
Cardiopatia Grave

Autores

Abrahão Afiune Neto	GO	Luiz Antonio Ribeiro Introcaso	DF
Alcides José Zago	RS	Luiz Carlos Bodanese	RS
Agnaldo David de Souza	BA	Luiz Eduardo Mastrocolla	SP
Armênio Costa Guimarães	BA	Marcelo Chiara Bertolami	SP
Ayton Pires Brandão	RJ	Marco Aurélio Dias da Silva	SP
Dalton Vassalo	ES	Mário Maranhão	PR
Denilson Albuquerque	RJ	Michel Batlouni (Coordenador)	SP
Celso Ferreira	SP	Neusa Forti	SP
Edson Saad	RJ	Olavo Garcia Ferreira da Silva	PR
Éfrem Maranhão	PE	Radi Macruz	SP
Ely Toscano Barbosa	DF	Rafael Leite Luna	RJ
Enio Cantarelli	PE	Ricardo Vivacqua C. Costa	RJ
Epotamênides M. Good God	MG	Roberto Hugo da C. Lins	RJ
Fernando Santana Machado	MG	Rubens Nassar Darwich	MG
Gilberto Correa Dias	MG	Rubem Rodrigues	RS
Gilson Soares Feitosa	BA	Rubens Maciel	RS
Geniberto Paiva Campos	DF	Sérgio Diogo Giannini	SP
Hans Dohmann	RJ	Valéria Bezerra de Carvalho	SP
Jairo Mancilha Carvalho	RJ	Waldomiro Manfroi	RS
Januário de Andrade	SP	Wille Oigman	RJ
Jayme Diament	SP	Wilson de Oliveira Jr	PE
João Pimenta	SP		
José Armando Mangioni	SP		
José Carlos Lima	BA		
José Ernesto dos Santos	SP		

Membros Natos da Comissão Científica Permanente

Ayrton Pires Brandão (RJ)	Presidente da Comissão Científica Permanente
João Pimenta (SP)	Editor dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia
Marco Aurélio Dias da Silva (SP)	Presidente do FUNCOR
Ricardo Vivacqua (RJ)	Primeiro Secretário da SBC
Décio Elias (RJ)	Presidente do Departamento de Cardiologia Pediátrica
Fernando S. Machado (MG)	Presidente do Departamento de Ecocardiografia
Wille Oigman (RJ)	Presidente do Departamento de Hipertensão Arterial
Dalton Vassalo (ES)	Presidente do Departamento de Fisiologia Cardíaca e Respiratória
José Armando Mangioni	Presidente do Departamento de Hemodinâmica
Eduardo Argentino Sosa	Presidente do Departamento de Arritmia e Eletrofisiologia
Januário de Andrade (SP)	Presidente do Departamento de Cardiopatia e Gravidez
Armênio Guimarães (BA)	Presidente do Grupo e Pesquisa em Aterosclerose
Luiz Eduardo Mastrocolla (SP)	Presidente do Grupo de Estudos de Ergometria e Reabilitação
Domingos M. Braile (SP)	Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular

Comitê Assessor da Comissão Científica Permanente

Mandato de 6 anos :

Adib Jatene - São Paulo - SP
Éfrem de Aguiar Maranhão - Recife - PE
Francisco Manes Albanesi Fº - Rio de Janeiro - RJ
José Eduardo M. R. Sousa - São Paulo - SP

Mandato de 4 anos :

Alcides José Zago - Porto Alegre - RS
Protásio Lemos da Luz - São Paulo - SP
Radi Macruz - São Paulo - SP
Rafael Leite Luna - Rio de Janeiro - RJ

Mandato de 2 anos :

Edson Saad - Rio de Janeiro - RJ
Gilson Soares Feitosa - Salvador - BA
Michel Batlouni - São Paulo - SP
Rubem Rodrigues - Porto Alegre - RS

Consenso Nacional Sobre Cardiopatia Grave

(Comunicação Preliminar. A versão final deverá ser publicada futuramente nos "ARQUIVOS")

