes de padrões elevados dos cuidados de saúde, mesmo sendo baseadas muitas vezes em factos pouco consistentes. Dir-se-á, como Eric Topol, que é uma medicina baseada nas eminências. No entanto, uma medicina baseada na evidência defeituosa corre o perigo de dar imunidade a casos de má prática, pelo que, mais recentemente, as iniciativas de eficácia comparada (*comparative effectiveness*) e a investigação de resultados centrados nos doentes (*Patient-Centered Outcomes Research*) estão a colher investimentos vultuosos, ainda que continue a predominar uma medicina das populações.

Esta evolução radical da medicina desperta, como é natural, numerosos obstáculos que têm de ser vencidos permanecendo a dúvida sobre a plasticidade de um número significativo de médicos que adopte este novo mundo digital e reconheça que o paternalismo já passou. Muito do espetacular futuro de fármacos e instrumentos está relacionado com a aptidão para digitalizar humanos e assim garantir o seu sucesso. Na hipertensão ou na diabetes, por exemplo, há para cada indivíduo um número consideravelmente mais alto de dados para captar do que aqueles que habitualmente medimos para orientar mais inteligentemente as terapêuticas. Actualmente nós estamos a gastar tempo e dinheiro excessivamente em ensaios mal planeados, difíceis de executar e morosos que apenas produzem informações triviais e não respondem às exigências científicas relevantes¹². Estes custos altos com ensaios tão limitados têm deslocado a sua realização para países menos desenvolvidos usando indivíduos sãos, o que dificulta a transposição dos resultados para o mercado.

Uma vez que a digitalização dos humanos entre expressivamente na área clínica os grandes ensaios de uma medicina populacional deixarão de fazer sentido, dando-se preferência a ensaios mais pequenos e de muito maior rigor científico. Sabe-se, de resto, que muitos fármacos que passaram na avaliação feita pela FDA mostram, na fase pós aprovação, efeitos adversos fatais. Por isso é aconselhável fazer aprovações condicionais com vigilância posterior e só depois dar luz verde para aprovação final. Temos agora à nossa disposição ferramentas para promover níveis de prescrição com uma precisão nunca antes conseguida.

No seu excepcional livro Topol¹² descreve-nos como a destruição criativa da medicina pode ser conseguida e como nós atingimos conhecimentos tão pormenorizados que poderemos falar numa ciência da individualidade. Isto não significa que as marcas epigenómicas não venham a manifestar a sua influência sem que cada pessoa no seu universo deixe de ter uma individualidade própria. Estes factos fazem com que o termo médico “*idiopático*” tenda a ver diminuída a sua importância. A era da medicina

individualizada vai também contribuir para que termos como “*criptogenético*” e “*essencial*” possam deixar de ter sentido, reconhecendo-se que cada indivíduo deve ser encarado e tratado com total respeito pela sua individualidade.

Não surpreende que a classificação sistémica de todas as doenças tenha de ser refeita, promovendo a ciência da individualidade com uma nova taxonomia molecular. Topol destrói o dia-a-dia da medicina considerando-a arcaica e esbanjadora, argumentando com uma mescla de estatísticas, anedotas e críticas do “*ancien regime*”. O livro foi mesmo considerado uma heresia necessária que surge no momento exacto e não dispensa líderes visionários e de base estável que desafiem a nossa imaginação e lembrem as potencialidades de um mundo em que a informação passou a estar acessível a um número cada vez maior de pessoas. Ao criar e catalizar um movimento para a individualização e democratização da medicina ele presta um serviço inestimável à comunidade científica. Muito em breve dispostos de nanocensores com tamanho de grão de areia que nos darão informações preciosas sobre a detecção precoce de cancro, a iminência de um ataque cardíaco ou uma crise auto-imune. Isto conduz-nos ao conceito de ficção científica dos “*cyborgs*”, uma fusão de partes artificiais e biológicas dos seres humanos.

Muitos destes conceitos estão ainda em fase de prova, mas não é difícil prever que muito rapidamente estejam em uso pleno nos mais diversos sectores da Medicina. A criatividade e a inovação dadas a estes assuntos pelos engenheiros é verdadeiramente espantosa e vai efectivamente transformar o exercício da medicina para o sector individual, ultrapassando, assim, as limitações inerentes à medicina das populações¹³.

Nestes processos de mudança, mesmo quando desejados e com resultados apreensíveis, há uma forte tendência para passar as marcas. Realmente transformamos o compromisso com o estilo particular da MBE numa hegemonia intelectual que pode ficar cara se não a avaliarmos no que ela tem de excessivo ou não aplicável. É necessário reconfigurar ou dimensionar mais adequadamente as condições impostas pela MBE à publicação de artigos sobre Qualidade e Segurança Clínicas, proporcionando uma compreensão nova e mais abrangente da evidência necessária para a modernização dos cuidados de Saúde. Os cuidados de Saúde têm muito a ganhar se as portas da ciência pragmática se abrirem a métodos disciplinados de aprendizagem a partir da reflexão da prática.

Nas épocas em que na saúde emergiram modelos novos as atenções centraram-se na qualidade clínica, gestão do risco, segurança dos doentes e centralidade destes dos cuidados de saúde. Sendo uma evolução espetacular, mesmo assim alguns autores mais esclarecidos entenderam que à gestão dos cuidados de saúde propriamente ditos não estava a ser prestada a atenção que eles justificavam. Daí ter-se passado do conceito da MBE para o conceito do EBHC, sabendo-se que esta não é uma ciência exacta e nunca pode ser assumida numa forma algorítmica. Não obstante todas as coisas que se sabe ajudarem ou perturbarem o processo, esta alteração requer sempre uma

apreciação contextual, regras básicas, instinto e talvez um afortunado alinhamento de circunstâncias. Para além disto, que já dá ao conceito e evidência um espectro muito mais largo, é ainda necessário ter em conta as ciências sociais e humanidades como elementos fundamentais (EBHC). Todas estas questões estão ligadas à transição e implementação do conhecimento que nestes últimos anos tem sofrido notáveis desenvolvimentos.

Muito recentemente, num editorial da *Jama*, Patel¹⁴ chamava a atenção para a importância do que nós dizemos. De facto, para que o pensamento necessário a raciocínios claros e boas decisões exista torna-se indispensável uma precisão semântica na linguagem que usamos, o que é particularmente flagrante no campo complexo da medicina. Esta semântica está ligada à evolução do significado das palavras pelo que esta exortação se enquadra excelentemente no caso da MBE.

Se os clínicos devem pensar correctamente e aplicar bem os raciocínios, as palavras precisam de ter uma clareza suficiente para que nos entendamos na tomada de decisões correctas. Por isso adotamos como muito conveniente a sugestão de recalibrar o nosso vocabulário no sentido da tal precisão semântica de modo a que haja efectividade nas nossas decisões, uma vez que as coisas que dizemos têm um significado correcto.

Num trabalho recente,¹⁵ os autores interrogam-se sobre o que “evidência” significa e assumem que na maioria dos idiomas se traduz “evidence”, como “proof”. Estes diferentes pontos de vista explicam que haja vários modos de hierarquizar a evidência, o que não seria grave se isso não tivesse muito importantes consequências na prestação de cuidados de saúde e tomada de decisões. É sabido que os vários significados no idioma inglês da palavra “evidence” criam não só problemas de comunicação em outras línguas como refletem diferentes e muitas vezes conflitantes interpretações que a evidência tem no próprio idioma inglês. Na verdade o termo pode estar relacionado com uma crença, ser inerente à racionalidade do pensamento, guia para a verdade e árbitro neutral entre pontos de vista discordantes. Como na MBE o conceito pode corresponder às quatro interpretações, não surpreende que possa conduzir a interpretações várias da investigação clínica e uma comunicação deficiente do verdadeiro papel da MBE. E, assim, se a evidência é prova, facto, observação ou guia não surpreende a dimensão das confusões. Por todas estas razões os autores¹⁵ defendem que a maior partes das críticas à MBE está radicada nos diferentes significados do conceito. Julgamos ser uma interpretação muito generosa da confusão que vai acontecendo, pois o facto de não haver uma definição concordante da MBE não significa que não estejamos obrigados a identificar se as nossas práticas e normas estão próximas da realidade e do bom senso, o que implica que não podemos aceitar hierarquias de evidência que não respeitem o que é essencial na prática médica - esforço contínuo de transformar os conhecimentos tácitos em explícitos (mesmo que isso nunca seja consagrado totalmente) e dar aos conhecimentos experienciais o lugar cimeiro que lhes é devido.

A despeito das esperanças e predições dos seus antepassados, a MBE nunca se tornou moderna, o que coloca o conceito numa base mais razoável do que aquela que certos cultores apregoam¹⁶. Além disto, na prática clínica quotidiana a maior parte das decisões apoia-se em conhecimentos tácitos, por vezes difíceis de explicar, influenciados por experiências anteriores, para contextos semelhantes. Entretanto evoluiu-se para ensaios pragmáticos randomizados que têm sido planeados para testar intervenções nos contextos em que vão ser usadas. Está pois na hora de dar acolhimento ao que durante décadas os cientistas sociais têm recomendado, sabendo-se que esses ensaios estão iniciados em rotinas dos cuidados de saúde, têm critérios largos de elegibilidade e usam dados eletrónicos. Muitos consideram-nos uma inovação revolucionária na investigação clínica e um passo necessário no desenvolvimento nos ensaios clínicos que proporcionam conhecimentos generalizáveis que possam ser aplicados na prática com menores custos¹⁷.

Na realidade, para alguns, esta evolução do conceito significa passar de um modelo sacerdotal dos médicos para uma racionalidade mais moderna baseada no conhecimento e, deste modo, com maior autoridade científica. Segundo Latour¹⁸, nós poderíamos ser modernos quando com sucesso pudéssemos separar natureza e cultura e sujeitar aquela à análise científica racional da segunda. No entanto, existe uma clara dificuldade em atingir esses objectivos pois, a despeito da aplicação de muitos avanços científicos e tecnológicos, a sociedade moderna, apesar de se esforçar, não consegue isolar esses conceitos, pelo que eles permanecem inextricavelmente ligados, à semelhança do que acontece na era pré-moderna. Esta dificuldade em ser moderno não significa que a MBE não possa ser encarada como um movimento modernista em que os doentes reais e os contextos em que eles estão inseridos são entendidos como uma agenda moderna com a finalidade de purificar a realidade clínica numa dicotomia de evidência objectiva e preferências subjetivas da sociedade humana e da cultura.

Atualmente alguns pretendem que a maior parte da medicina funcione de um modo segmentado, proporcionando um campo fértil para os especialistas ou mesmo os super-especialistas. Se é verdade que há tendências que não podem reprimir-se, é urgente lembrar que os nossos doentes constituem um todo complexo que não dispensa uma visão holística dos seus achaques. Sabemos, no entanto, que no sector da saúde continuam a atuar numerosos agentes individuais que, com práticas não totalmente previsíveis, têm ações que necessitam de estar interconectadas. Como é lógico, esta conceção tem profundas implicações na prática clínica, podendo dizer-se que não dispensam gestão e lideranças adequadas, integração efetiva dos cuidados de saúde e tomada de decisões baseadas em pilares de segurança que sejam sólidos. Porém, o que é facto é que o funcionamento sistémico da saúde continua ainda muito imperfeito e, por isso, a sua própria sustentabilidade está ameaçada.

No que se refere às aprendizagens e ao desenvolvimento profissional, é necessário acautelar a competência (o que é que as pessoas sabem e são capazes de fazer) e a capacidade (a extensão em que as pessoas se podem adaptar à mudança, gerar novos

conhecimentos e continuar a melhorar os seus desempenhos). Ora é sabido que tradicionalmente educação e treino se focam em grande parte no aumento das competências (conhecimentos, aptidões e atitudes) mais do que na preparação para o mundo complexo atual em que devemos ser educados para a competência e a capacidade⁵.

Por todas estas razões, para que os nossos desempenhos, nestas circunstâncias, sejam adequados é efetivamente muito importante, mais do que conceções teóricas certamente muito bem elaboradas e plenas de boas intenções, possuir um domínio perfeito sobre o modo como funcionam os sistemas de saúde, com as suas suscetibilidades próprias que, mesmo assim, não dispensam uma permanente observação. Se assim se proceder mais facilmente compreenderemos os desempenhos pessoais de todos, concluindo-se que as regras a aplicar até são habitualmente simples. As pessoas é que são complicadas. É também sabido que o método científico separa as partes para as estudar sem fatores confundidores. Sem negar a sua importância na saúde há muitos fatores confundidores cuja eliminação acarreta visões parciais indesejadas. Acresce que num tipo de problemas, a introdução de uma certa ordem na sua abordagem acarreta uma certa desordem noutras áreas, sendo necessário ponderar estas consequências não intencionais⁵.

2. A importância do conhecimento na prestação de cuidados de saúde

Efetivamente os nossos conhecimentos são científicos, organizacionais ou experienciais. Por outro lado, podem ser tácitos ou explícitos, sabendo-se que na nossa prática clínica diária continuam a predominar os conhecimentos tácitos, com a preocupação natural de os tornar explícitos sempre que possível. Na mesma ordem de ideias, os conhecimentos iterativos estão destinados à resolução de problemas mal estruturados, ficando os sequenciais para as situações bem mais definidas. Subjacente a estes conceitos está a medicina que cria evidência, que corresponde, como dissemos, ao que mais frequentemente acontece na prática profissional.

É claro que o conhecimento obtido a partir da prática habitualmente permanece tácito, apropriado apenas pelo clínico ou até pelo doente e o que fica garantido é a maior riqueza da experiência dos profissionais em causa. Por isso diz-se que a capacidade de gerar, captar, disseminar e implementar novos conhecimentos em contextos fundamentais para o exercício da clínica pode obter-se não só da literatura médica, mas também da prática profissional. Falamos, portanto, de uma evidência criada pela prática médica, isto é medicina criando evidência. A medicina tem efetivamente uma longa tradição de inovar e aprender com as práticas médicas. A quantidade de observações ocasionais que levaram à aquisição de novos conhecimentos é bem conhecida mas só com o desenvolvimento do método científico é que se registaram avanços substanciais que consagraram práticas de maior rigor e mais comprovada eficácia. Apesar da força com que a MBE se impôs, a verdade é que se continua a obter impor-

tantes contributos a partir da prática médica. Esta realidade obriga a uma criteriosa gestão e translação do conhecimento.

A iniciativa estruturada para captar novos conhecimentos a partir da prática – compreendendo o planeamento deliberado de estruturas e processos e seleção de ferramentas apropriadas – tem potencialidades para aumentar a taxa de aprendizagem, estruturar problemas não estruturados, determinar que problemas são mais adequados para cuidados iterativos ou sequenciais e assegurar que o que estamos a aprender tem acuidade, é válido e útil. Dado que assim as organizações aumentam a sua *accountability* para os *outcomes* dos cuidados de saúde (cura da doença e diminuição do sofrimento), o conhecimento necessário para prestar cuidados torna-se uma vantagem organizacional e individual e, por consequência, uma iniciativa deliberada para criar e usar novos conhecimentos clínicos e operacionais. Com efeito, isto significa explicitamente tratar a medicina como criadora de evidência assim como baseada na evidência.

O estilo com que se apresentam muitas publicações relacionadas com a saúde tem uma ressonância negativa: crise, desafios permanentes aos sistemas de saúde, aumento dos custos, incerteza, complexidade, falta de fiabilidade, conflitos permanentes a todos os níveis, lideranças pouco esclarecidas, insegurança, exigências desmedidas, e até os avanços científicos e tecnológicos exponenciais são acusados de conduzirem, por vezes, a fragmentações indesejáveis. Havendo alguma verdade nestas acusações, também é certo que registamos melhorias em vários sectores da saúde e não nos podemos deixar arrastar por discursos miserabilistas. No entanto, teremos de reconhecer que a organização e os cuidados de certas áreas da saúde necessitam de ser acautelados, bastando para o confirmar a falta de integração entre os seus diversos sectores. Tem sido, efetivamente, ineficaz a atenção ao modo como na saúde se processa a organização.

Os comportamentos clínicos constituem um pilar fundamental de qualquer sistema de saúde. A par daqueles que estão consagrados pelos bons e até excelentes resultados que nalgumas áreas de referência se vão obtendo, é também verdade que muitos dos comportamentos pecam por práticas excessivas, deficientes ou erradas. Reconhece-se que o estado dos conhecimentos médicos e a incerteza têm uma enorme influência nas práticas profissionais. Muitas vezes não sabemos o que fazer, outras não fazemos o que sabemos (os conhecimentos existem mas não são aplicados) e finalmente, mesmo quando sabemos o que há a fazer, e fazemos o que sabemos, não o fazemos corretamente. Todos nós podemos retrospectivamente identificar intervenções sem quaisquer benefícios ou terapêuticas reconhecidamente apropriadas e que não são usadas. E também é verdade que entre a descoberta de novos conhecimentos e a sua aplicação prática podem, como vimos, decorrer muitos anos.

