

Artigo de revisão | Review

O juízo clínico e o exercício da medicina

*Clinical judgement and the medical profession*Gunver S. Kienle,¹ Helmut Kiene¹

¹Médicos, pesquisadores do Instituto de Epistemologia Aplicada e Metodologia Médica, Freiburg, Alemanha.

Endereço para correspondência: Gunver S. Kienle
Institut für angewandte Erkenntnistheorie und medizinische Methodologie, Zechenweg, 6. D-79111. Freiburg i.Br., Alemanha.
Endereço eletrônico: gunverkienle@ifaeem.de

Traduzido por Eliane Follador do original *Clinical judgement and the medical profession*. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2011;17:621-7.

Publicado com autorização dos autores e da revista.

Palavras-chave: Avaliação da causalidade; julgamento clínico; pesquisa clínica; conhecimento da *Gestalt*; epistemologia médica; conhecimento implícito.

Keywords: Causality assessment; clinical judgement; clinical research; Gestalt cognition; medical epistemology; tacit knowledge.

RESUMO

Objetivos: O juízo clínico é um elemento chave da profissão médica, é essencial para a performance do médico e pode gerar informação para clínicos, cientistas e também para os administradores de serviços de assistência médica. O interesse pelo juízo clínico tem se renovado principalmente por causa do seu papel na comunicação, no diagnóstico, e na tomada de decisão. Além desse tema, este artigo destaca as inter-relações entre o juízo clínico, a avaliação da terapia e o profissionalismo médico. **Métodos:** revisão de literatura e desenvolvimento teórico. **Resultados:** Esse artigo apresenta abordagens metodológicas para a avaliação da causalidade em estudos clínicos e sobre o juízo clínico, e oferece critérios de causalidade para o estudo de caso. São descritos modelos de profissionalismo médico tais como a racionalidade técnica e a epistemologia aplicada e caracterizados aspectos da competência profissional como o conhecimento implícito, a reflexão em ação, e o reconhecimento da *Gestalt*. **Conclusão:** São discutidas as consequências do progresso metodológico e logístico, tanto em relação ao desenvolvimento médico, quanto em relação às bases cognitivas da profissão médica.

ABSTRACT

Objectives: Clinical judgment is a central element of the medical profession, essential for the performance of the doctor, and potentially generating information also for other clinicians and for scientists and health care managers. The recently renewed interest in clinical judgement is primarily engaged with its role in communication, diagnosis and decision making. Beyond this issue, the present article highlights the interrelations between clinical judgement, therapy assessment and medical professionalism. **Methods:** Literature review and theory development. **Results:** The article presents different methodological approaches to causality assessment in clinical studies and in clinical judgement, and offers criteria for clinical single case causality. The article outlines models of medical professionalism such as technical rationality and practice epistemology, and characterizes features of professional expertise such as tacit knowledge, reflection in action, and Gestalt cognition. **Conclusions:** Consequences of a methodological and logistical advancement of clinical judgment are discussed, both in regard to medical progress and to the renewal of the cognitive basis of the medical profession.

A profissão médica é uma vocação “na qual o conhecimento do médico, a sua habilidade clínica e o seu julgamento são colocados a serviço da proteção e da restauração do bem estar do ser humano”.¹ Uma das bases dessa profissão é o juízo clínico. Ele se encontra no centro do conhecimento médico, das suas competências e habilidades, sendo “quase tão importante quanto a habilidade técnica de realizar um procedimento médico”.² O juízo clínico é desenvolvido através da prática, da experiência, e da análise crítica constante. Ele compreende todas as áreas médicas: o diagnóstico, a terapêutica, a comunicação e a tomada de decisão. No entanto, há pontos de vista sobre o juízo clínico que o desqualificam como notoriamente enganador, uma espécie de caixa preta estranha e irracional: “uma cortina de fumaça por não ter lido o último exemplar semanal do *New England Journal of Medicine* ou do *Lancet*”.³⁻⁵

Nos últimos anos, o interesse sobre esse tema cresceu e há uma grande variedade de pesquisas sobre o juízo clínico. No entanto, essas pesquisas focam basicamente no papel do juízo clínico na comunicação, no diagnóstico e na tomada de decisão.⁶⁻¹⁰ Não se leva em consideração a sua capacidade para a avaliação da terapia, a sua potencial competência e validade, sua suscetibilidade ao erro e ao viés, e a possibilidade do juízo clínico ser otimizado e profissionalizado. Esse artigo aborda esse tema e destaca a inter-relação do juízo clínico, avaliação terapêutica e profissionalismo médico.

O JUÍZO CLÍNICO E A AVALIAÇÃO POSITIVISTA DA TERAPÊUTICA

A reputação do juízo clínico passou por uma transformação substancial no decorrer do último século. No início, os médicos clinicamente qualificados e cientificamente competentes e seus julgamentos eram o principal impulso para a decisão sobre o tratamento, a avaliação terapêutica, e o progresso médico. Entretanto, com a ascensão da metodologia de pesquisa moderna, os aspectos falaciosos do julgamento clínico foram cada vez mais enfatizados. Presumiu-se que o julgamento pessoal seria incapaz de ir além de um simples *post hoc ergo propter hoc*,⁸ e poderia, no máximo, almejar algo como uma correlação estatística simples, intuitiva, e de baixa qualidade.^{11,12} Assim, uma tarefa inicial seria “se abster do exercício de qualquer julgamento”,¹³ e isso foi obtido através dos estudos clínicos. No entanto, essa descrença geral sobre o julgamento pessoal não foi baseada em uma investigação sistemática, mas em exemplos anedóticos de ingenuidade e de erro e, de modo geral, na baixa autoestima sobre a cognição pessoal em tempos de epistemologia neopositivista¹⁴ e falibilista.^{15*}

