

ACERCA DA “MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA”

Foi há mais ou menos dez anos que a expressão “medicina baseada na evidência” surgiu no vocabulário médico português pela mão de um pequeno grupo de médicos com fortes ligações à cultura anglo-saxónica. Pretendia-se com isso valorizar um tipo de prática clínica caracterizada pela *“utilização conscienciosa, explícita e criteriosa da evidência clínica actualizada”*¹ e anunciava-se sem qualquer hesitação o nascimento de “um novo paradigma”. Eram dois os argumentos invocados: o crescimento do número de publicações médicas nas décadas anteriores tinha dificultado consideravelmente a pesquisa e selecção de informação por parte dos clínicos; o recurso à experiência individual e aos conhecimentos de disciplinas básicas (etiopatogenia, fisiopatologia, farmacologia) revelara-se muitas vezes fonte de erros clínicos grosseiros. As conclusões a tirar pareciam, portanto, óbvias: por um lado era necessário recorrer a “centrais de conhecimento” especializadas no fornecimento rápido de informação científica de confiança; por outro lado, impunha-se atribuir um espaço cada vez maior à “medicina baseada na evidência” com desvalorização da medicina baseada na experiência e nos conhecimentos teóricos.

A “medicina baseada na evidência” não merece da minha parte qualquer contestação se tiver como objectivo seleccionar e pôr à disposição dos clínicos, informação obtida através de metodologias científicas. Isso, aliás, nada tem de novo porque, pelo menos desde o princípio do século XX, se tem procurado que seja assim. O problema surge quando a este “novo paradigma” é atribuído o exclusivo de uma medicina clínica científica, ao mesmo tempo que se escondem as suas fraquezas e limitações.

Em artigo publicado há alguns anos² tive oportunidade de chamar a atenção para alguns aspectos negativos desta nova abordagem, como, por exemplo, a persistência inevitável de uma infinidade de “buracos negros” que ficarão sempre sem cobertura. Este facto é tanto mais grave quando se sabe que a “indústria das evidências”, em pleno crescimento, revela apetência cada vez maior por áreas rentáveis e nenhuma atracção por aquelas que não dão lucro. Nessa altura outros colegas³ analisaram em pormenor as

¹ Carneiro, A.V. A medicina baseada na evidência. Medicina Interna, 1998; 5: 133

² Veloso, A.J.B. “Evidence-based Medicine”: a arte e o ofício. Tempo Medicina, 2 Fev. 1998

³ Moreno, R. et al. Medicina baseada na evidência e meta-análise. Medicina Interna, 1998; 5: 139

fragilidades dos métodos utilizados no fabrico de “evidências”, nomeadamente os *ensaios clínicos* -- cujo rigor é muitas vezes duvidoso e que, sendo válidos para o doente médio que satisfaz os critérios do estudo, podem não ser aplicáveis aos casos individuais – e as *meta-análises*, verdadeiras caldeiradas de dados científicos, cuja validade tem sido muito questionada por vários sectores da comunidade médica.

Apesar disso e da atitude de clara rejeição por parte de um grande número de clínicos portugueses (digo propositadamente “clínicos” e não “licenciados em medicina”), a maré da “medicina baseada na evidência” não tem parado de subir a ponto de levar a Ordem dos Médicos a criar um “Conselho Nacional para a Evidência em Medicina”. Justifica-se por isso voltar ao assunto, não para repisar argumentos antigos, mas para focar dois aspectos que não têm sido até agora objecto de análise.

1- Uma reflexão sobre a ciência

Evidence-based medicine foi a expressão anglo-saxónica que se travestiu para português em “medicina baseada na evidência”. Os mentores deste “novo paradigma” (que para facilitar chamarei “evidencistas”) consideram que “evidência” é sinónimo de “prova científica”⁴ obtida através de ensaios clínicos controlados aleatórios ou das chamadas meta-análises. Com isto pretendem dizer-nos duas coisas: que a “medicina baseada na evidência” estabelece uma clara fronteira entre o que é e não é “medicina científica” e que a ciência possui um método próprio que permite obter “evidências”. Contudo, a palavra “evidência” tem, neste contexto, um significado ambíguo que se presta às maiores confusões. Por outro lado não é líquido que a “medicina baseada na evidência” seja o único fundamento científico da medicina clínica. Foram precisamente estas dúvidas e discordâncias que me sugeriram uma breve reflexão sobre a ciência.