Há quatro elementos que interagem uns com os outros e são fundamentais para um sistema de prestação de cuidados: conhecimentos médicos, processos, desempenhos

profissionais e organizações¹⁹. Como se sabe, um sistema é um conjunto de vários componentes que interagem uns com os outros para que se atinjam determinados objectivos. Os sistemas de saúde não fogem à regra, mas alguns não obedecem de todo àquela definição pois apresentam insuficiências que, apesar de com o andar do tempo se terem mitigado, continuam a manifestar carências muito visíveis. Há até quem diga que apesar dos vultuosos investimentos feitos para corrigir muitas anomalias pouco se tem progredido. Mas a verdade é que a importância dos conhecimentos médicos nos sistemas de saúde é indiscutível. Efetivamente passámos de práticas artesanais, não imbuídas de espírito científico, para um tempo novo em que os conhecimentos ganharam mais especificidade. E com eles os próprios cuidados.

Não obstante, torna-se oportuno lembrar que os cuidados de saúde durante muitos anos foram essencialmente um processo experimental, e o seu processamento tinha fortes características iterativas, consistindo nas múltiplas espirais de *feedback* e de ciclos de testar e retestar, únicos para cada doente. A incerteza que rodeava a prática clínica exprimia-se em probabilidades. Com a expansão da medicina científica os caminhos para resolver problemas (necessidade que ganhou maior expressão a partir dos anos 50) dividiram-se entre o tipo iterativo (arquitetando uma solução única para um problema menos bem caracterizado) e o tipo sequencial (aplicando uma solução preformada e pretestada para um problema bem conhecido). Com estes avanços, e sem perder o seu forte carácter experimental, a prática clínica ganhou especificidade¹⁹.

Os profissionais mais diretamente ligados à saúde, apesar de disporem actualmente de muito melhores condições científicas e técnicas para os seus desempenhos, têm, no entanto, de responder a novos desafios. Os cuidados de saúde passaram a estar centralizados nas necessidades dos doentes, os protagonismos individuais cederam o seu lugar às equipas multidisciplinares, a pletera informativa obriga a rigorosos critérios de seleção (sem nunca esquecer que informação não é conhecimento), a especialização crescente tem criado fragmentações que podem atentar contra a natureza unitária do doente. Por isso as pressões do escrutínio sobre o modo como os desempenhos profissionais se desenrolam nunca como agora estiveram na ordem do dia.

É bem sabido que ao longo de muitos anos tem havido um divórcio entre medicina e gestão. Com os processos de acreditação, inicialmente a tónica sobre os custos e sobre os desperdícios era muito forte e infelizmente pertinente. Não surpreende, pois, que muitos cursos de pós-graduação estivessem especialmente voltados para a economia e gestão das unidades de saúde, à boa maneira do sinal dos tempos. Mas o imperativo para mudar fez-se sentir. Efetivamente quando se fala da gestão da saúde não nos podemos limitar à gestão financeira. Muitas outras áreas necessitam de ser geridas: os conhecimentos e a sua translação para a prática, os recursos humanos, o stresse e a complexidade, os conflitos e a conciliação de interesses, a comunicação nas suas diversas interfaces, a gestão dos cuidados, o planeamento estratégico e o *marketing*.

A gestão é de facto uma atividade complexa que implica a coordenação de vários recursos (humanos, físicos, financeiros) para que se produzam bens ou serviços que sejam úteis e possam ser oferecidos a preços competitivos. Por isso a gestão tem de ser concebida sem fronteiras rígidas e estar atenta aos diversos elementos que a influenciam, dando particular realce aos fatores humanos. Gerir é um processo de grande amplitude que começa no planeamento e passa pela implementação e controlo.

Criou-se a ilusão de que a capacidade para sintetizar evidência proporciona todo o conhecimento necessário para praticar medicina, o que não é o caso. O próprio Sackett avisou sobre os riscos da MBE estar a ser desviada dos seus propósitos. Na realidade os clínicos defrontam-se com o caos na informação, pois diariamente surgem na Medline cerca de dois mil artigos e há uma pletera de *guidelines* com resultados conflitantes. Ainda mais importante é a noção de que a evidência está corrompida com metodologias que ameaçam o conceito da MBE.

Recentemente os prosélitos da MBE levaram o seu fanatismo ao ponto de argumentarem que se não houver um RCT não pode falar-se de MBE. Em boa verdade este excessivo autoritarismo tem sido desacreditado. Em 2008 Montori²⁰ afirma que a evidência dos RCTs está corrompida e que a insistência em tratamentos apoiados em RCTs ignora a preferência dos doentes, o que abala consideravelmente o conceito de Sackett. Quanto a enviesamentos, o autor aponta alguns: paragem precoce dos ensaios, falhas na randomização e na ocultação, perdas no seguimento dos doentes, amostras e controlos inadequados e caracterização clínica e laboratoriais deficientes. Na mesma linha de limitações a abundância de subgrupos, a tirania das práticas e as fraudes nas revistas médicas completam um enquadramento de limitações que não deve ser ignorado.

Com a expansão dos conhecimentos e o desenvolvimento da MBE criou-se a necessidade de mudar as nossas estratégias, dando mais atenção aos resultados do que à provisão dos serviços, sem, claro, negligenciar as suas interligações. A subtilidade desta linguagem tem importância para os desempenhos das organizações de saúde pois, como já anteriormente assinalámos, a aplicação das regras de outras indústrias à “indústria “da saúde não pode processar-se linearmente como se não houvesse diferentes especificidades, especialmente as implicações sociais do ato médico tão bem realçadas por *Batalden e Davidoff*²¹.

No mundo complexo da saúde a tomada de decisões não é um problema fácil de resolver e, por isso, justifica um tratamento individualizado do tema. Os problemas a resolver são umas vezes estruturados, outras vezes, semiestruturados, mas num grande número de casos são fundamentalmente não estruturados. Por isso, podemos dizer que o exercício da clínica não se pode apoiar em estruturas algorítmicas com o seu rigor matemático, antes procura furtar-se às numerosas dificuldades que a extrema variabilidade das situações suscita, sabendo-se que cada doente é um ser único e irrepetível e os contextos em que se inserem são muito diversos. Se a isto juntarmos a

componente social do ato médico, entendemos perfeitamente a necessidade de caracterizar muito bem os diversos tipos de conhecimento que são usados, de um modo ora intuitivo, ora racional, no exercício da prática clínica.

Um dos principais objetivos do exercício da clínica é tornar os problemas mal definidos (não estruturados) em problemas bem definidos e portanto de soluções mais fáceis. E se esse esforço tem obtido reconhecidos sucessos nos mais variados sectores da clínica, a verdade é que os atuais e explosivos desenvolvimentos científicos e tecnológicos vieram trazer um maior número de decisões alternativas, o que sendo um progresso, simultaneamente coloca um maior número de opções para as decisões finais.

A transformação dos conhecimentos iterativos em sequenciais é, pois, um aspeto essencial do exercício clínico. Se algum dia tudo se resumisse a decisões sequenciais (o que é cada vez menos possível) a clínica ganharia em aparente segurança mas perdia o fulgor da aplicação da experiência e do carácter humano que ela exige e tantas vezes é negligenciado.

Os nossos esforços, por isso, devem ir no sentido de maximizar as probabilidades de tornar a evidência acessível, perceptível e dinâmica para todos os profissionais. E assim se fala na translação do conhecimento que inclui três processos essenciais: difusão, disseminação e implementação. Segundo Trisha, na terminologia os dois primeiros processos devem ser considerados “*transfer*” do conhecimento, sendo o terceiro a translação. Esta tem fatores impulsionadores e fatores desincentivadores⁵.

O exercício da clínica, como temos visto, é um processo de enorme complexidade e muita suscetibilidade, tanto mais que inúmeras vezes decidimos face a probabilidades e incertezas. Por isso, os mais expeditos profissionais desenvolvem os seus próprios modelos e regras tácitas (heurística). Estes clínicos tendem a tomar decisões rápidas e intuitivamente, ao contrário dos mais jovens cujas limitações são manifestas.

Em resumo, os princípios da mobilização do conhecimento na saúde implicam um conjunto de ações: liderança, multifacetada e coletiva, treino e desenvolvimentos focados, pelo menos, na capacidade tácita e na competência, facilitação organizacional para acionar o conhecimento e promover uma cultura de aprendizagem partilhada, assumindo riscos e apoiando a criatividade²².

Nos ensaios clínicos randomizados, como sabemos, o conhecimento tácito é escassamente captado, se o é. Então temos um paradoxo: os clínicos procuram criar uma ciência experimental sobre o modo como podem intervir nas doenças dos seus doentes, enquanto estes vão construindo comunidades de informação para apoio mútuo²³. Por isso temos o conhecimento explícito da MBE e os conhecimentos gerados pelos doentes e suas comunidades, mas também pelos médicos (conhecimentos experienciais), criando-se assim um possível enriquecimento do tão desejado diálogo. Daí

que seja necessário uma nova linguagem em que as ciências sociais, as comunidades digitais e as redes sociais têm lugar relevante.

A qualidade dos cuidados de saúde que são prestados aos cidadãos em geral está muito dependente das decisões tomadas por todos os que estão relacionados com eles. São processos inter e multiprofissionais complexos que abrangem um conjunto heterogéneo de pessoas e estão ligados a tomadas de decisões que têm de se apoiar em comportamentos intuitivos e/ou racionais, em que enviesamentos e incertezas estão frequentemente presentes; fácil será concluir tratar-se de um sector que, para ser mais facilmente entendido tem de recorrer aos conhecimentos de numerosas áreas - economia comportamental, heurística, tipos de conhecimentos, verdadeiro significado da evidência, outros aspetos cognitivos, para só citar alguns. Estamos, portanto, afastados por longa distância do tempo heróico do exercício artesanal da clínica. No entanto, sente-se que muitos profissionais ainda não dão a devida atenção a muitas das áreas que indicamos como de enorme importância para o processo clínico. Tudo se complica um pouco mais, quanto é certo que numerosos conceitos encerram contradições e discordâncias que as práticas nem sempre resolvem do melhor modo, pelo que erros e enviesamentos são ameaças constantes para os profissionais. Apesar da ilusão da certeza com que são confrontados certos métodos de aprendizagem, pode dizer-se que os cuidados de saúde encerram uma forte percentagem de incertezas cuja importância é ainda mais agravada por tudo se processar numa área tão susceptível como a saúde. Diremos, portanto, que tudo quanto possa ser feito para a tentativa sensata de melhorar os nossos desempenhos é um imperativo ético irrecusável. Uma das importantes contribuições para a abordagem destes problemas está relacionada com os conceitos de economia comportamental tão bem tratados por Daniel Kahneman²⁴ que, sendo um psicólogo, ganhou o prémio Nobel da economia numa demonstração da importância interdisciplinar, quando não transdisciplinar, de alguns conceitos.

Atentemos nos avisos de Haridmos Tsoukas²⁵ que já em 1998 e com notável capacidade preditiva disse “a hiper abundância da informação na modernidade mais recente torna a sociedade da informação cheia de tentações, levando-nos a pensar que a informação é conhecimento objectivo e existe independentemente dos seres humanos; que tudo possa ser reduzido a informação e gerá-la em maiores quantidades irá aumentar a transparência da sociedade, conduzindo à gestão relacional dos problemas sociais.”

Necessitamos de novos modelos de pensamento relativamente à evidência, como a tudo o que se relacione com a prestação de cuidados de saúde, como sejam as pessoas, os tipos organizacionais, as tecnologias e tudo o que possa estar implicado nesta área tão complexa e susceptível. A implementação da evidência não é uma ciência exacta e nunca pode ser assumida com formulações matemáticas e/ou algorítmicas. Devido aos factores que possam perturbar ou ajudar no processo da implementação da evidência, requerem-se regras básicas, apreciação contextual, instinto e talvez um afortunado alinhamento de circunstâncias. Além disto é indispensável promover o interesse nas

ciências sociais e nas humanidades como bases intelectuais para as abordagens do conceito moderno de evidência.

É claro que ao longo do texto, sem destruir a importância que a MBE ainda tem, optamos por falar das suas limitações e da necessidade de as ultrapassar mediante um processo evolutivo que possa contribuir eficazmente para o reforço da sua importância para práticas clínicas. Nesse sentido diremos que a MBE sempre requereu a integração dos valores e preferências dos doentes com a melhor evidência clínica, confirmando o reconhecimento de que a prática científica e as inovações da MBE têm valores a considerar. Porém, até agora a ciência da MBE tem-se focado primariamente em métodos para reduzir os enviesamentos da evidência e quanto aos valores de outros aspectos eles têm sido completamente ignorados²⁶. Então diremos que a MBE gerou substanciais avanços metodológicos que permitiram distinguir tratamentos úteis e tratamentos agressivos, identificar os maiores problemas com os enviesamentos das publicações e procurar resolver conflitos de interesse. Infelizmente o predomínio do progresso técnico também serviu para apoiar o mito de que a MBE é um valor neutral. E mais adiante, enquanto o progresso técnico se desenvolver como deve, é necessário algum esforço nas próximas décadas para explorar a questão dos valores, o que não é apenas um processo filosófico ou metodológico, mas um ponto de enorme importância prática. Até que a MBE se reconecte com os seus valores e permita que os seus propósitos sejam para estender as capacidades humanas num contexto de constrangimentos, continuaremos expostos à acusação de que ela perdeu a sua alma e continua à deriva nos seus princípios humanitários²⁶. É, pois, forçoso reconhecer ainda uma longa caminhada a percorrer.

Neste contexto de enorme complexidade não surpreende que os diferentes “stakeholders” tenham, por vezes, pontos de vista discordantes, o que só por si não tem qualquer inconveniente, desde que não acarrete interpretações cujas aplicações práticas suscitem discordâncias indesejáveis.

3. MBE e EBHC

3.1. Definições

Em 1996 Sackett definiu a Medicina Baseada na Evidência (MBE) como “*the conscientious, judicious and explicit, use of current best evidence in making decisions about the care of individual patient.*” A sua prática significa integrar a competência clínica individual com a melhor evidência clínica disponível a partir da investigação sistemática. Mas, na opinião de Trisha Greenhalgh⁵, esta não é bem uma definição de MBE como um movimento retórico inteligente para colocarmos este novo paradigma no terreno. Esta autora⁵ e Anna Donald propuseram uma outra definição, “*o uso de estimativas matemáticas de probabilidade (de benefício ou do risco de prejudicar)*

derivadas de investigação de alta qualidade nas amostras populacionais, para informar a tomada de decisões clínicas.”

Não podemos estar mais de acordo com a opinião destas autoras acerca de novos modelos de pensamento relativamente à evidência, mas também a tudo que se relacione com a prestação de cuidados de saúde (pessoas, organizações, tecnologias e tudo o que possa estar implicado nesta área tão complexa e suscetível).

Por seu turno, Straw et al²⁷ falam do processo de sistematicamente encontrar, avaliar e usar investigação contemporânea como base para decisões clínicas ou integrar a melhor evidência da investigação com a nossa experiência clínica e os valores dos doentes e circunstâncias.

Tonelli²⁸ define a MBE como um duplo conceito: método excelente para desenvolver e descrever evidência médica baseada nas populações e tentativas para descrever uma prática clínica centrada na evidência derivada de estudos clínicos. Segundo ele, a MBE não integra satisfatoriamente a experiência clínica, os valores dos doentes e dos profissionais, o racional da fisiopatologia e a opinião dos *experts* nos tratamentos. A solução é uma mudança de minimizar conhecimento não evidente (experiência clínica individual, princípios fisiológicos, opinião dos *experts*, compreensão dos valores dos profissionais e dos doentes, isto é, tudo que é referido como a arte da medicina) para um sistema que integra o tal conhecimento não evidente numa tomada de decisão clínica.

Buetow et al²⁹, dois anos mais tarde, expandem este argumento concordando que o menosprezo pela experiência clínica enfraquece a MBE e sugerem que ela reconheça múltiplas dimensões e modalidades do conhecimento, incluindo ciências básicas, fisiologia, experiência clínica e padrões éticos, o que constitui uma tentativa de apaziguar as discordâncias que se opõem e bem à arte da medicina mas não resolve as limitações práticas e filosóficas da MBE.

Em 2003 Jenicek³⁰ refere que a evidência não é automaticamente correcta, completa, satisfatória e útil e em primeiro lugar deve ser avaliada, graduada e baseada no seu próprio mérito. De facto, a evidência é tão velha como a medicina. O que acontece é que a convicção, a crença, a fé pessoal ou outros dados da experiência ou proclamações por autoridades estavam a ser substituídos por achados dos RCTs, revisões sistemáticas de várias espécies e de múltiplas fontes ou de *guidelines*. Neste sentido a medicina sempre foi e sempre será baseada na experiência.

O conceito MBE sem os seus constituintes metodológicos e contribuições históricas é mais difícil de entender e de ser captado. No presente estado, no entanto, a MBE é um grande salto para diante mas não é o único. Na difícil realidade de diversas culturas (médicas e gerais) de um continente para o outro ou até de um país para o outro mantêm-se vários tipos de medicina baseados em alguma coisa: nos custos, convicção

e fé, experiência, compaixão e simpatia com o sofrimento humano, referências, instintos, humanidade e narrativas cujas raízes são talvez tão antigas como a medicina ela própria.