Cardiopatia Grave

A importância da expressão Cardiopatia Grave, na área médica, resultou de sua utilização na área jurídica, com implicações em múltiplos campos do direito, particularmente o trabalhista, o previdenciário e o tributário. O tema, complexo e de difícil conceituação, foi objeto de debates durante a Reunião de Consenso organizada pela SBC, com a participação de 40 cardiologistas, em Angra dos Reis, de 02 a 04 de Abril de 1993, da qual resultou este documento pioneiro, já que não existe, na literatura especializada, qualquer referência ao assunto. A dificuldade, sob o ponto de vista estritamente médico, advém da necessidade de se englobarem, no conceito, todas as doenças relacionadas ao coração, tanto crônicas, como agudas.

As cardiopatias agudas, habitualmente rápidas em sua evolução, podem tornar-se crônicas, passando ou não, a caracterizar uma cardiopatia crônica grave, ou evoluir para o óbito, situação que, desde logo, deve ser considerada como Cardiopatia Grave, com todas as injunções legais.

Ficou estabelecido que a cardiopatia crônica é grave quando limita, progressivamente, a capacidade física, funcional e profissional, não obstante tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado, ou quando pode induzir à morte prematura. A limitação de que trata o conceito é definida habitualmente pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronária, arritmias complexas, bem como hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral, secundárias a uma cardiopatia. Para insuficiência cardíaca e/ou coronária, classificam-se como graves as enquadradas nas classes III e IV da classificação da NYHA e, eventualmente, as da classe II, na dependência da idade, da atividade profissional e da incapacidade de reabilitação.

Sob o aspecto estritamente médico, cardiopatia grave implica tão somente em prognóstico reservado em relação à morbidade, à história natural da cardiopatia, à qualidade de vida e à mortalidade. Do ponto de vista sócio-econômico e legal, implica na impossibilidade de o paciente desempenhar uma atividade profissional em sua plenitude, comprometendo o seu padrão de vida e de sua família, podendo mesmo, levá-la ao desamparo, na eventualidade de morte prematura.

Este documento visa, em especial, oferecer aos

cardiologistas, subsídios para melhor avaliação e padronização do prognóstico dos cardiopatas, caracterizando com maior precisão sua gravidade. Por sua condição pioneira, é um documento aberto, dinâmico, que não pretende ser definitivo, porém sujeito a reformulações, aperfeiçoamentos e atualizações, na medida em que sua aplicação prática assim o indicar e a ciência médica evoluir, alterando a história natural e o prognóstico de determinadas cardiopatias.

Dadas as dificuldades inerentes ao problema, a SBC julga que o diagnóstico de Cardiopatia Grave seja da responsabilidade de uma junta, composta por três cardiologistas titulados. O quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e, sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de Cardiopatia Grave, como acima definido, estão relacionados para as seguintes cardiopatias: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, miocardiopatias, valvopatias, cardiopatias congênicas, arritmias; e cor pulmonale crônico.

Em algumas condições, um determinado item pode, isoladamente, configurar cardiopatia grave (por exemplo, fração de ejeção <0,35). Na grande maioria dos casos, a princípio, é necessária uma avaliação conjunta dos diversos dados do exame clínico e dos achados complementares para melhor conceituá-la.

Cardiopatia Isquêmica

1. Quadro Clínico

- Angina classes III e IV da NYHA e da Canadian Cardiovascular Society, apesar da terapêutica.

- Manifestações clínicas de insuficiência cardíaca.

- Arritmias (associar com dados de ECG e Holter).

2. Eletrocardiograma (repouso)

- Zona elétrica inativa (localização e magnitude)

- Alterações isquêmicas de ST-T

- Distúrbios da condução atrioventricular e

intraventricular

- Hipertrofia ventricular esquerda
- Fibrilação atrial crônica
- Arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter)

3. Radiografia do Tórax

- Cardiomegalia
- Congestão venocapilar pulmonar

4. Teste Ergométrico

- Limitação da capacidade funcional (<5 MET)
- Angina em carga baixa (<5 MET)
- Infradesnível do segmento ST:
- Precoce (carga baixa)
- Acentuado Q:3trim
- Morfologia horizontal ou descendente
- Múltiplas derivações
- Duração prolongada (>6 min no período de recuperação)
- Supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio.
- Comportamento anormal da pressão arterial diastólica (variação de PD >30 mmHg)
- Insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da frequência cardíaca)
- Sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço.
- Arritmias ventriculares, desde que associadas a outros sinais de resposta isquêmica.

