

Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e reflexão na área da prevenção em saúde humana

EVIDENCE-BASED PRACTICES PUBLISHED IN BRAZIL: IDENTIFICATION AND ANALYSIS STUDIES ABOUT HUMAN HEALTH PREVENTION

PRÁCTICAS BASADAS EN EVIDENCIAS PUBLICADAS EN BRASIL: IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS ESTUDIOS ACERCA DE LA PREVENCIÓN EN SALUD HUMANA

Rúbia Aparecida Lacerda¹, Emiko Yoshikawa Egry², Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca³, Nadir Aparecida Lopes⁴, Bruna Kosar Nunes⁵, Arlete de Oliveira Batista⁶, Kazuko Uchikawa Graziano⁷, Margareth Angelo⁸, Maria Madalena Leite Januário⁹, Miriam Aparecida Barbosa Merighi¹⁰, Valéria Castilho¹¹

RESUMO

Revisão integrativa de estudos brasileiros sobre práticas baseadas em evidências (PBE) acerca da prevenção em saúde humana, publicados em periódicos Web of Science/JCR, de outubro de 2010 a abril de 2011. O objetivo foi identificar as especialidades que mais realizaram estes estudos, seus enfoques e abordagens metodológicas. A partir de critérios de inclusão, foram selecionados 84 trabalhos publicados majoritariamente em periódicos de saúde pública, focalizando a atenção primária e abrangendo também questões clínicas e diversas especialidades. Variaram também os enfoques de prevenção e as abordagens metodológicas, predominando a revisão sistemática sem metanálise. Os resultados indicam que não há uma única maneira de conceituar e praticar a PBE na prevenção e sua aplicação pode não ser apenas para obtenção de prova irrefutável para instrumentalizar ações de intervenção. Constitui um campo infundável de conhecimentos, em construção, para análise e maior compreensão de fenômenos em saúde.

DESCRIPTORIOS

Prática clínica baseada em evidências
Enfermagem baseada em evidências
Revisão
Metanálise

ABSTRACT

Integrative review of Brazilian studies about evidence-based practices (EBP) about prevention in human health, published in Web of Science/JCR journals, between October 2010 and April 2011. The aim was to identify the specialties that most accomplished these studies, their foci and methodological approaches. Based on inclusion criteria, 84 studies were selected, mainly published in public health journals, focusing on primary care and also addressing clinical issues and different specialties. Prevention foci and methodological approaches also varied, with a predominance of systematic reviews without meta-analysis. The results indicate that there is no single way to conceptualize and practice EBP in the field of prevention, and that its application may not only serve to obtain indisputable evidence to equip intervention actions. This endless knowledge area is under construction, with a view to the analysis and further understanding of health phenomena.

DESCRIPTORS

Evidence-based practice
Evidence-based nursing
Review
Meta-analysis

RESUMEN

Revisión integradora de estudios brasileños sobre prácticas basadas en evidencias (PBE) acerca de la prevención en salud humana, publicados en periódicos Web of Science/JCR, de octubre del 2010 a abril del 2011. La finalidad fue identificar las especialidades que más desarrollaron estos estudios, sus enfoques y aproximaciones metodológicas. A partir de criterios de inclusión, fueron seleccionados 84 trabajos publicados en su mayoría en periódicos de salud pública, focalizando en la atención primaria y abarcando también cuestiones clínicas y diversas especialidades. Variaron también los enfoques de prevención y las aproximaciones metodológicas, predominando la revisión sistemática sin meta-análisis. Los resultados indican que no existe una única manera de conceptualizar y practicar la PBE en la prevención, y su aplicación puede servir no sólo para alcanzar prueba irrefutable para instrumentalizar acciones de intervención. Constituye un campo interminable de conocimientos, en construcción, para análisis y mayor comprensión de fenómenos en salud.

DESCRIPTORIOS

Práctica clínica basada en la evidencia
Enfermería basada en la evidencia
Revisión
Meta-análisis

¹ Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2. São Paulo, SP, Brasil. rlacerda@usp.br ² Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1A. São Paulo, SP, Brasil. emiyegry@usp.br ³ Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D. São Paulo, SP, Brasil. rmgson@usp.br ⁴ Bibliotecária. Especialista em Gestão de Serviços de Informação. Editora Técnica da Revista da Escola de Enfermagem da USP. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. nadir.lopes@usp.br ⁵ Enfermeira pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Aprimoranda em Enfermagem em Neonatologia do Programa de Aprimoramento Profissional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. bruna.nunes@usp.br ⁶ Bibliotecária. Editora Administrativa da Revista da Escola de Enfermagem da USP. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. abatista@usp.br ⁷ Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2. São Paulo, SP, Brasil. kugrazia@usp.br ⁸ Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. angelm@usp.br ⁹ Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. marimada@usp.br ¹⁰ Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1B. São Paulo, SP, Brasil. merighi@usp.br ¹¹ Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2. São Paulo, SP, Brasil. valeriac@usp.br

INTRODUÇÃO

O presente artigo é uma revisão integrativa da literatura científica sobre estudos de práticas baseadas em evidências (PBE) acerca da prevenção em saúde humana no Brasil. Em publicação sobre PBE no campo da saúde em geral, nos últimos 10 anos, no Brasil, identificou-se que a prevenção contribuiu com a maioria (61,0%) dos estudos presentes em periódicos Web of Science/JCR, resultado que motivou a presente revisão, no sentido de explorar com mais detalhes esse campo de assistência à saúde⁽¹⁾.

Tal fato, contudo, não constitui uma exceção. Originária da medicina clínica e expandindo-se para várias especialidades e práticas assistenciais em saúde, inclusive extrapolando para outros setores de atuação, como a educação, a PBE vem constituindo um fenômeno internacional em rápida expansão, a partir do século XXI.

Concomitantemente, o fenômeno vem sendo bastante discutido por seguidores e críticos, considerando-o ou refutando-o enquanto novo paradigma para uma prática assistencial em saúde científica, ao possibilitar provas e decisões livres de erros⁽²⁻¹¹⁾.

No presente estudo, perguntamos: O que busca a PBE, na área da prevenção humana, uma vez que é originária e destinada às intervenções clínicas? O que vem sendo investigado? Que avanços têm sido possíveis de obter?

