A Evolução do Cenário da Cardiogeratria no Brasil: Novos Desafios para um Novo Mundo

The Evolving Landscape of the Geriatric Cardiology Field in Brazil: New Challenges for a New World

Caio de Assis Moura Tavares, André Feitosa Wanderley Cavalcanti, Wilson Jacob Filho

Unidade de Cardiogeratria - Instituto do Coração (InCor) - Hospital das Clínicas HCFMUSP - Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP – Brasil

A necessidade de nos prepararmos para o atendimento da população geriátrica já é reconhecida mundialmente há duas décadas. “Nós exercemos cardiologia geriátrica?”. Assim o Dr. William W. Parmley intitulou seu editorial de 1997,1 publicado no Journal of the American College of Cardiology (JACC), e considerado, por boa parte dos norte-americanos, como o ponto de partida para o desenvolvimento da Cardiogeratria naquele continente. Apesar da existência, desde 1986, de uma sociedade (Society of Geriatric Cardiology - SGC), esta não atuava sob a tutela de nenhuma das duas grandes associações de Cardiologia americanas e carecia de maior relevância. Com o envelhecimento populacional, fenômeno mundial, o encontro do cardiologista com pacientes cada vez mais longeves havia se tornado frequente. A partir desse alerta, desenvolveram-se iniciativas para suprir a nova demanda. Um currículo online de educação continuada, elaborado entre a American College of Cardiology (ACC) e a SGC foi disponibilizado, em 2007, aos seus membros e divulgado em novo editorial, de 2008, do JACC. Em 2011, a SGC foi extinta e incorporada como Seção-Membro de Cardiologia Geriátrica da ACC.

Cabe ressaltar que, naquele período, o mundo já reconheceria a inerxorabilidade do envelhecimento populacional e já percebera a importância de dotar os profissionais de uma capacitação superspecializada (a especialidade na faixa etária) e de dar a essa população cada vez mais predisposta a envelhecer, a possibilidade de ter suas demandas atendidas, conforme suas características individuais, mais do que pelas doenças que a acometiam.

No Brasil, o pioneirismo do Prof. Dr. Luís Gastão Costa Carvalho do Serro Azul, em 1982 (quatro anos antes da fundação da sociedade americana sobre o tema), iniciava a Unidade Clínica de Cardiogeratria do Instituto do Coração (InCor), um movimento que colocou o nosso país em uma posição de vanguarda na discussão desse tema. Na década de 90, a Cardiogeratria foi reconhecida pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, inicialmente, como um grupo de estudos em Cardiogeratria (GEBRAC) e, desde 2005, como um departamento (DECAGE). Em 2006 e em 2014, dois artigos reforçaram para a sociedade médica Brasileira a importância da Cardiogeratria – o primeiro, assinado pelo Prof. Dr Maurício Wajngarten,2 elencou os desafios que estavam por vir e a necessidade de preparação para atendimento dessa população idosa; o segundo, assinado pelo Prof. Roberto Franken e pelo Dr. Ronaldo Fernandes Rosa,3 destacou o progresso pela criação do DECAGE para formação de treinamento em Cardiogeratria, parcerias com a ACC, avanços em evidência científica gerada pelo departamento, bem como elencou habilidades essenciais para o atendimento pleno do idoso. Em conformidade com essa necessidade, a Sociedade Brasileira de Cardiologia publicou diretrizes específicas de Cardiogeratria: a primeira em 2002,4 a segunda, em 2010,5 com sua atualização em 2019,6 além de elencar, na I Diretriz sobre Processos e Competências para a Formação em Cardiogeratria no Brasil,7 o conteúdo necessário aos profissionais em formação para o atendimento de doenças cardiovasculares no paciente idoso.

