

Cardiogeriatría, a Cardiología do Futuro?

Cardiogeriatric, the Future´s Cardiology?

Roberto Alexandre Franken e Ronaldo Fernandes Rosa

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil

O envelhecimento e a sobrevivência dos seres variam entre as espécies vivas, animal ou vegetal, assim como dentro da mesma espécie. Esse processo é parcialmente determinado por características genéticas. Já são conhecidas mutações capazes de prolongar a vida de vermes, moscas e camundongos pelo retardo do processo de envelhecimento¹. Como a maioria dos processos biológicos se conserva na evolução, admite-se que genes iguais ou semelhantes possam regular a sobrevivência do homem.

Ao lado de fatores genotípicos, fatores ambientais, bem como o estilo de vida e eventuais doenças, também estão relacionados à longevidade.

Quais os limites no atendimento ao paciente geronte octogenário ou centenário? Os parâmetros dessa atuação devem ser guiados por várias vertentes: avaliação objetiva por meio de estudos de risco/benefício, custo/benefício, qualidade de vida e aspectos culturais, éticos, filosóficos e religiosos.

Em 1997, William Parmley, na página do presidente, no JACC², perguntava “Estamos praticando cardiogeriatría?” e analisava que, por um lado, sim, pois atendemos, e muito, a essa população, e por outro lado, não, pois não estamos preparados para o atendimento ao paciente idoso. Dez anos depois, James T. Dove insiste que continuamos mal preparados para o “mister” e isso ocorre devido à falta de treinamento de nossos médicos³.

O aumento na longevidade obriga os médicos a se prepararem para o atendimento pelo novo modelo de paciente. O cardiologista, pela própria epidemiologia da doença cardiovascular, é o responsável lógico pela saúde do idoso. É marcante o aumento da prevalência de idosos cardiopatas nos prontos-socorros, ambulatórios e enfermarias de nossos hospitais, tanto que muitos serviços criaram ambulatórios específicos para atendimento em cardiogeriatría. Esses pacientes se apresentam, menos frequentemente, como cardiopatas isoladamente, mas como cardiopatas com doenças associadas.

Palavras-chave

Envelhecimento da População; Geriatría / tendências; Doenças Cardiovasculares; Idoso de 80 Anos ou Mais; Sobrevivência.

Correspondência: Roberto Alexandre Franken •

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Rua Dr. Franco da Rocha, 163, ap. 52, Perdizes. CEP 05015-040. São Paulo, SP – Brasil
E-mail: franken@cardiol.br; frankenr@terra.com.br; suely.orlandeli@fcmcasasp.edu.br

Artigo recebido em 13/05/14, revisado em 29/07/14, aceito em 31/07/14.

DOI: 10.5935/abc.20140132

O atendimento ao idoso deve ser feito de modo diferenciado e com competência, entretanto o que observamos, em geral, é que o clínico cardiologista está despreparado para essa função. É necessário, desde os bancos da graduação, que o aluno seja treinado para esse fim.

Em 3 de junho de 1992, um grupo de médicos reuniu-se na Santa Casa de São Paulo e criou o Grupo de Estudos Brasileiro em Cardiogeriatría, da Sociedade Brasileira de Cardiologia (Gebrac), elegendo na ocasião seu primeiro presidente, o Prof. Dr. Mauricio Wajgarten. O objetivo do grupo era divulgar e estimular o estudo dos assuntos da cardiologia no idoso.

Em 2002, proferimos conferência no Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia, “Por que cardiogeriatría?”, pela qual pontuávamos a necessidade da formação em cardiogeriatría, pois esse era o segmento populacional que crescia, e salientávamos que não se tratava de especialização, mas de diferenciação de um médico, capaz de entender e atuar nos diferentes aspectos da cardiopatia no idoso. Chamávamos a atenção para a necessidade de se transformar o grupo em departamento, fato que ocorreu na gestão da Prof.^a Dr.^a Cláudia Gravina, em 2005, quando se constituiu o Departamento de Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia (Decage-SBC). Desde então estabeleceram-se no país grupos interessados no estudo da matéria, que oferecem cursos locais, encontros regionais e congressos nacionais, muitos em conjunto com as sociedades de geriatría, o que enriquece os debates.

