

Orientações Para o Formulário de Revisão Crítica

- Estudos Quantitativos -

© Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
Versão traduzida com autorização

Tradução: Raquel E. Luz, Marisa C. Mancini, Rosana F. Sampaio – Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução

- Estas orientações acompanham o Formulário de Revisão Crítica para Estudos Quantitativos, desenvolvido pelo McMaster University Occupational Therapy Evidence-Based Practice Research Group (Law et al. 1998). Foram escritas utilizando termos básicos, que podem ser compreendidos tanto por profissionais da clínica, estudantes e pesquisadores.
- Serão disponibilizados alguns exemplos e justificativas para as orientações/sugestões, com o objetivo de ajudar o leitor a entender o processo de revisão crítica.
- São fornecidas orientações sobre as questões localizadas na coluna da esquerda do formulário e para as instruções/perguntas na coluna de Comentários de cada componente.

Componentes da Revisão Crítica

Referência Bibliográfica

- Título completo, todos os autores (último sobrenome, iniciais), nome completo do periódico, ano, volume # e páginas #s.
- Isso garante que outra pessoa possa, facilmente, encontrar o mesmo artigo.

Objetivo do estudo

- O objetivo estava claro? – O objetivo geralmente é citado de maneira breve no resumo do artigo e novamente na introdução, com mais detalhes. Pode ser expresso na forma da pergunta ou hipótese da pesquisa.
- Uma afirmativa clara permite que se determine com facilidade se o assunto é importante, relevante e de seu interesse. Considere como o estudo se aplica à prática da terapia ocupacional e/ou aos seus interesses. Caso não seja útil ou não se aplique, continue a busca por outro artigo.

Revisão de Literatura

- Foi realizada uma revisão da literatura relevante neste tema? – A revisão de literatura deve ser incluída no artigo, descrevendo pesquisas que ofereçam embasamento para o estudo. Deve-se oferecer uma síntese de informações relevantes, como trabalhos e pesquisas anteriores, além de discussão sobre a importância clínica do tema.
- Identifica áreas deficientes no corpo de conhecimento atual e nas pesquisas sobre o tema de interesse, justificando, portanto, a necessidade do estudo que será apresentado.

Desenho do Estudo

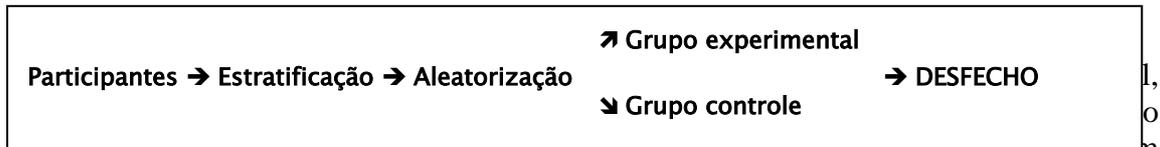
- Existem muitos tipos de desenhos de pesquisa. Essas orientações enfatizam os tipos mais comuns no âmbito da pesquisa em reabilitação.
- As características essenciais dos diferentes desenhos de estudo são descritas aqui para facilitar a identificação do tipo utilizado no estudo que você estiver analisando.
- Os autores utilizam terminologias diferentes, o que pode causar confusão – serão identificados termos alternativos, se possível.
- Inúmeras questões devem ser consideradas para se determinar a adequação do desenho escolhido. Algumas das questões principais estão listadas na seção Comentários, e são discutidas abaixo. São oferecidos diagramas dos diferentes desenhos, assim como exemplos relacionados ao estudo da eficácia dos programas de atividades para idosos.
- A maioria dos estudos apresenta problemas devido aos vieses que podem distorcer o desenho, execução ou interpretação da pesquisa. Os vieses mais comuns são descritos ao final desta seção.

