

## Até Quando...? Possibilidades, Limites, Critérios

*How long...? Possibilities, Limits, Criteria*

Max Grinberg

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas - FMUSP, São Paulo, SP

FN, febre reumática aos 11 anos de idade, sopra no coração aos 17 anos e insuficiência aórtica grave aos 30 anos. Medicamentos e exames “para saber se tinha que operar”. Até quando...? FN perguntava, resposta imprecisa. Sintomas responderam: Agora! Bioprótese implantada, até quando...? Mesma pergunta, mesma resposta, o longo prazo não tem data marcada, tem previsões. Tudo por custo de uma doença que atingirá o brasileiro até quando...?

O caso de FN é o mundo real, passado, presente e futuro do portador de lesão valvar grave, eventos previsíveis pela Cardiologia, imprevisíveis para o cardiologista responder, até quando...? Febre reumática é flecha disparada, bioprótese também, elas seguem uma direção fiel a uma predeterminação, entrevê-se onde poderá chegar e provocar, atenta-se para a trajetória e confere-se o destino.

Aprender sobre os efeitos do tempo é lição atributiva da beira do leito, ser cardiologista inclui bem usar o até quando...?; o efator médico e o fator tempo precisam ser familiares, como na mitologia grega, onde Quíron, o centauro que tinha o dom de curar, era filho de Crono, o tempo personificado.

Tempo para observar, tempo para medicar, tempo para operar, é a sucessão do acompanhamento da história natural da valvopatia. Até quando... dura cada etapa? Até quando... aguarda-se pela hora de desviar a flecha? Incógnitas é que não faltam nesse percurso.

Qualquer suposto do cardiologista ter precisão num determinado até quando...? deve respeito a interpretações de prós e contras.

FN foi informado que estava passageiro de uma evolução natural e que cada etapa tinha o seu risco-benefício para eventual intervenção; FN passou por pedágios, em cada um deles, testemunhou o seu cardiologista cobrar de si próprio uma harmonização de autonomia, beneficência e não maleficência. FN intuiu que a resposta ao até quando...? seria dada pelos efeitos de queixas e exames sobre conceitos do seu médico. FN compreendeu que receberia uma opinião do seu cardiologista e não da Cardiologia dele.

A consciência clínica do cardiologista desenvolve-se na luta constante contra limites, os da propedêutica e os da terapêutica. Os elos cardiologistas se engatam, a corrente

Cardiologia fica forte, composta tanto pelos notórios, que viram bustos, quanto pelos que carregam o piano, não menos exemplos e dignos de reconhecimento.

Boas idéias, raciocínios bem fundamentados, intenções defensáveis, resultados animadores de pesquisas surgem a toda hora; infelizmente, certas vantagens que presumem expansão das fronteiras esbarram na imprevisibilidade de reações biológicas e, porque não, em conflitos de interesse<sup>1</sup>. Não é por outra razão que o prognóstico sobre qualquer aspecto que envolva valvopatia merece ser referido com prudência, analisado o risco de se pronunciar cada palavra, decidindo-se pela que supõe maior fidelidade à opinião do cardiologista sobre o futuro.

A cada comunicação, renova-se a visão das coisas da válvula como ciência das probabilidades e arte das incertezas. Plástica valvar, certeza, ou alta probabilidade? Prótese metálica definitiva? Ir adiando é economizar uma re-operação? Diâmetros ventriculares são decisórios? Agir pelos sinais ou reagir pelos sintomas? Fármacos desaceleram utilmente a remodelação ventricular?

A construção do conhecimento e o desenvolvimento da capacitação em Cardiologia trazem excitação criativa para o cardiologista no campo das lesões valvares; a sensação é muito benéfica por interagir onde predomina monotonia de manifestação clínica, onde pouco variam os diagnósticos nosológicos e etiopatogênicos, onde novas associações são bissextas, mas onde há inúmeras questões não resolvidas. É missão das novas gerações de cardiologistas enriquecer a herança e dever da Cardiologia evitar o ditado avô pobre, pai rico, filho pobre, um até quando... nem tanto quanto a conhecimentos, mas quanto a atitudes.