Em 2002 e 2010, foram publicadas a primeira⁴ e a segunda⁵ diretrizes em cardiogeriatría, a última com participação de representantes do American College of Cardiology. Colegas do departamento participaram, ainda, da publicação de livros⁶ e tratados de geriatría e gerontologia⁷.

Em 2006, o Decage-SBC teve oportunidade, em conjunto com a Society of Geriatric Cardiology, de realizar uma jornada, durante o congresso do *American College of Cardiology*, cujas aulas foram de elevado nível e resultaram em publicação específica^{8,9}. O fato se repetiu na atual gestão, no congresso do ACC 2014, especificamente para discussão das nossas diretrizes.

Estão entre os objetivos do Decage-SBC:

1. Formação de médicos e outros profissionais da saúde no atendimento ao idoso cardiopata;
2. Educação continuada;
3. Pesquisa e realização de estudos multicêntricos⁸;
4. Divulgação de tópicos em cardiogeriatría para profissionais de saúde e público leigo, como ocorrido no congresso Decage 2012 realizado em Gramado (RS).

Progressos tecnológicos e terapêuticos ocorridos nos últimos 20 anos permitiram o tratamento com sucesso das cardiopatias em adultos e, como consequência, ocorreu aumento expressivo da sobrevida. As mudanças ocorridas na história natural das doenças criam novas doenças ou, anos depois, o mal reaparece com nova roupagem, no doente já idoso.

A abordagem do idoso é geralmente baseada em evidências para a população adulta. Quando há estudos específicos com idosos, eles são selecionados, sendo excluídos aqueles com fragilidade ou grave comorbidade, o que reforça nossa distorcida visão do idoso cardiopata¹⁰.

O idoso deve ser avaliado pelo conceito sobre o qual temos insistido, da indivisibilidade da clínica médica. As especialidades são a demonstração de nosso limite de competência. Devido à profundidade e enormidade do conhecimento, somos incapazes de atender de modo integral a todas as áreas da medicina e instituímos a divisão do paciente em especialidades e subespecialidades, o que no idoso é indesejável. Não estamos, em geral, diante de um cardiopata de idade avançada, mas de um paciente com várias queixas, várias doenças, muitas vezes frágil e que apresenta, entre outras, uma cardiopatia.

O idoso apresenta três características, em maior ou menor intensidade, e que devem ser consideradas: fragilidade, incapacidade e comorbidade¹¹.

A comunicação com o geronte é também peculiar, motivada por déficit de audição, visão, atenção, memória, compreensão e até de insuficiente proficiência literária¹².

O idoso, em geral, recebe menos atenção à sua saúde, porém no nosso entender os benefícios dos progressos alcançados devem ser aplicados também nessa população. Apesar do maior risco dos procedimentos, também são maiores os benefícios. Devemos evitar o que definimos como iatrogenia de omissão^{13,14}, quando deixamos de atuar onde os benefícios de determinado tratamento já foram demonstrados.

O atendimento ao idoso deve ser diferenciado e despojado de qualquer generalização, estereotipagem ou preconceito¹⁵. O médico deve ser treinado a ver o doente geronte não como um cardiopata, mas como um todo, com doenças associadas e limitações relacionadas ou não à cardiopatia¹⁶.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia fez publicar, em 2012, sua I Diretriz sobre processos e competências para a formação em cardiologia no Brasil¹⁷. O documento pontua as recomendações para a formação do cardiologista e para a aquisição do título de especialista. Ao referir-se aos assuntos específicos são citadas, entre outras, as doenças cardiovasculares no paciente idoso. Cabe, então, aos departamentos e grupos de estudos estabelecerem os conteúdos pedagógicos dos itens descritos na diretriz.

O treinamento para atendimento pleno do idoso deve contemplar, no nosso entender:

1. Avaliação geriátrica global, física, funcional e psicossocial, incluindo conhecimento sobre a dinâmica familiar do idoso;
2. Processo de envelhecimento e fisiologia do idoso;

3. Treinamento de trabalho e coordenação com equipe multiprofissional;
4. Discussão dos aspectos éticos e legais do idoso;
5. Discussão de morte com dignidade e respeito às escolhas do paciente (sobrevida e qualidade de vida);
6. Aspectos econômicos e institucionalização;
7. Farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos no idoso, polifarmácia e interação medicamentosa;
8. Aspectos de nutrição aplicados no idoso;
9. Prevenção geral e específica cardiovascular;
10. Medicina baseada em evidência no idoso;
11. Treinamento em comunicação;
12. Evitar iatrogenia de omissão;
13. Ser um clínico nos moldes clássicos da medicina.