Tipos de Desenho

1. Randomizado (ECR)

- Ensaio Controlado Randomizado ou Ensaio Clínico Randomizado: também conhecido como estudo Experimental ou Tipo 1. O ECR também abrange outros métodos diferentes, tais como desenhos de cross-over.
- A característica essencial do ECR é a identificação de um conjunto de clientes/sujeitos, que são alocados (encaminhados) aleatoriamente para dois ou mais “grupos” de tratamento. Um grupo de clientes é submetido ao tratamento estudado (uma nova modalidade de tratamento) e o outro grupo é o “controle”, que geralmente não é submetido a nenhum tratamento ou à prática tradicional. A alocação aleatória para diferentes grupos de tratamento permite a comparação dos mesmos em termos dos resultados, pois a aleatorização aumenta intensamente a probabilidade de similaridade entre os clientes em cada grupo. Assim, a chance de outro fator (conhecido como fator ou variável de confusão) influenciar os resultados é reduzida significativamente.
- A principal desvantagem do ECR é o custo envolvido e o fato de que em algumas situações não é ético manter um grupo “controle”, que não recebe tratamento. Por exemplo, se você fosse estudar a eficácia de um programa para pacientes portadores de lombalgia crônica, internados após cirurgia, seria antiético suspender o tratamento para formar um grupo “controle”.

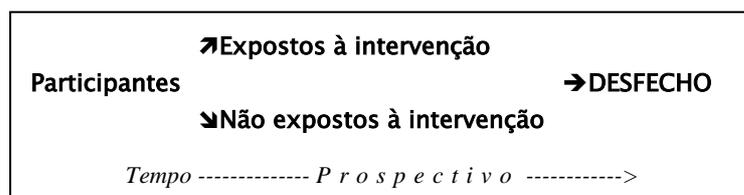
- O ECR geralmente é escolhido para testar a eficácia de um tratamento ou comparar diversas abordagens.



randomizado. 44 pacientes de um centro de atenção em longo prazo foram aleatoriamente alocados em um dos dois tipos de intervenção. Os desfechos foram mensurados usando uma variedade de testes psicométricos em 3 momentos diferentes no tempo. (Bach et al., 1995).

2. Coorte

- A coorte é um grupo de pessoas (clientes) que foram expostos a uma situação semelhante, como por exemplo, um programa, diagnóstico ou doença. Qualquer que seja o tema/assunto de interesse, o grupo de clientes é identificado e acompanhado/observado ao longo do tempo para ver o desfecho.
- O desenho coorte é “prospectivo”, o que significa que a direção do tempo é sempre adiante. O tempo transcorre a partir do momento em que os clientes são identificados. Assim, os estudos de coorte são ocasionalmente conhecidos como estudos prospectivos.
- Esse desenho de estudo geralmente envolve um grupo de comparação (“controle”) de pessoas/clientes que não foram expostos à situação de interesse (e.g., não receberam nenhum tratamento). Uma das diferenças principais entre o ECR e a coorte é que, neste último, a alocação de pessoas (clientes) no grupo de tratamento ou no controle não está sob o controle do investigador - este deve trabalhar com o grupo de pessoas identificadas como “expostas” e então encontrar outro grupo de pessoas similar em termos de idade, gênero e outros fatores importantes.
- É difícil saber se os grupos são similares em termos de todos os fatores importantes (de confusão) e, portanto, os autores não podem ter certeza de que o tratamento (exposição) é o responsável pelos desfechos.
- As vantagens da coorte são o custo e o gasto de tempo menores do que os do ECR.



