

  <https://doi.org/10.56238/ciesaudesv1-030>

Milena Christine Krol do Nascimento

Graduanda em Medicina
Universidade Estadual de Ponta Grossa
Andressa Paulino Batista

Erich Giuliano Locastre

Graduando em Medicina
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Mário Augusto Cray da Costa

Doutorado em Clínica Cirúrgica pela Universidade Federal do Paraná
Professor do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa

Elise Souza dos Santos Reis

Doutora em Cardiologia pela Universidade de São Paulo
Professora do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa

RESUMO

O raciocínio clínico é o processo por meio do qual o médico elabora hipóteses diagnósticas plausíveis com base na história, exame clínico e, se necessário, exames complementares do paciente. Esse processo corresponde à base da medicina e é uma habilidade que deve ser desenvolvida durante a formação do profissional. A técnica mais utilizada e aceita cientificamente para construção de um diagnóstico é o raciocínio hipotético-dedutivo e a teoria do pensamento dual, que inclui o pensamento intuitivo, também chamado de não-analítico e o dedutivo – conhecido como analítico. Durante o processo de construção de uma hipótese diagnóstica, há diversos tipos de erros e vieses que podem ser cometidos, devido a atalhos criados pelo cérebro do examinador e é importante compreendê-los para tentar evitá-los. Este trabalho trata dos conceitos de raciocínio clínico diagnóstico, raciocínio-hipotético dedutivo e seus vieses.

1 INTRODUÇÃO

O raciocínio clínico é o desenvolvimento de uma sistematização cognitiva, por meio da qual o profissional médico define um diagnóstico para o quadro clínico do paciente, com o objetivo de conduzir corretamente o caso. Nas últimas décadas, houve evolução significativa do conhecimento médico em diversos âmbitos, inclusive na abordagem diagnóstica. Apesar de todos os avanços na propedêutica, exames complementares e arsenal terapêutico, a base do processo do raciocínio médico ainda permanece sendo a história clínica e exame físico, determinando a soberania da clínica no processo de pensamento diagnóstico. (1)

Sem a avaliação propedêutica adequada, os exames complementares têm pouca ou nenhuma utilidade na construção de um atendimento médico. Para não haver prejuízo ao paciente, é fundamental que haja uma conexão e correlação comunicativa entre a hipótese diagnóstica e o exame complementar. Dessa maneira, o médico faz uso de ferramentas investigativas de forma técnica e racional, adequadas ao caso clínico em questão. (2)

Atualmente, com o significativo avanço da inteligência artificial e do aparato tecnológico terapêutico, o raciocínio clínico acaba sendo erroneamente desconsiderado em alguns momentos. Isso ocorre devido à aparente facilidade de solicitação e leitura de exames complementares laboratoriais e

radiológicos, sem passar pelo complexo raciocínio hipotético-dedutivo. É importante estudar o assunto para reduzir a solicitação de exames desnecessários, diminuir a oneração dos sistemas de saúde. Além disso, reduzir a quantidade de testes diagnósticos realizado diminui a ansiedade dos pacientes em relação a resultados e diagnósticos.

Na formação médica do Brasil, é parte da grade curricular o desenvolvimento das habilidades de construção de um raciocínio clínico adequado. O pensamento diagnóstico é o atributo mais necessário para atuação nos mais diversos níveis de complexidade de atendimento em saúde pública e privada. É fundamental que o acadêmico construa a habilidade de extrair os dados importantes da história clínica e exame físico, correlacionar com exames complementares e avaliar as informações a partir da fisiopatologia(1).

No processo de construção diagnóstica, deve haver uma sistematização técnica e uma linha de raciocínio adequada, que seja clara e coerente, reproduzível e que gere hipóteses diagnósticas múltiplas apropriadas ao quadro do paciente. Os estudos a respeito desses processos se iniciaram na década de 1980 e foram desenvolvidas diversas técnicas de raciocínio clínico, que trazem importantes conceitos sobre os vieses no processo de construção diagnóstica, bem como métodos de sistematização. Visto que é um procedimento complexo e difícil, é necessário conhecimento teórico e treinamento prático para adaptação e familiarização às técnicas. (3)