Cintilografia Miocárdica Associada a Teste Ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnésio)

- Defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias)
- Dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço
- Hiper captação pulmonar
- Fração de ejeção (FE) em repouso <0,35 (valor específico para o método).
- Comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE <5%)
- Motilidade parietal regional ou global anormal

Cintigrafia Miocárdica Associada a Dipiridamol e outros fármacos

- Interpretação semelhante é definida para a cintigrafia com teste ergométrico.

Ecocardiograma (em repouso)

- Fração de ejeção <0,40 (valor específico para o método)
- Alterações segmentares da contratilidade ventricular
- Dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associada a hipertrofia ventricular esquerda.
- Complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários.

Associado a esforço ou procedimentos farmacológicos

- Aparecimento de alterações da contratilidade segmentar inexistentes no Eco em repouso
- Acentuação das alterações de contratilidade pré-existent.
- Comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE <5%).

Eletrcardiografia Dinâmica (Holter)

- Alterações isquêmicas (ST-T) associadas a dor anginosa ou sintomas de disfunção ventricular esquerda.
- Isquemia miocárdica silenciosa (magnitude e duração)
- Arritmias ventriculares complexas
- Fibrilação atrial associada à isquemia
- Distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia.

Cinecoronarioventriculografia

- Lesão de tronco de coronária esquerda >50%
- Lesões triarteriais moderadas a importantes (> 70% do terço proximal ou médio), e "eventualmente do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida".
- Lesões bi ou uniarteriais <70%, com grande massa miocárdica em risco.
- Lesões ateromatosas extensas e difusas
- Fração de ejeção <0,40
- Hipertrofia e dilatação ventricular esquerdas
- Áreas significantes de acinesia, hipocinesia e discinesia
- Aneurisma de ventrículo esquerdo
- Complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

Fatores de risco e condições associadas

- Idade >70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar.
- Vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférico).

Pós-infarto do miocárdio

- Disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia,

hipocinesia e discinesia).

- Isquemia à distância (em outra área que não a do infarto).
- Arritmias ventriculares complexas - Idade avançada
- Condições associadas

Quando o tratamento adequado - clínico, intervencionista ou cirúrgico - melhorar ou abolir as alterações acima descritas, o conceito de gravidade deve ser reconsiderado e reavaliado.

Cardiopatia Hipertensiva

Do ponto de vista exclusivamente de cifras, é considerada grave a hipertensão arterial >200/ 115mmHg, não obstante tratamento adequado. Se a pressão diastólica for menor do que 110mmHg e acompanhada de danos a órgão(s)-alvo, é definida como cifra baixa complicada. Se a pressão diastólica for >110 mmHg e acompanhada de dano a órgão(s)-alvo, é definida como cifra alta complicada. Os órgãos-alvo que podem ser comprometidos por uma cifra baixa durante longo tempo, ou por cifras altas durante curto tempo, são o coração, o cérebro, os rins, as artérias periféricas e a retina.

O comprometimento do coração na hipertensão arterial identifica a cardiopatia hipertensiva. Quando isto ocorre, os demais órgãos-alvo freqüentemente também estão comprometidos. De outra parte, em alguns casos, um ou mais dos órgãos-alvo podem estar envolvidos, sem que o coração o esteja. Nesses casos, não se trata de cardiopatia hipertensiva e sim de hipertensão arterial complicada.

Na cardiopatia hipertensiva, a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- Hipertrofia ventricular esquerda detectada pelo ECG ou ecocardiograma, que não regride com o tratamento.
- Disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção <0,40.
- Arritmias supraventriculares e ventriculares relacionadas à hipertensão arterial.
- Cardiopatia isquêmica associada.

A cardiopatia hipertensiva é agravada, ainda, pelo comprometimento de outros órgãos-alvo, como abaixo discriminado.