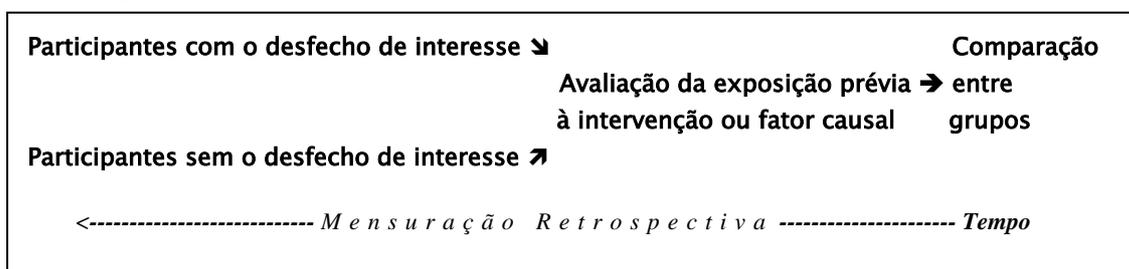
Exemplo: A avaliação de um programa de estimulação mental utilizou um desenho coorte para mensurar mudanças no estado mental de 30 pacientes após um período de 2 meses. Os primeiros 15 pacientes admitidos em um hospital-dia foram submetidos ao tratamento e compuseram o grupo “exposto”. As 15 admissões subsequentes não foram submetidas imediatamente ao tratamento, servindo como grupo “controle”. (Koh et al., 1994).

3. Estudo de Caso Único

- A pesquisa de caso/sujeito único envolve um cliente, ou um número de clientes, acompanhados ao longo do tempo ou avaliados quanto aos desfechos de interesse.

5. Caso-control

- Os estudos de caso-control exploram aquilo que torna diferente um grupo de indivíduos. Outros termos utilizados são estudo de comparação de caso ou estudo retrospectivo. Retrospectivo é o termo utilizado para descrever como os métodos analisam um fenômeno depois que este aconteceu. A característica essencial do estudo de caso-control é que a direção do estudo é para trás.
- Identifica-se um conjunto de clientes/sujeitos que compartilham de uma mesma situação ou característica como, por exemplo, um diagnóstico específico ou envolvimento em uma mesma modalidade de tratamento. A característica ou situação de interesse é comparada a um grupo “controle”, similar quanto a idade, gênero e contexto, mas que não apresenta a característica ou não está envolvido na situação de interesse. O objetivo é identificar diferenças entre os dois grupos.
- O estudo de caso-control tem um custo relativamente baixo, mas há diversos problemas em potencial (falhas) que tornam difícil concluir quais fatores são responsáveis pelo desfecho.



Exemplo: Se um terapeuta ocupacional quisesse entender por que alguns clientes de um hospital dia compareciam regularmente ao programa de atividades de vida diária (que era opcional) e outros não, um desenho de caso-control poderia ser utilizado para explorar as diferenças entre esses dois grupos, com relação a idade gênero, interesses, contexto de vida e situação de vida atual.

6. Estudo Transversal

- Envolve um determinado grupo de pessoas, cuja avaliação é realizada ao mesmo tempo.
- Este desenho é usado com frequência para explorar quais fatores podem ter influenciado um determinado desfecho em um grupo de pessoas. É útil quando se sabe relativamente pouco sobre um assunto/desfecho.
- Pesquisas, questionários e entrevistas são métodos comumente utilizados nos estudos cross-seccionais. São relativamente fáceis e de baixo custo, uma vez que é realizada apenas uma avaliação.
- É impossível saber se todos os fatores foram incluídos na avaliação, portanto se torna difícil estabelecer conclusões de causa-efeito a partir dos resultados, para além do grupo estudado.

Participantes → Mensuração simultânea dos desfechos e outros fatores
*Tempo: todos em um mesmo momento *

Exemplo: Clientes e suas famílias, os quais foram envolvidos em um novo programa de atividades para idosos com demência, podem ser entrevistados após a

alta para avaliar o impacto do programa em sua qualidade de vida, participação em atividades e nível de satisfação.

7. Estudo de Caso

- Um estudo de caso é realizado com o objetivo de disponibilizar informações (dados) descritivas sobre a relação entre uma modalidade de tratamento (exposição) e um desfecho de interesse. É também chamado estudo descritivo, por ser este seu objetivo primário. Não há grupo controle.
- É geralmente usado para explorar uma nova modalidade de tratamento, sobre a qual se conhece pouco. Contudo, os resultados podem ser considerados apenas em termos da descrição de uma situação em particular. Pode gerar informação para incentivar estudos futuros sobre o tema em questão.

