

A quantidade de informações geradas pelo sistema de saúde mundial se aproxima de 2.000.000 artigos científicos por ano, só em revistas indexadas, proporcionando uma massa de conteúdos de difícil assimilação pelo médico que atua junto ao paciente. Neste total há as mais variadas formas de informação da qual uma quantidade reduzida pode ser considerada útil do ponto de vista científico. O sistema editorial nas ciências da saúde tem procurado estudar e estabelecer formas de aferir a qualidade deste produto científico através de seminários associações de editores e pesquisadores e comitê como o International Committee for Medical Journal Editors (ICMJE), que pretende definir padrões formais para a veiculação de pesquisas científicas e com isso, pelo menos, padronizar o fluxo informativo e facilitar a leitura e o acesso aos artigos.

Há diversas maneiras de controlar a qualidade de um artigo científico. Basicamente temos quatro que são utilizadas de maneira rotineira pelo sistema de saúde: indexação dos periódicos em grandes bancos de dados; aferição de índices bibliométricos, tais como fator de impacto e índice de citação das revistas; submissão dos artigos à avaliação técnica prévia ao aceite por parte dos editores (revisão por pares) e leitura apurada em grupos de pessoas com notório saber nos assuntos abordados. Cada uma destas formas de avaliação tem seus prós e seus contras, mas de antemão sabemos que nenhuma consegue mensurar em sua completude a utilidade e adequação de um artigo científico. O sistema de indexação de periódicos científicos tem uma história de longa data, mas foi a partir do final da década de 1980, com o advento da Internet que os instrumentos de busca automática alavancaram a procura nas bibliotecas existentes e, com a digitalização de parte (título, autores, descritores, resumo) ou mesmo de todo o texto, hoje os diversos mecanismos de busca on-line são a principal forma de pesquisa bibliográfica utilizada.

Entretanto, os bancos de dados mais visitados pela área médica como o EMBASE e A Excerpta Médica do Medline, o Science Citation Index (SCI) do Institute for Scientific Information (ISI), o LILACS e o Scielo da BIREME, representam instrumentos em que a forma e a periodicidade são devidamente avaliadas, mas não tem qualquer controle de qualidade quanto ao conteúdo dos artigos publicados nas revistas. Nos dias de hoje, apenas o ISI tem uma forma indireta de avaliação de qualidade, que é feita a partir de uma contabilização do fator de impacto da revista e não do artigo. Esta, a aferição de índices bibliométricos das revistas, é a segunda maneira de avaliação que encontramos. Como isto é feito: divide-se o total de citações recebidas em revistas da base de dados ISI por artigos da revista no período de um ano pelo total de artigos publicados nela nos dois anos anteriores. Desta forma se tem uma idéia de como a revista é citada. Há problemas óbvios neste método, uma vez que se houver um artigo seminal, de grande impacto na área pela qualidade ou até pela discordância e controvérsia gerada no meio acadêmico, ou mesmo se houver um artigo de revisão que, por ser bem elaborado, venha a servir de esteio para muitos trabalhos científicos, a revista terá seu fator de impacto artificialmente inflado, não representando necessariamente que os outros artigos publicados tenham procura ou qualidade confirmadas.

Outro método de aferição de procura e leitura dos artigos é o índice de citação, que mede a quantidade de vezes que um artigo foi citado por artigos de revistas da mesma base de dados, após dois anos de sua publicação. Embora este mecanismo tenha a vantagem de avaliar o artigo e não a revista, há fatores indiretos muito relevantes que podem contaminar o resultado. Um destes fatores é o número de revistas da mesma área de interesse existente na base de dados e o número de artigos que cada uma publica, ou seja, um artigo de especialidade pequena com poucos e diminutos periódicos indexados na base de dados provavelmente terá menor chance de ser citado que um artigo com interesse geral de uma grande área médica com diversos periódicos indexados na base de dados, com uma produção exuberante.

Outro problema existente é o fator língua. Artigos em inglês são mais procurados e lidos e, conseqüentemente, citados do que os em outras línguas e isso não garante sua qualidade.

Um último modo de avaliar a qualidade é o que está sendo feito no Scielo (Scientific electronic library on-line), onde os periódicos têm seu acesso ao texto completo, via Internet, contabilizados. Desta forma se mensura o interesse levantado pelo artigo. Infelizmente, esta modalidade de avaliação também não garante a qualidade científica dos artigos.