A Revolução Científica do século XVII e a física newtoniana, geraram um novo paradigma de conhecimento que transformou todo o pensamento europeu. A isso chamamos hoje “ciência”, no sentido moderno do termo, e sabemos ter sido ela que permitiu explicar e prever a natureza como anteriormente não fora possível. A vantagem em relação às outras tentativas de conhecer o mundo, nomeadamente, as crenças religiosas, as teorias metafísicas e outras explicações não-científicas, tornou-se flagrante. Mesmo assim, nunca foi fácil estabelecer um critério

⁴ Carneiro, A.V. As bases científicas da Medicina. Rev. da Ordem dos Médicos, ano 21, nº57, 2005

seguro e universalmente aceite que permitisse, por exemplo, considerar que a teoria de Darwin é uma explicação melhor do que o relato criacionista do Génesis. Ou classificar a astronomia como ciência e a astrologia como pseudo-ciência. Ou distinguir a medicina tradicional das medicinas alternativas.

O problema da *demarcação* entre teorias científicas e teorias não-científicas é muito complexo e dominou grande parte do debate filosófico do século XX. Particularmente importante foi a contribuição de um grupo brilhante de matemáticos, físicos e filósofos que em 1922 fundaram o Círculo de Viena e que procuraram encontrar resposta para a pergunta “o que é a ciência?” O modelo que construíram a partir de enunciados baseados em factos observáveis e verificáveis que conduzem à formulação de teorias e à obtenção de verdades científicas, ficou para a história com o nome de “positivismo lógico” mas, apesar de ter influenciado fortemente as elites, não resistiu a uma análise sistemática e saldou-se num completo fracasso.

Karl Popper conhecia bem os membros do Círculo de Viena mas discordava das suas teses. O aparecimento do marxismo e da psicanálise, que desde logo se apresentaram como “teorias científicas”, tinham-no levado, também a ele, a reflectir sobre o problema da demarcação, não entre ciência e metafísica como faziam os positivistas, mas entre ciência e pseudo-ciência. Verificou então que os marxistas reinterpretabam a teoria sempre que era necessário pô-la de acordo com a evidência dos factos. Por sua vez apercebeu-se de que as teorias psicanalíticas de Freud não eram testáveis pela simples razão de que para os seus seguidores nenhum comportamento humano as podia contradizer. Concluiu assim que ambas estas teorias eram sempre confirmadas e nunca refutáveis. A partir daí Popper avançou para a sua ideia nuclear sobre demarcação: o que permite atribuir estatuto científico a uma teoria não é o facto de ela ser verificada, como pretendia o Círculo de Viena, mas a possibilidade de poder ser refutada, ou melhor, *falsificada*. Para ele, portanto, marxismo e freudismo, embora contendo “*sugestões muito interessantes*”, não eram teorias *falsificáveis* e, por isso mesmo, não eram científicas⁵. Apesar do debate filosófico que se desenrolou depois de Popper, não é fácil definir um princípio simples que estabeleça uma demarcação clara entre “científico” e “não-científico”. Talvez por isso alguns espíritos pragmáticos respondam à pergunta “o que é a ciência?” desta forma: “é aquilo que é feito pelos cientistas”.

⁵ Popper, K. *Conjecturas e Refutações*, pp 55-63. Almedina, 2003

Evidentemente que se trata de um argumento circular (ciência é o que é feito por cientistas e cientistas são aqueles que fazem ciência), mas se virmos bem, não totalmente destituído de sentido. A comunidade científica é herdeira da tradição crítica da filosofia grega que rejeita atitudes dogmáticas e que aceita algumas regras de um jogo que envolve o respeito pelos dados e por certos critérios de coerência. Está, além disso, vinculada a princípios de objectividade e de verificação (ou refutação) inter-subjectiva. A demarcação entre ciência e pseudo-ciência é, pois, o resultado de uma enorme actividade desenvolvida pela comunidade científica (através das trocas de informações em congressos, colóquios e publicações) que, por ser transparente, está sujeita a um permanente escrutínio.

