ReGeo ISSN: 2177-3246

A ADOÇÃO DO SISTEMA GRADE E DAS PERGUNTAS PICO NAS DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA: REDEFINIÇÃO DE DIRETRIZES E POSICIONAMENTOS E A PADRONIZAÇÃO DO NÍVEL DE EVIDÊNCIA NA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS BRASILEIRA

THE ADOPTION OF THE GRADE SYSTEM AND PICO QUESTIONS IN THE BRAZILIAN SOCIETY OF CARDIOLOGY GUIDELINES: REDEFINING GUIDELINES AND POSITIONS AND STANDARDIZING THE LEVEL OF EVIDENCE IN BRAZILIAN EVIDENCE-BASED MEDICINE

LA ADOPCIÓN DEL SISTEMA GRADE Y LAS PREGUNTAS PICO EN LAS DIRECTRICES DE LA SOCIEDAD BRASILEÑA DE CARDIOLOGÍA: REDEFINICIÓN DE DIRECTRICES Y POSICIONES Y ESTANDARIZACIÓN DEL NIVEL DE EVIDENCIA EN LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS BRASILEÑA

https://doi.org/10.56238/revgeov17n8-002

Data de submissão: 19/06/2026 **Data de publicação:** 03/08/2026

Thiago D'Alvia
MBA em Gestão em Saúde
Lattes: http://lattes.cnpq.br/5565569467484121

Daniel Dias Machado
Mestre em Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Instituição: Universidad Tecnológica de Madrid (TECH)
Lattes: http://lattes.cnpq.br/0218730820477634

Isabela Molinero de Paula
Lattes: http://lattes.cnpq.br/9053521715251778

Vinícius Cerri Bertoletti
Lattes: http://lattes.cnpq.br/4561487669911733

Geovana Sousa Resende
MBA
Lattes: http://lattes.cnpq.br/3156726342631335

Michael Wilian da Costa Cabanha
Mestre em Biotecnologia
Lattes: http://lattes.cnpq.br/9509160998105299

Lívia Kérsya Pereira
Lattes: http://lattes.cnpq.br/8011672092418593

RESUMO

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) implementou, a partir de 2024, uma reformulação metodológica de suas normas de elaboração documental, substituindo o modelo consagrado de classes de recomendação e níveis de evidência por uma arquitetura ancorada nas perguntas estruturadas no formato PICO e no sistema Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

(GRADE). O presente artigo, de natureza narrativa, analisa os fundamentos, as motivações e as implicações dessa transição para a medicina baseada em evidências no Brasil. Foram examinados o documento normativo publicado pela SBC nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, as publicações seminais do GRADE Working Group, os marcos históricos da medicina baseada em evidências e os manuais metodológicos de organismos nacionais e internacionais. A análise evidencia três eixos centrais de mudança: a redefinição terminológica que distingue diretrizes, posicionamentos e o novo formato de recomendação; a incorporação da pergunta PICO como unidade estruturante da síntese de evidências; e a padronização da certeza da evidência em quatro categorias (alta, moderada, baixa e muito baixa) dissociada da força da recomendação (forte ou fraca). Discutem-se as convergências com iniciativas internacionais, as divergências em relação ao antigo sistema de classes do American College of Cardiology e da American Heart Association, bem como as lacunas relativas à capacitação de metodologistas, à sustentabilidade do processo e ao período de convivência entre documentos antigos e novos. Conclui-se que a adoção do GRADE e do PICO representa avanço substantivo em transparência e reprodutibilidade, embora imponha desafios operacionais cuja superação será determinante para a consolidação da cardiologia baseada em evidências no país.

Palavras-chave: Medicina Baseada em Evidências. Guias de Prática Clínica como Assunto. Cardiologia.

ABSTRACT

The Brazilian Society of Cardiology (SBC) implemented, starting in 2024, a methodological reformulation of its documentary preparation standards, replacing the established model of recommendation classes and levels of evidence with an architecture anchored in questions structured in PICO format and the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) system. This narrative article analyzes the foundations, motivations, and implications of this transition for evidence-based medicine in Brazil. The normative document published by SBC in the Brazilian Archives of Cardiology, seminal publications from the GRADE Working Group, historical milestones of evidence-based medicine, and methodological manuals from national and international organizations were examined. The analysis highlights three central axes of change: the terminological redefinition that distinguishes guidelines, positions, and the new recommendation format; the incorporation of the PICO question as a structuring unit for evidence synthesis; and the standardization of evidence certainty in four categories (high, moderate, low, and very low) dissociated from the strength of recommendation (strong or weak). Convergences with international initiatives, divergences in relation to the old class system of the American College of Cardiology and American Heart Association, as well as gaps related to methodologist training, process sustainability, and the period of coexistence between old and new documents are discussed. It is concluded that the adoption of GRADE and PICO represents substantial progress in transparency and reproducibility, although it imposes operational challenges whose resolution will be crucial for consolidating evidence-based cardiology in the country.

Keywords: Evidence-Based Medicine. Clinical Practice Guidelines as Topic. Cardiology.

RESUMEN

La Sociedad Brasileña de Cardiología (SBC) implementó, a partir de 2024, una reformulación metodológica de sus normas de elaboración de documentos, sustituyendo el modelo consolidado de clases de recomendación y niveles de evidencia por una arquitectura anclada en preguntas estructuradas en formato PICO y en el sistema Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). Este artículo narrativo analiza los fundamentos, motivaciones e implicaciones de esta transición para la medicina basada en evidencias en Brasil. Se examinaron el

documento normativo publicado por la SBC en los Archivos Brasileños de Cardiología, las publicaciones seminales del Grupo de Trabajo GRADE, los hitos históricos de la medicina basada en evidencias y los manuales metodológicos de organismos nacionales e internacionales. El análisis evidencia tres ejes centrales de cambio: la redefinición terminológica que distingue directrices, posicionamientos y el nuevo formato de recomendación; la incorporación de la pregunta PICO como unidad estructurante de la síntesis de evidencias; y la estandarización de la certeza de la evidencia en cuatro categorías (alta, moderada, baja y muy baja) disociada de la fuerza de la recomendación (fuerte o débil). Se discuten las convergencias con iniciativas internacionales, las divergencias respecto al antiguo sistema de clases del American College of Cardiology y de la American Heart Association, así como las brechas relacionadas con la capacitación de metodólogos, la sostenibilidad del proceso y el período de coexistencia entre documentos antiguos y nuevos. Se concluye que la adopción de GRADE y PICO representa un avance sustancial en transparencia y reproducibilidad, aunque impone desafíos operacionales cuya superación será determinante para la consolidación de la cardiología basada en evidencias en el país.