A prática da MBE está crescentemente dependente das novas tecnologias, sendo oportuno referir quais são os seus passos de acordo com reflexões anteriores. O início passa pela formulação do problema, identificando as necessidades da evidência, seguindo-se investigações adequadas, avaliação crítica, disseminação e difusão e adoção pelos seus utentes. É sabido que há dificuldades na aplicação da evidência aos doentes individuais e desafios à avaliação da MBE propriamente dita, podendo dizer-se que a sua grande contribuição é a iniciativa sistemática que acarreta para a actividade clínica e tomadas de decisão. A despeito da sua popularidade, é algumas vezes um padrão doutrinário da medicina moderna mais evolutivo do que revolucionário, mantendo-se aberto à expansão e à mudança. Muito da melhor evidência pode não equivaler a práticas nela baseadas. A melhor evidência é um fundamento importante para os problemas clínicos e as decisões mas não é um substituto para a tomada de decisões propriamente ditas. Talvez não se justifique o receio de que a MBE mais tarde ou mais cedo fique sem vigor, mas é necessário responder a algumas questões que estão em aberto, o que se enquadra na necessidade de vários ajustamentos para fortalecer o conceito.

Os vários tipos de definição da MBE contêm muitas incongruências. Por exemplo a inclusão de expressões como “best current evidence” e “its judicious use” parecem condições demasiado óbvias para ser parte de uma definição e surge estranha a quem assume que a melhor evidência disponível e o seu uso judicioso tenham estado sempre presentes na prática médica e, por isso, não são opções extra. No fundo o termo MBE impôs-se pelo seu uso e muitos entenderam não se ganhar nada em propor outro nome. Portanto fixemos: no contexto geral da filosofia da ciência, a evidência é entendida como postulados que podem apoiar a convicção de que a hipótese é verdadeira de diversos modos. Sabendo-se que há diversos tipos de evidência, importa verificar se ela se refere a uma teoria, a um sumário de regras metodológicas ou a actividades médicas no exercício da prática clínica diária. Para além destas discussões conceptuais, pode considerar-se a MBE um tipo de actividade apoiada em diversas metodologias em diferentes contextos, sujeita às incertezas e às probabilidades inerentes à prática médica e até, por vezes, sujeita a circunstancialismos do acaso. Apesar das suas limitações, temos que inteligentemente aproveitar tudo o que tem de positivo, fazendo-se um esforço honesto para ultrapassar os seus pontos críticos, como, de resto, vem sucedendo nestes últimos anos. O que não podemos permitir é o espírito de seita e até que interesses de diversos tipos possam impedir que os EBHC (Cuidados de Saúde Baseados na Evidência) sejam uma contribuição positiva para as práticas clínicas e as decisões com elas relacionadas.

3.2. Guidelines e Mindlines

Como é que as *guidelines* para a prática clínica podem ser adaptadas para facilitar a partilha da tomada de decisões, é o título de um estudo qualitativo que nos dá importantes conselhos³¹. A saber: A importância dos líderes para melhorar as *guidelines*, a inclusão de representantes dos doentes em estratégia de adaptação para facilitar tomadas de decisão, caminhos para despertar as preferências dos doentes e encorajar o recurso a linguagens que facilitem o seu envolvimento, estratégias dirigidas a eles e a profissionais, atenção às suas preferências e avaliação da efectividade e da exequibilidade das estratégias propostas. Trata-se de um programa muito exigente numa clara demonstração do muito que há a progredir nesta área.

Quase ao mesmo tempo outros autores³² abordam o tema da ajuda às decisões para garantir que elas sejam partilhadas e destacam a necessidade de uma cultura própria para o efeito que seja perceptível para as pessoas. Além disso, permanece o desafio de produzir sumários de evidência que lidem bem com a complexidade, multimorbilidade e potencialmente limitada aplicabilidade aos doentes. Aquele grupo³² está em posição para construir, testar e refinar sumários eletrónicos de evidência para uso clínico em variadas circunstâncias. Planeiam ainda implementar estas ferramentas noutras plataformas, convidando outros grupos e organizações, na arte de verdadeira partilha e tomada de decisões bem informadas.

As *guidelines* podem não estar disponíveis ou acessíveis, os clínicos revelarem falta de familiaridade com elas, o volume da informação tornar a sua gestão difícil e o tempo ser escasso para os profissionais se mostrarem informados, conforme já salientado.

A falta de motivação geral (interferência das *guidelines* com a autonomia clínica, normas rígidas e impraticáveis e enviesamentos) bem como a falta de motivação específica são também barreiras que vimos considerando, não surpreendendo que perante este cenário de insuficiências se tenham apontado intervenções destinadas a mudar o comportamento dos clínicos. A este respeito, em trabalho recente são destacados teorias e modelos relacionados com implementações de mudanças de modo a melhorar os cuidados de saúde³³. Aí se referem as alterações relativas aos profissionais (cognitivas, educacionais, relativas às atitudes e motivacionais), ao contexto social (aprendizagem social, redes sociais e influência, liderança) e ao contexto organizacional e económico (inovação da organização, gestão da qualidade, complexidade, aprendizagem organizacional e economia). Há ainda intervenções destinadas a informar, premiar ou dar retorno dos comportamentos, nem sempre com o sucesso desejado. Também as revisões sistemáticas e os RCTs são geralmente efectivos para melhorar a adesão dos clínicos às *guidelines*, embora os seus efeitos tendam a ser escassos ou modestos⁵. Uma outra intervenção que deve ser encarada como de interesse comportamental é a previsão de incentivos ou recompensas para a adesão a *guidelines* e protocolos, mas as consequências são também modestas, portanto esta

regra de ouro para melhorar as práticas de acordo com a opinião de alguns pode ter consequências inesperadas.

Enquanto uma *guideline* baseada na evidência requer que sejamos altamente racionais, isto é, baseados em regras dedutíveis, algorítmicos, e preditivos, o uso da heurística é um processo totalmente diferente (análogo, abdução e baseado num modelo de reconhecimento subconsciente)⁵.

Infelizmente as narrativas sobre o pensamento heurístico em contextos clínicos diversos ainda não identificaram quais as situações clínicas que levam ao pensamento heurístico, versus o raciocínio algorítmico das *guidelines*⁵. Efectivamente a heurística é um meio de limitar os efeitos deletérios do excesso de racionalidade, pondo em acção estratégias de simplificação que nos permitem raciocinar rapidamente sempre que necessário. Uma revisão sistemática recente sobre os enviesamentos cognitivos nas tomadas de decisão sugere que quanto mais olhamos para eles, mais os encontramos. Neste intrincado de processos de escolhas sobre o comportamento das pessoas e das suas opções vale a pena, uma vez mais, recordar que a dicotomia pensar depressa ou devagar aconselha a que sejam mais importantes heurísticas rápidas e frugais do que *guidelines* “espessas”. Este novo conceito tem um potencial de expansão para a MBE no sentido de produzir formas mais ricas de conhecimento baseado na evidência. Em nossa opinião, tudo o que contribua para valorizar na sua justa dimensão os conhecimentos experienciais contribui para que trabalhem no sentido de arranjar hierarquias de evidência mais aceitáveis e operacionais.

Verdadeiramente, encontramos-nos num período a que alguns chamam era pós *guideline*³⁴. As *guidelines* foram concebidas para ajudar os clínicos a tomar decisões correctas e os autores salientam que num estudo etnográfico foi demonstrado que os conhecimentos que os médicos obtêm se originam de várias fontes – diálogos interpares, outras fontes de conhecimento. Os autores acrescentam que as *guidelines* habitualmente são um modelo de compreensão racional das decisões, mas na prática clínica os doentes e os profissionais na maioria das vezes seguem a ciência do improvisado dando passos para acções que parecem correctas. E acrescenta: dado que os conhecimentos clínicos não seguem estreita racionalidade dos algoritmos contidos nas *guidelines*, são necessárias alternativas. Várias iniciativas estão relacionadas com tipos de conhecimentos de outras fontes, não tão perfeitos, individualizados e com múltiplas opções referindo-se a conhecimentos práticos em contexto a que chamam *mindlines* para mostrar os esquemas socialmente partilhados e sempre em contínua evolução para apoiar a prática clínica. Pode então dizer-se que o conhecimento explícito das *guidelines* é formatado em *mindlines* coletivas onde é confrontado, sintonizado e integrado (ou não) com os conhecimentos clínicos existentes¹⁶. Diz-se mesmo ser difícil encontrar um clínico prático que não tenha determinados conhecimentos resultantes de investigações, mesmo que não conheça os trabalhos originais. Como é óbvio, não se pretende secundarizar o método científico, antes se deseja que ele seja devidamente integrado no contexto real da clínica. É, pois, importante, aprender com

conhecimentos não explícitos e saber que as *guidelines* pretensamente completas, com equidade, sucintas, acessíveis, compreensíveis e apoiadas em evidências robustas têm também conhecimentos imperfeitos que podem perturbar a qualidade das práticas clínicas.

Então socorremo-nos³⁴ de autores que referem que as *guidelines* podem perder credibilidade porque os seus autores têm interesses vários mesmo quando se preocupam em evitar enviesamentos. Acresce que os grupos podem interpretar a evidência de modo diferente, o que eventualmente equaciona conclusões diferentes. Por outro lado as *guidelines* podem ser enganadoras ou conterem um volume total de recomendações que as tornam inoperacionais, sendo oportuno recordar que por vezes elas sofrem simplificações excessivas ou ficam fora de moda tal o tempo que demoram a ser elaboradas. É claro que estes problemas devem na medida do possível ser prevenidos, mas não é provável que sejam completamente ultrapassados.

As *guidelines* para a prática clínica raramente comparam opções razoáveis de gestão e raramente dão informação acerca da eficácia comparada de testes ou tratamentos e também raramente explicam os dados relacionados com a comunicação de riscos dos doentes³⁴. Por isso se diz que as *guidelines* clínicas construídas como habitualmente não estão aptas para o propósito de informar completamente a realidade da actividade clínica e então voltamos à importância dos conhecimentos tácitos para melhor servir os objectivos pretendidos, sabendo que a intuição e o pensamento analítico ajudam a gerir melhor a informação e a lidar com a incerteza. Criando estas novas ferramentas do conhecimento – flexível, acessível, reduzido, lidando com as incertezas, racionalizando o acto médico e construindo alternativas – estamos a facilitar a heurística e processos de síntese indispensáveis dizendo-se que eles *may well require a bazaar rather than the cathedral approach*³⁴.

3.3. Evolução

Diga-se em abono da verdade que nem todos os precursores da MBE rejeitaram o valor da experiência clínica, mas também nunca foram adeptos de a colocar no patamar mais elevado das respectivas hierarquias. Aliás, num recente editorial da JAMA³⁵ pode ler-se:

“There is a certain class of medical literature and teaching that is made so positive and dogmatic as to create doubts and suspicions of its reality. Many very good teachers err supposing that unless they state the facts of medicine in the most positive way it never can impress the student.” E mais adiante: “the leading teacher and writers in all the exact sciences are particularly noticeable for their modest statement of facts, only claiming that from their experience and the evidence before them such fact appears to be true.”

A confusão que parece aparente é final e imutável, é uma postura a cada passo assumida por estes conservadores que também entendem ser a medicina um conjunto de verdades absolutamente estabelecido. A realidade é que a medicina ao longo do tempo se tem defrontado com teorias que, tendo prestado os seus serviços, não resistiram à prova do tempo. Por isso, o editorial citado defende que novas descobertas e novas teorias são muito bem-vindas mas nunca deverão ser encaradas como verdades finais absolutas. Portanto nós dizemos que contra factos (aquilo que tem por base a experiência) não há evidência (aquilo que pretensamente existe e é real) considerando esta um conceito importante, mas a exigir uma valorização correcta das suas hierarquias.

Torna-se assim legítimo questionar se a MBE alguma vez foi moderna.¹⁶ É bem certo que muitas teorias, mesmo tendo prestado bons serviços em determinados momentos, tendem a ser contestadas e até abandonadas por não se ajustarem aos avanços científicos e tecnológicos que vão sendo conseguidos. De certo modo isso mesmo aconteceu com a MBE que, nestes últimos anos, viu os cuidados de saúde prestados às populações serem profundamente alterados. Alguns autores³⁶ questionaram se o conceito estava em crise em virtude das numerosas consequências acidentais do seu sucesso inicial. Ouçamo-los “ *the evidence based ‘quality mark’ has been misappropriated by vested interests; the volume of evidence, especially clinical guidelines, has become unmanageable; statistically significant benefits may be marginal in clinical practice; inflexible rules and technology driven prompts may produce care that is management driven rather than patient centred; and evidence based guidelines often map poorly to complex multimorbidity* ”.

Muita da medicina assume-se como um universo regular. Nós usamos metáforas automáticas que reforçam a convicção de que podemos reparar uma parte do sistema do mesmo modo que adaptamos um carburador novo a um automóvel como se essa comparação fosse razoável e qualquer nova parte pudesse encaixar facilmente no velho sistema. Ora, nós sabemos que, por definição, todas as partes de um sistema estão interconectadas e que nós não podemos fazer experiências controladas num sistema fechado e esperar que os achados se possam aplicar sem problemas a um sistema aberto. Um sistema complexo como a saúde (ou para ser mais exacto um sistema adaptativo complexo) é um conjunto de agentes individuais que tem a liberdade de actuar por vias não totalmente previsíveis cujas acções são interconectadas. Este tipo de sistemas tem fronteiras mal definidas, os seus agentes actuam com base em instintos, regras simples e modelos mentais que podem não ser explícitos, sendo importante trazê-los à superfície quando se está a estudá-los. São sistemas que necessitam de uma grande capacidade adaptativa, que por vezes estão inseridos noutros e evoluem conjuntamente. Acresce que a inerência das tensões e paradoxos não permite que sejam totalmente resolvidos, e é manifesta a sua não linearidade, imprevisibilidade e emergência⁵. Continuando com a mesma autora, diremos que o mais importante é observar o sistema, pugnar pela sua padronização e auto-organização, reconhecendo a importância da gestão e da liderança, bem como da aprendizagem e desenvolvimento profissional. É ainda importante destacar que a maioria das inicia-

tivas de mudança nos sistemas de saúde não deve tentar erradamente controlar ou manipular o contexto, mas estimular soluções adequadas.

Em resumo: a implementação do EBHC tem muito a ganhar com a introdução e o apoio de sistemas de investigação multidisciplinar. Trata-se de um movimento que aposta nos métodos, ferramentas e protocolos, sendo necessário recordar que a implementação da evidência não é nada que possa ser firmemente pré-especificado e planeado. “As estruturas são como as escovas de dentes: toda a gente tem uma e não quer usar quaisquer outras⁵.”

A MBE nasceu, cresceu e está agora na idade adulta. Nasceu em 1981 quando um grupo de epidemiologistas clínicos publicou uma série de trabalhos que aconselhavam os clínicos sobre o modo como ler revistas clínicas. Em 1990 Guyatt, sob a liderança de Sackett, referiu que a avaliação crítica evoluiu para uma filosofia da prática médica baseada no conhecimento e na compreensão da literatura médica para apoio a cada decisão clínica. E assim se criou o conceito de medicina científica, que logo levou alguns a insurgirem-se pois dava a entender que anteriormente a medicina não era científica, pelo que o grupo canadiano propôs o nome *evidence-based medicine* que se tornou popular muito rapidamente. Os formandos foram ensinados a desenvolver uma atitude de esclarecedor cepticismo relativamente à aplicação de novas tecnologias no seu dia-a-dia de lidar com os doentes no que se refere ao diagnóstico, terapêutica e prognóstico. Os objectivos são ter consciência da importância da evidência na prática médica, com a sua consistência e força de inferência que ela permite.

Conscientes de que estavam a inovar um conceito que muito podia ajudar a melhorar a prática médica, os fundadores da MBE criaram logo a seguir um grupo “Evidence-Based Working Group” e publicaram um artigo³⁷ que definia e expandia a descrição da MBE, considerando-a uma mudança de paradigma. Este grupo expandiu a sua acção e o conceito foi melhorando, conforme se pode concluir pelo facto de se considerar que a MBE, só por si, não era suficiente para a tomada de decisões clínicas e que a gestão destas envolve sempre compensações entre consequências desejadas ou indesejadas e, assim, requer valor e juízos de preferência. Não demorou muito tempo para concluir que os princípios da MBE eram igualmente aplicáveis para outras áreas e outros profissionais, para além da medicina e dos médicos. E daí as designações *Evidence-Based Health Care* (EBHC) e *Evidence Based Practice* (EBP). Entretanto iniciou-se o debate mais aprofundado sobre a hierarquia da evidência e a necessidade dos valores e preferências nas tomadas de decisão. Também o modo como são consideradas as revisões sistemáticas e as meta-análises e as contribuições do GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) Working Group ganharam um lugar importante no referido debate.