Mas o problema da demarcação encontra-se intimamente ligado a outra questão: a convicção de que existe um *método* próprio que distingue o conhecimento científico dos outros tipos de conhecimento.

É sabido que, desde o início, a ciência moderna esteve ligada ao chamado método indutivo ou “indução”. Foi Francis Bacon, um dos pais da Revolução Científica, que estabeleceu os princípios do indutivismo segundo os quais o conhecimento científico parte de observações isoladas para generalizações que tomam a forma de leis ou teorias. Mas não foi preciso esperar muito tempo para que outro filósofo, David Hume, fizesse notar que não havia argumentos válidos que permitissem justificar logicamente a indução. A nossa crença nas leis não seria para ele senão um “hábito” que nos levaria a reconhecer uma relação causal naquilo em que apenas existe uma conexão no nosso pensamento entre dois acontecimentos que se sucedem repetidamente um ao outro. Apesar das certas objecções de Hume o indutivismo prosseguiu a sua carreira no século XIX até que com Bertrand Russell voltaria a ser objecto de uma nova abordagem crítica. Retomando os argumentos de Hume, Russell apercebeu-se de que o problema da indução estava ligado à nossa crença na “*uniformidade da natureza*”. A ciência teria o papel de identificar “uniformidades”, o que algumas vezes terá conseguido com sucesso como no caso da lei da gravitação universal. Mas mesmo assim, nada permite afirmar que o que ocorreu no passado ocorrerá necessariamente no futuro. O mais que se pode dizer é que existe uma *probabilidade* muito grande de que tal aconteça⁶.

⁶ Russell, B. Sobre a indução. In Os problemas da filosofia. Almedina, 2001

Ao pôr em relevo o princípio da probabilidade, que nalguns casos se poderá aproximar da certeza, Russell encontrou uma saída para justificar as inferências indutivas. E os seus discípulos trataram de desenvolver essa ideia ao adoptarem o *bayesianismo*, teoria da probabilidade fundada no século XVIII por Thomas Bayes. Tornou-se então claro que a indução (ou seja, o método que permite fazer generalizações a partir de observações) nunca pode produzir certezas mas apenas probabilidades, embora por vezes de grau muito elevado.

Depois disto podia parecer que o método indutivo, embora com algumas reservas, estava salvo. Mas Karl Popper tinha ainda algo a dizer sobre o assunto. Para ele “indução válida” é coisa que não existe porque ninguém pode “*garantir que uma generalização inferida de observações verdadeiras, por muito repetidas que estas tenham sido, seja também verdadeira*”. A ciência, diz ele, não opera através da indução mas por *conjecturas*, e as observações e experiências funcionam apenas como testes que tentam, não verificá-las, mas refutá-las. É esta a sua teoria das *conjecturas e refutações*.

As *conjecturas* podem nascer na mente dos cientistas de muitas formas: de um vasto conjunto de observações, de uma única observação ou até de “conceitos irracionais” ou de “intuições creativas”. Exemplos? Kepler estabeleceu duas das suas leis a partir de ideias que nada tinham de racional: a simbologia da Trindade e as harmonias musicais dos planetas. Kekulé descobriu a estrutura em anel da molécula do benzeno quando, durante as suas pesquisas, adormeceu e sonhou com uma serpente que mordida a própria cauda.

Popper fez assim uma distinção fundamental entre a *descoberta*, que não obedece a qualquer lógica, e a *justificação*, cuja função é testar e submeter as teorias a sucessivas refutações. E, além disso, rejeitou o *bayesianismo* pondo em dúvida a validade do cálculo de probabilidades. Para ele, o que a ciência procura “*não são teorias altamente prováveis mas sim explicações, ou seja, teorias poderosas e improváveis*”⁷.