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, correspondendo a um método que pode agregar estudos primários ou secundários, de variadas metodologias, e ou teorias, com uma vasta gama de implicações⁽¹⁰⁾. Na presente revisão tratou-se de realizar uma síntese de estudos de PBE, tendo como questão norteadora: *Que tipos de estudos de PBE sobre prevenção em saúde humana vêm sendo realizados e publicados no Brasil?*

Os critérios de inclusão se referiram a estudos sobre prevenção, publicados em periódicos científicos brasileiros da área da saúde, a partir de 2000, indexados na Web of Science e citados pelo Journal Citation Report (JCR) e que apresentaram metodologia de revisão da literatura claramente explicitada e desenvolvida. A busca, de outubro de 2010 a abril de 2011, nas bases de dados LILACS e PubMed/MEDLINE, utilizou, por meio de cruzamento ou isoladamente, as palavras-chave: prática baseada em evidências, revisão sistemática, revisão integrativa, revisão narrativa, revisão qualitativa, metanálise e metassíntese. As publicações encontradas foram previamente selecionadas pelos títulos e resumos, e quando apresentavam conformidade com os critérios de inclusão dessa revisão, foram avaliadas na íntegra. Uma vez incluídas, foram classificadas e analisadas quanto a especialidades e ou temáticas implicadas, méto-

dos de PBE utilizados e enfoques de prevenção buscados. Para este último, utilizou-se uma classificação arbitrária, referente a: I) Estudos de prevalência ou incidência sobre eventos de problemas de saúde; II) Estudos que identificam e ou associam fatores de risco de prevenção ou ocorrência de eventos de saúde; III) Estudos que correlacionam intervenções com prevenção, profilaxia ou redução de eventos de saúde. A relação das publicações está identificada e apresentada nas referências bibliográficas.

RESULTADOS

A partir das palavras-chave previamente definidas foram obtidos 154 estudos, sendo incluídos 84 que atenderam aos critérios de inclusão⁽¹²⁻⁹⁵⁾, todos publicados na primeira década do século XXI, principalmente a partir de 2005, nos periódicos Web of Science/JCR: Cadernos de Saúde Pública (37), São Paulo Medical Journal (4), Revista Latino-Americana de Enfermagem (7), Revista de Saúde Pública (9), Jornal de Pediatria (6), Revista Brasileira de Psiquiatria (1), Arquivos de Neuro-Psiquiatria (1), Revista da Associação Médica Brasileira (3), Revista da Escola de Enfermagem da USP (5), Revista Brasileira de Fisioterapia (4), Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia (1), Clinics (2), Journal of Applied Oral Science (2), Brazilian Journal of Infection Disease (1) e Memórias do Instituto Oswaldo Cruz (1).

Dos 20 periódicos de saúde constantes na base Web of Science/JCR, no período de busca, 15 continham artigos incluídos nessa revisão, revelando a ampliação e o adensamento de estudos sobre PBE na área da prevenção.

A maioria (46-55%) foi publicada em periódicos específicos de saúde pública (Cadernos de Saúde Pública-37; Revista de Saúde Pública-9), área predominantemente voltada à prevenção. Dois periódicos publicaram exclusivamente artigos que interessam à Enfermagem.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das especialidades a que os estudos se dedicaram.

A expansão de estudos de PBE nas mais variadas questões relacionadas à prevenção em saúde é inquestionável, ainda que com relativa dispersão. Duas, porém, são predominantes: Infectologia e Infecção Hospitalar e Saúde da Criança e Pediatria, com onze estudos (representando cada um 7,7% do total). Em contrapartida, houve especialidades que apresentaram apenas um estudo: anestesiologia⁽¹³⁾; asma⁽¹⁶⁾; dor e analgesia⁽²⁰⁾; exames diagnóstico e avaliação⁽⁵³⁾; feridas⁽⁶¹⁾; gênero⁽³²⁾; hematologia⁽³⁰⁾; imunologia⁽¹⁷⁾; pneumologia⁽³⁶⁾; e violência doméstica⁽⁸¹⁾.

Na Tabela 2, são apresentadas as abordagens metodológicas de PBE, bem como uma classificação dos tipos de enfoques de prevenção.

O que busca a Práticas Baseadas em Evidências, na área da prevenção humana, uma vez que é originária e destinada às intervenções clínicas?

Tabela 1 - Estudos sobre PBE na área da prevenção publicados em periódicos científicos brasileiros Web of Science/JCR, de acordo com as especialidades identificadas - São Paulo, 2011.

Especialidade/temática	Estudos*	Total N	%
Alcoolismo, tabagismo, drogadição	64, 65,78, 83, 92	05	3,5
Anestesiologia	13	01	0,7
Asma	16	05	3,5
Cardio-vascular	25, 53, 66, 84	04	2,8
Cirurgia	50, 55, 57, 91, 94, 95	06	4,2
Doenças metabólicas	24, 26, 29, 34, 46, 89, 95	07	4,9
Dor e analgesia	20	01	0,7
DT (TB e AIDS)	12, 17, 18	03	2,1
Exames Diagnósticos e Avaliação	53	01	0,7
Família	33, 60	02	1,4
Feridas	61	01	0,7
Fisioterapia e atividade física	35, 58, 72, 73, 74, 90	06	4,2
Gênero	32	01	0,7
Geriatria, Gerontologia e saúde do idoso	15, 32, 47, 77, 81,83, 85	07	4,9
Hematologia	30	01	0,7
Imunologia	17	01	0,7
Infectologia e Infecção hospitalar	28, 48, 50, 55, 62, 66, 70, 82, 86, 88, 91	11	7,7
Neonatologia	20, 22, 37, 39, 43, 48, 52, 67	08	5,6
Neurologia	59, 67	02	1,4
Nutrição/transtorno da alimentação obesidade	16, 21, 46, 51, 75, 76	06	4,2
Obstetrícia	14, 22, 26, 37, 39, 45, 48, 91	08	5,6
Oncologia	31, 44, 49, 79, 87	05	3,5
Otorrinolaringologia	19, 54	02	1,4
Pneumologia	36	01	0,7
Psiquiatria e saúde mental	22, 25, 33, 85	04	2,8
Qualidade de vida	21, 29, 40, 56, 90	05	3,5
Saúde Bucal/ Odontologia	42, 47, 68, 69, 71	05	3,5
Saúde da Criança e Pediatria	16, 19, 29, 30, 34, 41, 51, 63, 84, 89, 92	11	7,8
Saúde da Mulher e Ginecologia	31, 49, 50, 86	04	2,8
Saúde do Adolescente	16, 24, 34, 92	04	2,8
Saúde do Trabalhador	38, 54	02	1,4
Segurança e eventos adversos	27, 28, 30, 94	04	2,8
Terapias complementares	23, 79, 93	03	2,1
Vacinação	16, 18, 80, 89	04	2,8
Violência doméstica	81	01	0,7
Total	-	14	100

*Alguns estudos são compatíveis com mais de uma especialidade, por isso o total obtido nessa distribuição é superior ao total de estudos incluídos.

