

Capítulo 1

Escolha do artigo a ser lido

1.1. Introdução

Historicamente, a decisão médica era baseada na experiência pessoal, em observações de terceiros e no entendimento dos mecanismos fisiopatológicos das doenças⁽¹⁾. No final da década de 1980 e início dos anos 90, devido ao custo em elevação da atenção médica, surgiu um novo paradigma para a tomada de decisão, com foco na intervenção médica visando a melhoria de resultados, a ênfase no significado que o resultado tem para o paciente e o público em geral, além da explícita documentação da qualidade da evidência científica⁽²⁾.

Esta nova prática médica foi denominada de medicina baseada em evidência. Na realidade desde a Grécia antiga, a medicina procurou ser baseada em evidências⁽²⁾. A mudança ocorreu na ênfase à tomada de consciência quanto à qualidade da evidência científica disponível.

Ela foi saudada como uma maneira democrática do exercício da medicina, por não ser baseada na autoridade daquele que está tomando a decisão, e como uma forma de não desperdiçar recursos, de qualquer natureza, em atitudes cujo benefício para o paciente seja incerto. No entanto, alguns de seus conceitos foram desvirtuados, principalmente por agentes de fontes pagadoras dos serviços de saúde, que passaram a interpretar a ausência de evidência de alto nível científico como ausência de evidência útil. Segundo Woolf e George⁽²⁾ as decisões baseadas em evidências são obtidas a partir da melhor evidência disponível naquele momento para responder àquela questão que está sendo proposta⁽²⁾.

Segundo Sackett *et al*⁽³⁾, em tradução literal, “medicina baseada em evidência é o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência existente, para a tomada de decisões, acerca do cuidado de pacientes individuais”. O melhor médico é aquele que usa tanto a sua experiência clínica quanto a melhor evidência científica sendo que nenhuma das duas isoladamente é suficiente para a boa prática médica.

Ainda mais, como um dos focos é o significado que o resultado da intervenção tem para o paciente, sua participação na tomada de decisões é fundamental^(3,4).

1.2. Qualidade da evidência

Vários autores propuseram uma hierarquia para definição da qualidade da evidência científica em medicina, que está descrita no quadro 1.1⁽⁵⁾.

QUADRO 1.1 - Níveis de evidência em artigos médicos⁽⁵⁾

Níveis	Tipos de estudos clínicos
I	Experimento clínico randomizado de alto poder estatístico (grande número de pacientes incluídos) ou metanálise de múltiplos experimentos randomizados.
II	Experimento clínico randomizado de baixo poder estatístico (poucos pacientes incluídos).
III	Estudo prospectivo não randomizado. Estudo coorte e caso-controle.
IV	Estudos retrospectivos; relato de casos.

Como está descrito, o maior nível de evidência é fornecido pelos estudos prospectivos randomizados de alto poder estatístico e pelas revisões sistemáticas com metanálise de vários destes estudos.

Outros sistemas de avaliação da qualidade da evidência científica foram propostos, mas o mais usado atualmente é o sistema GRADE (*Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation*) adotado inclusive pela Organização Mundial de Saúde e pela *Cochrane Collaboration*. Este sistema é baseado na graduação da qualidade da evidência e na força das recomendações médicas subseqüentes, introduzindo, então, o valor da tomada de decisão médica; suas definições estão descritas no quadro 1.2^(6,7).

QUADRO 1.2 - Qualidade da evidência e definições segundo o sistema GRADE^(6,7)

Alta qualidade: pesquisa adicional tem pouca probabilidade de mudar nossa confiança na estimativa do efeito estudado.

Exemplos: estudo randomizado sem limitações sérias; estudo observacional bem realizado e com efeito muito grande.

Qualidade moderada: pesquisa adicional pode ter impacto importante na nossa confiança na estimativa do efeito estudado e pode mudar esta estimativa.

Exemplos: estudo randomizado com limitações sérias; estudo observacional bem realizado e com efeito grande.

Baixa qualidade: pesquisa adicional provavelmente terá importante impacto na nossa confiança na estimativa do efeito e é bem provável que mude esta estimativa.

