

Bioética e Imagem Cardiovascular

Bioethics and Cardiovascular Imaging

Max Grinberg

Instituto do Coração, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil

Adquiri os fundamentos avançados – para a época – da especialização em Cardiologia nos Serviços de dois saudosos e brilhantes mestres: Arthur de Carvalho Azevedo (1916-2000), no Curso de Pós-Graduação em Cardiologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, e Luiz Venere Décourt (1911-2007), no Curso de Especialização em Cardiologia da Segunda Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Era o tempo em que mestres formam escolas com seus estilos de aplicar e repercutir a especialidade, sendo vistos como exemplos de médicos, atraindo jovens idealistas de várias regiões do Brasil, muitos deles responsáveis por implantar pioneiros serviços na volta a suas terras natais, núcleos da atual qualificação em nível internacional da Cardiologia, que se observa pelos quatro cantos da nação. Os exames de imagem eram utilizados como complementares à clínica, e os cardiologistas possuíam capacitação para interpretá-los.

A Bioética nasceria alguns anos depois, com o norte-americano Van Rensselaer Potter (1911-2001), a partir de uma preocupação da repercussão dos avanços na área da saúde sobre a dignidade do ser humano vulnerável pela doença. É fascinante recordar que muito do que a Bioética hoje representa para o equilíbrio na aplicação da ciência e do humanismo em Cardiologia já estava de certa forma enraizado na clarividência clínica e no respeito pela pessoa doente de Carvalho Azevedo e Décourt. Ambos compartilhavam o valor do rigor no uso do conhecimento e da habilidade técnico-científicos como imprescindível fator de apreço pelo bem do paciente, em uma época em que predominava o paternalismo e, assim, praticamente, não existia participação ativa do paciente no processo de tomada de decisão. Enquadravam-se no contexto humano da sabedoria tradicional, na qual a aplicação da Medicina necessita que o médico considere fortemente a relação benefício/malefício dos métodos, em função da inexistência de iatrogenia zero; verdades científicas têm muito de provisório; e certezas reconhecidas precisam suscitar uma abertura do médico para desconhecimentos e imprevisibilidades, em face das individualidades dos pacientes.

A Bioética chamada “principlista” organizou-se em quatro princípios. O princípio da beneficência dispõe que só devem

ser aplicados métodos validados como úteis e eficazes para a circunstância clínica, o que, na Medicina baseada em evidências, representa boa dimensão de efeito e probabilidade de certeza. O princípio da não maleficência diz, desde Hipócrates, que danos ao paciente devem ser evitados e está ligado à segurança do paciente – por exemplo, a não aplicação circunstancial de um método conceitualmente benéfico em virtude de comorbidades. O princípio da autonomia remete ao livre-arbítrio, tanto do paciente quanto do médico, para atender às necessidades de saúde, passando pelo consentimento do paciente e a avaliação de consciência do médico. Pelo princípio da equidade, todos os cidadãos têm os mesmos direitos na área da saúde.

Como previsto por Potter, a Medicina evoluiu tremendamente e, há algumas décadas, cada progresso tem requerido atenção da Bioética, pela associação inevitável a certas circunstâncias previstas de causar alguns tipos de danos à pessoa – e, também, as não previstas, que vão se materializando à medida que o método torna-se rotineiro. Verifica-se que se forma, habitualmente, grande tensão ética na interface entre o clássico e a inovação, ora pela substituição radical do método, ora pelo aperfeiçoamento, ora, tão somente, pela suplementação, o que interessa diretamente às questões que envolvem o uso de imagem cardiovascular. Assim, qualquer inovação metodológica validada, ao mesmo tempo que representa algum tipo de benefício não é isenta de provocar malefícios, que podem inclusive, determinar a cassação da autorização do uso pelos efeitos no mundo real da fase de mercado – como visto com fármacos.

A minha vivência prolongada desta interação entre tradição e empirismo pelas décadas de especialização continuada em função do ambiente universitário que sempre frequentei facilitou reforçar o conceito de que as paulatinas modificações do estado da arte exigem ajustes éticos, no geral, bem como no compromisso individual com a moralidade do comportamento profissional. Neste contexto, a beira do leito testemunha, atualmente, um desafio da valorização da imagem cardiovascular quanto à tradição clínica.

Na época dos poucos recursos tecnológicos da indústria – primeira metade do século 20, por exemplo –, cada cardiologista tinha que contar com os recursos técnicos pessoais representados pelos próprios órgãos dos sentidos treinados para o ofício (inspeção, palpação e audição) e com a mente (raciocínio clínico). Traçado eletrocardiográfico, imagem radiográfica do tórax e cenas contrastadas do cateterismo cardíaco contentavam-se com a classificação indiscutível de exame complementar.

