

Necessitamos de uma terceira revista de Ginecologia e Obstetrícia?

Do we need a third journal of Gynecology and Obstetrics?

Sérgio Flávio Munhoz de Camargo*

Recentes editoriais^{1,2} das revistas **Femina** e **RBGO** estabeleceram normas de aceitação para publicação, exclusivamente de artigos de revisão sistematizada e meta-análises. Seus objetivos seriam aumentar a credibilidade científica, indexar-se nacional e internacionalmente e classificar-se como Internacional A no Sistema Qualis³, seguindo uma tendência atual.⁴

A formulação de questões clínicas pertinentes, a busca de respostas na literatura de melhor qualidade disponível – filtradas por variáveis epidemiológicas e estatísticas – e, finalizando, a verificação da validade para aplicação nos ambientes reais da clínica, obrigou os médicos a reaprender a ler e a escrever artigos científicos. Já decorrido algum tempo de sua introdução, qual terá sido a verdadeira participação da Medicina Baseada em Evidências (MBE) na mudança de condutas, principalmente terapêuticas, do clínico praticante fora do ambiente acadêmico?

Em recente editorial, Thorp⁵ aponta o exemplo da prática da episiotomia nos Estados Unidos, condenada pelos ensaios clínicos, mas sem nenhuma repercussão nas taxas de sua utilização pelos obstetras. O mesmo questiona ainda se há necessidade de se manter a enxurrada de novas evidências, ou de se analisar aquelas já acumuladas, investindo em estratégias que realmente propiciem a sua aplicação. Muitos artigos científicos embasados em evidências são submetidos aos periódicos, aceitos, publicados, não se mostrando aplicáveis à prática clínica – validade externa⁶ – posteriormente. Ocorre que, em terapêutica, a maioria dos estudos clínicos se baseia em eficácia, testando uma intervenção sob condições ideais, numa população bem definida.⁷ Talvez devêssemos nos fixar naqueles estudos mais raros, que tentam simular situações clínicas práticas, os chamados ensaios de efetividade, abrangendo pacientes reais típicos com características variadas, buscando desfechos úteis para tais pacientes. Esses ensaios visam a auxiliar pacientes e clínicos na tomada das melhores decisões. Também não se pode esquecer que trabalhos internacionais são realizados em ambientes de países ditos desenvolvidos, cujos resultados não se aplicam à realidade médica e socioeconômica dos países pobres ou em desenvolvimento.⁸

Grande parte dos ensaios clínicos aleatórios e revisões sistemáticas não produzirão resultados diretamente relevantes a todos os pacientes em qualquer situação, mas, para terem validade externa, devem ao menos ser desenhados e divulgados de uma forma que permita que pacientes e médicos julguem para quem tais ensaios podem, de maneira razoável, ser aplicados.^{9,10} Existe sugestão na literatura para que o *Committee of Medical Journal Editors* exija que todo ensaio clínico ou revisão sistemática contenha uma seção intitulada 'Para quem esses resultados se aplicam?'⁹

A situação piora em trabalhos sobre a introdução de novos procedimentos ou equipamentos cirúrgicos, que deveria ser apresentada e/ou testada com os já existentes previamente à sua aprovação, para uso do profissional em sua prática. Sugestões da literatura¹¹⁻¹³ listam:

* Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas – Porto Alegre (RS), Brasil
Endereço para correspondência: Rua Gal Marques, 251 sl 215 Centro, São Gabriel RS CEP: 97300-970

- Os ensaios aleatórios não têm, em cirurgia, a mesma unanimidade que os tratamentos clínicos, principalmente pela carência de fundos; dificuldade das pacientes em aceitarem a alocação aleatória (seria ética?); além disso, a comparação entre os procedimentos cirúrgicos propostos e os já estabelecidos é falseada pela curva de aprendizado desigual entre os cirurgiões ou serviços;
- A seleção de pacientes para cirurgia é mais uma arte do que ciência, devendo ser individualizada quanto a riscos e benefícios, o que contraindica a oferta de um procedimento por prescrição;
- Existem diversas situações em que pode haver vantagens em se usar séries com caso-controle em relação ao estudo aleatório, como quando a história natural da condição está bem documentada e o impacto da intervenção é óbvio. Também quando a magnitude do efeito do procedimento é mensurável, significante e esperado.

