

A decisão clínica*

Alvan R. Feinstein[§]

Bom dia. Obrigado. Acabaram de ouvir todo o meu léxico em português. Sinto-me muito honrado por estar aqui e agradeço aos organizadores deste congresso por me terem convidado e a todos vós por me ouvirem em inglês que, garanto-vos, é muito melhor que o meu português. Vou tentar falar lentamente e espero que todos vós sejam capazes de me entender.

Tinha planeado usar *slides* mas os *slides* perderam-se no caminho. Portanto, vou cantar-vos *a capella*, sem *slides*, e espero que me possam seguir.

Tenciono falar de seis tipos de decisões clínicas e dos riscos envolvidos quando os médicos tomam essas decisões. Têm a ver com *ideology*, diagnósticos, qualidade de vida, qualidade de cuidados e com o uso da chamada medicina baseada em evidências.

Começo por falar de *ideology*. É um mundo em que todos os dias alguém anuncia um novo factor de risco. Pondo de parte o facto de que a vida é um factor de risco e de que, como sabem, é uma doença sexualmente transmitida, para a qual o ponto terminal é sempre a morte, a questão é como podemos gozá-la quando os epidemiologistas estão constantemente a dizer-nos que tudo é perigoso. Há duas coisas que é necessário saber com todos estes anúncios sobre factores de risco: uma relaciona-se com o facto de que os epidemiologistas sabem, frequentemente, muito pouco sobre a doença e sobre o diagnóstico da doença e, geralmente, não reconhecem que quando descobrimos melhores métodos para detectar essa doença, tal como a mamografia, a taxa de ocorrência dessa doença vai inevitavelmente subir. E vai subir associada a tudo o que promova o uso da mamografia. Se me pedissem para individualizar uma indústria particularmente de risco, eu diria que seria aquela em que se faz um programa de rastreio pela mamografia. As mulheres que trabalhem nessa indústria terão uma taxa muito maior de cancro na mama que a população em geral. Como não haverá um grupo de controlo que consista em mulheres que trabalhem noutra indústria onde usem também o programa de rastreio pela mamografia, a taxa de cancro na mama nessa indústria será tida como mais alta e, então, tudo o que se produza nessa indústria – vinho do porto, caldo galego, parafusos – será acusado de provocar cancro na mama. Isto está sempre a aparecer na literatura e é, na minha opinião, uma das grandes desgraças científicas da nossa era. Outro

problema que se coloca em muitos estudos epidemiológicos caso – controlo é o potencial enviesamento. Todos sabemos que estudos randomizados duplamente ocultados nos impedem de chegar a conclusões enviesadas sobre os resultados. No entanto, em muitos estudos caso-controlo o entrevistador sabe o que é um caso e o que é um controlo, quando está a conseguir informação sobre exposições prévias, o que pode conduzir a enviesamento. Portanto, no que diz respeito a muitas acusações epidemiológicas sobre factores de risco, tudo o que eu posso dizer é: cuidado! A ciência não é muito boa e, muitas vezes, temos mais advocacia de saúde pública de que ciência.

Em seguida vou falar sobre diagnósticos. Durante as passadas décadas tem-se observado um crescente uso de fórmulas matemáticas para diferentes procedimentos diagnósticos. Cada vez mais ouvimos falar de sensibilidade, especificidade e outros itens. Devem lembrar-se de que sensibilidade é a exactidão de um determinado teste em pessoas que têm a doença; especificidade é a exactidão desse mesmo teste em pessoas que não têm a doença; e os testes são, muitas vezes, relatados desta forma. Há um grande problema com esses relatos, que é o facto de em diferentes partes do espectro da doença as taxas de sensibilidade ou especificidade serem muito diferentes. Por isso, em pessoas com cancros metastáticos, o teste resultará numa sensibilidade muito diferente do que em pessoas com um cancro localizado e sintomático. Quanto aos grupos de controlo, em pessoas que possuam certas características os testes resultam normalmente em falsos positivos e, no entanto, a matemática comporta-se como se a sensibilidade e a especificidade fossem absolutamente constantes, seja qual for a doença.