Os estudos de Prevenção II foram os que mais apareceram, representando 42,9% do total, seguidos pelos de Prevenção III, com 29,2%. As metodologias que predominaram foram as de revisão sistemática sem metanálise (53,6%), seguidas por revisão integrativa (19%) e revisão sistemática com metanálise (16,7%). Apenas um estudo correspondeu à metassíntese. Os enfoques predominantes, de prevenção níveis II e III, denotam a busca não somente de levantamento de incidência e prevalência dos

eventos e problemas de saúde, como também suas causas e possibilidades de intervenções.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que é incontestável a proliferação da PBE na área de prevenção à saúde humana, expandindo-se para além do campo em que iniciou a medicina clínica, com finalidades diagnóstica, prognóstica ou terapêutica.

Tabela 2 - Estudos de PBE sobre prevenção em saúde, publicados em periódicos científicos brasileiros Web of Science/JCR, de acordo com enfoque e abordagem metodológica - São Paulo, 2011.

Enfoque	Prevenção I		Prevenção II		Prevenção III		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Revisão Sistemática c/ metanálise	83		25, 31,36, 44, 49		14, 33, 50, 54, 64, 65, 91, 94		14	(16,7)
Revisão Sistemática s/ metanálise	12,13, 27, 32, 48, 81, 84, 85, 86		16,19, 21, 22, 26, 28, 29, 30, 34, 35, 37, 38, 39, 41, 42, 59, 63, 66, 77, 78		15, 20, 51, 53, 55, 62, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 79, 80,82		45	(53,6)
Revisão Integrativa	45, 47, 67		24, 40, 52, 56, 57, 60, 61, 87,88, 95		46, 58, 69		16	(19,0)
Metassíntese					23		1	(1,2)
Outra*	90, 92		43		17, 18, 68, 89, 93		8	(9,5)
Total	15	(17,9)	36	(42,9)	33	(39,2)	84	(100)

I – Estudos de prevalência ou incidência sobre eventos de problemas de saúde

II – Estudos que identificam e ou associam fatores de risco de prevenção ou ocorrência de eventos de problemas de saúde

III – Estudos que correlacionam intervenções com prevenção/ profilaxia ou redução de eventos de problemas de saúde

No presente estudo, embora predominantemente publicados (55%) em periódicos específicos de saúde pública, os artigos também estão presentes em periódicos gerais ou especializados, abarcando ampla gama de aspectos preventivos não apenas relacionados às ações de atenção primária, como também àquelas eminentemente clínicas. Alguns títulos exemplificam o primeiro caso: *Vacina BCG: eficácia e indicações da vacinação e da revacinação*⁽¹⁷⁾; *Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática*⁽²¹⁾; *Medicinas alternativas e complementares: uma metassíntese*⁽²³⁾; *Childhood poverty and abdominal obesity in adulthood: a systematic review*⁽²⁹⁾; *O estudo científico da felicidade e a promoção da saúde: revisão integrativa da literatura*⁽⁵⁶⁾. No segundo caso: *Mortality in anesthesia: a systematic review*⁽¹³⁾; *Revisão sistemática e meta-análise da antibioticoprofilaxia na histerectomia abdominal*⁽⁵⁰⁾; *Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem*⁽⁵⁷⁾.

Outro aspecto a destacar é a variedade de enfoques, o que ensejou a elaboração de uma classificação dos estudos, ainda que arbitrária, de modo que tornasse possível sua finalidade. Dessa forma, há estudos que buscaram somente conhecer a prevalência ou a incidência de eventos de problemas de saúde (I)^(12-13,27,32,45,47-48,67,81,83-86,90,92); outros para identificar e ou associar fatores de risco (II)^(16,19,21-22,24-26,28-31,34-44,49,52,56-57,59-61,63,66,77-78,87-88,95); e, ainda, outros para correlacionar intervenções com prevenção, profilaxia ou redução de eventos(III)^(14-15,17-18,20,23,33,46,50-51,53-55,58,62,64-65,68-76,79-80,82,89,91,93-94).

Por fim, a utilização de diferentes abordagens metodológicas para PBE (revisão sistemática com metanálise, revisão sistemática sem metanálise, revisão integrativa e metassíntese) coloca em relevo duas constatações. Uma delas se refere aos equívocos na aplicação dos métodos. Por exemplo, foram encontrados estudos que definem seu método como revisão sistemática, porém seu desenvolvimento é compatível com revisão integrativa ou miscelânea de ambas^(a). Tais equívocos devem-se ao fato

das abordagens disponíveis para estudos de PBE serem recentes, com conseqüente dificuldade para sua adequada apropriação, conforme os enfoques pretendidos. Mais recentemente, com a criação de vários centros de PBE e esforços no desenvolvimento de protocolos específicos para sua qualificação, certamente será possível minimizar essa dificuldade. Além disso, tendo em vista a dinamicidade da ciência, não é improvável que outras abordagens sejam criadas.

Independente dessa dificuldade de apropriação metodológica, constatou-se também a possibilidade de considerar a polissemia do termo *evidências*, justamente porque não houve uma única forma de buscá-la. Em razão disso, há que se perguntar: o que são de fato *evidências*? O que se busca nas *evidências*? Se não há um único caminho para a PBE, há realmente possibilidade de PBE? E, no caso da presente revisão: qual seu lugar na área da prevenção, inclusive em se tratando da atenção primária?

Segundo um dos autores pioneiros da medicina baseada em evidências (MBE) no Brasil, o termo *evidências*, do inglês, quer dizer provas. Seria a tomada de decisão com base em provas científicas, válidas e imparciais, daquilo que funciona e do que não funciona. Ao exemplificar, contudo, o que é uma MBE, referindo-se à consideração do entrevistador de que se trataria de probabilidade, o autor contraditoriamente reconhece que a medicina não é uma ciência exata e faz-se aquilo que tem maior chance de dar certo. A diferença é que a MBE se daria de maneira confiável e seu papel seria reduzir a incerteza na tomada de decisão. Ou seja, de *prova*, a evidência transforma-se em *confiança*, *redução da incerteza*, segundo o mesmo autor⁽²⁾.