A terceira maneira habitual de se avaliar a qualidade dos artigos produzidos é a existência de um sistema de crítica científica determinada por pares acadêmicos que dão o crivo científico aos trabalhos aprovados nas revistas. Embora na teoria esta fosse a maneira mais eficaz de se determinar a adequação científica e a utilidade prática de um artigo científico, encontramos freqüentemente o obstáculo da falta de uniformidade de formação dos consultores ad hoc, o desequilíbrio de interesse dedicado aos critérios de avaliação, as disputas acadêmicas que podem ocorrer mesmo quando o sigilo é preservado e finalmente o bloqueio existente nas cadeiras clássicas ao surgimento de novidades ou surpresas extra paradigmáticas, acabam por fazer com que conceitos muito diferentes da norma sejam refutados impiedosamente.

A quarta das maneiras de avaliação da qualidade é a leitura pormenorizada e crítica por indivíduos ou grupos de indivíduos dentro de ambientes habilitados para a observação criteriosa de conceitos científicos utilizados nos artigos. Esta é a prática mais antiga e talvez mais eficaz de se determinar a qualidade de um artigo científico. O grande problema desta modalidade é sua morosidade e dificuldade em lidar com o enorme volume de informação existente.

Todos sabemos e temos percebido em nosso dia-a-dia de atendimento, que os custos para a execução de procedimentos, na lida rotineira da Medicina têm sentido uma escalada contínua, com o advento de equipamentos e exames de última geração. A preocupação em não ser negligente, a dificuldade em ser apto e habilitado para desempenhar o papel que o cliente espera de nós, como especialistas, nos força a procurar estarmos atualizados e sabermos discernir o que é adequado, eficaz e necessário do que é exagerado e dispensável. Esta diferença tem uma linha bastante tênue em diversas situações e, as vezes, é difícil se traçar uma estratégia diagnóstica e terapêutica sem suscitar dúvidas quanto ao que é utilizável e o que é imprescindível. Esta é uma preocupação mundial, e a busca de procedimentos padrão para entidades habituais, vai ao encontro ao desejo de globalização de todas as atividades da vida social. Entretanto, se não houver meios seguros de estabelecer o que pode ser melhor para nossos pacientes, a disputa de interesses econômicos no financiamento da saúde da população pode fazer prevalecer o conceito de suficiência em detrimento do de necessidade, ou seja, fazer o mínimo justificável sem exceder padrões ainda não justificáveis. O lema de “gastar o menos possível” pode ser vantajoso para alguns e nem tanto para outros.

Conscientes de todas estas dificuldades, uma das maneiras que vem surgindo com muita força para se contornar o problema da quantidade de informações sobre diversos assuntos tem sido a possibilidade de se obter informações tratadas de forma sistemática e metódica.

O que vem a ser isto? Este conceito está incorporado no que vem sendo chamada de Medicina baseada em evidências (MBE). A prática da MBE é a integração da experiência médica individual com a melhor evidência clínica externa acessível a partir de pesquisa sistematizada das informações disponíveis, associados com os valores e expectativas dos próprios pacientes. A MBE pode ser exercida pela Saúde privada e pública sendo, segundo Brownson, “o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de programas e políticas efetivos em saúde pública, através da aplicação de princípios de raciocínio científico incluindo o uso sistemático de informações e programas de planejamento modelares”. Mas de onde vem a boa evidência? Em geral, uma boa revisão é o estado da arte da síntese da evidência corrente em uma dada questão. Infelizmente, frente à explosão de informação dispersa, os artigos de revisão bem feitos são escassos e podem representar um papel chave no processo de tomada de decisões. Para se ter uma idéia, se considera ser necessária a leitura de pelo menos 17 artigos científicos por dia para que um médico generalista possa estar atualizado em sua área.

Atualmente identificamos dois tipos de revisão na literatura. A primeira é a dita revisão tradicional, que pode ser uma atualização no assunto ou uma compilação de dados conhecidos, escritos de forma a apresentar a opinião de experts, sendo uma transcrição qualitativa e sumarizada das evidências. Raramente envolve algum método formal de levantamento e análise/interpretação dos dados. A segunda é a revisão sistemática na qual se faz uma procura compreensiva dos estudos relevantes em um tópico específico e em seguida se estabelece uma avaliação com método devidamente e preliminarmente determinado. Uma vez que uma revisão sistemática seja implementada, dependendo das condições estabelecidas para a coleta dos dados, pode-se procurar agrupar todos os estudos em um formato de meta-análise onde cada sujeito passa a ter seu espaço dentro da avaliação global e estatística (análise agrupada).

