



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Vasconcellos-Silva, Paulo Roberto; Castiel, Luis David
Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências
Revista de Saúde Pública, vol. 39, núm. 3, junio, 2005, pp. 498-506
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240147024>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências

Proliferation of paradigmatic ruptures: the case of evidence-based medicine

Paulo Roberto Vasconcellos-Silva e Luis David Castiel

Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Descritores

Medicina baseada em evidências. Metanálise. Paradigma. Publicações periódicas.

Resumo

O presente trabalho descreve o fenômeno da proliferação das rupturas paradigmáticas publicadas na literatura biomédica. É discutida a distorção que, com o passar das décadas, atribuiu um sentido oposto ao original proposto por Thomas Khun. Na sua grande maioria percebemos que essas pseudo-rupturas se relacionam meramente a detalhes técnicos ligados a contextos específicos. Destaca-se o caso da medicina baseada em evidências (MBE), anunciada como uma dessas rupturas, em cuja essência se reafirmam antigas concepções. Alguns equívocos conceituais são enfatizados como tentativas de aplicar os pressupostos da MBE a fenômenos ligados à subjetividade e à dinâmica social, além de outros objetos de estudo peculiares às ciências sociais. São citadas 12 metanálises inconclusivas, que originam paradoxos quando estudados por esta via. A crítica a alguns aspectos da MBE é sintetizada pelo de seu efeito de confundimento epistemológico. Há imprecisões conceituais do termo relacionadas ao efeito de “entrincheiramento”, ao qual são induzidos outros modelos epistemológicos não alinhados, assim como a tendência à compreensão universal dos fenômenos pela perspectiva dos estudos duplo-cego randomizados.

Keywords

Evidence-based medicine. Meta-analysis. Paradigm. Periodicals.

Abstract

The present study describes the phenomenon of paradigmatic ruptures proliferation in the biomedical literature. The current distortion is discussed, which has conferred in the last decades an opposite meaning to the term originally proposed by Thomas Khun. In most part, it is realized that pseudo-ruptures refer to technical details associated to specific contexts. It is pointed out the case of evidence-based medicine (EBM), proclaimed as one of these paradigmatic ruptures, but which essentially corroborates old concepts. Some conceptual errors are stressed as well as attempts to apply EBM assumptions to phenomena associated to subjectivity and social dynamics and other particular study subjects of social sciences. Twelve inconclusive meta-analyses are described to exemplify the paradoxes emerging from this approach. The criticism to some EBM features is summarized through the effects of epistemological bafflement, producing conceptual inaccuracies of the term; the defensive effect to which other disciplines are induced for not being adequate to such rationality; and the tendency of universal understanding of phenomena through the perspective of randomized double-blind studies.

INTRODUÇÃO

MULTIPLICAÇÃO DAS “RUPTURAS PARADIGMÁTICAS”

A inclusão nos títulos do termo “novo paradigma” parece conferir aos artigos publicados em periódicos científicos um impulso de *marketing* irresistível. Considerando os artigos que assim se anunciam nos periódicos indexados no PubMed até a última semana de agosto de 2004, encontram-se 530 inserções com a expressão “novo paradigma” no título. Na sua grande maioria, eles se relacionam ao prenúncio de inovações que representariam rupturas paradigmáticas. Em 2002 estão registrados 56 artigos com a expressão e em 2001 há 44. A expressiva maioria dos artigos se refere a novas técnicas suplementares ou formas novas de usar instrumentos já consagrados.

Ao rastrear as origens conceito de paradigma, a referência a Thomas Kuhn é inevitável. O livro “A estrutura das revoluções científicas” foi publicado no início dos anos 60 e suscitou polêmica entre pesquisadores. No posfácio da edição de 1969, alguns tópicos foram aprimorados pelo autor, incluindo especificações sobre o conceito de paradigma. Masterman, (apud Kuhn,¹⁷ 1995), organizou um índice analítico com 22 maneiras de conceituar “paradigma” na versão original. Em resposta, Kuhn,¹⁷ especifica três conotações-chave: paradigmas seriam padrões modelares (exemplos explicativos), instrumentos epistemológicos (para fundamentação de novos conhecimentos em construções lógicas) ou, de forma mais ampla, visões de mundo (como generalizações simbólicas e desenhos de modelos heurísticos ou ontológicos). Este último congregaría todos os valores que confeririam estabilidade conceitual a uma “matriz disciplinar” termo mais apropriado para o conceito que se pretende definir.

Dos trabalhos selecionados no PubMed, reconhece-se a grande maioria alinhada à primeira conotação: modelos técnicos que se prestam ao equacionamento de grandes problemas, geralmente clínicos. Seja na descrição de uma nova forma de usar a insulina em crises agudas de diabetes,²¹ no estudo dos ácidos graxos essenciais,⁶ ou ainda no transplante de fígado de pacientes soropositivos para o HIV.¹² Nota-se que as experiências consideradas inovadoras (num senso extremamente limitado) e as meras especulações sobre a utilização de novas técnicas são alçadas à categoria de rupturas paradigmáticas. Certamente poderiam se enquadrar na primeira conotação (modelos técnicos), embora muito raramente na segunda (instrumentos epistemológicos) e muito menos na terceira (novas visões de mundo). A dimensão valorativa básica e as perspectivas que agregam, uni-

ficam e, por vezes, estabilizam demais o pensamento e a ação de comunidades acadêmicas não parecem ser tematizados por nenhum desses trabalhos. Todos gravitam ao redor de novas técnicas ou de novas formas de sua expansão, nunca de novas cosmovisões. Podem ser considerados excelentes modelos de intervenções, consistentes com uma mesma visão de mundo a reproduzir os mesmos instrumentos epistemológicos, os quais não são abalados em seus pilares.