Os instrumentos de treinamento devem incluir:

1. Atendimento em ambulatório específico para idosos;
2. Leitos de enfermaria na clínica e cirurgia;
3. Interconsulta com outras áreas de atendimento a pacientes idosos;
4. Atendimento em pronto-socorro e UTI;
5. Seminários com especialistas (medicina legal, economistas, advogados etc.) nas diferentes áreas de atendimento;
6. Discussão de estudos com idosos;
7. Promoção de estudos com idosos.

Para trabalhar todos esses aspectos do paciente idoso, o cardiologista deve estar treinado e preparado¹⁸.

O envelhecimento é um contínuo processo de modificações que se estabelecem com o tempo, com progressão individual, dependente de múltiplos fatores. A medicina do geronte dependente desse processo é individual e obriga que o clínico esteja preparado para observar as consequências e vulnerabilidades do envelhecimento, com a perspectiva de que nosso paciente possa ultrapassar os cem anos com qualidade de vida.

Contribuição dos autores

Concepção, desenho da pesquisa, obtenção de dados, revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual e redação do manuscrito: Franken RA, Rosa RF.

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. Browner WS, Kahn AJ, Ziv E, Reiner AP, Oshima J, Cawthon RM, et al. The genetics of human longevity. *Am J Med.* 2004;117(11):851-60.
2. Parmley WW. Do we practice geriatric cardiology? *J Am Coll Cardiol.* 1997;29(1):217-8.
3. Dove JT, Zieman SJ, Alexander K, Miller A. President's page: cardiovascular care in older adults: the ACC and SGC partnership builds new curriculum. *J Am Coll Cardiol.* 2008;51(6):672-3.
4. Franken RA, Taddei CFG. I Diretriz do Grupo de Estudos em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 79(SI):1-46.
5. Gravina CF, Rosa RF, Franken RA, Freitas EV, Liberman A; Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretrizes brasileiras em cardiogeriatría. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(3 supl.2):1-112.
6. Liberman A, Freitas EV, Savioli Neto F, Taddei CF. Diagnóstico e tratamento em cardiologia geriátrica. São Paulo: Manole; 2005.
7. Freitas EV, Py L, Cançado FA, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
8. Rosa RF, Neto AS, Franken RA. Chagas' disease and the use of implantable cardioverter-defibrillators in Brazil. *Am J Geriatr Cardiol.* 2006;15(6):372-6.
9. Gravina CF, Garcez-Leme LE, Deckers Leme M, Piegas L. Implantable cardioverter defibrillators: expectations in the Brazilian elderly. *Am J Geriatr Cardiol.* 2006;15(6):357-60.
10. Alpert JS, Powers PJ. Who will care for the frail elderly? *Am J Med.* 2007;120(6):469-71.
11. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004;59(3):255-63.
12. Franken RA, Franken M. Comunicação médica: um atributo em extinção. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2010;8(5):373-5.
13. Winstein KJ. A simple health-care fix fizzles out. *Wall Street Journal.* February 11, 2010. [Internet]. [Cited in 2014 Jan 10]. Available from: <http://online.wsj.com/news/articles/SB10001424052748703652104574652401818092212>.
14. Pereira AC, Franken RA, Sprovieri SR, Golin V. Iatrogenia em cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2000;75(1):75-8.
15. Wait S, Midwinter E. Promoting age equality in health care: a report for the alliance for health and the future. London; 2005.
16. 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.
17. Sousa MR, Feitosa GS, Paola AA, Schneider JC, Feitosa-Filho GS, Nicolau JC, et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre processos e competências para a formação em cardiologia no Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2011;96(5 Suppl 1):4-24.
18. Institute of Medicine of the National Academies. Future health care workforce for older americans. Board on Health Care Services. Retooling for an aging America: building the health care workforce. Washington, DC: The National Academies Press; 2008.