Participantes que apresentam a condição de interesse → Informação sobre o desfecho clínico

Exemplo: Doze pacientes em uma ala geriátrica de longa permanência foram observados ao longo de um período de tempo para determinar a eficácia de atividades individuais e em grupo. Os níveis de envolvimento e participação foram observados e registrados em intervalos de 10 minutos, para determinar quaisquer diferenças entre nenhuma intervenção, atividades individuais e atividades em grupo. (McCormack & Whitehead, 1981).

8. Estudo Longitudinal

- ✓ A característica básica deste desenho é o acompanhamento ao longo do tempo de um grupo de sujeitos, com avaliações repetidas dos clientes em relação aos desfechos de interesse. Esse tipo de estudo documenta mudanças que acontecem naturalmente (na ausência de intervenção). Envolve um grupo de clientes, acompanhados ao longo do tempo e avaliados quanto aos desfechos de interesse.

Adequação do Desenho do Estudo

- Algumas questões devem ser consideradas para determinar se um desenho de estudo é o mais adequado:
 - **Conhecimento sobre os assunto/tema:** quando há pouco conhecimento sobre um assunto, opta-se por um estudo mais exploratório, por exemplo, estudo de caso ou cross-seccional. A medida que nosso nível de conhecimento aumenta, os desenhos devem ser mais rigorosos, quando a maioria das variáveis que podem influenciar o desfecho são conhecidas e podem ser controladas pelo pesquisador. O desenho mais rigoroso é o ECR.
 - **Desfechos:** se o desfecho estudado pode ser facilmente quantificado e se encontram disponíveis instrumentos de avaliação padronizados para mensurá-lo, um desenho mais rigoroso (eg, um ECR) é adequado. Se os desfechos ainda não são completamente compreendidos, tais como qualidade de vida, então um desenho que explora diferentes fatores que podem estar envolvidos nos desfechos é mais adequado, como um estudo caso-controle.

- Questões éticas: quando não há questões éticas envolvendo o adiamento do tratamento, pode-se utilizar um desenho de pesquisa que utiliza um grupo controle, que não recebe nenhum tipo de intervenção.
- Objetivo/pergunta do estudo: alguns desenhos são bastante adequados para se estudar a eficácia de um tratamento, incluindo ECR, antes-depois e estudo de caso único. Outros desenhos (eg, caso-controle e cross-seccional) são mais adequados se o objetivo do estudo for aprender mais sobre um assunto, ou se trata de um estudo piloto para determinar a relevância daquela modalidade de tratamento ou do investimento em mais estudos naquela área.

Erros

- Existem diferentes tipos de erros descritos na literatura em pesquisa. Os mais comuns, aos quais se deve estar atentos, são descritos abaixo em 3 áreas principais:
 1. Erros de amostragem (seleção de sujeitos), que podem resultar na não-representatividade da população de interesse;
 2. Erros de mensuração (detecção), que incluem questões relacionadas à forma como os desfechos foram mensurados; e
 3. Erros de intervenção (desempenho), que dizem respeito à maneira como foi realizado o tratamento.
- Caso o leitor necessite de maiores informações sobre erros, deverá se remeter à bibliografia.
- Um erro afeta os resultados do estudo em uma direção – ou “favorece” o grupo de intervenção ou o grupo controle. É importante estar atento à direção na qual o erro pode influenciar os resultados.

