



A Evidência Científica e o Julgamento Clínico

Estas são as duas principais ferramentas da prática médica, que se complementam com perfeição e devem coexistir na tomada de decisão, cada uma com sua função específica. Este é o Princípio da Complementaridade entre a ciência e a decisão clínica. Este é, ainda, o princípio que dá sentido a tudo o que se fala sobre evidências científicas; é o momento em que a ciência se une com a habilidade do médico.

Denominamos propositadamente este como o **Princípio da Complementaridade**, pois é prevalente o equívoco de que a ciência faz oposição ao julgamento clínico. Alguns se opõem à *medicina baseada em evidências*, pois acreditam que esta prática exclui o julgamento clínico do processo, engessa o médico, impedindo-o de pensar. Pelo contrário, a evidência científica precisa do julgamento clínico para ser empregada. Na verdade, o processo mental de aplicação do conhecimento científico é bem mais intenso do que na *medicina baseada em receita de bolo*.

Outros consideram que a evidência científica é coisa para ser discutida nos porões da academia, enquanto a medicina é a prática, o mundo real, como se teoria e prática fossem coisas antagônicas. Mal percebem que a teoria vem da prática, observada com cuidado, por estudos metodologicamente adequados. Lembremo-nos de que não basta plausibilidade biológica (teoria) para garantir eficácia ou efetividade (prática). Temos que observar a prática, através de uma observação metodológica, científica. Por isso que teoria (evidência científica) é coisa muito mais prática do que o *achismo*.

Evidência sem julgamento clínico ou julgamento clínico sem evidência torna “capenga” a prática médica. Esta é uma das grandes causas de decisões médicas equivocadas. Sendo assim, o primeiro objetivo deste texto é deixar claro que ciência e julgamento clínico são funções complementares, e não antagônicas. Em segundo lugar, precisamos discutir **como** estas duas funções devem se complementar. Outro erro muito comum no pensamento médico é confundir as funções destas duas ferramentas cognitivas. Digo: achar que o julgamento clínico pode determinar se uma terapia é eficaz ou achar que o médico deve copiar exatamente a conduta aplicada em um ensaio clínico. Equívocos.

Vamos organizar o pensamento: evidência serve para determinar se uma terapia é eficaz, ou para verificar qual a melhor terapia ou, ainda, se um



Luís Cláudio Correia

- Professor Livre-Docente em Cardiologia
- Doutor em Medicina e Saúde
- Professor Adjunto da Escola Bahiana de Medicina

exame é acurado. Ponto. Julgamento clínico serve para analisar se a terapia eficaz (ou a melhor terapia ou o método acurado) deve ser aplicada a um dado paciente.

Vamos aos exemplos.

Exemplo 1. Imaginem que um ensaio clínico determina a eficácia de uma terapia quimioterápica que prolonga de 3 para 6 meses a vida de um paciente com câncer. Porém, o mesmo ensaio clínico demonstra que a qualidade de vida do paciente piora como consequência dos efeitos colaterais da quimioterapia e ainda quantifica o grau de redução na qualidade de vida. Até aqui, temos uma informação científica verdadeira, que não poderia ser obtida com a mesma confiabilidade a partir da experiência clínica. Até este ponto, utilizamos a ferramenta científica, como deve ser feito. Agora, começaremos a usar o julgamento clínico na decisão final. O que seria melhor: 3 meses de vida com razoável qualidade ou 6 meses de vida de qualidade ruim? Essa **não** é uma pergunta científica. Para tomar esta decisão, o médico precisa de experiência com casos anteriores, sensibilidade, intuição e capacidade de captar (ou ouvir) o real desejo do paciente e de sua família. Percebam, neste exemplo, que os dois processos cognitivos (conhecimento científico e julgamento clínico) se complementam, porém, cada um mantém sua função.

Exemplo 2. O conhecimento científico indica que, na doença coronária estável, implante de stent coronário não reduz mortalidade, nem infarto, apenas promove melhor controle dos sintomas com relação ao tratamento farmacológico isolado¹. Sendo assim, temos a liberdade de escolher tratamento clínico ou angioplastia para um paciente com angina estável. A escolha é nossa, e **essa liberdade é embasada em evidências**. Agora, usaremos o julgamento clínico para escolher, utilizando nossa experiência, intuição e sensibilidade. Se tivermos um idoso, limitado funcionalmente pela própria idade, o tratamento medicamentoso pode ser a melhor

escolha inicial. Mas se, por outro lado, tivermos um paciente de 40 anos, que gosta de jogar tênis e que vinha, já, muito limitado pela angina, talvez a angioplastia traga um grande benefício de qualidade de vida. Isto é julgamento clínico. Se tivermos um paciente assintomático com obstrução coronária, é “burrice clínica” instituir um tratamento que apenas controla sintomas. Controlar sintoma no assintomático? Bem, para quem mora em Marte, aviso que esta é uma prática em nosso mundo. E isso não decorre só do distanciamento do médico em relação à evidência, decorre, também, do distanciamento em relação ao julgamento clínico, preguiça de pensar.