Com base no conceito de matrizes disciplinares de Kuhn, que reforça a idéia de paradigma como vetor socializante, buscou-se descrever maneiras típicas de usar o método científico na Clínica. O cotidiano das Ciências Médicas é feito de reinvenções pelo advento de centenas de novas práticas assentadas sobre os mesmos instrumentos teóricos – o refazer circular da Ciência Normal. Tal forma de instrumentalização do método, expressa a racionalidade instrutora da ciência normal que, ora concentra um precipitado interesse em determinados tipos de rupturas, ora gira em círculos por conta de uma “miopia sistemática” em outros terrenos.

PROFUSÃO DE RUPTURAS PARADIGMÁTICAS: VALORES, DISCURSOS E “CONSTELAÇÃO DE COMPROMISSOS”

Em seu pós-escrito, Kuhn substitui o termo “paradigma” por “matriz disciplinar”,¹⁷ o que melhor circunscreve os limites e as superposições do termo com outros conceitos assemelhados. Essas matrizes são moldadas à base de modelos explicativos-preditivos que demarcam “problemas e métodos legítimos de um campo de pesquisa para as gerações posteriores de praticantes da ciência”. Esses modelos são essenciais à atividade científica, pois, além de proporcionarem “os fundamentos para sua prática posterior”¹⁷ também se transformam em vetores socializantes, posto que agregam “grupos duradouros de partidários, afastando-os de outras formas de atividade científica dissimilares”. A ampliação (promissora ou efetiva) do conhecimento acerca dos fatos que as matrizes disciplinares apresentam como marcos cardinais, atualizada na correlação entre esses fatos e suas previsões, se fixaria como Ciência Normal.

Os representantes da Ciência Normal, por vezes se enredam numa “profissão de fé científica”, metáfora habermasiana,¹³ que descreve a aplicação de métodos e soluções a áreas por vezes não contempladas originalmente por suas “formulações de ruptura”. Habermas¹⁴ já apontava para uma espécie de auto-compreensão positivista das ciências, consequente à substituição do pensamento reflexivo pelo controle técnico de processos naturais objetivados. Nesse movimen-

to de extrapolação indevida, observam-se “experiências necessárias para permitir uma escolha entre modos alternativos de aplicação do paradigma à nova área de interesse” (Kuhn¹⁷). É prevista, assim, expansão das técnicas em busca da adequação da realidade empírica ao paradigma que lhe apóia tal extrapolação. A profissão de fé se estabelece na extensão da técnica e da factualidade empírica a serviço da legitimação da crença de um grupo hegemônico.

Kuhn descreve a força agregadora de comunidades científicas incluída no conceito de paradigma, que finda por extrapolar seus objetos de estudo. O autor se refere com freqüência e ênfase à “identificação biunívoca (...) entre comunidades científicas e objetos de estudo científicos”. Os discursos científicos identificam uma determinada comunidade, já que “um paradigma governa em primeiro lugar, não um objeto de estudo, mas um grupo de praticantes da ciência”. Dessa maneira, paradigmas ou contra-paradigmas aglutinam homens por intermédio de idéias expressas em discursos consensuais: “qualquer estudo de pesquisas orientadas por paradigma ou que levam à destruição de paradigma, deve começar pela localização do grupo de responsáveis(...) uma revolução é uma espécie de mudança envolvendo um certo tipo de reconstrução dos compromissos de grupo”.¹⁷

O autor afirma que sua estrutura conceitual não se apóia substantivamente no conceito de crise (embora a noção de revolução demolidora venha freqüentemente acompanhada). Nenhuma parte importante de sua argumentação depende da existência de crises como pré-requisito essencial para as revoluções, os quais “precisam ser apenas o prelúdio costumeiro, proporcionando mecanismo de autocorreção, capaz de assegurar que a rigidez da ciência normal não permanecerá para sempre sem desafio”.¹⁷ Portanto, as rupturas não ocorrem a todo momento, pois exigem espaço para mecanismos de autocorreção, tracionados pelos desafios expressos nos discursos científicos dissonantes. Se há discursos discordantes e espaço público para sua tematização, talvez daí surjam crises. Antes disso só há repetições.