Um desafio à Cardiologia no âmbito do até quando... é dispor de um marcador seguro de iminência de aparecimento ou agravamento de sintomas da valvopatia. Neste sentido, valores morfológicos já frustraram<sup>2</sup> e apreciações bioquímicas têm renovado esperanças<sup>3</sup>. Até quando...?

No cerne dessas considerações fica a inquietação do dia-a-dia do cardiologista, instado a praticar a harmonia entre o que a Cardiologia dispõe para aplicar e o que ele deve selecionar diante daquela circunstância, sabendo da ausência de muitas idealidades presumidas.

### Palavras-chave

Febre reumática, bioprótese, valvopatia.

Correspondência: Max Grinberg •

InCor - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 - 05403-000 - São Paulo, SP

E-mail: grinberg@incor.usp.br

Artigo recebido em 23/01/06; revisado recebido em 12/4/06; aceito em 24/4/06.

## Ponto de Vista

Assimetrias é que não faltam em condutas, e, em vista disso, os cardiologistas habituaram-se a depositar conhecimentos no banco de dados da Cardiologia para dele sacarem pacotes organizados, em nome da qualidade na especialidade. Há como que uma solidariedade no recomendado e no desestimulado, o que é aconselhável fazer e o que seria ineficaz fazer. Serviços adotam especificações para o cuidar dos valvopatas mais ou menos “em comum”, mas variações se fazem necessárias, até por adaptação a diferenças culturais. Em grandes centros, poucos quilômetros distanciam diversificações de atitude diante da mesma situação clínica; numa mesa de congresso, bastam poucos centímetros... Aqui, porém, não cabe *até quando...?*, pois a pluralidade de visão dos cardiologistas é combustível turbinado para o progresso da Cardiologia.

A especialização já foi considerada uma afronta à unidade essencial da Medicina, um erro de juízo sobre os princípios da prática médica. Alguns se preocuparam com o *até quando...?* e contribuíram para superar esse conceito; na transição das décadas 1920 e 1930, os “especializados no coração” deixaram de ser simples consultores e se tornaram os clínicos de fato responsáveis pelo cardiopata<sup>4</sup>; a consolidação veio em 1940, quando The American Board of Internal Medicine reconheceu a doença cardiovascular como uma das quatro subespecialidades autorizadas, ao lado de alergia, gastroenterologia e pneumologia. A American Heart Association, a única sociedade da já especialidade, deu início ao papel aglutinador da Cardiologia ao ficar responsável pelas avaliações para concessão do título de especialista.

Atualmente, a pessoa jurídica da Cardiologia, sexagenária, e a pessoa física do cardiologista, os tanto e não tanto idosos, solidarizam-se nas decisões, compartilham responsabilidades e comunicam-se segundo certos processos, como o *trial-guidelines education*<sup>1</sup>. Essa é uma amadurecida maneira científica de deslocar a imaginação da beira do leito para o laboratório e recuperá-la dentro dos limites da trindade técnica&ética&legal.

Há muitas sementes a serem fomentadas no amplo e fértil terreno da valvopatia, recordemos que a doença reumática é de interesse brasileiro – *até quando...?*, e que a média etária crescente de nossa população eleva o porcentual da etiopatogenia valvar degenerativa, tendendo a aproximações globais.

Pela maturidade da especialidade compactada numa coleção de conhecimentos repercutida com legitimidade e atualidade, o cardiologista conta com a postura a *Cardiologia recomenda* e faz-se agente, adesão que a super-simplifica, embora com o risco do reducionismo, reduz-lhe a tarefa de garimpar na literatura, evita se afastar da maioria; ela está inserida no valor da Cardiologia como amálgama associativo dos cardiologistas. Ao mesmo tempo, pela flexibilidade, ele conta com a postura *o cardiologista adapta*, expressão de autenticidade da prática, como ele está vendo e sentindo a situação clínica.

