

A FORMULAÇÃO DE QUESTÕES CLÍNICAS COMO PASSO INICIAL PARA A PRÁTICA DA MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA

ANTÓNIO VAZ CARNEIRO

Serviço de Medicina IV. Hospital de Santa Maria. Lisboa.

RESUMO

A Medicina Baseada na Evidência (Evidence-based Medicine - EBM) pode ser definida como a utilização judiciosa, conscienciosa e explícita da melhor evidência disponível para apoiar a tomada de decisão sobre os cuidados médicos prestados ao doente individual. Na prática, a EBM combina a *expertise* clínica individual do médico com a melhor evidência externa produzida pela investigação clínica. A prática correcta da EBM inicia-se pela formulação correcta de uma pergunta/questão clínica que seja clara, relevante para o problema em causa e que possua uma resposta disponível na literatura. Neste artigo discutiremos os contextos em que as questões clínicas podem surgir. De seguida, identificaremos as estruturas constituintes de uma questão clínica bem construída. Finalmente, discutiremos algumas bases para a sua correcta formulação.

SUMMARY

The Correct Formulation of Clinical Questions for the Practice of Evidence-Based Medicine

Evidence-based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of the best evidence available to make decisions about the care of individual patients. The practice of EBM means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. The good practice of EBM begins with a well formulated clinical question, meaning that it should be clear, directly relevant to the problem at hand and answerable by searching in medical literature. This paper begins by presenting the central tasks of clinical work from which clinical questions arise. The components of well formulated clinical questions are then presented. Finally, some of the steps for the correct formulation of questions are discussed.

INTRODUÇÃO

A Medicina Baseada na Evidência (Evidence-Based Medicine - EBM) pode ser definida como a utilização judiciosa, conscienciosa e explícita da melhor evidência disponível para apoiar a tomada de decisão sobre os cuidados médicos prestados ao doente individual. Na prática, a MBE combina a *expertise* clínica individual do médico com a melhor evidência externa produzida pela investigação clínica¹.

A prática correcta da MBE inicia-se pela formulação correcta de uma pergunta/questão clínica que seja clara,

relevante para o problema em causa e que possua uma resposta disponível na literatura.

Com efeito, é com base na questão inicial levantada pelo contacto com o doente que o processo seguinte da prática da MBE - pesquisa da evidência científica - pode ser empreendido. Por vezes a questão é simples e pode ser formulada sem grandes problemas conceptuais (por ex. qual é a dosagem do antibiótico que quero administrar a este doente?) sendo a evidência fácil de localizar (por ex. no formulário ou num livro de terapêutica). Frequentemente, no entanto, as questões não são tão evi-

dentes (ou não são tão fáceis de formular) e a resposta não se encontra imediatamente ao alcance imediato do médico, havendo necessidade de, em primeiro lugar, identificar as fontes de informação existentes e, uma vez este facto conseguido, seleccionar a evidência nelas publicada².

Os factos acima apontados demonstram claramente que a questão clínica deve ser cuidadosamente construída, já que é baseada nesta que a procura da sua resposta se poderá processar com êxito para obtenção de resultados finais satisfatórios. Se a questão for colocada de maneira deficiente, dificilmente se poderá obter uma resposta eficaz: a uma má pergunta sucede-se uma má resposta³.

Neste artigo discutiremos os contextos em que as questões clínicas podem surgir. De seguida, identificaremos as estruturas constituintes de uma questão clínica bem construída. Finalmente, discutiremos algumas bases para uma formulação correcta de questões clínicas.

QUAL OS CONTEXTOS EM QUE AS QUESTÕES CLÍNICAS SÃO ORIGINADAS?

As questões clínicas são constantemente geradas em diversos contextos. Como é natural, este facto só se verifica a partir do momento em que o médico esteja disposto a admitir o seu nível de falta de conhecimentos ou de incerteza prática, fonte de motivação para a procura das respectivas respostas (para além de uma necessária frustração que este hiato de conhecimentos sempre acarreta).

