

A Densidade de Saberes Disciplinares Motivada pela História Natural de Valvopatias

The Density of Disciplinary Knowledge Motivated by the Natural History of Valvular Heart Diseases

Max Grinberg e Tarso Augusto Duenhas Accorsi

Instituto do Coração - InCor, São Paulo, SP - Brasil

Cuidados terciários geram especialistas.

Especialistas nutrem-se de cuidados terciários. O “multiconsultismo” não deve fragmentar a figura do médico na condução do caso.

Morgenstern L. Will, The real doctor please standup?

Três em cada 04 recomendações para cuidar de portadores de valvopatia sustentam-se em nível C de evidência¹. É realidade que destaca o valor da experiência de fato vivenciada à beira do leito na composição da experiência coletivizada na literatura.

Passar pelas situações clínicas do “seu paciente”, sendo o “cardiologista dele”, apoiado por conhecimento próprio e de colegas (presentes ou com presença por publicação), versados em saberes disciplinares, aprofundados em detalhamentos, multiplica-se em segurança para a relação médico-paciente. O papel central educativo da beira do leito é o *feedback* assistencial que possibilita reconhecer o que é essencial numa mescla de saberes para se construir uma firme identidade profissional (crer e poder) resolutiva para as necessidades do paciente com deficiências em valva cardíaca².

A Cardiologia do Brasil harmoniza-se, com ajustes, à memória universal sobre doença valvar. Em relação aos países que lideram a globalização de diretrizes, o estetoscópio brasileiro capta um maior número de repetições de ruídos cardíacos e diversidades de valvopatia. Os vários serviços brasileiros funcionam como reservatórios de uma infinita potencialidade de casos clínicos e centros de referência (alta vivência) em doença valvar que dão suporte pedagógico de excelência³.

Perspectivas de atualização da diretriz brasileira⁴ esbarram, especificamente, em óbices financeiros e, no geral, numa corrente minimização de adoção que acontece com

diretrizes nacionais, frente à alta credibilidade das sociedades americanas e europeias de cardiologia.

A frequência da etiopatogenia reumática - que traz peculiaridades ao atendimento de brasileiros - deve manter-se nos próximos anos⁵. O aumento da expectativa de vida no Brasil projeta aumento da lesão valvar dos idosos. Da adição, no curto prazo, advém a perspectiva de crescimento do número de portadores de valvopatia incluído numa população de quase 200 milhões de habitantes e distribuído, com heterogeneidade socioeconômica, pela imensidão dos 8 milhões e 500 mil km² de abrangência do Sistema Único de Saúde⁶.

Essa renovada continuidade de expressão qualitativa e quantitativa das doenças das valvas do coração é razão suficiente para sobressair um decorrente planejamento na formação do jovem cardiologista brasileiro⁷. Os programas de pós-graduação precisam estar estruturados para o desenvolvimento de *expertise* de clínica valvar que sustente boas práticas a uma longa continuidade etária, que vai desde crianças e adolescentes até nonagenários.

A excelência das estratégias úteis e eficazes para o portador de doença valvar constrói-se pela agregação de múltiplos saberes disciplinares. Há o essencial da formação profissional, onde o paciente com valvopatia é quem se apresenta com a mais pedagógica propedêutica física do coração. Há as complexidades que exigem ampla abertura das fronteiras da fragmentação disciplinar - associada à hiperespecialização -, criadas pela avalanche da massa de inovações científicas e tecnológicas. Métodos e normas utilizados na especificidade de cada disciplina precisam “dialogar” à beira do leito do portador de doença valvar, e da intertextualidade resultar a aplicação da melhor equação entre beneficência clínica e segurança para o paciente. O cardiologista em formação tem que obter a capacitação para, uma vez instado a interagir na história natural das valvopatias, desempenhar-se como moderador da interlocução das disciplinas, quer para a aplicação direta, quer para a habilitação à análise crítica à atuação de outros, de modo individual ou em equipe.

A intimidade do endocárdio com o sangue circulante é o fundamento das mútuas influências hemodinâmicas e estruturais observadas à beira do leito do portador de valvopatia. Por um lado, a lesão morfológica valvar causa inatas adaptações por hipertrofia concêntrica ou excêntrica do miocárdio, por outro, o impacto da modificação estrutural sobre a física da circulação do sangue provoca trombos, ou, ainda, bactérias invadem o sangue e acrescentam danos ao endocárdio⁸.

A composição de disciplinas exigidas é numerosa. Por exemplo, a condução de uma decisão terapêutica sobre uma

Palavras-chave

Doença das valvas cardíacas/história, serviços de saúde/tendências, cardiologia/educação.