- Em relação ao cérebro: isquemia cerebral transitória, acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico.

- Em relação aos rins: creatinina >3,0mg/dl.
- Em relação às artérias periféricas: aneurisma e/ou dissecação da aorta, trombose arterial periférica, estenose de carótida >70%.
- Em relação à retina: hemorragias, exsudato e papiledema, especialmente quando não regredem com tratamento adequado.

Miocardopatias

1) Miocardopatias Hipertroóficas

- História familiar de morte súbita
- Paciente sintomático, especialmente história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica.
- Diagnóstico na infância (baixa idade) 1
- Hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T.
- Cardiomegalia
- Disfunção ventricular esquerda sistólica
- Fibrilação atrial
- Síndrome de Wolff-Parkinson-White
- Arritmias ventriculares complexas
- Regurgitação mitral importante
- Doença arterial coronária associada
- Forma obstrutiva com gradiente de via de saída >50mmHg

2) Miocardopatias Dilatadas

- História de fenômenos tromboembólicos
- Cardiomegalia importante
- Ritmo de galope (B3)
- Insuficiência cardíaca classe funcional III e IV
- Fração de ejeção <0,30

- Fibrilação atrial
- Arritmias ventriculares complexas
- Distúrbios da condução intraventricular

3) Miocardopatia Restritiva (endomiocardiofibrose, fibroelastose)

- História de fenômenos tromboembólicos
- Cardiomegalia
- Insuficiência cardíaca classe funcional III e IV
- Envolvimento do ventrículo direito ou biventricular
- Fibrose acentuada
- Regurgitação mitral e/ou tricúspide importante

4) Cardiopatia Chagásica Crônica

- História de síncope e/ou fenômenos tromboembólicos
- Cardiomegalia acentuada
- Insuficiência cardíaca classe funcional III e IV
- Fibrilação atrial
- Arritmias ventriculares complexas
- Bloqueio bi ou trifascicular sintomático
- Bloqueio atrioventricular de grau avançado

Valvopatias

I - Insuficiência Mitral

1. Quadro clínico

- Insuficiência cardíaca classe funcional III e IV
- Frémito sistólico palpável na região da ponta
- Primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofônica no foco mitral.
- Sopro holossistólico no foco mitral, de intensidade >3/6,

com irradiação em faixa ou círculo

- Segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar
- Desdobramento amplo e constante da segunda bulha no foco pulmonar.

2. Eletrocardiograma

- Sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas
- Fibrilação atrial

3. Estudo radiológico

- Aumento acentuado da área cardíaca, com predominância das cavidades esquerdas
- Sinais de congestão venocapilar pulmonar
- Sinais de hipertensão pulmonar

4. Ecocardiograma

- Presença de jato regurgitante de grande magnitude
- Comprometimento progressivo da função ventricular sistólica
- Aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo
- Inversão do fluxo sistólico em veia pulmonar - Sinais de hipertensão pulmonar

5. Hemodinâmica e Angiografia

- Onda "v" com valor >3 vezes, em relação à média do capilar pulmonar
- Opacificação do átrio esquerdo igual ou maior que a do ventrículo esquerdo: graus III e IV da classificação de Sellers.
- Fração de regurgitação >60% (FR=volume de regurgitação/volume sistólico total).

II - Estenose Mitral

1. Quadro Clínico

- História de comissurotomia mitral prévia
- Fenômenos tromboembólicos
- Insuficiência cardíaca classe funcional III e IV
- Episódios de edema pulmonar agudo
- Escarros hemopticos
- Fibrilação atrial
- Estalido de abertura da valva mitral precoce
- Impulsão sistólica de ventrículo direito
- Segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar
- Sinais de insuficiência tricúspide

2. Eletrocardiograma

- Fibrilação atrial
- Sinais de sobrecarga de câmaras direitas

3. Estudo radiográfico

- Inversão do padrão vascular pulmonar
- Sinais de hipertensão venocapilar pulmonar
- Sinais de hipertensão arteriolar pulmonar.

