

Uso Racional da Medicina Baseada em Evidências: Por Que Resistimos Tanto?

Rational Use of Evidence-Based Medicine: Why We Resist So Much?

André Schmidt¹ e Antonio Pazin-Filho²

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP - Disciplina de Cardiologia - Departamento de Clínica Médica,¹ Ribeirão Preto, SP – Brasil
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP - Disciplina de Emergências Clínicas - Departamento de Clínica Médica,² Ribeirão Preto, SP – Brasil
Minieditorial referente ao artigo: *Influência comportamental da predição de risco no processo de decisão do cardiologista: o paradoxo do Escore GRACE*

“O homem é um animal racional que sempre perde a razão quando o chamam a agir racionalmente”

Oscar Wilde

Os pacientes esperam três coisas durante uma consulta médica: saber o que eles têm, como será o tratamento, e qual o prognóstico da doença. Para todas essas perguntas relevantes, os médicos usam de seu julgamento clínico. Esse termo, que soa tão vago, tem sido amplamente utilizado. Recentemente, pesquisas têm sido realizadas para esclarecer seu significado e desenvolver técnicas para melhorá-lo. Muitos vieses (mais de trinta já foram descritos) ou decisões não racionais podem ocorrer durante o processo de tomada de decisão, e foram exaustivamente estudados em áreas não médicas, tal como economia, que resultou no Prêmio Nobel para Daniel Kahneman. Apesar de comumente observado na racionalidade diagnóstica, a primeira pergunta do paciente também exerce um importante papel na tomada de decisões terapêuticas, e tanto a primeira como a segunda pergunta afetam a terceira.

Uma decisão terapêutica baseada somente no julgamento clínico é certamente influenciada por experiências pessoais prévias e conhecimento adquirido, mesmo que esse não seja recente ou atualizado. Na maioria dos casos, essas decisões devem respeitar três princípios fundamentais da tomada de decisão racional – o princípio da dominância, o princípio da invariância e o princípio da falácia do custo irreversível (*sunk-cost fallacy*).¹ Em resumo, o primeiro princípio afirma que uma pessoa deve escolher a opção que nunca seja pior que as demais opções e que possa promover um melhor desfecho. O princípio da invariância afirma que os mesmos dados/informações devem ser utilizados da mesma maneira, independentemente de como se apresentem. Finalmente, uma vez que as decisões influenciam o futuro

e não o passado, os tomadores de decisões não devem considerar resultados e comportamentos prévios – princípio ou falácia do custo irreversível.

Nesta edição dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Carvalho et al.,² realizaram um estudo observacional em uma unidade coronariana, em que o escore GRACE foi aplicado em cada internação. Ao contrário do estudo GRACE, os autores incluíram somente pacientes com síndrome coronariana aguda sem elevação do segmento ST em sua coorte. Eles observaram que, apesar da categoria do escore de risco (baixo, intermediário ou alto), a decisão terapêutica da intervenção foi feita em iguais proporções. Além disso, o escore de propensão baseado nas preferências dos médicos teve menor valor prognóstico que o escore GRACE.

Assim, por que os médicos optam por não utilizar o escore GRACE? O estudo GRACE foi realizado há 25 anos, utilizando uma grande amostra de pacientes com síndrome coronariana aguda de 94 hospitais de 14 países, obteve dados de todos os aspectos que envolvessem o cuidado desses pacientes, e propôs algumas diretrizes para orientar a escolha de intervenções^{3,4} com base nos fatores prognósticos identificados. O escore proposto foi validado em outras coortes.^{5,6}

Os três princípios citados acima aparentemente não foram considerados. Uma vez que a alternativa invasiva foi escolhida igualmente para todas as categorias de escore de risco, o princípio da dominância foi ignorado, uma vez que exames não invasivos seriam a escolha para aqueles com um escore de risco baixo. Além disso, o princípio da invariância não foi considerado, uma vez que escores de risco similares (isto é, mesma informação) foram tratados de maneira diferente. O terceiro princípio, também conhecido como a falácia do custo irreversível, não foi observado, uma vez que, apesar de se conhecer a validação do escore GRACE na predição de eventos, o escore não foi utilizado, provavelmente com base em informações errôneas prévias ou experiências pessoais. Nesta situação, as pessoas tendem a se lembrar dos piores desfechos, mesmo que esses tenham pouca semelhança com aqueles que apresentaram boa evolução. Aqui caberiam outros vieses, tais como o viés do status quo (ou *default bias*) e o efeito de bandwagon.¹ O escore de propensão usado no estudo foi menos preditivo de mortalidade que o escore GRACE. Seria interessante saber se, com base nesses resultados, foi feita qualquer mudança no processo de decisão.

