

# Abordagem multidisciplinar das doenças cardíacas. O paciente como prioridade na decisão médica

Walter J. GOMES<sup>1</sup>, Rui M. S. ALMEIDA<sup>2</sup>, Domingo M. BRAILE<sup>3</sup>

A nova publicação das diretrizes de revascularização do miocárdio da ESC/EACTS (European Society of Cardiology/ European Association for Cardio-Thoracic Surgery) incorporando as mais recentes e atualizadas evidências científicas para tomada de decisões em pacientes com doença arterial coronária reforça e recomenda expressamente a adoção da abordagem multidisciplinar na decisão clínica, enfatizando o conceito do *Heart Team*. Este conceito estabelece a colaboração multidisciplinar entre as especialidades para proporcionar o melhor atendimento centrado ao paciente. O processo de tomada de decisões e informações médicas do paciente deve ser guiado seguindo os “quatro princípios” para a ética da saúde: a autonomia, beneficência, não maleficência e justiça [1].

A criação de uma equipe multidisciplinar tem o propósito de permitir decisão médica equilibrada, usando protocolos baseados em evidências concebidos pela colaboração entre o cardiologista clínico, o hemodinamicista e o cirurgião cardíaco. Todos os casos de pacientes estáveis com doença arterial coronária devem doravante ser discutidos por uma equipe multidisciplinar antes da tomada de decisão sobre o tipo de procedimento de revascularização a ser implementado, seja cirúrgico ou por angioplastia, ou manutenção do tratamento medicamentoso somente.

Recomenda-se o uso de protocolos institucionais seguindo padrões compatíveis com as atuais orientações para evitar a necessidade de revisão sistemática caso a caso de todas as angiografias diagnósticas. Os hospitais e instituições devem ser encorajados a formar equipes multidisciplinares que promovam o conceito de que o paciente deve estar no centro da atenção de toda equipe cardiológica. Esta consideração foi negligenciada no passado, mas que deve novamente ser enfatizada e reforçada. Instituições e médicos devem ter posições claras, para assegurar que o paciente venha a ser o maior beneficiado pelas decisões tomadas.

O paciente também deve ter participação ativa no processo de decisão terapêutica. A informação ao paciente precisa ser objetiva, imparcial e baseada em evidências científicas atualizadas, além de compreensível, acessível e consistente. O consentimento informado exige que haja

transparência, especialmente quando há controvérsia sobre a indicação de um determinado tratamento que envolva intervenção percutânea, revascularização cirúrgica ou tratamento clínico. No entanto, a maioria dos pacientes tem uma compreensão limitada da sua doença e do prognóstico a ela associado, por vezes com expectativas irreais em relação à intervenção proposta, suas complicações ou a necessidade de novos procedimentos.

O paciente merece compreender os riscos, benefícios e incertezas associados com a sua doença e seu respectivo tratamento. Deve-se evitar a linguagem técnica incompreensível e é medida obrigatória utilizar terminologia simples e consistente que o paciente possa compreender. A informação da decisão médica deve expressar claramente os benefícios relacionados ao procedimento e os riscos em curto prazo, bem como o esperado em longo prazo. Riscos e benefícios em termos de sobrevida, o alívio da angina, qualidade de vida e a necessidade potencial de reintervenção tardia devem ser claramente informados. É igualmente muito importante que qualquer outro interesse na tomada de decisão por parte dos profissionais envolvidos nas várias opções de tratamento seja dado a conhecer ao paciente.

Recomenda-se que ao paciente deve ser oferecido tempo suficiente, até vários dias se necessário, entre o cateterismo diagnóstico e a intervenção para que possa refletir sobre o tratamento indicado, buscar uma segunda opinião quando desejável, ou para discutir os resultados e as conseqüências com o seu cardiologista ou seu médico de referência.

A crescente demanda pública por transparência em relação aos resultados do operador e do hospital obriga que o tratamento anônimo deva ser evitado. É direito do paciente saber quem está prestes a tratá-lo e ter acesso a informações sobre a qualificação profissional do operador e o volume de procedimentos do centro a ser escolhido. Além disso, o paciente deve ser informado se todas as opções de tratamento estão disponíveis no local e se em caso de necessidade, uma intervenção cirúrgica está disponível na Instituição.

Com os pacientes cada vez mais se apresentado com doenças complexas, muitas vezes há necessidade de envolver outros especialistas para o tratamento.

Dependendo das co-morbidades relacionadas deverão ser envolvidos o diabetologista, o clínico geral, o médico assistente ou o anestesista, onde a conjunção de idéias e esforços das especialidades reunidas contribuam para melhorar a assistência ao paciente e resultar num desfecho favorável.

Expandindo o conceito para as novas tecnologias que estão chegando, o estudo PARTNER também introduziu a abordagem multidisciplinar na seleção dos pacientes a serem tratados com a prótese aórtica transcater e cujo protocolo do estudo determina que dois cirurgiões independentes precisam concordar e assinar que determinado paciente não era elegível para a cirurgia convencional e portanto poderia ser incluído no estudo em questão [2]. Na Europa, já há consenso de que ao menos um cirurgião, um intervencionista e um cardiologista clínico devem rever os pacientes caso a caso e tomar decisões conjuntas a fim de evitar a expansão das indicações para os casos que não são apropriados e que não tem atualmente evidência de benefício ao paciente.

Portanto, a criação de um consenso de abordagem multidisciplinar das doenças cardíacas representa um avanço que deve necessariamente ser implementado, com o apoio dos médicos, hospitais e sociedades de especialidade, tornando novamente o paciente o objetivo primário da atenção e do tratamento médico, devendo ser o maior beneficiado pelas decisões clínicas tomadas em conjunto.

## REFERÊNCIAS

1. Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS); European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions. Guidelines on myocardial revascularization. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2010;38 Suppl:S1-S52.
2. Leon MB, Smith CR, Mack M, Miller DC, Moses JW, Svensson LG, ET al. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery. *N Engl J Med.* 2010;363(17):1597-607.

## AUTORES

1. Diretor Científico e Presidente Eleito da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV). Presidente da Sociedade Latino-americana de Cirurgia Cardiovascular e Torácica. Professor Associado Livre-Docente da Disciplina de Cirurgia Cardiovascular. Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo.
2. Presidente do Departamento de Cirurgia Endovascular e Minimamente Invasiva da SBCCV. Professor Associado e Chefe da Disciplina de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).
3. Editor-Chefe da Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular / Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery. Professor Emérito e Pró-reitor de pós-graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp). Professor Livre-Docente da Unicamp.