4. Ecocardiograma

- Área valvar <1,0 cm²
- Tempo de 1/2 pressão >200 ms
- Gradiente transvalvar mitral médio > 15 mmHg
- Sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar >50 mmHg)

- Presença de trombo no átrio esquerdo

5. Hemodinâmica

- Área valvar <1,0 cm²

- Gradiente diastólico mitral médio >15mmHg

- Pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo >20mmHg

- Pressão sistólica da artéria pulmonar >50mmHg

III - Insuficiência Aórtica

1. Quadro Clínico

- Insuficiência cardíaca classe funcional III e IV

- Manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope)

- Síndrome de Marfan associada

- Presença de galope ventricular (B3)

- Sopro de Austin-Flint na ponta

- Ictus hipercinético, deslocado externamente

- Pressão diastólica próxima a zero

- Queda progressiva da pressão arterial sistólica

2. Eletrocardiograma

- Sinais de sobrecarga ventricular esquerda com onda T negativa em precordiais esquerdas

- Sinais de sobrecarga atrial esquerda

- Fibrilação atrial

3. Estudo radiográfico

- Aumento importante da área cardíaca com franco predomínio de ventrículo esquerdo (aspecto em "bota").

- Dilatação da aorta ascendente, da croça e do segmento descendente.

- Dilatação do átrio esquerdo

4. Ecocardiograma

- Jato regurgitante AoNE largo e extenso

- Fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente

- Abertura valvar mitral ocorrendo somente corria a sístole atrial

- Piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda

- Queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço

5. Medicina nuclear associada a teste ergométrico

- Comportamento anormal da fração de ejeção.

6. Hemodinâmica e Angiografia

- Baixa pressão diastólica da aorta, tendendo à equalização das pressões diastólicas aorto-ventriculares

- Pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (Pd2VE) elevada (>20 mmHg)

- Opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (Graus III e IV de Sellers).

- Fração de regurgitação >60%

IV - Estenose Aórtica

1) Quadro Clínico

- Sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope)

- Angina de peito

- Presença de terceira bulha

- Insuficiência cardíaca
- Pressão arterial diferencial reduzida
- Pico tardio de intensidade máxima do sopro
- Desdobramento paradoxal da segunda bulha
- Fibrilação atrial

2. Eletrocardiograma

- Sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com infradesnívelamento de ST e onda T negativa em precordiais esquerdas
- Sobrecarga atrial esquerda
- Fibrilação atrial
- Arritmias ventriculares
- Bloqueio atrioventricular total

3. Ecocardiograma

- Área valvar <0,75 cm²
- Gradiente médio de pressão transvalvar aórtica >50mmHg
- Gradiente máximo >70 mmHg
- Sinais de hipocinesia ventricular esquerda

4. Hemodinâmica

- Área valvar <0,75 cm²
- Hipocinesia ventricular esquerda
- Coronariopatia associada

V - Prolapso Valvar Mitral

1. História familiar de morte súbita
2. História de síncope

3. Fenômenos trombo-embólicos
4. Síndrome de Marfan associada
5. Arritmias ventriculares complexas
6. Fibrilação atrial
7. Disfunção ventricular esquerda
8. Regurgitação mitral importante
9. Prolapso valvar tricuspídeo associado
10. Cardiomegalia (aumento de câmaras esquerdas)
11. Rotura de cordoalhas tendíneas

Cardiopatias Congênitas

Caracterizam-se como graves, as cardiopatias congênitas que apresentam:

I. Do ponto de vista clínico

- Crises hipoxêmicas
- Insuficiência cardíaca (classe III e IV)
- Hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica
- Arritmias de difícil controle e potencialmente malignas

II. Do ponto de vista anatômico

- Doença arterial pulmonar
- Necrose miocárdica por doença coronária ou origem anômala das artérias coronárias
- Drenagem anômala total infracardíaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as sistêmicas
- Hipotrofia ventricular direita
- Agenesias valvares (pulmonar e aórtica)
- Hipoplasia ou atresia de valvas pulmonares, aórtica e

mítral.