Por aqui se vê que a questão do método também levanta questões que continuam a ser fonte de muita controvérsia. Mas uma coisa quero deixar bem clara: com esta rápida viagem através da filosofia da ciência não pretendo alimentar qualquer cepticismo; nem desvalorizar a investigação clínica que se realiza em todo o mundo; nem minar a confiança dos clínicos na

⁷ Popper, K. *Conjecturas e Refutações*, pp 88. Almedina, 2003

informação que lhes é fornecida. O meu objectivo é apenas chamar a atenção para o debate acerca de dois aspectos -- a *demarcação* e o *método* -- e mostrar como o termo “científico” é por vezes invocado com demasiada ligeireza e alguma falta de rigor. Aliás todos temos tido experiência disso quando, a propósito de tudo e de nada, ouvimos a frase “está cientificamente provado”. A “medicina baseada na evidência” utiliza a indução, o cálculo das probabilidades, o *bayesianismo*⁸. É um instrumento importante ao serviço da prática clínica que permite tomar decisões de acordo com informação actualizada mas que deixa muitas questões em aberto. A acreditar nos textos e nos exemplos citados pelos “evidencistas”, essas decisões envolvem sobretudo atitudes terapêuticas. Ora, o “acto clínico” (e chamo-lhe propositadamente assim porque nem todos os actos médicos são actos clínicos), é um processo muito mais complexo que, quando integralmente realizado, envolve três tempos -- diagnóstico, terapêutica e prognóstico. Este é um ponto importante de que me ocuparei na segunda parte deste artigo. Por agora irei referir-me apenas à terapêutica.

A instituição de uma terapêutica assenta em três tipos de fundamentos: informação obtida na literatura especializada (“evidências” incluídas), experiência pessoal e conhecimento das ciências básicas. Todos eles podem conduzir a decisões tanto certas como erradas mas possuem um peso específico e uma importância que varia de acordo com as situações concretas. Todos eles (e não apenas as “evidências”) procuram fundamentar-se em conhecimentos científicos e constituem, sem distinções ou prioridades, ferramentas ao dispor do clínico para tomar as suas decisões. Nada justifica, pois, estabelecer uma demarcação entre “evidências” e o resto.

Para ilustrar o que estou a dizer, nada melhor do que relatar um caso da minha própria experiência clínica.

Há alguns anos foi lançado no mercado um anti-inflamatório que vinha acompanhado de “evidências” obtidas através de ensaios clínicos controlados aleatórios: aliava uma elevada eficácia a uma menor incidência de complicações gastrointestinais quando comparado com a droga de referência. Uma operação de *marketing* de proporções gigantescas levou rapidamente o novo medicamento a atingir elevadas cotas no mercado: 80 milhões de doentes tratados em todo o mundo e vendas que chegaram a atingir os 2.5 biliões de dólares num ano⁹. Mas em menos de

⁸ Goodman, S.N. Toward evidence-based medicine. The Bayes factor. *Annals Int Med* 1999; 130: 1005

⁹ Topol, E. J. *New Eng J Med* 2004; 351: 1707

cinco anos era retirado por se ter verificado que estava associado a um risco elevado de enfarte do miocárdio. Este caso está rodeado de circunstâncias éticas e científicas que têm levantado muitas dúvidas acerca da forma como são fabricadas as “evidências”. Mas não é disso que irei agora falar. Apenas quero lembrar que durante esse tempo não contribuí em nada para as vendas do novo medicamento ou seja, não me lembro de o ter receitado uma única vez. Porquê? Porque sem ignorar as preciosas “evidências”, utilizei os dois outros critérios que devem estar presentes nas decisões terapêuticas. De facto, alguns anos antes, ao preparar uma sessão clínica sobre anti-gregantes plaquetários, fui obrigado a fazer uma revisão sobre o problema das prostaglandinas. Apercebi-me então de que estava perante uma área biológica com perspectivas riquíssimas mas carregada de inquietantes incógnitas. A multiplicidade de acções (anti-inflamatória, anti-agregante, protectora da mucosa gátrica), as diferentes respostas a doses altas ou baixas do mesmo medicamento, a existência de prostaglandinas “boas” e “más” -- tudo isso me deixara curioso mas pouco tranquilo quando pensava utilizar medicamentos com interferência nessa área. Recorri então ao terceiro critério: experiência pessoal. Dispunha já de anti-inflamatórios eficazes que estava treinado a manejar e cujos efeitos secundários podia controlar. Além disso não estava perante uma novidade terapêutica *life-saving* que justificasse correr riscos desnecessários. Achei que era melhor esperar e foi o que fiz. Com isto, não só protegi os meus doentes, como passei a dispor de um bom exemplo, entre muitos outros possíveis, para ilustrar a forma como penso que devem ser tomadas decisões terapêuticas.