Alguns aspectos não foram considerados pelos autores. Vieses decorrentes de raça, sexo e condição econômica

Palavras-chave

Síndrome Coronariana Aguda, Prognóstico, Infarto do Miocárdio, Tomada de Decisão, Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde, Medicina Baseada em Evidências.

Correspondência: André Schmidt •

Divisão de Cardiologia - HCFMRP-USP - AV. Bandeirantes, 3900.
CEP 14048-900, Ribeirão Preto, SP – Brasil
E-mail: aschmidt@fmrp.usp.br

DOI: 10.5935/abc.20190100

podem estar presentes em alguns cenários.⁷ Os autores não especificaram se a amostra foi proveniente do sistema público e/ou privado de saúde. Tal informação também pode influenciar a tomada de decisão (viés de disponibilidade), uma vez que alguns exames podem não estar disponíveis no sistema público de saúde, por exemplo.

Para reduzir a ocorrência de vieses, a estratégia mais simples é os médicos conhecerem os vários vieses possíveis na prática diária. Outra solução muito importante para

evitar vieses e heurísticas é a adesão à medicina baseada em evidências (MBE). Ela oferece informações precisas de várias fontes, sugere as informações mais validadas e identifica aquelas consideradas prejudiciais.⁸ O escore GRACE é um excelente exemplo de MBE. Atualmente, outro importante ramo da pesquisa nesta área é a prescrição de novos anticoagulantes orais.⁹ Como afirmou Oscar Wilde, devemos resistir à irracionalidade e seguir diretrizes claras e equilibradas a fim de melhorarmos nossos resultados no dia a dia.

Referências

1. Blumenthal-Barby JS, Krieger H. Cognitive biases and heuristics in medical decision making: a critical review using a systematic search strategy. *Medical decision making*. 2016;35(4):539-57.
2. Carvalho MC, Souza TMB, Suerdieck J, Lopes F, Correia VC, Lacerda YF, et al. Influência comportamental da predição de risco no processo de decisão do cardiologista: o paradoxo do Escore GRACE. *Arq Bras Cardiol*. 2019; 112(6):721-726
3. Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, Pieper KS, Eagle KA, Cannon CP, et al. Predictors of hospital mortality in the global registry of acute coronary events. *Arch Intern Med*. 2003;163(19):2345-53.
4. Rationale and design of the GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) Project: A multinational registry of patients hospitalized with acute coronary syndromes. *Am Heart J*. 2001;141(2):190-9.
5. Abu-Assi E, Ferreira-Gonzalez I, Ribera A, Marsal JR, Cascant P, Heras M, et al. "Do GRACE (Global Registry of Acute Coronary events) risk scores still maintain their performance for predicting mortality in the era of contemporary management of acute coronary syndromes?". *Am Heart J*. 2010;160(5):826-34 e1-3.
6. Elbarouni B, Goodman SG, Yan RT, Welsh RC, Kornder JM, Deyoung JP, et al. Validation of the Global Registry of Acute Coronary Event (GRACE) risk score for in-hospital mortality in patients with acute coronary syndrome in Canada. *Am Heart J*. 2009;158(3):392-9.
7. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics*. 2017;18(1):19.
8. Bornstein BH, Emler AC. Rationality in medical decision making: a review of the literature on doctors' decision-making biases. *J Eval Clin Pract*. 2001;7(2):97-107.
9. Sposato LA, Stirling D, Saposnik G. Therapeutic decisions in atrial fibrillation for stroke prevention: the role of aversion to ambiguity and physicians' risk preferences. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2018;27(8):2088-95.