Palabras clave: Medicina Basada en Evidencias. Guías de Práctica Clínica como Asunto. Cardiología.

1 INTRODUÇÃO

A prática clínica contemporânea consolidou-se em torno de um princípio aparentemente simples, porém de implicações profundas: decisões terapêuticas devem apoiar-se na melhor evidência científica disponível, integrada à experiência do profissional e aos valores do paciente. Essa formulação, cunhada na década de 1990 por Sackett e colaboradores, deslocou o eixo da autoridade médica da opinião de especialistas para a avaliação criteriosa de dados originados de pesquisa clínica bem conduzida.[1]

A medicina baseada em evidências deixou de ser um movimento acadêmico marginal para tornar-se o arcabouço dominante da organização do conhecimento médico, moldando desde a formação de estudantes até a construção de políticas públicas de saúde.[2]

No campo da cardiologia, essa transformação assumiu contornos particulares. Poucas especialidades acumularam volume tão expressivo de ensaios clínicos randomizados, metanálises e registros observacionais de grande porte. Essa abundância, contudo, trouxe um problema correlato: a necessidade de sintetizar, hierarquizar e traduzir massas heterogêneas de dados em orientações claras para a prática. As diretrizes clínicas surgiram como resposta a essa demanda, funcionando como instrumentos de mediação entre a produção científica e a decisão à beira do leito. Desde os primeiros documentos conjuntos do *American College of Cardiology* e da *American Heart Association*, na década de 1980, os sistemas de classificação de recomendações e de níveis de evidência tornaram-se linguagem franca da comunidade cardiológica internacional.

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) desempenhou papel central nesse processo, publicando diretrizes desde os anos 1980 e institucionalizando, em 2006, seu Conselho de Normatizações e Diretrizes. Durante décadas, esses documentos adotaram estrutura herdada do modelo norte-americano, organizada em classes de recomendação (I, IIa, IIb e III) e níveis de evidência (A, B e C).[3]

Embora didático e amplamente difundido, esse modelo passou a ser objeto de crítica metodológica crescente, sobretudo por confundir, em uma mesma escala, a quantidade de evidência disponível com a confiança que se pode depositar nas estimativas de efeito, e por não oferecer um caminho transparente e reproduzível entre a evidência e a recomendação formulada.

Nesse contexto, a SBC anunciou, em 2024, uma reformulação estrutural de suas normas de elaboração documental. As novas regras introduzem três mudanças de grande alcance: a redefinição dos conceitos de diretriz e posicionamento, com a criação de um novo formato de documento denominado recomendação; a adoção da pergunta estruturada no formato PICO — acrônimo de população, intervenção, comparador e desfecho — como ponto de partida da síntese de evidências; e

a substituição do antigo sistema de classes e níveis pelo sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).[3]

O problema que motiva esta análise reside precisamente na magnitude e no ineditismo dessa transição para o cenário nacional. Não se trata de ajuste cosmético de nomenclatura, mas de mudança paradigmática na forma como o conhecimento cardiológico é avaliado, ponderado e comunicado. Compreender o que efetivamente muda — e o que permanece — é condição para que profissionais, gestores e pesquisadores interpretem corretamente os documentos que passarão a orientar a prática nos próximos anos.

Justifica-se, portanto, uma análise crítica que situe a decisão da SBC no interior da trajetória mais ampla da medicina baseada em evidências, que examine os fundamentos metodológicos do GRADE e do PICO e que pondere as convergências e tensões entre o modelo emergente e o arcabouço tradicional. O objetivo geral deste artigo é analisar a adoção do sistema GRADE e das perguntas PICO nas diretrizes da SBC, discutindo suas implicações para a padronização do nível de evidência e para a redefinição de diretrizes e posicionamentos no âmbito da medicina baseada em evidências brasileira. Como objetivos específicos, busca-se descrever os fundamentos históricos e conceituais das ferramentas adotadas, comparar o modelo anterior com o novo, e identificar desafios e lacunas relacionados à sua implementação.

A relevância científica da discussão transcende o interesse corporativo da cardiologia. A SBC figura entre as sociedades médicas mais influentes do país, e suas escolhas metodológicas tendem a repercutir sobre outras especialidades, sobre a formação médica e sobre os processos de incorporação tecnológica no sistema de saúde. Analisar essa transição contribui, assim, para o debate mais amplo sobre a qualidade e a confiabilidade das diretrizes clínicas produzidas no Brasil.

2 METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa da literatura, modalidade apropriada para descrever e discutir o estado da arte de um tema sob perspectiva teórica e contextual, permitindo a interpretação crítica e a articulação de fontes de naturezas distintas.[4] Diferentemente da revisão sistemática, a revisão narrativa não pretende esgotar exaustivamente a produção sobre o tema nem quantificar efeitos, mas oferecer síntese qualificada e argumentativamente orientada, adequada à natureza conceitual e normativa do objeto aqui examinado.

A estratégia de busca foi conduzida entre os meses iniciais de 2026, nas bases PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar e no Directory of Open Access Journals (DOAJ), complementadas por consulta a documentos oficiais da Sociedade Brasileira de Cardiologia, da Organização Mundial

da Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil. Foram empregados, isoladamente e em combinações booleanas, os descritores e termos livres: *"GRADE"*, *"PICO"*, *"clinical practice guidelines"*, *"evidence-based medicine"*, *"quality of evidence"*, *"strength of recommendation"*, *"Sociedade Brasileira de Cardiologia"* e *"diretrizes"*, nos idiomas português e inglês.