1. Seleção/Amostragem

- a. Voluntários ou encaminhamento:
 - Pessoas que se oferecem como voluntários em um estudo, ou são encaminhados a uma pesquisa são geralmente diferentes dos não-voluntários/não-encaminhados.
 - Esse tipo de erro geralmente, mas nem sempre, favorece o grupo de tratamento, uma vez que os voluntários costumam ser mais motivados e preocupados com sua saúde.
- b. Sazonal:
 - Se todos os sujeitos são recrutados e, portanto, avaliados e submetidos ao tratamento em um momento, os resultados podem ser influenciados pelo momento da seleção da amostra e da intervenção. Por exemplo, idosos tendem a estar mais saudáveis no verão do que no inverno, portanto os resultados podem ser mais positivos se o estudo acontece no verão.
 - Esse erro pode ocorrer em qualquer direção, dependendo da época do ano.
- c. Atenção:

- Pessoas avaliadas como parte do estudo estão geralmente cientes do objetivo do mesmo, e como resultado dessa atenção, respondem de maneira mais favorável ou apresentam um desempenho melhor do que pessoas que não têm conhecimento do objetivo do estudo. Esse erro explica porque alguns estudos usam um grupo “controle de atenção”, no qual as pessoas do grupo “controle” recebem o mesmo nível de atenção que os indivíduos do grupo de tratamento, mas não o mesmo tipo de intervenção.

2. Mensuração/Deteção

- a. Número de mensurações utilizadas:
 - Se apenas uma mensuração é utilizada, pode ocorrer um erro na forma como a própria medida avaliou o desfecho. Por exemplo, uma medida de Atividades de Vida Diária (AVD) considera vestir, alimentação e uso do banheiro, mas exclui higiene e cuidado pessoal ou preparação de alimentos.
 - Esse erro pode influenciar os resultados em qualquer direção; eg., pode favorecer o grupo controle, caso falem elementos importantes do desfecho, que poderiam ter respondido ao tratamento.
 - Pode ainda ocorrer erro quando há muitas medidas para o tamanho da amostra. Essa questão envolve estatística e geralmente favorece o grupo controle porque o grande número de cálculos estatísticos reduz a habilidade de encontrar diferença significativa entre os grupos de tratamento e controle.
- b. Ausência de avaliação “oculta” ou “independente”:
 - Se os avaliadores estão cientes do grupo no qual um sujeito foi alocado, ou qual tratamento este recebeu, é possível que eles influenciem os resultados, avaliando a pessoa ou o grupo de forma mais ou menos favorável. Isso deve ser considerado quando o avaliador faz parte da equipe de pesquisa ou tratamento.
 - Esse método pode demandar bastante tempo e ter um custo alto, pois pode ser necessário um longo período para descobrir os significados ocultos daquela situação/contexto.
- c. Memória
 - Este pode ser um problema se os desfechos são mensurados a partir de instrumentos de auto-relato, pesquisas ou entrevistas que exigem que a pessoa relembre eventos passados. Com frequência, a pessoa se lembra mais de eventos positivos do que negativos, o que pode favorecer os resultados do estudo para aquelas pessoas questionadas sobre o assunto ou que foram submetidas ao tratamento.

3. Intervenção/Desempenho

- a. Contaminação:
 - Isso ocorre quando membros do grupo controle, inadvertidamente, recebem tratamento e, portanto, a diferença dos desfechos entre os dois grupos pode ser reduzida. Isso favorece o grupo controle.
- b. Cointervenção:

- Se os clientes recebem outra forma de tratamento durante a realização do estudo, isso pode influenciar os resultados em qualquer direção. Por exemplo, o uso de medicamentos enquanto se recebe ou não o tratamento pode favorecer os resultados para pessoas de qualquer grupo. O leitor deve considerar se outro tratamento, ou uma intervenção adicional, pode ter uma influência positiva ou negativa nos resultados.
- *c.* Tempo de intervenção
 - Diferentes questões relacionadas ao tempo de intervenção podem levar a erro.
 - Se uma modalidade de tratamento é realizada em uma criança durante um longo período, a maturação, por si só, pode influenciar a melhora observada.
 - Se o tratamento é de curta duração, pode não haver tempo suficiente para que se observe efeito nos desfechos de interesse. Isso favoreceria o grupo controle.
- *d.* Local de tratamento
 - O local onde acontece a intervenção pode influenciar os resultados – por exemplo, se um programa de tratamento é realizado na casa do cliente, pode-se alcançar um nível de satisfação, o que favoreceria o grupo de intervenção. O local de tratamento deve ser o mesmo em todos os grupos.
- *e.* Terapeutas diferentes
 - Caso terapeutas diferentes estejam envolvidos em oferecer o tratamento estudado para os vários grupos, os resultados podem ser influenciados em uma direção – por exemplo, um terapeuta pode motivar ou ser mais positivo do que outro, e com isso o grupo com o qual trabalhou pode apresentar desfechos mais favoráveis. O envolvimento do terapeuta deve ser igual e consistente entre todos os grupos de tratamento.

