

Manter o Clássico e Inovar em Clínica de Valvopatia. O Equilíbrio pela Bioética

Maintaining the Classic Approach and Innovating in Valvulopathy Clinics: The Balance through Bioethics

Max Grinberg

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

É clássico: anamnese e estetoscópio captam sons de harmonia para o raciocínio clínico sobre condutas em valvopatia.

É moderno: diálogo e ausculta zelosos provocam ecos e ressonâncias prudentes.

É clínico: alta tecnologia não prescinde da baixa tecnologia.

É da beira do leito: a beneficência da renovação não exige eliminação do clássico.

É da bioética: a não-maleficência do clássico baliza a conformidade da inovação.

O coração adapta-se pela remodelação^{1,2}. A Cardiologia remodela-se pela hipertrofia das boas práticas apoiada na dilatação das fronteiras do conhecimento tecnocientífico e do reconhecimento da humanização.

Há muito o que se refletir sobre as realidades imutáveis (a insuficiência cardíaca, o infarto, a arritmia) que devem caber no órgão chamado coração; e também sobre as pretensões e aproximações de interpretação que tais realidades estão sujeitadas na organização do saber da Cardiologia, e que conferem esperançosa lucidez e poder ao cardiologista. O significado profissional resulta gerado por afirmações, negações e contradições propedêuticas, terapêuticas e de prevenção em meio ao clássico e à inovação.

Há ritmo próprio no surgimento e manutenção de métodos eficientes. São sístoles de impulsões e diástoles de acalmias. Não faltam arritmias causadas por excitações prematuras de esperança no processo interativo de criação de novas práticas clínicas. Há um Holter de décadas com registros desta natureza em clínica de valvopatia.

O clássico, a inovação do passado que foi testada e atestada pelo tempo, serve como base da cultura da Medicina para modelar a continuidade de uma nova utilidade e eficácia. A boa compreensão do clássico dá a temporalidade da

convivência como contemporâneo. Fato inegável percebido em clínica de valvopatia. A fonomecanocardiografia desapareceu no surgimento da ecocardiografia, a ausculta por estetoscópio persiste soando eterna.

A lógica do processo de fixação da inovação sustenta-se nas recombinações que ela provoca no patrimônio da beira do leito resultante da mescla da experiência pessoal do médico com a experiência coletivizada da literatura. Há reforço quando fins clássicos são favorecidos pela multiplicação de métodos e novos fins surgem a reboque de inovações³.

O século XX testemunhou a obtenção ágil da imagem cardiorrelevante numa telinha⁴. Diagnósticos morfofuncionais dispensaram, em consequência, olhares diretos ao coração, numa bancada. No século XXI, a renovação de indicadores e marcadores as novas configurações de padrão-ouro mantêm-se se exigente da motivação do sentido clínico.

Audição, visão e tato. É tríade do sentido que dá impacto de proveito na tomada de decisão sobre beneficência/não-maleficência, à beira do leito em clínica de valvopatia. O silêncio ensurdece a relação médico-paciente, despreza-a. A miopia do olho clínico cega o raciocínio integrativo, desvaloriza-o. A carência da mão na ciência e na consciência insensibiliza a decisão, desumaniza-a. São deficiências que distorcem o sentido clássico da clínica de valvopatia e prejudicam o que possa de bom advir das inovações.

Cada estratégia de incorporação de benefício à beira do leito demanda ajustes nos patamares éticos clássicos⁵. Especificamente, sobre o que não se fazia, agora possível negligência porque factível, e o fazer com as modificações, que salvaguardam da imprudência. Ademais, novas ações acendem, habitualmente, a luz de fundo que ilumina preocupações com custo-benefício, pela finitude dos recursos em saúde. É a tecnociência e a gestão em saúde em constante esgrima entre benefício individual e coletivo. Não nos esqueçamos que o atendimento em Cardiologia admite a gama de atenção de primária à quaternária.

A fluidez ética maximiza-se pela redução de atritos entre novas premissas da Medicina e velhas exigências clínicas individuais. O último artigo publicado - agora sabemos! -, a diretriz mais recente - agora podemos! -, as culturas regionais - agora entendemos! - requerem zelo e prudência. Essa mutualidade deve funcionar como pedágios éticos: da passagem da condição de inovação para a clássica. O clínico da beira do leito aprende a intuir espaço e tempo da novidade, à medida que vivencia direção e velocidade pelo feedback da aplicação no seu campo de atuação.

Palavras-chave

Doenças das valvas cardíacas/história, bioética.

Correspondência: Max Grinberg •

Rua Manoel Antonio Pinto, 04 ap. 21^a - Paraísopolis - 05663-020 - São Paulo, SP - Brasil

E-mail: max@cardiol.br, grinberg@incor.usp.br

Artigo recebido em 05/08/09; revisado recebido em 05/08/09; aceito em 29/10/09.

A disponibilidade de prótese valvular, em sua atraente história de pioneirismo desde Charles Hufnagel (1916-1989), em 11 de setembro de 1952 e Albert Starr (1926-...)–Miles Lowell Edwards (1898-1982), em 1961, abriu inédita perspectiva de beneficência. A prótese persiste a imperfeita vantagem que demandou tolerância a novos riscos, moralmente admissíveis em função do prognóstico da história natural da valvopatía e expressos eticamente por critérios que nasceram com a característica de nunca serem definitivos.

