

# Sintomas e Insatisfação. O Contexto na Qualidade de Vida do Portador de Diferença Valvar

*Symptoms and Dissatisfaction. Context in the Quality of Life of Patients with Valve Difference*

Max Grinberg

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

“...os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas...”

(Lyndon Baines Johnson (1908-1973), 37º presidente dos EUA, quem empregou pela primeira vez a expressão qualidade de vida, em 1964)

“...para o homem, há três acontecimentos apenas: nascer, viver e morrer. Ele não sente o nascer, sofre ao morrer e esquece-se de viver...”

(Jean de La Bruyère (1645-1696), moralista francês)

## Considerações iniciais

Os pacientes são categóricos: a presença de valvopatia faz diferença na qualidade de vida.

Os cardiologistas são incisivos: a qualidade de vida do portador de valvopatia faz diferença na aplicação de conduta.

A bioética induz: preserve-se e restaure-se a qualidade de vida do portador de valvopatia com a beneficência da Cardiologia, a não-maleficência do *expertise* do cardiologista e o direito à autonomia do paciente e do médico.

## Preâmbulo

Em clínica de valvopatia, *qualidade de vida*, uma expressão incorporada à Cardiologia não faz muitos anos, merece análise crítica.

*Qualidade de vida* é empregada como uma síntese<sup>1-5</sup>; todavia, ela costuma, não somente, desconsiderar certos valores e percepções do paciente, à margem da estrita óptica da Cardiologia, como também sofrer vieses de interpretação. O paciente reprovado no exame de admissão por sopro cardíaco, que “corre” todos os dias à procura de trabalho, não admitiria ter registrado “boa” qualidade de vida em seu prontuário, apenas por ser assintomático.

Num Brasil pluriétnico, a diferença valvar impacta de modo heterogêneo sobre aspectos pessoais, familiares, profissionais e econômicos, cada atendimento é uma

situação biopsicossocial peculiar.

É pelas queixas do paciente sob influência da diferença valvar, na ambientação do seu contexto de vida<sup>6</sup>, que o cardiologista decide quais recomendações técnicas<sup>7</sup> devem, quando, como e onde ser aplicadas.

O cardiologista, na missão de ser humano perante o ser humano doente, conecta-se com queixas expostas com a clareza que esperamos do paciente para nosso norte; mas, o que a desaconselha como o termo, razão dos vários estágios da anamnese, há a temerária obscuridade das mal reveladas, desafio ao zelo e à prudência na conduta.

Hipocondríacos, hipossensíveis, poliqueixosos e oligoqueixosos contumazes perturbam a lógica alopática e alvoroçam a responsabilidade antinegligência e antiimprudência.

Havendo incertezas, dificulta-se decodificar a multipolaridade da qualidade de vida e bem distinguir quais os componentes exigentes do compromisso ético com o “máximo de zelo e o melhor da nossa capacidade profissional... art. 2º do Código de Ética Médica”.

No universo das insatisfações do paciente com a diferença valvar, privilegiamos *sintoma/classe funcional* e tendemos a deixar em segundo plano muitas delas, que também qualificam negativamente a vida do seu portador.

Em clínica de valvopatia, *qualidade de vida* não substitui nem classe funcional<sup>8</sup>, nem *insatisfações com as diferenças*<sup>9</sup>, o que desaconselha como o termo apropriado para harmonizar a especificidade do paciente à disponibilidade difusa da Cardiologia.

## Considerando que

...o conceito de qualidade de vida está sujeito a várias interpretações<sup>1,5</sup>;

...“boa” qualidade de vida não é o equivalente a capacidade funcional classe I/II;

... capacidade funcional classe III/IV é um dos aspectos indicativos de “má” qualidade de vida associada à presença de diferença valvar;

## Palavra-chave

Qualidade de vida, doenças das valvas cardíacas / psicologia.

Correspondência: Max Grinberg •

Rua Manoel Antonio Pinto, 4 / 21 - A - 05663-020 – São Paulo, SP

E-mail: grinberg@incor.usp.br

Artigo recebido em 06/08/06; revisado recebido em 06/08/06; aceito em 17/08/06.

... há nítida distinção entre a incapacidade funcional para subir um lance de escadas que sinaliza valor clínico para a tomada de conduta e a captação do descontentamento com obrigações com rotinas de exame e aderências à periodicidade da profilaxia com penicilina benzatina, que soam como momentos estritos ao paciente;

...pacientes fazem adaptações espontâneas e entendem terem preservado a “boa” qualidade de vida; por exemplo, a autolimitação de um devagar lance por lance subindo escada, só comunicada ao médico, por ocasião de maior agravamento, meses depois no pronto-socorro;

...a força para levantar a cancela da ponte entre “má” qualidade de vida e “boa” qualidade de vida, pavimentada pelo acervo tecnocientífico da Cardiologia, emana do mérito da relação risco-benefício sobre o que possa vir, de fato, ser do alcance da Cardiologia;

...é o excesso de risco de intervenções que, habitualmente, reprova iniciativas de benefício sobre certas insatisfações com a morbidade da diferença valvar; por exemplo, para a mulher em classe funcional I que não deseja arriscar intercorrências gestacionais perante estenose mitral;

...sintomas incapacitantes/classe funcional III/IV fundamentam, em consenso universal, a decisão de levantar a cancela e dar sentido de direção para a “boa” qualidade de vida<sup>10</sup>.