Um segundo problema é que a sensibilidade e a especificidade assumem que o médico já conhece a doença do paciente, mas se, de facto, já a conhecesse não pediria a realização do teste. Portanto, para converter os resultados da sensibilidade e especificidade no que realmente se quer saber, ou seja, qual a sua exactidão num doente em particular, torna-se necessário o uso de vários tipos de fórmulas matemáticas baseadas na chamada prevalência da doença.

Há uns anos atrás, eu e os meus colegas Carry Reed e David Lane realizámos um inquérito a médicos em exercício. Não falámos com académicos. Chamámos apenas médicos que efectivamente exerciam a profissão nos campos de medicina interna, medicina familiar, obstetrícia, cirurgia, pediatria, etc., e perguntámo-lhes: “Costumam usar os métodos da sensibilidade e especificidade quando trabalham com doenças”? Ao que eles responderam: “Não. A única vez em que usamos esses métodos é quando fazemos o exame de admissão ao colégio de especialidade. O que fazemos é procurar na nossa própria experiência profissional quantas vezes, com os nossos doentes, os testes acusaram falso positivo ou falso negativo, mas isso significaria falso positivo de diagnóstico ou falso negativo de diagnóstico, e não em termos de sensibilidade ou especificidade”. Então,

**Lição magistral proferida no âmbito do 6º Congresso Nacional de Medicina Interna (Porto, 2000). Tradução de Carlos Vasconcelos*

§*Professor de Medicina e Epidemiologia e Director emérito de Robert Wood Johnson Clinical Scholars Program, Yale, USA.*

o que os médicos em exercício fazem, na realidade, é pensar no seu próprio espectro de doenças e, na minha opinião, fazem um trabalho muito melhor que os académicos ao encorajá-los a usar a sensibilidade e especificidade, *likelihood ratios*, teorema de Bayes e toda a parafernália matemática. Os médicos alcançam muito melhores resultados usando a sua própria experiência, em especial reflectindo sobre o espectro de doenças que efectivamente conhecem, com os doentes que conhecem, desenvolvendo resultados para cada teste de acordo com o que viram na realidade, mais do que prestando atenção a todos os algoritmos de sensibilidade e especificidade que aparecem na literatura para casos que nunca viram e para espectros de doenças que diferem do que normalmente encontram.

Vou agora falar de prognóstico. O prognóstico é um juízo que os bons médicos fazem. Todos sabemos que o radiologista ou mesmo o técnico do laboratório nos podem fornecer um diagnóstico preciso, mas saber o que se passará em seguida depende da experiência clínica e do juízo clínico que nem o radiologista nem o técnico de laboratório possuem.

Como prognosticam os médicos? Bem, olhando para a literatura publicada, parece que se faz através de modelos matemáticos, chamados de regressão logística ou outros, onde se coloca um conjunto de variáveis, representando todos os tipos de coeficientes, numa equação. Depois, substituem-se as variáveis pelos resultados dos pacientes e temos um prognóstico. Essas equações matemáticas podem ser muito úteis na determinação dos factores importantes. Eu até já escrevi um livro intitulado *Multivariable analyses* que trata de como podem ser usadas essas actividades matemáticas. Mas, se tivesse um médico, preferia que ele não fizesse uso de nada disso ao prognosticar-me uma doença a mim, à minha família ou aos meus doentes.

A razão é que, quando estamos a pensar em termos clínicos, pensamos em muitos resultados diferentes e não apenas na morte, como acontece em todas as fórmulas matemáticas. Pensamos no que vai acontecer ao doente em termos de sintomas. Será que o paciente irá, ou não, ultrapassar a doença em termos satisfatórios?

Um segundo problema ligado às equações matemáticas é o facto de elas não incluírem todos os dados clínicos importantes. De facto, elas contêm o que se chama de *hard data*, tais como a idade, o sexo, a raça, os testes laboratoriais, mas não contêm qualquer informação sobre dor ou a severidade dessa mesma dor, ou angústia. Tudo isso é omitido e, no entanto, todo o bom clínico tem em conta essas variáveis. Por exemplo, se me pedirem para prognosticar o resultado daquele paciente com cancro, eu posso afirmar que a perda de peso é tão importante, se não mais importante, que o alastramento do cancro e, no entanto, a perda de peso não costuma ser tomada em conta nesses sistemas de prognóstico.