O caso FN permite algumas reflexões nessa busca incessante pelo método mais ajustado aos objetivos de médico e paciente.

## Passado

Se o passado reumático é onde o *até quando...?* começou, no caso de FN, ele nos remete a Thomas Duckett Jones (1899-1954), com a sua visão de vanguarda em termos de organização de guia para o cardiologista usar à beira do leito.

Os critérios de Jones surgiram na década de 1940, em atendimento à solicitação do Subcommittee on Cardiovascular Diseases of the National Research Council, interessado em contribuir com as Forças Armadas americanas, preocupadas com surtos reumáticos em quartéis, durante a Segunda Grande Guerra Mundial. À época, as bases para o diagnóstico de surto reumático eram muito liberais, cada observador aplicava um critério sob enormes divergências; fazia-se necessária maior especificidade.

Os critérios, Jones os elaborou, essencialmente, com base na própria experiência – ele dirigiu uma enfermaria de portadores de febre reumática no House of Good Samaritan<sup>4</sup>, sob coordenação de Paul Dudley White (1886-1973) do Massachusetts General Hospital, Boston. Destaque-se que no período de 1921 a 1931, a sua casuística completou mil pacientes consecutivos (dois casos novos por semana), com média etária de oito anos e 70% de sexo feminino<sup>5</sup>. Curiosamente, houve contemporaneidade entre início da apreciação diagnóstica da febre reumática por Jones e a efetivação dos critérios (1921-1944) e a descoberta por acaso de Alexander Fleming (1881-1955) e a disponibilidade comercial da preventiva penicilina (1928-1945).

Elogiável ponto de analogia dessa contribuição de único cardiologista com a pluralidade atual de autoria de diretrizes, é o fato de Jones, ao juntar inespecificidades, ter sentido a necessidade de classificar o que julgava de maior ou menor valor<sup>6</sup>; Jones, assim, recomendou combinações diagnósticas, uma forte intuição quanto à utilidade de níveis de evidência.

Pedagógico ponto de reflexão sobre o conceito que criatividade não exige compromissos com a verdade absoluta, é o fato de os critérios originais conterem imperfeições, eles não serviriam hoje. Eles representaram passo primeiro para que pudesse haver os critérios modificados e revisados, anos depois, em razão do compartilhamento de observações e opiniões; os vigentes são a atualização de 1992, sob os auspícios da *American Heart Association*. Quatro versões, única pergunta obrigatória a cada lançamento: *até quando...?* permaneceriam imutáveis. Em outras palavras, a iniciativa de alto valor histórico ficou consagrada, na esteira de eliminação de dor abdominal e epístaxe como critério menor, criação de diferença entre artrite e artralgia e ascensão da categorização de eritema marginatum. Consequência da reprodutibilidade essencial a qualquer compromisso com qualidade.

Os critérios de Jones atualizados associam-se a especificidade maior do que sensibilidade; diagnósticos falso (-) costumam acontecer em sintonia com endocardite infecciosa falsa (+), apesar da modificação dos critérios originais da *Duke University* com maior valorização da hemocultura e da ecocardiografia transesofágica. É estimulante perceber que o *até quando...?* dos critérios de Von Reyn e cols. durou treze anos e que a modificação atual dos da *Duke University* surgiu menos da

metade desse período de tempo<sup>7-9</sup>. Os aperfeiçoamentos costumam ser mais velozes do que a criação de novidades.

## Presente

O acompanhamento da história natural das valvopatias provoca ao cardiologista vivenciar ambigüidades e decidir-se por um sentido, vai-se a flecha, fica o arco, afinal conforme o segundo artigo do Código de Ética Médica brasileiro, dele precisamos para conseguir atingir o alvo saúde do ser humano.

