

## O Cardiologista Brasileiro em Formação: Diretriz e Liberdade

*The Brazilian Cardiology Trainee: Guidelines and Freedom*

Max Grinberg

Instituto do Coração (InCor) do HCFMUSP, São Paulo, SP - Brasil

“[...] por consciência e princípios morais, somos livres e portanto responsáveis, mas nos orientamos em conformidade com o princípio da causalidade [...]”

Hanna Arendt

O cardiologista brasileiro em formação, o residente, por exemplo, orienta-se por uma biblioteca de validades da literatura médica hierarquizadas por sociedades de especialidade, conhecidas como diretrizes. Elas representam maquetes da construção clínica à beira do leito, disponibilizadas por meio da tecnologia da informação qual franquias para serem reproduzíveis em cada local. Diretrizes pretendem reduzir vieses enigmáticos e influenciam os costumes da geração.

Rapidamente, a diretriz progrediu de documento tolerado para desejada conveniência de sistematização de previsibilidades em *faça, não faça, provavelmente é para fazer, provavelmente não é para fazer*<sup>1</sup>.

Sendo *faça, não faça* um guia (*guideline*) de “verdades” e não uma norma de “certezas”, a aplicação não pode prescindir da lucidez clínica exigente de liberdade e responsabilidade para evitar desfigurações à forma humana das recomendações.

Ponderar sobre um decálogo afeito à bioética parece ser útil para o cardiologista brasileiro em formação maximizar vantagens da diretriz na tomada de decisão clínica e no seu processo educacional, e minimizar deficiências no trato do paciente-uno e da literatura-infinita.

1) Os bons princípios e os reconhecidos benefícios de diretrizes justificam a expectativa crescente por disponibilidades, mas não qualificam *faça, não faça*, nem como décimo primeiro mandamento de fé, nem como chave mestra da beira do leito. Rigidez de pressupostos ou indícios de predador do juízo clínico não costumam ser bem-vindos à essência individualista do médico, que valoriza o espaço da experiência.

A consciência de que o proveito da memória da literatura advém da conexão ao mundo real da beira do leito é que torna a flexibilidade um atributo vital do *faça, não faça*. Privilegia-se o processo de *fazer, não fazer* acima do resultado a qualquer custo.

### Palavras-chave

Corpo clínico hospitalar, formação de recursos humanos, guia de prática médica, liberdade.

Correspondência: Max Grinberg •

Rua Manoel Antonio Pinto, 4 / 21A – Paraisópolis - 05663-020, São Paulo SP - Brasil

E-mail: grinberg@incor.usp.br, max@cardiol.br

Artigo recebido em 19/08/08; revisado recebido em 11/09/08; aceito em 11/09/08

2) Como “agente translacional”, a sociedade de especialidade gruda etiquetas de classes e níveis com cola científico-ético-legal num percentual ainda restrito de interesses da cardiologia, e com minoria do nível A de precisão científica.

O cardiologista brasileiro em formação, por isso, sente-se liberado do *faça, não faça* da diretriz, em grande parte das tomadas de decisão. Isento do impacto sobre a liberdade interior que pode advir da dimensão política da sociedade de especialidade atrelada ao paradigma da medicina baseada em evidências, ele pode, paradoxalmente, até sentir certo desamparo pela ausência do *faça* tal prescrição, porque prevê melhor prognóstico imediato e tardio, e do *não faça* porque é inútil e ineficaz. Diretriz desperta simpatia pelo imperativo.

Cresce, outrossim, o referido impacto sobre a personalidade do ser médico, já no primeiro estágio do *trial-guideline-education process*<sup>2</sup>. É efeito bumerangue: alguém soube fazer a pergunta a um protocolo de pesquisa multicêntrico; que o cardiologista brasileiro em formação reflita se deve *fazer* ou *não fazer* a resposta-conhecimento novo em mãos, certamente etiqueta nível A e chance de classe I/IIA, se houver incorporação à diretriz.

3) Praticidade, agilidade, uniformidade no uso de diretriz e pouco tempo disponível desestimulam o detalhamento por si, artigo a artigo, livro a livro. Apaga-se a vontade da própria leitura crítica sobre o comentado ou referido já iluminado pelo comitê a quem foi dada uma procuração tácita.

Há risco do “fazer correto” ao paciente desprovido dos fundamentos, reduzir o ser médico a um ato algorítmico de *fazer* ou *não fazer*. Ademais, para não demonstrar desconhecimento ou inércia, há chance de se escorregar para a imprudência de um uso desajustado àquele paciente-uno.

Sentir-se livre de imposições internas e externas é salvaguarda endossável pela bioética para tomar a melhor decisão descontaminada de eventuais componentes de decisão forçada, conveniente para o médico, emocional ou lucrativa<sup>3</sup>.

4) Exclusões pela concepção pragmática, matemática e ética das pesquisas<sup>4,5</sup> explicam por que não basta ligar o GPS-diretriz e seguir a seleção de classes e níveis. É preciso liberdade para fazer seus próprios cálculos ajustarem a diretriz-satélite da sociedade de especialidade aos sinais captados do paciente-uno.

5) Diretriz é documento vivo em que pode pairar um ar de regulação da autoridade profissional e nivelção de experientes e não-experientes.

A possibilidade de soar como “coerção por uma autoridade” provoca um efeito teflon<sup>6</sup> na aderência universal às diretrizes<sup>7,8</sup> e, inevitavelmente, traz à mente 1984 de George Orwell (1903-1950)<sup>9</sup>.