“Evidências”? Venham elas, desde que integradas numa actuação clínica baseada na experiência e em conhecimentos teóricos bem estruturados e fundamentados.

2- O elogio da clínica

Ao tratar o problema da *demarcação* da ciência disse que, à falta de melhor definição, “ciência é aquilo que fazem os cientistas”. Com maioria de razão se pode dizer que “medicina clínica” é aquilo que fazem os clínicos. Isto tem necessariamente de ser dito porque, se é verdade que todos os clínicos são licenciados em medicina, nem todos os licenciados em medicina são clínicos. Investigação, ensino, gestão ou execução de técnicas, são respeitáveis actividades praticadas por muitos médicos que nunca fizeram clínica ou que há muito tempo deixaram de a fazer

regularmente. A clínica é uma experiência única que pressupõe um treino longo e persistente e em que estão constantemente presentes situações marcadas pela incerteza que envolvem a doença, o sofrimento e a morte. Aqueles que a praticam adquirem, por isso, uma visão muito especial dos problemas, que nenhuma informação teórica, por melhor que ela seja, pode fornecer.

Nos textos de reflexão da autoria de médicos encontra-se com frequência esta pergunta: “A medicina clínica é uma ciência ou uma arte?” Há quem entenda que é apenas uma profissão que, na sua prática, utiliza conhecimentos e progressos tecnológicos que lhe chegam através das ciências exactas como a física, a química e a biologia. Mas esta não é, concerteza, a melhor forma de abordar o problema.

A medicina clínica envolve um processo de investigação cujo objectivo é compreender, explicar e corrigir estados mórbidos que atingem o organismo humano. Está por isso, desde o princípio, ligada ao nascimento da ciência, ou seja, ao percurso que conduziu das narrativas míticas às tentativas racionais de conhecer o mundo. Foi assim que as doenças deixaram de ser atribuídas a “castigos de deuses” ou a “maus-olhados” para passarem a ser explicadas por causas naturais que é possível conhecer e modificar. Da teoria hipocrática dos humores à medicina anatomo-clínica e à biologia molecular, houve saltos gigantescos no conhecimento dos processos patológicos mas um facto se manteve constante: a busca de uma explicação racional e não mítica.

Contudo, a medicina clínica possui características que a distinguem das outras ciências. O seu objectivo é um vasto conjunto de casos individuais -- os doentes -- cuja complexidade e variedade é pouco compatível com abordagens padronizadas, (por isso se diz que não há doenças, há doentes). Nisso se distingue, por exemplo, da física que lida com uma infinidade de fenómenos que se repetem com grande regularidade e em que é possível encontrar “uniformidades” traduzíveis por fórmulas matemáticas. Para além disso, a medicina clínica envolve, na sua prática, uma relação pessoal em que estão presentes fenómenos de empatia e de compaixão. Encontra-se, pois, muito condicionada pela relação inter-pessoal e pela “arte” de quem a pratica.

O diagnóstico é, na medicina clínica, o elemento chave e também o mais complexo. Concretiza-se através de um processo que conduz do “diagnóstico provisório” ao “diagnóstico definitivo”, decalcado nas descrições da filosofia da ciência acerca do

método: para os *indutivistas*, trata-se de “inferência indutiva” e “verificação”; para os *popperianos*, “conjectura” e “refutação”.