## A proposição

Propõe-se evitar a utilização do termo *qualidade de vida* como critério maior para aplicação de condutas terapêuticas em clínica de valvopatia.

Sugere-se desdobrar o conceito de qualidade de vida em a) INSATISFAÇÃO DO PACIENTE PELA DIFERENÇA VALVAR, para considerações amplas sobre o infinito universo biopsicossocial; b) SINTOMAS/CLASSE FUNCIONAL PELA DIFERENÇA VALVAR, para considerações específicas sobre os itens de interesse para a Cardiologia.

## Reforço 1

A clássica vigilância dos sintomas/classe funcional no portador de diferença valvar tem hierarquia superior do que o maniqueísmo da boa ou má qualidade de vida para precisar a beneficência/não-maleficência dos métodos disponibilizados pela Cardiologia.

Em clínica de valvopatia, o uso propedêutico – e corriqueiro – da expressão *qualidade de vida* pelo cardiologista, com fins terapêuticos, deve, pois, ser revisto.

Uma forte razão é que as bases decisórias exigem filtrar os aspectos da complexa qualificação de vida, segundo poros de pragmatismo profissional.

A distinção dos componentes *insatisfação do paciente pela diferença valvar* e *sintoma/classe funcional* contribui para reforçar o conceito da complementaridade, simbolizado nos dois lados da moeda: a coroa representa a majestade da Cardiologia, ciência e disciplina a ser aplicada, e a cara expressa o portador de valvopatia, ser humano alvo de direitos e deveres compromissados com o conhecimento, a capacitação e a atitude.

## Palavras-chave

Em clínica de valvopatia, *sintoma* é a variável que tem a força utilitária de provocar um efeito dominó de maniqueísmos simplificadoros; sucedem-se sintoma não, sintoma sim; capacidade funcional classe I/II, capacidade funcional classe III/IV; exame complementar sim, exame complementar não; farmacoterapia sim, farmacoterapia não; intercorrência sim, intercorrência não; bom prognóstico, mau prognóstico; intervenção valvar não, intervenção valvar sim.

Sintoma, portanto, é matéria-prima para diretrizes. É justamente a *Diretriz ACC/AHA 2006 sobre Conduta no Portador de Valvopatia*<sup>10</sup> que traz um argumento contra o uso da expressão *qualidade de vida* nas boas práticas da beira do leito em clínica de valvopatia. Em suas quase 150 páginas a expressão *qualidade de vida* aparece apenas duas vezes: pág. e-40 – “...porque o objetivo terapêutico é melhorar a *qualidade de vida* mais do que longevidade, sintomas são a guia mais importante para determinar se a troca valvar aórtica deve ser realizada no idoso com estenose aórtica...”; pág. e-80 – “...a cirurgia é indicada em ICC com risco à vida ou em choque cardiogênico associados à valvopatia que possa ser tratada cirurgicamente, com ou sem endocardite infecciosa, se o paciente tiver perspectivas razoáveis de se recuperar com satisfatória *qualidade de vida* após a operação”. Ademais, nenhum dos artigos que compõem o fantástico conjunto de mais de mil referências tem *qualidade de vida* no título.

Em contrapartida, *sintoma/assintomático* aparece cerca de 600 vezes, e *classe funcional* cerca de 60 vezes, em razoável percentagem de modo associado àquela.

As palavras-chaves para decisões sobre conduta para o portador de valvopatia são, pois, *sintoma* e *classe funcional*, melhor se encadeadas.

## Um flash sobre qualidade de vida

Qualidade do nascer, qualidade do viver e qualidade do morrer são objeto de atenção pela bioética<sup>11</sup>.

A expressão *qualidade de vida* é uma representação social essencialmente humana do viver, que vai além do bem-estar físico. Cada época, cada cultura, cada estratificação social tem sua escala de valores; na adaptação a realidades do desenvolvimento da sociedade em que se vive, os padrões idealizados tendem a privilegiar as concepções de conforto e bem-estar das camadas mais elevadas.

Recorde-se que *qualidade de vida* abrange fatores não somente materiais quantitativos e qualitativos, como também subjetivos, como sentimentos e virtudes<sup>5</sup>.

Desequilíbrios entre ambos são comuns e a presença de doença exerce influência na condução de plenitudes idealizadas; mudanças, quer no sentido da valorização de bens quer no sentido de apreciações filosóficas, podem ser catalisadas pelo estado clínico do paciente.

Se aplicarmos ao portador de valvopatia o WHOQOL-100 da Organização Mundial de Saúde<sup>12</sup>, que objetiva avaliar a qualidade de vida das duas últimas semanas, haverá muitas respostas *bastante ou extremamente preocupado, insatisfeito ou muito insatisfeito, nada ou muito pouco capaz*, a perguntas referentes a aproveitar a vida, otimismo em relação ao futuro,

## Ponto de Vista

sentir-se incomodado por dificuldades em exercer as atividades do dia-a-dia, vida dependente do uso de medicamentos ou de ajuda médica, acesso a bons cuidados médicos, capacidade de desempenho das atividades diárias.

Pesquisa efetuada no ambulatório da Unidade Clínica de Valvopatias do InCor identificou 59% dos entrevistados entendendo que a valvopatia havia tornado suas vidas uma guerra contra a doença.