A Essência da Cardiogeratria

Por tratar-se de advento recente e ainda não totalmente difundido, muitas vezes confunde-se a Cardiogeratria com uma Geriatria praticada pelo cardiologista ou, simplesmente, como a Cardiologia aplicada ao paciente idoso, o que, apesar de constituir parte do âmbito dessa disciplina, não representa a sua totalidade. Mais adequado seria definí-la como a integração do cuidado cardiovascular com uma abordagem adequada à idade e centrada no paciente e na sua funcionalidade – conceito já exposto previamente por nossos colegas 3,4, mas que, com o passar dos anos, está tomando forma, com o uso de ferramentas específicas e pré-determinadas.

De modo objetivo, pode-se considerá-la como uma prática cardiológica, integrada aos 5 Ms da Geriatria: medication (foco na prescrição do absolutamente necessário, visando restringir a polifarmácia, reduzir interações e efeitos adversos, respeitando os critérios de Beers na seleção de medicações adequadas ao idoso), mentation (vigilância, prevenção e tratamento dos distúrbios cognitivos), mobility (valorização e implementação de estratégias que visem manter a funcionalidade mecânica do paciente), multimorbidity

Palavras-chave

Geriatria/tendências; Avaliação Geriátrica; Dinâmica Populacional; Cardiologia/tendências; Idoso; Assistência à Saúde; Idoso Fragilizado; Saúde para Idosos.

Correspondência: Caio de Assis Moura Tavares • Unidade de Cardiogeratria do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Av. Dr Enéas de Carvalho Agaar, 44, 2º andar, sala 06, CEP 05403-900, São Paulo, SP – Brasil E-mail: caio.tavares@usp.br

Artigo recebido em 20/05/2019, revisado em 20/08/2019, aceito em 10/09/2019

DOI: https://doi.org/10.36660/abc.20190292
A Evolução da Cardiogeriatria

Com o passar dos anos, os avanços médicos, científicos e das condições de vida fizeram com que esses indivíduos não somente chegassem em grande número a idades avançadas, mas também com condições físicas e expectativas para o futuro que excedem o que se observava no passado, mudando os conceitos do que seria “ficar velho”12. Observamos ainda que, salvo poucas exceções, as doenças cardiovasculares são doenças do envelhecimento. No século XVII, o Dr Thomas Sydenham já havia declarado que “um homem é tão velho quanto suas artérias”. De modo que o paciente típico do atendimento cardiológico é uma pessoa mais velha que carrega consigo, além de mais esperanças e anseios, também um número cada vez maior de comorbidades e deteriorações relacionadas ao envelhecimento que complicam o gerenciamento tradicional baseado em diretrizes13, sabe-se, ainda, que o envelhecimento dá ao aparelho cardiovascular características diversas da juventude14-16, tornando ainda mais peculiar o atendimento do idoso.

O dogma tradicional de que “depois de certa idade, o paciente é velho demais para realizar procedimentos cardíacos invasivos” não tem espaço no cenário atual. Notadamente, com o avanço tecnológico vimos juntar-se ao arsenal terapêutico em Cardiologia opções que permitiram avançar no cuidado de afeções cardiovasculares que acometem desproporcionalmente indivíduos idosos - o surgimento dos Anticoagulantes Orais Diretos, Ressincronização Cardíaca, Dispositivos de Assistência Ventricular Esquerda, TAVI e Clips Mitrais abrem novos horizontes terapêuticos. Paradoxalmente, o risco das intervenções (clínicas ou cirúrgicas) permanece alto nos muito idosos, trazendo a avaliação geriátrica como uma ferramenta útil e necessária para a decisão terapêutica, podendo inclusive identificar indivíduos que se beneficiam do procedimento e aqueles nos quais o procedimento é fútil14,17.

Vivemos na era da multimorbidade: dados do Medicare mostram que, entre seus usuários, ela ocorre em 63% dos que têm entre 65 e 75 anos, progredindo com a idade, chegando a ocorrer em 83% dos usuários acima de 85 anos18. Seu impacto econômico é igualmente impressionante, pois apenas 14% dos beneficiários (os que relatam 6 ou mais condições crônicas) consomem 46% do orçamento anual do programa (mais de U$ 500 bilhões)19.