Amostragem

- N= ? O número de sujeitos/clientes envolvidos no estudo deve estar claro.
- A amostra foi descrita detalhadamente? A descrição da amostra deve ser detalhada o suficiente para oferecer um perfil claro dos envolvidos no estudo.
- Devem ser descritas as características importantes que se relacionam ao tema, para que se possa concluir que a população do estudo é similar à sua e que os erros foram minimizados. São características importantes:
 - quem compõe a amostra – os sujeitos são adequados à pergunta no estudo e descritos em termos de idade, gênero, tempo de incapacidade/doença e estado funcional (se aplicável)?;
 - quantos sujeitos participaram e, caso haja grupos diferentes, estes eram relativamente iguais em tamanho?
 - como foi realizada a amostragem – os participantes foram voluntários, ou encaminhados? Os critérios de inclusão e exclusão foram descritos/

- se havia mais de um grupo, havia similaridade entre eles no que diz respeito aos fatores importantes (de confusão)?
- Foi apresentada justificativa para o tamanho da amostra? Os autores devem esclarecer como chegaram ao tamanho da amostra, para justificar o número escolhido. Com frequência, a justificativa é baseada na população disponível para o estudo. Alguns autores oferecem uma justificativa estatística para o tamanho da amostra, mas isso é raro.
- Devem ser descritos os procedimentos éticos, embora eles sejam, com frequência, negligenciados. Os autores devem, pelo menos, esclarecer se o termo de consentimento foi assinado pelos participantes no início do estudo.

Desfechos

- Desfechos são as variáveis ou questões de interesse do pesquisador – representam o produto ou resultado do tratamento ou exposição.
- Os desfechos precisam ser descritos com clareza para que seja possível determinar sua relevância e utilidade para sua situação. Além disso, o método de mensuração deve também ser descrito para que se tenha segurança de que o estudo foi conduzido de maneira objetiva e sem erros.
- Determine a frequência da mensuração. É importante saber se os desfechos foram mensurados antes e após a intervenção, e se foram considerados os efeitos em curto e longo prazo.
- Analise as medidas dos desfechos para determinar como eles são relevantes à prática da terapia ocupacional, i.e. – se eles incluem áreas de desempenho ocupacional, componentes do desempenho e/ou componentes ambientais.
- Liste as medidas usadas e qualquer informação importante a respeito das mesmas para referências futuras. Considere se são medidas conhecidas ou desenvolvidas pelos pesquisadores especificamente para aquele estudo. Pode ser mais difícil repetir o estudo nesta última situação.
- Os autores devem relatar se as medidas dos desfechos usaram propriedades psicométricas sólidas– e mais importante, confiáveis e válidas. Isso garante a confiança na mensuração dos desfechos de interesse.
- As medidas dos desfechos eram confiáveis? – A confiabilidade avalia se uma medida gera a mesma informação em diferentes situações. As duas formas mais comuns de confiabilidade são: confiabilidade teste-reteste – o mesmo observador obtém a mesma informação em duas ocasiões separadas por um curto intervalo de tempo; e confiabilidade entre-examinadores – diferentes observadores obtêm a mesma informação ao mesmo tempo.
- As medidas dos desfechos eram válidas? – Avalia se a medida está realmente medindo aquilo que se propõe. Considere se a medida inclui todos os conceitos relevantes e elementos do desfecho (validade de conteúdo), e se os autores relatam que a medida foi testada em relação a outras medidas para determinar essa relação (validade de critério). Por exemplo, uma medida de AVD “válida” incluirá todos os elementos relevantes do auto-cuidado e será testada com outras medidas de AVD e auto-cuidado para determinar se a relação entre as medidas é a esperada.

