O Papel do Especialista em Insuficiência Cardíaca: Benefícios para os Pacientes e para a Comunidade Cardiológica

The Role of the Heart Failure Specialist: Benefits for Both the Patient and the Cardiology Community

Livia A. Goldraich,[1] Jefferson L. Vieira,[2] Nadine Clausell[1]

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,[1] Porto Alegre, RS - Brasil

Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart,[2] Fortaleza, CE - Brasil

Nas últimas décadas, o avanço no conhecimento das doenças cardiovasculares foi notável. Entre as condições de maior relevância epidemiológica para a população, a insuficiência cardíaca (IC) tem papel proeminente, considerando as elevadas prevalência e incidência mundiais, que também incluem o Brasil.[1-4] Como tal, o domínio básico dessa condição é fundamental na formação do cardiologista. Contudo, tem avançado o entendimento da complexidade das diversas doenças e dos múltiplos mecanismos fisiopatológicos potencialmente envolvidos no desenvolvimento, na progressão e no prognóstico da IC, assim como o amplo e intrincado espectro de alternativas terapêuticas que vêm surgindo, especialmente nas últimas duas décadas. Esses avanços possibilitaram a melhora significativa de desfechos clínicos de indivíduos com IC, mas também foi tornando-se claro, à medida que se aprofundaram os conhecimentos e os consequentes desafios terapêuticos, que um novo tipo de treinamento e expertise na área da Cardiologia se faziam necessários.

A *American Heart Association* e a *European Society of Cardiology* (ESC) foram as pioneiras em estimular o crescimento e o fortalecimento da especialidade de IC, com a criação de grupos de estudos, departamentos e periódicos focados nessa condição.[5-7] Vários congressos específicos de IC foram sendo organizados e congregam um crescente número de participantes há cerca de 20 anos. Concomitantemente, diversos serviços de cardiologia reconhecidos mundialmente desenvolveram programas de *fellowship* em IC e transplante cardíaco, muitos dos quais mais recentemente abrangem também a área de suporte circulatório mecânico. Por fim, exames de qualificação para titulação de especialista em IC pela *American Board of Internal Medicine* (ABIM) e pela *Heart Failure Association* da ESC foram estabelecidos em 2013 e 2014, respectivamente.[5,8] Em 2020, um consenso de profissionais do *American College of Cardiology* (ACC) em associação com a *Heart Failure Society of America* (HFSA) e a *International Society for Heart and Lung Transplantation* (ISHLT) apresentou uma lista de requisitos para o treinamento do especialista em IC, baseadas nas competências centrais do Conselho de Credenciamento para Educação Médica de Pós-Graduação Norte-Americano (ACGME).[9] Esse documento delineia, particularmente, as expectativas para médicos que tratam de pacientes com IC avançada ou receptores de transplante cardíaco, e recomenda habilidades específicas também em suporte circulatório mecânico, terapia de ressincronização, transplante cardíaco e hipertensão pulmonar. Além disso, os autores também recomendam que haja um processo de manutenção da certificação do especialista por meio da participação em programas de educação médica continuada e da colaboração com bancos de dados e registros nacionais.[10] A Tabela 1 exemplifica e adapta o modelo de treinamento em IC realizado no Brigham and *Women's Hospital* da Universidade de Harvard, em Boston, nos Estados Unidos.

No Brasil, embora o Departamento de Insuficiência Cardíaca (DEIC) ligado à Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) tenha completado 20 anos de existência em 2020 e o Congresso do DEIC já esteja em sua XIX edição anual em 2021, a especialidade ainda é pouco reconhecida entre médicos cardiologistas, médicos não cardiologistas, equipe multiprofissional, administradores em saúde, pacientes e seus cuidadores.[11] Além disso, são poucas as opções de treinamento específico, embora alguns centros no país ofereçam cursos de especialização em IC com ano adicional de formação, após a conclusão da residência em cardiologia. Há também algumas instituições que estruturaram programas específicos de residência médica credenciados pelo Ministério da Educação ou pelo Ministério da Saúde como área de atuação em transplante de coração, nos quais a formação tem incluído conteúdos aprofundados em IC e suas diferentes dimensões.[12] Os programas de formação em IC hoje existentes no Brasil estão apresentados na Tabela 2.