Num determinado momento do caso FN, houve necessidade de o cardiologista identificar a ocasião para ampliar a conduta tão-somente preventiva quanto à doença reumática e à endocardite infecciosa, pelo acréscimo de maior influência da Cardiologia sobre as conseqüências da sobrecarga volumétrica associada à insuficiência aórtica crônica.

Essa decisão terapêutica ocorre, habitualmente, no decorrer da classe funcional II, uma mesma denominação utilizada para qualificar distintas combinações anatomoclínicas.

O cardiologista que acompanha portadores de valvopatia aprende que essa classe funcional tem uma fragmentação clínica. Ele se vê diante de um pólo inicial, que chamaríamos de estágio pós-I da classe funcional II, habitualmente sem necessidade terapêutica, que progride para um pólo final – estágio pré-III da classe funcional II –, que requer distinta atenção diagnóstica e terapêutica. A iminência de classe III é uma real transição, tão clara quanto ao favorecimento de preparo psicossocial para o ato operatório e tão nebulosa quanto ao seu reconhecimento. A recente proposição à Cardiologia do índice e score VMCP<sup>10</sup> visa facilitar o rastreamento pelo cardiologista da evolução anatomoclínica do portador de cardiopatia.

É no estágio pré-III da classe funcional II do portador de valvopatia que o significado do ato terapêutico admite formas distintas. Uma intervenção correta sob o nível técnico poderá ser admitida eticamente incorreta em razão de discordância quanto ao “*timing*”. A tecnicamente incorreta, todavia, soar sempre antiética.

Em meio a uma Cardiologia ambivalente em concordâncias e discordâncias, o cardiologista deve manter a história natural até quando...? essa composição de advérbios é expressão de síntese das dúvidas quanto à harmonia entre beneficência e não maleficência. Há precoce, há no tempo certo e há tardio, mas quem os enxerga pode estar com os olhos na ocular ou na objetiva do binóculo, e se sabe que olho clínico prescinde desse instrumento.

Há a escola de pensamento que não aceita intervenções independentes do objetivo de restabelecer qualidade de vida altamente prejudicada e, dessa maneira, não aceita desencadear uma história pós-operatória da valvopatia durante a classe funcional II (“*indicação precoce*”); nesse aspecto, possibilidades e limites restringem a imaginação sobre o que representaria uma lesão valvar importante corrigida, idéia sempre teleologicamente vantajosa, não fora alvo de bombardeios fundamentados em realidades vivenciadas à beira do leito. Para essa linha de pensamento,

a morbidade e mortalidade trans- e pós-operatória sob risco de acontecer *versus* o potencial de benefício sobre a qualidade da vida favorece a reflexão que é preferível manter o paciente assintomático e função ventricular esquerda normal com a valva nativa, embora gravemente lesada. Em outras palavras, haveria suficiente proveito das ordenações naturais acontecidas a justificar atitude conservadora. Adotamos essa linha de pensamento, que nos parece melhor permitir o equilíbrio da beneficência/não maleficência e melhor contribuir para a equidade na alocação de recursos.

Para que se entenda que valva gravemente lesada seria melhor do que prótese, é preciso voltar no tempo, rever a história dos substitutos valvares, ou usar o artifício das curvas atuariais; o sentido da parcimônia advirá, com alta probabilidade. É exatamente nesse contexto de refreamento à substituição valvar que se fundamentam propostas como a cirurgia de Ross<sup>11</sup>, uma proposta de conciliar eliminação da valva lesada e redução de risco pela prótese que a substitui. Ela exemplifica a frustração com boas idéias, há mais de 35 anos, ela nem se tornou rotina, nem foi superada, os óbices da prática falaram mais alto.

Há a escola que privilegia os aspectos mais objetivos da valvopatia, como diâmetros e grau da lesão morfológica e, assim, valendo-se de linhas de corte determinadas por apreciações estatísticas sobre prognóstico, não descarta intervenções durante essa classe funcional II. Ponto de entusiasmo dessa tendência de antecipação da história pós-operatória é a elevação do porcentual de uso de técnica conservadora de valva, especialmente no portador de lesão mitral<sup>12</sup>.