Ao se julgar o desfecho de um tratamento, basicamente se confronta com a questão da causalidade, de verificar se a causalidade tem conexão com a manobra terapêutica. O estudo controlado randomizado (ECR) se tornou o padrão ouro da avaliação da causalidade terapêutica. O ECR incorpora paradigmas de filósofos e metodologistas famosos que estabeleceram que a avaliação da causalidade terapêutica somente poderia ser considerada válida e confiável se fosse baseada em: experimentação (Francis Bacon, século XVII),¹⁶ muitas observações repetidas (David Hume, século XVIII),¹⁷ comparação (John S. Mill, século XIX)¹⁸ e randomização (Ronald Fischer, século XX).¹⁹ É nisso que se baseia a metodologia médica de hoje quando reivindica que a avaliação da causalidade terapêutica requer um estudo intervencional (experimento), de um coorte (muitas observações repetidas), com um grupo controle (comparação) e com uma distribuição aleatória de pacientes entre o grupo intervenção e o grupo controle (randomização).

No preceito desses paradigmas, é de especial importância a posição seminal de Hume que estabelece que a avaliação da causalidade requer múltiplas observações e que isso não é possível em casos únicos. Assim, mesmo quando a randomização não pode ser estabelecida, a epidemiologia clínica requer ao menos um grupo controle.^{20,21}

Desse modo, se um único médico quisesse julgar um efeito terapêutico, ele teria que tratar um grupo de pacientes com determinada terapia e outro grupo de pacientes ou com um tratamento diferente ou não oferecer tratamento. Assim, ele poderia formar uma impressão sobre o desfecho médio em ambos os grupos, assim também como sobre as suas diferenças – ao mesmo tempo, levando em consideração as variações espontâneas e os efeitos dos fatores prognósticos, terapias adjuntas, fatores contextuais etc. Obviamente, este tipo de avaliação está além da capacidade de um único médico. E não surpreende que o artigo clássico sobre a medicina baseada em evidência²² restrinja a *competência clínica* ao diagnóstico e à identificação do ponto de vista do paciente e não inclua o juízo clínico sobre os efeitos do tratamento. Com relação à eficácia terapêutica, o médico parece ficar totalmente dependente da evidência externa. Visto dessa perspectiva, o julgamento pessoal confiável, a experiência, e a expertise seriam uma autoilusão.

RACIONALIDADE TÉCNICA – EPISTEMOLOGIA DA PRÁTICA

O modelo que corresponde ao profissionalismo é a racionalidade técnica (a epistemologia positivista da prática), que concebe a prática inteligente como uma *aplicação* da ciência externa: o médico leva o seu problema para o cientista e esse, por sua vez, após resolver a questão, devolve ao médico o conhecimento científico e as diretrizes científicas.²³ De fato,

*N.T.: Do latim: depois disso, logo por causa disso. É uma falácia lógica, porque traz a ideia que dois eventos que ocorram em sequência cronológica estão interligados por uma relação de causa e efeito

**N.T.: Falibilismo (do latim, *fallibilis*, que pode falhar, errar) é a doutrina lógica que sustenta a possibilidade de que uma dada proposição pode ser negada, mudando seu valor de verdade e a partir dela obter uma nova discriminação certa sobre o conhecido.

muitas das terapias modernas vêm do campo das ciências externas, isto é, desenvolvidas pelas indústrias farmacêuticas, testadas por epidemiologistas, licenciadas por agências, avaliadas em revisões e Relatórios de Avaliação de Tecnologia da Saúde (*Health Technology Assessment Reports*), e dirigidas por diretrizes. Ao médico, tudo o que resta é esclarecer se o seu paciente preenche os critérios de inclusão do respectivo 'estudo de melhor evidência', e se a terapia condiz com as perspectivas de vida do seu paciente. Os médicos mesmos só seriam necessários para a transmissão dos resultados científicos para seu paciente e teriam pouca necessidade de usar o seu julgamento clínico.

Quais são as consequências? O modelo da racionalidade técnica transfere a ênfase da relação médico-paciente, centrada no cuidado individual, para o contrato cliente-provedor, centrado na aplicação de tecnologias certificadas de saúde. A aplicação prática desse modelo, em conjunto com as restrições econômicas e as questões de responsabilidade, trazem como consequência uma regulação externa ampla da atividade do médico, a diminuição da autonomia, a "desprofissionalização", a proletarianização e o gerenciamento excessivo da medicina. As consequências são uma sobrecarga excessiva do trabalho burocrático, a restrição do desempenho do especialista e a minimização do tempo para o paciente individual.^{23,24} Em muitos países, os médicos se sentem completamente desmoralizados por essa situação.²⁵

Ainda assim, em contraste com a teoria positivista e o ideal da racionalidade técnica, frequentemente o exercício da profissão médica é descrito como a combinação da ciência prática e da arte, tendo características próprias e distintas daquelas das ciências naturais ou teóricas.^{23,24,26,27} O modelo da racionalidade técnica tem se mostrado uma simplificação grosseira que só pode ser aplicado às situações simples e repetitivas dos iniciantes, e não às situações complexas que, de modo geral, caracterizam as situações reais do exercício profissional.^{23,26} Para uma elaboração maior da epistemologia da prática profissional, muitas outras particularidades, além do conhecimento externo, são características: o conhecimento implícito, a reflexão em ação, e o reconhecimento da *Gestalt* (forma).^{23,26, 28-30}

Geralmente, o conhecimento implícito (tácito) constitui uma grande parte do conhecimento do especialista. Os profissionais competentes e experientes não se baseiam apenas no conhecimento explícito dos fatos, mas também no próprio conhecimento implícito.^{23,26,28,31,32}

O médico competente

faz inúmeros julgamentos de qualidade para os quais ele não consegue estabelecer critérios claros, e ele mostra habilidades para as quais ele não consegue estabelecer regras e procedimentos. (...) Ele depende de reconhecimentos tácitos, julgamentos, e de performances habilidosas.²³