Contudo, o termo *evidência*, tal com vem sendo colocado, mostra-se inconsistente, pois se diz que algo é

^(a) Na classificação dessas abordagens optamos por considerar as discriminadas pelos próprios autores e não como realmente foram desenvolvidas.

evidente quando prescinde de prova ou quando dispensa uma justificação⁽³⁾. Outro autor também relata seu incômodo sobre esse termo enquanto *prova científica*, principalmente se obtida somente através de ensaios clínicos controlados aleatórios ou das chamadas metanálises:

Com isso, seus defensores pretendem dizer-nos duas coisas: que a medicina baseada em evidências estabelece uma clara fronteira entre o que é e não é medicina baseada em evidências e que a ciência possui método próprio que permite obter *evidências*.

Assim, a prática clínica baseada em outros aspectos como mecanismos fisiológicos do corpo, sinais e sintomas de doenças e ações de drogas não constituiria ciência ou, pelo menos, ciência que possibilitasse conhecimento seguro para tomada de decisões⁽⁴⁾. Corroborando esse incômodo, o primeiro autor reforça que a medicina, por mais avançada que venha a ser, sempre será uma ciência que alia arte, clínica e probabilidades. Ela lida, portanto, com a incerteza, nunca concluída como *fato*, pois não conta com os benefícios da exatidão matemática, nem se propõe a oferecer respostas perfeitas e uniformes. É a mais circunstancial das ciências, principalmente na clínica, em que o provável nunca é uma abstração, mas aquilo que está entre o possível e o real, ou seja, a chamada *probabilidade objetiva*⁽³⁾.

A PBE na saúde em geral, enquanto oriunda da MBE, não constituiria uma modalidade original de se fazer ciência, ao se tratar nada mais que uma nova sistematização da racionalidade médica em que persiste o modelo tecnicista, com privilégio do cientificismo na busca pela objetividade e *graus de certeza*, sendo a decisão buscada na reunião e análise de resultados de investigações como instância máxima de evidência. E, nessa busca de uma *status* de racionalidade como possibilidade de produção de verdades, aliam-se a clínica e a epidemiologia, denominada epidemiologia clínica. Em outras palavras, se a medicina e outras práticas assistenciais em saúde são vistas como ciência e arte, a PBE reforçaria a dimensão ciência, para evitar o risco de erros em decisões baseadas em intuições originárias na experiência acumulada, conferida somente pela maestria nas artes clínicas⁽⁵⁻⁷⁾. Isso é corroborado na definição de MBE por seus praticantes pioneiros: *processo de sistematicamente descobrir, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas*⁽⁸⁾.

Por outro lado, ao se pautar basicamente em resultados de pesquisa, contradiz o próprio discurso de alguns de seus defensores, de que a PBE constitui um *elo entre a boa ciência e a prática clínica*, ao acatar outros aspectos, como preferência do paciente e experiência profissional⁽⁹⁾.

Alguns autores consideram que a obsessão pela quantificação despreza as habilidades clínicas e pode transformar os dados objetivos da anamnese e do exame semiológico em dados contaminados por valores estatísticos, não admitindo o pensar e o agir individual. E o mais desanimador é que quanto mais complexo o quadro clínico,

menos evidências se dispõe para uma convincente tomada de decisão. Há também o risco de a PBE estabelecer maior redução ainda da prática clínica à doença, em que a supervalorização de aspectos objetiváveis, traduzidos em doença, deixam de lado a atenção integral à pessoa do doente e ao universo subjetivo do sofrer. Se os avanços científicos e tecnológicos trazem benefícios inestimáveis, não se pode negar que a ciência sozinha não elucida todas as verdades, tendo também limites para lidar com questões multidimensionais, como a saúde. Na supervalorização dos aspectos tecnológicos das práticas clínicas e da preocupação com possibilidade de certeza, passa a existir uma carência de práticas que preconizam o cuidado com o próximo, pela falta de subjetividade ou a falta da capacidade do profissional de levar em conta a intersubjetividade, através da empatia e da capacidade de escuta, o que traria um material tão rico ou até mais importante^(3,6).

Por outro lado, considerando que a PBE constitui a consequência da evolução da epidemiologia clínica, é citada a curiosa metamorfose ocorrida nesse processo, em que

... o adjetivo – clínica - se transforma em substantivo de maior amplitude – medicina. Em outras palavras, há uma supervalorização da clínica, em que suas formas de verificação passam a totalizar toda a medicina⁽⁶⁾.

Clínica, contudo, pautada antes em protocolos de evidências do que na experiência para tomadas de decisões.

Parâmetros, protocolos, metanálises, dados epidemiológicos, informática médica seriam relevantes na produção de conhecimento, mas vale questionar se a corrida em direção a evidências científicas baseadas somente nessas ferramentas não seria a tentativa de transformar metonimicamente partes da biomedicina em toda ela. Além disso, grande parte das propostas dos defensores da PBE constitui evolução de um mesmo tipo ideal, ou seja, uma mesma racionalidade médica organizada em torno do caráter cientificista, com vistas a parametrizar a prática, mantendo a doença como entidade nosográfica, tal como é categorizada pelos manuais taxonômicos, como objeto de diagnóstico e intervenção em detrimento da valorização da singularidade da saúde humana em sua hipercomplexidade⁽⁶⁾.

Ao distinguirem PBE da prática clínica, autores consideram que elas representam dois caminhos diferentes para responder questões de intervenção⁽¹⁰⁾. No caso da PBE, que busca evidências predominantemente por meio de resultados de ensaios clínicos, parece representar o caminho mais curto, ao estabelecer previamente observações consideradas relevantes para uma questão original de tratamento, em que são buscados parâmetros para outros pacientes com condição Y quando dado um tratamento X. Já, na abordagem da prática clínica, fundamentada nas ciências básicas, é possível predizer certos parâmetros clínicos para pacientes com condição Y quanto a um tratamento X. Tais predições compreendem um conjunto muito diferente de observações, pois é o mesmo que embasa o conhecimento de bioquímica

e fisiologia. Contudo, embora incorporem abordagens diferentes, não significa que sejam conflitantes: uma necessita da outra, nenhuma pode ocorrer isoladamente.