A principal teoria que prevalece atualmente trata do raciocínio clínico desenvolvido pelo raciocínio dedutivo (analítico) e intuitivo (não-analítico). O raciocínio intuitivo se desenvolve a partir do reconhecimento de padrões, enquanto o dedutivo se dá por meio de pensamentos lógicos com formulações e testes de hipóteses. Nesse modelo, o médico relaciona a apresentação clínica do paciente com seu conhecimento prévio sobre enfermidades e mecanismos fisiopatológicos e etiológicos e testa as hipóteses, excluindo ou reforçando possíveis diagnósticos para chegar a uma conclusão final. (3) (4)

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo de descrever uma sistematização do processo de construção do raciocínio clínico com diagnósticos diferenciais e visões sobre as técnicas de raciocínio diagnóstico, bem como vieses e desvantagens.

2 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa no período de 1998 a 2023 baseada em dados de artigos científicos da base de dados Scielo. Além disso, foram utilizados dados secundários importados de manuais de medicina para o objetivo de tornar mais ampla a revisão.

3 DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO

O raciocínio clínico é a base do exercício profissional na medicina. Ele ocorre em diversos níveis cognitivos, bioquímicos, elétricos e magnéticos do cérebro humano. (4) Nas escolas médicas do Brasil, não há uma disciplina curricular obrigatória para o desenvolvimento do processo de pensamento diagnóstico. Nas universidades, o estudo do raciocínio clínico ocorre de forma incidental, por meio de casos clínicos discutidos em disciplinas de especialidades, em atividades extracurriculares de extensão ou na prática médica no período de internato. (1)

Em 2017, foi realizado um trabalho que demonstrou que o raciocínio clínico é ensinado de forma fragmentada nas universidades de medicina, separando a anamnese, exame físico, fisiopatologia e correlação com dados complementares em momentos distintos, o que prejudica a consolidação do conhecimento. Muitas vezes, o estudante compreende todo o processo fisiopatológico de uma doença ou síndrome, porém não consegue correlacionar as informações em um raciocínio clínico adequado. (1)

A construção do raciocínio clínico trata-se de tornar o médico um profissional capaz de coletar informações na história e exame físico, interpretá-las criticamente, estabelecer diagnósticos prováveis e, conseqüentemente, propor planos de manejo e tratamento adequados. O uso de discussões de casos clínicos é uma boa ferramenta para o ensino do raciocínio diagnóstico, nos quais o aluno participa de forma ativa e desenvolve habilidades de pensamento indutivo e dedutivo. (3)

O raciocínio indutivo ou intuitivo é realizado quando o quadro clínico é reconhecido por um processador de padrões ou scripts. Ocorre de forma não intencional quando o profissional médico tem os dados referentes a esta enfermidade ou síndrome armazenados na memória. Ele tem as vantagens de ser um processo intuitivo, automático, rápido e não-analítico, fazendo com que o diagnóstico seja estabelecido rapidamente e com boas chances de estar correto, a depender da experiência do profissional. Um exemplo de raciocínio indutivo é o reconhecimento dos sintomas tosse, febre e dispneia e imediatamente pensar na hipótese diagnóstica de pneumonia. Em ambientes de pronto atendimento, o raciocínio indutivo rápido é necessário para reconhecer sinais de gravidade ou instabilidade. (5)

O raciocínio indutivo é válido e útil em muitos casos. Entretanto, é importante que o médico fique atento para evitar rotulações e generalizações que são muito complexas. Com mais experiência e familiarização, alguns diagnósticos são pensados de forma imediata e podem levar a atalhos mentais e heurística. A heurística faz com que a resolução e diagnóstico seja feita rápida e intuitivamente, mas pode levar a erros sistemáticos, atalhos cognitivos, fechamento prematuro e vieses (6). Alguns autores sugerem que ocorrem mais erros de diagnóstico devido a atalhos cognitivos que por falta de conhecimento ou informação sobre o tema (7).

O raciocínio dedutivo é utilizado quando o caso clínico não é prontamente reconhecido por padrões pré-estabelecidos. É também chamado de raciocínio analítico e ocorre de forma deliberada e intencional. Neste caso, é necessário um complexo processo de análise das informações coletadas em um raciocínio elaborado e trabalhoso. Apesar de ser um processo mais lento e que exige mais recursos, ele é mais efetivo em relação as chances de acerto (5). Por exemplo, um paciente atendido com queixa de xerofthalmia pode inicialmente ser manejado incorretamente e liberado com prescrição de colírio lubrificante. Entretanto, ao correlacionar com outros dados clínicos e laboratoriais, pode-se chegar ao diagnóstico de Síndrome de Sjogren. Essa conclusão diagnóstica só é possível com a correta realização do raciocínio dedutivo.