- Hipoplasia ou atresia do coração esquerdo
- Estenose mitral
- Transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonar ou ausência de comunicações
- Ventriculos únicos com atresias valvares
- Ectopias cardíacas com alterações múltiplas
- Cardiopatias complexas

III. Do ponto de vista anátomo-funcional

- Sobrecargas diastólicas ventriculares associadas a hipocontratilidade ventricular acentuada, com manifestações clínicas.
- Sobrecargas sistólicas ventriculares com hipertrofia importante e desproporcionada ou com miocardiosclerose e manifestações clínicas.
- Cardiopatias hipertróficas acentuadas, com manifestações clínicas.

Arritmias Cardíacas

Constituem características de maior gravidade:

1. Disfunção do nó sinusal sintomática, com comprovação correlação sintomas/arritmia, e especialmente em presença de síndrome bradi-taquiarritmia.

2. Bradiarritmias

- Bloqueio atrioventricular (BAV) do 2º grau, tipo II, ou BAV avançado
- Bloqueio atrioventricular total:

Sintomático

Com resposta cronotrópica inadequada ao esforço

Com cardiomegalia progressiva

Com insuficiência cardíaca

- Fibrilação atrial com resposta ventricular baixa
- Bloqueios de ramo (direito ou esquerdo), permanentes ou alternantes, sintomáticos (claudicação cerebral ou insuficiência cardíaca).

3. Taquiarritmias

- Taquicardias ventriculares sintomáticas (claudicação cerebral e/ou comprometimento hemodinâmico), de qualquer etiologia.
- Taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico), de qualquer etiologia.
- Taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos trombo-embólicos), desencadeadas por qualquer mecanismo.

4. Síndrome de pré-excitação, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivos.

5. Portadores de marcapasso cardíaco definitivo (antibradi ou anti-taquicardia), cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.

Cor Pulmonale Crônico

1) Quadro clínico

- Manifestações de hipóxia cerebral e periférica (dedos em vaqueta de tambor)
- Insuficiência cardíaca direita
- Dores anginosas
- Crises sincopais
- Hipersonidade clangorosa da segunda bulha no foco pulmonar
- Galope ventricular direito (13 3) - P02 <60mmHg; PCO2 >50mmHg

2. Eletrocardiograma

- Sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas

3. Ecocardiografia

- Hipertrofia ventricular direita com distúrbio diastólico e/ou sistólico
- Grande dilatação do átrio direito
- Pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada a partir das pressões do VD e AD, >60 mmHg
- Insuficiência tricúspide importante
- Inversão do fluxo venoso na sístole atrial

4. Estudo Hemodinâmico

- Dilatação do tronco da artéria pulmonar
- Dilatação do ventrículo direito
- Dilatação do átrio direito
- Pressão na artéria pulmonar >60 mmHg
- Pressão no átrio direito > 15 mmHg
- Insuficiência pulmonar
- Insuficiência tricúspide

Relatório dos Trabalhos do Grupo de Educação Médica Continuada

Os trabalhos foram abertos às 8 horas do dia 2/4/ 93 pelo Coordenador com a presença de todos os Membros Participantes. Após a abertura, o Coordenador fez um resumo histórico da implantação no conhecimento humano, e destacou a importância do papel que tais programas desempenham hoje no aprimoramento da capacitação profissional e no progresso da sociedade.

Em seqüência 8 Membros Participantes, após inscrição prévia, passaram a se manifestar em temas fundamen-

tais da questão:

1 - A importância da SBC em implementar programas de educação continuada, visando o aprimoramento profissional dos cardiologistas, dos clínicos, bem como na formação dos médicos.

2 - População alvo a ser contemplada:

Cardiologistas

Clínicos em geral

Profissionais da área da saúde em geral

3 - Em relação a importância da SBC lançar Programas de Educação Médica Continuada, houve uma manifestação unânime de que a Sociedade deveria assumir a liderança e a responsabilidade da implementação de tal programa e cumpriu a Comissão Científica Permanente pela iniciativa de constituir um grupo de trabalho para tal fim.

Em relação a população alvo ficou definido que, enquanto a SBC não tiver trabalho sistematizado testado, desenvolverá seus programas exclusivamente para os médicos.

