

A Importância da Educação Médica no Desafio do Cardiologista em Selecionar as Melhores Recomendações

Paulo Roberto Pereira Toscano

Universidade do Estado do Pará, Pará – Brasil

Só está realmente confuso quem está bem informado. Cláudio Conz

Ironias à parte, o desafio do cardiologista em selecionar as melhores recomendações tem no binômio quantidade versus qualidade um dos obstáculos a serem superados.

O fator quantidade é, por todos nós, sobejamente conhecido. Apenas para enfatizar, o PubMed, em 2011, estocou 18.445 referências sobre drogas antihipertensivas e 11.308 sobre fármacos para tratamento das dislipidemias. Números impressionantes de um único banco de dados, dentre vários igualmente respeitados e abarrotados de informações. Despiciendo afirmar a humana impossibilidade de acompanhar tal enxurrada de informações, ainda que seletivamente, nesses tempos de sobrecarga de trabalho à qual os médicos têm sido submetidos, como condição sine qua non para sobreviver, junto às suas famílias, com dignidade.

Maior complexidade envolve o outro componente do binômio – a qualidade, suscitando reflexões metodológicas e éticas que estão a exigir, de todos nós, bom senso, humildade e compromisso com a verdade.

Os aspectos metodológicos estão apoiados, dentre outros, em três importantes pilares: 1) a medicina baseada em evidências; 2) o uso da Bioestatística como ferramenta para o entendimento e aplicação da Epidemiologia Clínica e 3) a leitura crítica de artigos médicos e ensaios clínicos.

1) Medicina Baseada em Evidências (MBE): conceito gestado nos anos 70 do século passado, teve como inspiração o desejo de tornar mais científico o processo de tomada de decisões, desde já submetido às influências das novas tecnologias. Tornar a prática clínica mais racional, integrando a experiência individual com a melhor evidência científica disponível – esse o projeto ambicioso que, ao longo das últimas quatro décadas, tem mudado a práxis médica em geral e a cardiológica com muito realce. Em nosso meio um estudioso e entusiasta da MBE¹, cunhou a figura do “cardiossauro”: sabe tudo, muito experiente, não gosta de ser contestado e em sério risco de extinção... felizmente! A literatura sobre MBE é imensa: no momento em que elaboro este texto, há 38.500 resultados disponíveis no Google! Há um livro, cuja V edição

(2008) possuo, intitulado Evidencias em Cardiología (De los ensayos clínicos a las conductas terapéuticas). Trata-se de obra referencial e lamento que a Cardiologia brasileira, tão pujante e avançada, não tenha ocupado esse espaço antes. Em nossa região nordeste, há um blog sobre MBE, da melhor qualidade e muito útil para quem está interessado em aperfeiçoar a habilidade de selecionar as melhores recomendações³. (<http://medicinabaseadaemevidencias.blogspot.com.br/>).

2) Uso da Bioestatística como ferramenta para o entendimento e aplicação da Epidemiologia Clínica: currículos dos cursos de Medicina para o 3º milênio têm de privilegiar, com forte dose de motivação, o ensino, o estudo e a aprendizagem dessa indispensável disciplina. De volta aos anos 60, recordome do sentimento de aversão que as aulas de Bioestatística do curso de graduação em Medicina costumavam despertar: conceitos puramente teóricos e várias fórmulas a serem memorizadas, uma infalível receita para a cultura do tédio e do esquecimento. Na atualidade, essa disciplina, nas mãos de um docente motivado e empenhado em contribuir para a formação de uma geração de médicos capazes de ler e discutir criticamente o que está sendo publicado, adquiriu contornos verdadeiramente sedutores. A propósito, e para enfatizar a importância da análise estatística criticamente feita, recordo manifestação conferencista, durante o LII Congresso Brasileiro de Cardiologia (1996), em Salvador (BA), ao comentar os resultados do estudo WOSCOPS⁴, que comparou pravastatina a placebo. A divulgação dos resultados, no ano anterior, comemorou, com festiva publicidade, a redução de 20% do risco relativo da mortalidade por todas as causas no grupo pravastatina. A redução do risco absoluto foi de 0,8% e o “p” igual a 0,05, o que levou o conferencista norteamericano a, quebrando o protocolo das conferências, indagar ironicamente o que teria acontecido se um escocês a mais tivesse morrido... Para que não parem dúvidas sobre a minha isenção, relembro que, no WOSCOPS, infartos do miocárdio não fatais, intervenções coronárias e óbitos por causas cardiovasculares apresentaram reduções estatisticamente significativas no grupo pravastatina.

3) Leitura crítica de artigos médicos e ensaios clínicos: em 1981, publicação da Canadian Medical Association ofereceu

Editorial

instruções para a leitura crítica de artigos médicos que, a meu juízo, permanecem válidas. Os autores partiram do princípio de que os leitores médicos sempre estão atrasados em relação à literatura médica e que o tempo disponível para a leitura, dificilmente, aumentará. Construíram um fluxograma baseado em passos e partiram de arrojada premissa: se, em uma análise preliminar, os indícios sugerirem que não vale a pena ler o artigo, recomendaram abandonar a leitura. Assim, a prévia rejeição da maioria dos artigos daria, aos leitores médicos, a oportunidade de concentrar-se naqueles que são válidos e aplicáveis em sua prática clínica. Resumidamente, como convém a um editorial, listo as 4 perguntas-chave que devem ser respondidas pelo leitor médico: a resposta negativa a qualquer uma recomenda passar para o próximo artigo! Ei-las:

- observe o título: interessante ou útil?
- cheque os autores: bom currículo?
- leia o sumário: os resultados, quando válidos, são úteis?
- considere o seu local de trabalho: as conclusões, quando válidas, poderão ser aplicadas à sua prática médica? Se o artigo “sobreviveu” até este ponto, defina qual é a sua intenção: utilizar um novo exame diagnóstico? OU adquirir conhecimento acerca da evolução e do prognóstico de uma doença? OU determinar a etiologia da doença? OU distinguir tratamentos úteis dos inúteis ou maléficos?