A facilidade de solucionar os problemas clínicos diários apresenta uma relação inversa com a sua frequência e com o número total de questões a responder: quanto maior for o número de questões, mais difícil é a sua solução global. Mas qual é a frequência com que se colocam as questões na prática clínica? Grupos de investigadores têm-se dedicado a observar e entrevistar médicos durante as suas actividades assistenciais diárias, tendo concluído que os números de perguntas variam entre uma por cada um a dois doentes em consultas de especialidade⁴ até cinco perguntas por doente internado em hospitais universitários⁵. Por exemplo, o estudo de Covell et al demonstrou que, durante um meio-dia de consulta de internistas americanos, geravam-se uma média de 16 questões importantes - duas por cada três doentes observados⁶. Destas, apenas 30% eram respondidas de maneira satisfatória durante a permanência dos médicos e dos doentes no local de consulta, geralmente através de consulta a colegas trabalhando no mesmo espaço físico. Por outras palavras, o número de questões

que os doentes e as suas doenças colocam aos médicos é muito elevado, e a sua resposta é conseguida apenas numa escassa percentagem de vezes.

As áreas da prática clínica em que se podem originar as questões estão incluídas no Quadro I¹ e incluem naturalmente todos os pontos que constituem o trabalho clínico com doentes. Como exemplo para análise considere-se o seguinte caso clínico: doente de 58 anos, fumador, a fazer há três meses anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) para osteoartrite da coluna, vem à consulta com dor epigástrica sugestiva de doença péptica.

Quadro I - Áreas da prática clínica em que se podem originar questões

• Achados clínicos	como colher e interpretar achados clínicos da história e do exame objectivo
• Etiologia	como identificar causas de doenças (incluindo as iatrogénicas)
• Diagnóstico diferencial	dentre as causas possíveis para a doença, seleccionar e hierarquizar a que é mais provável, grave ou tratável
• Testes diagnósticos	como seleccionar e interpretar testes diagnósticos, de modo a confirmar ou excluir um diagnóstico, baseado nas suas características (precisão, certeza, segurança, preço, etc.)
• Prognóstico	como estabelecer uma estimativa da evolução clínica do doente e antecipar as complicações possíveis mais frequentes
• Terapêutica	como seleccionar esquemas terapêuticos eficazes e que valham os esforços de utilização e os custos respectivos
• Prevenção	como reduzir as hipóteses de doença identificando e modificando factores de risco e estabelecendo diagnósticos precoces
• Auto-aprendizagem	como manter o nível de conhecimentos, melhorar os desempenhos e construir uma prática eficaz

Algumas das questões que possivelmente se poderão colocar neste doente incluem:

1. em doentes com suspeita de úlcera péptica, quais são os sinais físicos mais importantes? (uma questão sobre o exame físico)
2. pode o uso de tabaco e a terapêutica crónica com AINEs contribuir para a doença péptica? (pergunta sobre etiologia)
3. em doentes fumadores com ingestão recente de AINEs e que apresentam doença péptica, qual é a manobra mais importante: parar de fumar ou interromper a tomada dos AINEs? (questão de diagnóstico diferencial)
4. qual o papel da endoscopia digestiva como método de 1ª linha em doentes com suspeita de doença péptica? (questão sobre métodos diagnósticos)
5. qual é a percentagem de doentes com doença pépti-

ca, fumadores e a fazer AINEs, que evoluem para carcinoma gástrico? (prognóstico)

6. o esquema de tratamento de um doente fumador a fazer AINEs deve incluir medicação anti-*Helicobacter Pylori*? (questão sobre terapêutica)

7. qual é a taxa de recorrência se o doente não parar de fumar? (questão sobre a prevenção)

8. para melhorar os meus conhecimentos sobre a doença péptica, deverei consultar um livro de texto ou uma base de dados bibliográfica? (problema de auto-aprendizagem).

Para benefício dos doentes, estas questões deverão ser bem estruturadas, isto é, relevantes para o problema clínico do doente e fraseadas de maneira a orientar a pesquisa de respostas eficazes e correctas que serão naturalmente encontradas nas bases de dados bibliográficos disponíveis - Medline, Cochrane, EMBase, etc. Uma vez seleccionados os estudos relevantes, aplicar-se-ão determinadas de regras de validação previamente definidas, constituindo esta actividade o segundo passo na prática da MBE ¹.