Os outros profissionais da área da saúde (enfermeiras, nutricionistas, psicólogos, etc) serão convidados em momento oportuno, para participarem na elaboração dos Programas de Educação Continuada para membros da equipe de saúde em geral.

Vencida esta etapa preliminar, o Grupo passou a analisar os 4 tópicos apresentados pela Comissão Científica Permanente (treinamento profissional para Títulos de Especialistas, treinamento docente em cardiologia, educação a distância em cardiologia e suporte científico a cardiologia),

O grupo inicialmente decidiu discutir a temática apresentada na seguinte ordem:

1 - Treinamento profissional para o Título de Especialista

2 - Suporte científico aos cardiologistas

3 - Educação a distância em cardiologia

4 - Treinamento docente em cardiologia

1 - Treinamento profissional para o Título de Especialista

Situação: Problema: Existe uma demanda crescente pelo Título de Especialista em Cardiologia mais de 15 anos de graduação médica e que não possuem condições científicas de aprovação no sistema de concurso atualmente vigente ou através de avaliação de currículo, já que basicamente residem em cidades de pequeno porte e com recursos limitados, onde a produção científica de qualidade é praticamente inexistente.

Objetivo: Oferecer oportunidade de treinamento profissional para cardiologistas, em centro de alta qualificação.

Clientela: Médicos que comprovadamente atuem em cardiologia há pelo menos 10 anos e que sejam sócios da SBC há pelo menos 5 anos.

Atividade-fim: Consistirá em um treinamento profissional de curta duração em tempo integral (basicamente 4 semanas), para um grupo pequeno de médicos, em um centro de alta qualificação, no qual será dada ênfase a cardiologia clínica e aos métodos complementares mais comuns.

Centro de Alta Qualificação: Para esta finalidade serão considerados aqueles que possuem: a) Programa de residência médica reconhecida pela Comissão de Residência Médica do MEC e/ou pelo Funcor; b) pelo menos dois membros do corpo clínico, sócios da SBC, que possuam titulação formal de pós-graduação: mestrado, doutorado, docência ou titular concursado; c) Programa assistencial em cardiologia geral; d) Capacidade de realização de treinamento para o número de vagas oferecidas.

Avaliação de desempenho no estágio: Os participantes serão avaliados, durante o estágio, de forma imediata, contínua, progressiva, pelos dois professores coordenadores e, no final do estágio, por meio de uma prova teórico-prática, com a participação dos dois professores e um membro da Comissão de avaliação da SBC utilizando-se os critérios e os testes da Comissão de avaliação da SBC.

Ação específica da SBC: A SBC financiará (de forma isolada ou em conjunto com algum outro órgão) parte dos custos associados a ação. Isto deveria incluir uma ajuda de custo equivalente a uma mensalidade de bolsa de mestrado a cada aluno, suporte bibliográfico em forma de cópias de artigos selecionados, e um financiamento direto ao centro de alta qualificação. A título de "compensação" pelo treinamento profissional, equivalente pelo menos ao somatório das ajudas de custo concedidas e que se destinaria em no mínimo 50% a aquisição de material de consumo, manuten-

ção ou aquisição de equipamentos.

Outras deliberações: Aceitar com válidas e importantes as justificativas da Comissão Científica para a criação de programas de treinamento para sócios da SBC, visando a obtenção de Título de Especialista, em modalidades não contempladas presentemente.

Os programas de treinamento serão oferecidos a profissionais formados há mais de 10 anos e com 5 de sócio.

2- Suporte científico ao cardiologista

Com a crescente expansão das fontes veiculadoras de produção científica, passou a ser extremamente difícil acompanhar o progresso do conhecimento, até mesmo quando se consegue restringir o interesse pessoal a uma pequena área ou sub-área.

Em relação, é dada cada vez mais importância do uso e a interpretação correta dos recursos estatísticos para a pesquisa a até para simples elaboração de um artigo científico, trazendo grandes limitações para o médico que não possui conhecimentos ou treinamento adequado nesta questão.

Objetivos: Oferecer um sistema de suporte científico que permite a busca e conseqüentemente atualização do conhecimento através da literatura especializada e orientação estatística para a realização de pesquisas.