A teoria do pensamento dual utiliza simultaneamente o raciocínio indutivo e o dedutivo no processo de pensamento diagnóstico, podendo utilizar mais ou menos itens de cada um deles a depender do quadro clínico, contexto envolvido e profissional em questão. Ocorre um auxílio entre o sistema dedutivo e o indutivo, sabendo-se que os padrões auxiliam na construção de hipóteses diagnósticas e a dedução ajuda a escolher entre padrões semelhantes. Muitos autores dizem que quando se utiliza simultaneamente a indução e a dedução no processo diagnóstico ocorre maior probabilidade de acerto, trazendo mais segurança ao paciente no manejo de sua condição clínica, evitando tratamentos desnecessários e não atrasando a terapêutica adequada (3). Na prática, a indução e a dedução são realizadas simultaneamente.

Na construção do raciocínio diagnóstico, é importante ressaltar que possíveis acometimentos que possam trazer risco imediato de vida devem ser descartados primeiramente para prosseguir com o processo de raciocínio hipotético-dedutivo. Após descartar condições potencialmente graves e danosas, deve-se sempre pensar nas hipóteses mais comuns para a epidemiologia e clínica do paciente (raciocínio indutivo) e estar preparado para avaliar possíveis apresentações atípicas e casos mais complexos (raciocínio dedutivo) (1).

Em relação aos erros que podem ser cometidos durante o processo de raciocínio clínico e diagnóstico, há aqueles nos quais há superestimação ou subestimação da probabilidade pré-teste ou há falha em considerar todas as possibilidades para o caso. Estes erros fazem o profissional a realizar testes desnecessários ou impróprios e até mesmo realizar um diagnóstico errado. Os erros/vieses podem ser de natureza cognitiva ou afetiva. Os erros cognitivos são processos mentais inerentes ao cérebro humano. Os erros de natureza afetiva, ocorrem quando sentimentos ou emoções do profissional interferem no raciocínio (7).

O fechamento prematuro diz respeito ao erro cognitivo no qual o médico tira conclusões precipitadas sobre o diagnóstico do paciente, geralmente fazendo uso do raciocínio hipotético indutivo se baseando em padrões ou scripts. Neste caso, possíveis diagnósticos diferenciais não são

considerados ou são descartados de forma prematura e dados relevantes e cruciais para o diagnóstico são negligenciados. É comum que o fechamento prematuro ocorra em pacientes que apresentam condições crônicas de base ou quando o paciente já foi avaliado por um outro profissional anteriormente que aventou alguma hipótese diagnóstica (7,8).

O viés de disponibilidade ocorre quando o profissional considera como diagnóstico a primeira hipótese que lembra quando analisa os dados clínicos do paciente. É comum que o cérebro humano confunda a hipótese “mais provável” com a hipótese “mais fácil de lembrar”. Nesse caso, ele utiliza casos marcantes ou recentes e superestima ou subestima a probabilidade pré-teste de determinada patologia. Por exemplo, se o profissional atende um paciente com dor epigástrica acometido por um infarto agudo do miocárdio (IAM), todas as vezes que ele atender pacientes com dor epigástrica, ele solicitará testes para afastar IAM, mesmo que a probabilidade pré-teste seja baixa. Um outro exemplo seria um profissional que atendeu alguns pacientes com dor torácica de causa benigna e subestima um paciente portador de síndrome coronariana aguda(7,8).

O viés ou erro de atribuição ocorre quando o médico raciocina ou define condutas terapêuticas baseadas em estereótipos estabelecidos, descartando prematuramente ou negligenciando a possibilidade de uma enfermidade potencialmente grave. São vieses comumente cometidos com pacientes etilistas, dependentes de substâncias psicoativas ou portadores de enfermidades neuropsiquiátricas(7).