Os médicos sabem mais do que eles podem expressar em palavras, e é o conhecimento implícito que diferencia o mestre do aprendiz. De uma maneira mais óbvia, o conhecimento tácito está presente nos músicos excepcionais, nos atletas e nos jogadores de xadrez. O conhecimento tácito mostra uma correlação maior com o sucesso profissional do que a inteligência convencional.^{26,29} Quando os especialistas tentam atender a demanda para a racionalização e procuram encontrar os elementos e regras que regulem a sua performance, eles facilmente regredem ao nível de um iniciante.^{28,29,33,34} O conhecimento dos especialistas, com sua flexibilidade impressionante, sensibilidade ao contexto e orientação individual, não pode ser substituído pela formalização.²⁶ Isso também se aplica às descobertas científicas: as habilidades para avaliar um problema, antecipar o desconhecido e encontrar um novo caminho para o discernimento (*insight*) e o conhecimento são baseados em dimensões tácitas.³⁰

A *reflexão em ação* se torna relevante quando o médico lida com situações de incerteza, instabilidade, singularidade, e com valores conflitantes. Quando confrontado com problemas para os quais as diretrizes explícitas ou o conhecimento implícito são insuficientes, ou quando as performances espontâneas levam a resultados inesperados, os médicos podem se tornar pesquisadores da sua própria prática. Eles entram em um diálogo reflexivo com a situação, com o intuito de encontrar uma solução. Abertos à descoberta de um novo fenômeno, eles se tornam ativos e criativos e eventualmente podem produzir um novo *insight* e conhecimento. Através da reflexão, eles podem trazer à tona e criticar a compreensão tácita que se desenvolveu em torno das observações repetidas e das diretrizes e, desse modo, a reflexão pode servir como correção ao superaprendizado.^{23,26}

O reconhecimento da *Gestalt* avalia o todo de um padrão (ou a substância, ou o significado) que é irreduzível às suas partes e concebível de modo independente de suas particularidades.^{35,37} Enquanto as abordagens estocásticas avaliam as correlações, as abordagens orientadas pela *Gestalt* avaliam padrões. A experiência pessoal pode se transformar em conhecimento da *Gestalt*, o qual pode ser reformulado e, por sua vez, pode reformular o pensamento lógico ou tácito, e eventualmente pode se manifestar no poder tácito do gênio artístico ou científico.³⁰ É essa capacidade para o reconhecimento da *Gestalt* que possibilita o conhecimento do especialista, isto é, a sua habilidade excepcional para interpretar rapidamente as situações e realizar excelentes performances.^{26,29,38} O reconhecimento da *Gestalt* também promove a capacidade de reflexão em ação.

Agora, uma questão importante é se essas características do profissionalismo são de alguma relevância para o julgamento dos efeitos das terapias. A resposta deveria ser definitivamente negativa, pois ao menos enquanto a máxima de David Hume for considerada verdadeira, a avaliação da causalidade no caso único vai ser considerada, a princípio, impossível. No

entanto, a escola da teoria da *Gestalt*,³⁹ assim como outros epistemologistas^{40,42} levantaram argumentos contra a doutrina de Hume e apontaram novas possibilidades de reconhecimento da causalidade que também são relevantes para a medicina.

O CONHECIMENTO DA GESTALT NA AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DAS TERAPIAS

No seu ensaio sobre *pensamento produtivo*, Karl Dunker⁴³ usou exemplos cotidianos para demonstrar que determinadas relações de causa e efeito podem ser avaliadas em situações de caso único – quando a *Gestalt* (característica, padrão, substância) da causa se estende até a *Gestalt* do efeito, e, desse modo, pode ser percebida. Exemplos simples são: a umidade da chuva causa a umidade da calçada; a sequência de sons do trompete causa o ritmo e a melodia da reverberação. Ambos os exemplos oferecem certeza sobre a relação causal no caso único; no exemplo da chuva porque a substância da causa (umidade, água) continua ou é idêntica à substância do efeito, e no caso do trompete, porque o padrão dos sons do trompete (ritmo, melodia) é disparado ativamente pelo trompetista e reaparece no padrão da reverberação.

Ao todo, há três níveis de avaliação da causalidade:⁴⁴ (1) Quando, no exemplo da chuva, a *unidade da Gestalt* da causa e do efeito podem ser apreendidas, pode-se ter certeza sobre a relação causa e efeito, mesmo na ausência de uma atividade experimental. (2) Quando, como no exemplo do trompete, não há uma unidade, mas sim uma *correspondência da Gestalt* entre causa e efeito, pode-se também ter certeza sobre a causa e o efeito, mas, nesse caso, apenas quando a causalidade for provocada ativamente por uma atividade intencional. (3) Quando não há nem unidade e nem correspondência de *Gestalt*, é necessário que haja uma atividade intencional em duas instâncias: desencadeando a causa e controlando as condições sob as quais o efeito é observado, isto é, torna-se necessário um estudo controlado ou um ECR.

De fato, na medicina podem-se encontrar muitos exemplos não apenas do nível 3, mas também para avaliações dos níveis 1 e 2. Exemplo de *unidades de Gestalt*: quando um implante de prótese se torna uma nova parede de uma aorta rota e previne, desse modo, novos extravasamentos sanguíneos;⁴⁵ e há também *correspondências de Gestalt* em exemplos como os seguintes. *Correspondência de tempo*: o sangramento incontrolável pós-parto, em consequência de uma placenta acreta, cessa imediatamente após infiltração com vasopressina.⁴⁶ *Correspondência de padrão de tempo*: quando um soluço persistente cessa exatamente no dia 8, exatamente o mesmo dia em que o paciente fuma maconha; reaparece no dia 9, e de novo desaparece (de modo persistente) no dia 10, logo após ele ter novamente fumado maconha.⁴⁷ (Os projetos de estudos convencionais N-de-1 seguem esse tipo de padrão de tempo). *Correspondência de padrão espacial*: quando, 24 horas após uma injeção intradérmica de toxina botulínica em dez pontos diferentes na palma de uma mão cronicamente hiperidroti-