PARADIGMA DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS E O FUNDAMENTALISMO TÉCNICO

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é definida como “processo de descobrir sistematicamente, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas”.²³ Nasceu em meados dos anos 80 na Universidade de McMaster (Canadá) no berço da Epidemiologia Clínica anglo saxônica. Segundo Drummond,⁸ a MBE se apóia em tripé formado pela

epidemiologia clínica, pela bioestatística e pela informática médica. O mesmo autor define a MBE como transição paradigmática originada de imperativos de ordem econômica e cognitiva sobre uma medicina baseada em observações não sistematizadas. A experiência clínica pessoal, imposta de forma arbitrária, empobreceria a produção de certezas e a eficácia terapêutica. A MBE se instalaria assim como mediadora essencial no processo de “tomada de decisões clínicas” que atende às premissas da ética dos objetos, o que é tacitamente admitido como a melhor maneira de praticar a medicina.

Segundo Sehon,²⁸ (2003), seguido de outros autores,^{5,33} o debate sobre o valor da MBE tem sido distorcido por uma tendência à expansão indevida do termo por campos inapropriados. Segundo seus entusiastas, a MBE seria revolucionária por basear-se em “evidências” termo traduzido desatentamente da palavra de origem anglo-saxônica “evidence” que designa “prova de indicação de certeza e verdade” não somente de natureza clínica como também jurídica. Em ambos os terrenos lida-se com coleta de informações/dados para estabelecimento de juízos que conduzam a decisões ou veredictos.³ Colocadas assim, as evidências a serviço da medicina acenariam com um futuro promissor – a elucidação de verdades clínicas pela erradicação de impressões, intuições e toda sorte de modulações enviesadas. Movido por princípios de correção, resolutividade e acurácia, a MBE como expansão da instrumentalidade da Clínica tem alcançado *status* de normatividade (prescritiva ou proscritiva), que em casos extremos, se assemelha a movimentos fundamentalistas.

Como matriz disciplinar, o fenômeno da MBE se presta como exemplo do grande e falso embate entre a informação técnica e a reflexão crítica. Coloca-se como o oposto da dialética que busca no exercício da discussão e do dissenso a separação entre *doxa* (opinião que nos distanciaria da verdade) e *epistêmê* (conhecimento ou verdade).² O fundamentalismo metodológico situa a evidência-*epistêmê* como o argumento total apriorístico, incompatível com opiniões-*doxa*, admitidas como expressões subjetivas enganadoras. Por essa ótica positivista, o conhecimento não nasceria do dissenso, mas de estudos embasados em monolítica correção, que se aglutinariam ao redor de uma nova verdade ampliada, totalizante e imparcial.

Tal interpenetração de conceitos deve ser esclarecida para responder à pergunta crucial: A melhor evidência é equivalente ao melhor cuidado?

No terreno das posições extremadas, há um pólo

fundamentalista que por vezes perde seu senso crítico, o que é facilitado, pela escassez da tematização pública dos espaços de embate entre as opiniões-*doxa* divergentes. Há falta de discussões sobre valores, premissas, métodos e fins das esferas técnico-científicas entre si e com a opinião pública. As primeiras tendem a ocupar pólos estanques, como o de Muney, que admite a MBE como indispensável à formação profissional e chega a defender a suspensão da licença para prática da medicina daqueles que violassem seus preceitos.²⁸ No campo dissonante, surgem defensores da “medicina baseada em narrativas”¹⁰ além daqueles asseguram que a MBE seguiria uma “agenda política própria”,¹⁰ que vê a experiência clínica como um *doxa*, distante das luzes da verdade.

A MBE se justificaria, segundo Drummond,⁸

(1998), em um contexto onde há: 1) custos assistenciais cada vez mais elevados; 2) métodos pedagógicos obsoletos e 3) extensão e heterogeneidade da produção científica. Ao assumir a lógica dos custos e da dificuldade de acesso cognitivo às técnicas mais eficazes, reúne argumentos para responder à pergunta aqui formulada sobre a melhor maneira de exercer a medicina. Assume premissas como “decisões corretas” e “redução de custos” a serviço de metas de resolutividade. A afinidade com valores econômicos se estreita, à medida que pacientes são retratados como “consumidores” em sua relação com seus médicos. Decerto, seria uma temeridade e um retrocesso criticar, de forma inflexível e irrefletida, tais valores econômico-cognitivos embora a crítica se torne pertinente quando esses valores são colocados incondicionalmente à frente de qualquer outro.

Tabela - Metanálises inconclusivas sobre revisões com foco em fenômenos sociais e subjetivos a envolver situações corriqueiras da prática assistencial.

1. Efetividade das visitas domiciliares para aproximação entre profissionais e pacientes e aprimoramento da prática profissional (O'Brien, 2003).²⁰
Conclusão: Necessidade de mais estudos. Custo-benefício não avaliado.

2. Técnicas da educação interdisciplinar para aperfeiçoamento da interação profissional entre médicos e assistentes sociais (Zwarenstein et al 2003).³⁹
Conclusão: Apesar da profusão de trabalhos na área há falta de rigor metodológico em seus desenhos.

3. Intervenções para implementar “comportamentos de prevenção” eficazes na atenção primária (Hulscher et al 2003).¹⁶
Conclusão: Sem base de evidências para supor que algum tipo de intervenção seja resolutiva nesta área.

4. Técnicas para promover a colaboração entre enfermeiras e médicos (Zwarenstein & Bryant 2003).³⁸
Conclusão: Há pequenos avanços, mas visíveis no processo assistencial do que nos resultados clínicos. Há necessidade de pesquisa suplementar para confirmar estes achados.

