

Valvular Heart Team

Valvular Heart Team

Max Grinberg

InCor – HCFMUSP, São Paulo, SP - Brasil

“Idealista é aquele que ajuda o outro a prosperar.”

Henry Ford (1863 – 1947)

A moralidade da prática médica fundamenta-se na beneficência. O benefício aplicável a um órgão, todavia, não basta. Há que se preocupar com a segurança do procedimento para a vida do paciente¹.

O sentido da utilidade de um método terapêutico é bem validado pela dimensão de efeito classe I/IIa numa diretriz, mas ele pode ficar prejudicado quando o imprevisto ganha previsibilidade. A alta complexidade coleciona indicações terapêuticas inquestionáveis que apresentam mau prognóstico individual em função de graves comorbidades².

Neste cotejamento entre doença e doente, a contraindicação ilustra que a maior limitação do médico é o limite da medicina. Felizmente, vivemos um presente incessante de inovações tecnológicas. Prontamente globalizadas, elas ampliam as fronteiras das habilidades e, ao mesmo tempo, vitalizam o clássico, pois o contínuo é imperativo na medicina.

Um novo horizonte requer a interdisciplinaridade, que, por sua vez, é exigente da comunicação interpessoal. Em prol do bem clínico melhor para o paciente, a propedêutica comunica-se com a evidência clínico-científica que se entende com o raciocínio clínico sob a tensão da iminência de conduta, dando ouvidos a valores e preferências do paciente. A interlocução eficiente — falar, ouvir-se falar (estou sendo objetivo?), ouvir e ouvir-se ouvir (estou conectado?) — energiza o transpasse pelos pedágios éticos essenciais: benefício do método, segurança para o paciente e caráter humano da medicina³.

Na recente transição de milênio, a rotina de “discussão do caso” incluía o desnível entre disponibilidades da medicina e atenção médica ao idoso com estenose valvar aórtica inelegível para tratamento cirúrgico convencional. Mas, já nos primeiros anos do século XXI, o desconforto do “se não podemos fazer o bem, pelo menos que não façamos o mal” reduziu-se pelo panorama de amparo a esse subgrupo de pacientes pelo implante transcatereter de uma bioprótese.

Palavras-chave

Estenose da Valva Aórtica; Cateterismo Cardíaco; Implante de Prótese de Valva Cardíaca /métodos; Bioprótese; Bioética.

Correspondência: Max Grinberg •

Instituto do Coração HC FMUSP, Rua Manoel Antonio Pinto, 4 ap. 21A,

Paraisópolis. CEP 05663-020, São Paulo, SP - Brasil

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

Artigo recebido em 16/12/13; revisado em 14/3/14; aceito em 14/3/14.

DOI: 10.5935/abc.20140099

Pelos resultados iniciais, a frase mudou, acompanhando a mudança de paradigma, para “podemos fazer o bem, mas temos que cuidar do seu potencial de mal”. A pesquisa sistematizada⁴ comprovou o impacto positivo sobre o desfecho “duro” pró-vida e elevou a probabilidade de certeza do benefício para o nível B. Contudo, a melhor curva de sobrevida não invalida as incertezas das intercorrências à inovação, um fundamento do conceito moderno de iatrogenia⁵.

Resultam conflitos da beira do leito entre dispor de um método alternativo ao cirúrgico convencional para corrigir a hemodinâmica valvar aórtica e, ao mesmo tempo, vislumbrar fortes objeções a satisfazer o objetivo de sobrevida e qualidade de vida. Eles direcionam o médico a organizar as proporções aplicáveis de ciência e de humanismo firmemente aconselhado pelo solilóquio com o componente ontológico da ética.

O “faço o bem para o paciente porque aflora do ser que sou e não apenas porque li o código de ética” faz fluir a prudência e o zelo na indicação/não indicação/contraindicação conforme o simbolismo do juramento de Hipócrates. A consequente ordenação dos ajustes ao benefício/segurança assegura valor à deliberação.