Quais seriam as vantagens da revisão sistemática em relação às revisões narrativas tradicionais? Estas últimas tendem a serem subjetivas, tendendo a vieses indesejados, baseando-se em levantamentos muito setorizados e insuficientes com uma visão seletiva e específica dos assuntos. Além disso, na maioria das vezes não se determina e explicita como e com que objetivos foi feito o levantamento bibliográfico. Não há critérios de inclusão e exclusão e não há parâmetros de qualidade para a coleta e para os elementos coletados. Com isso, não é possível julgar sua eficácia e importância. Não há como replicar a pesquisa, pois os métodos utilizados não são expostos. Os autores usam as evidências para sustentar seus pontos de vista e não há como diferenciar experiência pessoal de evidência de pesquisa. Desta forma, revisões sobre o mesmo assunto podem trazer conclusões opostas. Por outro lado, as revisões sistemáticas excluem as opiniões pessoais, não exigindo a figura de um expert para serem validadas. Por serem mais objetivas evitam os erros com maior facilidade. Tem métodos bem delineados e explícitos, favorecendo um levantamento compreensivo e lógico da literatura. Os trabalhos devem cumprir critérios de inclusão e exclusão para serem coletados e uma vez obtidos, passam por averiguação quanto à sua qualidade e oportunidade de inclusão que são devidamente justificados no método. Sendo assim, as revisões sistemáticas podem ser criticadas e replicadas por colegas. A confecção de uma revisão sistemática é um processo estruturado que envolve passos como a determinação de uma questão bem formulada, uma procura de informações compreensiva e abrangente, um processo de seleção sem fatores de viés, uma avaliação crítica do material coletado e a síntese dos dados obtidos. Cada um destes tópicos tem suas características intrínsecas que devem ser acolhidas para a obtenção de um resultado final satisfatório.

Em geral, as perguntas objetivas e de foco estreito são melhores para as revisões sistemáticas, pois levam a procuras mais fáceis e melhores, com critérios de inclusão e exclusão mais factíveis e melhor identificáveis e com desfechos mais objetivos e categóricos.

Afora as facilidades metodológicas, este tipo de pergunta facilita a crítica por parte do leitor, ajudando-o a decidir se ela é relevante e adequada e, portanto, tendo maior chance de levantar respostas úteis para que as procura. Como estes estudos são mais específicos, a probabilidade de formularem novas questões é maior do que as revisões que trazem questões muito amplas e gerais. Os estudos de revisão podem se ater a questões as mais diversas, desde estudos de etiologia, diagnóstico, terapia, prognóstico até estudos de custos e efeitos adversos. Cada estudo tem seu desenho metodológico específico, sendo importante que o autor se preocupe em fazer uma pergunta bem definida para iniciá-lo. Os desenhos de estudo mais habituais são os clínicos randomizados, de corte com corte transversal e longitudinal e caso-controle. Cada questão deve ter o universo amostral (pacientes), o tipo de intervenção ou interferência que será estudado, qual será o controle e qual será o desfecho de interesse. A amostra deve ter sua definição quanto a doença ou condição em que se encontra, deve ter um detalhamento do estágio ou severidade de sua condição e suas características demográficas. A intervenção ou interferência deve ser claramente descrita quanto ao tipo, tempo, dose, técnica, via de administração, frequência, etc. Os grupos de comparação podem ser um controle onde a intervenção ou o risco não se aplicam ou pode ter um tipo de intervenção alternativo ou placebo. O desfecho deve ser bem definido e facilmente identificável, com sua descrição reconhecível e o método de avaliação delineado. Pode ser dicotômico (presente ou ausente) ou contínuo e deve se encaixar nas modalidades como mortalidade, morbidade, anormalidade, qualidade de vida, resposta positiva ou negativa, etc.

Uma vez definida a questão, é preciso saber se o que pretende estudar já não foi feito anteriormente. Uma busca inicial em bibliotecas especializadas em revisões como a Cochrane e a DARE será útil. Também a procura na PubMed, com filtros que identifiquem as revisões sistemáticas, poderá trazer informações sobre a quantidade de estudos e a maneira com que o tema foi abordado.

Mesmo havendo estudos prévios, sempre poderá haver maneiras de melhorá-lo. Não sendo possível elaborar um estudo mais eficiente, provavelmente o melhor será reformular a sua questão. Não havendo estudos prévios ou ao se considerar pertinente uma nova pesquisa sobre o assunto, iniciamos o plano de ação. Uma das mais freqüentes sugestões encontradas nos meios dedicados às revisões sistemáticas é a de iniciar o processo com um pequeno rascunho englobando as premissas teóricas que levaram à dúvida, as quatro situações básicas da dúvida (pacientes, intervenção, comparação e desfecho), o tipo de estudo que procurará (clínico randomizado, corte ou caso-controle) e o método de pesquisa de que lançará mão.