As diretrizes vigentes dão uma idéia panorâmica sobre a adoção pela Cardiologia das duas linhas de pensamento dos cardiologistas sobre o até quando...?, ou seja, qual o entendimento predominante sobre o que seria pró-beneficência/não-maleficência quanto aos limites entre tratamento clínico e cirúrgico, muito embora, na aplicação, há que adicionar a subjetividade do paciente.

FN teve a resposta ao até quando...? ao perceber limitação física à sua rotina de atividades, passando a classe funcional III. A resposta Agora! enquadrou-se na orientação classe I do *Guideline AHA/ACC* vigorante, que foi publicado já se faz seis anos<sup>13</sup>; saliente-se que apesar da quantidade de trabalhos disponibilizados na literatura desde então, a Diretriz de Cirurgia nas Valvopatias recém-editada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia pouco teve a atualizar<sup>14</sup>.

Graças à adesão às consultas que permitiu o pronto reconhecimento da mudança do perfil clínico de sua valvopatia, FN não teve que passar por um outro até quando...?. Trata-se daquele que expressa a mais alta apreensão pelo risco operatório e prognóstico pós-operatório em virtude de se estadiar como fase muito avançada da história natural da valvopatia. Até quando... não contra-indicar uma operação tradicional ou não optar por transplante cardíaco é beneficência/não maleficência instigante.

## Futuro

Dogmas em Cardiologia? Uma visão histórica fortemente

## Ponto de Vista

os desaconselha. Recordem-se as palavras de Carey Coombs, em 1924: “todas as doenças adquiridas da valva mitral e também as cardiomegalias sem explicação em crianças, são reumáticas, porque nenhuma outra teoria alternativa sobre etiologia acha-se disponível...”. Passaram-se 55 anos até C. Ward escrever: “Não é possível provar a natureza reumática em grande número de valvopatias isoladas; há evidências de que mais de um agente etiológico seja responsável pela chamada valvopatia reumática clássica...”<sup>15</sup>.

Modismos existem, regionalismos também, bem como dissociações entre matemática e biologia, representadas por discordâncias entre comportamento estatístico e prática da beira do leito. Veracidade não é um dever absoluto, o cardiologista não está sujeito a fazer recomendações perfeitas e uniformes por nenhuma lei da Cardiologia.

Novas informações, conclusões de pesquisa, dão novas nuances, questionam “verdades”, resgatam opiniões em desuso; acasos determinam aperfeiçoamentos, equívocos falso (+) ou falso (-) são desfeitos. Acreditar completamente e duvidar ao mesmo tempo não é uma contradição, pelo contrário, é, qual escoteiro, estar sempre alerta, pois toda tese tem uma antítese. Quem ousaria discordar que a Medicina é um conjunto de verdades provisórias, oscilando entre sempre e nunca?

FN houve-se bem com a estratégia empregada pelo seu cardiologista; ele recuperou a boa qualidade de vida com grau expressivo de remodelação ventricular reversa; os acontecimentos deram-se segundo o que pretendem os preceitos da beneficência/não maleficência /autonomia<sup>16</sup>, em outras palavras, o bom resultado representa validação da estratégia.

A decisão de mudar a história da valvopatia de natural para pós-operatória obedeceu a argumentos então vigentes; para FN, a flecha da Cardiologia foi disparada e o atingiu com as

melhores razões do momento; não mais importa se, daqui para a frente, possa a Cardiologia modificar o retesamento do arco em razão de eventuais novos conceitos sobre substituição de valva aórtica insuficiente.