### Reforço 2

A vida real do cardiologista não lhe permite, comumente, um envolvimento marcado pela preocupação com aspectos carentes de conotação técnico-utilitarista.

Por uma questão de disponibilidade de tempo e percepção da sua missão, ele vale-se da calosidade do conformismo profissional e passa ao largo de aspirações do portador de valvopatia.

“Sucessos terapêuticos” (óptica da Cardiologia) costumam co-habitar com “insucessos de vida” (óptica do portador de valvopatia). A anticoagulação oral pelo implante de prótese metálica coleciona vários casos.

Projeções dos próprios valores induzem o seu espontâneo profissional a considerar e a deliberar que, afinal, “o melhor é assim”. É o caso de certas apreciações sobre risco-benefício de intervenções sobre a valvopatia perante capacidade funcional classe II.

Um automático “não há outra maneira de evitar manifestações clínicas ou de beneficiar o prognóstico” dá justificativa a “sofrimentos menores” do portador de valvopatia, talvez não tão pequenos na auto-avaliação de qualidade de vida pelo portador da diferença valvar. É o caso do jovem esportista de sucesso, que é desaconselhado, pelo cardiologista, a praticar esporte competitivo, até que ele volte a preencher critérios da Cardiologia, num futuro incerto.

Em clínica de valvopatia, é desejável que a equipe de saúde encontre um equilíbrio entre o manter-se tecnicamente solidário e a indiferença a insatisfações do paciente que não comportam iniciativas de conduta.

A captação do horizonte biopsicossocial da diferença valvar exige uma angular multidisciplinar; a soma de *expertises* alarga o alcance de compreensão da vida real do paciente e contribui para preencher lacunas inerentes à relação médico-paciente.

Enxergar o *coração cercado de sentimentos por todos os lados* expande o fórum do paciente com a Cardiologia e contribui, inclusive, para uma melhor apreciação do risco-benefício da comunicação; havendo maior percepção sobre pontos a serem esclarecidos, as mensagens tornam-se mais terapêuticas e menos etiopatogênicas. É o caso do paciente CDE (quadro1) que, “assintomático do coração”, sente uma angústia imobilizadora pela “iminência” de síncope após pesquisa na internet; é o caso do paciente EFG que, também assintomático, detesta a sentença de anticoagulação oral perpétua. Muitas dessas queixas não são verbalizadas diretamente ao cardiologista e chegam, via indireta, por psicólogos e assistente-sociais, proporcionando a oportunidade para ajustes na comunicação médico-paciente.

Assim, a ampla potencialidade de interferências da

doença sobre a vida marca a história natural da diferença valvar, mas a exigüidade da penetração usual em Cardiologia impede que a qualidade de vida seja um marcador de momentos estratégicos.

O marcador para usufruto da beneficência/não-maleficência de métodos terapêuticos é a xipofagia de sintomas/classe funcional.

### O coração saindo pela boca Anamnese e bioética

Em clínica de valvopatia, cabe bem a conjugação da classe funcional de I a IV com a avaliação objetiva nomeada de A a D, como recomendada pelo comitê da última atualização da New York Heart Association<sup>8</sup>; um portador de insuficiência aórtica grave, porventura, sem dispnéia, cansaço, palpitação ou angina do peito às atividades habituais é considerado capacidade funcional classe I e avaliação objetiva D; e sem nenhuma alteração de variáveis como ausculta do sopro e bulhas, diâmetros e função ventricular esquerda entre o *day before* e o *day after*, a conduta, um determinado dia precisa ser mudada. O desencadeante? A manifestação de sintomas comprometedores da vida!

O que fala mais alto, literalmente, é o sintoma, a queixa do portador de valvopatia<sup>14,15</sup>. É a matéria-prima que o paciente nos disponibiliza; após a nossa adequada lapidação, ela resulta ajustada ao encaixe *classe funcional*, um verdadeiro “receptor” da conduta terapêutica.

Assim, mais do que a unilateralidade de apreciação determinada pelo estetoscópio ou pelo transdutor, é pela bilateralidade da comunicação verbal que, em clínica de valvopatia, fazem-se as ponderações sobre a relação temporal de risco-benefício das intervenções propedêuticas e terapêuticas.

Do valor da nitidez da imagem mentalizada a partir de palavras do paciente resulta uma obviedade ao agrado da bioética<sup>16</sup>: a anamnese é elo robusto na cadeia de beneficência/não-maleficência aplicável ao portador de diferença valvar.

Ela é o ritual da memória, a raiz etimológica de anamnese, praticado junto com o culto do prontuário, um nosso alter ego profissional.

Esse rito secular compõe a prática do sacerdócio, que ainda nos cobram, intermediação entre os deuses deste século XXI, transmutados em evidências científicas e os doentes que acreditam na honestidade, no sigilo e na eficiência, as bênçãos para restauo de sua qualidade de vida.

O corolário de interesse da bioética é que o mérito da anamnese para a condução clínica da diferença valvar valoriza a participação ativa do paciente nos processos de decisão. É a versão bioética da expressão “o coração saindo pela boca”.

### Teste funcional Antinegligência? Antiimprudência?

Em clínica de valvopatia, a informação anamnésica ora tem conotação de objetividade incontestada do relato de uma síncope

ora de subjetividade da manifestação de dispnéia ao esforço.