Esses programas de treinamento têm o objetivo de qualificar o cardiologista a cuidar do paciente com IC em todos os seus estágios, sobretudo daqueles com doença avançada que frequentemente necessitam de hospitalizações, drogas vasoativas, monitorização hemodinâmica invasiva, dispositivos de assistência circulatória mecânica ou transplante cardíaco. A capacitação em habilidades técnicas e procedimentos específicos é oferecida de maneira variada

Palavras-chave

Insuficiência Cardíaca/prevalência; Especialista; Continuidade da Assistência ao Paciente; Epidemiologia; Estudos Transversais.

Correspondência: Nadine Clausell •
Serviço de Cardiologia - Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Rua Ramiro Barcelos, 2350. CEP 90035-003, Porto Alegre - RS - Brasil
E-mail: nclausell@hcpa.edu.br
Artigo recebido em 28/04/2021; revisado em 30/05/2021; aceito em 30/05/2021

DOI: https://doi.org/10.36660/abchf.20210002

Tabela 1 - Lista adaptada de competências e habilidades específicas que estão incluídas no programa de *fellowship* em Insuficiência Cardíaca Avançada, Transplante Cardíaco e Medicina de Dispositivos de Assistência Ventricular do *Brigham and Women's Hospital* da Universidade de Harvard (Boston, Estados Unidos)

Competências gerais
Cuidado e atenção ao paciente
Conhecimento médico
Aprendizado baseado na prática e educação permanente
Habilidades interpessoais e de comunicação
Profissionalismo e ética na prática profissional
Prática baseada na ordenação do sistema de saúde
Habilidades técnicas/procedimentos
Acompanhar e interpretar testes de esforço cardiopulmonar
Acompanhar cateterismo cardíaco direito e interpretar desafio vasodilatador pulmonar
Acompanhar interrogatório de dispositivos de CDI e TRC
Observar implante e acompanhar interrogatório de DAVs
Acompanhar o atendimento ambulatorial de pacientes com DAV
Acompanhar a captação de órgãos, a cirurgia de transplante cardíaco e o atendimento ambulatorial de pacientes transplantados
Acompanhar e discutir biópsias endomiocárdicas
Participar de discussões de fim de vida e/ou cuidados paliativos

CDI: cardioversor desfibrilador implantável; DAV: dispositivo de assistência ventricular; TRC: terapia de ressincronização cardíaca.

Tabela 2 – Programas de Residência Médica e cursos de especialização em Insuficiência Cardíaca Avançada e Transplante Cardíaco disponíveis no Brasil

1. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
Curso de Aprimoramento em Transplante de Coração em Adultos
2. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Alberto Einstein
Curso de Aprimoramento em Transplante e Insuficiência Cardíaca
3. Instituto do Coração (Incor) – HC-FMUSP
Programa de complementação especializada – PCE: Insuficiência Cardíaca Congestiva e Dispositivos de Assistência Ventricular Residência Médica em Transplante de Coração
4. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP
Residência Médica da Escola Paulista de Medicina Ano opcional: Transplante Cardíaco
5. Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Residência Médica – Ano adicional: Transplante de Coração
6. Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia
Residência Médica – Ano adicional para Capacitação em Transplante Cardíaco
7. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Programa de Complementação Especializada – COMESP na área de Transplante de Coração e Insuficiência Cardíaca Avançada

Fonte: Mesquita ET, Mendes AP, Moura L, Figueiredo Neto JA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Moreira MDCV, Clausell NO. The Challenges of Heart Failure Yesterday, Today and Tomorrow and the 20 Years of DEIC. Arq Bras Cardiol. 2021 Feb;116(2):359-362.[12]

pelos diferentes programas, levando em consideração as particularidades dos meios em que os egressos irão inserir-se profissionalmente. Além disso, essa capacitação visa à inserção desses profissionais nos ambientes clínicos de maneira colaborativa, procurando integrar as diferentes especialidades cardiológicas que são importantes na avaliação e no atendimento do paciente com IC. O avanço na área de IC vem expandindo a atuação dos especialistas para além do

manejo de pacientes que necessitem de terapias avançadas e, atualmente, pode envolver avaliação e tratamento de diagnósticos etiológicos complexos, comorbidades ou hipertensão pulmonar; cardio-oncologia; multimodalidades de imagem em cardiologia; eletrofisiologia; reabilitação cardíaca; genética; cardiointensivismo; e cuidados paliativos. Vale também destacar que esses médicos devem ser preparados para desempenhar um papel de coordenação da assistência ao paciente com IC em situações que muito frequentemente incluem profissionais de várias disciplinas, como na tomada de decisões ágeis e críticas envolvidas no manejo cardiogênico ou no gerenciamento do cuidado da doença crônica. Ainda, é crescente o papel dos especialistas em IC no incremento de pesquisas nesse campo.