Além disso, quando se fala no próprio acto de pensar, os

médicos não pensam na forma de uma equação matemática. Pensamos em subgrupos. Pensamos numa senhora velha e cansada, isso é um subgrupo, não pegamos em equações matemáticas e as juntamos. É nesses subgrupos que estamos a pensar quando criamos o *TNM staging system*, primeiro estágio, segundo estágio, terceiro estágio, para o cancro, ou quando desenvolvemos outros tipos de juízos de prognóstico.

Esse agrupamento de vários doentes num subgrupo é o que um bom médico faz quando pensa no que irá acontecer àquele doente. Olhamos para o doente, pensamos a quem é que ele se assemelha e depois lembramo-nos do que aconteceu a pessoas naquela situação e prevemos o que lhe irá acontecer. Não criamos uma equação matemática tal como $b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$ e por aí em diante. Por isso, todos os sistemas de prognóstico enunciados na literatura com todas aquelas fórmulas matemáticas são muito úteis para chamar a atenção de quem analisa um doente para as variáveis mais importantes, mas não servem para fazer prognósticos específicos para cada doente.

Em último lugar, ao considerarmos certo tipo de prognósticos, devemos fazer a distinção entre o resultado final morte e não apenas na morte devida a uma doença em particular. Por exemplo, ao avaliarmos o valor do rastreio da colonoscopia deparamo-nos com várias análises randomizadas que mostram que o índice de morte por cancro no cólon é menor naqueles que fazem rastreio do que naqueles que não o fazem. Isto parece óptimo e é certeza muito bom para os médicos que fazem a colonoscopia. Todavia, se olharmos para a taxa total de morte, não apenas mortes atribuídas ao cancro no colo, esta é a mesma nos grupos em comparação. Como é que isto acontece? É muito possível que tenha a ver com a forma como os certificados de óbito são passados. A título de exemplo, consideremos duas mulheres, ambas com 80 anos, que entram no hospital a morrer de pneumonia. Uma dessas mulheres tinha feito uma mamografia há uns anos atrás, altura em que encontraram um pequeno cancro que foi retirado. Por isso mesmo, as lesões que apresenta na radiografia são atribuídas à pneumonia e acreditam que ela tenha morrido de pneumonia. A outra mulher, de mesma idade, não fez uma mamografia e, ao ser examinada no hospital, descobrem-lhe um pequeno cancro na mama. Então, as lesões evidenciadas na radiografia são tidas como metástases e, em vez de no seu certificado de óbito figurar pneumonia, aparece cancro na mama. Ambas as mulheres morreram da mesma maneira, com a mesma idade e, no entanto, a uma foi-lhe atribuída como causa de morte uma pneumonia e a outra um cancro na mama. Ao avaliarmos o valor destes dispendiosos programas de rastreio, em particular quando recebem avaliações randomizadas, é importante ter em conta qual o ponto terminal para comparação. A morte *tout court* é o único ponto terminal que interessa, e não a morte devida a esta, ou àque-la doença.

Vou agora falar de qualidade de vida. Este conceito tem vindo a tornar-se um problema cada vez mais importante na medicina moderna, em especial quando nós, os médicos, nos tornamos capazes de magoar uma pessoa tanto quanto podemos ajudá-la. Para qualquer coisa que façamos que seja maravilhosa há sempre qualquer efeito lateral ou outra acção que torna as pessoas infelizes. Por isso mesmo, devemos debruçarmo-nos sobre o conceito de qualidade de vida. É muito interessante saber que a maioria dos médicos que conheço, ao avaliar a qualidade de vida dos seus doentes, falam com eles e perguntam-lhes como é a sua qualidade de vida. Ao que o paciente responde que é muito boa ou miserável, e o médico pode, então, perguntar-lhe o que é que faz com que a sua vida seja muito boa ou miserável. E o paciente responderá que o seu filho é viciado em drogas ou que a sua filha fugiu com um homem que não presta, ou que a sua esposa faz isto ou aquilo de que ele não gosta, etc.