Exemplos: estudo randomizado com limitações muito sérias; estudo observacional com importantes limitações ou baixo poder.

Qualidade muito baixa: qualquer estimativa do efeito é muito incerta.

Exemplos: estudos randomizados com limitações muito sérias e resultados inconsistentes; estudos observacionais com limitações sérias; relato de casos ou de série de casos.

Estes dois sistemas de qualificação da evidência científica coexistem em muitos textos. O primeiro, com foco no tipo de estudo clínico, é útil para avaliar como a informação foi obtida. O segundo sistema, com foco na capacidade do estudo em fazer estimativas com confiança, é mais útil na tomada de decisão em ambiente clínico.

1.3 Decisão médica em Oncologia

Recapitulando, falamos até o momento em qualidade da evidência, em confiança na nossa estimativa, no significado que a intervenção médica tem para o paciente e na sua participação na tomada de decisão médica. Na realidade há estudos mostrando que pacientes que participam ativamente do processo decisório ficam mais satisfeitos e há sugestão de que, também, podem ter melhores resultados terapêuticos⁽⁸⁾.

De fato, as décadas iniciadas em 1980 e 1990 presenciaram o surgimento de outra novidade na abordagem médica: a decisão médica compartilhada. Ela é definida como interações simultâneas entre o médico e o paciente em todos os estágios do processo decisório. O médico contribui com informações científicas acerca dos procedimentos disponíveis, seus riscos e benefícios; o paciente

fornece informações pessoais sobre sua doença, seu estilo de vida e seus valores. Ambos discutem sobre opções de conduta e negociam uma conduta mediante acordo mútuo⁽⁹⁾. Trata-se, então, de um processo dinâmico e, frequentemente, muito complexo.

Às vezes, a abordagem médica obtém resultados tão evidentes e sem muitas opções que o médico toma a decisão sem dar ao paciente chance de escolha. No entanto, em oncologia, muitas decisões são dependentes da preferência do paciente por não haver uma escolha ótima que seja adequada a todos.

Neste ambiente, decisão compartilhada é considerada a melhor opção por garantir uma atenção médica focada no paciente, por estar em conformidade com os seus direitos e desejos, por melhorar a satisfação dos pacientes com os procedimentos e por, potencialmente, melhorar os próprios resultados⁽¹⁰⁾.

No entanto, qualquer que seja a abordagem indicada em cada caso, cabe ao médico estar de posse da melhor informação científica disponível e ter condições de explicá-la aos seus pacientes.

Foge ao escopo deste manual uma análise detalhada do processo decisório em oncologia, embora percebamos a sua importância na nossa prática diária. Nossa pretensão é auxiliar o oncologista clínico a proceder a uma leitura crítica da literatura científica, saber avaliar qual a qualidade da evidência assim obtida e extrair dela as informações necessárias à sua tomada de decisão.

1.4. Como decidir qual artigo deve ser lido

Devido à plethora de artigos científicos sendo publicados nas incontáveis revistas médicas, é praticamente impossível ter acesso a toda informação existente.

De qualquer forma, e apesar do cuidado dos melhores periódicos, nem todos os artigos tem uma qualidade ótima e nem toda informação de boa qualidade é útil naquele preciso momento.

Portanto, alguma sistematização na escolha da leitura científica é necessária.

O departamento de Epidemiologia Clínica e Bioestatística da Universidade McMaster, do Canadá, publicou, em 1981, uma sistematização sobre como decidir qual artigo científico deve ser lido na íntegra. Um resumo, levemente modificado, está descrito na figura 1.1⁽¹¹⁾.