Adotaram-se como critérios de inclusão: publicações que abordassem os fundamentos metodológicos do sistema GRADE e da estruturação de perguntas clínicas; documentos normativos de sociedades científicas e de organismos oficiais sobre elaboração de diretrizes; e artigos que discutissem a evolução histórica da medicina baseada em evidências. Priorizaram-se referências dos últimos cinco anos, admitindo-se, contudo, publicações clássicas cuja relevância seminal justifica a citação — como os artigos fundadores do GRADE Working Group e os textos inaugurais da medicina baseada em evidências, insubstituíveis por versões mais recentes. Foram excluídos materiais sem revisão editorial, resumos de congresso sem texto completo e documentos cuja procedência não pôde ser verificada.

A análise do material seguiu abordagem interpretativa e comparativa. Os documentos foram organizados em três núcleos temáticos — fundamentos conceituais, arquitetura metodológica e implicações normativas — e confrontados entre si a fim de identificar convergências, divergências e lacunas. O documento oficial da SBC que estabelece as novas normas foi tomado como fonte primária de referência, sendo os demais materiais mobilizados para contextualizá-lo e submetê-lo a escrutínio crítico.

3 DA OPINIÃO À EVIDÊNCIA: TRAJETÓRIA E FUNDAMENTOS

3.1 A CONSOLIDAÇÃO DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

O termo medicina baseada em evidências foi popularizado no início da década de 1990, mas suas raízes remontam a esforços anteriores de epidemiologistas clínicos que buscavam disciplinar a interpretação da literatura médica. A definição canônica proposta por Sackett e colaboradores — o uso consciencioso, explícito e criterioso da melhor evidência atual na tomada de decisões sobre o cuidado individual do paciente — deliberadamente equilibrava três componentes: a evidência oriunda da pesquisa, a expertise clínica e as circunstâncias e preferências do paciente.[1] Essa tríade permanece como referência conceitual, ainda que sua operacionalização tenha se sofisticado consideravelmente ao longo de três décadas.

A trajetória subsequente do movimento, revisitada criticamente por Djulbegovic e Guyatt, revela um deslocamento progressivo de ênfase. Se em seus primórdios a medicina baseada em evidências concentrava-se em capacitar o clínico individual a ler criticamente a literatura, o amadurecimento do campo evidenciou os limites dessa aposta: a leitura crítica isolada mostrou-se

insuficiente para dar conta do volume crescente de publicações e da complexidade das decisões.[2] A resposta a esse impasse foi o desenvolvimento de métodos estruturados de síntese — revisões sistemáticas, metanálises — e de instrumentos capazes de traduzir essa síntese em recomendações confiáveis. As diretrizes clínicas tornaram-se, nesse arranjo, o principal veículo de institucionalização da evidência.

Uma decorrência importante desse amadurecimento foi o reconhecimento de que nem toda diretriz merece igual crédito. A constatação de que documentos com o mesmo rótulo podiam apresentar rigor metodológico radicalmente distinto motivou a formulação de padrões de confiabilidade.

O influente relatório do Institute of Medicine, publicado em 2011, propôs oito padrões para diretrizes clínicas dignas de confiança, enfatizando transparência, gestão de conflitos de interesse, fundamentação em revisão sistemática, articulação explícita entre evidência e recomendação, revisão externa e atualização periódica.[5] Esses padrões converteram-se em referência internacional e influenciaram diretamente as reformas metodológicas empreendidas por sociedades científicas em diversos países, incluindo a que ora se examina.

3.2 O MODELO TRADICIONAL DE CLASSES E NÍVEIS E SUAS LIMITAÇÕES

Durante décadas, a cardiologia organizou suas recomendações segundo um sistema bidimensional. De um lado, a classe de recomendação — I, IIa, IIb ou III — expressava a direção e a intensidade da orientação, indicando se determinada conduta deveria ser realizada, se era razoável, se poderia ser considerada ou se não deveria ser adotada. De outro, o nível de evidência — A, B ou C — sinalizava a origem dos dados que sustentavam a recomendação, do maior ao menor volume de ensaios e populações estudadas.

Esse arcabouço, refinado ao longo de mais de três décadas pela força-tarefa conjunta do American College of Cardiology e da American Heart Association, possuía virtudes inegáveis: era conciso, visualmente intuitivo e permitia comunicação rápida entre pares.[6] Sua própria simplicidade, contudo, encerrava fragilidades metodológicas que se tornaram cada vez mais difíceis de ignorar à medida que a ciência da síntese de evidências avançava.

A primeira limitação dizia respeito à ambiguidade do conceito de nível de evidência. A classificação em A, B ou C apoiava-se predominantemente no desenho e na quantidade dos estudos — múltiplos ensaios randomizados versus um único ensaio ou estudos observacionais —, mas não incorporava de maneira sistemática dimensões críticas como o risco de viés dos estudos individuais, a consistência entre resultados, a precisão das estimativas ou o caráter direto da evidência em relação à pergunta clínica. Um conjunto de ensaios randomizados metodologicamente frágeis poderia, assim,

receber classificação superior a estudos observacionais robustos, contrariando o julgamento criterioso da qualidade.

A segunda limitação, mais sutil, referia-se ao acoplamento entre a força da recomendação e o nível de evidência. No modelo tradicional, evidência de alta qualidade tendia a induzir recomendações fortes, e vice-versa, como se ambas as dimensões fossem faces de uma mesma moeda. A prática clínica, entretanto, é repleta de situações em que evidência de baixa qualidade sustenta recomendações fortes — por exemplo, quando o benefício é dramático e evidente — e em que evidência de alta qualidade conduz a recomendações fracas, diante de equilíbrio delicado entre benefícios e riscos ou de custos proibitivos. A rigidez do acoplamento obscurecia esse julgamento e reduzia a transparência do raciocínio subjacente à recomendação.

Reconhecendo tais limites, a própria força-tarefa norte-americana promoveu, em 2015, uma evolução de seu sistema de classificação, refinando definições e reforçando a distinção entre magnitude do benefício e certeza da evidência.[6] Essa revisão, embora relevante, manteve a estrutura de classes, sinalizando um caminho de reforma incremental. A opção da SBC, como se verá, foi mais ambiciosa: substituir integralmente o arcabouço por um sistema concebido desde a origem para dissociar essas dimensões.