Os paradigmas atuais de tratamento das doenças cardiovasculares são limitados para esses pacientes. A abordagem atual para o atendimento do cardiologista é amplamente impulsionada por diretrizes de prática clínica de doença única - baseadas largamente em Ensaios Clínicos Randomizados que costumam excluir deliberadamente e sistematicamente idosos com multimorbidade: avaliam, predominantemente, desfechos únicos e não consideram preservação física, cognição ou qualidade de vida associada à saúde em suas análises, que seriam muito mais relevantes na avaliação do paciente, nas últimas décadas ou anos de vida. Outra limitação para a aplicação dessas diretrizes, é que o enfoque na doença pode causar inadvertidamente efeitos prejudiciais no contexto da multimorbidade - a complexidade desse tema é tanto que, frequentemente, um tratamento acarreta o surgimento de uma nova doença ou descompensação de outra condição pré-existente 19.

O conceito do fenômeno das “Sliding Doors”20 foi proposto para descrever como, no modelo atual de atendimento, um paciente com múltiplas comorbidades tem desfechos diferentes, a depender da porta em que ele entra primeiro. Por exemplo, um paciente apresentando um câncer colorretal oculto e doença arterial coronariana, ao procurar primeiro o oncologista, tem diagnosticada a neoplasia, realiza cirurgia/quimioterapia e durante o tratamento desenvolve insuficiência cardíaca; ao procurar primeiro o cardiologista, o mesmo paciente tem diagnosticada obstrução coronariana grave, é submetido à angioplastia, com uso de dupla antiagregação plaquetária e, após alguns meses, apresenta uma hemorragia digestiva significativa, sendo diagnosticado o câncer, já em fase mais avançada. Acreditamos, assim como Forman DE19, em um novo modelo, no qual o idoso com multimorbidades tenha seu cuidado centrado em um profissional com olhar geriátrico, que coordene de maneira horizontal os cuidados, com especialistas atuando pontualmente e sob comunicação, preferencialmente, com prontuários eletrônicos compartilhados. Em tal modelo, o paciente hipotético teria as duas doenças avaliadas e tratadas em momento oportuno.

Tenta-se, pois, de um novo olhar para as enfermidades, tendo o paciente como foco principal, não apenas nos seus múltiplos componentes biológicos, mas também no seu universo biográfico, o que o transforma em único, mas nem por isso, excluído dos benefícios dos avanços tecnológicos que se mostraram eficazes em outras faixas etárias e que foram testados e comprovados também nessa fase avançada da vida.

Visto que nos foi dada a inestimável oportunidade de viver mais, seja esta também uma boa opção para viver melhor.

Conclusão

A Cardiogeriatria é um campo em evolução, ainda em processo de formação de sua identidade e definição do treinamento fundamental e mandatório. Em apenas duas décadas, evoluímos muito: identificamos gaps no conhecimento do idoso, demos os primeiros passos em direção ao estabelecimento de um currículo em cardiogeriatria, bem como desenvolvemos ferramentas específicas para a avaliação do idoso com doença cardiovascular – passos iniciais para uma subespecialidade ainda em formação. Programas de formação
Contribuição dos autores
Concepção e desenho da pesquisa e Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Tavares CAM, Cavalcanti AFW. Jacob Filho W; Redação do manuscrito: Tavares CAM, Cavalcanti AFW.