A prática da MBE exige que os clínicos tenham uma clara e abrangente compreensão da evidência que subjaz aos cuidados de saúde e lidem com cada doente para assegurar acções no sentido do seu melhor interesse, o que requer que eles compreendam como a

incerteza acerca da evidência da investigação clínica se cruza com as situações difíceis e as preferências de cada doente.

Conceptualmente a MBE compreende três princípios fundamentais:

1. As tomadas de decisão clínica requerem que haja consciência da melhor evidência disponível, o que idealmente resulta de sumários sistemáticos dessa evidência;
2. A MBE proporciona orientação para decidir se a evidência é mais ou menos confiável, isto é que confiança podemos ter nos próprios dados dos testes de diagnóstico, prognóstico ou impacto das nossas opções terapêuticas;
3. A evidência, só por si, nunca é suficiente para tomar uma decisão clínica.

As pessoas que tomam decisões têm sempre de ponderar os benefícios, os riscos, os encargos, os custos associados com alternativas de gestão das estratégias e, ao fazê-lo considerar os sofrimentos, valores e preferências dos doentes. Reconhecer a melhor evidência não é tarefa fácil atendendo às considerações que vimos fazendo. Historicamente a MBE responde a esta questão referindo as hierarquias da evidência, a mais predominante das quais é a relacionada com aquela que apoia as intervenções terapêuticas. Mas, como era de esperar e, mesmo assim, levou tempo a admitir que as questões de diagnóstico e de prognóstico requerem tipos diferentes de hierarquias. Para iniciativas sobre a acuidade de testes de diagnóstico o topo de hierarquia inclui estudos que inscrevem doentes acerca dos quais os clínicos têm incerteza e que realizam uma “blind comparison” entre o teste candidato e um critério padrão. Para o prognóstico, os estudos observacionais prospectivos documentam com acuidade exposições e resultados, seguindo os doentes períodos relevantes de tempo e ficam no topo da hierarquia.

A evolução da MBE para EBHC processou-se através de uma sequência linear do modo como colocar uma questão e de lhe dar a mais adequada e possível resposta. Desde os anos 90 os dois conceitos têm percorrido um longo caminho e, talvez por isso, a ciência da sua implementação foi estabelecida como uma área interdisciplinar com o seu programa próprio. Na realidade, o conceito holístico da EBHC ultrapassa largamente o conceito mais estreito da MBE, empurrando-nos para uma área mais próxima dos *outcomes* ligados aos doentes. O desafio da implementação da evidência varia por falta de modelos orientadores. Há ferramentas disponíveis com as quais devemos estar familiarizados que nos permitem adaptar a evidência a um determinado contexto e identificar facilitadores e barreiras ao uso do conhecimento.

A maior parte da investigação em cuidados de saúde é orientada para produzir generalizações estatísticas baseadas numa amostra populacional para prever o que acontecerá numa amostra comparável. Em contraste, a ciência da implementação é, pelo menos parcialmente, acerca de usar exemplos únicos com abertura a verdades mais amplas através de generalizações naturalísticas⁵.

Em trabalho anterior, a propósito de novos modelos da medicina moderna, tecemos considerações sobre os diferentes tipos de medicina desde a clássica, passando pela moderna e científica até aos tempos actuais, onde sistemas de apoio às decisões clínicas, MBE e medicina que cria evidência, medicina genómica, medicina narrativa e consequentemente novos tipos de investigação estão na ordem do dia. Apesar de todos estes espetaculares avanços, iniciámos uma nova era, como bem salientou Berwick¹⁰, uma era de valores morais salientando que “sem um novo *ethos* moral não haverá vencedores”.

Topol³⁸, pensando que a designação “destruição criativa da medicina” é demasiadamente áspera, reconhece a necessidade de muitas questões da saúde serem radicalmente transformadas. No entanto, sabemos que muitos profissionais da saúde se sentem desconfortáveis e pouco desejosos de tomar decisões baseadas nas informações fornecidas pelos genomas dos doentes, pelo que se torna urgente ajudar a desenvolver este novo modelo e a reconhecer a sua importância. Uma ciência da individualidade significa que, apesar das marcas epigenómicas que se venham a manifestar, cada pessoa, no seu universo, mantém uma individualidade própria, o que significa que a classificação sistémica das doenças necessita de ser refeita promovendo uma taxonomia molecular.

Estes novos enquadramentos têm profundas implicações nos nossos grupos profissionais. Nesta tarefa de sintetizar o essencial sobre os processos de tomada de decisões na prática clínica, deparamos com uma revisão magnífica³⁹, elaborada recentemente, onde se confirmam os pontos de vista que ao longo destes últimos anos temos vindo a defender. Como é habitual na prática médica, tomar uma decisão constitui um processo pelo qual se escolhe uma ou várias acções entre várias possíveis; a escolha é baseada num conjunto de informações que nos levam a optar por desfechos mais prováveis, com o recurso a instrumentos de apoio que permitam reduzir o grau de incerteza e aumentar a probabilidade de um melhor resultado. Quando passamos em revista os diversos tipos de medicina que vão acontecendo, verificamos que na actualidade há tendência, que importa inverter, para não dar o verdadeiro valor à intuição e à experiência médica em detrimento dos RCTs e das diretrizes da MBE, empurrando deste modo os clínicos para recursos a apoios de algoritmos. Mesmo assim os erros em saúde continuam, para o que contribuiu a falta de aptidões dos profissionais de saúde para a gestão da incerteza que tão frequentemente acompanha as suas práticas. Como se sabe, a formulação de hipóteses e elaboração de diagnósticos diferenciais é um passo muito importante da prática clínica e um componente fundamental da arte da medicina. Como insistentemente temos referido, os conhecimentos experienciais ajudam muito a reduzir este estado de incerteza permanente que acompanha a prática médica, sem que isso invalide o recurso a atalhos cognitivos ou heurísticos para que se possa atenuar o tal grau de incerteza. Neste esforço de melhor diagnosticar e tratar os doentes, são instrumento de apoio às decisões, entre outros, os modelos estatísticos (sensibilidade, especificidade, valor preditivo negativo, valor preditivo positivo e teorema de Bayes) que visam reduzir ao máximo a incerteza sobre o

diagnóstico e instrumentos de apoio à atualização e memória do médico⁴⁰, mas não só. A MBE, quando surgiu, veio pôr ordem em numerosas práticas na medicina tradicional absolutamente incorretas e com prejuízos e ameaças à segurança dos doentes. Nunca será demasiado enaltecer os seus importantes contributos iniciais, como agora é necessário, para a proteger, apontar-lhe limitações e fazer propostas para as suas correções.

Esta interrogação aconselha a que não refutemos os princípios fundamentais da epidemiologia clínica e a importância dos RCTs para reduzir os enviesamentos das esperanças humanas. Mas com isto não se pretende regressar à autoridade sacerdotal dos doutores, à evidência episódica ou às “velhas” *guidelines*. O que se sugere é uma evolução que reestruture os conceitos da MBE em cuidados de saúde baseados na evidência (EBHC). Em diversos sentidos: rejeição da dicotomia ciência e cultura; integração na EBHC da complexidade do mundo real (os RCTs obrigam a suplementos para criar novas inferências como por exemplo, ensaios pragmáticos, novos modelos de reconhecimento, *codesign* ou outras iniciativas); reconhecimento de que na nova EBHC toda a evidência da ciência ou da cultura humana requer translação e interpretação; o perigo de um discurso dominante de racionalidade é o que marginaliza e desvaloriza o papel do raciocínio individual, o que fragiliza mais do que fortalece a capacidade dos actores para atuarem; a nova EBHC reconhece as suas próprias limitações em relação com o apoio a tomadas de decisão e inferências indutivas nos cuidados de saúde⁵.

Como dizem Wood et al⁴¹, 1998 temos que aceitar práticas mais interdisciplinares (a inovação não é natural nem inevitável mas constantemente negociada e harmonizada); é necessário partir dos problemas reais dos indivíduos concretos e suas organizações e sistemas nos seus contextos reais.

Para além dos excelentes trabalhos que em 2006 foram publicados no *Journal of Evaluation in Clinical Practice* e que contribuíram para abordar o ponto da situação da MBE nessa altura, temos assistido ultimamente ao aparecimento de numerosos e muito elaborados trabalhos, muitos deles apoiados em argumentos da área da filosofia da ciência apontando para a extensão do conceito para além do foco epidemiológico dos seus fundadores. Entre estes trabalhos ocupa lugar de relevo o de Trisha Greenhalgh⁵.

O mais importante neste documento não é o facto de ele referir a MBE como uma ciência (o que manifestamente não é, dado que permanece como um dogma com apelos contínuos à primazia da ciência na tomada de decisões clínicas) mas a indicação de que deve afastar-se do modelo de 1992, com mais uma reencarnação de modo a ter credibilidade e relevância para a prática clínica diária. Na realidade não se trata de uma extensão mas de um ponto de partida pois muitas anteriores reencarnações foram tentativas de carácter estatístico, mais do interesse da epidemiologia clínica

do que da prática da verdadeira medicina clínica. Está assim criado um ambiente de discordâncias que importa reconhecer.

Os ortodoxos, por vezes, exibiam tiques de totalitarismos, dizendo que não era necessário fazer evoluir a MBE mas educar os discordantes. Aqueles (ortodoxos) não reagiram bem às tentativas dos que desejavam dismantelar as suas queridas teorias e a sua profunda convicção de que eram donos de toda a verdade.

A MBE parece ter feito progressos significativos embora a evidência de que ela própria tenha tido benefícios positivos está ainda por demonstrar. Muitos dos seus mais importantes protagonistas argumentam actualmente que existe uma postura mais interdisciplinar que acomoda os valores e procura combiná-los com a melhor evidência para conseguir objectivos como solidariedade, cuidados centrados nos doentes e ciência para bem das populações²⁶.

Como as ideias nucleares da MBE se expandiram para áreas como a saúde pública e os cuidados sociais, tornou-se uma iniciativa de maior amplitude e componente pluralístico do que era anteriormente. Na actualidade, a MBE está comprometida com um processo de autoavaliação crítica²⁶, questionando frontalmente a questão dos valores como uma das tarefas a ser assumida à medida que o seu desenvolvimento progride.

Até que a MBE reconecte os seus valores e permita que os seus propósitos prolonguem as capacidades humanas em ambientes de constrangimentos, está sempre sujeita à acusação de que perdeu a sua alma e continua à deriva quanto aos seus princípios humanitários²⁶.

Desde a sua criação nos anos 90 até ao presente, a MBE tem sofrido sucessivas melhorias o que nos parece a melhor maneira de ultrapassar e até reforçar o conceito. Muitas das dificuldades surgidas estão relacionadas com a necessidade de uma precisão de linguagem pois, como se sabe, muitas definições de evidência não satisfazem, além de que imensas vezes ela é apreciada isoladamente longe dos contextos em que se manifesta e despida de noções humanas e até das circunstâncias fortuitas em que se movimenta. Nesse sentido, a própria designação de MBE foi posta em causa e actualmente julga-se mais correcto falar em cuidados de saúde baseados na evidência (EBHC) dando assim ao conceito uma amplitude que nos parece acertada. Há limitações habitualmente citadas e más percepções da MBE conforme se pode verificar no quadro síntese seguinte⁴².

Limitações e más percepções da MBE (Adaptado de Straus e McAlister⁴²)

Limitações
<ul style="list-style-type: none">- Falta de evidência científica coerente e consistente- Dificuldades da aplicação da MBE aos doentes individuais- Barreiras à prática duma medicina de elevada qualidade- Necessidade de desenvolver novas aptidões- Recursos e tempo limitados- Pobreza da evidência que a MBE proporciona
Falsas percepções
<ul style="list-style-type: none">- Denigre a experiência clínica- Ignora os valores e as preferências dos doentes- Promove uma medicina tipo “livro de cozinha”- É simplesmente uma ferramenta para encurtar custos- É um conceito tipo “torre de marfim”- É especialmente dedicada à investigação clínica- Conduz a um niilismo terapêutico na ausência de evidência de ensaios randomizados

3.4. Investigação

Sabemos que os investimentos em muitas destas novas áreas têm sido vultuosos e que nalguns casos o retorno tarda em aparecer. Esses factos mostram ser essencial desenvolver iniciativas que permitam suavizar ou mesmo inverter este estado de coisas, o que, para o efeito, abre um prodigioso caminho para acções de melhoria e/ou de investigação. A investigação tem o seu espaço próprio e é muito importante. Mas se estivermos a tentar melhorar os sistemas de saúde através da investigação podemos correr o risco de ter uma tarefa para uma eternidade. Na realidade as pessoas pensam que é apenas mediante a investigação que podemos provar a efectividade de uma intervenção. E assim, num grande número de vezes, mesmo que uma intervenção seja planeada para melhorar alguma coisa, frequentemente as pessoas configuram a sua intervenção de modo a que haja uma pré e uma pós avaliação para confirmar se com as medições realmente houve alguma melhoria⁴². O problema reside no facto de com aquela estrutura estarmos a priorizar a prova da efectividade, durante uma melhoria sustentável. Por isso se pode colocar a questão da importância da investigação no processo de melhoria contínua. A questão não é nova e num congresso recente do IHI/NPSF 80% dos participantes consideraram a investigação como muito importante na questão da segurança dos doentes.

Torna-se, então, fundamental identificar a altura em que uma iniciativa da melhoria da qualidade se torna um projecto de investigação. E a questão não é apenas semântica, pois desta possível confusão se aproveitam os cientistas puros e duros (os adeptos do método científico) ou os que participando apenas em processos de gestão corrente das instituições pretendem, com isso, dizer que estão a fazer ciência. Haverá pois que defender nas instituições de saúde a existência de investigadores e de grupos ligados a projectos de melhoria da qualidade; por isso, todos os passos que permitam uma real aproximação dos dois conceitos são aconselháveis: colaborar, planear, privilegiar o doente e os seus interesses, publicar resultados e olhar para os objectivos pretendidos.

Em estreita ligação com a investigação estão os seus resultados e as publicações em revistas idóneas. Trata-se de um tema de importância extraordinária atendendo às suas mais variadas implicações - promoções académicas, políticas de investimento, creditações institucionais, consistência na tomada de decisão, entre outros. Este assunto, que por diversas vezes tem merecido a nossa atenção⁴³, quando não devidamente abordado pode contribuir para decisões injustificadas, perversas e atentatórias da dignidade das pessoas e das instituições. Realmente o conceito nefasto do politicamente correcto tem invadido numerosos sectores da vida nacional com consequências devastadoras, algumas das quais estão confirmadas e outras a caminho.

Recentemente, um artigo publicado numa revista de perfil independente e desassombroso que se intitulava “Why most clinical research is not useful”⁴⁴ colocava a questão com muita transparência. Tendo origem numa universidade norte-americana muito prestigiada, dir-se-á tratar-se de uma interrogação muito sábia e oportuna. Mas em nosso entender a sua maior força resulta de tratar de factos concretos cuja denúncia nem sempre é feita com a determinação e a clareza que os seus efeitos negativos justificam. Concordamos com o autor no que se refere aos pontos essenciais do seu trabalho. A saber: a investigação fundamental não pode ser facilmente julgada com base no seu impacto prático, mas a investigação clínica é diferente e o seu impacto deve ser útil como factor de apreciação; muitos dos factos que tornam útil a investigação clínica podem ser identificados, incluindo os relacionados com a resolução de problemas, posicionamento de contratos, ganhos de informação, pragmatismo, centralidade nos doentes, valor em saúde, viabilidade e transparência; acontece que muitos trabalhos mesmo nas revistas mais credenciadas não satisfazem as exigências referidas e só muito poucos as satisfazem pelo que podemos dizer que muitos trabalhos de investigação clínica não se mostram úteis, nem pelos seus achados nem pelo seu planeamento; as forças que estimulam a produção e a investigação clínica pouco útil estão perfeitamente identificadas e são susceptíveis de ser modificadas, ainda que isto seja uma revolução que, a acontecer, não pode apoiar-se apenas em boas intenções; por todas estas razões, sendo a saúde um sistema adaptativo complexo que não pára de nos surpreender, é óbvio ser necessária uma profunda reforma de mentalidades e de centros de poder que torne possível uma investigação útil na área clínica que, por isso, contribua para tornar sustentáveis os sistemas de saúde, mas que também contribua decisivamente para a melhoria dos cuidados e seja benéfica para as populações. Não é

tarefa fácil por razões várias. Os centros de decisão estão imensas vezes ocupados por pessoas sem as necessárias competências para apreciar em toda a extensão aquilo que deve ser exigido e também sabemos que existem interesses instalados que desvirtuam uma serena apreciação do valor dos trabalhos e das propostas. Ora, a verdade, como alguém dizia, é a concordância com os factos, e ainda que haja muitas tentativas para definir a investigação clínica uma coisa é certa: nela cabem todos os tipos de investigação que digam respeito ao tratamento, prevenção, diagnóstico/rastreio ou prognóstico das doenças ou da melhoria ou manutenção da saúde⁴⁵. Os estudos de intervenção experimental (ensaios clínicos) são a intenção para responder àquelas questões mas os estudos observacionais também oferecem evidência relevante. O verdadeiro significado da investigação clínica está relacionado com as mudanças favoráveis que a introduzem na tomada de decisões, quer por ela própria ou integrada com outros estudos e evidência em revisões sistemáticas, meta-análises, análises de decisão e *guidelines*⁴⁵. Como é referido a cada passo há trabalhos sobre investigação clínica - foi publicado aproximadamente um milhão sobre ensaios clínicos com dezenas de milhares de revisões sistemáticas a maior parte das quais não úteis. Trata-se de um consumo brutal de dinheiro, estando reconhecido que a maior parte desta investigação é falsa e para que seja mais verdadeira deve obedecer aos preceitos anteriormente anunciados - baseada em problemas, posicionamento nos contextos e benefícios da informação, pragmatismo, centralidade nos doentes, valores em saúde, praticabilidade, transparência e outros atributos⁴⁵. Este autor, na linha de muitas outras poderosas intervenções sobre o tema, entende que os trabalhos de investigação clínica que satisfazem todas as exigências ou a maior parte delas são extremas raridades, mesmo nas revistas mais altamente seletivas. Estas podem mesmo causar um alarmismo maior do que outras revistas de menor nomeada.