ca, crescem áreas não hidroticas exatamente ao redor dos dez pontos de injeção e, depois, esses pontos confluem, e geram uma anidrose total e persistente.⁴⁸ *Correspondência morfológica*: quando a administração da anestesia cria uma área anestesiada que corresponde à área de inervação do nervo bloqueado; ou quando as fibras externas do nervo são bloqueadas primeiro e, de modo correspondente, a anestesia começa a se instalar de modo proximal e se estende para as áreas mais distais posteriormente.⁴⁹ *Correspondência dose-efeito*: quando os níveis de catatonia em uma mulher com transtorno esquizoafetivo melhoram em correspondência direta com o aumento da concentração plasmática de zolpidem.⁵⁰ *Correspondência dialógica*: quando um menino autista de 5 anos de idade, que nunca havia pronunciado uma palavra, e que em toda a sua vida só havia gritado de modo caótico, é trazido para uma sessão de musicoterapia do método Nordoff-Robbins e quando ele, progressivamente, ecoa uma variedade de elementos musicais apresentados por um terapeuta ao piano, até que ele consegue entoar palavras cantadas e, desse modo, desenvolve um vocabulário crescente.⁵¹ *Correspondência de resultados de testes paralelos*: quando a infecção de um dedo edemaciado e cianótico de uma mulher que foi mordida por um cisne foi, em um primeiro momento, tratada sem sucesso com cefradina por via oral e, quando na cultura do *swab* da ferida cresceu *Pseudomonas aeruginosa* resistente a cefradina, mas sensível a ciprofloxacino, ela foi tratada com ciprofloxacino e sarou rapidamente.⁵² *Correspondência complexa entre predição e observação*: acontece quando, por exemplo, fissuras anais crônicas com hipertonia esfinteriana mantida⁵³ e subsequente perfusão reduzida do anoderma na linha média posterior⁵⁴ são interpretadas como úlceras isquêmicas.⁵⁵ Desse modo, quando se faz a aplicação externa de dinitrato de isossorbida, se espera que seja provocada uma sequência de eventos que se processe desse modo: primeiro redução da pressão anal, segundo, um aumento da perfusão, terceiro, uma redução da dor relacionada à fissura e quarto, a resolução da fissura e, finalmente, quando essa sequência é exatamente observada.⁵⁶

A prática clínica é plena de casos como esses, parte triviais, parte exóticos. A sua característica comum não está relacionada com o tão considerado efeito do tamanho, mas sim com a abordagem da causalidade terapêutica baseada na *Gestalt*. Esses casos não lidam apenas com os efeitos em curto prazo, mas também com o seu seguimento em longo prazo.⁴⁴ Tais casos demonstram que – a princípio, quando os critérios de *Gestalt* são acessíveis – o julgamento clínico pode ir além do simples *post hoc ergo propter hoc*. A combinação de diferentes elementos da *Gestalt* pode mesmo permitir julgamentos mais sutis e sofisticados, e permite que se construa uma experiência válida através da integração de repetidos julgamentos de casos.

Ao se basear na avaliação da causalidade do caso único, pode-se produzir uma evidência interna (julgamento pessoal, experiência, expertise), assim como uma evidência externa (relatos

de casos e séries de casos nos quais os respectivos critérios da *Gestalt* são levados em consideração). A explicação dos critérios da *Gestalt* coloca esse tipo de avaliação de causalidade acima de uma mera implicitude e livra o relato de caso e a série de casos do seu tradicional nível de evidência baixo.

Mas é claro que a proteção contra o erro deve ser levada em consideração. Assim como necessariamente acontece em todos os campos de investigação, é importante observar e exercer os seguintes critérios: atitude autocrítica; observação ampla e objetiva; a organização de todos os detalhes essenciais; a análise de todos os fatores de interpretação errônea;⁵⁷ a explicação ponderada dos critérios de julgamento; e, tanto quanto seja possível, a comunicação com os colegas, ou a publicação e a avaliação crítica da comunidade médica.

É também notável que o clínico possa replicar ou revisar individualmente as observações terapêuticas do seu colega, enquanto que os resultados dos ECRs, que nunca podem ser checados na prática clínica não randomizada, têm que ser seguidos às cegas.

DUAS ABORDAGENS

Os três níveis de reconhecimento da causalidade (ver acima) implicam em dois modos de abordagem para a avaliação da terapia: um baseado na comparação de coorte e que, em última instância, requer a tecnologia do ECR; e outro que se baseia na análise do caso e em última instância requer os critérios da *Gestalt*. A primeira abordagem pode avaliar, no nível de coorte, a superioridade de um tratamento sobre o outro, mas não pode avaliar os efeitos de um tratamento no paciente individual. A segunda abordagem pode avaliar a efetividade, mas não pode determinar a superioridade geral.

A primeira abordagem, que tem o ECR como padrão ouro, detém atualmente a prioridade na pesquisa clínica. O ECR contribui para o atendimento médico e constitui um elemento indispensável do profissionalismo médico. Apesar disso, o ECR tem suas limitações: ele não pode ser conduzido por um médico individual que queira pesquisar por conta própria os procedimentos terapêuticos; os impedimentos são a complexidade burocrática e logística, as amplas regulamentações, e os custos excessivos que requerem um imenso aporte financeiro.⁵⁸ Um ECR só pode ser conduzido sob circunstâncias rigorosas: quando uma determinada doença é suficientemente frequente de modo que haja um número suficiente de pacientes para ser recrutados,^{59,60} quando não existe uma forte preferência nem pela terapia testada nem pela terapia controle,⁶ e quando ambas as terapias parecem ser bem sucedidas (equilíbrio).⁶² Usualmente, os ECRs não avaliam os tratamentos em uma situação rotineira da prática clínica^{60,63} (mas frequentemente avaliam modalidades de intervenção substancialmente diferentes, e também cointervenções, definição de tratamento, duração de tratamento e de seguimento, características dos pacientes, procedimentos diagnósticos, medidas de desfecho etc.^{60,63,64} Além disso, os ECRs parecem inapropriados para