ELEMENTOS ESTRUTURAIS DE UMA QUESTÃO CLÍNICA CORRECTA

A maior parte das questões podem ser formuladas em termos de relações simples entre o doente, uma determinada exposição (a um tratamento, a um meio auxiliar de diagnóstico, a uma situação potencialmente iatrogénica) e um ou mais resultados de interesse ⁷.

Na tentativa de construir questões relevantes e que facilitem a pesquisa ulterior de bases de dados há que ter em conta que, na prática, uma pergunta clínica bem construída é constituída por quatro elementos (QUADRO II): 1) o doente ou problema em causa; 2) a intervenção ou exposição consideradas; 3) a comparação com outra intervenção ou exposição (se for caso disso) e 4) os resultados clínicos finais^{3,8}. Por exemplo, dever-se-á fazer profilaxia das recorrência cerebro-vasculares num doente com um acidente vascular cerebral? A questão clínica não estruturada parecer-se-á com algo do género: a anticoagulação será útil em doentes com AVC? Mas, se quisermos basear a nossa questão nos elementos descritos no Quadro II, então a questão assume aspecto diferente: quando comparada com uma atitude conservadora (*intervenção comparativa*), a terapêutica anticoagulante (*intervenção experimental*) melhora os resultados clínicos (*definição dos resultados*) em doentes com AVC isquémico (*definição da população*)?

Como seria de esperar dada a complexidade deste assunto, na implementação das questões clínicas podem

Quadro II - Elementos constituintes duma questão clínica

1. Doente ou problema	2. Intervenção principal (uma etiologia, factor prognóstico, tratamento, etc.)	3. Intervenção comparativa (se necessária)	4. Resultados (outcomes)
Baseado no doente, perguntar: <i>Como se poderia descrever um grupo de doentes semelhantes ao meu?</i>	<i>Qual é a intervenção principal que se encontra sob consideração?</i>	<i>Qual a alternativa mais importante que desejo comparar com a intervenção anterior?</i>	<i>O que espero conseguir? ou Que efeitos provocará esta exposição?</i>

surgir alguns problemas: em primeiro lugar, na situação em que o quadro clínico do doente se revela complexo mas não se sabe onde começar; neste caso dever-se-á utilizar o Quadro I e questionar quais os elementos em que temos as incertezas (a resposta afirmativa constituirá a base inicial da questão). Em segundo lugar, poderão existir problemas na construção da questão propriamente dita; neste caso deverá utilizar-se como ajuda a estrutura do Quadro II e iniciar a formulação a partir daí. Finalmente, se a complexidade do doente for tal que há necessidade de formular mais do que uma questão clínica, então, na sua prioridade de escolha, dever-se-á considerar - por esta ordem - o bem estar do doente, a facilidade de resposta, o grau de interesse da questão ou a frequência com que o problema se encontra na prática clínica ¹.

A PRÁTICA E O ENSINO DA FORMULAÇÃO DAS QUESTÕES CLÍNICAS

A PRÁTICA - Uma vez familiarizado com os quatro elementos constitutivos de uma questão clínica correctamente formulada, não será difícil ao clínico prático desenvolver capacidades específicas neste campo. Considerem-se as seguintes situações clínicas:

- Homem de 69 anos de idade vem à consulta com queixas de insuficiência cardíaca congestiva. Inicia terapêutica tripla com digitálico, diurético e inibidor do ECA com melhoras substantivas. O doente pergunta-lhe qual é o prognóstico da sua situação.

- Mulher de 19 anos que se apresenta no consultório com uma sinusite maxilar aguda. Você recorda ter lido há pouco tempo numa revista - da qual não se recorda o nome - um artigo em que se demonstra que um tratamento antibiótico durante três dias é tão eficaz como o usual de dez dias. Será de optar pelo esquema terapêutico mais curto?

