

A Decisão Compartilhada em Cardiologia

Gilson Feitosa

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Hospital Santa Izabel da Santa Casa de Misericórdia da Bahia

A tomada de decisão compartilhada entre as partes envolvidas no tratamento de um paciente substitui e torna mais rotineira a ação médica outrora denominada de conferência médica onde uma segunda opinião era formalmente solicitada pelo paciente ou seus responsáveis ou pelo próprio médico, em casos especiais.

Dada a complexidade crescente da prática médica, em especial a da cardiológica, onde, a par de uma disponibilidade maior de recursos de ordem clínica, cirúrgica ou intervencionista percutânea, surgem considerações sobre o seu apropriado uso em casos individuais, já que as opções existentes podem oferecer perspectivas às vezes muito superponíveis entre elas, exigindo considerações ocasionalmente relacionadas a pequenos detalhes do caso e difíceis de serem tomadas. Principalmente considerando-se que a escolha com frequências recai fundamentada em aspectos comparativos entre elas, retirados de estudos populacionais. Isso quando já existem tais estudos comparativos.

De outra feita a decisão deverá ser tomada com base na análise das disponibilidades possíveis de serem oferecidas ao caso. Ocasionalmente na dependência da experiência vivenciada pelos envolvidos na decisão.

Obviamente percebe-se a ampla gama de oportunidades para aplicação desse conceito de decisão compartilhada, que muito se estende além da cardiologia. Porém é nessa especialidade que se tem tido a oportunidade mais clara de seu emprego e principalmente em situações que dizem respeito à possibilidade de revascularização miocárdica.

Toda essa percepção agudizou-se quando da conclusão do estudo EAST –(Emory Angioplasty Versus Surgery Trial) cujos resultados foram semelhantes entre os dois grupos estudados. Resultados esses que foram piores do que os observados no Registro do mesmo estudo e que os autores muito habilmente chamaram de Estudo WEST. Aqui, no Registro, os resultados comparativos da cirurgia e da intervenção percutânea foram melhores do que os do Estudo, o que foi atribuído à liberdade que tinham os médicos de escolher seus casos para cirurgia de revascularização miocárdica ou para intervenção coronariana percutânea conforme lhes parecia mais apropriado, no que resultou que os casos mais simples foram para intervenção coronariana percutânea e os casos arteriograficamente mais

complicados se direcionaram preferencialmente para cirurgia de revascularização miocárdica.

Eliminou-se com isso o pequeno excesso de morbidade e mortalidade da cirurgia em pacientes de menor risco e eliminou-se a falta de proteção mais adequada da intervenção coronariana percutânea, nos casos de maior acometimento cardíaco. Em outras palavras, de posse dos dados existentes a escolha médica deu melhores resultados que o acaso da randomização que impunha a obrigatoriedade do emprego do método selecionado.

As diretrizes americanas e européias de revascularização já incluem de forma definida este conceito, embora de início pecassem por considerar o time composto apenas por cirurgiões e intervencionistas, esquecendo-se de que detalhes clínicos são de enorme importância na tomada da decisão, tanto na avaliação de condições que antecedem o tratamento de revascularização, assim como as perspectivas do paciente para o que se segue ao mesmo. Fatos esses que são mais detalhadamente examinados pela avaliação clínica.

Deveria portanto ser parte da formação do cardiologista clínico esse domínio detalhado das características pormenorizadas dos aspectos angiográficos, técnicos de procedimentos dessa natureza? Não me parece que seja exequível, ou mesmo desejável, o treinamento clínico generalizado para esse mister.

Parece-me o ideal que em Serviços onde tais procedimentos sejam feitos haja o envolvimento específico de algum cardiologista clínico que tenha sido treinado para essa finalidade e apresente franca intimidade com tais procedimentos, além de se manter atualizado em relação aos constantes desenvolvimentos da área, de modo a auxiliar mais apropriadamente o time na tomada final da decisão, quando todos os aspectos do caso sejam convenientemente avaliados em seu conjunto.

Obviamente não há a necessidade de acionamento do time para todos os casos em que se contemple a necessidade de revascularização já que na maioria das vezes há de se perceber, em face dos conhecimentos atuais, o natural direcionamento de casos para os distintos tipos de tratamento.

Quando clinicamente indicada a revascularização de poucas lesões favoráveis, em casos uni ou biarteriais, se inclina para a intervenção coronariana percutânea, sendo essa a forma de

revascularização mais empregada no mundo contemporâneo. Observe-se que ainda assim a conveniente avaliação clínica é fundamental pelo já exposto de implicações por comorbidades e outros acometimentos.

Reside no contexto dos multiarteriais a oportunidade do trabalho de decisão compartilhada. No particular desempenha um papel de grande nobreza o do hemodinamicista que tendo

acesso em primeira mão à angiografia, deva ser capaz de se educar de modo a vencer o natural viés da intervenção em prol de uma decisão otimizada. Considere-se por fim que um importante protagonista dessa situação é o próprio paciente, que deverá ser informado do melhor julgamento do time a quem ele confiou seu destino, cabendo-lhe obviamente a decisão final.