5. Utilização das opiniões de lideranças locais para transmissão de normas e modelagem de comportamentos potencializadores da prática profissional (Thompson O'Brien et al 2003).³²
Conclusão: Pesquisa suplementar é necessária para determinar se a opinião de líderes pode ser de alguma forma identificada e em quais circunstâncias pode influenciar as práticas de seus pares.

6. Telemedicina como alternativa à assistência “face a face” (Currell et al 2003).⁷
Conclusão: Pouca evidência de benefícios clínicos, resultados variáveis e inconclusivos quanto ao impacto psicológico. Apontam para a necessidade de estudos randomizados, considerados de fácil implementação neste campo. Recomendam uma avaliação custo benefício criteriosa antes da incorporação deste tipo de tecnologia, o que não foi observado com freqüência.

7. Efetividade de preces como intervenção adicional à terapêutica convencional (Roberts et al 2003).²² Sem evidências de efeitos sobre a mortalidade por leucemia e doenças cardíacas. As preces aumentaram as chances de readmissão em unidades coronarianas.

Conclusão: Dados inconclusivos sem base para recomendação ou contra-indicação.

8. Efetividade da colaboração de pais e familiares na redução no tempo de internação de jovens de 10 a 17 anos em instituições para delinqüentes. (Woolfenden et al 2003).³⁷
Conclusão: a colaboração de pais e familiares contribui para a redução do tempo de permanência na instituição (não é mencionada a natureza da contribuição dos familiares).

9. Técnicas utilizadas em condenados por agressão sexual e portadores de anomalias em suas preferências sexuais (*disorders of sexual preference*) – os autores reuniram as duas situações em um só grupo de distúrbio comportamental. (White et al 2003).³⁶ Foram estudadas diversas terapias – hormonioterapia, terapias comportamentais, técnicas de “desincitação” e “tratamento antilibidinoso em comparação com grupos controle.”
Conclusão: falta de evidências fortes neste campo de pesquisa, apesar do reconhecimento de que tais estudos têm suscitado grande interesse”.

10. Técnicas para promover a aderência às medicações cronicamente auto-administradas (Haynes et al 2003).¹⁵
Conclusão: métodos para promover a aderência aos tratamentos são complexos e não efetivos.

11. Técnicas para melhorar a comunicação com crianças e adolescentes sobre familiares com diagnóstico de câncer (Scott et al, 2003).²⁷
Conclusão: fraca evidência a sugerir que algumas intervenções podem conduzir à melhor compreensão e redução de ansiedade nestas circunstâncias.

12. Revisão das técnicas para melhorar os problemas de comunicação derivados do que se considera “enfoque sobre a doença” em relação ao “enfoque sobre o paciente” (Lewin et al 2003).¹⁸
Conclusão: evidências limitadas e heterogêneas sobre este tipo de intervenção. Necessária pesquisa suplementar.

Como se opor à força das evidências que nos proporcionam economia de recursos escassos e maior efetividade nos tratamentos?

Sackett,²⁶ um dos idealizadores da MBE, se mostrou tão preocupado quanto às distorções que suas idéias originais sofreram, que chegou a renunciar publicamente ao papel de autoridade da matéria em artigo publicado no *British Medical Journal*. Protestava contra o fenômeno da “sackettization” de artigos científicos, equivalente à pressão pelo alinhamento artificial de uma publicação à MBE sob interesses comerciais.²⁵ No presente trabalho não há espaço para aprofundar no fenômeno de natureza comercial contra o qual Sackett se insurgiu. Não obstante, é razoável partir da hipótese de que também existem forças culturais, não necessariamente distorcidas pelos interesses comerciais a que Sackett se refere. Por vezes parecem buscar as evidências em qualquer campo e por qualquer meio. Tal fenômeno pode ser ilustrado com alguns trabalhos (Tabela), extraídos do sítio da Fundação Cochrane (www.cochrane.org).

Os estudos descritos na Tabela foram selecionados por tematizarem questões relacionadas a sistemas sociais e elementos subjetivos que envolvem situações corriqueiras na prática assistencial. Além da grande maioria não apresentar provas concretas que orientem a prática da clínica, acrescentam premissas objetivadoras que parecem não se adaptar bem aos contextos estudados. Outro ponto em comum é a abordagem pelo viés da teoria geral dos sistemas físicos e biológicos, aplicada a sistemas sociais nivelados em suas ambiências culturais.

As fronteiras dos sistemas sociais são de difícil delimitação, mudam segundo os pontos de observação e ao sabor das interações de seus constituintes. Esse “tecido social” não é constituído por células cujas propriedades são pré-determinadas. Outra área comum é a tendência comportamentalista que isola os enfoques subjetivos, substituindo-os por técnicas cognitivas para alinhamento comportamental, já descrito por Vasconcellos-Silva^{34,35} com base em metanálise sobre impressos e transmissão de conhecimentos sobre saúde.

efeitos colaterais da MBE como ruptura paradigmática

Straus & McAlister³¹ (2000) em revisão às publicações que criticam a MBE, condensaram os argumentos encontrados em três subgrupos. O primeiro se referia às limitações impostas à prática clínica derivadas da ausência de evidências científicas que dessem conta de todos os aspectos e demandas individuais. O segundo grupo se referia às limitações trazidas pela

MBE aos profissionais no desenvolvimento de suas habilidades ligadas à realidade de recursos limitados e contingências individuais. O último grupo se referia ao perigo do esvaziamento e empobrecimento da prática clínica que involuiria ao nível de “livro de receitas” cuja preocupação central, nem tão visível, seria a de cortar custos. Percebe-se nessas objeções uma sorte de contra-fundamentalismo permeado por escassez de relativizações no terreno sobre o qual constroem suas críticas.