A doutrina segundo a qual “clínica é soberana” era a melhor expressão da boa Cardiologia, muito embora decisões de conduta fossem tomadas com primazia da informação da imagem cardiovascular – muitas vezes, inclusive, de modo dissociado da expressão clínica, por exemplo, no campo da coronariopatia.

Palavras-chave

Bioética/tendências; Ética, Médica/história; Eticistas; Ética Clínica/educação; Diagnóstico por Imagem /ética.

Correspondência: Max Grinberg •

Rua Pedroso Alvarenga, 1.255, cj 61. CEP 04531-012, Itaim Bibi, São Paulo, SP - Brasil
E-mail: grinberg@incor.usp.br

DOI: 10.5935/2318-8219.20180047

Já existia, então, algum novo entendimento sobre o racional dos sinais observáveis ao exame físico. Os sinais – especialmente os obtidos pela palpação, percussão e ausculta – representam uma dedução do que ocorre de anormal em órgãos do corpo humano, impossíveis de serem vistos pela inspeção. A construção deste saber, a propedêutica clínica, foi feita, essencialmente, passo a passo, pela caprichosa anotação do exame físico previamente à visualização dos órgãos à necrópsia, inclusive muitos tornaram-se patognômicos. Um passo no direcionamento para a primazia da imagem cardiovascular sobre a clínica foi a desativação da percussão como método para a estimativa da área cardíaca, substituída pela radiografia do tórax que, assim, permitia transpassar o corpo humano e recolher uma imagem análoga a que se obtinha apenas à necrópsia.

A partir da segunda metade do século 20, a expansão das imagens cardiovasculares em novos métodos e em acurácia proporcionou qualidade de visualização anatômica não invasiva, além de uma genuína fundamentação para correlações de natureza funcional. Assim, se a clínica era a soberana, a imagem cardiovascular adquiriu uma função de primeiro-ministro. O entusiasmo crescente gerou uma associação utilitarista de imagens: a do bom cardiologista pelo uso de máquinas captadoras de imagens. A Bioética preocupa-se com excessos que derrubam tradições – eles historicamente nunca foram bem-vindos na área da saúde.

Na verdade, a Bioética da beira do leito que praticamos prefere afirmar que, em face da crescente diversidade de recursos atuais da Medicina e do respeito a desejos, preferências, objetivos e valores do paciente, a beira do leito contemporânea convive com três soberanias: da clínica, da imagem e do paciente – esta ligada ao princípio da autonomia, segundo o qual o paciente capaz tem todo o direito de participar ativamente de tomadas de decisão a respeito de sua saúde.

Cada soberania tem seu *timing* na condução do caso, e todas funcionam em interconexão. Em outras palavras, não deve prevalecer um pensamento de competição, mas de compartilhamento de utilidade e de eficácia. No decorrer de um atendimento, há momentos da clínica em superioridade, há momentos da imagem cardiovascular imprescindíveis, e há momentos do consentimento – ou não – do paciente ou responsável legal ou indicado. O intercâmbio vence barreiras e ultrapassa fronteiras sempre em prol da excelência do atendimento. Instituição de saúde e sistema de saúde devem ser, idealmente, solidárias com o uso da imagem cardiovascular para fins diagnósticos e terapêuticos sob critérios estipulados, por exemplo, por diretrizes clínicas elaboradas por sociedades de Cardiologia. Contudo, a Bioética da beira do leito alerta que as recomendações não são algemas, mas bússolas, em virtude da necessidade de ajustes de segurança, principalmente em função das individualidades de cada paciente – por exemplo, o impacto das comorbidades de cada um sobre as intenções de benefício.

A Bioética da beira do leito desaprova o desrespeito aos *timings* que estão validados e recomendados para o alcance da excelência assistencial. Evidentemente, atendimentos eletivos, de urgência e de emergência possuem suas peculiaridades de *timing*, quer na definição diagnóstica, quer na instituição

terapêutica, ou seja, a execução da tripla soberania além dos aspectos protocolares não pode dispensar o bom senso do cardiologista frente à condição clínica. Diante de um risco de morte iminente, o nosso Código de Ética Médica vigente coloca a decisão nas mãos do médico, sem necessidade da obtenção do consentimento livre e esclarecido do paciente.