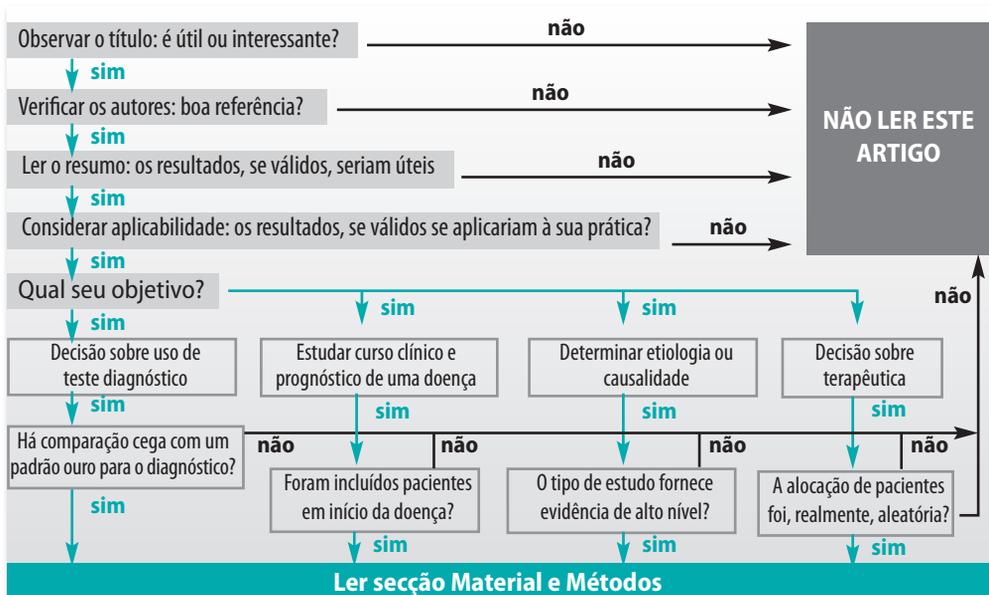


FIGURA 1.1 - Critérios para a decisão de qual artigo deve ser lido

Este guia é motivado pela necessidade constante de atualização dos médicos, na falta crônica de tempo para ler todos os artigos e, baseia-se na eliminação precoce daqueles artigos que não possuam qualidade ou utilidade naquele momento. Os médicos, assim procedendo, podem focar naqueles poucos que têm tanto validade quanto aplicabilidade à sua prática clínica⁽¹¹⁾.

Os primeiros três itens descritos já nos permitem eliminar artigos sem interesse, autores ou instituições de reconhecida má fama científica ou temas sem utilidade no momento.

O quarto item é um pouco mais complexo e no artigo original⁽¹¹⁾ recomendava que se considerasse o local onde o estudo foi realizado. Na realidade os autores pretendiam que fosse avaliado o tipo de paciente incluído no estudo para saber se os resultados assim obtidos, caso fossem considerados válidos, se aplicariam aos pacientes do leitor do artigo. Ao usar a referência ao local de realização do estudo, eles chamaram a atenção para o fato de que testes diagnósticos, ou mesmo tratamentos, desenvolvidos em uma unidade de atenção terciária de saúde (centros especializados) podem não se aplicar ao médico de família comprometido com a atenção primária.

Em oncologia, atualmente, os estudos são, frequentemente, mult institucionais e/ou internacionais e, portanto, este conceito de localização não se aplica. Mas permanece a necessidade de se avaliar a aplicabilidade dos resultados.

Se o leitor responder SIM aos quatro quesitos iniciais, antes de se dedicar à tarefa de ler a seção “Material e Métodos”, ele deve clarear qual é seu objetivo na leitura do referido artigo.

De um modo geral, podemos classificá-los em quatro grandes grupos: decidir sobre o uso de um teste diagnóstico em seus pacientes, aprender sobre o curso clínico ou fatores prognósticos de uma doença, determinar etiologia ou causalidade ou escolher entre diferentes tratamentos.

Se o objetivo é a avaliação de um novo teste diagnóstico, deve-se verificar se o estudo compara este método com um padrão-ouro e se esta comparação foi cega, ou seja, o teste foi aplicado e/ou interpretado por quem não sabia se determinado paciente estava realmente doente ou sadio. Outras características do teste, tais como especificidade e sensibilidade, e dos pacientes, como a prevalência da doença naquela população incluída no estudo, devem ser claramente descritas⁽¹²⁾. Voltaremos a este tema em maior profundidade no capítulo 4.