3.3 A PERGUNTA PICO COMO UNIDADE ESTRUTURANTE

A formulação de perguntas clínicas bem construídas constitui a pedra angular da medicina baseada em evidências. O acrônimo PICO, sistematizado por Richardson e colaboradores em 1995, decompõe a pergunta clínica em quatro elementos: a população ou problema, a intervenção, o comparador e o desfecho de interesse.[7] O que poderia parecer mero recurso didático revela-se, na prática, dispositivo metodológico de considerável potência, pois disciplina a busca bibliográfica, delimita os critérios de elegibilidade dos estudos e orienta a seleção dos desfechos que efetivamente importam para o paciente.

A adoção formal da pergunta PICO como ponto de partida da elaboração documental representa, no contexto da SBC, uma inflexão relevante. No modelo anterior, uma diretriz costumava abordar de modo abrangente uma condição clínica inteira — a insuficiência cardíaca, a hipertensão arterial, as síndromes coronarianas — percorrendo diagnóstico, estratificação, tratamento e seguimento em documento extenso e textual. A pergunta PICO impõe recorte distinto: em vez de cobrir a totalidade de um tema, o novo formato de recomendação parte de uma dúvida específica e delimitada, cuja resposta é buscada em revisão sistemática dedicada.

Essa mudança de escala tem consequências profundas. Ao ancorar cada recomendação em uma pergunta estruturada, torna-se possível rastrear com precisão quais estudos foram considerados, quais desfechos foram priorizados e como a evidência foi avaliada. A pergunta PICO funciona, nesse sentido, como um contrato metodológico: estabelece de antemão o que será investigado e submete o processo ao escrutínio da reprodutibilidade. Ganha-se em transparência e rastreabilidade o que eventualmente se perde em abrangência temática — tensão que será retomada na discussão.

Cabe observar que a seleção e a hierarquização dos desfechos, etapa frequentemente negligenciada, adquirem centralidade nesse arranjo. A distinção entre desfechos críticos, importantes e de importância limitada para a decisão clínica passa a ser explicitada, evitando que desfechos substitutos ou de relevância duvidosa determinem recomendações. Trata-se de deslocamento que aproxima a elaboração documental das prioridades reais dos pacientes.

3.4 O SISTEMA GRADE: ARQUITETURA E PRINCÍPIOS

O sistema GRADE emergiu, na primeira década dos anos 2000, do esforço de um grupo internacional de metodologistas insatisfeitos com a proliferação de sistemas de classificação incongruentes entre si. Seu objetivo declarado era oferecer abordagem única, sensível e transparente para graduar a qualidade da evidência e a força das recomendações.[8],[15] A adesão crescente de organizações de referência em todo o mundo — da Organização Mundial da Saúde a inúmeras sociedades científicas — consolidou o GRADE como padrão internacional de fato.

O primeiro princípio fundamental do GRADE consiste em avaliar a certeza da evidência por desfecho, e não por estudo isolado. A certeza — categorizada em alta, moderada, baixa ou muito baixa — exprime o grau de confiança de que a estimativa de efeito observada se aproxima do efeito verdadeiro.[9],[10] Ensaios clínicos randomizados iniciam a avaliação como evidência de alta certeza, e estudos observacionais como evidência de baixa certeza, mas essa posição inicial não é definitiva: cinco fatores podem rebaixar a certeza — risco de viés, inconsistência, evidência indireta, imprecisão e viés de publicação — enquanto três fatores podem elevá-la, notadamente a magnitude expressiva do efeito.

O segundo princípio, e talvez o mais consequente, é a dissociação deliberada entre a certeza da evidência e a força da recomendação. No GRADE, uma recomendação pode ser forte ou fraca, e essa força não decorre mecanicamente da certeza.[11] A determinação da força considera, além da certeza da evidência, o equilíbrio entre benefícios e malefícios, os valores e as preferências dos pacientes e a alocação de recursos. Uma recomendação forte indica que os efeitos desejáveis superam claramente

os indesejáveis para a quase totalidade dos pacientes; uma recomendação fraca reflete equilíbrio mais tênue ou incerteza que recomenda decisão compartilhada e sensível ao contexto individual.

Essa separação resolve, no plano conceitual, precisamente a ambiguidade que fragilizava o modelo tradicional de classes e níveis. Torna-se possível, por exemplo, recomendar fortemente uma conduta amparada em evidência de baixa certeza quando o benefício é inequívoco, ou recomendar fracamente uma intervenção apoiada em evidência de alta certeza quando os custos ou os riscos são elevados.[11] A explicitação desses julgamentos, longe de ser fraqueza, constitui virtude central do sistema, pois expõe ao leitor o raciocínio que conduziu à recomendação.

Convém detalhar os cinco domínios que autorizam o rebaixamento da certeza, pois neles reside boa parte do refinamento metodológico do sistema. O risco de viés diz respeito a limitações no desenho e na condução dos estudos, como ausência de cegamento ou perdas de seguimento expressivas. A inconsistência refere-se à heterogeneidade inexplicada entre os resultados de estudos distintos. A evidência indireta surge quando a população, a intervenção ou os desfechos dos estudos diferem daqueles contemplados na pergunta clínica. A imprecisão manifesta-se em intervalos de confiança amplos, que abarcam tanto benefício quanto ausência de efeito. E o viés de publicação decorre da tendência de que estudos com resultados favoráveis sejam preferencialmente divulgados. A avaliação sistemática desses domínios, item a item, substitui o julgamento holístico e pouco transparente que caracterizava o antigo nível de evidência, tornando explícitas as razões pelas quais a confiança em determinada estimativa é maior ou menor.

Para operacionalizar a passagem da evidência à recomendação, o GRADE desenvolveu os quadros de estruturação da decisão, conhecidos como frameworks Evidence to Decision. Esses quadros organizam, de forma sistemática e transparente, os critérios que o painel deve ponderar — prioridade do problema, magnitude dos efeitos desejáveis e indesejáveis, certeza da evidência, valores dos pacientes, equilíbrio entre efeitos, uso de recursos, equidade, aceitabilidade e viabilidade.[12] A adoção desses quadros converte a deliberação, historicamente opaca, em processo auditável, no qual cada consideração é registrada e justificada.