A queixa pode impactar o cardiologista de maneira variável e gerar contraditórios com sinais físicos ou de imagem – mais habitual perante valvopatia mitral<sup>17</sup>; exames não rotineiros podem, então, ser acionados, como o teste cardiopulmonar e o ecocardiograma com estresse farmacológico<sup>18,19</sup>. Suas informações objetivas sobre capacidade funcional ganham poder de antinegligência ou de antiimprudência para decisões “valvares”, nesses casos de contraposições.

A indicação desses complementos para fundamentar terapêutica deve ficar adstrita a casos selecionados e não se superpõe à finalidade de autorização para prática de atividade física.

Em clínica de valvopatia entendemos que um alerta ético soa toda vez que um teste funcional é instado a falar em nome do paciente; a reflexão impõe-se pela tendência do predomínio da razão segundo a objetividade médica.

Dentro da bipolaridade Cardiologia à disposição do paciente–paciente à disposição da Cardiologia, ampliar a realização de testes funcionais seria pretender do consumo máximo de oxigênio, do limiar anaeróbio ventilatório e do nível de gradiente transvalvar a determinada frequência cardíaca, inspetores da percepção do paciente sobre si mesmo; correr-se-ia o risco de substituir o calor humano da anamnese pela frieza científica do laboratório. Seria o caso da realização de teste funcional no portador de 1 cm<sup>2</sup> de área mitral, “que se diz” oligossintomático, em ritmo sinusal, sem sinais de hipertensão arterial pulmonar desproporcional, sem história de tromboembolismo; pela nossa preocupação antinegligência, ele poderia passar a ser “desmentido” pelo comportamento reativo a uma condição hemodinâmica ausente no seu cotidiano. Nenhuma evidência comprova que estaríamos, dessa maneira, beneficiando o seu prognóstico de vida.

Explicações “razoáveis” para contestação da ausência de verbalização de sintomas significariam trabalhar nos pantanosos terrenos do equívoco de percepção, sedentarismo e ocultação de informação pelo paciente temeroso das conseqüências da exposição.

Partir de um difuso teórico, suposto hipoteticamente para 1 cm<sup>2</sup> de área mitral, da fisiopatologia para o sintoma, e não o inverso, traz a possibilidade de sentimentos de desrespeito, além de, não necessariamente, contribuir para o consentimento do paciente para discutíveis mudanças de conduta.

A paráfrase ao princípio Ana Karenina – Leon Tolstói (1828-1910) – parece-nos pertinente: *os portadores de uma modalidade de valvopatia assemelham-se, mas cada um é sintomático a sua maneira.*

A reflexão é válida: o quanto de paternalista deve ser o cardiologista quando, supostamente, o paciente não demonstra intenção de modificar a sua qualidade de vida? Esforços de diálogo, à parte, em busca de uma “verdade, nada mais do que a verdade”, será que deveríamos algemá-lo às realidades bioestatísticas da Cardiologia e, assim, nos consideramos zelosos? Ou será que deveríamos tolerar, entendendo que o *copy-paste* da anamnese, simplesmente, não provocou um novo script?

Opiniões variam em razão da valoração sobre as duas faces da moeda, já comentado, e subsidiam a análise crítica de

certas recomendações de conduta no portador assintomático de diferença valvar.

Uma delas é a do Working Group on Valvular Heart Disease<sup>20</sup>, anglo-franco-espanhol, que pressupõe que o sedentarismo ou certas limitações de atividade podem comprometer a classificação do paciente como assintomático; o artigo recomenda que “antes de considerar se o paciente é *verdadeiramente* (grifo nosso) assintomático, é *frequentemente* (grifo nosso) de utilidade realizar uma avaliação funcional”. Em outras palavras, no dicionário dos autores, assintomático é ausência de sintomas após indução de taquicardia (80% da frequência predita).

No Brasil de tantas febres reumáticas, entendemos que o fluxo espirométrico provocado que passa pela boca não deve “calar” a palavra que sai espontânea.

### Reforço 3

Acentuar o valor do exercício em laboratório, para maximizar objetividade para correlações com medidas da gravidade morfológica do portador de estenose mitral, equivaleria a mudar o fundamento do atual binômio terapêutico observação clínica da evolução-intervenção valvar. De sintoma/anamnese, ele tenderia para grau de lesão valvar/exame funcional.

Ademais, corre-se o risco da imprudência da antecipação determinar uma desastrosa travessia na contramão pela ponte acima referida, ou seja, do extremo “boa” qualidade de vida para o da “má” qualidade de vida. Em outras palavras, sujeitar, desnecessariamente, o risco a se tornar evento, em função de uma visão difusa de benefício.

Lembremos-nos das coleções de casos – não tão frequentes numa estatística, mas trágicos numa vida – como os de insuficiência mitral surgidos após valvoplastia mitral por cateter-balão, antecipação não somente na indicação “pelo baixo risco”, ou, talvez, pelo excesso de entusiasmo de uma curva de aprendizado, como também no subsequente e imediato implante de uma prótese valvar.