Correspondência: Max Grinberg •

Rua Manoel Antonio Pinto, 04/21A - Paraisópolis - 05663-020 - São Paulo, SP - Brasil

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

Artigo recebido em 13/08/10; revisado recebido em 29/09/10; aceito em 18/10/10.

valvopatia que causa insuficiência cardíaca grave associada à ocorrência recente de acidente vascular cerebral em paciente sob anticoagulação envolve forte pluralidade composta por cardiologia, cirurgia cardíaca, anestesiologia, neurologia, hematologia e imagenologia.

Destacamos 10 componentes disciplinares:

1. *Hematologia* - A prevenção de tromboembolismo é o racional para o interesse do cardiologista em adquirir familiaridade com anticoagulação. A grandeza em clínica de valvopatia, formada especialmente pela ocorrência de fibrilação atrial e/ou presença de prótese metálica, expressa-se pela prescrição de varfarina em cerca de 50% das receitas emitidas no ambulatório da Unidade Clínica de Valvopatias do InCor, representando consumo de 400 mil comprimidos de 5 mg/ano e realização de 250 mil análises de INR. O cardiologista precisa estar capacitado a: a) iniciar, orientar sobre interações medicamentosas e alimentares e dar sequência a ajustes para o controle dos níveis de anticoagulação; b) conduzir ponte varfarina-heparina-varfarina periprocedimento; c) reconhecer precocemente e manejar complicações da anticoagulação, tendo em vista que 7,6 a cada 100 pacientes/ano apresentam sangramentos quando anticoagulados, sendo 14% grandes sangramentos e, em até 0,04% destes pacientes, o sangramento é fatal⁹.
2. *Cirurgia cardíaca* - O mau prognóstico da história natural de valvopatias desencadeou o nascimento e o desenvolvimento da cirurgia cardíaca. O cardiologista tem que adquirir *expertise* na indicação do melhor momento para fazer cessar o curso da remodelação cardíaca adaptativa às anormalidades hemodinâmicas e proporcionar uma história pós-operatória benéfica para a qualidade de vida do paciente e/ou da função miocárdica. Como não existe iatrogenia-zero, o cardiologista precisa conhecer a face etiopatogênica do tratamento cirúrgico, manifesta em complicações imediatas e mediatas de naturezas essencialmente hemodinâmicas e infecciosas. A mortalidade da cirurgia cardíaca valvar varia de 1,7 até 10,1% na literatura, podendo ser maior em presença de maior número de comorbidades¹⁰.
3. *Pediatria* - A atividade reumática é manifestação do jovem que nasce com predisposição genética para uma reação imunitária autoagressiva ao *Streptococcus pyogenes*. As peculiaridades do manejo clínico de crianças/adolescentes, incluindo diagnóstico diferencial de cardite e/ou artrite, doses de fármacos, como penicilina e corticosteróides, e interação com o responsável legal devem ser conhecidas pelo cardiologista instado a acompanhar o portador de valvopatia reumática na infância/juventude¹¹.
4. *Infectologia* - O portador de valvopatia está sob risco permanente de sofrer uma infecção no local da alteração morfológica valvar. A formação do cardiologista necessita prover competência para se envolver no diagnóstico diferencial da manifestação de febre em presença de valvopatia, para suspeitar de agentes infecciosos que provocam hemocultura negativa, e podem ser reconhecidos por sorologia, e para se conduzir perante variadas respostas clínicas do paciente à antibioticoterapia¹².
5. *Neurologia* - O encéfalo pode ser órgão de choque irmanado ao coração durante atividade reumática, sendo a coreia de Sydenham (*Thomas Sydenham -1624-1689*) um dos 05 critérios maiores de Jones (*Thomas Duckett Jones-1899-1954*). A embolia cerebral, conseqüente ao comprometimento do endocárdio valvar ou parietal, sanguínea ou por vegetação, constitui intercorrência de valvopatia ou de endocardite infecciosa que costuma agravar expressivamente o quadro clínico e trazer sequelas e agravamentos de prognóstico¹.
6. *Odontologia* - A gengiva e o alvéolo dentário são portas de entrada tradicionais para a etiologia pelo grupo *viridans* da endocardite estreptocócica¹³. Cabe ao cardiologista contribuir para consentizar o portador de valvopatia sobre a conveniência da prevenção primária e secundária da saúde bucal. Pela frequência com que ocorre a concomitância de anticoagulação e de exodontia/endodontia no portador de valvopatia, a formação do cardiologista deve incluir o conhecimento da combinação de técnicas que permitam conciliar a necessidade de intervenção dental com a qualidade da prevenção de tromboembolismo¹⁴.
7. *Imagenologia* - Alteração morfológica de valvas, aposição de trombo e vegetação, medidas da remodelação e função cardíacas são complementos úteis para a tomada de decisão em clínica de valvopatia. Faz parte da formação do cardiologista adquirir vivência na análise crítica da imagem frente aos dados clínicos, de modo a atribuir hierarquia de valor clínico e capacitar-se para resolver situações de dissociação entre clínica e imagem. A ecocardiografia, ao permitir a visão anatômica e a análise funcional, tem sido um apoio valioso - pedagógico e clínico - para a consolidação de um raciocínio clínico baseado no maior número de evidências recolhidas do próprio paciente.
8. *Obstetrícia* - A idade fértil é motivo de atenção peculiar pelo cardiologista que cuida de portadora de valvopatia. Planejamento familiar e cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal requerem análises de prognóstico e decisões terapêuticas de risco materno-fetal^{1,10}.
9. *Gastroenterologia* - Proteção gástrica por meio de omeprazol faz parte de 42% das receitas emitidas no ambulatório de Cardiopatias Valvares do InCor. Ademais, a identificação de *Streptococcus bovis* traz alta probabilidade da presença de um tumor intestinal (benigno ou maligno) assintomático¹².
10. *Multiprofissional* - O cardiologista precisa ter noção sobre o valor adjuvante de saberes da Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição e Serviço Social para a efetividade da condução do caso de doença valvar. A beira do leito é o local onde a reunião do conhecimento multiprofissional provoca o eficiente impacto pedagógico da interação entre a ciência e o caráter humano da sua aplicação na formação do cardiologista¹⁵⁻¹⁷.