Tabela 1. Comparação entre o modelo tradicional de classes e níveis e o sistema GRADE adotado pela SBC

Aspecto	**Modelo tradicional (até 2023)**	**Sistema GRADE / PICO (a partir de 2024)**
Unidade de partida	Condição clínica ampla, abordada de forma abrangente	Pergunta estruturada em formato PICO
Qualidade da evidência	Níveis A, B e C, baseados em desenho e volume de estudos	Certeza alta, moderada, baixa ou muito baixa, avaliada por desfecho

Aspecto	Modelo tradicional (até 2023)	Sistema GRADE / PICO (a partir de 2024)
Força da recomendação	Classes I, IIa, IIb e III	Recomendação forte ou fraca, a favor ou contra
Relação entre as dimensões	Acopladas de modo implícito	Explicitamente dissociadas
Base de sustentação	Revisão por especialistas	Revisão sistemática conduzida com metodologista
Formato do documento	Extenso e textual	Objetivo e focado na pergunta

Fonte: elaborada pelos autores com base em Luna *et al.* (2024), Guyatt *et al.* (2008) e Halperin *et al.* (2016).

3.5 A REDEFINIÇÃO TERMINOLÓGICA NA NORMATIVA DA SBC

O núcleo da reforma promovida pela SBC reside na redefinição dos tipos documentais. As novas normas distinguem com precisão três categorias. As diretrizes permanecem como documentos técnicos abrangentes, destinados a orientar os profissionais sobre a abordagem de determinada condição de saúde. Os posicionamentos passam a designar documentos de natureza normativa, regulatória ou educacional, com finalidade distinta da orientação clínica direta. E, como principal inovação, cria-se a recomendação: documento menor, objetivo e focado, elaborado a partir de revisão sistemática para responder a uma pergunta PICO específica.[3]

A recomendação constitui, na nova arquitetura, o elemento básico a partir do qual as diretrizes serão progressivamente construídas e atualizadas. Cada recomendação parte de uma pergunta clínica delimitada, apoia-se em revisão sistemática — elaborada pela própria SBC ou aproveitada da literatura existente — e culmina em uma sentença padronizada que explicita a direção, a força e a certeza da evidência.[3] O modelo de redação preconizado segue formulação padronizada: para determinada população, a Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda, a favor ou contra, a adoção de determinada estratégia, tratando-se de recomendação forte ou fraca, baseada em nível de certeza alto, moderado, baixo ou muito baixo da evidência científica.

Essa padronização da sentença de recomendação tem valor prático considerável. Ao fixar uma estrutura sintática única, reduz-se a ambiguidade interpretativa e facilita-se a extração automatizada e a comparação entre recomendações. O leitor passa a encontrar, em cada enunciado, os mesmos elementos dispostos na mesma ordem, o que confere previsibilidade e transparência à comunicação. A recomendação deixa de ser um parágrafo de prosa sujeito a leituras divergentes e converte-se em enunciado estruturado.

A lógica da modularidade que sustenta o novo formato responde, ainda, a um problema crônico das diretrizes: a defasagem. Documentos extensos, revisados a intervalos de vários anos, tendiam a

conviver com evidências que os tornavam parcialmente obsoletos antes mesmo de sua atualização formal. Ao decompor a diretriz em recomendações modulares, cada qual ancorada em uma pergunta específica, torna-se possível atualizar seletivamente aquelas cujo corpo de evidência se modificou, sem a necessidade de reescrever o documento inteiro. Essa arquitetura aproxima a SBC do conceito de diretrizes vivas, continuamente revisadas à medida que novas evidências emergem.

3.6 PAINÉIS MULTIDISCIPLINARES, METODOLOGISTAS E CONFLITOS DE INTERESSE

A reforma metodológica não se restringe a instrumentos técnicos; ela reconfigura também os atores e os processos da elaboração documental. As novas normas substituem a lógica do especialista isolado pela de um painel diverso e multidisciplinar, no qual se distribuem funções bem definidas: coordenador de diretriz, editor de recomendações, membros do painel, metodologista, grupo revisor e membros responsáveis pela integração.[3]

A figura do metodologista assume relevância particular. Cabe a esse profissional conduzir ou supervisionar a revisão sistemática, aplicar os critérios do GRADE para graduar a certeza da evidência e assegurar a integridade do processo que vai da pergunta à recomendação.[13] Sua presença institucionaliza a separação de papéis entre o conhecimento clínico especializado e a competência metodológica, reduzindo o risco de que preferências pessoais dos especialistas contaminem a avaliação da evidência. Essa divisão de trabalho reflete recomendação consolidada na literatura internacional sobre desenvolvimento de diretrizes confiáveis.

No que tange aos conflitos de interesse, as novas normas ampliam o escopo da avaliação. O processo evolui da análise restrita a conflitos financeiros para a consideração conjunta de conflitos financeiros e intelectuais.[3] O reconhecimento de que vínculos intelectuais — a defesa pública prévia de determinada posição, por exemplo — podem enviesar julgamentos tanto quanto interesses econômicos representa avanço maduro, alinhado às melhores práticas internacionais de governança de diretrizes. A gestão transparente desses conflitos, incluindo a eventual restrição de voto de membros conflitados em recomendações específicas, reforça a credibilidade dos documentos.

Um princípio adicional consagrado nas novas normas é a incorporação das perspectivas de todos os afetados pela diretriz. Reitera-se que os documentos devem ser desenvolvidos levando em consideração as opiniões de profissionais de saúde, pacientes e seus cuidadores, gestores do sistema de saúde, órgãos governamentais e o sistema suplementar.[3] Essa abertura à participação amplia a legitimidade social das recomendações e aproxima a elaboração documental do ideal deliberativo que orienta a produção de diretrizes confiáveis.

