

Suplemento da Revista da
SOCESP

Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo

CARDIOLOGIA PRÁTICA

Volume 33 • N. 3 • Julho/Setembro 2023

Miocardiópatias

Editor Chefe

 Miguel Antonio Moretti

Coeditores

 Dirceu Almeida

 Fabio Fernandes



Baixe o app **SOCESP**
para visualizar a
publicação



Soluções que facilitam a sua rotina no consultório



◉ ECGV6

Eletrocardiógrafo que alia a praticidade da comunicação USB com a confiabilidade do registro em 12 derivações simultâneas.

◉ ERGO13

Garante agilidade e produtividade na realização dos testes ergométricos com a confiabilidade do registro em 13 derivações simultâneas.

◉ ERGOMET

Garante agilidade e produtividade na realização dos testes de esforço cardiopulmonar com a confiabilidade do registro em 13 derivações simultâneas.



Entre em contato e faça seu orçamento

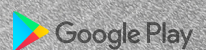
Saiba mais em www.hw.ind.br

WhatsApp (31) 99711-7226

NOVO APP



DINÂMICO
COMPLETO
INTERATIVO
BAIXE AGORA O SEU



O SEU RELATO DE CASO NA REVISTA SOCESP

Saiba como ter seu relato
de caso publicado na
Revista digital da SOCESP



RESUMO

O funcionamento da valva mitral depende da abertura e o anel valvular esquerdo. Qualquer alteração em algum desses componentes pode ocasionar a insuficiência mitral e a regurgitação do sangue para o ventrículo esquerdo. A insuficiência mitral é causada por uma variedade de fatores, incluindo doenças cardíacas, como a doença da valva mitral e a doença da valva mitral primária. A insuficiência mitral primária é a mais comum e é causada por uma alteração na estrutura da valva mitral. O tratamento da insuficiência mitral depende da gravidade da doença e da presença de sintomas. Em alguns casos, o tratamento pode ser feito com medicamentos, enquanto em outros casos, a cirurgia pode ser necessária. Este artigo discute as causas, sintomas e opções de tratamento para a insuficiência mitral.

EM UMA SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA, escolha estar preparado!

CONHEÇA NOSSOS CURSOS
E GARANTA SUA VAGA!

DESCONTOS EXCLUSIVOS
PARA O ASSOCIADO SOCESP

Indexada em:

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (www.bireme.br)
Latindex – Sistema Regional de Informação em Língua para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, Espanha y Portugal
(www.latindex.unam.mx)



Editor Chefe: Miguel Antonio Moretti

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Corpo Editorial

Alfredo José Mansur

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Álvaro Avezum

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia São Paulo, SP, Brasil

Amanda G. M. R. Sousa

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia São Paulo, SP, Brasil

Angelo Amato V. de Paola

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - Unifesp São Paulo, SP, Brasil

Antonio Augusto Lopes

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP São Paulo, SP, Brasil

Antonio Carlos Pereira-Barretto

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP São Paulo, SP, Brasil

Antonio de Pádua Mansur

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Ari Timerman

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Bráulio Luna Filho

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo/Hospital Brasil, ABC São Paulo, SP, Brasil

Carlos Costa Magalhães

Cardioclin - Clínica e Emergência Cardiológica
São José dos Campos, SP, Brasil.

Carlos Eduardo Rochitte

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP/Hospital do Coração, HCOR/ Associação do Sanatório Sírio, São Paulo, SP, Brasil

Carlos V. Serrano Jr.

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP São Paulo, SP, Brasil

Celso Amodeo

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Dalmo Antonio R. Moreira

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Daniel Born

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP São Paulo, SP, Brasil

Dirceu Rodrigues Almeida

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

Edson Stefanini

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

Expedito E. Ribeiro

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP São Paulo, SP, Brasil

Fábio B. Jatene

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP São Paulo, SP, Brasil

Fausto Feres

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia São Paulo, SP, Brasil

Felix J. A. Ramires

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Fernanda Marciano Consolim-Colombo

Instituto do Coração / INCOR, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, Brasil

Fernando Bacal

Instituto das Clínicas (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Fernando Nobre