Como é fácil prever, estamos perante uma tarefa de extrema dificuldade que, envolvendo tantas instituições e tantas pessoas ditas poderosas, não vai produzir resultados tão rapidamente quanto necessário, sendo importante destacar que este não é um “jogo” contra ninguém mas uma oportunidade para melhorar.

Enquanto não for possível fazer de cada médico um investigador, bom será que os treinemos para perceber a importância da investigação e o verdadeiro significado da evidência. Depois é toda uma política de saúde e investigação que carece de ser revista, com a esperança de que nos deixemos de andar a fazer de conta. Não se pense que estas são questões de actualidade, pois já anteriormente⁴⁶ se abordaram com profundidade e dizia-se : “... ‘evidence-based medicine’, or ‘evidence-based health care’ or ‘evidence-based decision making’, or ‘evidence-based ethics’, or ‘evidence-based practice’, or ‘evidence-based research’ or ‘evidence-based teaching’ are all, *ad nauseam*, founded on ‘a basic conceptual and epistemological error, so-called disciplines and approaches to practice which combine bogus science with manufactured evangelical zeal, hiding their own massive confusion behind spectacular flourishes of gobbledegook’.”

Também nessa altura se dizia que a medicina não é uma ciência como, por exemplo, a física, onde existem leis absolutas das quais não é possível haver desvios. Na verdade a medicina é a verdadeira antítese disso, com a sua variabilidade biológica da doença e a condição humana subjacente, o que faz com que uma racionalidade excessiva possa parecer ridícula. Por isso, descrever a medicina como uma ciência é uma má descrição, que é perpetuada pela MBE como parte da sua ideologia; na realidade sabe-se que muito poucas questões da medicina clínica são “científicas” no sentido que os entusiastas da MBE lhe atribuem e, por isso, não pode ser compreendida como ciência como eles a entendem⁴⁷. A medicina, acrescenta, mesmo perante um desenvolvimento tecnológico espantoso, progresso biológico e farmacológico não menos expressivo mantém-se, como sempre, uma actividade humana que não é ciência mas uma actividade que usa a ciência^{48,49}. E, por isso, atendendo à natureza complexa da prática clínica, convenientemente considerada ciência e arte, torna-se indispensável avaliar e desenvolver a medicina com a referência a ambos os componentes. Mas a medicina não pode ser encarada como um paradigma biomédico e científico redutor, pois isso representaria uma ciência “fetiche” que exalta valores de probabilidades e denigre a experiência clínica e que alcança o seu orgasmo nas sucessivas meta-análises de estudos quantitativos⁵⁰.

Entre as dicas para melhor alinhamento da investigação com a política incluiu-se o seguinte: reconhecimento da ampla gama de evidência que é usada pelos políticos e de que a maior parte dela não é útil para os decisores. Na realidade o ciclo político tem um ritmo acelerado e está pontuado com limites muito fixos, necessitando-se de uma evidência de gama larga, interdisciplinar com conclusões claras que incluam a evidência de prováveis impactos e custos⁵. Segundo a autora isto encara mal com o *fetiche* corrente dos RCTs que produzem respostas precisas a um pequeníssimo número de questões e fazem poucos esforços para avaliar com alta probabilidade os custos reais.

3.5. Hierarquias da evidência

Como se pode observar, num quadro elaborado por Gordon Guyatt et al⁵¹, 2015 todas estes níveis até agora mencionados envolvem generalizações de grupos de doentes extrapolando os resultados para o doente individualmente considerado e claro que isto é uma importante limitação.

No caso da terapêutica actualmente aposta-se nos estudos “N-of-1 RCT” “em que os doentes e o clínico ignoram se está a ser administrado um medicamento activo ou o placebo. Como este tipo de evidências é dirigido para a efectividade terapêutica em doentes individuais pode, assim, ser colocado no topo da hierarquia. Infelizmente este tipo de ensaios é restrito para as doenças crónicas com tratamentos que actuam e cessam de actuar rapidamente e estão sujeitos a desafios logísticos consideráveis. Por conseguinte nós mais habitualmente confiamos em estudos de outros doentes

para fazer inferências relativas ao doente em questão. Estas hierarquias estão longe do absoluto, tendo surgido uma estrutura mais sofisticada para avaliar a confiança em cálculos de efeitos. GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) WORKING GROUP⁵², inicialmente concebido para proporcionar iniciativas relativas ao desenvolvimento de guidelines para a prática clínica⁵³. Compreende quatro graus (alto, moderado, baixo ou muito baixo) de confiança em cálculos dos efeitos das intervenções dos cuidados de saúde. De acordo com as considerações anteriores, a orientação GRADE coloca os RCTS em lugar elevado e os estudos observacionais em lugar baixo, o que significa a menorização inadmissível dos conhecimentos experienciais. Os conhecimentos e as aptidões necessários para otimizar a prática baseada na evidência estão relacionados com um conjunto de itens: competência nos diagnósticos, enquadramento em profundidade de conhecimentos, aptidões de pesquisa, sensibilidade para definir e perceber os benefícios e os riscos das alternativas, compreensão do que é necessário para a aplicação da evidência aos casos individuais, aptidões de sensibilidade e comunicação para total compreensão do contexto dos doentes e para compreender os seus valores e preferências e trabalhos com eles na tomada de decisões de um modo partilhado⁵⁴.

Desde o seu aparecimento nos anos 90 do século anterior até à actualidade os recursos da MBE têm sofrido uma evolução profunda e proporcionado soluções relacionadas com a produção de sumários e a avaliação da evidência. Estes recursos estão habitualmente disponíveis sendo necessárias orientações para lidar com eles, salientando-se a hierarquia da evidência, o seu nível de processamento e categoria dos recursos. Quanto à hierarquia cremos ter tratado o tema com a profundidade indispensável sem a pretensão de encerrar o debate permanente que sobre ele está estabelecido. Quanto aos níveis de processamento temos a mesma opinião: foram amplamente abordados ao longo do texto, o mesmo se pode dizer para as categorias dos recursos.

Os recursos não são todos igualmente fiáveis e nenhum deles dá respostas a todas as questões que se possam colocar. Os critérios de selecção dos recursos estão relacionados com a melhor evidência disponível, a sua área de aplicação e especificidade e ainda a sua disponibilidade para acesso. Usar os recursos da MBE para responder às questões que vão surgindo é uma tarefa importante que implica uma criteriosa selecção dos diversos e numerosos tipos de recursos. No fundo, tudo isto tem a ver com o modo como aprendemos e como devemos ensinar os menos experientes e, na minha opinião, tem tido uma abordagem artesanal, até mesmo em ambientes académicos.

Vivemos uma época em que o uso dos motores de busca é tão importante como, noutros tempos, foi o estetoscópio. Sabe-se que o número de artigos disponíveis para determinado tema pode atingir a dimensão de dezenas de milhares, sendo necessário recorrer a determinados tipos de filtros, para reduzir tanto “ruído” e possibilitar uma dimensão bibliográfica que possa ser útil para o trabalho de cada clínico.

Não surpreende, por isso, que as pesquisas bibliográficas possam ser fúteis e fastidiosas se não forem efetuadas correctamente.

Esclarecida a questão de que as hierarquias da evidência são extremamente variáveis consoante os contextos (diagnóstico, prognóstico, terapêutica) importa destacar que os níveis de processamento são também diversos (*guidelines* para análises de decisão, revisões sistemáticas e outros tipos de estudos) e que os recursos para pesquisa englobam sumários e *guidelines*, investigação prestigiada (sinopses e revisões sistemáticas) e outros tipos de investigação menos elaborada. Melhorar as aptidões de pesquisa na prática clínica diária é, portanto, um desafio permanente para o qual os seus intervenientes nem sempre estão devidamente preparados. Contudo, este processo, como temos destacado, tem vindo a ser substancialmente melhorado, sendo que na actualidade se pode dizer que esta é uma área em que se têm registado avanços muito substanciais. Para além da hierarquia da evidência e do nível de processamentos que ajudam a seleccionar o melhor tipo de evidência para responder a determinada questão, há agora que abordar os discursos disponíveis para o processo de pesquisa (sumários, *guidelines* e *mindlines*, investigação previamente avaliada, investigação mais simples e não previamente avaliada e outros motivos de busca).

3.6. Tomada de decisões

A tomada de decisão tem um componente intuitivo marcado, pelo que o médico não pode ser substituído por sistemas informatizados, devendo, pois, ser estratega que recorra à teoria e à experiência apoiado por sistemas de memorização³². Apesar da evolução da informática, a arte humana da medicina está acima do sucesso estatístico e da inteligência inorgânica das suas escolhas, constituindo um contributo fundamental para a relação com o doente e os aspectos humanos envolvidos nas decisões.

A complementaridade entre conhecimentos científicos, experienciais, e organizacionais só está assegurada por aqueles que possuam trajectórias profissionais que garantam essas exigências. Muitos destes conceitos não ocupam o lugar de relevo que deveriam ter nos planos de estudo das licenciaturas em saúde, pois a criação de disciplinas opcionais e cursos de pós-graduação sentem a falta de bases indispensáveis para que os profissionais consigam uma idoneidade e uma competência que evitem a existência de aventureirismos formativos que acabam por ser mais nocivos do que apropriados.

Em contraste com as escolhas racionais assumidas nas árvores de decisão, muitas das opções das nossas escolhas no mundo real ocorrem por razões que estão para além da efetividade ou da eficiência. Realmente, apesar de práticas que nesse aspecto continuam a ser muito incorretas, temos de apostar mais decididamente numa saúde que privilegia os seus componentes psicossociais com maior envolvimento dos doentes

e no fortalecimento das humanidades, respondendo aos doentes com a empatia indispensável.

A tomada partilhada de decisões será abordada em capítulo próprio. Porém, dado que ela é imensamente destacada na MBE, é necessário salientar que aquela partilha ocorre imensas vezes ao redor de uma árvore de decisão, o que pode falsear os resultados em várias direcções. Sendo nós seres sociais mutuamente dependentes e envolvendo muitas das nossas iterações mais personagens, a participação dos médicos tende a ser mais discreta, dado que estamos no tempo dos grupos inter e multiprofissionais na área da saúde. O envolvimento dos amigos e das famílias constitui uma mais-valia, salientando-se a importância da medicina narrativa e dos conhecimentos tácitos que vão sendo criados. É oportuno lembrar o contributo das redes sociais nestas áreas de crescente desenvolvimento.

Na realidade, para que as nossas tomadas de decisão sejam devidamente acauteladas necessitamos de um trabalho mental que produza impressões, intuições e muitas decisões que ocorram em silêncio na nossa mente. Como diz Kahneman³⁷, na condução das nossas vidas permitimo-nos normalmente ser guiados por impressões e sentimentos e a confiança que temos nas nossas crenças e preferências intuitivas é, em geral, justificada. Mas nem sempre, pois podem acontecer erros e enviesamentos, como é sabido. Os sucessos da intuição dos especialistas têm sido referidos por vários autores e na realidade os conhecimentos experienciais intuitivos são processos que realizamos várias vezes ao dia. “Pode dizer-se que psicologia da intuição correta não envolve magia, é antes, nada mais nada menos do que o reconhecimento.”

Um avanço importante é o facto de a emoção ter agora um peso muito maior na nossa compreensão dos juízos e das escolhas intuitivas do que tinha no passado. Quando é confrontada com um problema, a maquinaria do pensamento intuitivo faz o melhor que pode, sendo que a experiência relevante tem repercussão positiva nos resultados finais. No dizer do autor, o sistema I intuitivo (mais influente do que aquele que a nossa experiência nos diz) é responsável de muitas escolhas e juízos que fazemos.

Foram Keith Stanovich e Richard West (citados por Kahneman²⁴) os psicólogos que descreveram os dois sistemas na mente. O sistema I opera automática e rapidamente, com pouco ou nenhum esforço e sem sensação de controlo voluntário. O sistema II distribui a atenção pelas actividades mentais esforçadas que a exigem, incluindo cálculos complexos. As operações do sistema II estão muitas vezes associadas à experiência subjetiva de atuação, escolha e concentração (crenças explícitas e escolhas deliberadas). O sistema II tem alguma capacidade para mudar o modo como o sistema I funciona, programando as funções normalmente automáticas da atenção e da memória. Pode também dizer-se que a divisão do trabalho entre o sistema I e II é altamente eficiente, pois minimiza o esforço e otimiza o desempenho.

A intuição é um método para a tomada de decisões que é usado inconscientemente pelos clínicos mais experientes, mas não é tão acessível, naturalmente, aos noviços. A intuição é não científica, mas é um processo altamente criativo e fundamenta a criação de hipóteses na ciência. Efectivamente os clínicos mais experientes devem gerar e seguir palpites clínicos assim como aplicar os princípios dedutivos da MBE. A intuição pode ser melhorada após reflexão crítica sistemática acerca de raciocínios intuitivos, por exemplo, mediante a escrita criativa e o diálogo com colegas e doentes, abrindo um amplo espaço para a medicina narrativa que, não sendo tudo, é uma prática muito importante para que os profissionais tenham desempenhos mais assertivos e de elevado profissionalismo. Na realidade, é mais do que tempo celebrar este capítulo dos cuidados de saúde, atendendo às suas potencialidades para a educação profissional e a melhoria da qualidade das práticas.

Há uma evidência crescente de que os conhecimentos clínicos são armazenados na nossa memória mais do que como coleções estruturadas de factos abstractos. Os passos dedutivos da MBE (ciência) e a interpretação subjetiva da história do doente (arte) constituem um todo essencial para uma abordagem eficaz e muito profissional do exercício da medicina. Por isso, mesmo reconhecendo a dificuldade a um nível filosófico na integração da ciência da MBE com a arte intuitiva do raciocínio clínico, podemos dizer que as regras da primeira podem ser ensinadas ainda que a intuição clínica seja um fenómeno insondável que simplesmente acontece. De qualquer modo, o ensino da intuição pode ser desenvolvido sendo necessário ultrapassar esta falsa dicotomia entre a ciência e arte da prática clínica.

A qualidade dos cuidados de saúde que são prestados aos cidadãos em geral está muito dependente das decisões tomadas. Sendo processos inter e multidisciplinares complexos que abrangem um conjunto heterogéneo de pessoas que têm de se apoiar em comportamentos intuitivos e / ou racionais, em que enviesamentos e incertezas estão frequentemente presentes, fácil será concluir tratar-se de uma área que, para ser mais facilmente entendida, tem de recorrer aos conhecimentos de numerosas áreas – economia comportamental, heurística, tipos de conhecimentos, verdadeiros significados da evidência e outros aspectos cognitivos.

Estamos, portanto, afastados por longa distância do tempo heróico artesanal da clínica. No entanto, sente-se que muitos profissionais não dão a devida atenção a muitas das áreas que indicamos como de enorme importância para o processo clínico.

Como salienta Kahneman²⁴, o conceito dos 2 sistemas tem uma enorme importância prática e ajuda a perceber melhor a questão intricada da tomada de decisões. O sistema 2 não é um modelo de racionalidade, pois as suas capacidades são limitadas, bem como o conhecimento a que tem acesso. Nós frequentemente cometemos erros pelo sistema 1 não saber fazer melhor, podendo dizer-se que o sistema 1 está na origem daquilo que fazemos erradamente, sendo também a origem da maioria daquilo que fazemos bem, que é a maior parte daquilo que fazemos.

Os modelos estatísticos, os qualitativos (simbólicos ou heurísticos) e algumas subcategorias constituem uma área em franca expansão, mas em que nem sempre existe uma clara compreensão do trabalho em equipa, assistindo-se a impasses que, por vezes, tiram retorno aos investimentos efectuados.