3.7 ALINHAMENTO COM MARCOS METODOLÓGICOS INTERNACIONAIS

A reforma da SBC não ocorre isoladamente; inscreve-se em um movimento internacional de padronização da elaboração de diretrizes. As novas normas alinham-se explicitamente às orientações da Guidelines International Network e ao instrumento de verificação desenvolvido em colaboração com a Universidade McMaster, que sistematiza as etapas de um empreendimento de diretriz bem-sucedido.[3]

Esse instrumento abrangente enumera dezenas de itens que os elaboradores devem considerar, da organização inicial e definição do escopo à disseminação e atualização, passando pela gestão de conflitos, pela seleção de desfechos e pela formulação das recomendações.[13],[14] Sua incorporação pela SBC indica compromisso com um padrão de rigor comparável ao de organizações de referência mundial.

No plano nacional, a decisão da SBC dialoga com a trajetória do próprio Ministério da Saúde, que já havia adotado o GRADE em suas diretrizes metodológicas para a tomada de decisão em saúde e para a avaliação de tecnologias no âmbito do sistema público.[16] Há, portanto, convergência entre a sociedade científica e a autoridade sanitária em torno de um vocabulário metodológico comum, o que facilita a interlocução entre a produção de conhecimento cardiológico e os processos de incorporação tecnológica e de formulação de políticas.

A própria Organização Mundial da Saúde consolidou o GRADE como método de referência em seu manual de elaboração de diretrizes, reforçando a legitimidade internacional da escolha.[17] A adesão da SBC insere a cardiologia brasileira nessa comunidade metodológica global, com ganhos de comparabilidade e de reconhecimento externo dos documentos produzidos no país.

3.8 A TRANSIÇÃO EM CURSO: DOS DOCUMENTOS CONSOLIDADOS ÀS PRIMEIRAS APLICAÇÕES

A compreensão do alcance da reforma exige situá-la em relação ao acervo documental que a antecede. Diretrizes de grande impacto elaboradas sob o modelo anterior, como a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda, organizavam extensas recomendações segundo classes e níveis, cobrindo integralmente o espectro do diagnóstico ao tratamento em documento de centenas de páginas.[18] Documentos dessa natureza permanecerão em vigor e em uso durante o período de transição, o que torna inevitável a convivência entre gramáticas metodológicas distintas. Longe de ser mera inconveniência, essa coexistência exige do profissional a capacidade de transitar entre dois vocabulários, interpretando com igual fluência tanto a classe IIa quanto a recomendação fraca ancorada em certeza moderada.

As diretrizes mais recentes já refletem, em graus variados, a incorporação dos novos princípios metodológicos. A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025, fruto de esforço conjunto de múltiplas sociedades, e a Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose do mesmo ano ilustram o movimento de aproximação aos fundamentos da síntese estruturada de evidências, ainda que preservem, em parte, elementos do formato consolidado.[19],[20] Essas publicações evidenciam o caráter gradual e híbrido da transição: em vez de ruptura abrupta, observa-se migração progressiva, na qual os princípios do GRADE e do PICO são incorporados de maneira incremental, respeitando a maturação institucional dos processos e a curva de aprendizado dos elaboradores.

A Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória de 2024 constitui outro exemplo relevante do momento de inflexão, ao articular recomendações em torno de questões clínicas específicas relativas à estratificação de risco e à conduta perioperatória.[21] O exame comparativo desses documentos recentes sugere que a reforma metodológica não se implanta por decreto, mas se sedimenta pela prática reiterada, à medida que painéis sucessivos internalizam a lógica das perguntas estruturadas e da graduação transparente da certeza. Esse caráter processual reforça a importância de mecanismos institucionais de capacitação e de controle de qualidade que assegurem consistência entre os documentos produzidos por diferentes grupos de trabalho.

Um aspecto que merece destaque é o potencial das novas normas para viabilizar o conceito de atualização contínua. No modelo consolidado, o intervalo entre versões de uma diretriz podia estender-se por muitos anos, período durante o qual evidências relevantes acumulavam-se sem incorporação formal. A modularidade das recomendações, cada qual vinculada a uma pergunta PICO delimitada e a uma revisão sistemática rastreável, cria as condições para uma vigilância seletiva da literatura: quando surge evidência capaz de modificar o balanço de uma pergunta específica, apenas a recomendação correspondente precisa ser revisada. Essa arquitetura, se plenamente operacionalizada, tem o potencial de reduzir substancialmente a defasagem entre a produção científica e sua tradução normativa.

4 DISCUSSÃO

A análise do conjunto de fontes examinadas permite identificar convergências robustas, divergências significativas e lacunas que demandam atenção. A discussão que segue organiza-se em torno desses três eixos, buscando ponderar criticamente o alcance e os limites da transição empreendida pela SBC.

4.1 CONVERGÊNCIAS: TRANSPARÊNCIA, REPRODUTIBILIDADE E ALINHAMENTO INTERNACIONAL

O ponto de convergência mais evidente entre as fontes analisadas diz respeito ao ganho de transparência. Tanto a literatura fundacional do GRADE quanto os marcos de confiabilidade de diretrizes convergem na premissa de que a força de uma recomendação depende menos da autoridade de quem a emite e mais da explicitação do processo que a produziu.[5] A adoção do GRADE pela SBC materializa essa premissa ao exigir que cada recomendação torne visíveis a certeza da evidência, o julgamento sobre benefícios e riscos e as considerações sobre valores e recursos. O que antes permanecia implícito no juízo de especialistas passa a ser registrado e auditável.

Um segundo ponto de convergência reside na reprodutibilidade. Ao ancorar as recomendações em perguntas PICO e revisões sistemáticas, o novo modelo permite que terceiros rastreiem o caminho percorrido entre a pergunta e a resposta. Essa rastreabilidade aproxima a elaboração de diretrizes dos padrões de reprodutibilidade que se espera de qualquer produção científica de qualidade, deslocando o documento do terreno da opinião autorizada para o da síntese metodologicamente disciplinada.