A MBE é criticada porque expressa preocupações peculiares à lógica econômica da tomada unilateral de decisões que lhe fundamenta os juízos. Isso conduziria ao efeito de atrofia do discernimento profissional e da razão prática dadas as circunstâncias extra-clínicas de difícil parametrização. Não obstante, as críticas não se estendem sobre a alienação e unilateralidade em si, preexistentes. Advogam a supremacia do juízo clínico contextualizado, embora ainda assimétrico e unilateral pelo viés biomédico pessoal de cada clínico. Ou seja, a MBE seria um desvio em direção à outra unilateralidade transcendente e impessoal, igualmente avessa ao entendimento. Observa-se que a categoria “tomada de decisões” do profissional em si não é criticada como único substrato que lhe suporta a prática.

Apoiando uma crítica em perspectivas relacionais genuínas, a “habilidade na comunicação” com pacientes ascende de “técnica de aproximação” para exercício de simetrias como ética que se expande pela força dos discursos dissonantes. A fraca antevisão de tais perspectivas pode ofuscar o foco das objeções, conduzindo-as às mesmas inconsistências que enfraquecem as bases daquilo que é criticado. Tendo em vista tal substrato conceitual torna-se mais fácil compreender os efeitos de confundimento, polarização e deslocamento ético a que se refere a seguir.

EFEITOS DE IMPRECISÃO CONCEITUAL

A MBE é uma ruptura paradigmática porque usa evidências?

Em 1753, Lindt organizou ensaio clínico para comprovar a eficácia das frutas cítricas no tratamento do escorbuto. Seu estudo comparou intervenções diferentes nas mesmas circunstâncias clínicas, o que hoje é considerado pelos especialistas da MBE como compatível com o padrão-ouro desse tipo de método.¹ Da mesma forma, em 1834, Pierre Charles Alexander Louis estabeleceu os preceitos de credibilidade da boa pesquisa clínica: prévia definição diagnóstica; observação cuidadosa dos desfechos, dos grupos-controle e dos desvios do tratamento.

Em geral, todas as práticas de cura (homeopatas, quiropráticos) sobretudo as panacéias e práticas pre-ditivas (tarólogos e quiromantes) apresentam à frente de seus produtos e pressupostos, as evidências que lhes sustentam os conceitos. Usam evidências úteis às suas intervenções, embora fundamentadas em premissas, métodos e bases conceituais insustentáveis fora de seus âmbitos. Portanto, o conceito de evidência está intimamente ligado ao atributo da correção dentro de um campo epistêmico, mas não necessariamente ao da legitimidade.

Na MBE há incomensurabilidade com a “Ciência Normal”? Kuhn admitia que o projeto conceitual dos grupos que trabalham com rupturas paradigmáticas não poderia ser compreendido a partir dos conceitos vigentes. O conceito de incomensurabilidade teria relação com um campo de assimetrias tão acentuado que impediria a confrontação racional de discursos produtivos em seu interior. O que se observa na MBE é justamente o oposto. Os *Randomized Controlled Trials* (RCT) base alimentadora das metanálises, não são recursos metodológicos recentes ou inovadores, pelo contrário. Há muito produzem dados para a compreensão de mecanismos fisiopatológicos que não se poderia alcançar de outra forma. A MBE extrai as premissas para seu discurso de fontes não tão visíveis e não tão recentes, embora ainda operativas. Um de seus pilares, a Ciência da Informação, já se prenunciava no final da primeira metade do século XX, quando Shannon formula sua teoria matemática para a informação e Wiener, logo a seguir, institui a cibernetica. A ciência do controle investigaria os objetos num plano transcendente peculiar: as relações regulatórias entre si e com o meio. Tais teses construídas a partir de conceitos simples contribuíram com instrumento epistemológico tão poderoso quanto duradouro. Considerando o ritmo de descobertas peculiar ao do século XX, o longevo paradigma da informação-paradisão perdura vivo e prolífico até os dias atuais.

A tomada de decisões seria o núcleo da prática assistencial? Em relação às duas últimas justificativas de Drummond sobre a MBE, seria oportuno observar a História recente dos grandes inventos que se popularizaram. À potência extraída de novo engenho, se segue a necessidade de seu controle. A potencialização exige controlabilidade. Os recursos oferecidos pela informática expandiram exponencialmente a produção e a difusão de informação científica, embora o controle de qualidade de tais produtos não tenha se aperfeiçoado proporcionalmente. A proliferação dos RCT ofereceu a oportunidade necessária aos teóricos da MBE para formular estratégia de sistematização de evidências para a

prática clínica. A idéia da consolidação de somatório de informações para a totalização de uma grande verdade, não seria incompreensível a Shannon, Turner e Wiener. Tem-se aí a potencialização de informações à serviço de uma reafirmação de valores técnicos e não sua revisão crítica.