É importante dizer que diagnosticar não é colocar um rótulo (por ex., pneumonia, diabetes, catarata, neoplasia) mas sim procurar conhecer as etiologias, as lesões anatomopatológicas e as perturbações fisiopatológicas subjacentes aos quadros clínicos. Dito de outra forma: diagnosticar é compreender as causas, os mecanismos e os efeitos das doenças em cada caso concreto.

Sabemos que tal nem sempre é inteiramente possível. Mas este deve ser o objectivo presente no espírito do clínico porque é do diagnóstico que dependem todas as outras decisões. E se é certo que os diagnósticos estão sempre sujeitos a refutação, a procura de um diagnóstico fundamentado é a condição básica para tentar aplicar terapêuticas correctas e formular prognósticos credíveis.

Ora, quanto a mim, uma das questões nucleares da medicina clínica actual é esta: cada vez existe maior oferta de “evidências”, de protocolos e de *guidelines*, como se para fazer medicina clínica, bastasse ligar o “piloto automático”. É uma tendência que pode conduzir o clínico a um papel passivo em que acatará docilmente as recomendações das “centrais de conhecimento”. Mas aquilo que estas lhe oferecem são instrumentos, sem dúvida valiosos e, nalguns casos, imprescindíveis, mas apenas isso: instrumentos. A aplicação de “evidências”, protocolos ou *guidelines* baseada em avaliações clínicas incompetentes ou em diagnósticos errados, pode dar uma falsa ilusão de eficácia mas acabará por traduzir-se em perda de tempo e de dinheiro e, por vezes, em trágicas consequências para os doentes.

Apesar de se saber que é assim, nas últimas décadas tem-se assistido a uma progressiva desvalorização da clínica. As causas dessa tendência são várias mas não têm sido suficientemente avaliadas. Vejamos algumas delas.

A evolução tecnológica e a rápida acumulação de conhecimentos levou à fragmentação das grandes áreas médicas e cirúrgicas. Com isso o ensino nas faculdades passou a ser feito por “blocos”, cada um dos quais com duração de algumas semanas, em que os alunos mal têm tempo de se aclimatar aos novos espaços e aos novos docentes. Acumulam, por “colagem”, os saberes das várias sub-especialidades e assistem à execução de técnicas, mas pouca oportunidade lhes resta para uma aprendizagem global que integre o exercício da semiologia clínica e a prática do diagnóstico. Até há pouco tempo esta lacuna era compensada pelo internato durante o qual se treinava pacientemente a colheita da anamnese e o exame objectivo, e depois se discutiam detalhadamente

hipóteses diagnósticas. Era um processo formativo demorado mas indispensável que inevitavelmente roubava algum espaço a actos assistenciais concretos. Com a crescente influência de gestores e de não-clínicos nas instituições hospitalares e com a posterior disseminação dos hospitais S.A., todas estas práticas passaram a ser olhadas como perdas de tempo. Políticos, novos gestores e seus patrões, mais preocupados com os números do que com outra coisa, toleram mal tudo o que possa pôr em causa aquilo a que eles chamam “produtividade”.

Não é possível falar de desvalorização da clínica sem fazer uma referência à área dos cuidados primários. A concepção que no princípio dos anos 80 presidiu ao lançamento da carreira de Clínica Geral traduziu-se num mal-entendido que retirou à formação e ao treino clínico a importância que deviam ter. Verdadeiro “pecado original”, o programa curricular dos clínicos gerais desvalorizou, de facto, a competência clínica, o que é grave por se tratar precisamente duma área em que ela devia ocupar um lugar preponderante. Em 1998 publiquei, sobre este assunto, um artigo¹⁰ que provocou alguma polémica. Tive agora o cuidado de o reler e limito-me a dizer que não retiro uma vírgula àquilo que então escrevi.

Ninguém põe em dúvida que a autonomia das sub-especialidades médicas e cirúrgicas veio aumentar muito a eficácia da medicina ao criar áreas de especialização apoiadas em novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica. Mas os novos especialistas, mais do que à formação clínica, dão prioridade ao treino das respectivas técnicas que depois terão natural tendência para sobrevalorizar e utilizar de uma forma excessiva.