A análise da recomendação para estenose mitral *Diretriz ACC/AHA 2006 sobre Conduta no Portador de Valvopatia* traz à mente a preocupação; se a anamnese de um paciente com área valvar mitral >1,5cm<sup>2</sup> trouxe dúvidas sobre uma mais provável capacidade funcional classe II, caso o exercício em laboratório de hemodinâmica identifique repercussões mais intensas (pressão arterial sistólica pulmonar >60 mmHg, pressão capilar pulmonar >25 mmHg e gradiente transvalvar mitral >15 mmHg), a decisão de intervenção fica por conta da morfologia favorável à valvoplastia mitral por cateter-balão; e na opção de a considerar, é nível de recomendação IIb, evidência C, vale dizer beneficência pouco clara em meio aos riscos, a que acrescentaríamos reforçando a nossa posição: risco de imprudência porque a relação risco-benefício, no momento, é desfavorável.

### O futuro da qualidade de vida passada

A subdivisão de qualidade de vida em *sintomas/classe funcional* e *insatisfação com a diferença valvar* é útil para estimular iniciativas de zelo e de prudência com o futuro, muitas explícitas em diretrizes.

Aproveitar o acesso cirúrgico para corrigir uma valvopatia

## Ponto de Vista

sem indicação se fosse doença isolada, escolher o tipo de prótese de acordo com o perfil psicossocial do paciente, promover a plástica valvar significam figurar o marcador sintoma/classe funcional como possuidor de duas faces.

A primeira é a voltada para o passado e determinante da transformação da história natural em história pós-operatória, um efeito do sintoma que o conjunto de insatisfações do paciente com a diferença valvar não provocara; a segunda é a voltada para o futuro, pelo efeito de prevenir ou de reduzir insatisfações, um objetivo além da reversão dos sintomas.

O cardiologista assim se comportando como agente plural da Cardiologia apresenta-se como guardião do leque de opções da especialidade bem aberto, vai além da atuação “burocrática”.

Certos aspectos da qualidade de vida futura não-beneficiados por rotinas institucionais tecnicamente corretas poderiam ter sido, caso tivesse havido a disposição para providências individualizadas.

Por isso, é desejável que os pontos de referência do tratamento/prognóstico não fiquem confinados ao resgate da “boa” qualidade de vida como equivalência à capacidade funcional classe I/II; que eles considerem as influências individuais sobre as insatisfações com a diferença valvar.

### Reforço final

Da conjunção do método ético aristoteliano<sup>21</sup> com a subdivisão da qualidade vida resulta um efeito pedagógico útil para a beira do leito de clínica de valvopatia.

O 1º estágio é a definição do conflito desencadeado pela diferença valvar como sintoma sim/classe funcional I/II ou III/IV; o 2º estágio é esquematizar os componentes diagnósticos, incluindo as insatisfações em geral; o 3º estágio, é entender o porquê das manifestações objetivas e subjetivas, à luz biopsicossocial, e selecionar as condutas ao alcance, ajustáveis ao melhor benefício dos dois considerados enfoques da qualidade de vida.

O quadro 1 ilustra decomposições da qualificação do impacto biopsicossocial sobre a vida do portador de valvopatia, segundo ângulos distintos de apreciação.

**Quadro 1** – Enfoques médico-paciente sobre qualidade de vida numa clínica de valvopatia

**PACIENTE:** ABC, 32 anos, portador de bioprótese mitral há 8 anos, ausência de sinais importantes ao exame físico e espessamento moderado da prótese ao ecocardiograma.

**SINTOMA/CLASSE FUNCIONAL PELA DIFERENÇA VALVAR:** assintomático--CFI/II.

**INSATISFAÇÃO DO PACIENTE PELA DIFERENÇA VALVAR:** Insatisfeito com a aproximação da época estimada para troca da prótese, que lhe provoca irritabilidade e baixa concentração de trabalho; a perspectiva lhe traz à memória os 15 dias de permanência pós-operatória na UTI, 10 dos quais semiconsiente e intubado.

**SEU CARDIOLOGISTA:** “boa” qualidade de vida.

**DIRETRIZ ACC/AHA 2006:** Retroca a ser determinada por sintomas ou intercorrências.

**COMENTÁRIO:** O paciente foi mantido sob observação,

com recomendação de ficar atento a eventuais sintomas; revisão clínica, laboratorial (hemólise intravascular) e de imagem consideradas úteis para documentação, mas com baixo potencial de determinar o momento ideal da retroca; privilegiou-se a discussão com o paciente sobre os prós e contra das próteses, em razão da insatisfação pela reoperação.

**PACIENTE:** BCD, 26 anos, portador de estenose mitral, área valvar mitral=1,3 cm<sup>2</sup>, átrio esquerdo=58 mm, hipertensão arterial pulmonar moderada e fibrilação atrial crônica; usa varfarina há dois anos, com boa adesão e eficácia(INR entre 2,0 e 2,5, habitualmente) e penicilina benzatina (irregularmente).

**SINTOMA/CLASSE FUNCIONAL PELA DIFERENÇA VALVAR:** dispnéia quando se excede em certas atividades não rotineiras, palpitações ocasionais--CFI/II.

**INSATISFAÇÃO DO PACIENTE PELA DIFERENÇA VALVAR:** Insatisfeito com o ritual fármaco-laboratorial de anticoagulação oral e com o desaconselhamento a operar uma hérnia inguinal que há muito lhe incomoda; insatisfeito com o desconforto da injeção de penicilina benzatina, fica dois a três meses sem a aplicação, desconsiderando os dois episódios de atividade reumática aos 12 e aos 15 anos de idade.