Trazer a evidência até à tomada de decisões na saúde é seguramente orientação certa, mesmo tendo em conta a ambiguidade do seu significado e as distorções com que às vezes é encarada. Por ora importa salientar que a tomada de decisões em saúde é encarada como muito ligada à intuição, na tentativa da simplificação da sua extrema susceptibilidade. Porém, é muito importante que os profissionais adquiram autoconsciência das suas práticas, de modo a identificar erros ou quase erros e melhor acautelar os interesses e a segurança dos doentes. Apoiado pelas novas tecnologias o médico é cada vez mais incitado a confrontar dados e tomar decisões mais do que recordar conhecimentos importantes. Dado ser um processo que envolve múltiplos contextos para as decisões, devem também ser convocados os doentes, as famílias e a sociedade em geral. A arte humana da medicina está acima do sucesso estatístico e da inteligência inorgânica das suas escolhas. Ela está enraizada na relação médico doente e nos aspectos humanos envolvidos numa decisão³⁹. Na realidade qualquer médico que por sua iniciativa ou por apoio por dados estatísticos elabore uma nova teoria que possa ser aceite pela sua razoabilidade, apoio estatístico ou pela reputação do seu autor, está tristemente enganado se acredita ter descoberto a verdade final. Efectivamente a ciência médica está ligada à evolução humana e todo o nosso conhecimento pode ser imperfeito e sujeito aos erros e predisposto para uma mudança constante. Mesmo o recurso à evidência necessita de ser devidamente ponderado. Os neurocientistas demonstraram que as emoções fortes modelam a aprendizagem e a memória e, na mesma linha de raciocínio, sabe-se que as experiências pessoais adversas criam memórias mais convincentes que a leitura de uma revisão Cochrane. É por isso que os RCTs podem ser o *gold standard* de certas hierarquias da evidência, mas os seus resultados podem levar décadas para fazer o seu caminho de modo a ter efeitos nas práticas. O predomínio da experiência, por seu turno, pode transformar uma prática clínica num instante.

Retomando a questão das decisões em saúde, diremos que é um processo em profunda modificação com os doentes, famílias e os cidadãos em geral participando mais activamente de acordo com as suas necessidades, objectivos, e valores, ainda que se reconheça que muitas vezes este tipo de participação seja mais um processo de intenções do que uma realidade. De facto, em numerosas situações angustiantes e mesmo noutras de menor dimensão o envolvimento dos doentes é escasso ou nulo em virtude de deficiências de literacia que é aconselhável ultrapassar.

As tomadas de decisão em saúde constituem uma constante da vida dos doentes e profissionais. Ficam em segundo plano decisões relacionadas com os determinantes sociais da saúde que, não sendo tão agudamente importantes, constituem problemas importantíssimos de saúde pública.

Por vezes surgem decisões aparentemente irracionais relacionadas com o modo como são tomadas na ausência de informações ou na presença de outras que são indevidas. Acresce que muitas das decisões ocorrem em situações de incerteza o que torna difícil o exercício da clínica.

Tudo o que seja excesso de confiança no empirismo, definição restritiva do conceito de evidência, falta desta na eficácia, uso restrito de doentes individuais e ameaças à autonomia da relação dos profissionais com os doentes contribui para a necessidade de criar novas iniciativas e assim abrir caminhos para contornar estas dificuldades. Esta tem sido a evolução a que temos assistido nestas últimas dezenas de anos.

Vivemos tempos de profundas retóricas acerca das reformas dos cuidados de saúde, sabendo-se que existem abundantemente visões diversas, umas catastróficas e outras esperanças. Os proponentes e os oponentes destas reformas abrigam-se muitas vezes no suporte da evidência para elas, mas nem sempre é claro o que eles pretendem significar. Por isso, conhecer-se bem o que é ou não é a política de saúde baseada na evidência é um pré-requisito na tomada de decisões que em muito contribui para valorizar as discussões. Tratar da política de saúde com base na evidência será sempre um empreendimento exigente e incerto em que nem sempre a sua especificidade torna as coisas mais fáceis. Efectivamente um dado corpo de evidência pode ser usado para apoiar diferentes opções políticas e mesmo quando a evidência é forte não garante que determinadas políticas não possam ter efeitos paralisantes.

3.7. Pensamentos filosóficos

Quando se fala que um conceito surge como uma mudança de paradigma parece pretender-se entendê-lo como uma rutura com a medicina tradicional, mas o termo paradigma foi introduzido por Kuhn há mais de 50 anos num estilo coloquial que atraiu uma audiência especializada e o próprio autor permitiu que muitas imprecisões surgissem podendo dizer-se que o termo se tornou tão problemático que o próprio Kuhn deixou de a ele recorrer. De facto ele teve de encarar consequências inesperadas da popularização do conceito, exposto a ambiguidades e potenciais inconsistências nas suas argumentações. Além disso a proliferação de caprichosas interpretações do seu conceito inicial levaram a que ele próprio tenha abandonado a sua condição de revolucionário tornando-se um social-democrata⁵⁵ tendo o termo paradigma sido substituído por “teoria científica”. O que alguns gostariam de argumentar é que para os propósitos práticos da medicina e o seu papel na melhoria da saúde dos indivíduos e das populações, a apresentação da MBE como uma mudança de paradigma não parece clarificar a sua natureza e pode mesmo ser contraproducente.

Numa resposta aos críticos que acusavam a MBE de empiricismo *naïve* Sackett e colaboradores proclamaram que ela significa integrar a experiência clínica individual com a melhor evidência externa disponível, mostrando o reconhecimento de que há

uma arte da medicina, assim como uma ciência empírica objectiva⁵⁶. Confirma-se que muitos fundadores da MBE não são adeptos da objectividade do método clínico, mas muitos dos clínicos que a defendem salientam a importância da competência e dos raciocínios clínicos. De facto, o método clínico é um acto interpretativo que se baseia em aptidões narrativas destinadas a integrar as histórias contadas pelos doentes com os conhecimentos médicos de apoio. A arte de seleccionar a atitude médica mais apropriada para uma decisão clínica particular é em grande parte adquirida através da acumulação da experiência em casos múltiplos (histórias ou compreensão da *illness* dos doentes e “anedotas” clínicas). A dissonância que nós experimentamos quando tentamos aplicar dados da investigação ao encontro clínico ocorre muitas vezes quando abandonamos o modelo da narrativa interpretativa e tentamos seguir só pela evidência. Os juízos clínicos estão longe da análise objectiva de um grupo de factos inerentemente mensuráveis, aproveitando para se lembrar a importância dos conhecimentos tácitos e dos raciocínios intuitivos.

Como muitos líderes protagonistas da MBE e da saúde pública argumentaram, a investigação da evidência pode e deve informar os raciocínios políticos, mas esta evidência não responde nem concretiza por ela própria a resposta à questão ética do que fazer e em particular, como alocar recursos. Todavia, a despeito de um forte mandato do interesse da MBE para se estender para além de um racionalismo *naïve*, as correções nem sempre têm conseguido atingir os objectivos desejados. Estamos, no entanto, num ponto em que os investigadores da MBE começam a libertar-se dos grilhões positivistas e a abraçar fundamentos filosóficos de maior latitude. Na realidade, os conflitos actuais da MBE paralelizam um antigo modelo de guerra entre positivismo, interpretativismo e iniciativas críticas. Um mundo positivista que subjaz à teoria e prática da MBE falha no estabelecimento de elementos chave para o processo de decisões políticas. Particularmente uma estrutura muito estreita baseada na evidência é inerentemente incapaz de explorar a via complexa, dependente dos contextos e ligada aos valores em que opções opostas são negociadas por indivíduos ou grupos de interesse. Por isso se diz que ferramentas sociolinguísticas tais como a teoria da argumentação oferecem oportunidades para desenvolver teorias mais ricas acerca de como acontecem as decisões políticas⁵⁶.

É tempo de deixar cair a metáfora da translação do conhecimento⁵⁷. Têm sido usados diferentes termos para descrever a criação, partilha e aplicação do conhecimento e diferentes iniciativas de investigação englobam diferentes posições filosóficas sobre o que é conhecimento. Os autores procuram deliberadamente esclarecer mais do que resolver tensões criadas entre estes diferentes pontos de vista, destacando que enquanto a translação é uma metáfora usada amplamente em medicina, ela constringe como conceptualizar e estudar a ligação entre conhecimentos e prática. A metáfora da translação levou possivelmente a dificuldades particulares nos campos da gestão baseada na evidência e decisões políticas baseadas na evidência, onde parece que o conhecimento recusa obstinadamente ser levado sem problemas para a prática.

Muitas disciplinas não médicas tais como a filosofia, a sociologia e organização social conceptualizaram a noção de conhecimento de modo muito diferente como sendo criado, construído, incorporado, desempenhado e colectivamente negociado, sendo também cheio de valores e tendendo a servir interesses adquiridos de elites dominantes. Os autores propõem a aplicação desta gama mais ampla de metáforas e modelos que permite investigar a ligação entre conhecimento e prática em modos mais criativos e críticos, concluindo que a investigação se deve ampliar de um foco *on the know-do gap*⁵⁷ para cobrir uma agenda mais rica que inclua a situação específica da fronese (sabedoria prática que apoia o raciocínio clínico), o conhecimento tácito que é construído e partilhado entre os profissionais (*mindlines*) as ligações complexas entre poder e conhecimento e as iniciativas que facilitem parcerias de conhecimento de um macro-nível entre investigadores, profissionais, políticos e interesses comerciais.

Relativamente a alguns pensamentos filosóficos, especialmente relacionados com as dimensões epistemológicas da MBE importa avaliar a tese de se ela é um novo paradigma na prática da medicina. Como se sabe, os paradigmas são os pressupostos das ciências, as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, apresentam problemas e soluções modulares para os praticantes de uma ciência⁵⁸. A ciência normal não se desenvolve por acumulação de descobertas e invenções individuais, mas por revoluções de paradigma. Kuhn afirmou também que o paradigma se constitui como uma rede de compromissos e alusões conceptuais, teóricas, metodológicas, instrumentais e compartilhadas. Devido à estrutura instável das ciências é impossível uma total padronização dos paradigmas.

No contexto geral da filosofia da ciência, a evidência entendida como um conjunto de postulados que podem apoiar a convicção de que uma hipótese é verdadeira pode apresentar-se de vários modos. Podemos ter uma evidência empírica (através dos órgãos dos sentidos) mas há outros. No caso da medicina é verdade que os médicos são fortemente influenciados por teorias em que eles acreditam quando estão a observar os doentes. Por outro lado, uma grande parte da evidência usada na medicina tem origem em amostras populacionais, colocando-se a questão, já abordada, da representatividade da amostra.

Por uma questão de clareza há algo que chamamos MBE ou qualquer designação semelhante que difere suficientemente da medicina padronizada tradicional. Ora se refere uma teoria ou grupo de teorias acerca das doenças, mudanças e outros recursos para melhorar a saúde dos doentes (medicina teórica) ora constitui um resumo de regras metodológicas sobre o desenvolvimento do conhecimento médico (metodologia geral) ou acção dos médicos no seu exercício profissional (metodologia prática). A menção de diferentes pressupostos no âmbito da filosofia das ciências leva-nos a apontar um aspecto particular da MBE: “its incursion into a meta-disciplinary level and into the field of philosophy, that is, the epistemological and methodological justifications, the comparison with standard medicine and other considerations often

included in the presentation of EBM by its supporters. We call this view ‘evidence-based meta-medicine.’”⁵⁹

É oportuno lembrar que a discussão à roda do verdadeiro significado da evidência em medicina tem suscitado intervenções multi e interdisciplinares ocasionalmente na ausência de informação útil ou na presença de informação errada acrescentando que a transparência falha e o pragmatismo não é contemplado. Neste cenário de tantas limitações não é possível fazer uma descrição exaustiva e crítica de todas as opiniões tantas vezes discordantes e até desatualizadas.

Não pretendemos fazer incursões no campo da filosofia mas sempre diremos que o pensamento filosófico ligado à MBE, especialmente com as suas dimensões epistemológicas, necessita de ser desenvolvido. Assim, e na sequência de considerações anteriores, delineamos distinguir diferentes aspectos do conceito, nomeadamente no que se refere à tese de que a MBE é um novo paradigma da prática da medicina. Na opinião de alguns autores⁵⁹, a MBE não parece ter-se originado no sentido em que Kuhn imaginou paradigmas, mais parecendo um programa consciencioso e deliberado do que uma realidade.

Na literatura parece haver duas ideias opostas acerca da epistemologia médica na tomada de decisões clínicas. Por um lado há os que apoiam as regras objectivas ou científicas que sustentam a MBE, por outro há os que defendem um pressuposto mais subjetivo ou personalizado muitas vezes referido como a arte da medicina. Nesta encruzilhada alguns autores⁶⁰ avaliam várias alternativas de epistemologias médicas propostas na literatura em que se defende o desenvolvimento da alta qualidade clínica na tomada de decisões, que pareceu mais adequado do que a hipótese objectiva ou científica considerada em primeiro lugar. Ouçamo-los: “Our alternative epistemology holds doctors accountable for epistemic considerations in clinical decision making towards the diagnosis and treatment plan of individual patients, whereas EBM allows for deferring this part of their professional responsibility to strict clinical guidelines”. No fundo estamos a comparar ciência objectiva com decisões individuais, verificando que os autores fazem uma excelente revisão das virtudes e das limitações da MBE, sempre em consonância com os pontos de vista que defendemos. Podemos reconhecer que há uma certa tensão entre a MBE e a prática médica, destacando-se a perspectiva muito limitada da ciência. Refira-se mesmo um certo desajuste entre o conhecimento proporcionado pela MBE e formulado em *guidelines* e os vários tipos de conhecimento usados nos raciocínios clínicos - observações clínicas, medições, gráficos, imagem e relatos dos doentes sobre as suas doenças. Também há desajustamento entre o tipo de raciocínio que a MBE pressupõe e o usado pelos profissionais na sua prática clínica diária, podendo dizer-se que a geração de hipóteses é muito mais dinâmica e complexa do que as regras formais da MBE. Quanto à gestão da informação disponível e os raciocínios feitos pode mais facilmente perceber-se que um efeito pode ter múltiplas causas e uma causa pode desenvolver múltiplos efeitos, o que dá uma ideia muito concreta da dificuldade da clínica e da importância da qualidade

das ferramentas a que recorreremos com mais insistência. Mesmo que a MBE considere estes tipos de actuação subjetivos e menos fiáveis, a verdade é que eles são instrumentais para a prática clínica. São epistemologias dissonantes que importa harmonizar, mas que não pactuam, em nossa opinião, com hierarquias rígidas e inapropriadas da evidência.

Quanto à avaliação epistemológica das alternativas (medicina natural, ciência humana, raciocínio baseado em casos e raciocínio narrativo) conclui-se que tomar decisões clínicas justificadas é mais complexo e refinado do que o raciocínio baseado em regras da MBE. Adicionalmente os autores pensam ter demonstrado que os médicos têm diversas responsabilidades: obter e usar informação e conhecimentos relevantes; usar diferentes tipos de raciocínio para situações específicas, fazer esforços intelectuais para usar estes diferentes tipos de conhecimento e raciocínios que permitam chegar a bons planos de diagnóstico e tratamento e estejam de acordo com as percepções de boas práticas. São aspectos importantes da responsabilidade profissional dos médicos que envolvem uma certa postura e uma aptidão epistemológica a que chamam “responsabilidade epistemológica”. Para concluir o seu importantíssimo trabalho, os autores na resposta à questão “What is scientific and why should medical practice work scientifically?” referem: “By shifting the focus from ‘objective truth’ to ‘epistemic use’, thus introducing alternative scientific criteria for guiding and assessing clinical reasoning, we believe that the strict dichotomy between subjective and objective resulting from the narrow view of science can be overcome. This alternative idea about the quality of clinical reasoning is covered by the notion ‘epistemological responsibility’. This notion seems to fit well with the clinical context in which doctors are both epistemically challenged and inherently bound to a specific situation. A crucial aspect of this epistemological responsibility is that knowers have an important degree of choice in the cognitive processing of heterogeneous information into a coherent ‘picture’ of individual patients.”⁶⁰

Muita da discussão que temos vindo a fazer está relacionada com o debate sobre a racionalidade na tomada de decisões clínicas. Naturalmente que os desperdícios enormes verificados na área da saúde têm relação com a qualidade das decisões clínicas. Esse grande debate abrange várias disciplinas (filosofia, economia, e psicologia) e diz respeito a vários modelos teóricos. As teorias normativas da racionalidade com relevância para a medicina incluem teorias epistémicas (MBE) e teorias de utilidade esperada (base muito usada nas análises de decisão clínica). É também necessário reconhecer que um pensamento racional à luz de uma das teorias pode ser irracional se for ligado a outro tema. Também é importante reconhecer que os contextos são fundamentais para a racionalidade se adequar a todos os contextos. Deduz-se, assim, que a escolha da teoria sobre a qual se vai funcionar é muito relevante dado que determina as tomadas de decisão para cada caso⁶¹.