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Flávio Tarasoutchi

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Francisco A. Helfenstein Fonseca

Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Francisco Rafael Martins Laurindo

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Henry Abensur

Beneficência Portuguesa de São Paulo - Setor de ensino, São Paulo, SP, Brasil

Ibraim Masciarelli F. Pinto

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Ieda Biscegli Jatene

Hospital do Coração - HCOR São Paulo, SP, Brasil

João Fernando Monteiro Ferreira

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

João Manoel Rossi Neto

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

João Nelson R. Branco

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

José Carlos Nicolau

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

José Carlos Pachón Mateos

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Universidade de São Paulo - USP, Hospital do Coração, Hospital Edmundo Vasconcelos, São Paulo, SP, Brasil

José Francisco Kerr Saravia

Hospital e Maternidade Celso Pierro, São Paulo, SP, Brasil

Katashi Okoshi

Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu, SP, Brasil

Leopoldo Soares Piegas

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia São Paulo, SP, Brasil

Lília Nigro Maia

Faculdade de Medicina de Rio Preto (FAMERP)/Hospital de Base São José do Rio Preto, SP, Brasil

Luiz Aparecido Bortolotto

Instituto do Coração / INCOR. São Paulo, SP, Brasil

Luiz Mastrocola

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia São Paulo, SP, Brasil

Marcelo Franken

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

Marcelo Jatene

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Marcelo Chiara Bertolami

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Marcelo Luiz Campos Vieira

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Marcus Vinicius Simões

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP - Brasil

Maria Cristina Oliveira Izar

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

Maria Teresa Nogueira Bombig

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

Maurício Ibrahim Scanavacca

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Max Grinberg

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Otávio Rizzi Coelho

Disciplina de Cardiologia do Departamento de Clínica Médica da FCM UNICAMP, São Paulo, SP, Brasil

Paola Emanuela Poggio Smanio

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia São Paulo, SP, Brasil

Paulo Andrade Lotufo

Faculdade de Medicina e Centro de Pesquisa Clínica Epidemiológica da USP, São Paulo, SP, Brasil

Paulo M. Pêgo Fernandes

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Pedro Silvío Farsky

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Raul Dias Dos Santos Filho

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Renato Azevedo Jr

Hospital Samaritano São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Ricardo Ribeiro Dias

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Rui Póvoa

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Valdir Ambrosio Moises

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/ Fleury Medicina e Saúde, São Paulo, SP, Brasil

Valter C. Lima

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

William Azem Chalela

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Diretor de Publicações

Miguel Antonio Moretti - Instituto do Coração - InCor. São Paulo, SP, Brasil.
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).
São Paulo, SP, Brasil.

Educação Física e Esporte

Bruno do Nascimento Carvalho - Instituto do Coração - InCor. São Paulo, SP, Brasil.
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).
São Paulo, SP, Brasil.

Adriano dos Santos - Universidade São Judas Tadeu. São Paulo, SP, Brasil.

Enfermagem

Ana Maria Miranda Martins Wilson - Escola de Enfermagem da USP.
São Paulo, SP, Brasil.

Nathalia Malaman Galhardi - Hospital de Clínicas da UNICAMP. Campinas, SP, Brasil.

Farmacologia

Leiliane Rodrigues Marcatto - Hospital São Camilo. São Paulo, SP, Brasil.

Bruna Silva Fernandes D'Angelo - Hospital Sírio Libanês. São Paulo, SP, Brasil.

Fisioterapia

Valéria Papa - Laboratório de Fisiologia do Exercício-Divisão de Cardiologia-Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Renata Trimer - Universidade do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, RS, Brasil.
Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

Nutrição

Luciene de Oliveira - Hospital São Paulo. Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP / EPM). São Paulo, SP, Brasil.

Regina Helena Marques Pereira - Clínica Cardiológica Dr. José Luís Aziz Ltda - Cardioaziz. São Paulo, SP, Brasil.

Odontologia

Paulo Sérgio da Silva Santos - Faculdade de Odontologia de Bauru- FOB/USP. Bauru, SP, Brasil.

Frederico Buhatem Medeiros - Hospital Samaritano. São Paulo, SP, Brasil.