Hoje em dia, porém, há um campo da ciência chamado *psycho metrics* que produz instrumentos para determinar a qualidade de vida. Então, em vez de perguntarmos a alguém como é a sua qualidade de vida, pedimos-lhe para preencher um questionário de 50 perguntas para depois lhe dizermos como é a sua vida. Isto parece sórdido, mas acontece a cada momento em vários estudos clínicos e outros estudos precisos.

Um dos problemas principais deste tipo de questionários é a possibilidade de eles omitirem o que de facto é importante para as pessoas. Como exemplo, vou contar-vos a história de como eu, há 15 anos atrás, elucidei um cirurgião ortopédico sobre sexo. Perguntei-lhe o que fazia para determinar a condição dos pacientes antes e depois de uma operação de substituição da anca, e ele respondeu que marcava a condição deles numa escala apropriada (escala que depende de dor de dia, dor de noite e alcance de movimentos). Após a sua resposta, voltei a perguntar-lhe como é que ele determinava se tinha, ou não, sido bem sucedido, e, ele respondeu-me que via se a escala daquele doente tinha melhorado, ao que eu respondi que essas podiam não ser as razões pelas quais o doente tinha decidido fazer a operação. E ele, então, perguntou-me: “O que é que quer dizer com isso?” Acontece que eu, na altura, sabia de um paciente meu que tinha feito a operação de substituição da anca com o intuito de melhorar a sua *performance* a jogar ténis. Após a operação ele tinha muito menos dor diurna, muito menos dor nocturna e um muito maior alcance de movimentos, mas não jogava ténis melhor. Por isso, perguntei ao cirurgião ortopédico por que não falava com os doentes e lhes perguntava porque é que eles queriam fazer a operação. Ele olhou para mim e achou a ideia um tanto estranha, mas decidiu tentar e, ao tentar, é que descobriu que alguns dos seus pacientes mais velhos, mas não decrepitos, queriam fazer a operação porque o problema na anca interferia com a sua actividade sexual. E foi assim que elucidei um cirurgião ortopédico sobre sexo.

A verdade é que, nós queremos saber qual é a intenção das pessoas, devemos perguntar-lhes; se queremos saber como se sentem, devemos perguntar-lhes. Não é preciso ser-se psiquiatra, basta ser-se um bom internista para perguntar aos doentes como é que se sentem, qual é a sua qualidade de vida, o que é que querem fazer e porquê. Deste modo consegue-se muito mais informação de que com uma centena de questionários. Penso muitas vezes na Virginia Apgar, a pessoa que criou o índice de Apgar. Quantos de vós o conhecem? Usam-no em Portugal para analisar a condição dos recém-nascidos? Sim? Sim! Por falar nisso, quantos de vós sabiam que o seu primeiro nome era Virginia? Apgar era uma mulher, é a mãe do *clinimetrics*, a área da medição clínica. E ela tinha muita sorte em não ter consultores. Se ela tivesse consultores, não teríamos um excelente e simples registo de Apgar. Teríamos um instrumento Apgar, que teria 50 itens, com coisas como “Eu acho que os recém-nascidos são giros – concordo totalmente; discordo totalmente” e por aí em diante. Teria todo o tipo de credenciais estatísticas e seria inútil. Em vez disso, da sua própria experiência clínica escolheu cinco variáveis: coração, respiração, cor, tom e reflexos. Deu-lhes uma classificação de 0, 1 e 2; fez corresponder um critério a cada algarismo e, neste momento, o índice de Apgar é usado em todo o mundo. Precisamos de mais médicos como Virginia Apgar que façam investigação explorando o que sabem e o que aprenderam, e não o que determinado consultor de outro sítio lhes diz para fazer.