Por outro lado, a PBE, originariamente destinada às ações clínicas, busca suas evidências pela epidemiologia. Ainda que denominada epidemiologia clínica, a PBE usa instrumentos desenvolvidos pela epidemiologia clássica. Assim, é o saber epidemiológico e não o clínico, que é utilizado na verificação de evidências. Neste caso, a PBE não seria justamente o campo de eleição da prevenção, uma vez que é praticado predominantemente na atenção primária e que utiliza hegemonicamente o saber epidemiológico como instrumento de *evidência*?

A questão, todavia, não é tão simples. Sabidamente, sempre houve forte inter-relação entre os saberes clínico e epidemiológico, praticamente contemporâneos em sua origem, a partir do século XVIII. O primeiro, ao buscar interpretar o normal e o patológico, permite ao segundo identificar eventos de saúde e buscar suas causas. O segundo, pela frequência dessas ocorrências, corrobora as diferenças entre normal e patológico, objetos do primeiro.

O raciocínio do saber clínico é eminentemente dedutivo (da doença para o caso concreto, ao tratar das consequências ou efeitos) e o da epidemiologia é indutivo (dos casos para a doença, ao tratar das causas). Na epidemiologia clássica, muitas decisões são baseadas em dados estatísticos na tentativa de se criar novas evidências para ações preventivas⁽³⁾. Por outro lado, é destacada a problemática da integração da PBE com experiência clínica, conhecimento e prática de cada profissional, principalmente porque no movimento da PBE não são explicitadas que as formas de operar categorias na biomedicina podem dar-se mediante modos de raciocínio que eventualmente se superpõem hipotético-dedutivo, indutivo e abduutivo, em diferentes momentos do processo clínico. Além disso, haveria uma tensão entre práticas na atenção primária e atenção secundária, ao lidarem com abordagens da PBE. Há uma percepção de que especialistas seguiriam mais facilmente seus protocolos⁽⁶⁾, talvez por se situarem predominantemente nas ações clínicas.

Por tudo isso chamou-nos a atenção o expressivo crescimento da PBE na área de prevenção, palco predominante da atenção primária e que lida com outros tipos de saberes e ações, além da clínica e suas especialidades.

Ocorre que a PBE originalmente formulada utiliza a epidemiologia para verificar, fundamentalmente, a frequência de um evento, de preferência sob circunstâncias controladas, e se ele é estatisticamente suficiente (metanálise). E há ainda a pretensão de reprodutibilidade sob as mesmas condições de investigação. Quando a PBE realiza também análise de validade interna das pesquisas incluídas, não pode ser negada sua contribuição para o aprimoramento daquelas, porque a questão pode não ser falta de estudos e, sim, a discutível qualidade dos mes-

mos. Nesses casos, a evidência é definida como a *melhor disponível* e não a *melhor possível*⁽¹¹⁾. Verifica-se aqui mais um conceito de evidência.

Assim, pode-se falar em evidência sem estudos de qualidade ou revisões sistemáticas sem metanálise? Nesses casos, a evidência mais apropriada não seria aquela em que não há, justamente, evidência? E quanto à revisão integrativa, que reúne não somente resultados de pesquisa, como também opiniões, conceitos e teorias? Fica claro que não há uma única compreensão sobre PBE, tampouco um mesmo caminho para alcançá-la. Isso é o que já se observa na expansão do movimento da PBE, pela criação de vários centros de evidências e o desenvolvimento de variadas metodologias que não se baseiam somente em reunião e análise estatística de ensaios clínicos aleatórios controlados. A área da prevenção, ora abordada, contribui sobremaneira para essa constatação. Talvez por justamente não se destinar a um campo específico mostra claramente a polissemia do termo evidências e a pluralidade de abordagens, em que revisões sistemáticas com metanálise constituem minoria, predominando revisões sistemáticas sem metanálise e revisões integrativas, que incluem não somente resultados de pesquisa. E, no caso de pesquisas, várias revisões consideram outros desenhos de estudo, além de ensaios clínicos controlados aleatórios.

Mesmo entre os que defendem a PBE e que baseiam as evidências em dados de pesquisa questionam a ditadura dos ensaios clínicos e o uso da epidemiologia clínica, argumentando que conforme o enfoque há circunstâncias em que outras metodologias são mais apropriadas. Ou seja, a expansão para outras áreas defende-se da hegemonia da clínica e de um único modo de buscar evidências. Nesse caso, resta a questão: como se definem as outras evidências e os recursos metodológicos para obtê-las? Ao que parece isso vem sendo construído por consenso entre grupos de pesquisadores de centros de evidência. Consequentemente, toda e qualquer evidência, assim como toda ciência, ainda que pretenda estabelecer verdades imutáveis, desenvolve permanentemente conhecimentos interessados, ou seja, carregados de intencionalidade. Do mesmo modo, há sempre o risco de controles também interessados em sua utilização. É sabido que periódicos científicos já começam a definir critérios para publicação de estudos de PBE e empresas de seguro-saúde contratam *evidencistas* para justificar custo e benefício na utilização de recursos. Ao elegerem determinados critérios, não estariam rejeitando outros possíveis?

Mas, se não há um único modo de desenvolver PBE, existe algo em comum em todas elas? Se, originalmente, PBE destina-se à obtenção de provas científicas para intervenções de tratamento, diagnóstico e prognóstico, pode-se considerar que, na atualidade, todas têm em comum a reunião sistematizada do conhecimento produzido sobre uma questão de assistência à saúde previamente formulada que busca não só ou diretamente uma intervenção. Isso fica claro nos resultados desta revisão, cujos estudos ora buscam incidência ou prevalência de ocorrência

de eventos de problemas de saúde, ora seus fatores de risco, ora correlação entre intervenções e sua prevenção ou profilaxia. Constituem, portanto, abordagens que tanto podem instrumentalizar ações de intervenção quanto análise e compreensão de um dado fenômeno, ou averiguação de suficiência ou não do conhecimento disponível.