FN está agora prisioneiro do comportamento de uma bioprótese e assim alvo de mudanças de opinião sobre futuro da mesma. O que foi discutido à época da operação e que até pode ter tido influência argumentadora na aceitação pode vir a ser alterado, sem aviso prévio para FN. Essa reflexão reforça que, em matéria de substituição valvar, as realidades da classe funcional III do momento clínico devem falar mais alto do que certas potencialidades presumidas durante a classe funcional II. Ter que passar pelos riscos em médio e longo prazos quanto à bioprótese tem que ter um sentido, tem que ser justificado pela premência dos benefícios.

A história pós-operatória de FN é um *continuum* da história natural, o que mudou foi, essencialmente, a hemodinâmica por uma valva lesada para a de uma bioprótese provisória. Daí persistirem muitas incógnitas para que possa haver uma precisa resposta a *até quando...*?

Num clima de cumplicidade de obrigações, as inerentes à Cardiologia e as devidas pelo respeito do cardiologista à individualidade de FN, adivinhações qual “bola de cristal da experiência” são arriscadas, ilusões não se admitem, argumentos da medicina baseada em evidências podem não se aplicar. O pós-operatório de um implante valvular é terreno escorregadio, e, como tal, não está fora de propósito escorregões do paciente e do médico. Para o caminhar solidário, cabe ao cardiologista técnico não descuidar da humanização da Cardiologia. Assim, a resposta ao *até quando...*? obedecerá a critério maior, nível de evidência classe I!

## Referências

1. Fye WB. The power of clinical trials and guidelines, and the challenge of conflicts of interest. *J Am Coll Cardiol*. 2003; 41: 1237-42.
2. Bonow RO, Lakatos E, Maron BJ, et al. Serial long-term assessment of the natural history of asymptomatic patients with chronic aortic regurgitation and normal left ventricular systolic function. *Circulation*. 1991; 84: 1625-35.
3. Spina GS. Níveis de citocinas próinflamatórias e seus antagonistas em pacientes com insuficiência aórtica crônica importante/. São Paulo, 2004. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
4. Grinberg M. Epônimos em Cardiologia. Homenagem e exemplo. São Paulo: Livraria Roca; 1999.
5. Bland EF, Jones TD. Rheumatic fever and rheumatic heart disease. A twenty year report on 1000 patients followed since childhood. *Circulation*. 1951; 4: 836-43.
6. Jones TD. The diagnosis of rheumatic fever. *JAMA*. 1944; 126: 481-4.
7. Von Reyn CP, Levy BS, Arbeit KD, et al. Infective endocarditis: an analysis based on strict case definitions. *Ann Intern Med*. 1981; 91: 505-18.
8. Durack DT, Lukes AS, Bright DK. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. *Duke Endocarditis Service. Am J Med*. 1994; 96: 200-9.
9. Li JS, Sexton DJ, Mick N, et al. Proposed modifications to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. *Clin Infect Dis*. 2000; 30: 633-8.
10. Grinberg M, Spina GS. Índice Valvar & Escore Valvar: Uma nova forma de comunicação do continuum da história natural da valvopatia. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 84(2): 101.
11. Ross DN. Replacement of aortic and mitral valves with a pulmonary autograft. *Lancet*. 1967; 2: 956-8.
12. Pomerantzeff PM, Brandão CM, Rossi EG, et al. Mitral valve repair. Quadrangular resection of the posterior leaflet in patients with myxomatous degeneration. *Arq Bras Cardiol*. 1999; 73: 273-80.
13. Bonow RO, Carabello B, de Leon Jr AC, et al. Guidelines for the management of patients with valvular heart disease: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Patients with Valvular Heart Disease). *Circulation*. 1998; 98: 1949-84.
14. Pomerantzeff PM, Barbosa GV, Sousa Filho BS, et al. Diretrizes de cirurgia nas valvopatias. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 82(Suppl 5): 22-33.
15. Ward C. A reappraisal of the clinical features in acute and chronic rheumatic heart disease: etiological implications. *Am Heart J*. 1979; 98: 298-305.
16. Grinberg M, Cohen C. Falando com o coração: auscultando a bioética. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2002; 6: 805-20.