O viés de ancoragem ou de confirmação ocorre quando o médico seleciona dados clínicos que contribuem com sua principal hipótese diagnóstica e negligencia dados que não a validam. Dessa forma, ele analisa as possibilidades somente de um ponto de vista e há recusa em mudar de hipótese. Quando seleciona os dados, ele utiliza-os na confirmação e sustentação do diagnóstico, ignorando evidências contrárias. É uma tendência cognitiva inconsciente do cérebro de dar maior importância a uma informação recebida deixando as outras em segundo plano. Para evitar o viés de ancoragem, é importante abordar sindromicamente as queixas e sempre gerar ao menos duas hipóteses diagnósticas para cada caso clínico, colocando-as sempre a prova. É importante frisar que não se deve fazer os casos se encaixarem às suspeitas, pois isso pode gerar manipulação de informações (7).

No efeito de enquadramento, também chamado de efeito moldura, a maneira como as informações são trazidas ou contadas interfere no raciocínio e na hipótese. É um viés cognitivo relacionado a atenção do cérebro humano e o médico utiliza a concentração em maior ou menor proporção em achados específicos da história clínica ou exame físico a depender de como a história é contada pelo paciente ou por um colega médico, por exemplo (8). Por exemplo, se um paciente for atendido queixando-se de ansiedade, problemas familiares e dispneia, o médico pode desvalorizar a queixa de dispneia e estar diante de um tromboembolismo pulmonar.

Para construção do diagnóstico, levando em consideração todos os possíveis vieses, é importante que seja realizada uma anamnese e exame físico adequados. Posteriormente, deve-se extrair a ideia central, listar hipóteses diagnósticas, correlacionar as hipóteses com dados clínicos relevantes e testá-las por meio de exames complementares, se necessário. Dessa maneira, há uma sistematização do atendimento médico e da construção do diagnóstico para maior probabilidade de acerto e uma correta abordagem terapêutica (9).

4 CONCLUSÃO

Dessa forma, é possível compreender que o raciocínio clínico é a base da medicina para o manejo dos pacientes acometidos por condições agudas e crônicas. Quando realizado de forma correta e sistematizada, são geradas hipóteses diagnósticas com alta probabilidade de acerto, determinando segurança e melhor prognóstico ao paciente. É importante que esta habilidade seja desenvolvida gradualmente durante a formação em medicina, tornando os acadêmicos aptos aos atendimentos nos mais diversos níveis de complexidade em saúde.

REFERÊNCIAS

Peixoto jm, santos sme, faria rmdd. Processos de desenvolvimento do raciocínio clínico em estudantes de medicina. Rev bras educ médica. Janeiro de 2018;42(1):75–83.

Aciole gg. O lugar, a teoria e a prática profissional do médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório. Interface - comun saúde educ. Fevereiro de 2004;8:95–112.

Tureck f, souza s de, faria rmd de. Estratégias de ensino do raciocínio clínico nos cursos de medicina do brasil - revisão integrativa. Rev bras educ médica. 17 de março de 2023;47:e017.

De-sousa mr, aguiar trx de. Dedução, indução e a arte do raciocínio clínico na educação médica: revisão sistemática e proposta bayesiana. Arq bras cardiol. 25 de novembro de 2022;119:27–34.

Diehl l. Duas cabeças em uma: a teoria do processo dual [internet]. Raciocínio clínico. 2017 [citado 4 de maio de 2023]. Disponível em: <https://raciocinioclinico.com.br/teoria-do-processo-dual/>

Luz pm, nadanovsky p, leask j. How heuristics and cognitive biases affect vaccination decisions. Cad saúde pública. 2020;36(suppl 2):e00136620.

Erros cognitivos na tomada de decisão clínica - tópicos especiais [internet]. Manuais msd edição para profissionais. [citado 4 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/t%C3%B3picos-especiais/tomada-de-decis%C3%A3o-cl%C3%ADnica/erros-cognitivos-na-tomada-de-decis%C3%A3o-cl%C3%ADnica>

Diehl l. Vieses cognitivos: programados para errar [internet]. Raciocínio clínico. 2020 [citado 4 de maio de 2023]. Disponível em: <https://raciocinioclinico.com.br/vieses-cognitivos/>

Réa-neto a. Raciocínio clínico -- o processo de decisão diagnóstica e terapêutica. Rev assoc médica bras. Dezembro de 1998;44(4):301–11.