As razões para começarmos por este resumo são a necessidade de uma meditação prévia sobre as necessidades que o levaram a ter a curiosidade levantada e sobre o melhor plano para atingir uma solução. Tendo um plano resumido disponível um pequeno estudo piloto, com escopo de tempo e perguntas mais abertas, na PubMed pode deixar expostas as virtudes e dificuldades que poderá encontrar no estudo definitivo. Este estudo deve ser encarado como se fosse o estudo final. As estratégias de extração de dados, os critérios de inclusão e exclusão, a maneira de interpretação dos dados devem ser estabelecidas e executadas com rigor. Este estudo piloto será o padrão para as correções e redelineamento para o seu estudo definitivo. Um dos momentos mais importantes do projeto é quando determinamos a estratégia para identificação dos estudos. Há diversos bancos de dados disponíveis que podem se complementar ou se sobrepor, há bancos de dados regionais e globais e alguns podem ser especializados em questões ou em línguas como o inglês. Também a definição sobre busca automática, on-line ou manual e as palavras-chave usadas são importantes quando se pretende fazer uma coleta abrangente da literatura. Isto inclui a possibilidade de analisar trabalhos não publicados ou em andamento e comunicações orais. Também o período de tempo analisado e sua justificativa devem ser definidos.

O método de revisão deve incluir a elegibilidade dos trabalhos, a coleção (biblioteca), a maneira de avaliar a qualidade metodológica e a maneira de se analisar os dados. A elegibilidade dos artigos se refere aos critérios para excluí-los e para incluí-los. Quais e quantos serão os revisores e quais serão as maneiras de solucionar discordâncias entre eles. Os artigos serão revistos de maneira cega ou não? Depois de definidos os artigos elegíveis, as mesmas questões devem ser endereçadas quanto aos parâmetros de interesse. Quem e quais serão os revisores, qual será a informação considerada útil, como decidir desavenças, a necessidade de estudo cego e se vai ser feito estudo de validade entre os diversos revisores. Uma vez extraídos os dados, devemos avaliar sobre a qualidade dos estudos. Neste momento diversas questões deverão ser respondidas como quais e quantos revisores deverão fazer isto, que instrumento ou escala vai ser usada para tanto, vamos ou não usar escores de qualidade, se a avaliação será cega, como resolver discordâncias, como aferir validade e diferenças inter-revisores e como será usado o resultado deste estudo de qualidade.

Finalmente, tendo os dados coletados e devidamente avaliados quanto à qualidade dos estudos que os forneceram temos a análise dos dados. Também aqui surgem questões do tipo: que programa utilizar para analisá-los? Há heterogeneidade nos resultados? Se houver, como fazer para identificar suas razões? No caso de meta-análise, que maneira será usada para combinar os dados (aleatória ou com efeito fixo)? Serão feitos estudos de sensibilidade? Como vemos, há muito trabalho para se desenvolver uma revisão sistemática, mas ela é importante e traz um impacto significativo para o dia-a-dia dos praticantes da Medicina. Além disso, este impacto é seguro e duradouro, garantindo um longo período de citações para o trabalho quando bem elaborado.

Infelizmente, não há uma tradição na confecção de estudos de revisão sistemática em nosso país, considerando a produção científica nacional e as dimensões continentais do Brasil percebemos que algo deve ser feito. Segundo Rodrigues (editor da revista Memórias do Instituto Oswaldo Cruz) “A produção científica brasileira, medida por número de artigos em periódicos científicos internacionais indexados pelo ISI, mais que quintuplicou de 1981 a 2001, passando de 1.889 artigos publicados em 1981 para 10.555 em 2001, segundo o Ministério da Ciência e Tecnologia do Brasil, baseado em levantamento do ISI (Izique, C., Pesquisa Fapesp, 2002). Conseqüentemente houve um crescimento das publicações brasileiras de 0,44% da produção científica mundial em 1981 para 1,4% em 2001. Este fato reflete naturalmente o aumento das pessoas qualificadas para a pesquisa (doutores e mestres), que triplicou nos últimos dez anos. O aumento das publicações brasileiras em revistas internacionais indexadas representa apenas uma parte desse crescimento. Se considerarmos ainda as revistas indexadas pelo SciELO, não incluídas no ISI, esse aumento seria acrescido em pelo menos um terço, chegando aos 13.000 - 14.000 artigos entre os internacionais e nacionais indexados, sem contar os artigos de 80% de outras revistas brasileiras não indexadas pelo ISI/SciELO. Por outro lado, a produção bibliográfica global de pesquisadores doutores, levantada pelo Diretório de Pesquisa do CNPq, no período de 1998 a 2001, em revistas nacionais e internacionais, apresenta uma média anual de aproximadamente 46.000 publicações, ou seja, mais de três vezes em relação às publicações indexadas. Esta sim, poderia ser considerada em parte a “ciência escondida” ou negligenciada, nos seus dois terços publicados em revistas não indexadas” A revista Acta ORL, percebendo as reais necessidades da Otorrinolaringologia brasileira e a vocação compiladora e poder de síntese de nossos pesquisadores, conclama a que associemos esforços para que, tendo este veículo disponível para publicação exortemos nossos colegas a fazê-lo.

Henrique Olival Costa