O paciente com doença valvar reúne um conjunto de necessidades e influências clínicas sobre a qualidade de vida ao longo de crônica história natural e alta chance de vivência de história pós-operatória. Nesse contexto interdisciplinar, a formação do cardiologista não pode dispensar contatos com o racional histórico que levou à constituição de funções especiais de orientação e fiscalização de fundamentos éticos do exercício da Medicina, desempenhadas por comitês de profissionais no ambiente hospitalar. Destacam-se a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, a Comissão de Farmacologia, a Comissão de Análise de Prontuários, a Comissão de Análise de Óbitos, a Comissão de Ética Médica e a Comissão de Bioética.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Referências

1. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, Leon Jr AC, Faxon DP, Freed MD, et al. ACC/AHA 2006 Guidelines for the management of patients with valvular heart disease. *J Am Coll Cardiol*. 2006;3(3):e1-148.
2. Grinberg M. O cardiologista brasileiro em formação: diretoria e liberdade. *Arq Bras Cardiol*. 2009;92(1):e4-e5.
3. Souza MFM, Rocha FMM, Malta DC, Morais Neto OLM, Silva Jr JB. Epidemiologia das doenças do aparelho circulatório no Brasil: uma análise da tendência de mortalidade. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2006;16(1):48-62.
4. Pomerantzeff PM, Barbosa GV / Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes de cirurgia nas valvopatias. *Arq Bras Cardiol*. 2004;82(supl.5):22-33.
5. Silva MO, Bertolami V, Finatti AAC, Jatene AD. Estudo da prevalência da febre reumática. *Rev Saúde Publ*. 1979;13(1):1-6.
6. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2009.
7. Grinberg M, Accorsi TAD. Residente formado no instituto da vontade - os requisitos desejo, movimento e superação. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(2):42-4.
8. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation*. 2007;116(15):1736-54.
9. Palareti G, Leali N, Coccheri S, Poggi M, Manotti C, D'Angelo A, et al. Bleeding complications of oral anticoagulant treatment: an inception-cohort, prospective collaborative study (ISCOAT). *Lancet*. 1996;348(9025):423-8.
10. Vahanian A, Baumgartner H, Bax J, Butchart E, Dion R, Filippatos G, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease: the Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2007;28(2):230-68.
11. Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, Gewitz M, Rowley AH, Shulman ST, et al. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute Streptococcal pharyngitis: a scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Academy of Pediatrics. *Circulation*. 2009;119(11):1541-51.
12. Bayer AS, Bolger AF, Taubert KA, Wilson W, Steckelberg J, Karchmer AW, et al. Diagnosis and management of infective endocarditis and its complications. *Circulation*. 1998;98(25):2936-48.
13. Mansur AJ, Dal Bo CM, Fukushima JT, Issa VS, Grinberg M, Pomerantzeff PM. Relapses, recurrences, valve replacements, and mortality during the long-term follow-up after infective endocarditis. *Am Heart J*. 2001;141(1):78-86.
14. Neves ILI, Neves RS. Interação com a odontologia. In: Grinberg M, Sampaio RO (eds). Doença valvar. Barueri: Manole; 2007. p. 390-9.
15. Matte AC, Cardoso E. Aspectos nutricionais do valvopata. In: Grinberg M, Sampaio RO (eds). Doença valvar. Barueri: Manole; 2007. p. 400-5.
16. Romano BW. Valvopatias e suas implicações psicológicas. In: Grinberg M, Sampaio RO (eds). Doença valvar. Barueri: Manole; 2007. p. 406-13.
17. Matsumoto ME, Franco SS, Feltrin MIZ. Fisioterapia em pré e pós-operatório de cirurgia valvar. In: Grinberg M, Sampaio RO (eds). Doença valvar. Barueri: Manole; 2007. p. 414-7.