Psicologia

Suzana Garcia Pacheco Avezum - Departamento de Psicologia da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Priscila Maria Gabos - Hospital do Coração. São Paulo, SP, Brasil.

Serviço Social

Suellen Cristina De Jesus Silva - Instituto do Coração - InCor. São Paulo, SP, Brasil.
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). São Paulo, SP, Brasil.

Leticia Andrade - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Instituto Central. São Paulo, SP, Brasil.

Grupo de Estudos em Cuidados Paliativos

Ricardo Tavares de Carvalho - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). São Paulo, SP, Brasil.

Karla F.B.S.F. Carbonari - Universidade Estadual de Campinas - Unicamp. Campinas, SP, Brasil. Psiquiatria - PAI - Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental/HGA. São Paulo, SP, Brasil. Secretaria de Saúde de Santos. São Paulo, SP, Brasil.

DIRETORIA DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO/Biênio 2022 - 2023

Presidente
Ieda Biscegli Jatene

Vice-Presidente
Alexandre Antonio C. Abizaíd

1ª Secretária
Mária Cristina de Oliveira Lzar

2ª Secretária
Auristela Isabel de Oliveira Ramos

1º Tesoureiro
Ricardo Pavanello

2º Tesoureira
Salette Aparecida da Ponte Nacif

Diretor de Publicações
Miguel Antonio Moretti

Diretor de Qualidade Assistencial
Carlos Gun

Diretor Científico
Felix José Alvarez Ramires

Diretor de Comunicação
Marcelo Franken

Diretor de Relações Institucionais e Governamentais
Renato Azevedo Júnior

Diretor de Regionais
Andrei Carvalho Sposito

Diretor de Promoção e Pesquisa
Luciano Ferreira Drager

Diretor do Centro de Treinamento em Emergências
Agnaldo Piscopo

Coordenadores do Centro de Memórias
Alberto Francisco Piccolotto Naccarato
Ronaldo Fernandes Rosa

Coordenadores do Projeto Insuficiência Cardíaca
Dirceu Rodrigues Almeida

Múcio Tavares de Oliveira Junior

Coordenadores do Projeto Infarto
Antonio Claudio do Amaral Baruzzi

Jorge Zarur Neto
Roberta Saretta

Coordenadora do Projeto SOCESP Mulher
Lília Nigro Maia

DEPARTAMENTOS / Biênio 2022–2023

DEPARTAMENTO EDUCAÇÃO FÍSICA

Diretor Executivo
Renato Lopes Pelaquim
Diretor(a) Científico(a)
Bruno do Nascimento Carvalho
Nathalia Bernardes
Daniela Regina Agostinho
Secretário
Adriano dos Santos

DEPARTAMENTO ENFERMAGEM

Diretora Executiva
Rafaela Batista dos Santos Pedrosa
Diretor(a) Científico(a)
Ana Carolina Queiroz Godoy Daniel
Ana Maria Miranda Martins Wilson
Nathalia Malaman Galhardi
Secretária
Isabela Gomes Musa Dos Santos

DEPARTAMENTO FARMACOLOGIA

Diretora Executiva
Leiliane Rodrigues Marcatto
Diretor(a) Científico(a)
Adriana Castello Costa Girardi
Bruna Silva Fernandes D'angelo
Evandro José Cesarino
Secretária
Ana Lúcia Rego Fleury de Camargo

DEPARTAMENTO FISIOTERAPIA

Diretora Executiva
Vera Lúcia dos Santos
Diretor(a) Científico(a)
Renata Trimer
Valéria Papa
Secretária
Solange Guizilini

DEPARTAMENTO NUTRIÇÃO

Diretora Executiva
Juliana Tieko Kato
Diretor(a) Científico(a)
Adriana Castello Costa Girardi
Nagila Raquel Teixeira Damasceno
Luciene De Oliveira
Secretária
Regina Helena Marques Pereira

DEPARTAMENTO ODONTOLOGIA

Diretora Executiva
Ana Carolina de Andrade Buhatem Medeiros
Diretor(a) Científico(a)
Frederico Buhatem Medeiros
Paulo Sérgio da Silva Santos
Raquel D'Aquino Garcia Caminha
Secretária
Mariana Sarmet Smiderle Mendes