A convergência com iniciativas internacionais e com a política nacional de saúde constitui terceiro elemento de solidez. O alinhamento simultâneo às orientações da Guidelines International Network, às práticas da Organização Mundial da Saúde e às diretrizes metodológicas do Ministério da Saúde confere à reforma da SBC uma coerência sistêmica que transcende a cardiologia.[16] A adoção de um vocabulário metodológico compartilhado facilita a interoperabilidade entre a produção científica das sociedades e os processos decisórios do sistema de saúde, com potencial benefício para a racionalização da incorporação tecnológica.

4.2 DIVERGÊNCIAS: RUPTURA COM O MODELO CONSAGRADO

A divergência mais expressiva situa-se na relação com o modelo tradicional de classes e níveis, ainda hegemônico em boa parte da cardiologia mundial. Enquanto a força-tarefa norte-americana optou por reformar incrementalmente seu sistema, preservando a estrutura de classes, a SBC escolheu a substituição integral pelo GRADE.[6] Essa opção mais radical traz benefícios conceituais claros — sobretudo a dissociação entre certeza e força — mas cria, no curto prazo, um descompasso terminológico entre os documentos brasileiros e boa parte da literatura cardiológica internacional que o profissional consulta cotidianamente.

Esse descompasso não é trivial. O cardiologista brasileiro formado sob a lógica das classes I a III e dos níveis A a C precisará reeducar seu olhar para interpretar recomendações fortes ou fracas ancoradas em certeza alta a muito baixa. A convivência, por período indeterminado, entre diretrizes

redigidas no modelo antigo e recomendações no formato GRADE pode gerar confusão interpretativa, sobretudo entre profissionais menos familiarizados com os fundamentos metodológicos. A própria SBC reconhece essa tensão ao adotar uma abordagem híbrida de transição, que admite a convivência de elementos dos dois modelos durante o período de migração.

Há, ademais, uma divergência de natureza mais profunda quanto à concepção do próprio documento. O modelo tradicional privilegiava a abrangência: a diretriz como tratado que cobria integralmente uma condição. O modelo emergente privilegia a granularidade: a recomendação como resposta a uma pergunta delimitada. Ambas as concepções têm mérito, e a substituição de uma pela outra implica renúncias. A abordagem modular ganha em precisão e atualização, mas pode fragmentar a visão de conjunto que o clínico necessita ao abordar um paciente cuja condição não se reduz a perguntas isoladas.

4.3 LACUNAS E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO

A primeira lacuna significativa refere-se à disponibilidade de metodologistas qualificados. O sistema GRADE, para ser aplicado com rigor, exige competência técnica específica em síntese de evidências e em graduação da certeza — competência ainda escassa no país.[13] A dependência de um número limitado de profissionais capacitados pode converter-se em gargalo operacional, retardando a produção de recomendações e comprometendo a meta de atualização contínua. A formação de uma massa crítica de metodologistas emerge, assim, como condição de viabilidade da reforma.

A segunda lacuna diz respeito à sustentabilidade do processo. A elaboração de revisões sistemáticas dedicadas para cada pergunta PICO é atividade intensiva em tempo e recursos. Se a ambição é decompor as grandes diretrizes em múltiplas recomendações modulares, o volume de revisões sistemáticas necessárias cresce substancialmente. Sem financiamento adequado e sem infraestrutura de apoio — bibliotecários, especialistas em busca, plataformas de gestão —, há risco de que a qualidade metodológica prometida não se concretize uniformemente em todos os documentos.

Uma terceira lacuna, de ordem prática, envolve a tradução das recomendações em decisão clínica cotidiana. A dissociação entre certeza e força, embora conceitualmente superior, é mais exigente cognitivamente. O profissional precisará compreender que uma recomendação forte baseada em evidência de baixa certeza não é contradição, mas expressão de julgamento legítimo. Sem esforço substancial de educação continuada, existe o risco de que a riqueza do sistema GRADE seja subutilizada ou mal interpretada na ponta do cuidado.

Há, finalmente, uma lacuna relativa à avaliação empírica dos efeitos da reforma. A literatura examinada permite analisar os fundamentos e as intenções da mudança, mas não oferece ainda dados

sobre seu impacto real na qualidade das recomendações produzidas pela SBC, na adesão dos profissionais ou nos desfechos dos pacientes. Trata-se de reforma recente, cujos frutos só poderão ser avaliados com o acúmulo de documentos elaborados sob as novas normas e com estudos que comparem sistematicamente a qualidade metodológica antes e depois da transição.

Um desdobramento relevante da dissociação entre certeza e força reside na sua articulação com a decisão compartilhada. Recomendações fracas, por definição, sinalizam situações em que a melhor conduta depende de forma decisiva dos valores e das preferências do paciente, e nas quais o profissional deve deliberar conjuntamente em vez de prescrever de modo unilateral. Ao explicitar quando uma recomendação é fraca, o sistema GRADE oferece um mapa das zonas de incerteza legítima, orientando o clínico sobre onde o diálogo com o paciente é imprescindível. Essa dimensão, ausente do modelo tradicional de classes, aproxima a elaboração documental do ideal contemporâneo do cuidado centrado na pessoa e reforça o componente dos valores individuais que integra, desde a origem, a própria definição de medicina baseada em evidências. A subutilização desse potencial, contudo, é risco concreto: se os profissionais interpretarem recomendações fracas apenas como orientações de menor importância, perde-se justamente o convite à deliberação que elas encerram.

4.4 IMPLICAÇÕES PARA A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS BRASILEIRA

Para além da cardiologia, a decisão da SBC possui valor demonstrativo. Como uma das sociedades médicas mais influentes do país, sua adesão integral ao GRADE e ao PICO sinaliza, para outras especialidades, a viabilidade e a desejabilidade de reformas semelhantes. É plausível supor que a iniciativa exerça efeito indutor sobre o ecossistema mais amplo de produção de diretrizes no Brasil, contribuindo para elevar o padrão metodológico geral.

A convergência entre a sociedade científica e o Ministério da Saúde em torno do GRADE tem, ainda, implicação regulatória relevante. Quando a linguagem que descreve a evidência é compartilhada entre quem produz as recomendações e quem decide sobre a incorporação de tecnologias no sistema público, reduz-se o ruído na tradução do conhecimento em política.[16] Recomendações formuladas em GRADE dialogam mais diretamente com os processos de avaliação de tecnologias em saúde, favorecendo decisões de incorporação mais consistentes com a evidência disponível.