Exemplo 3. Estatina reduz mortalidade de pacientes com dislipidemia e que já tiveram infarto. Isso é evidência científica. Quanto reduz? Número necessário a tratar (NNT) de 25 para um tratamento de 5 anos². Deparo-me, agora, com um paciente que há um ano apresentou um problema de rabdomiólise sem causa definida (não usava estatina), com disfunção renal, que ficou por 40 dias internado na UTI. Uso estatina? Esse medicamento reduz mortalidade, é prevenção secundária! O julgamento clínico utiliza o dado científico de que apenas 1 em 25 pacientes tratados com estatina se beneficiará com a prevenção de morte. Este conhecimento científico quanto à magnitude do benefício nos permite julgar que não devemos indicar estatina para este paciente, que quase morre de rabdomiólise recentemente. Mas, se o NNT da estatina fosse de 1, sem dúvida, usaríamos a droga. Entre 1 e 25, pensaríamos. Isso é julgamento clínico, é a prática do pensar.

Exemplo 4. Em pacientes que nunca tiveram infarto, estatina não reduz mortalidade, apenas reduz eventos cardiovasculares, com NNT maior do que o acima citado³. Se um paciente relata dor muscular com uso da droga, o que faço? Se o julgamento clínico me indica que a qualidade de vida do paciente está muito prejudicada, não seria absurdo suspender a droga (julgamento), visto que é apenas 1 em muitos pacientes que se beneficiam

da terapia (evidência), o que não chega a reduzir a taxa de mortalidade.

Exemplo 5. Temos um método de imagem comprovadamente acurado com base em ciência. Mas é o julgamento clínico que vai nos dizer qual paciente deverá ter o método utilizado, é o pensamento médico que determinará a probabilidade pré-teste que mostrará a necessidade do exame. Pacientes de baixa probabilidade pré-teste não se beneficiam da pesquisa de isquemia miocárdica, por exemplo, por métodos de imagem ou teste ergométrico, pois as razões de probabilidade não são boas o suficiente para nos fazer mudar de ideia, no sentido de que este paciente de baixa probabilidade clínica, na verdade, tem a doença. O conhecimento da acurácia destes testes é científico (não por expe-

aquele caso se trata de uma síndrome coronariana aguda. É uma elevação de marcador de necrose circunstancial, secundário a aumento de consumo ou redução de oferta por hipotensão, hipoxemia? O edema agudo de pulmão foi consequência de um infarto ou foi o edema agudo que causou a elevação de troponina? Isto é julgamento clínico.

Percebam que em todos estes exemplos utilizamos as duas ferramentas cognitivas e que em nenhum caso confundimos as suas funções. Não devemos achar que é o julgamento ou a experiência clínica que determina a verdade sobre eficácia, nem sobre acurácia, mas não é apenas a evidência que determinará a conduta médica final.

Evidência científica precisa de médico para beneficiar o paciente, e o bom médico é aquele que se utiliza do conhecimento científico como pre-

“Precisamos do julgamento clínico, portanto, para identificar quando estamos nas raras situações de plausibilidade extrema, quando o tratamento deve ser adotado a despeito da ausência de evidências.”

riência), enquanto que este raciocínio probabilístico é julgamento clínico.

Como diz o Princípio da Hipótese Nula, uma conduta se justifica pela demonstração de sua eficácia. Na ausência dessa demonstração, não devemos adotar a conduta. Mas precisamos do julgamento clínico para identificar a exceção ao Princípio da Hipótese Nula. Precisamos do julgamento clínico, portanto, para identificar quando estamos nas raras situações de plausibilidade extrema, quando o tratamento deve ser adotado a despeito da ausência de evidências.

Precisamos também do julgamento baseado em experiência clínica para reconhecer que o paciente em questão é do tipo que foi representado por um dado ensaio clínico. Sei que um anticoagulante deve ser usado em síndromes coronarianas agudas, por evidências científicas. Porém preciso do julgamento clínico para avaliar se realmente

missa básica para seu julgamento clínico. O mau médico é aquele que acha que pode gerar conhecimento baseado no achismo ou em sua anedótica experiência médica. Experiência médica boa é a resultante do treinamento em alinhar o conhecimento científico ao julgamento clínico.

Temos dois cérebros, o esquerdo (racional) e o direito (intuitivo, emocional, criativo). Precisamos utilizar os dois cérebros da decisão médica e não apenas um deles, como se tivéssemos sofrido um acidente vascular cerebral hemisférico. Não podemos ser médicos sequelados, sem o hemisfério esquerdo (sem evidências) ou sem o hemisfério direito (julgamento). Estes dois devem se complementar, como tudo na vida.

A magia da medicina ocorre quando nosso processo mental de decisão permite a sinergia da evidência com o julgamento clínico. Neste momento, a medicina baseada em evidência ganha outra dimensão, a dimensão de beneficiar o paciente.

REFERÊNCIAS

1. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med* 2007;356:1503-16.
2. RANDOMISED trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994;344:1383-9.
3. Downs JR, Clearfield M, Weis S, et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/TexCAPS. Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study. *JAMA* 1998;279:1615-22.