Crerios editoriais já referidos e internacionalmente adotados podem desestimular autores com trabalhos originais práticos e interessantes, mas impossibilitados de se enquadrarem nas normas da MBE. Uma revisão histórica mostrará que não foram ensaios aleatórios ou meta-análises que fizeram com que John Burch, na década de 1960, através do método dedutivo, escolhesse o ligamento de Cooper (usado na correção das hérnias inguinais), em vez do insatisfatório periósteo retropúbico, para fixar os tecidos parauretrais e criar a cirurgia que foi o padrão-ouro para incontinência urinária aos esforços pelo resto do século 20. O que dizer do ginecologista francês Mouret, que ao examinar, nos primórdios da laparoscopia ginecológica, o abdômen superior e se deparar com uma colecistite, removeu a vesícula biliar por essa via, fazendo com que a cirurgia geral nunca mais fosse a mesma... Os trabalhos iniciais de Kurt Semm, o pai da laparoscopia ginecológica cirúrgica e inventor da maioria dos seus instrumentos, foram rejeitados repetidamente por conselhos editoriais.

Assim sendo, coloca-se ao julgamento dos ginecologistas brasileiros, principalmente aqueles afastados dos centros acadêmicos, mas preocupados em prestar a melhor assistência possível às suas pacientes, se já não seria útil o surgimento de um terceiro periódico de Ginecologia e Obstetrícia em nosso meio, não necessariamente reconhecido internacionalmente pela excelência de sua metodologia ou critérios editoriais, mas que, sem deixar de ser científico, permitisse a publicação de novas ideias e propostas que, de alguma forma, viessem a facilitar o trabalho do ginecologista prático, beneficiando suas pacientes num ambiente de vida real.

Leituras suplementares

1. Camargos AF. Novos rumos da Femina. *Femina*. 2008;36(10):599-600.
2. Andrade JM. Trinta anos, visibilidade e ensaios clínicos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(12):605-7.
3. Leite MPFR. O que é uma revista científica de qualidade? *Femina*. 2008;36(12):727-30.
4. Miser WF. Finding truth from the medical literature: how to critically evaluate an article. *Prim Care*. 2006;33(4):839-862.
5. Thorp J. Synthesize evidence and they will change? *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(5):441-2.
6. Cerrato PL, Lockwood CJ. Is clinical research overrated? *Contemporary OB/GYN* July 2006. Available from: <http://contemporaryobgyn.modernmedicine.com/obgyn/author/authorDetail.jsp?id=30849>.
7. Collins J. Which randomized controlled trials are relevant to clinical practice? *Obstet Gynecol*. 2005;106(2):216-18.
8. Høj L. Just do like us ... about the dispersion of 'evidence' from high-income countries to settings with limited resources. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84:927-8.
9. Rotwell PM. External validity of randomised controlled trials: "To whom do the results of this trial apply?". *Lancet*. 2005;365(9453):82-93.
10. Daya S. Evaluation of treatment efficacy – randomization or observation? *Evidence-based Obstetrics and Gynecology*. 2001;3(3):111-3.
11. Gruppo Italiano di Studio Endometriosi. Attitudes toward randomized studies in surgery. *J Gynecol Surg*. 2004;20(1):1-5.
12. Cooper JD. How should we introduce and evaluate new procedures? *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2008;75(Suppl 6):S37-54.
13. Burton M, Clarke M. Systematic reviews of surgical interventions. *Surg Clin N Am*. 2006;86(1):101-14.