Cumpre, contudo, resguardar-se contra o otimismo ingênuo. A adoção de um sistema metodologicamente superior não garante, por si só, recomendações melhores. O GRADE é um arcabouço que organiza e explicita julgamentos, mas não os substitui: a qualidade final depende da competência de quem o aplica, da robustez das revisões sistemáticas subjacentes e da integridade da gestão de conflitos. A ferramenta é condição necessária, não suficiente. O êxito da reforma dependerá

menos da elegância do sistema e mais da seriedade e da constância com que for implementado ao longo dos anos.

5 CONCLUSÃO

A adoção do sistema GRADE e das perguntas PICO pela Sociedade Brasileira de Cardiologia configura reforma metodológica de alcance estrutural, que responde diretamente ao objetivo central proposto neste artigo: compreender o que efetivamente muda na medicina baseada em evidências brasileira com essa transição. A análise conduzida permite afirmar que a mudança opera em três planos articulados. No plano terminológico, a redefinição de diretrizes e posicionamentos e a criação do formato de recomendação instauram uma arquitetura documental modular, rastreável e passível de atualização contínua. No plano metodológico, a pergunta PICO disciplina a síntese de evidências e a ancora em revisões sistemáticas explícitas. No plano avaliativo, a padronização da certeza da evidência em quatro categorias, dissociada da força da recomendação, supera a ambiguidade que fragilizava o antigo sistema de classes e níveis.

Retomando os objetivos específicos, evidenciou-se que as ferramentas adotadas possuem fundamentação histórica e conceitual sólida, forjada ao longo de três décadas de amadurecimento da medicina baseada em evidências; que a substituição do modelo anterior representa ruptura mais ambiciosa do que a reforma incremental adotada por outras tradições cardiológicas; e que subsistem desafios concretos de implementação, sobretudo quanto à formação de metodologistas, à sustentabilidade do processo e à educação dos profissionais para a nova lógica interpretativa.

As implicações científicas da transição são substantivas. Ao alinhar-se aos marcos internacionais de confiabilidade de diretrizes e ao vocabulário metodológico já adotado pela autoridade sanitária nacional, a SBC eleva o patamar de transparência e reprodutibilidade da cardiologia brasileira e reforça a interlocução entre a produção de conhecimento e a formulação de políticas de saúde. O potencial efeito indutor sobre outras especialidades amplia o alcance dessa contribuição para além das fronteiras da cardiologia.

Reconhecem-se as limitações inerentes a uma revisão narrativa, cujo caráter interpretativo não substitui a avaliação empírica sistemática dos efeitos da reforma. Precisamente por isso, delineiam-se perspectivas claras para pesquisas futuras: estudos que comparem a qualidade metodológica das recomendações produzidas antes e depois da transição; investigações sobre a adesão dos cardiologistas ao novo formato e sobre sua compreensão da dissociação entre certeza e força; e análises de impacto que relacionem a implementação das novas normas a desfechos assistenciais. O acompanhamento longitudinal dessa transição constituirá, nos próximos anos, campo fértil de investigação sobre a

governança do conhecimento médico no Brasil. Em síntese, a reforma empreendida pela SBC representa avanço maduro e bem fundamentado, cuja consolidação dependerá menos da qualidade intrínseca das ferramentas adotadas e mais da constância e do rigor com que forem aplicadas.

REFERÊNCIAS

Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, *et al.* GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. BMJ. 2016;353:i2089. doi:10.1136/bmj.i2089.

Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, *et al.* GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol. 2013;66(7):719-25. doi:10.1016/j.jclinepi.2012.03.013.

Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, *et al.* Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2004;328(7454):1490. doi:10.1136/bmj.328.7454.1490.

Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, *et al.* GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011;64(4):401-6. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.015.

Brandão AA, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Armstrong AC, Mulinari RA, Nadruz W, *et al.* Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250624. doi:10.36660/abc.20250624.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE — manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, *et al.* AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42. doi:10.1503/cmaj.090449.

Djulbegovic B, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. Lancet. 2017;390(10092):415-23. doi:10.1016/S0140-6736(16)31592-6.

Gualandro DM, Fornari LS, Caramelli B, Abizaid AAC, Gomes BR, Tavares CAM, *et al.* Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2024. Arq Bras Cardiol. 2024;121(9):e20240590. doi:10.36660/abc.20240590.

Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, *et al.* GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. J Clin Epidemiol. 2011;64(4):383-94. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.

Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, *et al.* GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008;336(7650):924-6. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD.

Halperin JL, Levine GN, Al-Khatib SM, Birtcher KK, Bozkurt B, Brindis RG, *et al.* Further Evolution of the ACC/AHA Clinical Practice Guideline Recommendation Classification System: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2016;67(13):1572-4. doi:10.1016/j.jacc.2015.09.001.

Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington (DC): National Academies Press; 2011. doi:10.17226/13058.

Luna LC, Rey HCV, Moreira HG, Arruda JA, Barros e Silva PGM, Rocha MS. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Novas Normas, Novos Desafios. Arq Bras Cardiol. 2024;121(6):e20240258. doi:10.36660/abc.20240258.

Rached FH, Miname MH, Rocha VZ, Zimerman A, Cesena FHY, Sposito AC, *et al.* Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250640. doi:10.36660/abc.20250640.

Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RS. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. ACP J Club. 1995;123(3):A12-3. doi:10.7326/ACPJC-1995-123-3-A12.

Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, *et al.* Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol. 2018;111(3):436-539. doi:10.5935/abc.20180190.

Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul Enferm. 2007;20(2):v-vi. doi:10.1590/S0103-21002007000200001.

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312(7023):71-2. doi:10.1136/bmj.312.7023.71.

Schünemann HJ, Wiercioch W, Etxeandia I, Falavigna M, Santesso N, Mustafa R, *et al.* Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise. CMAJ. 2014;186(3):E123-42. doi:10.1503/cmaj.131237.

World Health Organization. WHO handbook for guideline development. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014.