DEPARTAMENTO PSICOLOGIA

Diretora Executiva
Suzana Garcia Pacheco Avezum
Diretor(a) Científico(a)
Sara Alves de Resende
Priscila Maria Gabos
Talita Cepas Lobo

DEPARTAMENTO SERVIÇO SOCIAL

Diretora Executiva
Suellen Cristina De Jesus Silva
Diretor(a) Científico(a)
Shirlei Cristina Pinto
Sérgio Miguel Pires De Oliveira
Monica Pompiani
Secretária
Elaine Maria Silva

A Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (ISSN impresso: 0103-8559 e ISSN on line: 2595-4644) é Órgão Oficial da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, editada trimestralmente pela Diretoria de Publicações da SOCESP. Avenida Paulista, 2073 – Horsa I, 15º andar Conjunto 1512 – Cerqueira Cesar – São Paulo, SP CEP 01311-940/ Tel: (11) 3181-7429

E-mail: socio@socesp.org.br / Website: www.socesp.org.br

As mudanças de endereço, a solicitação de números atrasados e as cartas ao Editor deverão ser dirigidas à sede da SOCESP.

É proibida a reprodução total ou parcial de quaisquer textos constantes desta edição sem autorização formal e expressa de seus editores.

Para pedidos de *reprints*, por favor contate: SOCESP – Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo / Diretoria de Publicações
Tel: (11) 3181-7429 / E-mail: socio@socesp.org.br

Coordenação editorial, criação, diagramação, revisão e tradução



Atha Comunicação e Editora

Tel.: 11 5087 9502 – 1atha@uol.com.br

Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo
São Paulo – SP, Brasil. V. 1 – 1991 –
Substitui Atualização Cardiológica, 1981 – 91

1991, 1: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A)
1992, 2: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
1993, 3: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
1994, 4: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A), 3 (supl B), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
1995, 5: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl B), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
1996, 6: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A), 3 (supl B), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
1997, 7: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A), 3 (supl B), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
1998, 8: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A), 4 (supl A), 4 (supl B), 5 (supl A), 6 (supl A)
1999, 9: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A), 3 (supl B), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
2000, 10: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A), 3 (supl B), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
2001, 11: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A), 3 (supl B), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
2002, 12: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
2003, 13: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
2004, 14: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
2005, 15: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A), 4 (supl A), 5 (supl A), 5 (supl B), 6 (supl A)
2006, 16: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2007, 17: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2008, 18: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2009, 19: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2010, 20: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2011, 21: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2012, 22: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2013, 23: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2014, 24: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2015, 25: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2016, 26: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2017, 27: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2018, 28: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2019, 29: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2020, 30: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2021, 31: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2022, 32: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2023, 33: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A)

ISSN 0103-8559 / 2595-4644
RSCESP 72594

WG100
CDU 616.1(05)

NLM W1

CDD₁₆.616.105

ENFERMAGEM

- MIOCARDIOPATIAS: AUTOCUIDADO COMO ESTRATÉGIA PARA RESULTADOS POSITIVOS AO PACIENTE 331
CARDIOMYOPATHIES: SELF-CARE AS A STRATEGY FOR POSITIVE PATIENT OUTCOMES
Ana Maria Wilson, Beatriz Quirino Afonso, Camila Lima
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20233303331-8>

FARMACOLOGIA

- COMO O FARMACÊUTICO CLÍNICO PODE CONTRIBUIR NO TRATAMENTO DO PACIENTE COM
AMILOIDOSE CARDÍACA? 339
HOW CAN THE CLINICAL PHARMACIST CONTRIBUTE TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CARDIAC AMYLOIDOSIS?
Aline Evangelista, Julia Sumie Nakaima Fugita
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20233303339-42>

NUTRIÇÃO

- ANÁLISE DOS INDICADORES QUE SE REFLETEM O ESTADO NUTRICIONAL DO PACIENTE COM MIOCARDIOPATIA 343
ANALYSIS OF INDICATORS REFLECTING ON THE NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH CARDIOMYOPATHY
Ana Katia Zaksauskas Rakovicius, Priscila Santana Amad
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20233303343-8>