**SEU CARDIOLOGISTA:** “boa” qualidade de vida.

**DIRETRIZ ACC/AHA 2006:** Considerar valvoplastia mitral por cateter-balão caso haja morfologia mitral favorável (nível classel); em caso negativo, considerar intervenção cirúrgica, perante pressão arterial sistólica pulmonar>60 mmHg (nível classe IIa).

**COMENTÁRIO:** A rotina do Serviço não inclui a intervenção valvar em portador oligossintomático de estenose mitral, mesmo com escore ecocardiográfico favorável, embora admita discussão caso a caso em circunstâncias especiais. O paciente foi mantido sob tratamento clínico, em primeiro lugar porque qualquer intervenção não determinaria mudança na necessidade de anticoagulação oral, e, em segundo, porque a relação do risco da intervenção sobre a mitral para o benefício da herniorrafia foi considerada inadequada.

**PACIENTE:** CDE, 49 anos, portador de estenose aórtica calcificada, hipertrofia ventricular esquerda concêntrica importante, gradiente médio transvalvar aórtico=55 mmHg, velocidade máxima transvalvar aórtica=4 m/s e função ventricular esquerda preservada.

**SINTOMA/CLASSE FUNCIONAL PELA DIFERENÇA VALVAR:** assintomático--CFI/II.

**INSATISFAÇÃO DO PACIENTE PELA DIFERENÇA VALVAR:** Insatisfeito com a perspectiva de síncope a qualquer momento, desde quando foi atrás da segunda opinião da internet.

**SEU CARDIOLOGISTA:** “boa” qualidade de vida.

**DIRETRIZ ACC/AHA 2006:** Em ausência de sintomas e de rebaixamento da função ventricular esquerda, a presença de calcificação valvar como marcador de intervenção cirúrgica seria classe IIb.

**COMENTÁRIO:** O cardiologista explicou ao paciente que não desconsidera o potencial de síncope quando lhe recomenda conduta expectante; ponderou que apesar do impacto emocional, não havia conveniência “preventiva” do implante de prótese valvar aórtica. Nem sempre as análises do risco-benefício pelo médico e pelo paciente são superponíveis; conflitos podem acontecer em função de visões distintas sobre o

implante de prótese: a da antiimprudência por parte do médico, que privilegia a morbidade imediata do trans-operatória e tardia do substituto valvar e a da antinegligência, por parte do paciente, com sua angústia quanto à síncope.

**PACIENTE:** DEF, 35 anos, portadora de prolapso de valva mitral, ausência tanto de sinais de insuficiência mitral como de aspectos morfológicos sugestivos de redundância e degeneração mixomatosa.

**SINTOMA/CLASSE FUNCIONAL PELA DIFERENÇA VALVAR:** manifestação cíclica de dor precordial e palpitações taquicárdicas que a incapacitam por horas, sentidas especialmente ao repouso, cada vez mais frequentes – CFIII/IV.

**INSATISFAÇÃO DO PACIENTE PELA DIFERENÇA VALVAR:** Insatisfeita com o pânico quanto ao inesperado da manifestação de sintomas, acha que o diagnóstico prejudicou a sua vida familiar. Os sintomas desencadeiam um pressentimento de morte iminente.

**SEU CARDIOLOGISTA:** “boa” qualidade de vida.

**DIRETRIZ ACC/AHA 2006:** Considerar atuar sobre diagnósticos não cardiológicos, estimular mudanças de hábito de vida e uso de betabloqueadores.

**COMENTÁRIO:** A valorização da relação médico-paciente é essencial para minimizar insatisfações com o prolapso da valva mitral. Do diálogo, alguns fatos resultaram revelados: a) a paciente debruçou-se na internet e leu “tudo”, valendo-se, inclusive, da sua fluência em inglês, francês e alemão; b) o pai falecera subitamente, poucos dias após ter sido cumprimentado pelo médico, ela presente, pela excelência dos resultados de uma série de exames realizados em função de um mal-estar precordial que incluía sintomas “parecidos”; c) lera sobre o relato de um caso de morte súbita em portador de prolapso da valva mitral, o que lhe trouxe um verdadeiro efeito nocebo pelo testemunho com alta representação afetiva do acontecido com o pai.

**PACIENTE:** EFG, 59 anos, portador de prótese metálica em posição mitral há 10 anos, ausência de sinais físicos e ecocardiográficos de importância.

**SINTOMA/CLASSE FUNCIONAL PELA DIFERENÇA VALVAR:** assintomático--CFI/II.

**INSATISFAÇÃO DO PACIENTE PELA DIFERENÇA VALVAR:** Insatisfeito com a dependência *ad eternum* ao ritual farmacológico da anticoagulação oral, o comprimido que é “o seu seguro de vida”; apavora-lhe pensar numa outra necessidade de “ponte com heparina” a que já se submeteu por duas vezes, uma para ser submetido à colecistectomia e outra para realizar rinosseptoplastia.

**SEU CARDIOLOGISTA:** “boa” qualidade de vida.

**DIRETRIZ ACC/AHA 2006:** Manter INR 2,5-3,5.

**COMENTÁRIO:** O outro lado da moeda em relação ao caso ABC.

**PACIENTE:** FGH, 39 anos, portador de insuficiência aórtica associada à doença de Marfan, pressão diastólica arterial sistêmica=0 mmHg, diâmetro da raiz da aorta=5,2 cm e função ventricular esquerda preservada.