A verdade, no entanto, é que o projeto da diretriz jamais relou representar teletela, novilíngua ou polícia do pensamento, à semelhança do romanceado em 1984<sup>9</sup>. Até mesmo os propósitos de custo-efetividade e auditoria que poderiam servir a interesses outros que não os do paciente estão anos-luz de um sentido de invasão de privacidade.

O alerta é, entretanto, sempre válido, nada de Grande Irmão (*Big Brother*), Hipócrates é quem é o vigilante!

6) Diretriz é documento terceirizado à autoridade da sociedade de especialidade e à qualificação de selecionados membros da nossa “adotiva família” de especialistas. Cada opinião sobre dado e fato publicados pode aparentar uníssonas, mas o consenso sobre *melhor ou não-melhor evidência* pode ser apenas parcial numa decisão por votação.

A sociedade de especialidade não é o Ministério da Verdade do livro *1984* que reescreve o passado; mesmo quando “[...] equívocos e incoerências da publicação original são corrigidos na medida do possível [...]”, isso é informado na introdução de diretriz ACC/AHA<sup>10</sup>. Mantém-se a informação, recria-se o conhecimento, licença da ciência, prima da metanálise.

Não-melhores evidências, persistem, obviamente, boa publicação – e citação –, passíveis de uma segunda opinião e de jamais serem rotuladas como inevidência ou ironizadas como vidência. Na ciência da incerteza e arte da probabilidade, um método inferiorizado pelo  $p < 0,001$  pode sobressair no mundo real da beira do leito perante não-beneficiários da maior chance estatística de sucesso.

7) O cardiologista brasileiro em formação escuta dois tons de aprendizado do *faça, não faça*, envolvendo diretriz: o tom-pater no anfiteatro e o tom-frater à beira do leito.

O tom-pater é a voz educativo-ético-legal que figura “patriotismo” e “paternalismo-algo padrasto” em fóruns científicos.

O “patriotismo” faz analogia ao nosso dístico *Ordem e Progresso*, expressão de crença no desenvolvimento imposto de cima para baixo e no menor valor de uma ordenação espontânea. Críticas não faltam ao positivismo. O “paternalismo-algo

padrasto” reflete o poder político da sociedade de especialidade para centralizar a elaboração de diretrizes. Demanda reflexões culturais, científicas e geográficas.

O tom-pater ecoa as fronteiras da excelência tecnocientífica com uma não-liberdade teórica no trato da ciência-diretriz e da ciência-protocolo de pesquisa multicêntrico.

O tom-pater de líderes de opinião com ou sem conflitos de interesses e um forte efeito de grupo podem criar atmosfera de pouca atração para outros expressarem a experiência pessoal.

8) Já o tom-frater da beira do leito ensina que a prática da cardiologia à beira do leito não é exatamente uma “política de governo”.

Aprender a inflexão adequada do tom-frater na “conversa” com cada necessidade do cotidiano beneficia-se da liberdade prática para ajustar os significados de estado da arte, diretriz e resultado de acrônimos multicêntricos ao paciente-uno.

9) Manter ativo em si um diálogo entre o tom-pater do anfiteatro e o tom-frater da beira do leito é conselho útil ao cardiologista brasileiro em formação, com inspiração na bioética.

10) Fica claro que a beira do leito convive com a impossibilidade de uma perfeita liberdade para eleger o conhecimento científico à beira do leito, independentemente dos anseios humanos do paciente-uno.

Ciência com humanização destaca-se como fundamento para o cardiologista brasileiro em formação comprometer-se a chegar à beira do leito com as mãos liberadas de uma diretriz-algema. Com elas livres, ele pode empunhar a diretriz-bússola, ao mesmo tempo que pode apontar rumos por visão direta. E assim ele segue em direção à soberania da expertise clínica, livre de pressões para acomodar o paciente na diretriz, caminhando como ser médico lado a lado com as tensões e os valores da sociedade compatriota.

Esse percurso coloca a sua impressão digital no benéfico e não-maléfico, afasta-o de qualquer possibilidade de novilíngua reducionista e contradiz a suposição de crimidéia<sup>9</sup> em qualquer desobediência a diretrizes.

## Referências

1. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004; 328: 1490-4.
2. Fye WB. The power of clinical trials and guidelines, and the challenge of conflicts of interest. *J Am Coll Cardiol*. 2003; 41: 1237-42.
3. Cronje R, Fullan A. Evidence-based medicine: toward a new definition of “rational” medicine. *Health*. 2003; 7: 353-69.
4. Gross CP, Mallory R, Heiat A, Krumholz HM. Reporting the recruitment process in clinical trials: who are these patients and how did they get there? *Ann Intern Med*. 2002; 137: 10-6.
5. Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med*. 2004; 351: 2870-4.
6. Grinberg M. O efeito teflon e o copy-paste na prevenção. *Diagn Tratamento*. 2007; 12: 189-91.
7. Graham IM, Stewart M, Hertog MGL. Factors impeding the implantation of cardiovascular prevention guidelines: findings from a survey conducted by the European Society of Cardiology. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2006; 13: 839-45.
8. Metha NB. The doctors’ challenge: how can we follow guidelines better? *Clev Clin J Med*. 2004; 71: 81-5.
9. Orwell G. 1984 de George Orwell. London: Secker and Warburg; 1949.
10. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon Jr A, Faxon D, Freed M, et al. ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease. *J Am Coll Cardiol*. 2006; 48: e1-148.