

O conceito do *heart team* nas doenças cardíacas. O paciente novamente como prioridade nas decisões médicas

Walter José Gomes^I, Domingo Marcolino Braille^{II}

O paciente está de volta ao centro da atenção e deve ser a prioridade na decisão médica. Essa é a recomendação das recentes diretrizes de revascularização do miocárdio da ESC/EACTS (European Society of Cardiology/European Association for Cardio-Thoracic Surgery) e também do ACC/AHA (American College of Cardiology/American Heart Association).¹⁻³

Com a compilação e síntese das melhores evidências científicas para tomada de decisões em pacientes com doença arterial coronária, essas diretrizes reforçam e recomendam expressamente a adoção da abordagem multidisciplinar na tomada de decisão clínica, envolvendo a discussão entre o cardiologista clínico, o cardiologista intervencionista e o cirurgião cardíaco para proporcionar o melhor atendimento voltado ao paciente. O processo de tomada de decisões e informações médicas do paciente deve ser guiado pela abordagem que foi denominada “quatro princípios” para a ética da saúde: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.¹

A criação de uma equipe multidisciplinar tem o propósito de permitir decisão clínica equilibrada, com protocolos baseados em evidências, concebidos em colaboração entre o cardiologista clínico, o cardiologista intervencionista e o cirurgião cardíaco. Todos os casos de pacientes estáveis com doença arterial coronária devem doravante ser discutidos por uma equipe multidisciplinar cardíaca antes da decisão sobre a forma do procedimento de revascularização a ser indicado ou de se manter o paciente em tratamento clínico-medicamentoso.

Com a crescente complexidade dos casos e a gravidade dos pacientes, muitas vezes há a necessidade de envolver outros especialistas, dependendo das comorbidades, como o diabetologista, o clínico geral, o nefrologista, o intensivista, o médico assistente ou o anestesista, e a conjunção de experiências e conhecimentos pode contribuir decisivamente para a decisão mais apropriada. Portanto, torna-se essencial que o *heart team* reveja os casos em conjunto antes de haver uma recomendação de tratamento para a doença

cardíaca. Há a recomendação de que hospitais e instituições de saúde estabeleçam equipes multidisciplinares que orientem os procedimentos que são mais adequados e necessários aos pacientes. Recentes estudos nos Estados Unidos mostraram que até 50% dos pacientes podem não ter recebido tratamento adequado conforme proposto pelas diretrizes.⁴ Como consequência, o Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) implementou um programa que permitirá aos auditores do Medicare rever todos os registros médicos e avaliar a adequação dos procedimentos realizados, dispositivos utilizados e os pedidos de procedimentos ou internações hospitalares antes do pagamento das contas. O novo programa entrou em vigor em janeiro de 2012.⁵

A correta indicação do procedimento resulta não somente em benefício para os pacientes, mas também em redução de custos para as fontes pagadoras públicas e privadas, que podem redirecionar recursos para áreas mais necessitadas. Sugere-se que protocolos institucionais padrões compatíveis com as atuais orientações podem ser usados para evitar a necessidade de revisão sistemática caso a caso de todas as angiografias diagnósticas. Esse conceito essencialmente cristaliza uma colaboração mais que necessária entre as especialidades, que combinarão suas habilidades e conhecimentos de forma complementar.

O paciente deve também 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 se há controvérsia sobre a indicação de um tratamento em especial, como no caso de intervenção percutânea, cirurgia ou tratamento clínico.

O paciente necessita compreender os riscos, benefícios e incertezas associadas com a sua doença e seu tratamento. São medidas obrigatórias evitar a linguagem técnica incompreensível e utilizar terminologia consistente que o paciente possa

^IProfessor associado livre-docente da Disciplina de Cirurgia Cardiovascular, Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp).

^{II}Professor emérito e pró-reitor de pós-graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp). Professor livre-docente da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

compreender; e a informação da decisão médica deve considerar benefícios relacionados ao procedimento e os riscos em curto prazo, bem como os esperados 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 importante ressaltar 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 de vários dias se necessário, entre o cateterismo diagnóstico e a intervenção, para refletir sobre os resultados da angiografia diagnóstica, para buscar segunda opinião como desejável ou para discutir os resultados e as consequências com o seu cardiologista ou o médico de referência.

A crescente demanda pública por transparência em relação aos resultados do operador e do hospital faz com que o tratamento anônimo seja evitado. É direito do paciente saber quem está prestes a tratá-lo e obter informações sobre o nível de conhecimento do operador e o volume de procedimentos do centro. Além disso, o paciente deve ser informado se todas as opções de tratamento estão disponíveis no local e se a cirurgia é oferecida no local ou não.

O conceito do *heart team* está se expandindo e deve ser necessariamente também aplicado na decisão de indicação das novas tecnologias que estão chegando, com a abordagem multidisciplinar na seleção e tratamento dos pacientes com doença valvar e utilização de próteses transcatereter, e também na intervenção na fibrilação atrial.⁶

Portanto, a reinstituição de um conceito óbvio, mas que foi ultimamente olvidado e relegado, a abordagem multidisciplinar das doenças cardíacas, representa um novo esforço que, com o apoio dos médicos, hospitais e sociedades de especialidades, deve resgatar novamente o paciente como o objetivo primeiro da atenção e do tratamento médico, 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 (EAPCI), et al. Guidelines on myocardial revascularization. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2010;38 Suppl:S1-S52.
2. Hillis LD, Smith PK, Anderson JL, et al. 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2011;124(23):2610-42.
3. Levine GN, Bates ER, Blankenship JC, et al. 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. *Circulation.* 2011;124(23):e574-651.
4. Chan P, Patel M, Klein LW, et al. Appropriateness of percutaneous coronary intervention. *JAMA.* 2011;306(1):53-61.

5. Centers for Medicare & Medicaid Services. CMS announces new demonstrations to help curb improper medicare, medicaid payments [press release]. November 15, 2011. Disponível em: <http://www.cms.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=4176&intNumPerPage=10&checkDate=&checkKey=&srchType=1&numDays=3500&srchOpt=0&srchData=&keywordType=All&chkNewsType=6&intPage=&showAll=&year=&year=&desc=&cbOrder=date>. Acessado em 2012 (5 mar).
6. Leon MB, Smith CR, Mack M, et al. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery. *N Engl J Med.* 2010;363(17):1597-607.

INFORMAÇÕES:

Endereço para correspondência:

Walter José Gomes

Rua Borges Lagoa, 1.080 – conj. 608

Vila Clementino – São Paulo (SP)

CEP 04038-002

E-mail: wjgomes.dcir@epm.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada

Conflito de interesse: nenhum declarado

Data de entrada: 6 de fevereiro de 2012

Data da última modificação: 6 de fevereiro de 2012

Data de aceitação: 9 de março de 2012