Conforme uma reflexão crítica sobre PBE, o autor considera, também, que é possível concordar com as *evidências* se elas forem dirigidas no sentido de balizar determinadas condutas nos seus aspectos éticos ou deontológicos, caracterizadas pela má prática. Além disso, para o mesmo autor, ninguém de bom senso pode se voltar contra ou pelo menos ficar indiferente a todo o acervo cultural e contribuição tecnológica que vem se inserindo nas ciências da saúde e sua luta contra doenças e melhor qualidade de vida. Todavia, não se pode abrir mão da intuição, das teorias fisiopatológicas consagradas e da experiência clínica pessoal, pois não existe nenhuma análise metodológica nem prova científica que não tenha como partida a vivência e a observação individual na prática profissional. O ideal é sempre a associação da investigação clínica científica, do ensino continuado, das teorias fisiopatológicas consagradas e da contribuição pessoal de cada um⁽³⁾.

Finalmente, destacamos uma pesquisa que buscou compreender as concepções e os interesses sobre transmutar a fundamentação da prática cotidiana do conhecimento produzido pela experiência para modelos probabilísticos da epidemiologia. Por meio de observação etnográfica do *round* e das reuniões clínicas numa unidade de terapia cardiointensiva cirúrgica, a pesquisa revelou consolidação da tendência de incorporação de critérios explícitos de relação custo-benefício e interesses relativos a distintos agentes, como categoria médica, governos, complexo médico-industrial, na introdução dos protocolos. A prática, contudo, mostrou-se ambivalente ou polivalente. Além dos protocolos ou estudos científicos, os médicos faziam tam-

bém suas opções de forma intuitiva e pragmática, a partir de evidências clínicas. Chamou a atenção certo ceticismo e inabilidade dos médicos na utilização das ferramentas de análise do estilo de pensamento epidemiológico, em que o seu paciente era o *seu caso* e não uma unidade daquela média, sendo plausível afirmar que ocorre, hoje, uma dupla racionalidade científica: a clínica e a epidemiológica⁽⁵⁾.

CONCLUSÃO

Esta revisão sobre estudos de práticas baseadas em evidências na área da prevenção em saúde humana no Brasil, publicados em periódicos Web of Science/JCR, constata a expansão dessa modalidade de pesquisa para além da área em que se originou: a medicina clínica, em sua expressão de tratamento, diagnóstico e terapêutica. Embora a maioria dos estudos tenha sido publicada em periódicos de saúde pública, não se restringe eminentemente a ações de atenção primária, ao abranger questões clínicas, variadas especialidades e temáticas. Do mesmo modo, são variados seus enfoques e abordagens metodológicas. Acrescidos pelo fato das práticas baseadas em evidências na área da prevenção, palco predominante da atenção primária, lidar com outros tipos de saberes e ações além da clínica e suas especialidades, contribuem para disseminar a compreensão de que não há uma única maneira de conceituar e praticar a PBE. Desse modo, o estudo permite argumentar que conforme a área de prática assistencial e seus enfoques há circunstâncias em que outras metodologias são passíveis de aplicação, além da hegemonia dos ensaios clínicos controlados e o uso da epidemiologia clínica como única forma válida de práticas baseadas em evidências. Por outro lado, a possibilidade dessa variação favorece compreender a prática baseada em evidência não somente como prova irrefutável para instrumentalizar ações de intervenções, mas também como um campo de conhecimento infundável e em construção, para análise e maior compreensão de fenômenos em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Lacerda RA, Nunes BK, Batista AO, Egry EY, Graziano KU, Angelo M, et al. Evidence-based practices published in Brazil: identification and analysis of their types and methodological approaches. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 cited 2012 Apr 15];45(3):777-86. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a33.pdf
2. Atallah AN. Medicina não é uma ciência exata [entrevista]. Tribuna do Norte [Internet]. 2011 out. 2 [citado 2012 mar. 12]. Disponível em: <http://tribunadonorte.com.br/noticia/medicina-nao-e-uma-ciencia-exata/197920>
3. França GV. Os riscos da medicina baseada em evidências. Rev Âmbito Jurídico [Internet]. [citado 2012 mar. 12]. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=3633
4. Veloso JB. Acerca da medicina baseada na evidência [Internet]. Lisboa: Centro de Filosofia das Ciências da Universidade de Lisboa; 2012 [citado 2012 mar 13]. Disponível em: <http://cfcul.fc.ul.pt/textos/textosdisponiveis.htm>
5. Uchôa SAC, Camargo Junior KR. Protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(4):2241-9.
6. Castiel LD, Póvoa EC. Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico? Interface Comun Saúde Educ. 2002;6(11):117-32.
7. Sayd JD, Moreira MCN. Medicina baseada em evidências: ceticismo terapêutico, recorrência e história. Physis Rev Saúde Coletiva 2000;10(1):11-38.

8. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
9. Atallah NA, Castro AA. Revisão sistemática e metanálise: a melhor evidência para a tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica [Internet]. [citado 2007 mar. 7]. Disponível em: <http://centrocochranedobrasil.org.br/artigos/rls.htm>
10. Sehon SR, Stanley DE. A philosophical analysis of the evidence-based medicine debate. *BMC Health Serv Res.* 2003;3(1):14.
11. Muir-Gray JA. Evidence-based healthcare. 2nd ed. Edinburg: Churchill; 2004.
12. Bammann RH, Zamarioli LA, Pinto VS, Vásquez CMP, Litvoc MN, Klautau GB, et al. High prevalence of drug-resistant tuberculosis and other mycobacteria among HIV-infected patients in Brazil: a systematic review. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2010;105(6):838-41.
13. Braz LG, Braz DG, Cruz DS, Fernandes LA, Módolo NSP, Braz JRC. Mortality in anesthesia: a systematic review. *Clinics.* 2009;64(10):999-1006.
14. Ruano R, Fontes RS, Zugaib M. Prevention of preeclampsia with low-dose aspirin: a systematic review and meta analysis of the main randomized controlled trials. *Clinics.* 2005;60(5):407-14.
15. Coelho FGM, Galduroz RF, Gobbi S, Stella F. Atividade física sistematizada e desempenho cognitivo em idosos com demência de Alzheimer: revisão sistemática. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;3(2):163-70.
16. Canilo DF, Ribeiro JD, Toro ADC, Baracat ECE, Barros Filho AA. Obesity and asthma: association or coincidence? *J Pediatr (Rio J).* 2010;86(1):6-14.
17. Barreto ML, Pereira SM, Ferreira AA. Vacina BCG: eficácia e indicações da vacinação e da revacinação. *J Pediatr (Rio J).* 2006;82 Supl 3:45-54.
18. Succi RCM, Farhat CK. Vacinação em situações especiais. *J Pediatr (Rio J).* 2006;82 Supl 3:91-100.
19. Lubianca Neto JFL, Hemb L, Silva DB. Fatores de risco para otite média aguda recorrente: onde podemos intervir? Uma revisão sistemática da literatura. *J Pediatr (Rio J).* 2006;82(2):87-96.
20. Gaspardo CM, Linhares MBM, Martinez EE. A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: uma revisão sistemática de literatura. *J Pediatr (Rio J).* 2005; 81(6):435-42.
21. Tirico PP, Stefano SC, Blay SL. Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(3):431-9.
22. Araújo DMR, Vilarim MM, Sabroza AR, Nardi AE. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática de literatura. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(2):219-27.
23. Spadacio C, Castellanos MEP, Barros NF, Alegre SM, Tovey P, Broom A. Medicinas alternativas e complementares: uma metassíntese. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(1):7-13.
24. Moraes ACF, Fulaz CS, Oliveira ERN, Reichert FF. Prevalência de síndrome metabólica em adolescentes: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(6):1195-202.
25. Gasperin D, Gopalakrishnan N, Dias-da-Costa JS. Effect of psychological stress on blood pressure increase: a meta-analysis of cohort studies. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(4):715-26.
26. Dode MASO, Santos IS. Non classical risk factors for gestational diabetes mellitus: a systematic review of the literature. *Cad Saúde Pública.* 2009;25Supl 3:S341-59.
27. Cano FG, Rozenfeld S. Adverse drug events in hospitals: a systematic review. *Cad Saúde Pública.* 2009;25 Supl 3:S360-72.
28. Mello MJG, Albuquerque MFPM, Lacerda HR, Souza WV, Correia JB, Britto MCA. Risk factors for healthcare-associated infection in pediatric intensive care units: a systematic review. *Cad Saúde Pública.* 2009;25 Supl 3:S373-91.
29. González D, Nazmi A, Victora CG. Childhood poverty and abdominal obesity in adulthood: a systematic review. *Cad Saúde Pública.* 2009;25Supl 3:S427-40.
30. Pelissari DM, Barbieri FE, Wansch Filho V. Magnetic fields and acute lymphoblastic leukemia in children: a systematic review of case-control studies. *Cad Saúde Pública.* 2009;25Supl 3:S441-52.
31. Santos MCL, Horta BL, Amaral JJF, Branco PFC, Fernandes PSC, Galvão CM, et al. Association between stress and breast cancer in women: a meta-analysis. *Cad Saúde Pública.* 2009;25 Supl 3:S453-63.
32. Rodrigues MAP, Facchini LA, Maia F. Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. *Cad Saúde Pública.* 2009;25 Supl 3:S464-79.
33. Rodrigues MGA, Silva LK, Martins ACM. Meta-análise de ensaios clínicos de intervenção familiar na condição esquizofrenia. *Cad Saúde Pública.* 2008;24 (10):2003-18.
34. Adami F, Vasconcelos FAG. Childhood and adolescent obesity and adult mortality: a systematic review of cohort studies. *Cad Saúde Pública.* 2008;24Supl 4:S558-68.
35. Schluskel MM, Souza EB, Reichenheim ME, Kac G. Physical activity during pregnancy and maternal-child health outcomes: a systematic literature review. *Cad Saúde Pública.* 2008;24Supl 4:S531-44.

36. Brasil PEAA, Braga JU. Meta-analysis of factors related to health services that predict treatment default by tuberculosis patients. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Supl 4:S485-502.
37. Pacheco AHRN, Barreiros NSR, Santos IS, Kac G. Consumo de cafeína entre gestantes e a prevalência do baixo peso ao nascer e da prematuridade: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(12):2807-19.
38. Silva MC, Fassa AG, Domingues MR, Kriebel D. Gonalgia entre trabalhadores e fatores ocupacionais associados: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1763-75.
39. Araújo DMR, Pereira NL, Kac G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(4):747-56.
40. Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2533-54.
41. Martins EB, Carvalho MS. Associação entre peso ao nascer e o excesso de peso na infância: revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2281-300.
42. Vettore MV, Lamarca GA., Leão AT, Thomaz FB, Sheiham A, Leal MC. Periodontal infection and adverse pregnancy outcomes: a systematic review of epidemiological studies. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(10): 2041-53.
43. Scowitz IKT, Santos IS. Fatores de risco de recorrência do baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intra-uterino e nascimento pré-termo em sucessivas gestações: um estudo de revisão. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6): 1129-36.
44. Botelho F, Lunet N, Barros H. Coffee and gastric cancer: systematic review and meta-analysis. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(5):889-900.
45. Souza JP, Cecatti GC, Parpinelli MA. Revisão sistemática sobre mortalidade materna near miss. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(2):255-64.
46. Sartorelli DS, Franco LJ, Cardoso MA. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(1):7-18.
47. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1665-75.
48. Medeiros LR, Ethur ABM, Hilgert JB Zanini RR, Berwanger O, Bozzetti MC, et al. Vertical transmission of the human papillomavirus: a systematic quantitative review. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1006-15.
49. Pinho VFS, Coutinho ESF. Riskfactors for breastcancer: a systematic review of studies with female samples among the general population in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):351-60.
50. Costa RJM, Silva LK. Revisão sistemática e meta-análise da antibioticoprofilaxia na histerectomia abdominal. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 2:S175-89.
51. Valle NJ, Santos IS, Gigante DP. Intervenções nutricionais e crescimento infantil em crianças de até dois anos de idade: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1458-67.
52. Silveira DS, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1160-8.
53. Maranhão Neto GA, Lourenço PMC, Farinatti PTV. Equações de predição da aptidão cardiorrespiratória sem testes de exercícios e sua aplicabilidade em estudos epidemiológicos: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(1):48-56.
54. El Dib RP, Atallah AN, Andriolo RB, Soares BGO, Verbeek J. A systematic review of the interventions to promote the wearing of hearing protection. *São Paulo Med J*. 2007;125(6):362-9.
55. Raimondi AM, Guimaraes HP, Amaral JLG, Leal PHR. Perioperative glucocorticoid administration for prevention of systemic organ failure in patients undergoing esophageal resection for esophageal carcinoma. *São Paulo Med J*. 2006;124(2):112-5.
56. Scorsolini-Comin F, Santos MA. O estudo científico da felicidade e a promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino Am Enferm*. 2010;18(3):188-95.
57. Lopes CMM, Galvão CM. Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem. *Rev Latino Am Enferm*. 2010;18(2):287-94.
58. Spana TM, Rodrigues RC, Lourenço LB, Mendez RD, Gallani MC. Revisão integrativa: intervenções comportamentais para realização de atividade física. *Rev Latino Am Enferm*. 2009;17(6):1057-64.
59. Ferreira PC, Piai A, Takayanagui AM, Segura-Muñoz SI. Alumínio como fator de risco para a doença de alzheimer. *Rev Latino Am Enferm*. 2008;16(1):151-7.
60. Newman K, Harrison L, Dashiff C, Davies S. Relações entre modelos de pais e comportamentos de risco na saúde do adolescente: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Latino Am Enferm*. 2008;16(1):142-50.
61. Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino Am Enferm*. 2006;14(1):124-31.