3.8. A importância dos valores da MBE.

Trabalhos de índole sociológica ou filosófica sugerem, naturalmente, que as regras metodológicas da MBE e a investigação que lhe está subjacente estão carregadas de valores não reconhecidos. Ora, os protagonistas da MBE de há muito tempo pensaram que esses valores dos doentes e as suas circunstâncias deviam ser tidos em conta no acto da tomada de decisões⁶². Todavia durante muitos anos estas preocupações estiveram esquecidas e só muito recentemente foram recuperadas (NICE). Contudo a importância dos valores está para além das decisões com os doentes individuais, reconhecendo-se que os valores infundem evidência a vários níveis e que a MBE está necessariamente ligada a eles. A eliminação dos valores é impossível em todas as ciências em geral, mas em particular na MBE; e ao tentá-lo os investigadores podem introduzir novos enviesamentos, tornando o conceito menos maduro e socialmente menos útil.

Curiosamente os valores desde o início sempre tiveram uma ligação com a MBE conforme opiniões de Cockrane e Sackett, que se referiram aos melhores interesses dos doentes defendendo intervenções sem enviesamentos. Até na questão de tratamentos nocivos para os doentes a posição da MBE foi sempre equiparável à defesa contra os danos aos doentes. Ironicamente muitas das recentes reacções contra a MBE apoiam-se nos argumentos de que as coisas foram longe de mais e que o servil seguimento das *guidelines* da MBE coloca ameaças aos doentes⁵. Sem se pretender ser original julgamos que isto esteja ligado às desatualizações de teorias que foram ultrapassadas pelos factos que o tempo foi criando, bem como pelos modos excessivos em que aceitação acrítica poderiam ocasionar danos que seriam evitáveis.

A ciência aspira a ser à cerca do mundo tal como ele é ²⁶; os valores são acerca do mundo tal como ele deveria ser. A ciência procura estar dentro da realidade tanto quanto possível.

Todavia, independentemente da sofisticação das dimensões que possamos atingir, mantemo-nos limitados no acesso à verdade dada, à nossa falibilidade como observadores e também pelas intrínsecas limitações técnicas dos instrumentos de observação que usamos. São temas de filosofia, metafísica e teologia, e o que os cientistas são capazes de observar não deve ser confundido com a verdade. Diferentes pessoas terão diferentes valores e é muito difícil resolver discordâncias baseadas em valores na base da evidência científica²⁶. As questões que os cientistas decidem formular, os métodos que seleccionam, o modo como interpretam resultados são escolhidos muitas vezes através de um filtro de valores subconscientes e não reconhecidos⁵⁸.

Os valores podem ser encarados como uma forma de heurística psicológica. Os psicólogos argumentam, como vimos, que o nosso pensamento é governado por dois sistemas, o automático e o reflexivo. As sugestões tomam várias formas mas um tipo de sugestão consiste em respostas prontas e rápidas para problemas complexos. É

a heurística – atalhos para dar respostas imediatas a assuntos e problemas que nós decidimos não aprofundar. É muito importante evitar a armadilha de um pensamento heurístico fácil.

A MBE sempre requereu a integração dos valores do doente com a melhor evidência clínica, sendo hoje amplamente reconhecido que as práticas científicas e inovações, incluindo as da MBE, estão fortemente ligadas aos valores, sendo que até agora a MBE se focou mais em métodos para reduzir os enviesamentos do que salientar os valores nos seus diferentes aspectos. No entanto, estes podem fortalecer o conceito da MBE, incluindo a priorização de testes e tratamentos a investigar, seleccionando planos e métodos de investigação, avaliando a efectividade e a eficiência, apoiando as escolhas dos doentes e tendo em conta o tempo limitado e os recursos disponíveis para clínicos muito ocupados. Uma vez que os valores fazem parte integrante da prática da MBE, os que são mais elevados poderão requerer que sejam explícitos, explorados sistematicamente e integrados num processo de tomada de decisão. Através destas iniciativas baseadas em valores, a conexão da MBE com os princípios humanísticos nos quais ela foi fundada serão fortalecidos²⁶.

As questões que os cientistas colocam, o método que seleccionam, e o modo como interpretam os resultados são escolhidos através de valores, muitas vezes não reconhecidos e subconscientes²⁴. E se é verdade que a prática reflexiva tem muita importância, também é forçoso reconhecer que o exercício da clínica tem um forte componente intuitivo e os médicos usam pensamentos heurísticos frequentemente, o que não nega a importância dos valores, antes lhes confere um expressivo significado.

É sabido que durante largos anos o exercício da clínica esteve prejudicado por imensas limitações dos contextos bem como a experiência dos profissionais e foi exactamente por isso que nasceu o conceito da MBE tentando pôr cobro a práticas inadmissíveis em que o método científico estava ausente ou, pelo menos, distante. Aqueles que como nós apreciaram a panorâmica abrangente que englobava os anos heróicos em que os médicos não dispunham de ferramentas de diagnóstico e terapêutica minimamente adequadas, estão em melhores condições para testemunhar sobre tão relevante problema e apaixonante debate. Entramos, assim, no campo da investigação epistemológica que está em causa pois ela tem uma íntima relação com o tipo de conhecimento e o modo como ele é gerado e usado. Todos sabemos que o método científico se baseia em hipóteses que são deduzidas, criando teorias que, mesmo prestando bons resultados, podem acabar por, com o tempo, revelar-se falsas como tão bem nos ensinou Popper. A MBE, inicialmente, veio pôr alguma ordem nas práticas profissionais tendo surgido oportunamente e contribuído para que os doentes dela tenham aproveitado muito. Como também não é original, a MBE rapidamente se tornou um modelo que mereceu acolhimento entusiástico mas muitas vezes acrítico, não tendo surpreendido os excessos lamentáveis a que conduziu. Criou-se um espírito de seita em que os excluídos eram encarados como longe da nova verdade. A história destes excessos não é muito edificante porque cobertos pela roupagem da evidência, alguns

renderam-se a mesquinhos interesses materiais, o que se lamenta, acrescentando que se atribuíam uma hegemonia de difícil aceitação.

A discussão filosófica dos conceitos MBE e EBHC e os diversos tipos de crítica que estão com eles relacionados estão fora do âmbito do carácter pragmático deste livro pelo que os interessados são remetidos para literatura adequada^{63,64}.

No debate acerca da prática clínica, nós temos futuramente de ser mais explícitos e rigorosos no desenvolvimento e defesa dos nossos pontos de vista sobre o que tem valor para os desempenhos clínicos, procurando respeitar as competências (que não se improvisam) e estabelecendo uma hierarquia de valores que, permitindo uma interactividade salutar, não deixe de reservar lugar especial para aqueles que, além de proverem diagnósticos e tratamentos adequados, têm o sagrado dever de tratar os seus doentes com humanidade e excepcional compreensão pelo seu sofrimento, as suas necessidades e os seus direitos.

Ainda que os filósofos, por vezes, sejam acusados de levantar questões confusas, inúteis e sem relevância para os clínicos extremamente ocupados, a verdade é que estas demissões da filosofia não são aceitáveis, pois o estado ontológico das doenças, a natureza da sua causalidade, a probabilidade e a natureza dos relacionamentos entre racionalidade, validade, conhecimento, valor, objectividade e a experiência subjetiva são muitos conceitos ligados à prática clínica e à tomada de decisões⁶⁵.

Para além das discordâncias que se registam, a ideia de que a MBE possa ser um movimento em crise gerou um sentimento de urgência para abordar questões filosóficas relacionadas com o conceito³⁶. É no enquadramento das relações entre sabedoria, prática, raciocínio, emoção, intuição e evidência que este problema necessita de ser discutido com referência a conceitos como ciência, contexto e cultura⁶¹.

A noção de que a evidência tenha de ser purificada é comprovadamente impossível dado que ela, na tomada de decisões clínicas, está persistentemente situada e contextualizada com os outros conceitos, com as implicações que isso tem. Mas, em contraste, outros entendem que o ponto de partida necessita de ser doente único e individual e não verdades extraídas de estudos distantes de investigação¹⁶. A iniciativa da assunção partilhada do significado do termo evidência pode conduzir a confusões e interpretações erradas como anteriormente já destacámos.

Na aplicação de fundamentos filosóficos à natureza da causalidade para a resolução de problemas práticos dos cuidados de saúde alguns, focados nas relações entre a evidência científica e tomadas de decisões, referem que a MBE tem dois componentes – um metodológico, outro político, este último referindo-se ao utilitarismo informado pela melhor evidência e baseado em regras. Existe uma perspectiva prática na discussão destes conceitos pois aí se inclui o papel das *guidelines* na tomada de

decisões clínicas e uma concepção de uma sabedoria prática referida ao seu uso na expectativa de utilidade⁶⁶.

Em suma: tudo isto sugere que no debate sobre práticas clínicas que vimos fazendo, estamos a caminhar para ser mais explícitos e mais rigorosos no futuro no que se refere ao desenvolvimento e defesa de pontos de vista acerca do que tem valor na vida humana. Isto não é uma alternativa para o contínuo desenvolvimento da investigação empírica, mas uma pré-condição para a sua adequada interpretação e aplicação nos contextos do mundo real. Este trabalho renova a nossa confiança de que o grande debate da racionalidade irá progredir no sentido de desenvolver ideias e argumentos que permitam a cultura de bons raciocínios na prática clínica⁶⁷.

Ao longo dos últimos 20 anos a MBE procurou desenvolver iniciativas padronizadas para o tratamento de doentes recorrendo aos resultados dos RCTs. Archie Cochrane e a sua organização ganharam um valor simbólico neste desenvolvimento e o livro por ele escrito (*Effectiveness and efficiency*) é muitas vezes referido como o primeiro esboço daquilo em que se torna a MBE. Estas raízes históricas são baseadas numa leitura distorcida do texto original, atribuindo aos RCTs uma importância para a tomada de decisões clínicas que o autor não lhes concedeu. Ele tinha ambições mais modestas (e também mais realistas) e estava mais preocupado com os cuidados de saúde e a equidade do que os seus seguidores da MBE. Torna-se, portanto, fundamental rever estes conceitos de modo a que eles possam ser remodelados de modo mais abrangente, mais pluralista, mais democrático e menos autoritário.

Há sempre o perigo de que se esqueça as origens e isso parece ser o caso da MBE com Cochrane. Como se disse, a evidência está relacionada com pessoas, grupos, organizações, cidadãos, doentes, tecnologias, política, redes e sistemas. Para além das considerações já feitas para outros sectores, é oportuno lembrar que a aprendizagem organizacional é um acto social que está muito ligado ao conceito da evidência. Ela pode assumir várias modalidades de acordo com autores que lhe dedicaram especial atenção⁶⁸. No caso da aprendizagem em *single loop* as pessoas, organizações ou grupos modificam as suas acções de acordo com a diferença entre *outcomes* esperados e *outcomes* alcançados, o que significa que quando algo está errado ou não acontece como nós desejaríamos, a maioria considera o modo como a situação deve ser reparada. São situações em que encontramos erros, problemas e inconsistências, e tentamos adaptar o nosso comportamento e as nossas acções de modo a melhorar os constrangimentos. A interrogação que se coloca é a de se estamos a fazer as coisas bem.

Na aprendizagem em *double loop* nós corrigimos também ou mudamos as causas que motivaram a acção problemática; basicamente requer auto-consciência, honestidade ou sinceridade e assunção de responsabilidade. Enquanto a aprendizagem em *single loop* é mais operativa a *double loop* é mais tática. Já na aprendizagem em *triple loop* nós

aprendemos a aprender por reflexão, digamos que é uma aprendizagem *double loop* acerca de uma aprendizagem *double loop* operando assim a um nível mais elevado⁶⁹.

Todos estes conceitos estão relacionados com o modo como se pode influenciar o comportamento das pessoas. Assim, vários pressupostos devem ser respeitados: não pensar que as pessoas são buracos vazios ou quadros em branco; pensar depressa e devagar (menos *guidelines* espessas e mais heurísticas rápidas e frugais); reconhecer os enviesamentos cognitivos; desafiar as teorias de mudança comportamental; estar familiarizado com a aprendizagem básica do local de trabalho; pensar que a mudança organizacional ocorre por sucessivos passos e é também influenciada a vários níveis; distinguir factores de explanação; perceber as limitações dos ensaios experimentais para mudar os comportamentos e aumentar capacidades⁵.

Quanto à influência das redes sociais, o conselho da autora está relacionado com a necessidade de deixar de pensar que o conhecimento é um conjunto de factos atomísticos que se situam arrumadamente nas cabeças das pessoas; ocasionalmente o conhecimento pode ser isso, mas é também algo mais (compreensões e enquadramentos partilhados entre grupos de indivíduos ou mesmo a um nível mais elevado, grupos de organizações; além disto o conhecimento é produzido, isto é, gerado e refinado por grupo de pessoas e essa é a razão pela qual as redes e o seu funcionamento são tão importantes. O conhecimento desenvolvido é um animal caprichoso⁵. Algumas vezes explícito, outras vezes tácito e muitas vezes múltiplo cria motivos para dificuldades de obtenção de consensos na intimidade da rede. A influência social, tal como o nome implica, é um fenómeno que tende a produzir resultados equívocos, questionáveis e pouco interessantes.

Em resumo: os clínicos aprendem muito mais por serem membros de comunidades da prática, aproveitando o conhecimento necessário para ela e assim nos casos baseados na prática é muitas vezes o conhecimento tácito que define a experiência clínica. Os que escrevem acerca da EBHC tendem a alinhar com a ciência médica da epidemiologia, mais do que com a ciência social das prestações de cuidados de saúde em que o conhecimento é mais vezes tácito, dinâmico, socialmente partilhado e contextual⁵. Deste modo há ainda uma evidência relativamente limitada no modo como melhor apoiar o desenvolvimento das já referidas *mindlines* nas comunidades profissionais da prática clínica.

4. Reflexão final

Foi com natural satisfação que vimos surgir em 2018 um excelente editorial de Andrew Miles confirmando muito do que ficou escrito no livro. Eu sei que as pessoas que não se debruçam tão profundamente sobre estas temáticas entendem que as divergências entre os mais fiéis ao espírito científico da MBE e aqueles que, como nós, pretendem combater os seus excessos e sobretudo consagrar o valor da experiência clínica e da

humanização dos cuidados de saúde, correspondem a aspectos excessivos que não reflectem o que efectivamente se passa na realidade. Mas esse é o nosso ponto de vista: os excessos do espírito científico e a procura descuidada do seu valor afectam a qualidade do trabalho clínico. De tal modo isso é assim que, crescentemente, a medicina narrativa e os cuidados de saúde centrados nos doentes e nas pessoas têm ganho especial visibilidade, tendo-se chegado à fase da necessidade de construir pontes entre estes diferentes modelos, esforço, aliás, já refletido em vários trabalhos recentes⁷.

Esta orientação tem sido seguida no *Journal of Evaluation in Clinical Practice* que, louvavelmente, tem seguido uma orientação muito centrada na MBE, dando assim um contributo decisivo para demonstração da importância de selecionar temas que estejam na ordem do dia e reflitam as evoluções do conceito e até a sua ligação a outros modelos. Portanto, o afastamento da MBE do reducionismo científico e a sua aproximação ao mundo complexo da prática clínica e dos cuidados centrados nos doentes e nas pessoas têm sido orientações certas que, ainda que executadas em ritmo lento, vão aparecendo cada vez mais nas publicações recentes. Deve, no entanto, esclarecer-se que existem assimetrias entre os que se preocupam com estes assuntos pois, enquanto uns parecem muito empenhados, outros mostram-se renitentes.

Estamos portanto numa fase de reflexão sobre o que virá a seguir. Como está escrito no editorial acima referido, o século XX da medicina evoluiu para um novo século onde se dá relevo aqueles novos paradigmas. Estes, por seu turno, têm de responder aos desafios da incidência e prevalência das doenças crónicas, às co e multimorbilidades e aos aspectos sociais da doença. Realmente a assistência a prestar aos doentes não pode limitar-se a abordagens segmentares, mas tratar os doentes como seres humanos integrais com valores, narrativas, preferências, psicologia e emoções. A não contemplação destes princípios tem contribuído para a deterioração dos sistemas de saúde e constitui um sinal de alerta que a própria WHO tem referido.

Assistimos assim ao aparecimento de uma nova disciplina académica e de acção clínica a que chamamos *Person Centered Care* (PCC) que vem reforçar o cumprimento ético de cuidados humanizados. Trata-se de um modelo que tem justificação ética, evidência científica e influência económica. Como se sabe a MBE tem-se mantido como um conceito à procura de uma justificação empírica convincente que até agora não aconteceu. Sendo uma área absolutamente fundamental para as tomadas de decisão clínicas que está a desenvolver-se de um modo expansivo contamos em futuro próximo poder abordá-la mais profundamente.

A arrogância e o triunfalismo dos pioneiros da MBE têm, portanto, de dar lugar a uma visão expansiva que se foque nos enviesamentos, desperdícios, erros e fraudes na investigação de tudo o que se relaciona com cuidados de saúde modernos. Mas esta não é uma trajectória fácil, pressentindo-se que a MBE corre o perigo de continuar a ser uma pitoresca reflexão da medicina de ontem, uma decoração que tem que provar

ser útil neste modelo de uma medicina crescentemente despersonalizada. Será que está justificado tanto pessimismo?