Agora vou voltar para a questão da qualidade de cuidados. Num mundo altamente técnico como o nosso, em que os governos gastam cada vez mais dinheiro em cuidados médicos, é normal que queiram informação sobre a qualidade desses cuidados, e aqui temos um problema de tecnologia médica. Se olharmos para as várias perspectivas usadas para determinar a qualidade de cuidados, reparamos que elas não avaliam alívio, conforto ou segurança; elas determinam apenas se o paciente recebeu este ou aquele tratamento, descrevem a *performance* de determinados procedimentos técnicos, e não há nada de errado com isso. Nós gostamos de ter a certeza de que os nossos doentes recebem o melhor dos tratamentos. O que está errado é a designação “qualidade de cuidados”, porque não avalia minimamente os cuidados que o médico tem em relação ao doente. Todos devem lembrar-se do aforismo francês: *guerir quelques fois, soulager souvent, consoler toujours*. Bem, *guerir quelques fois* significa curar de vez em quando. Nós fazemo-lo uma vez ou outra, mas *consoler toujours, soulager souvent*, isso são cuidados que, normalmente, não temos. Esta a razão pela qual, hoje em dia, tantos pacientes preferem recorrer à homeopatia ou à medicina alternativa, onde o médico pode não ser tão formado ou tão preparado como nós, mas parece ouvir, ter cuidado, e nós já demonstrámos como estamos completamente errados ao usar a expressão qualidade de cuidados para o que, na realidade, é qualidade do desempe-

nho técnico. Conheço alguns médicos e alguns planos de saúde nos EUA que são péssimos em relação aos doentes e que, no entanto, recebem louvores pela qualidade de cuidados, porque aplicam o tratamento correcto. O que nós deveríamos fazer, como médicos que se preocupam realmente com a qualidade de cuidados e que querem ter a certeza que a medicina continua a ser uma profissão humanística, era desenvolver novos métodos de avaliação da qualidade de cuidados. Podemos perguntar aos doentes o que pretendem dos nossos serviços e, no final, perguntar se o conseguimos. E, desta forma, podemos, regularmente, avaliar os vários aspectos de cuidados, o que não fazemos hoje em dia quando avaliamos procedimentos técnicos. A culpa de estas avaliações técnicas terem sido aceites como úteis para avaliar a qualidade de cuidados é nossa. Na verdade, estas avaliações são altamente inadequadas para avaliar a qualidade de cuidados; e a razão pela qual os nossos pacientes recorrem cada vez mais à medicina alternativa e complementar é porque a nossa qualidade de cuidados já não é o que era. Temo-nos tornado uns a aficionados da tecnologia e dos procedimentos médicos e não damos a atenção necessária ao doente quando o tratamos.

Para acabar, vou falar de medicina baseada na evidência. Este conceito tem-se tornado muito popular. Alguns dos meus amigos são verdadeiros líderes deste movimento. Parece ser a nova onda do futuro. Estou a falar-vos como um velho dinossauro que, no entanto, se mostrou suficientemente jovem para já ter participado em muitas das coisas que hoje constituem a medicina baseada na evidência, e quero alertar-vos para elas. Os problemas da medicina baseada na evidência são substanciais.

Cada um de nós, como estudante ou como interno, se deparou, um dia, com um professor que afirmava: «Segundo o meu raciocínio clínico, isto é o que deveria ser feito». E esse professor estava errado. Ou então, perguntávamos ao professor em que é que se baseava o seu juízo clínico, ao que ele respondia – “Na minha experiência clínica” – e nós, a medo, continuávamos – “sim, Senhor Professor, o Senhor Professor é muito conhecido pela sua experiência clínica, mas em que é que estava a pensar, para que é que olhou, o que é que me pode dizer que constitua qualquer tipo de documentação?”. E o professor, então, respondia: “Não posso explicar, é o meu raciocínio clínico, levou-me muitos anos a conseguir”. Todos tivemos essa experiência e todos conhecemos professores que afinal de contas estavam errados. Todos nós conhecemos vários raciocínios clínicos desde há séculos, desde Galeno até aos melhores professores e autoridades, e todos sabemos que ou estavam completamente errados ou então foram substituídos por métodos mais avançados e novas ideias. Por estas razões, a ideia de basearmos as nossas decisões em provas é muito atraente, mas o que apelidamos de evidência é um conjunto forçado de evidências. Não é a evidência adquirida na vida prática, mas sim a evidência que surge através de estudos

de controlo randomizados. Quem é que dirige estes estudos? Normalmente, são empresas farmacêuticas que querem demonstrar que os seus produtos são melhores que placebo. É isso que nós exigimos às empresas farmacêuticas através de regulamentos federais, e estamos certamente muito melhor que há cem anos atrás, quando a maioria dos produtos farmacêuticos não eram testados nem era provado que eram melhores que placebo. Todavia, na prática clínica, não comparamos uma agente activo com placebo, queremos comparar um agente activo com outro agente activo. Os estudos randomizados raramente o fazem.