62. Santos AM, Lacerda RA, Graziano KU. Evidência de eficácia de cobertura de sapatos e sapatos privativos no controle e prevenção de infecção do sítio cirúrgico: revisão sistemática de literatura. *Rev Latino Am Enferm*. 2005;13 (1):86-92.
63. Mekitarian Filho E, Carvalho WB, Troster EJ. Hiperglicemia e morbimortalidade em crianças graves: análise crítica baseada em revisão sistemática. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(4):475-83.
64. Raimondi AM. Metanálise sobre o uso de glicocorticóide pré-operatório para a redução do risco de complicações após esofagectomia por carcinoma de esôfago. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(2):158-61.
65. Jesus EC, Matos D, Castro AA. Drenagem profilática de rotina de anastomoses em cirurgia colorretal eletiva. Revisão sistemática da literatura e metanálise. *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(2):214-19.
66. Reis FJFB, Sousa TA, Oliveira MS, Dantas N, Silveira M, Braghiroly MIFM, et al. Is hepatitis C a cause of idiopathic dilated cardiomyopathy? A systematic review of literature. *Braz J Infec Dis*. 2006;10(3):199-202.
67. Poblano A, Arteaga C, Garcia-Sánchez G. Prevalence of early neurodevelopmental disabilities in Mexico: a systematic review. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009;67(3A):736-40.
68. Estrela C, Sydney GB, Figueiredo JAP, Estrela CRA. Antibacterial efficacy of intracanal medicaments on bacterial biofilm: a critical review. *J Appl Oral Sci*. 2009;17(1):1-7.
69. Estrela C, Silva JA, Alencar AHG, Leles CR, Decurcio DA. Efficacy of sodium hypochlorite and chlorhexidine against enterococcus faecalis: a systematic review. *J Appl Oral Sci*. 2008;16(6):364-8.
70. Burgatti JC, Lacerda RA. Systematic review of surgical gowns in the control of contamination/surgical site infection. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2012 Apr 15];43(1):237-44. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_31.pdf
71. Coury HJCG, Moreira RFC, Dias NB. Efetividade do exercício físico em ambiente ocupacional para controle da dor cervical, lombar e do ombro: uma revisão sistemática. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(6):461-79.
72. Arantes PMM, Alencar MA, Dias RC, Dias JMD, Pereira LSM. Atuação da fisioterapia na síndrome da fragilidade: revisão sistemática. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(5):365-75.
73. Nascimento LR, Glória AE, Habib ES. Effects of constraint-induced movement therapy as a rehabilitation strategy for the affected upper limb of children with hemiparesis: systematic review of the literature. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(2):97-102.
74. Arantes NF, Vaz DV, Mancini MC, Pereira MSCI, Pinto FPI, Pinto TPS. Efeitos da estimulação elétrica funcional nos músculos do punho e dedos em indivíduos hemiparéticos: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Fisioter*. 2007;11(6):419-27.
75. Takito MY, Benício MHD, Neri LCL. Atividade física de gestantes e desfechos ao recém-nascido: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(6):1059-69.
76. Caminha MFC, Batista Filho M, Fernandes TFS, Arruda IKG, Diniz AS. Suplementação com vitamina A no puerpério: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):699-706.
77. Gama ZAS, Gómez-Canesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):946-56.
78. Oliveira AF, Valente JG, Leite IC. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(2):335-45.
79. Spadacio C, Barros NF. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(1):158-64.
80. Pereira SM, Dantas OM, Ximenes R, Barreto ML. Vacina BCG contra tuberculose: efeito protetor e políticas de vacinação. *Rev Saúde Pública*. 2007;41 Supl 1:59-66.
81. Espíndola CR, Blay SL. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(2):301-6.
82. Silveira MF, Santos I. Impacto de intervenções no uso de preservativos em portadores do HIV. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):296-304.
83. Marinho V, Laks J, Coutinho ESF, Blay SL. Tobacco use among the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2213-33.
84. Coelli AP, Nascimento LR, Mill JG, Molina MCB. Prematuridade como fator de risco para pressão arterial elevada em crianças: revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):207-18.
85. Fagundes SD, Silva MT, Thees MFRS, Pereira MG. Prevalence of dementia among elderly Brazilians: a systematic review. *São Paulo Med J*. 2011;129(1):46-50.
86. Ayres ARG, Silva GA. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(5):963-74.
87. Souza KW, Reis PED, Gomes IP, Carvalho EC. Prevention strategies for testicular and penile cancer: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2011 [cited 2012 Apr 15];45(1):277-82. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_39.pdf

-
88. Neves LAS, Reis RK, Gir E. Compliance with the treatment by patients with the co-infection HIV/tuberculosis: integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2012 Apr 15];44(4):1135-41. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_41.pdf
89. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79 Supl 1:13-22.
90. Dumith SC. Physical activity in Brazil: a systematic review. *Cad Saúde Pública*. 2009;25 Supl 3:S415-26.
91. Martins ACM, Silva LK. Revisões sistemáticas de antibioticoprofilaxia em cesarianas. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(12):2513-26
92. Ribeiro MO, Dias AF. Child-juvenile prostitution: a systematic literature review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2012 Apr 15];43(2):465-71. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a29v43n2.pdf
93. Salles LF, Silva MJP. Iridologia: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):596-600.
94. Sajid MS, Skakir AJ, Khatri K, Baig MK. The role of perioperative warming in surgery: a systematic review. *São Paulo Med J*. 2009;127(4):231-7.
95. Viégas M, Vasconcelos RS, Neves AP, Diniz ET, Bandeira F. Bariatric surgery and boné metabolism: a systematic review. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2010;54(2):158-63.