Cintinela: Sócios da SBC.

Atividade-fim: Consistirá na oferta de serviços aos sócios da SBC nas áreas de revisão e atualização bibliográfica e de estatística aplicada. Para a parte de busca da literatura serão utilizados o medline e o Current-Contents-On Diskette-Wiht Abstracts. Uma vez localizada a fonte, poder-se-ia utilizar os sistemas Comut e "Reprint Request" para obter, de forma seletiva, material de difícil acesso. Para o suporte estatístico haverá profissionais especializados e instrumentalizados (Software/Hardware adequados) para prestar consultoria.

Apoio Institucional: A SBC providenciará, com ajuda de outras instituições governamentais ou particulares, os recursos indispensáveis para implementação do programa.

Ação da SBC: Implantar uma central de suporte científico para atendimento ao sócio, que poderia inclusive vir a ser base para uma rede nacional de cardiologia informatizada, seria necessário subscrever os instrumentos de suporte bibliográfico e estabelecer relações com a rede de bibliotecas biomédicas (sistema comut).

Dever-se-ia ainda adquirir os software adequados para o uso em estatística aplicada à cardiologia.

3. Educação à distância em cardiologia - Situação problema

Considerando-se a área territorial de nosso país, as peculiaridades do acesso médico a programas de atualização, o avanço tecnológico e sua adequada aplicação na área da saúde e a importância do uso dos veículos de comunicação modernos para a difusão do conhecimento visando a melhoria da qualidade de ensino, torna-se oportuno que a SBC elabore programas de treinamento permanente de seus membros, que atinjam de forma sistemática, a longo prazo, todos os sócios, visando um aprimoramento na qualidade da assistência médica na área da cardiologia.

Objetivo: Possibilitar o acesso ao conhecimento de forma rápida e eficiente, a um custo baixo, a um grande contingente de médicos que atuem em cardiologia.

Clientela: Médicos que estejam atuando em cardiologia ao nível da rede básica de saúde, especializados em cardiologia ou não.

Atividade-fim: Ampliar a metodologia de educação à distância para veicular o conhecimento atualizado e adequado ao contexto de nossa realidade, seja utilizando ou adaptando materiais já existentes, ou produzindo materiais institucionais próprios. Oferecer ainda canais de comunicação aluno-professor, para esclarecimento de dúvidas e orientação técnica.

Apoio Institucional: Esta atividade deverá ser desenvolvida com apoio de órgão Governamentais ou empresas privadas, cabendo à SBC a responsabilidade do controle e qualidade científica, pedagógica e ética dos materiais instrucionais.

Ação da SBC: Implantar uma estrutura profissional de suporte técnico-pedagógico-operacional, incluindo uma instalação de discagem direta gratuita para acesso privilegiado do médico à informação qualificada.

Definir estratégias e propriedades geopolíticas e científicas para ação.

Efetuar o controle da qualidade: Na oportunidade que se analisava o documento proposto, foram apresentados dois modelos de programas de Educação Continuada em cardiologia, pelos Drs Januário de Andrade e Waldomiro Carlos Manfrói, para os mesmos serem analisados como simples colaboração ao futuro programa a ser

implementado.

Depois de analisados os documentos, deliberou-se que os mesmos poderão ser aproveitados como subsídio para a elaboração dos programas definitivos, a serem trabalhados por uma Comissão especialmente designada para tal.

No envio do primeiro programa oficial de Educação continuada à distância, será anexado um questionário que solicita ao associado, por meio de escolhas objetivas, listadas, qual a estratégia a ser adotada pela Sociedade para a implementação do programa (Técnica de ensino a ser aplicada).

Utilizar os trabalhos dos grupos de consenso como material de Educação Médica Continuada.

4. Treinamento docente em cardiologia

O grupo, depois de analisar o documento proposto, apoio a idéia de interesse a SBC, em promover ações nesta área, visando melhor desempenho pedagógico de todos os cursos de cardiologia em desenvolvimento no País.

Face, entretanto, a complexidade da matéria, e a necessidade de estudos mais aprofundados deliberou por voltar a questão em momentos oportuno, quando de posse de novos subsídios.