**SINTOMA/CLASSE FUNCIONAL PELA DIFERENÇA VALVAR:** Dispnéia aos pequenos esforços, sempre acompanhada de sensação que o coração vai sair pela boca--CFIII/IV e, por

vezes de tontura e dor precordial.

**INSATISFAÇÃO DO PACIENTE PELA DIFERENÇA VALVAR:** Insatisfeito com a progressão rápida dos sintomas, ainda reluta em aceitar a intervenção cirúrgica que recusa desde quando era assintomático, indicada pela aortopatia. Os sintomas, é verdade, reduziram a sua convicção antiintervenção; mas foi a realização “urgente” de um exame de imagem no dia em que a dor precordial foi mais acentuada, negativo para dissecação aórtica, que lhe aproximou da aceitação da operação; ele se sente “quase” dando o consentimento, apesar de ter ficado confortável com o tratamento farmacológico da insuficiência cardíaca.

**SEU CARDIOLOGISTA:** “má” qualidade de vida.

**DIRETRIZ ACC/AHA 2006:** Reconstrução da aorta e troca da valva aórtica indicada com qualquer grau de insuficiência aórtica em presença de diâmetro da aorta ou de sua raiz > 5 cm.

**COMENTÁRIO:** Sintoma incapacitante sim, sintoma incapacitante não, é a dualidade que costuma dar concordância inequívoca sobre conduta cirúrgica, tanto para o médico quanto para o paciente. Os algoritmos do ACC/AHA 2006 utilizam sintoma como único dado subjetivo. As realidades estatísticas associadas à aortopatia da doença de Marfan representam um item de exceção à interdependência de sintoma incapacitante-classe III/IV ao tratamento cirúrgico da insuficiência aórtica crônica.

**PACIENTE:** GHI, 44 anos, portador de insuficiência aórtica reumática; pressão de pulso de 120 mmHg, presença de sopro de Austin Flint e função ventricular esquerda preservada.

**SINTOMA/CLASSE FUNCIONAL PELA DIFERENÇA VALVAR:** Cansa-se um pouco mais de vez em quando, mas repousa uns 30 minutos e logo passa--CFI/II. Nega limitar-se no cotidiano.

**INSATISFAÇÃO DO PACIENTE PELA DIFERENÇA VALVAR:** Aparentemente satisfeito com uma boa convivência com a cardiopatia, manifesta boa adesão às recomendações; não verbaliza dificuldades de sua vida pessoal e profissional pela presença da diferença valvar.

**SEU CARDIOLOGISTA:** “boa” ou “má” qualidade de vida? Solicita reavaliação de imagem e teste cardiopulmonar.

**DIRETRIZ ACC/AHA 2006:** Havendo dúvidas quanto a sintomas, considerar teste de esforço; se ele resultar sintoma(+), a troca da valva aórtica é recomendação nível classe I; se, ao contrário, for sintoma (-) e associado à função ventricular esquerda normal, conduta clínica.

**COMENTÁRIO:** Definir subjetividades no cotidiano do paciente por meio da objetividade de exames no laboratório é ponto polêmico, pois poderia suscitar uma rotina de testes “em substituição à anamnese”.

O cardiologista sentiu dubiedade sobre o relato da anamnese; resolveu valer-se da consecução dos recursos da Cardiologia como base de referência para concluir sobre a real dimensão dos sintomas. A imprecisão sobre qualidade de vida como “boa” ou como “má”, trouxe-lhe um conflito e, pela responsabilidade profissional ante antinegligência e antiimprudência de uma recomendação cirúrgica, sentiu a necessidade de obter informações adicionais da sua esfera de conhecimento técnico.

Os valores obtidos pela espirometria associada ao teste ergométrico “tranquilizaram” o cardiologista. Uma vez que

## Ponto de Vista

concluía que o paciente tinha “boa” qualidade de vida, manteve a conduta expectante.

Quando a anamnese provoca incertezas, o cuidadoso esculpir do equilíbrio clínico-cirúrgico tanto poderá pender para uma atitude de pragmatismo antinegligente determinante de antecipação de indicação cirúrgica, quanto para um passar do ponto idealizado, por meio de uma presunçosa hierarquização antiimprudência. E nesse aspecto, as imprecisões da transposição da subjetividade do paciente para a objetividade do médico superpõem-se às zonas cinzentas entre as classes funcionais.

**PACIENTE:** HIJ, 33 anos, portadora de estenose mitral, diâmetro de átrio esquerdo=46 mm e área valvar mitral=1,2 cm<sup>2</sup>. Um ano após ter completado uma gestação sem intercorrências, HIJ apresentou edema agudo de pulmão desencadeado por fibrilação atrial paroxística; cardioversão elétrica eficaz determinou o retorno à classe funcional I.

**SINTOMA/CLASSE FUNCIONAL PELA DIFERENÇA VALVAR:** Assintomática--CFI/II

**INSATISFAÇÃO DO PACIENTE PELA DIFERENÇA VALVAR:** Após a surpresa do episódio de edema agudo de pulmão a boa convivência com a cardiopatia foi substituída por enorme apreensão com a valvopatia; manifesta importante grau de insegurança com a eficiência do antiarrítmico; culpa-se por ter suspenso a aplicação de penicilina benzatina desde que ficou grávida, voltou a utilizá-la a cada 21 dias; já realizou três consultas para “segunda opinião”.