Referências

1. Parmley WW. Do we practice geriatric cardiology? J Am Coll Cardiol. 1997;29(1):217-8.
2. Dove JT, Zieman SJ, Alexander K, Miller A. President’s page: Cardiovascular care in older adults: the ACC and SCC partnership builds new curriculum. J Am Coll Cardiol. 2003;51(6):672-3.
3. Wajngarten M. Geriatric cardiology: a subspecialty or a need? Arq Bras Cardiol. 2006;87(3):e8-9.
4. Franken RA, Rosa RF. Cardiogeriatric, the future’s cardiology? Arq Bras Cardiol. 2014;103(4):e52-4.
5. Gravina CF, Batlouni M, Sousa JEMR, Wajngarten M, Feitoso GS, Franken RA. I Diretrizes do Grupo de Estudos em Cardiogeriatria da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2002;79(Supl 1):1-34.
6. Gravina CF, Franken R, Wenger N, Freitas EV, Batlouni M, Rich M, et al. I Guidelines of Brazilian Society of Cardiology in geriatric cardiology. Arq Bras Cardiol. 2010;95(3 Suppl 2):e16-76.
7. Feitoso-Filho GS, Peixoto JM, Pinheiro JES, Alfene Neto A, Albuquerque ALT, Cattani AC, et al. Updated Geriatric Cardiology Guidelines of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. Arq Bras Cardiol. 2019;112(5):649-705.
8. Sociedade Brasileira de C, Sousa MR, Feitosa CS, Paula AA, Schneider JC, Feitoso-Filho GS, et al. I First guidelines of the Brazilian Society of Cardiology on processes and skills for education in cardiology in Brazil. Arq Bras Cardiol. 2011;96(5 Suppl 1):4-24.
9. Bell SP, Orr NM, Dodson JA, Rich MW, Wenger NK, Blum K, et al. What to Expect from the Evolving Field of Geriatric Cardiology. J Am Coll Cardiol. 2015;66(11):1206-99.
10. Alberti MJR, Covinsky KE, Apolinario D, Lee SJ, Fortes-Filho SQ, Melo JA, et al. A 10-min Targeted Geriatric Assessment Predicts Mortality in Fast-Paced Acute Care Settings: A Prospective Cohort Study. J Nutr Health Aging. 2019;23(3):286-90.
11. Alberti MJR, Apolinario D, Saemoto CK, Melo JA, Fortes-Filho SQ, Saraiva MD, et al. Targeted Geriatric Assessment for Fast-Paced Healthcare Settings: Development, Validity, and Reliability. J Am Geriatr Soc. 2018;66(4):748-54.
12. Maurer MS. Age: a nonmodifiable risk factor? J Am Coll Cardiol. 2003;42(8):1427-8.
13. Forman DE, Rich MW, Alexander KP, Zieman S, Maurer MS, Najjar SS, et al. Cardiac care for older adults. Time for a new paradigm. J Am Coll Cardiol. 2011;57(18):1801-10.
14. Madhavan MV, Gersh BJ, Alexander KP Granger CB, Stone GW. Coronary Artery Disease in Patients >/= 80 Years of Age. J Am Coll Cardiol. 2018;71(18):2015-40.
15. Curtis AB, Karki R, Hattoum A, Sharma UC. Frailty in Patients >/=80 Years of Age: Pathophysiolog, Management, and Outcomes. J Am Coll Cardiol. 2018;71(18):2041-57.
16. Kodali SK, Velagapudi P, Hahn RT, Abbott D, Leon MB. Valvular Heart Disease in Patients >/= 80 Years of Age. J Am Coll Cardiol. 2018;71(18):2058-72.
17. Afifalo J, Lauck S, Kim DH, Lefevre T, Piazza N, Lachapelle K, et al. Frailty in Older Adults Undergoing Aortic Valve Replacement: The FRAILTY-AVR Study. J Am Coll Cardiol. 2017;70(6):689-700.
18. Royal College of General Practitioners. New Report highlights gaps in healthcare for increasing number of patients living with multiple conditions publication date: 04 November 2016. [Cited in 2018 Feb 10]. [Available from: https://www.rcgp.org.uk/about-us/news/2016/november/new-publication-date-04-november-2016-report-shows-gaps-in-healthcare-for-increasing-number-of-patients-with-multiple-conditions.aspx]
19. Forman DE, Maurer MS, Boyd C, Brindis R, Salive ME, Horne FM, et al. Multimorbidity in Older Adults With Cardiovascular Disease. J Am Coll Cardiol. 2018;71(19):2149-61.
20. Albinii A, Pennesi G, Donatelli F, Cammarota R, De Flora S, Noonan DM. Cardiotoxicity of anticancer drugs: the need for cardio-oncology and cardio-oncological prevention. J Natl Cancer Inst. 2010;102(1):14-25.