Segundo Sehon,²⁸ qualquer pesquisador dos anos 40 compreenderia plenamente os princípios da MBE, se lhes fosse dado, àquela época, ter acesso aos gigantescos bancos de informações como os de hoje. Portanto, conclui-se que sob o ponto de vista da incomensurabilidade e do paradigma do discurso científico para tomada de decisões, a MBE não representa ruptura, mas reafirmação radical. O conceito de evidência reafirma o atributo da correção, embora com pesos diferentes em relação à legitimidade, à justiça e à eqüidade.

EFEITO DE ENTRINCHEIRAMENTO OU ABDUÇÃO TRAUMÁTICA

Existiriam áreas em que não se poderia extrair conhecimento por soma de verdades extraídas de RCT? Se a MBE se anuncia como novo paradigma que, embora com pretensão totalizadora, não tem como incluir efetivamente todos os participantes do processo assistencial, que espaços restariam aos discursos dissonantes? Como visto no quadro de metanálises, há áreas a serem excluídas dos pressupostos, porém incluídas no campo assistencial – terreno de estudo das metanálises. Tais práticas assistenciais, ignoradas pelos juízos de correção e resolutividade, estariam se isolando desnecessariamente em trincheiras? De um possível embate haveria oportunidade para sínteses proveitosas ou, pelo contrário, premidas pela tática da “sacketização” estariam sendo absorvidas traumáticamente pelo mercado de verdades metanalíticas? Se a discussão sobre a melhor maneira de adquirir conhecimento para prática assistencial se inicia e se conclui nas relações entre sujeitos e suas técnicas, tal debate só teria algo a concluir sobre objetos quantificáveis por elas. Seus produtos, aplicados sobre problemas não parametrizáveis, só trariam traumas conceituais a fragmentar ainda mais saberes e fazeres.

Por outro lado, se esse debate se amplia e acolhe, em condições de simetria, o discurso daqueles comprometidos nas relações sujeito-sujeito talvez se chegue a conclusões mais enriquecedoras. Tempo e recursos seriam investidos em oportunidades de desenvolvimento de técnicas e objetos, mas também e sobretudo, no desenvolvimento de terrenos propícios à comunicação entre sujeitos, aspecto da atividade assistencial que não se deve perder de vista.

EFEITO DE DESLOCAMENTO DA ÉTICA DO ENTENDIMENTO PARA A “ÉTICA DO CONTROLE”

Seria generalizar demais afirmar que da racionalidade subjacente à MBE emanariam valores, que encerrariam uma forma de ver, compreender e praticar a Clínica? Sem dúvida trata-se de um saber necessário que gera conhecimentos e evolução técnica. Não obstante, dadas determinadas circunstâncias, pode gerar enquadramentos mais distanciados entre profissionais e pacientes. Por outro lado, o trauma conceitual pode gerar ilusões sobre enigmas técnicos, dependentes do discurso para compreensão plena e ação coordenada. Nesse ponto, por que manter à distância contribuições de outras disciplinas, como a Antropologia e a Filosofia, na formação de seu pensamento? Nada mais se pode esperar de uma técnica do que a resolução de problemas técnicos, vinculados estritamente às relações sujeito-objeto. Caso se queira ser coerente com as propostas que se constituíram como foco essencial da MBE, deve-se sempre admiti-la somente como técnica potencializadora de técnicas.

Percebe-se nos exemplos citados, a reificação de técnicas e objetos, a investigar infrutiferamente a dimensão relacional como universo que lhe ultrapassa as fronteiras conceituais. Ao adotar o pressuposto de que os conflitos relacionais podem ser conduzidos com base na melhor evidência de RCT, a MBE se aproxima de um viés comportamentalista. Tanto pelo viés associacionista russo quanto pelo ambientalista norte-americano,¹⁹ o comportamentalismo observa somente as ações exteriores do organismo por métodos de registro do comportamento observável. Tal abordagem exige a exclusão dos conceitos de subjetividade, tidos como impossíveis de serem representados objetivamente. Com o passar das décadas, essa doutrina tem influenciado pesquisadores, pressionando-os para a adoção de racionalidade instrumental, que antepõe objetos e técnicas à frente de sujeitos alienados de seu potencial crítico.

Os profissionais da saúde têm mostrado crescente interesse em produzir artefatos educativos com base nesse tipo de crença. Vasconcellos-Silva³⁵ (2003) e Rozemberg²⁴ (2002) descreveram o peso crescente dos produtos instrucionais premidos pelo compromisso com a produtividade e eficiência da transmissão de informações. Assumindo-se como equivalentes às ações educativas plenas, tais produtos adotam o behaviorismo como instrumento epistemológico e acabam por colocar de lado pretensões mais ambiciosas vinculadas a fenômenos subjetivos e culturais. Skinner³⁰ (1978) anteviu na constituição de uma “ciência do comportamento”, o recurso planificador da

ordem social para reorganizar toda a cultura. Reconheceu entretanto que sua concepção científica era “desagradável à maioria daqueles que foram afetados pelas filosofias democráticas”.²⁹ À medida que ganhou o reforço epistemológico da Cibernética, o comportamentalismo se expandiu e formou várias gerações de intelectuais comprometidos com o aprimoramento e controle evolucionário da espécie humana por intermédio da informação. O Comportamentalismo influenciado pela Cibernética seduziu as elites políticas e intelectuais por várias décadas com sua promessa de recondicionamento social.

