

Evidência em cirurgia

Delcio Matos^I

Suzana Angélica Silva Lustosa^{II}

Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica do Departamento de Cirurgia, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM)

INTRODUÇÃO

Medicina baseada em evidências é definida pelo uso da melhor evidência disponível de maneira criteriosa e explícita na tomada de decisões no cuidado da saúde do paciente.¹ Este conceito, apesar de relativamente novo, tem sido tema de diversos artigos disponibilizados na literatura mundial.² O objetivo da divulgação desse conceito é conscientizar sobre a evidência em que cada pesquisa está baseada, a inferência que é permitida a partir dos resultados da pesquisa e da prática que é possível a partir deste conhecimento.³ A aplicação da medicina baseada em evidência implica clara definição de uma pergunta, elaboração de estratégia de busca dos artigos nas bases de dados, avaliação crítica da evidência e aplicação judiciosa das conclusões na prática clínica.³

A expansão tecnológica e a progressiva limitação dos recursos exigem que se dê a devida importância aos conceitos que envolvem a medicina baseada em evidência, que tem como foco o rigor metodológico nos quais os resultados se baseiam.³

Na mesma direção, os cirurgiões são pressionados a avaliar as indicações e os procedimentos cirúrgicos de forma a assegurar eficácia, eficiência e efetividade. A tomada de decisão é circunstância frequente na prática diária cirúrgica. Muitas são as incertezas e várias condutas são empregadas baseadas no conhecimento acumulado a partir da experiência clínica isolada.⁴ Em acordo com o entendimento da necessidade de conhecimento metodológico para garantir a melhor prática clínica, os cirurgiões vêm demonstrando interesse no aprendizado e utilização de conceitos advindos de áreas do saber até então não familiares à esfera cirúrgica.⁴

ANÁLISE DE DECISÃO PARA O CIRURGIÃO

Análise de decisão é uma ferramenta metodológica que auxilia na tomada da decisão e se baseia na abordagem sistemática de uma questão a fim de prover avaliação crítica do que efetivamente pode ser benéfico. Os seguintes passos são necessários para a adequada construção da análise de decisão: identificação e definição do problema; estruturação das ações alternativas e associação dos desfechos a todas as alternativas propostas; caracte-

terização da informação necessária para resolução do problema e, finalmente, elaboração da argumentação para a escolha da conduta inicial baseada em conhecimento estatístico associado à experiência, permitindo conduta judiciosa.⁵

A primeira etapa é seguida por uma análise do valor monetário que cada conduta acarreta. A determinação desse valor está relacionada a múltiplos fatores que implicam desde o custo isolado de cada recurso utilizado até os diferentes aspectos da subjetividade que envolve essa análise.⁶

A introdução formal nesta técnica de análise parece tornar os cirurgiões conscientes dos desfechos e consequências associadas às diferentes possibilidades de estratégias nas condutas. Desta forma, controvérsias são estruturadas e analisadas sob conceitos metodológicos rigorosos possibilitando maior entendimento da questão. A aplicação de probabilidades e riscos na escolha da conduta médica torna a tomada de decisão sustentada por ferramentas que objetivam uma prática adequada ao entendimento atual baseada na melhor evidência disponível.⁷

PRÁTICA CIRÚRGICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A possibilidade da perda do conceito filosófico da arte cirúrgica preocupa pelo aspecto de que órgãos governamentais possam gerenciar verbas para apenas contexto médico em que exista alto nível de evidência. Entretanto, esse entendimento poderia ser substituído pelo direcionamento destas verbas para a produção de evidência com alta qualidade metodológica. E nesse sentido, os órgãos governamentais poderiam atuar direcionando recursos para o aumento desse conhecimento.⁸

Existe um caminho que deve ser conduzido de forma sistemática para que a produção da evidência possa ser incorporada à prática clínica. Uma nova técnica deverá ter inicialmente avaliada a sua eficácia. Não há razão para limitar a inovação, entretanto, é fundamental a certeza de que a nova tecnologia não produzirá dano. Um outro parâmetro importante é a consideração da curva de aprendizado quando uma nova técnica é comparada às já existentes em determinado procedimento cirúrgico. Atenção deve ser dada aos resultados dependentes da habilidade, conhecimento e experiência do cirurgião na técnica.

^I Professor titular e coordenador do Programa de Pós-Graduação em Gastroenterologia Cirúrgica, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM).