Os mesmos estudos também pretendem responder à questão da eficácia geral, o que significa a média de eficácia para o grupo sob estudo, e, no entanto, ao tratar um doente, não estamos a tratar a média, estamos a tratar um doente em particular, com as suas especificidades, de tal modo que esse doente pode ou não responder bem ao tratamento que se adequaria à média de doentes naquela situação. Estas distinções não são tomadas em conta pelos estudos randomizados. A acrescentar a esta circunstância, os estudos randomizados escolheram um ponto de avaliação em particular, que pode não ser o ponto de avaliação mais importante para vós e para os vossos doentes. Podem querer saber qual o resultado de determinados efeitos laterais que não foram tomados em conta pelos seus estudos randomizados. Além disso, os pacientes admitidos para esses estudos não passam de uma pequena parte seleccionada de entre todo o espectro da doença. Normalmente são pacientes nem muito nem pouco doentes e, no entanto, nós podemos estar a tratar de pacientes muito ou pouco doentes que não foram tidos em conta aquando da elaboração daquele estudo randomizado.

Para tornar o meu raciocínio claro, tenho de explicar que não estou a atacar os estudos randomizados. São óptimos para o que se propõem fazer, mas há muitas coisas que não se propõem fazer e que são normalmente coisas a ter em conta quando se exerce medicina. Os estudos randomizados só consideram agentes terapêuticos. Há muito poucos estudos randomizados que tomem em conta testes diagnósticos, *ideology*, prognóstico, as decisões que é necessário tomar depois de se ter iniciado um tratamento.

O que se chama, normalmente, de medicina baseada na evidência são os resultados dos estudos randomizados combinados e conjugados. É o que se apelida de meta-análise.

O problema desta medicina baseada na evidência é que os médicos passam a perder muito tempo em frente dum computador e têm cada vez menos contacto com os doentes. Se, por acaso, necessitam de descobrir por que é que este doente se sente mal, ou o que é possível fazer para que ele se sinta melhor, eles não estão à cabeceira, mas sim muito ocupados em frente de um computador, a tentar alcançar resultados baseados na evidência. Um segundo problema é que estamos a substituir o juízo clínico daquela autoridade que não o conseguia explicar por uma nova espécie de au-

toridade mas desta vez anónima, pois todos os dados são coleccionados e compilados pelos investigadores, em Oxford, na *Cochrane collaboration*. Não sabemos quem conseguiu estes dados, quem os compilou, como os avaliou. Não sabemos que estudos foram tidos em causa e que estudos não o foram. Não sabemos quantos estudos foram feitos e nunca publicados e, no entanto, vamos olhar para aquilo e dizer “isto é evidência”, em contraste com aquela autoridade clínica que destronámos e substituímos por esta nova autoridade anónima. Isto pode ser progresso, mas mais parece a substituição da Roma de Galeno pela Oxford de Cochrane, e não tenho a certeza de que isto vá constituir grande progresso.

Estes foram os tópicos sobre os quais eu vos queria falar. Os problemas de evitar os exageros epidemiológicos ao olharmos para os factores de risco; prestar atenção à nossa própria experiência clínica, ao avaliar testes diagnósticos; procurar subgrupos e grupos importantes, ao tentar estabelecer um prognóstico; perguntar aos doentes como é a sua qualidade de vida; prestar atenção aos doentes ao avaliar a qualidade de cuidados, e ter muito cuidado com as evidências prestadas pelo computador na chamada medicina baseada na evidência. Isto pode fazer de mim um médico muito antiquado. Se o faz, aceito o título de bom grado.

Muito obrigado pela vossa atenção.