Na sociedade da informação que o sucede historicamente, a ética dos objetos se manifesta em variados formatos, ora pela fé no consumo de informações pela *Internet* para promoção de saúde,^{4,9} ora pela MBE para determinar a melhor maneira de praticar a Clínica. No bojo de “filosofias da eficiência”, e da “ética dos objetos” a prática da Medicina e a promoção de saúde tornaram-se campo suscetível de previsão e intervenção. Para tanto é necessário ter fé e confiar em dados que possam indicar as melhores direções a seguir. Essa é a síntese do paradigma comportamentalista que permeia a MBE e a sociedade do conhecimento para o controle.

Nessa perspectiva, não se discute a aceitação ou a recusa da MBE como metodologia ou como paradigma. Sua contribuição é inquestionável como instrumento para avaliar a resolutividade de determinadas técnicas diagnóstico-terapêuticas. Não obstante, como base para a postura ética que condena o que dela transborda e reifica o que nela se inclui, será sempre sujeita a inconsistências e aporias. O que está em questão não é somente a racionalidade instrumental, que permeia as estratégias de intervenção para controle de males, e sim a expansão do próprio controle, na qualidade de meio e fim em si mesmo.

TEIA DE CRENÇAS E EVIDÊNCIAS

Sehon²⁸ (2003) em sua análise filosófica da MBE, considerou a metáfora epistemológica de Quine (*apud* Sehon, 2003) da “teia de crenças” mais abrangente e esclarecedora que as teorias de Kuhn sobre paradigmas como “constelações de compromissos”. A teia de Quine teria suas bordas sustentadas pelas sólidas estruturas empíricas, a partir das quais as evidências fundamentam a prática clínica. As certezas se tornariam mais sólidas à medida de sua proximidade dos pontos de apoio dessa construção bidimensional, não obstante permanecem expostas à contestação por outras experiências observacionais melhor instrumentalizadas. O centro da teia, representaria os marcos conceituais ou premissas básicas norteadoras. No tex-

to de Sehon, esta metáfora é aplicada a uma consulta médica hipotética onde, pela experiência sensorial, se percebe uma pressão arterial sistólica considerada elevada (160 mmHg) a borda observacional da teia epistemológica. Na camada imediatamente adjacente, se colocariam as hipóteses sobre estes achados, ou a necessidade de sua validação por nova medida. Prosseguindo-se neste movimento centrípeto, se colocariam os diagnósticos diferenciais e, mais adiante no centro da teia, as premissas fisiopatológicas da hipertensão arterial.²⁸

Considera-se para efeito de argumentação, o processo assistencial como um fluxo de informações entre dois ou mais pólos assumindo a dimensão transmisional da comunicação humana. Trata-se do conceito de polaridade da teoria da informação de Shannon, citado por Mattelart & Mattelart.¹⁹ Nesse contexto de orientação linear, seria correto admitir que as pretensões de correção imperariam soberanas. O comportamento ético esperado envolveria, obrigatoriamente, a performance técnica de fornecedores de conhecimentos, buscados a partir da sistematização da melhor evidência possível. A eliminação de ruídos (conceito também incluído na teoria de Shannon) seria um atributo valioso nesse fluir. No entanto, pelo exemplo fornecido, há ainda muitos espaços na fase diagnóstica para fenômenos concretos, observacionais, nascidos de terrenos essencialmente relacionais. É bem conhecida dos cardiologistas e clínicos a “hipertensão do jaleco branco”, característica dos pacientes que apresentam hipertensão arterial na presença de seus médicos. Além disso, deve-se considerar necessária a promoção da aderê-

cia ao medicamento, o que transcende à mera compreensão de sua posologia, indicações e efeitos colaterais. Trata-se de um genuíno processo educativo. Como tal poderia incorporar técnicas coadjuvantes, que se justificariam no fortalecimento do pacto terapêutico, viabilizado pelo entendimento e passando, portanto, pelo imperativo relacional.

CONCLUSÃO

Ao analisar o fenômeno da proliferação das rupturas paradigmáticas percebeu-se que, em sua maioria, anunciam novas formas de aplicação de técnicas específicas dirigidas por antigas perspectivas quanto ao seu objeto de estudo. No caso da MBE, o que se percebe é uma espécie de pré-discussão que acaba por distanciar em posições herméticas seus críticos e entusiastas. Muito menos do que uma ruptura paradigmática, por vezes se apresenta como profissão de fé, na discussão do lugar adequado para a melhor evidência como base para o melhor cuidado. A discussão racional exige a tematização de vieses que, como mostrou Kuhn, se associam a vetores socializantes. O progresso do conhecimento se esvaziaria na segregação destes. Na MBE as “constelações de crenças” não deveriam se tornar tão distantes e homogêneas, renovando-se artificialmente e se repetindo na dimensão estreita de seus valores unívocos. Acabam por concluir pela necessidade de novas metanálises como compassos a traçar maiores e mais abrangentes circunferências. Tornam-se cada vez mais inclusivas, embora inconclusivas em sua capacidade de alinhar informações, para delas extrair sínteses por intermédio de sua soma.