tratamentos complexos e que dependem de competências e sistematicamente podem distorcer sua avaliação.⁶⁵ E finalmente, o custo desses estudos (o custo médio de um ECR que tenha relevância para a saúde pública está estimado em 12 milhões de dólares americanos)⁶⁶ leva a um viés comercial por privilegia tratamentos que sejam patenteáveis pela indústria farmacêutica e que sirvam grandes populações de pacientes. Ficam em desvantagem os tratamentos que não dão lucro, ou dão pouco lucro, drogas não patenteáveis e tratamentos não farmacológicos como os procedimentos cirúrgicos, as intervenções educativas e de estilo de vida, dietas, programas para perda de peso, exercício, fisioterapia, higiene, tratamento para doenças negligenciadas, para crianças, para saúde materna, antídotos para venenos, doenças raras etc.

A segunda abordagem para a avaliação da causalidade terapêutica orientada pela *Gestalt* também apresenta limitações específicas. Ela só se aplica quando os critérios da *Gestalt* estão presentes. No momento, ainda não se conhece a sua frequência na prática clínica. Pode-se ter uma vaga orientação através da análise retrospectiva de 122 intervenções práticas, gerais e consecutivas. Um total de 82 casos tratados foram “baseados em evidência”, mas, de modo interessante, 51 desses casos foram baseados em “evidência convincente não experimental”.⁶⁷ Em consequência, os autores dessa revisão reivindicaram “um paradigma mais apropriado de evidência baseada na prática, em vez de ser determinado apenas por estudos clínicos”:

Nós acreditamos que para a prática geral, e possivelmente também para outras situações, a evidência mais importante pode ser encontrada ao se desenvolver metodologias alternativas que complementem as conclusões dos estudos clínicos randomizados.

A metodologia baseada na *Gestalt* poderia ser uma dessas metodologias.

As avaliações orientadas pela *Gestalt* se mostram de maior importância nas situações clínicas nas quais a questão da eficácia individual é predominante: quando os clínicos têm novos *insights* no exercício da sua prática (“reflexão em ação”); quando é necessário se fazer um ajuste individualizado do tratamento (por exemplo, no tratamento da dor, nas intervenções complexas, em determinados procedimentos cirúrgicos, na fisioterapia); quando não há tratamentos testados por ECR, ou eles são insuficientes, ou não mostram benefício para o tratamento individual (para obter resultados positivos nos ECRs, o “número necessário para tratar” fica entre dois e cem, isto é, 50% a 99% dos pacientes não se beneficiam do tratamento;⁶⁸ quando respondedores e não respondedores têm que ser identificados; ou quando efeitos colaterais potenciais inesperados são observados. No exercício da clínica, a eficácia individual de um tratamento para determinado paciente é mais importante do que a usualmente pequena superioridade no nível de coorte, que é a

questão predominante de um estudo comparativo.⁵⁹ Quanto mais uma terapia é baseada em uma habilidade – isto é, quanto mais é uma parte inerente das ações terapêuticas que dependem de habilidades pessoais – torna-se menos relevante saber sobre a eficácia comparativa como tal, e mais importante pode se tornar a questão do juízo clínico.

Uma questão aberta, tanto para os ECRs quanto para os relatos de caso, é o tópico da generalização. A menos que as amostras de ECR e os estudos de caso sejam randomicamente selecionados da população alvo (o que quase nunca acontece) e a menos que os pacientes tratados sejam respondedores (número necessário para tratar = 1), ou os critérios de resposta sejam totalmente transparentes, sempre haverá uma indeterminação substancial ao menos no que diz respeito à generalização.⁶⁸ A generalização vai parecer mais legítima se for baseada em estudos de coorte e não apenas em relatos de caso. No entanto, uma série de casos consecutivos também é um coorte, e já inclui a replicação.

INOVAÇÃO MÉDICA

A pesquisa clínica tem levado a uma melhora substancial da medicina. Ainda assim, o renascimento do julgamento clínico – baseado criticamente nos critérios da *Gestalt* – poderia ampliar a metodologia de avaliação profissional da terapia. A prática clínica poderia se beneficiar disso, assim como a pesquisa clínica e a inovação médica. Após o período dourado de 1930 a 1965, quando descobertas seminais mudaram a medicina de maneira irrevogável, a taxa de inovação terapêutica passou a declinar continuamente, a despeito dos milhões de dólares investidos.⁶⁹ As grandes descobertas foram feitas por indivíduos pioneiros e engenhosos que combinavam a ciência básica e um trabalho clínico apaixonado: dirigidos pelo desejo de curar os pacientes, guiados pelo pensamento científico, abertos ao inesperado e pouco dificultados pela burocracia e pelos custos. O juízo clínico foi indispensável para as suas descobertas. Eles obtiveram resultados espetaculares e, desse modo, aceleraram a inovação, confiando em amostras de tamanho pequeno e descartando terapias a menos que houvesse efeitos óbvios em 10-20 pacientes. Efeitos que poderiam apenas ser vistos em grandes estudos foram considerados como não preocupantes. As descobertas espetaculares e inovadoras como das sulfonamidas, antidepressivos, esteroides etc., possivelmente poderiam não ter sido realizadas se tivessem obedecido aos requisitos da burocracia moderna de pesquisa.^{59,70}

Desde então, a carga burocrática crescente, as atitudes negativas em relação à investigação clínica, e os custos astronômicos da pesquisa forçaram grande parte dos setores ligados ao desenvolvimento do tratamento a transferir a sua orientação, que era a do médico orientado para o paciente, para a da indústria orientada para a patente.^{69,70} Dadas as condições atuais, o desenvolvimento de futuras terapias se torna improvável sem o apoio substancial da indústria, espe-

cialmente sem a proteção de patentes. No entanto, o desenvolvimento de drogas industrializadas é considerado ineficiente: dominado pela pesquisa de mercado, procedimentos de massa e por técnicas como *screening*, *design* computadorizado de drogas e genômica – ao invés de colocar mais ênfase em indivíduos brilhantes e criativos, e com amplo conhecimento de medicina e biologia.^{71,72} O objetivo primário são as grandes vendas, e a culminação bizarra desse objetivo é o desenvolvimento de drogas para pessoas saudáveis e que “podem ser vendidas para todos”.⁷³ Mas para a maior parte das doenças, o progresso terapêutico é patético. Quanto menos lucrativa for a doença, mais ela vai ser negligenciada.