A prótese valvular é, meio século depois, método clássico. O rito de passagem atraiu a convivência dos benefícios almejados com os malefícios que podemos rotular como iatrogenia ética.

Este termo designa aquela adversidade que “está na bula da conduta”, impossível de ser desconsiderada apesar das boas práticas.

As estatísticas garantem que não há benefício sem risco, é verdade, mas não se pode esquecer que o mau resultado pode se realizar por imperícia, então, iatrogenia não ética. A iatrogenia ética representa o conceito que o limite superior da precisão do médico coincide com a inexistência da Medicina. A disfunção de prótese de pericárdio bovino por processo biológico tempo-dependente é iatrogenia ética e independe de desvios éticos no vínculo médico-paciente.

A idealidade em Medicina, necessidade e desejo sempre um pouco mais à frente, tem que se satisfazer com o que se convencionou chamar de estado da arte, um reducionismo a *faça, não faça, talvez faça*.

Na avaliação de equivalência entre o clinicamente evidente e as evidências da literatura, a clínica de valvopatía é o mestre que faz aprender que é do receio pela inexistência do ideal terapêutico que nascem estas “estratégias de segurança” calcadas no verbo fazer. É valor e verdade circunstanciais sustentados pela potência polêmica dos entrelaçamentos da literatura, pela imprecisão/incerteza referida por William Bart Osler (1849-1919), pela ambiguidade inevitável em constante busca de significados em efeitos e evidências de precisão.

Assim, a bioética tornou-se bem-vinda à beira do leito⁶. Neste mirante privilegiado do panorama clínico, vigilante e solidária, ela é olhar penetrante da condição humana da relação médico-paciente e holofote potente para a apreciação das fronteiras clássicas e renováveis do conhecimento das coisas da valvopatía. Simbiose definitiva, em prol da melhor equação individual entre beneficência, não-maleficência, autonomia e, porque não, apelos para paternalismo. A intimidade dos princípios às diferenças biológicas, ambientais e culturais, tão presentes em clínica de valvopatía, produz respeito à complexidade da Medicina e gera salvaguardas

ao seu uso vão.

A bioética tempera com ingredientes de interdisciplinaridade a substituição da história natural por história pós-operatória, em clínica de valvopatía e aferventa na chama ética a aplicação do disponível na síntese do progresso, não necessariamente de análise oportuna. Nutre-se assim a humanização.

A bioética, como adjuvante da aglutinação do saber multiuso de ferramentas propedêuticas e terapêuticas, concorre para selecionar as “verdades” científicas com maior potencial de sucesso clínico na visão combinada de médico e de paciente, em clínica de valvopatía. Direito em ascensão conquistado pela sociedade.

Neste contexto, a bioética capilarizada na beira do leito da valvopatía tornou-se imprescindível amálgama da conectividade entre tecnologias. Ela entrelaça a baixa tecnologia da hipocrática anamnese e do bicentenário estetoscópio utilizada pelo clássico médico observador-coletor e as inovações com diferenciação de tecnologia (poucas descobertas geniais e muitas sistematizações subsequentes) da Medicina pesquisadora-estratificadora, na ambientação de nossos muitos Brasis. A bioética clareia singularidades de atitude em meio a indagações clínicas plurais.

A bioética, enfim, dá equilíbrio a tomadas de decisão perante as verdadeiras imprevisões clínicas das randomizações etiopatogênicas e fisiopatológicas do brasileiro com doença valvar.

A ponte para o futuro de Potter, menos de 40 anos depois desse mesmo livro bê-á-bá da bioética, já é uma ponte do presente para se chegar a um imediato final nos acasos clínicos⁷, perpassando o crescente irrealismo dos “casos de livro”. Tais fatos permitem o livre trânsito da anamnese e do estetoscópio, símbolos da relação médico-paciente sem nenhuma perspectiva de aposentadoria.

A bioética clínica tem total endosso da clínica de valvopatía. É inovação transformando-se em clássico!

Potencial Conflito de Interesses

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

- Opie LH, Commerford PJ, Gersh BJ, Pfeffer MA. Controversies in ventricular remodeling. *Lancet*. 2006; 367 (9507): 356-67.
- Cohn JN, Ferrari R, Sharpe N. Cardiac remodeling--concepts and clinical implications: a consensus paper from an international forum on cardiac remodeling. Behalf of an International Forum on Cardiac Remodeling. *J Am Coll Cardiol*. 2000; 35 (3): 569-82.
- Gupta M- A critical appraisal of evidence-based medicine: some ethical considerations. *J Eval Clin Practice*. 2003; 9 (2): 111-21.

Ponto de Vista

-
4. Kherlopian AR, Song T, Duan Q, Neimark MA, Po MJ, Gohagan JK, et al. A review of imaging techniques for systems biology. *BMC Syst Biol.* 2008; 2: 74.
 5. Grinberg M. E(ti)cossistema da cardiologia diretriz - mecenas do estado da arte. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 89 (5): e-136-e-162.
 6. Grinberg M. Sintomas e insatisfação: o contexto na qualidade de vida do portador de diferença valvar. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88 (1): e13-e20.
 7. Grinberg M. Acaso da beira do leito, caso da bioética. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 87 (6): e257-e261.