- Mulher de 44 anos de idade com carcinoma do ovário diagnosticado recentemente e que se apresenta no

serviço de urgência com dispneia e dor torácica. Uma cintigrafia de ventilação-perfusão é classificada, em termos de tromboembolismo pulmonar, como *indeterminada*. Dado a situação clínica, qual é a probabilidade de esta doente ter de facto um quadro de tromboembolismo pulmonar?

Estes casos são frequentes e banais na prática clínica e permitem-nos utilizar a evidência científica para a sua completa elucidação. Para isso, será necessário formular as respectivas questões clínicas:

- em doentes com ICC, qual a sobrevivência média e que factores clínicos (se os houver) identificam os doentes com maior ou menor sobrevida?
- em adultos com sinusite maxilar aguda, um esquema antibiótico de três dias assegura uma taxa de curas semelhante a um de dez dias, com menos efeitos secundários e menor custo?
- num doente com uma probabilidade pré-teste alta de ter tromboembolismo pulmonar, uma cintigrafia de ventilação-perfusão indeterminada é mais ou menos fiável que a angiografia pulmonar para o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar?

O ENSINO – O maior desafio que se coloca a quem quer ensinar esta temática reside na identificação de questões clínicas que sejam baseadas nos doentes (problemas clínicos encontrados na prática do dia-a-dia) e que simultaneamente satisfaçam os interesses de quem aprende.

No ensino da formulação de questões clínicas (Quadro III) podem considerar-se quatro passos ¹:

1. reconhecimento de potenciais questões nos casos clínicos
2. selecção das melhores dentre elas
3. orientação para uma correcta formulação das mesmas
4. avaliação da aprendizagem

A informação assim obtida poderá (e deverá) ser guardada e utilizada quando necessário, juntamente com as suas respectivas respostas.

Quadro III - Passos para o ensino da correcta formulação de questões clínicas

• Reconhecimento	Como combinar as necessidades dos doentes com as dos médicos, de maneira a que este processo constitua uma oportunidade para a formulação de questões clínicas
• Selecção	Como seleccionar, dentre as possíveis, a melhor oportunidade que preenche as necessidades quer do doente quer do médico
• Orientação	Como ajudar a transformar os hiatos de conhecimento em questões clínicas bem construídas
• Avaliação	Como julgar o desempenho na construção de questões bem formuladas

CONCLUSÃO

A prática da MBE pressupõe cinco passos: 1) correcta formulação de uma questão clínica; 2) pesquisa exaustiva da evidência publicada; 3) selecção de estudos específicos; 4) avaliação crítica dos mesmos e 5) aplicação ao doente dos factos aprendidos.

Neste artigo procurámos sublinhar o facto da formulação de uma questão clínica correcta permitir a selecção da evidência, iniciando deste modo o ciclo da implementação prática da MBE.

BIBLIOGRAFIA

1. SACKETT DL, RICHARDSON WS, ROSENBERG W, HAYNES RB: Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone 1997
2. ROSENBERG W, DONALD A: Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ* 1995; 310:1122-1126
3. COUNSELL C: Formulating questions and locating primary studies for inclusion in systematic reviews. *Ann Int Med* 1997; 127:380-387
4. GORMAN PN e HELFAND M: Information seeking in primary care: how physicians choose which clinical questions to pursue and which to leave unanswered. *Med Decis Making* 1995; 15:113-119
5. OSHEROFF JA, FORSYTHE DE, BUCHANAN BG, BANKOWITZ RA, BLUMENFELD BH e MILLER RA: Physicians' information needs: analysis of questions posed during clinical teaching. *Ann Int Med* 1991; 114:576-581
6. COVELL DG, UMAN GC e MANNING PR: Information needs in office practice: are they being met? *Ann Int Med* 1985; 103:596-599
7. OXMAN AD, SACKETT DL, GUYATT GH e THE EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP: Users' guides to the medical literature. I. How to get started. *JAMA* 1993; 270:2093-2095
8. RICHARDSON WS, WILSON MC, NISHIKAWA J e HAYWARD RSA: The well-built clinical question: a key to evidence based medicine. *ACP J Club* 1995; 123:A-12-A-13