Mas entre as novas tecnologias foram sem dúvida as técnicas de imagem que maiores reflexos tiveram sobre a prática clínica. Ao serem capazes de mostrar com extraordinária nitidez as lesões anatómicas subjacentes aos quadros clínicos, tornaram possível “ver” aquilo que anteriormente era suspeitado através de sinais indirectos e raciocínios analógicos complexos¹¹. As imagens vieram, de certo modo, substituir parte da perícia dos clínicos. Mas seria errado pensar que a medicina clínica perdeu com isso a sua importância. É que, além das dúvidas constantes que acompanham a interpretação das imagens, é frequente assistir-se à identificação de lesões não suspeitadas mas sem qualquer significado patológico (quistos, angiomas), bem como a diagnósticos “anatómicos” cujo fundamento levanta enormes

¹⁰ Veloso, A.J.B. Contribuição de um internista. Rev. da Ordem dos Médicos, ano 14, nº2, 1998

¹¹ Veloso, A.J.B. Ver ou não ver. Medicina Interna 1997; 4: 283

dúvidas (esteatose hepática, derrame pericárdico). Por tudo isto, os contactos regulares dos imagiologistas com os clínicos tornaram-se fundamentais para a interpretação e valorização das imagens. Infelizmente isso acontece cada vez menos perdendo-se ingloriamente parte das virtualidades de exames com tão grande capacidade informativa. É verdade que muitos médicos e não-médicos estão convencidos de que as técnicas de imagem permitem só por si fazer diagnósticos. Desvalorizam, por isso, a importância da clínica. Curiosamente, este é um assunto em que algumas “evidências” têm mostrado uma realidade bem diferente: várias dezenas de estudos revelaram que, desde 1960 até hoje, as discordâncias *major* entre os diagnósticos clínicos e os resultados da autópsia se mantêm entre os 20 e os 40%¹². Em Portugal, autópsias científicas é coisa que praticamente já não há, pelo que estamos privados de qualquer informação sobre este assunto.

Mas existe ainda outra causa que contribui para a desvalorização da clínica. Como é sabido, o acto clínico correcto caracteriza-se por uma metodologia que se inicia, não com a requisição cega de exames dispendiosos, mas com a anamnese, a que se segue o exame objectivo, a formulação do diagnóstico provisório e, finalmente, o recurso racional a exames complementares. Isto, que exige tempo e uma atitude de rigor e disciplina, traduz-se em eficácia e numa boa relação custo-benefício que não é fácil de objectivar ou de exprimir em dados numéricos. Por isso mesmo não produz qualquer efeito mediático e não impressiona os gestores e os políticos. Em termos globais, pode dizer-se que a medicina actual, numa tendência natural para se adaptar aos novos tempos, se rendeu ao número como critério de avaliação, aderiu ao novo-riquismo com a utilização descontrolada das novas tecnologias e aceita com frequência o espectáculo como forma de passar a sua imagem. A medicina clínica, essa, que vive de um treino individual persistente, que procura o rigor semiológico e que pratica o recato como lhe compete, dá-se mal com este cenário e dificilmente consegue tornar-se notada, mesmo quando, discretamente, corrige *in extremis* diagnósticos errados que podem custar vidas.

Mas, numa altura em que se fala tanto de qualidade e de gestão das unidades de saúde, poucos se apercebem de que a boa formação clínica está indissociavelmente ligada a estes dois objectivos. Vamos por partes.

¹² Pasquier, B. La Revue de Medicine Interne 2005;26: 611

Está hoje na moda a acreditação dos hospitais feita por empresas especializadas que vendem os seus serviços para tentar saber se as unidades testadas cumprem uma longa lista de parâmetros de qualidade que as tornem credíveis. São muitos os aspectos analisados, quase todos nas áreas da estrutura, dos equipamentos, da logística, da acessibilidade, da segurança, da humanização e da satisfação dos doentes. Todas essas questões são importantes, mas completamente inúteis na ausência de clínicos competentes e qualificados. Uma coisa sem a outra é, como já em tempos disse, “o mesmo que um avião com lindas hospedeiras e saborosas refeições, entregue a um piloto inexperiente e descuidado”¹³. Porque não é possível haver qualidade sem ensino, sem análise dos processos, sem discussão de casos clínicos, sem estudo dos efeitos iatrogénicos, sem revisão das peças operatórias, sem estudos da mortalidade, etc.,etc. Ou seja, sem tudo aquilo que garanta uma boa medicina clínica.