REFERÊNCIAS

1. Attalah AN. Debates. *Interface Comun Saúde Educ* 2002;6(11):117-32.
2. Blackburn S. Dicionário Oxford de filosofia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.
3. Castiel LD. Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico? *Interface Comun Saúde Educ* 2002;6(11):117-32.
4. Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR. Internet e o autocuidado em saúde: como juntar os trapinhos? *Hist Ciênc Saúde Manguinhos* 2002;9(2):291-314.
5. Charlton BG, Miles A. The rise and fall of EBM. *QJM* 1998;91:371-4.
6. Currel R, Urquhart C, Wainwright P, Lewis R. *Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2003. (The Cochrane Library, issue 4)
7. Currell R, Urquhart C, Wainwright P, Lewis R. *Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD002098.
8. Drummond JP, Silva E. Medicina baseada em evidências. São Paulo: Atheneu; 1998.
9. Eysenbach G, Sa ER, Diepgen TL. Shopping around the Internet today and tomorrow: towards the millennium of cybermedicine. *BMJ* 1999;319:1294-6.
10. Goodman NW. Who will challenge evidence-based medicine? *J R Coll Physicians Lond* 1999;33:49-51.

11. Greenhal T, Hurwitz B, editors. *Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice*. Londres: BMJ Books; 1998.
12. Grossi P. Liver transplantation in HIV-positive individuals: a new paradigm. *Transplant Proc* 2003;35:1005-6.
13. Habermas J. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70; 1987.
14. Habermas J. *Knowledge and human interests*. Boston: Beacon; 1972.
15. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2003. [The Cochrane Library, issue 4]
16. Hulscher MEJL, Wensing M, van der Weijden, Gril R. Interventions to implement prevention in primary care. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2003. [The Cochrane Library, issue 4]
17. Kuhn TS. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva; 1995.
18. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2003. [The Cochrane Library, issue 4]
19. Mattelart A, Mattelart M. *Histoire des théories de la communication*. Paris: La Découverte et Syros; 1997.
20. O'Brien MAT, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2003. [The Cochrane Library, issue 4]
21. Pantaleo A, Zonszein J. Using insulin as a drug rather than as a replacement hormone during acute illness, a new paradigm. *Heart Dis* 2003;5:323-33.
22. Roberts L, Ahmed I, Hall S. Intercessory prayer for the alleviation of ill health. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2003. [The Cochrane Library, issue 4]
23. Rosenberg W, Donald A. Evidence-based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ* 1995;310:1122-6.
24. Rozemberg B, Penna-Silva AP, Vasconcellos-Silva PR. *Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde*. *Cad Saúde Pública* 2002;18:1685-94.
25. Rushton JL. The burden of evidence. *BMJ* 2001;323:49.
26. Sackett DL. The sins of expertise and a proposal for redemption. *BMJ* 2000;320:1283.
27. Scott JT, Pritchett MJ, Harmsen M, Broom A, Entwistle V, Sowden A, Watt I. Interventions for improving communication with children and adolescents about a family member's cancer. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2003. [The Cochrane Library, issue 4]
28. Sehon SR, Stanley DE. A philosophical analysis of the evidence-based-medicine debate. *BMC Health Serv Res* 2003;3:14. Available from: URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/3/14> [2003 Nov 17]
29. Skinner BF. *Ciência e comportamento humano*. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 1967.
30. Skinner BF. *Walden II: uma sociedade do futuro*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1978.
31. Straus SE, McAlister FA. Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms. *CMAJ* 2000;163:837-41.
32. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Haynes RB, Davis DA, Freemantle N, Harvey EL. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2003. [The Cochrane Library, issue 4]
33. Tonelli MR. The philosophical limits of evidence-based medicine. *Acad Med* 1998;73:1234-40.
34. Vasconcellos-Silva PR, Rivera, FJU, Rozemberg B. Próteses de comunicação e alinhamento comportamental: uma revisão da literatura sobre impressos hospitalares. *Rev Saúde Pública* 2003;37:531-42.
35. Vasconcellos-Silva PR, Rivera FJU, Castiel LD. Comunicação instrumental, diretriva e afetiva em impressos hospitalares. *Cad Saúde Pública* 2003;19:1667-79.
36. White P, Bradley C, Ferriter M, Hatzipetrou L. Managements for people with disorders of sexual preference and for convicted sexual offenders. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2003. [The Cochrane Library, issue 4]
37. Woolfenden SR, Willians K, Peat J. Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2003. [The Cochrane Library, issue 4]
38. Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2003. [The Cochrane Library, issue 4]
39. Zwarenstein M, Reeves S, Barr H, Hammick M, Koppel I, Atkins J. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2003. [The Cochrane Library, issue 4]