Em diversos países e, muito provavelmente, no Brasil, médicos de família, geriatras e clínicos gerais prestam assistência a uma grande parcela dos pacientes com IC, além dos cardiologistas gerais.[13] Em países onde a especialidade de IC é desenvolvida e reconhecida, essa dinâmica assistencial funciona com adequado fluxo de referência e contrarreferência entre os médicos não especialistas e os especialistas, envolvendo ainda significativa interação no modelo de cuidado compartilhado.[10,14] De toda forma, convém sublinhar que diversos estudos sugerem que o cuidado prestado por especialistas em IC resulta na melhora de desfechos clínicos que incluem redução de hospitalizações e aumento de sobrevida.[15,16]

Dados preliminares de um projeto de pesquisa conduzido pelo nosso grupo, com apoio da SBC, indicam que pacientes com IC podem corresponder de 25 a 50% da prática clínica de muitos cardiologistas gerais; entretanto, o encaminhamento de pacientes para especialistas ainda parece ser infrequente. O limitado reconhecimento pelos pares e também pelos pacientes foi um dos principais aspectos citados pelos especialistas em IC como barreiras para o desenvolvimento da especialidade no país (dados não publicados). Nossos dados sugerem que, apesar dos esforços empreendidos nos últimos anos no sentido de destacar a importância da especialidade no cenário assistencial cardiológico no Brasil, ainda há um longo caminho a ser percorrido no país para que esse especialista seja devidamente reconhecido e possa impactar positivamente em desfechos de pacientes com IC.

Concluindo, frente à crescente prevalência da IC e ao acesso ainda limitado ao cuidado especializado, seria desejável que mais instituições estimulassem a formação de especialistas em IC. Adicionalmente, parece oportuno trabalhar o conceito de que a presença e a atuação do especialista em IC em um grupo ou serviço de cardiologia pode contribuir para o crescimento do meio, fortalecendo a prática do manejo compartilhado com cardiologistas gerais e potencialmente ampliando a valorização e a demanda de outras especialidades cardiológicas e da equipe multiprofissional. Com a incorporação de especialistas em IC, gestores em saúde e pesquisadores podem encontrar um amplo campo para práticas de melhorias de processos assistenciais e de inovação, respectivamente. Por fim, o acréscimo de especialistas em IC no âmbito de uma instituição pode beneficiar não somente desfechos clínicos dos pacientes, mas agregar qualidade e avanço através da interdisciplinaridade, a qual é uma forte característica do cuidado contemporâneo desses pacientes (Figura 1).

Contribuição dos autores

Redação do manuscrito: Goldraich LA, Vieira JL, Clausell N.

Potencial conflito de interesse

Não há conflito com o presente artigo

Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação acadêmica

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

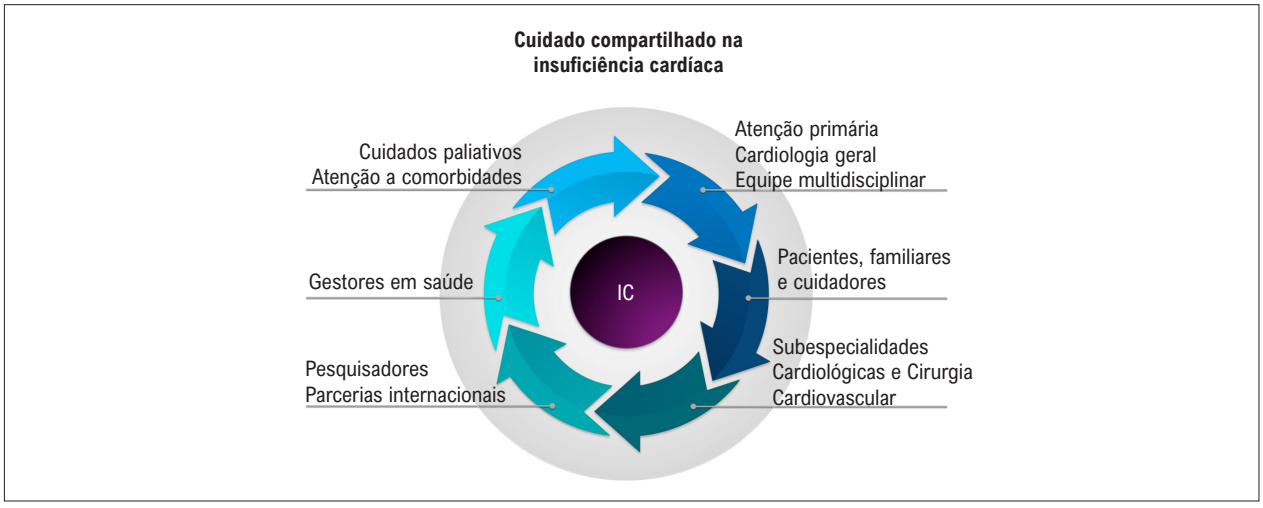

Figura 1 – *Representação gráfica da interdisciplinaridade no atendimento contemporâneo de pacientes com insuficiência cardíaca. IC: insuficiência cardíaca.*