^{II} Co-orientadora do Programa de Pós-Graduação em Gastroenterologia Cirúrgica e revisora da Unidade de Metanálise da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM).

ca empregada. A atribuição de resultados ruins à nova técnica pode ser definitiva, seria o mesmo que atribuir à técnica uma responsabilidade que poderia ser do cirurgião. A avaliação adequada dessa etapa de aprendizado na análise geral para inserção de um novo recurso no arsenal cirúrgico minimiza um importante viés nesse contexto.⁹

A BUSCA DA MELHOR EVIDÊNCIA EM CIRURGIA

A busca pela melhor evidência disponível requer conhecimento técnico para realização das estratégias de busca que são aplicadas às bases de dados e para identificação da pergunta mais adequada ao melhor desenho epidemiológico disponível para respondê-la. Em determinados contextos que envolvem a cirurgia, como, por exemplo, o trauma, a condução de ensaios clínicos aleatórios é dificultada pela natureza do contexto. Desta forma, estudos observacionais ganham espaço e são conduzidos com maior frequência.

Essas considerações direcionam para a necessidade de conhecimento das possibilidades e limitações que os desenhos de pesquisa apresentam. A avaliação criteriosa das informações advindas de diferentes modelos de estudo é a maneira adequada de aproximar a evidência produzida pela pesquisa à prática clínica.¹⁰

NÍVEIS DE EVIDÊNCIA E ADEQUAÇÃO À CIRURGIA

Consideram-se cinco níveis de evidência para classificar de forma hierárquica as abordagens de pesquisas que envolvem terapêutica, prognóstico, diagnóstico e análise econômica. Os modelos de pesquisa são relacionados aos contextos de pesquisa, destacando-se a melhor abordagem para responder às perguntas. Desta forma, entende-se que um modelo de pesquisa atende de forma diferente à pergunta formulada.

Com o objetivo de melhorar a qualidade da recuperação pós-operatória e diminuir os índices de morbimortalidade, um grande número de revisões sistemáticas e metanálises foram realizadas na última década. Assim, uma boa carga de evidência científica de primeiro nível foi acumulada, particularmente na cirurgia colorretal. Relevantes questões da prática diária, como a realização de preparo mecânico oral pré-operatório do colo, o controle da dor pós-operatória por meio da analgesia epidural, o intervalo de tempo até a reintrodução de fluidos orais e alimentos no pós-operatório, a escolha do tipo de sutura nas anastomoses colorretais, o uso de drenos profiláticos em anastomoses colorretais, o emprego de ileostomia ou colostomia em descompressões temporárias de anastomoses distais e a utilização de sonda nasogástrica pós-operatória de rotina em laparotomias eletivas foram investigadas.¹¹⁻¹⁷ A maioria desses estudos é constituída por revisões realizadas na Unidade Metanálise da Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM) e divulgadas pela Colaboração Cochrane, as quais focalizaram esses relevantes tópicos de atenção à saúde com ênfase especial dada à prática cirúrgica geral.¹⁸

Entretanto, em recente estudo que objetivou caracterizar o tipo de prática pós-operatória em cirurgia colorretal em cinco países do norte europeu (Escócia, Holanda, Dinamarca, Suécia e Noruega), demonstrou-se que o preparo oral colônico era ainda a rotina em todos esses locais, a descompressão nasogástrica de rotina era largamente utilizada na Holanda, o jejum oral total pós-operatório era rotina na Holanda e na Escócia e a analgesia epidural era raramente utilizada na Escócia. Os autores concluíram que, a despeito da grande massa de evidência produzida na área cirúrgica, os pacientes permaneciam ainda expostos a cuidados perioperatórios considerados desnecessários.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investimentos maiores devem ser feitos para reestruturar e aumentar a capacidade de conduzir pesquisas clinicamente importantes na área cirúrgica. Como cirurgiões, devemos desconsiderar nossas tendências herdadas de autonomia clínica absoluta e de prática cirúrgica pela opinião, aceitando o desafio de produzir evidência confiável para sustentar nossas decisões clínicas. Revisões sistemáticas e metanálises são vitais para este processo. O desafio, tanto de preparar as revisões quanto mantê-las atualizadas, deve ser enfrentado se pretendermos obter sucesso na utilização da cada vez mais surpreendente elevada quantidade de informações de pesquisas atualmente disponíveis na literatura.^{20,21}