Recorde-se que, há cerca de 20 anos, essa canalização moral ocorreu na instituição da valvoplastia mitral por cateter-balão e estimulou uma estreita e progressista retroalimentação de conhecimento e de habilidade sobre o portador de estenose mitral. Clínico, cirurgião, cardiologista intervencionista e ecocardiografista harmonizaram-se e converteram o domínio da então inovação em eficiente relação benefício/segurança que a tornou uma rara recomendação IA em diretriz de valvopatia. Atualmente, o implante transcatereter de bioprótese em posição aórtica provoca mobilização análoga⁶. A busca pelas respostas às questões trazidas pelo novo patrimônio terapêutico recomenda percebê-lo mais do que um procedimento. É preferível enxergá-lo na condição de um programa comparável a um transplante⁷.

O comprometimento de um coletivo de especialistas na curva de aprendizado dessa mudança de padrão terapêutico em valvopatia — nem plástica nem substituição do tecido nativo — fica mais bem estruturado na formação de uma equipe interdisciplinar para valvopatia. A concepção de equipe substitui a de grupo de trabalho disciplinar suficiente para as rotinas sustentáveis pela frieza de laudos e pelos pareceres monólogos justapostos.

A equipe interdisciplinar para valvopatia associa espaço e tempo. Essas dimensões facilitam o refinamento dos movimentos e contramovimentos para firmar excelência. Indicação/não indicação/contraindicação podem, dessa maneira, ser personalizadas adequadamente para o idoso sintomático portador de estenose valvar aórtica,

respeitando o mundo real de enorme heterogeneidade irmanada pelo direito à dignidade.

A transparência nas articulações interdisciplinares de *expertises* complementares em valvopatia é matéria-prima para a construção de uma plataforma de clareza de tarefas a serem cumpridas, de limites a serem respeitados e de níveis de desempenho a serem alcançados. Significados interdisciplinares para a proficiência profissional fazem da equipe um formador de opinião.

A equipe interdisciplinar para valvopatia confere nacionalidade. A hierarquia entre métodos com flexibilidade de suas fronteiras, o tom para subjetividades (fragilidade corporal) e objetividades imprecisas (escores de risco cirúrgico), a análise crítica sobre resultados próprios e da literatura e a modulação ao econômico-sociocultural desenvolvem a necessária sintonia fina com as realidades brasileiras.

A equipe interdisciplinar para valvopatia é maior do que a soma de seus partícipes, o que não acontece com o grupo de trabalho. A expansão ocorre na atitude de alternância de cada membro — ora expositor, ora receptor. Eu ensino, tu aprendes, ele melhora, nós progredimos é conjugação que se pretende de um sistema conectado para atingir o máximo nível da compreensão mútua sobre custo—risco—efetividade acerca do trinômio estenose valvar aórtica—anormalidades cardíacas não valvares—comorbidades extracardíacas.

A equipe interdisciplinar para valvopatia anima os recortes de saber de interesse e os rearranja de modo que as disposições unitárias verticalizadas pela hiperespecialização voltem-se para uma horizontalidade solidária entre si com validade para as necessidades, preferências e valores do idoso brasileiro.

A equipe interdisciplinar para valvopatia dá destaque a um valor da cardiologia atual, na medida em que extrai informação dos três gigantes da imagem — ultrassonografia, tomografia e ressonância — e a insere no martelo da tomada de decisão presente nas mãos calejadas da clínica soberana, da poderosa clínica cirúrgica e da habilidosa cardiologia intervencionista.

Em suma, a equipe interdisciplinar para valvopatia ambienta uma interdisciplinaridade forte. Ao intercambiar não somente métodos, mas também conceitos, ela se aproxima da transdisciplinaridade⁸ pela prática do rigor com conceitos fundamentais, pela abertura ao desconhecido e pela tolerância às lacunas da medicina baseada em evidências sobre práticas que não podem ser refutadas da experiência própria. A sala híbrida é o emblema.

