



Brazilian Journal of  
**OTORHINOLARYNGOLOGY**

www.bjorl.org.br



EDITORIAL

## Guidelines in otorhinolaryngology: a critical view<sup>☆</sup>

### Guidelines em otorrinolaringologia: uma visão crítica

Nas últimas duas décadas, evidências e revisões sistemáticas têm se constituído nos pilares da estruturação dos *guidelines*. Medicina baseada em evidências foi definida por Sacket et al. como “o uso consciencioso, explícito e criterioso das melhores evidências atuais na tomada de decisões pertinentes ao tratamento de cada um de nossos pacientes”.<sup>1</sup> A prática da medicina baseada em evidências significa a integração da experiência clínica individual com as melhores evidências clínicas externas disponíveis por pesquisas sistemáticas. A abordagem GRADE (<http://www.gradeworkinggroup.org>) aponta para a importância de uma estimativa do efeito da intervenção e da confiança de que a estimativa seja correta; seus autores foram os primeiros a enfatizar o equilíbrio entre efeitos desejáveis e indesejáveis. Mais de 20 organizações, inclusive a Organização Mundial da Saúde (OMS), BMJ, e Cochrane Collaboration, adotaram o sistema GRADE. Na última década, o instrumento Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) (<http://www.agreetrust.org>) foi desenvolvido com o objetivo de abordar sistematicamente a qualidade dos *guidelines* para a prática clínica.

Vários *guidelines* baseados em evidências tem sido elaborados, tanto a nível nacional como internacional, para aplicação na área da otorrinolaringologia.<sup>2-4</sup> No entanto, ainda estamos muito longe da prática baseada em evidências em nosso cotidiano.<sup>5,6</sup> Embora tenha sido demonstrado que a aderência aos *guidelines* melhora significativamente a qualidade de vida de nossos pacientes, também existe um vasto corpo de provas indicando que, com frequência, a aderência aos *guidelines* é desapontadora.<sup>7</sup> Nesse editorial, tentamos avaliar as possíveis razões pelas quais não utilizamos os *guidelines* como deveríamos.

Um dos maiores problemas é que ainda não somos capazes de desenvolver *guidelines* a nível mundial, e podem ocorrer

diferenças significativas nos *guidelines* sobre os mesmos tópicos, dependendo do país em que foi desenvolvido. Aarts et al. demonstraram que *guidelines* relativos a um tópico similar podem exibir diferenças no que tange a conclusões, níveis de evidência e citações utilizadas.<sup>8</sup> Isso diminui a credibilidade dos *guidelines*. Embora estejamos cientes das diferenças nos sistemas de atendimento de saúde, seria importante que tivéssemos *guidelines* que fossem metodologicamente impecáveis e reconhecidos em todo o mundo; e que considerassem as possíveis diferenças regionais. Então, por hora o leitor, ao utilizar *guidelines*, precisa antes se certificar da sua qualidade. Nesse tocante, o instrumento AGREE constitui uma fonte de ajuda satisfatória.

Ademais, o leitor precisa ter em mente que, com frequência, as evidências nas quais os *guidelines* se baseiam não são esmagadoras, e que, em algumas situações, é muito difícil, ou mesmo impossível, obter um alto nível de evidência. Acredita-se que o número de estudos cirúrgicos randomizados permanecerá muito limitado. Quando há escassez e/ou limitada qualidade das evidências, frequentemente os autores dos *guidelines* tentam recomendar com base nas limitadas evidências disponíveis; mas em muitos casos as limitações de seus fundamentos não são levadas em conta na apresentação de elaborados esquemas diagnósticos ou terapêuticos. Com frequência, a situação oposta também é verdadeira - os *guidelines* fornecem respostas a uma longa lista de perguntas, sem, entretanto, orientação e assimilação; isso dificulta muito sua leitura e entendimento, comprometendo destarte seu emprego na prática cotidiana. Finalmente, quando tratamos nossos pacientes, é importante ter em mente que as evidências disponíveis podem ter sido acumuladas com base em um grupo populacional diferente daquele ao qual o nosso paciente pertence; frequentemente os estudos excluem pacientes com certas características, por exemplo, fumantes, crianças e pacientes com mais de 65 anos, ou mulheres grávidas.

Por último, devemos ter em mente que a medicina é um campo em constante evolução. Os *guidelines* que seguimos atualmente são periodicamente atualizados à luz de novas

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.05.002>

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: Fokkens W, Pundir V. Guidelines in Otorhinolaryngology: a critical view. Braz J Otorhinolaryngol. 2015;81:345-6.

evidências; assim, temos que nos certificar que estamos empregando as mais recentes recomendações e condutas em nossa prática diária.

Se o leitor interpretar esse editorial como um argumento contra o uso dos *guidelines* estará muito equivocado. Os *guidelines* constituem grande ajuda em nossa prática diária, proporcionando sustentação para todo profissional que não queira ou não tenha possibilidade de revisar toda a literatura disponível. Na maioria dos países, uma conduta deliberadamente diferente ou divergente das recomendações dos *guidelines* deve ser registrada no prontuário do paciente - e justificada por uma boa razão. Mas temos que evitar o uso dos *guidelines* para nossos pacientes como se fossem livros de receitas culinárias; tendo sempre bem presentes as ponderadas palavras de Sackett: A medicina baseada em evidências consiste no uso consciencioso, explícito e criterioso das melhores evidências atuais na tomada de decisões pertinentes ao tratamento de cada um dos nossos pacientes na sua individualidade.

### Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

### Referências

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* (Clinical Research Ed). 1996;312:71-2.
2. Mello Jr JF, Mion Ode G, Andrade NA, Anselmo-Lima WT, Stamm AE, Almeida WL, et al. Brazilian Academy of Rhinology position paper on topical intranasal therapy. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2013;79:391-400.
3. Bousquet J, Addis A, Adcock I, Agache I, Agusti A, Alonso A, et al. Integrated care pathways for airway diseases (AIRWAYS-ICPs). *Eur Respir J*. 2014;44:304-23.
4. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology*. 2012;50:1-12.
5. Al-Hussaini A, Owens D, Tomkinson A. Have two UK national guidelines had any effect on grommets day-case utilisation and rate over the last 10 years? *European archives of oto-rhinolaryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology*. *Head Neck Surgery*. 2012;269:2053-6.
6. Darrat I, Yaremchuk K, Payne S, Nelson M. A study of adherence to the AAO-HNS "Clinical Practice Guideline: Adult Sinusitis". *Ear Nose Throat J*. 2014;93:338-52.
7. Bousquet J, Lund VJ, van Cauwenberge P, Bremard-Oury C, Mounedji N, Stevens MT, et al. Implementation of guidelines for seasonal allergic rhinitis: a randomized controlled trial. *Allergy*. 2003;58:733-41.
8. Aarts MC, van der Heijden GJ, Rovers MM, Grolman W. Remarkable differences between three evidence-based guidelines on management of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. *Laryngoscope*. 2013;123:283-91.

Wytske Fokkens\*, Vishal Pundir

*Departamento de Otorrinolaringologia,  
Academic Medical Centre,  
Amsterdã, Holanda*

\*Autor para correspondência.

*E-mail: wytskefokkens@gmail.com (W. Fokkens).*