Intervenção

- A intervenção foi descrita de forma detalhada? – Deve haver informação suficiente para a intervenção para que você possa reproduzi-la.
 - Ao analisar a intervenção, considere elementos importantes como:
 - O foco da intervenção – se é relevante para a prática da terapia ocupacional e para o seu interesse;
 - Quem realizou a intervenção – uma ou mais pessoas, se elas foram treinadas;
 - Com que frequência foi realizada a intervenção – foi suficiente, na sua opinião, para causar um impacto? A frequência foi a mesma para todos os grupos envolvidos?
 - O contexto clínico – a intervenção foi realizada em casa ou em uma instituição? O contexto foi o mesmo para os diferentes grupos (caso haja mais de um)?
- Tais elementos precisam ser informados, se você deseja reproduzir o tratamento em sua prática.
- A contaminação e a cointervenção foram evitadas? – esses dois fatores foram descritos como erros (ver seção Desenhos). Há alguma informação sobre eles? Se não, considere as questões que podem ter influenciado os resultados do estudo, por exemplo, o que poderia acontecer se um dos clientes no grupo controle recebesse tratamento inadvertidamente (contaminação) ou se alguns sujeitos estivessem fazendo uso de medicamentos durante o estudo (cointervenção)? Registre as possíveis influências. Se havia apenas um grupo no estudo, marque “não se aplica” no formulário.

Resultados

- Os resultados foram relatados em termos de significância estatística? – A maioria dos autores apresenta os resultados da pesquisa quantitativa em termos de significância estatística, para provar que são merecedores de atenção. É difícil determinar se a mudança nos desfechos ou as diferenças entre os grupos são importantes ou significativas se os dados são apresentados apenas como médias, médias ou porcentagens.
- Caso o leitor se interesse em aprofundar seus conhecimentos sobre métodos estatísticos específicos, deverá se remeter à bibliografia.
- Aponte os resultados de maneira breve nesta seção, enfatizando aqueles que foram estatisticamente significativos. Se os resultados não foram estatisticamente significativos, analise as causas: o tamanho da amostra não foi grande o suficiente para mostrar diferença importante ou significativa; ou havia muitas medidas para o número de sujeitos envolvidos.

- Os métodos de análise foram adequados? – Os autores justificaram/explicaram a escolha dos métodos de análise? Estes foram adequados ao estudo e aos desfechos? É necessário considerar o seguinte:
 - O objetivo do estudo – comparar 2 ou mais intervenções ou examinar a correlação entre diferentes variáveis de interesse. São utilizados testes estatísticos diferentes para comparação e correlação.
 - Os desfechos – se há apenas um desfecho mensurado para comparar dois tratamentos diferentes, um teste estatístico simples como o teste-*t* provavelmente será suficiente. Contudo, com um número maior de desfechos, envolvendo diferentes tipos de variáveis, geralmente são necessários métodos estatísticos mais complexos, como a análise de variância (ANOVA).
- A importância clínica foi identificada? – Números são geralmente insuficientes para determinar se os resultados de um estudo são clinicamente importantes. Os autores devem discutir a relevância dos resultados para a prática clínica e/ou a vida das pessoas envolvidas. Caso tenham sido encontradas diferenças significativas entre os grupos de tratamento, estas são importantes para a prática clínica? Se as diferenças não foram estatisticamente significativas, existem questões importantes que devem ser consideradas para sua prática clínica?

Abandono do estudo (Drop-outs)

- Houve relato de participantes que abandonaram o estudo? – O número de sujeitos/participantes que abandonaram o estudo deve ser relatado, uma vez que pode influenciar os resultados. Deve-se também esclarecer as razões para o abandono e como esse fato foi levado em consideração durante a análise dos dados, para aumentar a confiança nos resultados. Caso não haja abandono no estudo, considere como SIM e escreva na sessão de Comentários “não houve abandono”.