ODONTOLOGIA

- INTERDISCIPLINARIDADE ENTRE ODONTOLOGIA E CARDIOLOGIA NO SUPORTE AO INDIVÍDUO
COM MIOCARDIOPATIA 349
INTERDISCIPLINARITY OF DENTISTRY AND CARDIOLOGY TO SUPPORT INDIVIDUALS WITH CARDIOMYOPATHY
Aristéa Ribeiro Carvalho, Victória Geisa Brito de Oliveira, Marília Andrade Figueiredo, Bianca Elias Passaretti, Gustavo de Paula Almeida, Gabriella Avezum Paes
Paulo Sérgio da Silva Santos
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20233303349-53>

SERVIÇO SOCIAL

- DOENÇA DE CHAGAS E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE 354
CHAGAS DISEASE AND SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: CHALLENGES FOR SOCIAL WORK IN HEALTH
Elaine Fonseca Amaral da Silva, Renata Watanabe
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20233303354-8>

MIOCARDIOPATIAS: AUTOCUIDADO COMO ESTRATÉGIA PARA RESULTADOS POSITIVOS AO PACIENTE

CARDIOMYOPATHIES: SELF-CARE AS A STRATEGY FOR POSITIVE PATIENT OUTCOMES

Ana Maria Wilson¹ 
Beatriz Quirino Afonso¹ 
Camila Lima¹ 

1. Universidade de São Paulo – USP
Escola de Enfermagem. Departamento
de Enfermagem Médico Cirúrgica.
São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:
Ana Maria Miranda Martins Wilson
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419,
05403-000, Cerqueira César,
São Paulo, SP, Brasil.
anamaria.martins@usp.br

RESUMO

As miocardiopatias são um grupo complexo de doenças com múltiplas etiologias e expressão heterogênea que levam a distúrbios funcionais do coração. As manifestações clínicas, quando presentes, podem ser impactantes ao paciente. Elas variam de acordo com a existência de disfunção sistólica, diastólica ou ambas. Algumas miocardiopatias também podem causar dor torácica, síncope, arritmias ou morte súbita. O controle dos sintomas e o manejo da terapêutica medicamentosa são grandes desafios para os profissionais de saúde e para o paciente. O engajamento em comportamentos de autocuidado é uma estratégia eficaz que otimiza os desfechos clínicos ao paciente e envolve três processos: autocuidado de manutenção com ações que buscam a estabilidade da doença, como adesão à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa; percepção dos sintomas, que abrange o reconhecimento e a interpretação adequada dos sinais e sintomas, e o autocuidado de manejo, que se refere às ações do paciente em resposta aos sinais e sintomas apresentados. O autocuidado tem um papel essencial no manejo da fase crônica, e se destina a mitigar descompensações e fases agudas da doença. A presença de equipe multidisciplinar é essencial no manejo de pacientes com miocardiopatia e estratégias como monitoramento remoto do paciente e intervenções educativas devem ser direcionadas à melhora do autocuidado ao paciente no contexto hospitalar, ambulatorial e transicional do hospital ao domicílio. Fatores associados aos pacientes, como sociais, clínicos e psicológicos, devem ser observados para implementação de intervenções personalizadas, bem como a inclusão dos cuidadores informais é uma ferramenta importante no cuidado desses pacientes.

Descritores: Miocardiopatias; Cuidados de Enfermagem; Autocuidado; Insuficiência Cardíaca.

ABSTRACT

Cardiomyopathies are a complex group of diseases with multiple etiologies and heterogeneous expression leading to functional disorders of the heart. Clinical manifestations, when present, can have an impact on the patient. They vary according to the existence of systolic or diastolic dysfunction, or both. Some cardiomyopathies can also cause chest pain, syncope, arrhythmia, or sudden death. Controlling symptoms and managing drug therapy are major challenges for healthcare professionals and patients. Engaging in self-care behaviors is an effective strategy that optimizes clinical outcomes for the patient and involves three processes: maintenance self-care with actions that seek disease stability such as adherence to drug and non-drug therapy; symptom perception, which encompasses the recognition and appropriate interpretation of signs and symptoms, and self-care management, which refers to the patient's actions in response to the signs and symptoms presented. Self-care plays an essential role in managing the chronic phase to mitigate decompensation and acute phases of the disease. The presence of a multidisciplinary team is essential in the management of patients with cardiomyopathy and strategies such as remote patient monitoring and educational interventions should be aimed at improving patient self-care in the hospital, outpatient and transitional context from hospital to home. Social, clinical and psychological factors associated to patients must be observed to implement personalized interventions, and the inclusion of informal caregivers are important tools in patient care.