**SEU CARDIOLOGISTA:** “boa” qualidade de vida.

**DIRETRIZ ACC/AHA 2006:** É controverso se a valvoplastia mitral por cateter-balão deve ser realizada em portador de estenose mitral moderada ou importante, com fibrilação atrial de origem recente, que seja assintomático por demais pontos de vista.

**COMENTÁRIO:** A interpretação fisiopatológica da

mudança abrupta da classe funcional define a conduta no portador de valvopatia. Ter ultrapassado um limiar obstrutivo da área efetiva de vazão pela mitral tem significado distinto do “teste funcional” aprontado pela resposta ventricular rápida à fibrilação atrial aguda.

No iminente perigo à vida, a óptica da insatisfação com a diferença valvar é superponível nos três componentes da tríade paciente, cardiologista e Cardiologia. O privilégio é pela relação do presente (manifestação clínica de edema agudo de pulmão) com o passado (estenose mitral); a relação do presente com o futuro (prevenção de novo episódio) fica em segundo plano.

O impacto do mais alto grau de desconforto possível pela valvopatia determinou seqüelas “não exatamente cardíacas”; a seqüência foi insegurança com o futuro mórbido.

Apesar do extremo da gravidade clínica atingida, exigente de medidas de emergência, a oscilação pendular das conseqüências da diferença valvar não impôs iniciativas de redefinições sobre beneficência/não-maleficência da rotina terapêutica, por parte do cardiologista.

Apesar do trauma do edema agudo sobre o viver da paciente, persistiu a rotulação como “boa” qualidade de vida, nas consultas subseqüentes; portanto, sem critério acadêmico para intervenção sobre a causa primária.

Considerar uma intervenção valvar soaria imprudência, pois, pela linha de conduta em Clínica de valvopatia, análises de risco-benefício privilegiam as conseqüências clínicas, mais do que a diferença primordial, razão da habitual longa manutenção da história natural.

O episódio representou para HIJ mais um capítulo da insatisfação com a diferença que se integrou a sua vida, a partir da atividade reumática na adolescência; embora transitório, o agravo, foi suficiente para elevar o nível basal de insatisfação com a sua condição de diferente.

## Referências

1. Quality of life and clinical trials. [editorial]. Editorial Lancet. 1995; 346: 1-2.
2. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? BMJ. 1998; 316: 542-5.
3. Gill, TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA. 1994; 272: 619-26.
4. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med. 1993; 118: 622-9.
5. Leplège A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. JAMA. 1997; 278: 47-50.
6. Hester DM- Is pragmatism well-suited to bioethics? J Med Philos. 2003; 28: 545-61.
7. Grinberg M, Cohen C. Falando com o coração: auscultando a bioética. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2002; 6: 805-20.
8. The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 9th ed. Boston: Little, Brown & Co; 1994. p. 253-6.
9. Koch T. Bioethics as an ideology: conditional and unconditional values. J Med Philos. 2006; 31: 251-67.
10. American College of Cardiology. American Heart Association. Task Force on Practice Guidelines the 1998 guidelines for the management of patients with valvular heart disease. J Am Coll Cardiol. 2006; 48: e1-148.
11. UNESCO. Universal declaration on bioethics and human rights. Paris; 1997.
12. De Vries J, Van Heck GL. The World Health Organization Quality of life assessment instrument (WHOQOL-100). Eur J Psychol Assess. 1997;13: 164-78.
13. Grinberg M, Jonke VM, Sampaio RO. O momento da história natural: o índice VMCP. In Grinberg M, Sampaio RO (eds). Doença valvar. Barueri: Manole; 2006. p. 139.
14. Grinberg M. Prescindindo da história natural, decidindo-se pela história pós-operatória na estenose valvar aórtica: uma releitura bioética. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2003; 3: 378-88.
15. Tarasoutchi F, Grinberg M, Spina GS, Sampaio RO, Cardoso LF, Rossi EG, et al. Ten-year clinical laboratory follow-up after application of a symptom-based therapeutic strategy to patients with severe chronic aortic regurgitation of predominant rheumatic etiology. J Am Coll Cardiol. 2003; 41: 1316-24.
16. Beauchamp TL. Methods and principles in biomedical ethics. J Med Ethics. 2003; 29: 269-74.

17. Ortiz J, Grinberg M. Fazendo eco na bioética. *Rev Bras Ecocardiogr.* 2004; 17: 14-20.
18. Rossi E, Grinberg M, Wajngarten M, Cardoso LF, Kalil L, Avila WS, et al. Dissociação clínico-morfológica em portadores de estenose mitral. *Arq Bras Cardiol.* 1995; 64: 455-8.
19. Reis G, Motta Ms, Barbosa MM, Esteves WA, Souza SF, Bocchi EA, et al. Dobutamine stress echocardiography for noninvasive assessment and risk stratification of patients with rheumatic mitral stenosis. *J Am Coll Cardiol.* 2004; 43: 393-401.
20. Lung B, Gohlke-Bärwolf C, Tornos P, Tribouilloy C, Hall R, Butcher E et al. Recommendations on the management of the asymptomatic patient with valvular heart disease. *Eur Heart J.* 2002; 23: 1252-66.
21. Allmark P. An argument for the use of Aristotelian method in bioethics. *Med Health Care Philos.* 2006; 9: 69-79.