O outro lado da mesma moeda é visível na prática clínica, onde o espírito inovador foi exorcizado. As regulamentações rígidas, a papelada interminável e o rápido fluxo de pacientes deixam pouco tempo para a contemplação dos problemas clínicos. O pensamento e o juízo clínicos parecem ter entrado em conflito com a eficiência e a economia. As descobertas e as inovações realizadas pelos clínicos (a perseguição vigorosa do desconhecido – até então uma qualidade definidora da medicina)⁷⁴ – estão sendo desencorajadas e têm sua reputação diminuída. Os indivíduos mais brilhantes e imaginativos, que haviam sido atraídos para a clínica médica, migram para outras disciplinas, enquanto aqueles que permanecem correm o risco de ser embrutecidos pela rotina repetitiva. Isso é uma tragédia, porque os “campeões clínicos” teriam a habilidade e a base científica para fazer observações relevantes, ter novos *insights* médicos, e seriam capazes de identificar questões críticas e de procurar soluções satisfatórias.⁷⁴

AS CONSEQUÊNCIAS PARA A PROFISSÃO MÉDICA

A metodologia médica tradicional não reflete suficientemente as necessidades e as possibilidades da avaliação individual de eficácia. Consequentemente, o juízo clínico é considerado uma parte não objetivável da medicina, e apenas se permite que leve uma existência compassiva “na sombra da relação médico-paciente”.⁷⁵ De modo semelhante, os relatos de caso e as séries de casos são considerados, por um lado, pilares do progresso médico,⁷⁶ e por outro, como o nível mais baixo de evidência: “a unidade menos publicável na literatura médica”.⁷⁷ Assim, à sombra desses pré-requisitos e premissas, o juízo clínico individual e a expertise clínica têm se mantido como um “ponto cego” da medicina moderna.

A investigação dos princípios e dos critérios de avaliação da causalidade individual poderia iluminar essa escuridão. Quando se leva em consideração todo o espectro de avaliação da causalidade – não apenas o nível 3 do ECR dominante, mas também as abordagens de nível 1 e 2 orientadas pela *Gestalt* – poder-se-ia estabelecer uma ponte entre esses dois mundos incomensuráveis do profissionalismo médico: o âmbito da racionalidade técnica, baseado na evidência externa; e o âmbito da racionalidade inata e prática que nasce da observação, do raciocínio, do conhecimento tácito e da reflexão em ação.

Durante a segunda metade do século XX, o profissionalismo médico se beneficiou da evolução da evidência externa, tendo os ECR como padrão ouro. Em seguida, um novo passo seria desenvolver adicionalmente a metodologia do julgamento clínico e o potencial para a evidência interna. Com essa finalidade, a metodologia da avaliação individual da eficácia orientada pela Gestalt tem que ser mais investigada, os critérios de validade de julgamento tem que ser estabelecidos e um julgamento clínico metodologicamente remodelado tem que ser novamente implementado em todos os níveis da medicina: nas situações de terapia individual, na comunicação diária, nas publicações em revistas, e nas decisões de assistência médica em geral. Além disso, na educação médica não se deveria ensinar apenas estatística, mas também a epistemologia do julgamento clínico.

Também se faz necessário reverter o êxodo dos clínicos orientados pela pesquisa e os pesquisadores das ciências básicas orientados pela clínica.⁶⁹ A inovação e a originalidade, a imaginação e o pensamento inquisitivo – tudo isso precisa ser cultivado e não penalizado. Dever-se-ia tirar mais vantagem do conhecimento que os clínicos adquirem através da experiência. Ao lidar diariamente com o sofrimento dos pacientes, e fazer observações importantes sobre a doença, as intervenções e as necessidades dos pacientes, os clínicos podem observar as consequências práticas das aplicações terapêuticas e das orientações sobre assistência médica que eles recebem das instituições que criam o conhecimento.

No cuidado com o paciente, os clínicos constantemente realizam experimentos. Em apenas uma semana de exercício da clínica, um clínico ocupado realiza mais experimentos que a maioria dos seus colegas de laboratório o faz em um ano.⁷⁸

No entanto, essas observações exercem pouca influência retroativa nos níveis mais gerais. Para se poder tirar vantagem desse recurso, dever-se-ia desenvolver os métodos e a logística para extrair o reservatório de conhecimento que é construído através da experiência diária dos clínicos. É preciso que sejam criados sistemas para acessar julgamentos de alta qualidade.

Os clínicos deveriam novamente ser habilitados a participar de modo anônimo da pesquisa clínica. As barreiras institucionais e financeiras deveriam ser reduzidas e muitos estudos menores deveriam ser conduzidos, especialmente sobre conceitos e produtos que não são apoiados pela indústria farmacêutica. Não ter medo de pequenos estudos que procuram por grandes resultados, em vez de realizar grandes estudos que buscam pequenos resultados, poderia acelerar o progresso médico.⁶⁹ Além disso, a análise e a publicação de juízos clínicos de clínicos habilidosos e brilhantes poderiam contribuir profundamente para o progresso e para a educação médica.