O mesmo se pode dizer para a gestão das unidades de saúde, área em que se oferecem agora cursos de luxo orientados por especialistas em economia. São iniciativas meritórias mas que não devem fazer esquecer uma realidade: a utilização adequada de recursos e a redução dos desperdícios só é possível através de uma prática clínica competente e judiciosa. Sem ela assiste-se à utilização cega e inútil de exames dispendiosos e ao recurso a terapêuticas desnecessárias com todo o interminável cortejo de efeitos iatrogénicos.

São estes os argumentos que me levam a fazer, mais uma vez, o elogio da clínica e a alertar para o perigo de se vir a criar um espaço vazio que possa ser ocupado por vendedores de ilusões. A “medicina baseada na evidência” merece ser recebida com satisfação e deve preencher o lugar que lhe compete como precioso auxiliar da prática clínica que de facto é. Mas nada justifica que se apresente como um novo paradigma científico capaz de gerar falsas expectativas. Em vez de nos empenharmos na promoção da “medicina baseada na evidência”, seria por isso bem melhor que gastássemos energias na promoção e valorização da medicina clínica.

É provável que os “evidencistas”, ao lerem este texto, o considerem retrógrado e fruto do desconhecimento daquilo que se passa “lá fora”. Por isso (e só por isso) vou transcrever parte de um texto da autoria de um membro do *Council for Postgraduate*

¹³ Veloso, A. B. Três Tópicos. Medicina Interna 1999; 3: 140

Medical and Dental Education de Belfast que por mero acaso me chegou às mãos¹⁴:

“A medicina baseada na evidência ganhou uma dinâmica tal a ponto de pôr em risco a prática da arte e da ciência médica de várias gerações. A convicção dos seus promotores aproxima-se de um fervor quase-religioso e os governos centrais, assessorados por pessoal civil que deseja medir tudo o que seja mensurável, estão a ser apanhados por este bem intencionado movimento. Embora a medicina baseada na evidência seja uma ajuda importante no tratamento, não é mais do que uma ajuda, e o seu lugar na prática médica está para ser definido sobretudo na área dos cuidados primários... O próprio nome, medicina baseada na evidência, presta-se a confusão. Ele contém uma sugestão de que se trata de uma nova forma de prática médica, e que anteriormente a ela, os médicos praticavam um tipo de medicina que, de certo modo, não era baseada na evidência. Nada disso é assim. Ao longo de um século a prática clínica baseou-se num corpo de conhecimentos que inclui a patologia, a fisiologia, a farmacologia e a microbiologia”.

Confesso que não seria capaz de dizer melhor. Mas não se pense que pontos de vista como este têm alguma receptividade por parte daqueles que hoje em dia tomam decisões na área da Saúde. Sempre que tento explica-lhes aquilo que a mim me parece óbvio, sou confrontado com reacções que me lembram o episódio passado no século XVIII com um navegador francês que, ao aportar a uma ilha do Pacífico, tentou explicar aos nativos que era a Terra que andava à volta do Sol.

Não me espanta que seja difícil convencer pessoas que habitam outras latitudes ou que funcionam noutra comprimento de onda. Mas não posso deixar de lamentar que instituições com responsabilidades naturais no campo da cultura e da formação médica, como as faculdades de medicina e a Ordem dos Médicos, não assumam o papel moderador que lhes compete nesta época de rápidas transformações tão favorável ao aparecimento de falsas profecias.

Lisboa, 12 de Setembro de 2005

António José de Barros Veloso

¹⁴ McGavock, H. Integrating EBM into clinical practice. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2005; 14 :211