Conclusão e Implicações Clínicas

- A sessão de discussão do artigo deve ressaltar conclusões claras a partir dos resultados. Estas devem ser relevantes e adequadas, considerando-se os métodos e resultados do estudo. Por exemplo, os investigadores de um ECR bem desenhado, que utiliza medidas sólidas de desfecho podem afirmar a partir de seus resultados que o tratamento A é mais eficaz do que o B para aquela população de estudo. Outros desenhos de estudo não podem fazer conclusões tão fortes, devido às suas prováveis limitações metodológicas ou erros, como a falta de um grupo controle ou medidas não confiáveis, que tornam difícil “provar” ou concluir que o tratamento, por si só, influenciou os desfechos. Nesses casos, os autores podem apenas concluir que resultados demonstraram diferenças nos desfechos de interesse do estudo, para aquela população envolvida. Os resultados não podem ser generalizados para outras populações, incluindo a de seu interesse. Estudos posteriores devem então ser recomendados.

- A discussão deve abordar como os resultados podem influenciar a prática clínica – eles oferecem informação útil e relevante sobre a sua clientela, ou um desfecho de seu interesse? Eles sugerem estudos futuros? Considere as implicações dos resultados, como um todo ou em parte, para sua prática particular e para a Terapia Ocupacional de maneira geral.

Bibliografia

Crombie, I.K. (1996). The pocket guide to critical appraisal: A handbook for health care professionals. London: BMJ Publishing Group.

Dept. Of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University Health Sciences Centre(1981). How to read clinical journals: V: To distinguish useful from useless or even harmful therapy. Canadian Medical Association Journal, 124, 1156-1162.

Law, M. (1987). Measurement in occupational therapy: Scientific criteria for evaluation. Canadian Journal of Occupational Therapy, 58, 171-179.

Law, M., King, G. & Pollock, N. (1994). Single Subject Research Design. Research Report #94-2. Hamilton, ON: Neurodevelopmental Clinical Research Unit.

Mulrow, C.D., Oxman, A.D. (Eds.). (1996). Cochrane Collaboration Handbook. Available in The Cochrane Library [database on disk and CD-ROM]. The Cochrane Collaboration: Issue 2.Oxford: Updated Software; 1998.

Norman, G.R. & Streiner, D.L. (1986). PDQ Statistics. Burlington, ON: B.C. Decker Inc.
Sackett, D. L. (1979). Bias in analytic research. Journal of Chronic Disability, 32, 51-63.

Sackett, D.L., Haynes, R.B., Guyatt, G.H. & Tugwell, P. (1991). Clinical Epidemiology. A Basic Science for Clinical Medicine. Second Edition. Toronto, ON: Little, Brown and Co.

Streiner, D.L., Norman, G.R. & Blum, H.M. (1989). PDQ Epidemiology. Toronto, ON: B.C. Decker Inc.

Artigos do programa de atividades para idosos com demência (citados nos exemplos de desenho de estudo)

Bach, D., Bach, M., Bohmer, G., Gruhwalk, T. & Grik, B. (1995). Reactivating occupational therapy: a method to improve cognitive performance in geriatric patients. Age and Aging, 24,222-226.

Burton, M. (1980). Evaluation and change in a psychogeriatric ward through direct observation and feedback. British Journal of Psychiatry, 137, 566-571.

Graham, R.W. (1989). Adult day care: how families of the dementia patient respond. Journal of Gerontological Nursing, 15(3), 27-31, 40-41.

Koh, K., Ray, R., Lee, J., Nair, T., Ho, T. & Ang, P.C. (1994). Dementia in elderly patients: can the 3R mental stimulation programme improve mental status? Age and Aging, 23, 195-199.

McCormack, D. & Whitehead, A. (1981). The effect of providing recreational activities on the engagement level of long-stay geriatric patients. Age and Aging, 10, 287-291.