Também poder-se-ia introduzir algo que, na verdade, poderia ser considerada uma questão de necessidade própria e que está desaparecendo da agenda clínica atual – a cultura de se fazer o

seguimento dos pacientes que tenham sido tratados na prática clínica. Julgar o resultado do tratamento individual de um paciente do modo tão amplo e completo quanto possível, e verificar se houve, de fato, cura ou alívio, deveria ser parte da rotina da prática clínica. O aumento crescente do preço das consultas deveria ser contrabalançado pela redução dos custos em consequência de um melhor resultado e de menos consultas médicas.

A profissão médica se beneficiaria de uma evolução que vá além dos métodos e das estratégias do juízo clínico. À medida que os médicos são considerados, a princípio, incapazes de julgar se eles são ajudados ou não o paciente individual, eles passam a necessitar de uma severa diretriz externa. Desse modo, o juízo clínico e o seu desenvolvimento adicional são chave no futuro destino da profissão médica. Um progresso do juízo clínico poderia fornecer uma base cognitiva renovada para a expertise e o profissionalismo médico, e poderia aumentar a autonomia intelectual e prática do médico.

Referências bibliográficas

1. Royal College of Physicians. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London; 2005.
2. Miller JI. The complete cardiothoracic surgeon: qualities of excellence. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2004; 78: 2-8.
3. Ofri D. The practice of medicine: neither science nor art. *Lancet*. 2006; 367 (9513): 807-8.
4. Norton L. High-dose chemotherapy for breast cancer: 'How do you know?' *Journal of Clinical Oncology*. 2001; 19(11): 1-2.
5. Weed LL, Weed L. Opening the black box of clinical judgment – an overview. *British Medical Journal*. 1999; 319:1279.
6. Downie RS, Macnaughton J. Clinical judgement. Evidence in practice. Oxford: Oxford University Press; 2000.
7. White S, Stancombe J. Clinical judgement in the Health and welfare professions. Maidenhead: Open University Press; 2003.
8. Montgomery K. How doctors think: Clinical judgment and the practice of medicine. New York: Oxford University Press; 2006.
9. Spengler PM, White MJ, Ægisdóttir S *et al*. The meta-analysis of clinical judgment project. Effects of experience on judgment accuracy. *The Counseling Psychologist*. 2009; 37 (3): 350-99.
10. Thornton T. Clinical judgement, expertise and skilled coping. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010; 16(2): 284-91.
11. Engelhardt HT, Spicker SF, Towers B (eds). Clinical judgment: A critical appraisal. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company; 1979.
12. Matthews JR. Quantification and the Quest for Medical Certainty. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1995.
13. Pocock SJ. Clinical trials. A practical approach. 10th ed. Chichester: John Wiley & Sons; 1991.
14. Parrini P, Salmon WC, Salmon MH (eds). Logical empiricism: Historical & contemporary perspectives. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press; 2003.
15. Popper KR. Objective knowledge: An evolutionary approach. Oxford: Clarendon Press; 1972.
16. Bacon F. *Novum Organum*. London: Apud Joannem Billium Typographum; 1620.
17. Hume D. An enquiry concerning human understanding. In *Essays and Treatises on Several Subjects* (ed. D. Hume), pp. 281-394. London: Millar; 1758.
18. Mill JS. *A System of logic, ratiocinative and inductive*. London: John W. Parker; 1843.
19. Fisher RA. *The design of experiments*. Edinburgh: Oliver and Boyd; 1935.