As recentes tentativas da MBE para integrar valores e preferências dos doentes nas tomadas de decisão continuam a ser irritantes desde que a MBE mantenha a sua postura fundacional. Esta, que continua a privilegiar hegemonicamente a evidência científica sobre todos os outros tipos e fontes de conhecimentos clínicos de relevância para os cuidados de saúde, mantém-se como um aspecto fundamental da epistemologia deficiente da MBE. Na verdade, a despeito de incursões ocasionais na filosofia da medicina, a MBE tem ainda de enquadrar muito seriamente esta falha. Esta é seguramente a razão pela qual Djulbegrovich e Guyatt⁷⁰ defendem a necessidade de incluir as preferências e os valores dos doentes e as razões que impedem a integração de tais valores nas práticas profissionais. A MBE deve, então, ser um projecto para respeitar a autonomia dos doentes e a sua autodeterminação. Na prática, porém, estas intenções mantêm-se manifestamente periféricas nas teses essenciais da MBE. Só com uma epistemologia radicalmente modificada e que reconheça essa falha é que podemos resolver a situação.

Mas a necessidade de integrar os factores do doente no mundo real das decisões exige uma tomada de consciência que permita a obtenção de mudanças de atitude. Na realidade, valores e preferências fazem parte da dignidade da pessoa humana e, como tal, não podem ser relegados para plano secundário, sem uma explícita valorização da integridade e autonomia dos doentes, sabendo-se que as virtudes modulam o carácter das pessoas.

Coloca-se então a necessidade de optar pela designação mais apropriada (profissionais da MBE ou clínicos virtuosos). Em contraste com PCC, a MBE continua a falar não em clínicos virtuosos que usam amplos recursos de conhecimentos clínicos e sabedoria dos cuidados dos que sofrem, mas em profissionais da MBE. Tal designação mantêm-se altamente problemática agora como em 1992. Tratar os doentes como pessoas integrais e não como corpos biológicos é uma orientação que reúne amplo consenso. Na verdade, seria ridículo aprovar um contexto onde o doente fosse interrogado se desejava ser atendido por um profissional da MBE ou por um da área PCC. Em nossa opinião esta dicotomia é desnecessariamente confusa e, por isso, deve ser evitada.

Face aos desafios das doenças crónicas e ao aumento de doentes como consumidores independentes dos cuidados de saúde, os profissionais focados na MBE são crescentemente bem caracterizados como espectadores passivos de cuidados activos PCC. E estes no futuro ganharão importância política e organizacional pelo menos na aptidão deste modelo para conter custos, aumentar a qualidade e a satisfação dos doentes. Esta será a orientação futura: melhoria e maior aposta do PCC e menor entusiasmo no modelo da MBE (mesmo nas suas mais recentes reencarnações) que se mantém como uma iniciativa redutora e essencialmente resistente às exigências de um novo

ambiente político e uma nova era clínica. Portanto os dois movimentos (MBE e PCC) estão em fluxo contínuo e interagem, questão que se coloca intermitentemente, mas é raramente motivo para estudos apropriados.

Então teremos teses divergentes ou convergentes? Pode dizer-se que os dois movimentos habitam mundos diferentes, o que não significa que não tenha de processar-se uma aproximação. Para qualquer convergência de pensamento que potencialize a obtenção de melhores resultados, o afastamento desta orientação é nocivo e deve ser evitado com toda a determinação. Nestas circunstâncias devemos, portanto, movermo-nos de uma ideologia baseada na evidência e focada nos doentes para uns cuidados de saúde informados na evidência centrados na saúde das pessoas e nas condições sociais⁷¹.

Em tempos⁴³ tivemos a oportunidade de destacar que há escassa justaposição entre a MBE (orientada para uma gestão objetiva, científica e muitas vezes matemática e do risco) e o atributo da qualidade clínica que é a centralidade nos doentes dos cuidados de saúde, onde o imperativo de dar conforto e alívio do sofrimento têm relevância. Temo-nos atrasado na conciliação destas duas importantes diretrizes do método clínico, de modo a explicar as suas diferenças e estabelecer um terreno comum⁴³. Mantêm-se as desigualdades do poder que podem suprimir ou enfraquecer a voz dos doentes, pugnando-se pela sua participação plena no diálogo com os profissionais.

A tendência para encarar os doentes como sujeitos, ou objetos ou máquinas biológicas complexas, mais do que seres humanos integrais, não pode aceitar-se. Isso implica o colapso de hierarquias tradicionais da evidência, sabendo-se que a MBE nunca encarou a medicina como uma ciência mas um comportamento humano que emprega só parcialmente a ciência⁷¹. Refiram-se, por fim, as conclusões muito sugestivas de um trabalho recente⁴⁶. A MBE actualmente tem significados vários (diferentes coisas para diferentes “evidentistas”). Ela não pode ser encarada como uma casa dividida, mas diferentes afastamentos da linha de partida inicial, de modo que começamos a testemunhar a emergência de diferentes escolas de pensamento sobre o que é a MBE, não é, ou poderá vir a ser, o que constitui pluralidade muito bem-vinda. Será que estamos a assistir em breve a uma *perestroika* (reestruturação) e a uma *glasnot* (abertura), interrogam os autores.⁷¹ Temos de esperar para ver.

Futuramente a prática da medicina continuará a evoluir devendo ser efectivamente orientada para os interesses dos doentes, pelo que os seus processos devem contemplar as exigências éticas e racionais.⁷² Pode mesmo dizer-se que talvez se justifique uma nova disciplina – pensamento médico. De facto, actualmente a medicina é praticada com base na experiência e no método científico mas também se foca no pensamento estruturado e na tomada de decisões. O desenvolvimento recente de vários ramos da filosofia moderna oferece uma metodologia crescentemente operacional e utilizável para compreender as decisões médicas na clínica e na saúde pública. Estes conhecimentos devem ser usados de um modo integrado com ciências básicas, aptidões

clínicas e metodologias de epidemiologia e bioestatística e assim se vão expandindo conexões entre modelos básicos da medicina, empirismo, método científico, hermenêutica, ética e outras entidades filosóficas em expansão⁷³.

Passa-se deste modo de um modelo paternalista para um outro com estruturas, culturas, sistemas e rotinas necessárias para uma abordagem democrática, colaboracional e interdisciplinar em que o envolvimento dos doentes ganha particular relevo. É tempo de os cultores da MBE questionarem os seus padrões rígidos e considerarem a necessidade de se estenderem para outras áreas (ciências sociais e humanidades). Digamos, com alguma dose de razoabilidade, que a MBE não é um movimento em crise, mas está certamente numa encruzilhada. As questões que mais urgentemente necessitam de ser respondidas têm de procurar contornar os enviesamentos que referimos. Temos de nos habituar a olhar para além das nossas rotinas, não as excluindo de modo a captar novas ideias e possíveis soluções, e reconhecer a necessidade de construir pontes entre diferentes e muitas vezes aparentemente desconexas disciplinas.

Bibliografia

1. Savater – O elogio do ensaio. Temas e Debates, Outubro de 2009.
2. Greenhalgh, T. How to read a paper. Fourth Edition Willey – Blackwell 2010.
3. Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Academies Press, 2000. <https://doi.org/10.17226/9728>.
4. Carroll J. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Quality Management In Health Care. (2002, Summer2002); 10(4): 60.
5. Greenhalgh T. How to implement evidence based healthcare. Willey – Blackwell 2018 .
6. <http://www.bioscentral.com/series /extending.EBM>).
7. Mezza JP., Passerman DS. Integrating narrative medicine and evidence based medicine. Radcliffe Publishing, 2011.
8. Sox H, Goodman S. The methods of comparative effectiveness research. Annual Review Of Public Health. (2012); 33:425–445.
9. Stange K. Transformation to the Patient–Centered Medical Home. Annals of Family Medicine. (2009); 4: 370–373.
10. Berwick D. Era 3 for Medicine and Health Care. Obstetrical & Gynecological Survey. (2016); 71: 507–508.
11. Vital Signs: Core Metrics for Health and Health Care Progress. Military Medicine. (2016); 181: 505–506.
12. Topol E. The Creative Destruction of Medicine: How the Digital Revolution Will Create Better Health Care. Journal Of Technology In Human Services. (2013); 31: 294–296.
13. Kuehn B. FDA’s Foray Into Big Data Still Maturing. Jama. (2016); 315: 1934–1936.
14. Patel JJ. The Things We Say. Jama 23/30, (2018,) 319: 341–342
15. Price A M, Djulbegovic B, What does evidence mean? Most languages translate “evidence” into “proof” J Eval Clin Prat (2017); 23:971–973.
16. Wieringa S, Engebretsen E, Heggen K, Greenhalgh T. Has evidence –based medicine ever been modern? A Latour inspired understanding of a changing EBM. Journal of Evaluation in Clinical Practice, (2017); 23:964–970.
17. Ramsberg J., Platt R. Opportunities and barriers for pragmatic embedded trials: Triumphs and tribulations. Learn Health Sys.(2018): 2e10044.
18. Latour B. We Have Never Been Modern. Cambridge: Harvard University Press; (1993).
19. Greenhalgh T. Why do we always end up here? Evidence –based medicine’s conceptual cul-de-sacs and some off-road alternative routes. J Prim Health Care, (2012); 4:92–9.
20. Montori V, Guyatt GH. Progress in Evidence –Based Medicine. JAMA (2008); 300: 1814 –1816.
21. Batalden P., Davidoff, M., Bibby, J., Pink, C. So what? Now what? Exploring, understanding and using the epistemologies that inform the improvement of healthcare. Qual Saf (2011). 20; Suppl 1: i99–i105.

22. Holmes, BJ, Best, A, Davies, H, Hunter, D, Kelly, MP, Marshall, M, RycroftMalone, J (2017) Mobilising knowledge in complex health systems: a call to action, Evidence & Policy, vol 13 no 3, 539–60, DOI: 10.1332/174426416X14712553750311.
23. Ziebland S, Lavie A M, Hoene L G. The role of the Internet for people with chronic pain: examples from the DIPEX International Project. *British Journal of Pain* (2015), 9:62–64.
24. Kahneman D. *Rápido e devagar: Duas formas de pensar. Circulo Leitores, (2012).*
25. Tsoukas H. The tyranny of light. The temptations and the paradoxes of the information society. *Futures*, (1997) 29: X27–843.
26. Kelly M. P., Heath I., Howick J., and Greenhalgh T. The importance of values in evidence-based medicine. *BMC Medical Ethics* (2015) 16:69 DOI 10.1186/s12910-015-0063-3.
27. Straus, S., Tetroe, J., & Graham, I.D. *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*. Chichester, John Wiley & Sons, 2013.
28. Tonelli M. R. The challenge of evidence in clinical medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16 (2010) 384–389 p_1405 384.
29. Buetow S. T. Kenealy. Evidence-based medicine: the need for a new definition. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, (2001) 6, 85–92.
30. Jenicek M, Stachenko S. Evidence-based public health, community medicine, preventive care. *Med Sci Monit*, (2003); 9: SR1–7.
31. Weijden T. et all. How can clinical practice guidelines be adapted to facilitate shared decision making? A qualitative key-informant study. *BMJ Qual Saf* (2013);22 : 855–863.
32. Agoritsas T. Decision aids that really promote shared decision making: the pace quickens. *BMJ* (2015);350:g7624.
33. Grol, R., e Wensing , M. What drives change' Barries to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*, (2004), 180 (6 Suppl.), S57.
34. Elwyn G, et al. Clinical encounters in the post-guidelines era. *BMJ* 2016; 353: i3200.
35. The Highlands of medicine. *JAMA*, (2016) 315: 616.
36. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N; Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* (2014); 348: g3725.
37. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine A New Approach to Teaching the Practice of Medicine, *JAMA*, (1992), 268: 2421–2425.
38. Topol E, *The Creative Destruction of Medicine*. Basic Books New York, 2013.
39. Silva G. A. R., O processo de tomada de decisão na prática clínica: a medicina com estado da arte, *Revista Bras Clin Med*. São Paulo, (2013), 11: 75–79
40. Mark DB. Tomada de decisões em medicina clínica. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL et al. (Organizadores). *Harrison Medicina Interna*. Volume I. 17a ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill Interamericana do Brasil Ltda; (2008). p. 16–23.
41. Wood M, Ferlie E, Fitzgerald L. Achieving clinical behaviour change: a case of becoming indeterminate. *Soc. Sci. Med.* (1998); 47:1729–1738.
42. Sharon E. Straus, Finlay A. McAlister. Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms. *CMAJ*, (2000); 163.
43. Cardoso de Oliveira M. Iconoclasias. *Arquivos de Medicina* (2010); 24:153.
44. Ioannidis JPA. Why most clinical research is not useful. *Plos Medicine*, 2016 13(6): e1002049.
45. Ioannidis JPA. Why most published research findings are false. *Plos Med.* (2005), 2 (8) e 124 PMID: 16060722.
46. Miles A, Loughlin M. Models in the balance: evidence -based medicine versus evidence-informed individualized care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, (2011)17: 531–536.
47. Miles A., Grey J. E., Polychronis A. & Melchiorri C. Critical advances in the evaluation and development of clinical care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, (2002), 8, 87–102.
48. Miles A. & Asbridge J. E. Modern healthcare: a technical giant, yet an ethical child? *European Journal for Person Centered Healthcare*, (2013) 2:135–139.
49. Helman C. *Suburban Shaman. Tales from medicine's frontline*. Hammersmith Press Ltd, London, (2006).
50. Miles A, Loughlin M. Continuing the evidence -based health care debate in 2006. The progress and price of EBM. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12 : 385–398.
51. Guyatt G, et al. 3^a Edi. *User's Guides to the Medical Literature* McGraw Hill Education, 2015.
52. Schünemann, H J, et al. *Guideline development using GRADE* September 9, 2011
53. Guyatt GH, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter, Shuneman H.J., Grade : an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. (2008) *BMJ*, 336(7650).
54. Guyatt GH. Evidence-based medicine. [Last accessed on 2015 May 14]; *ACP J Club*. 1991 114:A16. Available from: <http://www.acpjc.org/Content/114/2/issue/ACPJC-1991-114-2-A16.htm> .
55. Newton Smith, W H .*The Rationality of Science*. London: Routledge(1981).
56. Greenhalgh T, Hurwitz B .*Culture and Medicine. Why study narrative?* Volume 170 (1999) 367–369.
57. Greenhalgh T, Wieringa S. Is it time to drop the 'knowledge translation' metaphor? A critical literature review. *J R Soc Med* (2011), 104: 501 –509. DOI 10.1258/jrsm.2011.110285
58. Kuhn T S. *The historical Structure of Scientific Discovery*” *Science*, CXXXVI (June I,1962) 760–64.
59. Gaeta, R, Gentile, N. Evidence, discovery and justification: the case of evidence-based medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* (2016), 22:550–557.
60. Baalen S, Boon M. An epistemological shift: from evidence-based medicine to epistemological responsibility. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* (2015), 21 :433–439
61. Djulbegovic B. Many faces of rationality: implications of the great rationatlity debate for clinical decision -making. *J EvalClin Pract.* (2017); 23:915–922.

62. Guyatt GH, et al. Users' Guides to the Medical LiteratureXXV. Evidence-Based Medicine: Principles for Applying the Users' Guides to Patient Care JAMA. (2000); 284:1290-1296. doi:10.1001/jama.284.10.1290.
63. Thomas SJ. Re-evaluating the Emancipatory Promise of Evidence-Based Medicine. *Pragmatism Today*, (2015) 6:118-133.
64. Thomas SJ. Does evidence-based health care have room for the self? *J Eval Clin Pract.*, (2016) 22: 502-508
65. Loughlin M. What Person-Centered Medicine is and isn't : Temptations for the soul of PCM. *European Journal for Person Centered Healthcare* (2012) 2:16-21.
66. Anjum R, Mumford S. Evidence based on what? *J EvalClin Pract.* (2015); 21:E11-E12.
67. Anjum R, Mumford S. a Philosophical argument against evidence-based policy. *J EvalClin Pract.* (2017) 23:1045-1050.
68. Argyris C., e Shon D, *Organizational learning: A Theory of Action Perspective*, Reading, MA, Addison -Wesley 1978.
69. Argyris C., *Double Loop Learning in Organizations*. Purchased by: Rob Bier rob@6-30 partners.com on January 26, 2014.
70. Djulbegovic B, Guyatt GH. Progresso na medicina baseada em evidências: um quarto de século depois. *Lancet.* (2017); 6736 (16): 1-9.
71. Miles A. From EBM to PCH: always predictable, now inexorable. Editorial Introduction to the 2015 Evidence Based Medicine Thematic Issue of the *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. (2015) 21: 983-987.
72. Jenicek M. Do we need another discipline in medicine? From epidemiology and EVIDENCE-BASED medicine to cognitive medicine and medical thinking. *the Journal of Evaluation in Clinical Practice* (2015), 21:1028-1034.
73. Straus SE, McAlister FA. Commonly cited limitations and misperceptions of evidence-based medicine. *CMAJ* (2000); 153: 837-841.



UNIVERSIDADE
FERNANDO PESSOA

WWW.UFP.PT