INFORMAÇÕES

Endereço para correspondência

Delcio Matos
Rua Edison, 278/61
Campo Belo — São Paulo (SP)
CEP 04618-031
E-mail: dmatos.dcir@epm.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada

Conflito de interesse: nenhum declarado

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Szabo RM, MacDermid JC. Preface. The application of evidence-based practice. *Hand Clin*. 2009;25(1):xi-xii.
3. Guyatt G, Rennie D. Users' guides to the medical literature: a manual for evidence-based clinical practice. Chicago: American Medical Association; 2002.
4. Beck JR, Pauker SG. The Markov process in medical prognosis. *Med Decis Making*. 1983;3(4):419-58.
5. Kucey DS. Decision analysis for the surgeon. *World J Surg*. 1999;23(12):1227-31.
6. Torrance GW. Measurement of health state utilities for economic appraisal. *J Health Econ*. 1986;5(1):1-30.
7. Johannesson M, Jönsson B. Economic evaluation in health care: is there a role for cost-benefit analysis? *Health Policy*. 1991;17(1):1-23.
8. Grahame-Smith D. Evidence based medicine: Socratic dissent. *BMJ*. 1995;310(6987):1126-7.

9. Miles A, Bentley P, Polychronis A, Grey J. Evidence-based medicine: why all the fuss? This is why. *J Eval Clin Pract.* 1997;3(2):83-6.
10. Bhandari M, Giannoudis PV. Evidence-based medicine: what it is what it is not. *Injury.* 2006;37(4):302-6.
11. Guenaga KF, Matos D, Castro AA, Atallah AN, Wille-Jørgensen P. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(1):CD001544.
12. Marret E, Remy C, Bonnet F; Postoperative Pain Forum Group. Meta-analysis of epidural analgesia versus parental opioid analgesia after colorectal surgery. *Br J Surg.* 2007;94(6):665-73.
13. Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA, Thomas S. Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMJ.* 2001;323(7316):773-6.
14. Güenaga KF, Lustosa SA, Saad SS, Saconato H, Matos D. Ileostomy or colostomy for temporary decompression of colorectal anastomosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(1):CD004647.
15. Lustosa SA, Matos D, Atallah AN, Castro AA. Stapled versus handsewn methods for colorectal anastomosis surgery: a systematic review of randomized controlled trials. *Sao Paulo Med J.* 2002;120(5):132-6.
16. Karliczek A, Jesus EC, Matos D, Castro AA, Atallah AN, Wiggers T. Drainage or nondrainage in elective colorectal anastomosis: a systematic review and meta-analysis. *Colorectal Dis.* 2006;8(4):259-65.
17. Cheatham ML, Chapman WC, Key SP, Sawyers JL. A meta-analysis of selective versus routine nasogastric decompression after elective laparotomy. *Ann Surg.* 1995;221(5):469-76; discussion 476-8.
18. Matos D, Lustosa SA. Surgical practice - is it evidence-based? *Acta Cir Bras.* 2008;23(2):115-7.
19. Lassen K, Hannemann P, Ljungqvist O, et al. Patterns in current perioperative practice: survey of colorectal surgeons in five northern European countries. *BMJ.* 2005;330(7505):1420-1.
20. Rothenberger DA. Evidence-based practice requires evidence. *Br J Surg.* 2004;91(11):1387-8.
21. Clarke M. The Cochrane Collaboration and systematic reviews. *Br J Surg.* 2007;94(4):391-2.

Data de entrada: 20/8/2009

Data da última modificação: 21/8/2009

Data de aceitação: 28/8/2009

RESUMO DIDÁTICO

1. Muitas são as incertezas, e várias condutas são empregadas baseadas no conhecimento acumulado a partir da experiência clínica isolada.
2. Análise de decisão é uma ferramenta metodológica que auxilia na tomada da decisão e se baseia na abordagem sistemática de uma questão a fim de prover avaliação crítica do que efetivamente pode ser benéfico.
3. A avaliação criteriosa das informações advindas de diferentes modelos de estudo é a maneira adequada de aproximar a evidência produzida pela pesquisa à prática clínica.
4. Uma boa carga de evidência científica de primeiro nível foi acumulada, particularmente na cirurgia colorretal.
5. Como cirurgiões, devemos desconsiderar nossas tendências herdadas de autonomia clínica absoluta e a prática cirúrgica pela opinião, aceitando o desafio de produzir evidência confiável para sustentar nossas decisões clínicas.