Referências

1. Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, et al. Heart Disease and stroke statistics-2021 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2021;143(8):e254-e743.
2. Stevens B, Pezzullo L, Verdian L, Tomlinson J, George A, Bacal F. The Economic Burden of Heart Conditions in Brazil. Arq Bras Cardiol. 2018;111(1):29-36.
3. Fernandes ADF, Fernandes GC, Mazza MR, Knijnik LM, Fernandes GS, Vilela AT, et al. A 10-year trend analysis of heart failure in the less developed Brazil. Arq Bras Cardiol. 2020;114(2):222-31.
4. Conrad N, Judge A, Tran J, Mohseni H, Hedgecott D, Crespillo AP, et al. Temporal trends and patterns in heart failure incidence: a population-based study of 4 million individuals. Lancet. 2018;391(10120):572-80.
5. Jessup M, Drazner MH, Book W, Cleveland Jr JC, Dauber I, Farkas S, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA/ISHLT/ACP Advanced Training Statement on Advanced Heart Failure and Transplant Cardiology (Revision of the ACCF/AHA/ACP/HFSA/ISHLT 2010 Clinical Competence Statement on Management of Patients With Advanced Heart Failure and Cardiac Transplant): a Report of the ACC Competency Management Committee. Circ Heart Fail. 2017;10(6):e000021.
6. Westenbrink BD, Brugts JJ, McDonagh TA, Filippatos G, Ruschitzka F, Laake LW. Heart failure specialization in Europe. Eur J Heart Fail. 2016;18(4):347-9.
7. Konstam MA Executive Council of the Heart Failure Society of America. Heart failure training: a call for an integrative, patient-focused approach to an emerging cardiology subspecialty. J Am Coll Cardiol. 2004;44(7):1361-2.
8. McDonagh TA, Gardner RS, Lainscak M, Nielsen OW, Parissis J, Filippatos G, et al. Heart failure association of the European Society of Cardiology specialist heart failure curriculum. Eur J Heart Fail. 2014;16(2):151-62.
9. Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Advanced Heart Failure and Transplant Cardiology [citado 07 Março de 2021]. Disponível em https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/159_AdvancedHeartFailureTransplantCardiology_2020.pdf?ver=2020-02-14-153940-843.
10. Yancy CW, Drazner MH, Coffin ST, Cornwell 3rd W, Desai S, Erwin 3rd JP, et al. 2020 ACC/HFSA/ISHLT Lifelong Learning Statement for Advanced Heart Failure and Transplant Cardiology Specialists: a Report of the ACC Competency Management Committee. J Am Coll Cardiol. 2020;75(10):1212-30.
11. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto BA, Mainardi GM, Matijasevich A, et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP; 2018. 286 p.
12. Mesquita ET, Mendes AP, Moura L, Figueiredo Neto JA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, et al. The Challenges of Heart Failure Yesterday, Today and Tomorrow and the 20 Years of DEIC. Arq Bras Cardiol. 2021;116(2):359-62.
13. Verhestraeten C, Weijers G, Debleu D, Ciarka A, Goethals M, Droogmans S, et al. Diagnosis, treatment, and follow-up of heart failure patients by general practitioners: a Delphi consensus statement. PLoS One. 2020;15(12):e0244485.
14. Baumwol J. "I Need Help"-A mnemonic to aid timely referral in advanced heart failure. J Heart Lung Transplant. 2017;36(5):593-4.
15. Griffin EA, Wonderling D, Ludman AJ, Al-Mohammad A, Cowie MR, Hardman SMC, et al. Cost-effectiveness analysis of natriuretic peptide testing and specialist management in patients with suspected acute heart failure. Value Health. 2017;20(8):1025-33.
16. Morton G, Philip L, Gilpin T, Chan PE, Guha K, Kalra PR. Does specialist review for patients with suspected heart failure predict better outcomes? An observational study on the utility of compliance with NICE guidelines. BMJ Open. 2018;8(8):e021856.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons