

Cardiologia baseada em evidência: mais luz ou mais calor?

JOSÉ ANTONIO MARIN-NETO
USP — Ribeirão Preto

“É estarrecedor pensar em quanto de pesquisa é necessário para se alcançar a verdade sobre o mais insignificante pormenor”

Stendhal

O pensador francês, embora conhecido por sua notável percepção psicológica e política, não poderia ser mais preciso se houvesse se referido especificamente ao exercício médico da Cardiologia.

Mesmo para quem há muito se acostumou com o ritmo vertiginoso dos avanços incessantes no conhecimento e no desenvolvimento tecnológico dessa especialidade médica, poucos temas serão mais fascinantes e momentosos como aquele relacionado com a atual prática da Cardiologia baseada em evidência (científica). Isso decorre, em parte, de ser justamente a Cardiologia a especialidade que mais ativamente tem implementado, nas últimas décadas, os princípios e métodos da Medicina baseada em evidência.

O fascínio despertado por essa prática deriva talvez do fato de implicar, essencialmente, alteração paradigmática não só de conceito, mas também de atitude e conduta médica. Obviamente, vive-se a concomitante inquietação que novos paradigmas costumam suscitar. Todavia, deve-se ressaltar que há muita artificialidade no pretense choque com as concepções mais tradicionais e o apego a posturas mais conservadoras, bem como na própria insegurança de que se reveste automaticamente toda mudança de paradigma.

Assim, é sofismática a impressão, algumas vezes aventada, de que a prática da Cardiologia baseada em evidência exclua ou suprima o emprego da experiência clínica individual, para adoção de condutas médicas. Essa pretensa oposição entre esses dois esteios da atuação cardiológica constitui apenas um dilema falacioso, que não resiste à simples constatação de que:

1) É impossível, hoje, hermetizar a prática cardiológica, dentro dos valiosos mas insuficientes limites impostos pela experiência pessoal acumulada. Com frequência, a prática médica somente lastreada nessa experiência conduz a desvios e erros inaceitáveis eticamente, revelados por estudos científicos padronizados. Entre muitos outros exemplos de que é pródiga a literatura contemporânea, pode-se citar a decepção relativa ao uso rotineiro de lidocaína no contexto do infarto agudo do miocárdio, e ao emprego de diversos agentes

inotrópicos positivos para tratar insuficiência cardíaca. Em ambos os contextos, extensa e arraigada experiência lastreava práticas que se revelaram ineficazes ou mesmo deletérias quando escrutinizadas por métodos científicos apropriados.

2) É igualmente impraticável e insensato supor que pesquisas, ainda que executadas segundo os mais rigorosos princípios da Medicina baseada em evidência, possam oferecer respostas seguras para todos os intrincados problemas clínicos enfrentados pelos cardiologistas. Há certamente carência flagrante de recursos logísticos de toda ordem para atender à incrível demanda de soluções científicas requeridas por questões teóricas e por conjunturas clínicas mesmo quando muito comuns. Em várias condições, torna-se difícil, senão impossível, obter-se a evidência científica concludente para validar certas condutas cardiológicas.

3) É princípio manifesto da Cardiologia baseada em evidência que a experiência pessoal deva contribuir, decisivamente, para a aplicação, em nível de pacientes individualizados, dos resultados da pesquisa clínica sistematizada.

Contextualizando essas noções, pode-se constatar como, por ser muito difícil quantificar o grau de estresse, não tem sido possível ainda caracterizá-lo, em base a evidências objetivas, como fator de risco maior para eventos coronários agudos (à diferença do que ocorre com os níveis plasmáticos de lípidos, ou o valor da pressão arterial sistêmica). Contudo, muitos cardiologistas experientes não negarão a conveniência e a sensatez de se recomendar formalmente a minimização do estresse psicológico a seus pacientes. Por outro lado, mesmo quando, para populações específicas, haja evidências que suportem determinadas condutas, para pacientes individualizados sua aplicabilidade deverá ser decidida a partir da experiência pessoal do cardiologista. Em realidade, não há como superar, em muitas circunstâncias, o obstáculo da segregação populacional inerente aos estudos controlados e randomizados, que, para testar adequadamente suas hipóteses, limitam drasticamente o âmbito de suas observações. Como exemplificação, muitos ensaios terapêuticos adotam exclusão sistemática de pacientes mais idosos.

Essas considerações não devem detrair o princípio axial da Cardiologia baseada em evidência: determinar, sempre, a mais sólida evidência disponível para embasar nossas condutas diagnósticas, prognósticas, profiláticas e terapêuticas. Dessa forma, ultrapassa-se de muito a “simples” realização

de estudos randomizados, ou de meta-análises sobre trabalhos científicos.

Em verdade, preconiza-se o uso de um acervo inestimável de recursos metodológicos para obtenção de evidências derivadas de pesquisas sistematizadas, para combinação, complementação ou mesmo correção de desvios detectados no uso exclusivo do tirocínio clínico. A aplicação dos resultados dessas pesquisas, a pacientes individualizados, deve ser modulada pela experiência pessoal, quando não há integral evidência científica do mérito da conduta em questão. Como regra básica, nunca a experiência pessoal deve ser considerada, “a priori”, como suficiente para validação de condutas médicas. Sempre que possível, deve ser validada por estudos conduzidos segundo os princípios científicos modernos.

Finalmente, é necessário considerar que a explosiva geração e difusão de conhecimentos científicos na área cardiológica deva ser controlada pelos critérios e princípios

da Medicina baseada em evidência. Esta oferece ao cardiologista um recurso crítico efetivo para assisti-lo no inafastável imperativo da educação médica continuada. Somente assim será amenizado o árduo imperativo de acompanhar o prodigioso acúmulo de conhecimentos e aperfeiçoamentos tecnológicos em curso.

É preciso sempre, em circunstâncias como a que vivenciamos, exercitar-se a capacidade de incorporar, de forma judiciosa, os benefícios propiciados pelo novo paradigma de atuação, reconhecendo suas inerentes limitações, e adaptando-o a condições imprevistas ou nas quais se revele impróprio.

Dessa forma será possível reduzir a entropia intrínseca a esses processos de desenvolvimento científico que acompanham a prática da Medicina, assegurando que naturais controvérsias, mesmo muito acesas, terminem por gerar mais luz do que calor.