No campo do demasiado, a Bioética da beira do leito não vê com bons olhos um grau de magnetismo com a imagem, algo como um culto a esta fonte de informação, fé em sua validade para o apoio clínico, que provoca uma postura de inutilidade na aplicação dos demais métodos dos quais o cardiologista poderia dispor para atender às necessidades de saúde do paciente. Há certa pressão de pacientes pela realização de exames de imagem cardiovascular nesta era de influência do Dr. Google, mas, frequentemente, é o fator (falta) tempo que força a ação do médico pela obtenção da imagem. É comportamento utilitarista que crê que uma imagem fala mais do que mil sinais da propedêutica física, mas que, a seguir, trará dificuldades de fundamentação de decisão terapêutica, pela carência de anamnese e de exame físico bem realizados e raciocinados, com informações que as máquinas não conseguem dar – ainda. Exame de imagem não é uma peneira diagnóstica inicial. As soberanias precisam ser respeitadas em seus tempos de interconexão. Em suma, não se pode admitir uma representação de cardiologista essencialmente prescritor de exames de imagem e leitor de laudos, assim, terceirizando a clínica para máquinas.

Trata-se de um contexto enviesado, no qual o imagenologista muito contribui para esclarecimentos sobre constituintes do caso, mas não necessariamente para a correta resolução do caso. É frustrante. Por isso, é capital que a merecida soberania da imagem cardiovascular seja exercida em complementaridade à identificação de hipóteses diagnósticas pela soberania da clínica. Minha experiência não deixa dúvidas de que quando clínico e imagenologista conversam sobre o caso, invariavelmente, alguma coisa muda, quer na interpretação da imagem, quer no raciocínio clínico, assim afastando falso-positivos e falso-negativos – impossíveis de serem apreciados sem o diálogo. Infelizmente, a carência de tempo – não temos o tempo, o tempo é que nos tem – e os efeitos da distância dos locais onde os profissionais atuam determinam mais monólogos justapostos do que diálogos. Justifica-se, assim, a interdisciplinaridade entre a clínica ser soberana e a imagem cardiovascular ser soberana que, ultimamente, ocorre na formação de times para tomadas de decisões mais complexas.

Reforço estas considerações com a lembrança do Art. 1º do Código de Ética Médica vigente: “É vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida”. Entendo que o imagenologista atua contemplando a perícia na captação e na interpretação da imagem, e corre mais risco com a prudência e com o zelo. Neste último aspecto, exemplo é o zelo na comunicação imediata ao cardiologista solicitante do resultado do exame em caso da verificação de uma situação que requeira providências imediatas. Quanto à prudência, cada profissional da imagem deve definir para si próprio não

somente o quanto deve responder a eventuais perguntas do paciente ansioso sobre o resultado do exame, como também sua atitude em relação aos conteúdos dos esclarecimentos que sustentam o consentimento pelo paciente.

O consentimento do paciente para a realização do exame de imagem cardiovascular deve ser obtido pelo médico solicitante – vale dizer, ele precisa esclarecer convenientemente os objetivos, as vantagens e o risco de adversidades, por exemplo, sobre uso de contraste radiográfico. O imagenologista tem que verificar, antes de proceder ao exame, se os esclarecimentos foram de fato feitos (Art. 22. do Código de Ética Médica vigente: “É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”). Acresce que nem sempre a data do pedido é recente e muita coisa pode ter mudado no quadro clínico e laboratorial. É complexa a definição que exame marcado é exame a ser realizado sem observância do princípio da não maleficência.

Aspecto delicado sob o ponto de vista ético é sobre a eventual discordância do imagenologista sobre a indicação do exame solicitado. Uma consideração de evitar um dano, ou um risco desnecessário para o paciente, conflita, habitualmente, com o Direito II do médico no Código de Ética

Médica vigente: “É direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente”. Cada caso deve ser judiciosamente apreciado pelo imagenologista, em nome da responsabilidade com a prudência.

Um ramo desta sutileza ética é a chamada Medicina Defensiva, na qual exames de imagem são solicitados tão somente para documentar algo já bem assegurado clinicamente. Como se eles fossem um atestado de qualidade diagnóstica, na premissa enviesada que laudos são mais valiosos do que a anotação própria no prontuário do paciente, em um tribunal em caso de eventual alegação futura de negligência médica. Cai no campo da alocação de recursos – sempre finitos – no qual a Bioética da beira do leito adverte sobre as inconveniências do desperdício.

Imagens cardiovasculares atuais são sofisticadas, e altamente informativas e decisivas. Elas sustentam muitos benefícios da excelência assistencial, mas a legitimidade da incontestada soberania da imagem cardiovascular não pode prescindir da tradição da soberania da clínica e nem da conquista social do consentimento pelo paciente. A sabedoria de William Bart Osler (1849-1919) continua aplicável (e como!): “Nunca se esqueçam de que seu paciente não é uma pneumonia, mas um ser humano pneumônico”.