20. Feinstein AR. Clinical epidemiology. The architecture of clinical research. Philadelphia, PA: W. B. Saunders Company; 1985.
21. Holland PW. Statistics and causal inference. Journal of the American Statistical Association. 1986; 81(396): 945-60.
22. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal. 1996; 312: 71-2.
23. Schön DA. The reflective practitioner. How professionals think in action. New York: Basic Books; 1983.
24. Fish D, Coles C. Developing professional judgement in health care. Edinburgh: Butterworth-Heinemann; 2002.
25. The unspoken issue that haunts the UK general election. Lancet. 2005; 365: 1515.
26. Neuweg GH. Könnerschaft und Implizites Wissen, 3rd ed. Münster: Waxmann; 2004.
27. Wieland W. Diagnose. Überlegungen zur Medizinteorie. Berlin: Walter de Gruyter; 1975.
28. Polanyi M. Personal knowledge. Towards a post-critical philosophy. Chicago: The University of Chicago Press; 1975.
29. Ericsson KA, Charness N, Feltovich PJ, Hoffmann RR (eds). The Cambridge handbook of expertise and expert performance. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
30. Polanyi M. The tacit dimension (1966). Gloucester, MA: Peter Smith; 1983.
31. Henry SG. Recognizing tacit knowledge in medical epistemology. Theoretical Medicine and Bioethics. 2006; 27: 187-213.
32. Smith A, Goodwin D, Mort M, Pope C. Expertise in practice: an ethnographic study exploring acquisition and use of knowledge in anaesthesia. British Journal of Anaesthesia. 2003; 91(3): 319-28.
33. Masters RSW. Knowledge, knerves and know-how: the role of explicit versus implicit knowledge in the breakdown of a complex motor skill under pressure. British Journal of Psychology. 1992; 83:343-58.
34. Dreyfus HL, Dreyfus SE. Expertise in real world contexts. Organization Studies. 2005;26(5): 779-92.
35. Von Ehrenfels C. Über Gestaltqualitäten. VjschrwissPh. 14; 1922.
36. Wertheimer M. Untersuchungen zur Lehre der Gestalt. Teil 1. Psychologische Forschung. 1; 1922.
37. Ash MG, Woodward WR. Gestalt psychology in German culture, 1890-1967: Holism and the quest for objectivity. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
38. Larkin J, McDermott J, Simon DP, Simon HA. Expert and novice performance in solving physics problems. Science. 1980; 208: 1335-42.
39. Metzger W. Psychologie. Die Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments, 4th ed. Darmstadt: Dr. Dietrich Steinkopff; 1968.
40. Ducasse CJ. Critique of Hume's conception of causality. Journal of Philosophy. 1966; 63: 141-9.
41. Michotte A. Phänomenale Kausalität. Bern: Hans Huber; 1982.
42. Salmon WC. Causality: production and propagation. Proceedings of the 1980 Biennial Meeting of the Philosophy of Science Association. East Lansing; 1981.
43. Duncker K. Zur Psychologie des produktiven Denkens. 2nd ed. Berlin: Springer; 1963.
44. Kiene H. Komplementäre Methodenlehre der Klinischen Forschung. Cognition-Based Medicine. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 2001.
45. Carrel T, Do D, Müller M, Triller J, Mahler F, Althaus U. Combined endovascular and surgical treatment of complex traumatic lesions of thoracic aorta. Lancet. 1997; 350: 1146.
46. Lurie S, Appleman Z, Katz Z. Subendometrial vasopressin to control intractable placental bleeding. Lancet. 1997; 349:698.
47. Gilson I, Busalacchi M. Marijuana for intractable hiccups. Lancet. 1998; 351: 267.
48. Naumann M, Flachenecker P, Bröcker EB, Toyka KV, Reiners K. Botulinum toxin for palmar hyperhidrosis. Lancet. 1997; 349: 252.
49. Larsen R. Larsen. Anästhesie. 6th ed. München: Urban & Schwarzenberg; 1999.
50. Thomas P, Rasclé C, Mastain B, Maron M, Vaiva G. Test for catatonia with zolpidem. Lancet. 1997; 349: 702.
51. Nordoff P, Robbins C. Creative music therapy: A guide to fostering clinical musicianship, 2nd ed. Gilsum, NH: Barcelona Publishers; 2007.
52. Ebrey RJ, Hayek LJHE. Antibiotic prophylaxis after swan bite. Lancet. 1997; 350: 340.
53. Farouk R, Duthie GS, MacGregor AB, Bartolo DCC. Sustained internal sphincter hypertonia in patients with chronic anal fissure. Diseases of the Colon and Rectum. 1994; 37(5) 424-9.
54. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ. Relationship between anal pressure and anodermal blood flow. The vascular pathogenesis of anal fissures. Diseases of the Colon and Rectum. 1994;37(7): 664-9.
55. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJA, Graaf EJ. What causes anal fissure? Gastroenterology. 1996; 111(4), 115-5.
56. Schouten WR, Briel JW, Boerma MO, Auwerda JJA, Wilms EB, Graatsma BH. Pathophysiological aspects and clinical outcome of intra-anal application of isosorbide dinitrate in patients with chronic anal fissure. Gut. 1996; 39: 465-9.
57. Kienle GS, Kiene H. The powerful placebo effect. Fact or fiction? Journal of Clinical Epidemiology. 1997; 50(12): 1311-8.
58. Bassand JP, Martin J, Rydén L, Simoons M. The need for resources for clinical research: the European Society of Cardiology calls for European, international collaboration. Lancet. 2002; 360:1866-9.
59. Horrobin DF. Are large clinical trials in rapidly lethal diseases usually unethical? Lancet. 2003; 361: 695-7.
60. Rothwell PM. External validity of randomised controlled trials: 'To whom do the results of this trials apply?' Lancet. 2005; 365: 82-93.
61. Ellis PM. Attitudes towards and participation in randomized clinical trials in oncology: a review of the literature. Annals of Oncology. 2000; 11: 939-45.
62. Freedman B. Equipoise and the ethics of clinical research. The New England Journal of Medicine. 1987; 317(3), 141-5.
63. De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. Lancet. 2003; 362: 1314-9.
64. Zimmerman M, Mattia JI, Posternak MA. Are subjects in pharmacological treatment trials of depression representative of patients in routine clinical practice? The American Journal of Psychiatry. 2002; 159(3): 469-73.
65. Kotaska A. Inappropriate use of randomised trials to evaluate complex phenomena: case study of vaginal breech delivery. British Medical Journal. 2004; 329: 1036-9.
66. Johnston SC, Rootenberg JD, Katrak S, Smith WS, Elkins JS. Effect of a US National Institutes of Health programme of clinical trials on public health and costs. Lancet. 2006; 367, 1319-27.
67. Gill P, Dowell AC, Neal RD, Smith N, Heywood P, Wilson AE. Evidence based general practice: a retrospective study of interventions in one training practice. British Medical Journal. 1996; 312: 819-21.
68. Armstrong D. Professionalism, indeterminacy and the EBM project. BioSocieties. 2007; 2(73): 84.
69. Horrobin DF. Evidence-based medicine and the need for non-commercial clinical research directed towards therapeutic innovation. Experimental Biology and Medicine. 2002; 227: 435-7.
70. Horrobin DF. Effective clinical innovation: an ethical imperative. Lancet. 2002; 359: 1857-8.
71. Horrobin DF. Innovation in the pharmaceutical industry. Journal of the Royal Society of Medicine. 2000; 93: 341-5.
72. Drews J. In quest of tomorrow's medicines. Heidelberg: Springer; 2003.
73. Moynihan R, Cassels A. Selling sickness. New York: Nation Books; 2006.
74. Shaywitz DA, Ausiello DA. Preserving creativity in medicine. Plos Medicine. 2004; 1(3):e34.
75. Wegscheider K. Was ist ein therapeutischer Erfolg. Zeitschrift Für Allgemeinmedizin. 1992; 68: 715-9.
76. Vandenbroucke JP. In defense of case reports and case series. Annals of Internal Medicine. 2001; 134: 330-4.
77. Grimes DA, Schulz KF. Descriptive studies: what they can and cannot do. Lancet. 2002; 359(9301): 145-9.
78. Feinstein AR. Clinical judgment. Baltimore, MD: The Williams & Wilkins Company; 1967.