Sabe-se que os idiomas não são nem estáticos nem fechados. Os estrangeirismos ocorrem como fruto de um domínio sobre determinado segmento da sociedade. Nesse contexto, o nicho da medicina atual é influenciado pela supremacia da literatura de língua inglesa. TAVI é anglicismo que foi

tranquilamente incorporado. Assim como não devemos insistir numa sigla à brasileira com reposicionamento das letras — ITVA ou IVAT —, parece-nos razoável adotar a globalizada (e sintética) denominação *Heart Team* para expressarmos uma equipe interdisciplinar atuante em cardiologia.

O conceito de *Heart Team* foi reavivado há menos de uma década como força metodológica do estudo SYNTAX⁹. O nome ganhou notoriedade pela contribuição à interlocução disciplinar e migrou da pesquisa para a assistência. O *Heart Team* adquiriu alto valor organizacional em valvopatia, entendendo-se que a sua inexistência é contraindicação absoluta ao implante transcaterter de bioprótese em posição aórtica¹⁰.

Proponho que o *Heart Team* que (in) veste a camisa em confiável relacionamento em rede interdisciplinar e adquire capital científico facilitador de deliberações complexas perante o idoso sintomático portador de estenose valvar aórtica seja denominado *Valvular Heart Team* (VHT).

A especificidade do VHT inclui: a) técnicas de manejo e aperfeiçoamento da bioprótese; b) contribuição das modalidades de imagem; c) segurança pela redução de adversidades; d) resultados precoces e tardios, incluindo a participação em registros; e) tendências à utilização do implante transcaterter sob menor risco cirúrgico.

É oportuno ressaltar que o VHT não deve ser visto com prazo de validade a ser marcado pela rotinização da inovação. O VHT é agregação em prol da excelência na atenção às zonas cinzentas habitadas pelo portador de valvopatia com questões dúbias em função de complexidades valvares e/ou cardíacas não valvares e/ou extracardíacas.

Finalmente, o VHT não reinventa a roda. O VHT redescobre a união e a reunião de pessoas que dão vitalidade à análise das incertezas, à superação das adversidades e ao alcance do benefício.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa, Obtenção de dados, Redação do manuscrito e Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Grinberg M.

Potencial conflito de interesse

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. Singer SJ, Vogus TJ. Safety climate research: taking stock and looking forward. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(1):1-4.
2. Atwater BD, Daí D, Allen-Lapointe NM, Al-Khatib SM, Zimmer LO, Sanders GD, et al. Is heart failure guideline adherence being underestimated? The impact of therapeutic contraindications. *Am Heart J.* 2012;164(5):750-5.
3. Grinberg M, Tarasoutchi F, Sampaio RO. Roteiro para resolução de valvopatia (Resolva). *Arq Bras Cardiol.* 2011;97(4):e86-90.
4. Leon MB, Smith CR, Mack M, Miller DC, Moses JW, Svensson LG, et al; PARTNER Trial Investigators. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery. *N Engl J Med.* 2010;363(17):1597-607.
5. Ligi I, Millet V, Sartor C, Jouve E, Tardieu S, Sambuc R, Simeoni U. Iatrogenic events in neonates: beneficial effects of prevention strategies and continuous monitoring. *Pediatrics.* 2010;126(6):e1461-8.
6. Webb JG, Pasupati S, Humphries K, Thompson C, Altwegg L, Moss R, et al. Percutaneous transarterial aortic valve replacement in selected high-risk patients with aortic stenosis. *Circulation.* 2007;116(7):755-63.
7. Mack MJ, Holmes Jr DR. Rational dispersion for the introduction of transcatheter valve therapy. *JAMA.* 2011;306(19):2149-50.
8. Sommermann A. Inter ou transdisciplinaridade? Da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes. São Paulo: Paulus; 2006.
9. Nallamotheu BK, Cohen DJ. No 'I' in heart team: incentivizing multidisciplinary care in cardiovascular medicine. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2012;5(3):410-3.
10. Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F, Antunes MJ, Barón-Esquivias G, Baumgartner H, et al; Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC); European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). *Eur Heart J.* 2012;33(19):2451-96.