Se a intenção for aprender sobre o curso clínico ou fatores prognósticos de uma doença, a primeira pergunta é se todos os pacientes incluídos encontravam-se no mesmo ponto da história natural da patologia. Ao proceder desta forma há garantia de que os pacientes que faleceram ou se curaram sejam incluídos juntamente com aqueles nos quais a doença persistiu por um período mais longo⁽¹³⁾. Outras características importantes serão estudadas no capítulo 5.

Em relação à etiologia ou causalidade, a principal questão inicial é sobre a qualidade da evidência científica. Estudos randomizados são considerados aqueles que fornecem a evidência mais forte e geralmente pode-se confiar em suas conclusões. No entanto, na prática nem sempre é possível desenvolver um estudo randomizado para se estabelecer uma causalidade. Por exemplo, não se pode induzir uma infecção aguda em um grupo de pessoas (e não em outro grupo) para se avaliar a possível causa de uma nefrite aguda. Isto é claramente antiético. Então, com frequência, estudos de causalidade são estudos de Coorte e, embora, passíveis de vieses, seus resultados podem, às vezes, ser confiáveis. Outro tipo de estudo eventualmente utilizado é o do tipo caso-controle que embora produza uma evidência científica fraca é o único desenho possível em condições muito raras. Nestas circunstâncias podemos ser forçados, mesmo com alguma relutância, a confiar nos seus resultados. Para constar, a descrição de série de casos produz evidência científica tão fraca que não deve ser usada nos estudos de causalidade⁽¹⁴⁾.

Na escolha de qual o melhor tratamento para um determinado paciente, a principal pergunta inicial é se o estudo alocou os pacientes aos diferentes tratamentos de maneira aleatória. Esta questão será melhor abordada no capítulo 8, mas podemos afirmar brevemente que o estudo

randomizado elimina a maioria dos vieses que levam aos falsos resultados dos estudos não-randomizados. Será muito mais provável beneficiarmos o nosso paciente e muito menos provável prejudicá-lo, se nossa decisão terapêutica for baseada em experimentos clínicos bem realizados⁽¹⁵⁾. Evidentemente, em algumas situações o estudo randomizado não está disponível. Em oncologia isto ocorre mais frequentemente quando o evento é raro, como por exemplo, em neoplasia de baixa incidência, nos casos de recidiva após várias linhas terapêuticas ou naquelas neoplasias de prognóstico tão ruim que qualquer benefício terapêutico pode ser considerado relevante. No entanto, o conhecimento assim obtido é sempre uma informação incompleta sujeita a incerteza de grandeza desconhecida e deve ser utilizada com prudência e desconfiança.

Após estas considerações, se o leitor considerar que o artigo deva ser lido, o próximo passo é a leitura da seção material e métodos.

O corpo deste Manual pretende auxiliar o oncologista nesta tarefa e a ser capaz de julgar a qualidade dos vários tipos de estudos clínicos.

Os autores deste manual e a diretoria da SBOC desencorajam, com veemência, a aquisição de conhecimentos através da leitura única do resumo do artigo científico. Mesmo artigos científicos publicados em periódicos de renome com revisão feita por peritos, podem conter erros e imperfeições.

Mesmo artigos bem elaborados e com conclusões confiáveis podem não se aplicar a todos os pacientes.

Somente a leitura crítica, aliada à reflexão e à experiência clínica, fornece ao médico os elementos essenciais para a decisão de qualidade.

Referências

1. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992 Nov 4;268(17):2420-5.
2. Woolf SH, George JN. Evidence-based medicine. Interpreting studies and setting policy. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2000 Aug;14(4):761-84. Review.
3. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996 Jan 13;312(7023):71-2.
4. Guyatt GH, Haynes RB, Jaeschke RZ, Cook DJ, Green L, Naylor CD, Wilson MC, Richardson WS. Users' Guides to the Medical Literature: XXV. Evidence-based medicine: principles for applying the Users' Guides to patient care. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*. 2000 Sep 13;284(10):1290-6.
5. Lyman GH, Eisenberg PD, Canellos GP, Browman GP. Evidence-Based Oncology Meets Clinical Experience: Opportunities and challenges. *ASCO Educational Book*, 2001; 263-71.
6. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, *et al*; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008 Apr 26;336(7650):924-6.