Se, pelo menos, um dos quesitos relativos à intenção merecer resposta afirmativa, prosseguir a leitura. Quanto à leitura crítica dos ensaios clínicos, com seus sugestivos acrônimos, produzidos em escala industrial, além dos cuidados supramencionados, outros têm de ser considerados, pela adição de um novo componente: os conflitos de interesses decorrentes dos patrocinadores, frequentemente ligados às indústrias de medicamentos e equipamentos. Esse tema é delicado e deve ser abordado, salvo melhor juízo, sem hipocrisia, nem preconceito. Mas com realismo. Um pesquisador não financiado por empresas comerciais pode cometer deslizos na condução do seu projeto, tanto quanto um pesquisador que recebe financiamento das referidas empresas pode conduzi-lo ilibadamente. Cabe, pois, ao leitor médico usar os instrumentos disponíveis, capazes de ajudá-lo a separar o joio do trigo, metodologia que está ao alcance de todos e que deve ser inserida nos currículos dos cursos de graduação em Medicina. Cito, a título de exemplos, não contentar-se, apenas, com a sempre destacadamente divulgada redução do risco relativo (pode ser enganosa), mas avaliar, também, o comportamento do risco absoluto, o intervalo de confiança (quanto mais estreito, mais confiável o resultado da pesquisa e menor o “p”, indicativo de significância estatística). Ademais, o número necessário para

tratar (NNT), facilmente calculado, é um ótimo indicador do benefício clínico de um determinado estudo.

Last but not the least, alguns comentários sobre aspectos éticos que permeiam o esforço do cardiologista em selecionar as melhores recomendações. Desvios de conduta dos responsáveis pela produção do conhecimento existem, mas, felizmente, não são a regra. Responsáveis que podem ser tanto os pesquisadores, como os financiadores da pesquisa. Como exemplo da primeira hipótese, na década passada, um neurocirurgião avalizou um ensaio clínico que “comprovou” a superioridade de alta dose de manitol em relação à convencional no tratamento do trauma cefálico. Esse estudo foi publicado em revistas conceituadas e incluído em uma revisão sistemática (Cochrane Reviews). Posteriormente, sua autenticidade foi questionada e o pesquisador, incapaz de comprovar os dados, suicidou-se. Na outra extremidade, uma investigadora ligada a uma companhia canadense, ao divulgar sérios efeitos adversos de uma droga em estudo, foi duplamente penalizada: teve seu contrato como pesquisadora suspenso e foi demitida do hospital onde trabalhava, o qual recebia “generosas” doações da citada empresa. Esse lamentável episódio foi objeto de um editorial do New England Journal of Medicine. Na área específica da Cardiologia, respeitáveis profissionais como os Drs. Eric Topol e Curt Furberg, ambos norte-americanos, têm manifestado suas preocupações acerca das restrições impostas à autonomia dos pesquisadores, que poderiam ameaçar a liberdade de pensamento. Outro ponto a ser considerado é a presença de notáveis cardiologistas, formadores de opinião, em eventos patrocinados pela indústria farmacêutica, cujo leque de desempenhos é bastante diversificado: há os que podem aceitar a tarefa de, apenas, reproduzir o discurso do patrocinador, mas a maioria, acredito, não abre mão das suas convicções pessoais e usa a oportunidade para, também, disseminar o bom conhecimento científico de que carecemos.

Admito que os temas aqui abordados são delicados, sujeitos a dúvidas de interpretação, passíveis de exegese equivocada e, por via de consequência, muito propícios à contestação e ao debate. Seria inaceitável evitá-los se nossa preocupação é selecionar as melhores recomendações. Certamente cometi erros que, espero, possam ensejar um salutar debate, nas páginas da nossa Revista Norte Nordeste de Cardiologia (correspondência sobre textos publicados, dirigida ao editor). Da minha parte, sem a mínima pretensão de ser o “dono da verdade”, mas rigorosamente fiel à honestidade de propósitos que todos temos, ficarei muito honrado com as manifestações dos meus pares.

Referências

1. Alvaro Avezum Junior (comunicação pessoal)
2. Evidencias em Cardiología (De los ensayos clínicos a las conductas terapéuticas V Edición 2008, Hernán C. Doval y Carlos D. Tajer, Edit. GEDIC (Grupo de Estudio, Docencia e Investigación Clínica), Buenos Aires, Argentina
3. Luiz Cláudio Correia <http://medicinabaseadaemevidencias.blogspot.com.br/>.
4. The WOSCOPS Study Group. West of Scotland Coronary Prevention Study Group. N Eng J Med 1995; 333: 1301-1307