Keywords: Myocardiopathies; Nursing Care; Self-Care; Heart Failure.

INTRODUÇÃO

Pela sua definição histórica, as cardiomiopatias ou miocardiopatias foram definidas como lesões cardíacas genuínas de doenças musculares. Esta definição excluiu tais causas como hipertensão, congênita ou doença valvular, uma manifestação puramente pericárdica sem inflamação epicárdica e doença cardiovascular isquêmica. A partir de 1960, diversas definições estavam em uso até que a Organização Mundial da Saúde/Sociedade Internacional e Força-Tarefa da Federação de Cardiologia definiu cardiomiopatias como “doenças do músculo cardíaco de origem desconhecida”. A classificação da OMS/ISCF de 1996 expandiu o termo para todas as doenças musculares que levam a distúrbios funcionais do coração. ¹ Recentemente em 2008, a Sociedade Europeia de Cardiologia classificou as cardiomiopatias de em: miocardiopatia arritmogênica do ventrículo direito (CAVD); miocardiopatia dilatada (CMD); miocardiopatia hipertrófica (CMH); miocardiopatia restritiva (CMR) e outras causas. Esse sistema de classificação exige a avaliação do fenótipo cardíaco (primeiro por meio do ecocardiograma transtorácico), a busca da história familiar da doença (e depois uma possível base genética) e o diagnóstico específico final.²

A presença de uma equipe multidisciplinar é essencial no manejo de pacientes com miocardiopatia, pois são necessárias diversas ações que abrangem diferentes aspectos da saúde desses indivíduos. O autocuidado (AC) tem um papel essencial no manejo da fase crônica, com o controle adequado da terapêutica, a fim de mitigar descompensações e fases agudas da doença. Dentre os profissionais da saúde o enfermeiro tem o papel de capacitar os pacientes com miocardiopatia por meio da educação e orientação, ajudando-os a assumir um papel mais ativo em seu próprio cuidado, melhorando assim a qualidade de vida e reduzindo o risco de complicações.³

TIPOS DE MIOCARDIOPATIAS

Miocardiopatia arritmogênica do ventrículo direito

Miocardiopatia arritmogênica do ventrículo direito (MARVD), que é definida histologicamente pela presença de substituição progressiva do ventrículo direito com tecido adiposo e fibroso frequentemente confinado a um “triângulo de displasia” que compreende o ventrículo direito. Embora essas anormalidades possam afetar o ventrículo esquerdo, a MARVD é definida pela presença de disfunção ventricular direita (global ou regional), com ou sem insuficiência ventricular esquerda, na presença de evidências histológicas para a doença e/ou alterações eletrocardiográficas de acordo com os critérios publicados. Embora incomum (prevalência estimada 1:5.000), a MARVD é uma causa frequente de morte súbita em jovens em algumas áreas da Europa. Formas autossômicas recessivas de MARVD (por ex. Síndromes de Naxos e Carvajal causadas por mutações em genes que codificam placoglobina e desmoplacina, respectivamente) são reconhecidos, mas a maioria dos casos é causada por mutações herdadas de forma autossômica dominante em genes que codificam a placofilina 2 e outras proteínas do desmossomo de cardiomiócitos. Mutações em TGF- β e Ryanodina genes receptores podem estar associados a um fenótipo MARVD. ²

Miocardiopatia dilatada

A miocardiopatia dilatada (MCD) é uma doença do músculo cardíaco que causa dilatação do ventrículo esquerdo ou biventricular e disfunção sistólica. É frequentemente de origem genética e afeta principalmente pacientes jovens. Embora anteriormente considerada rara, a prevalência da MCD varia de 1/2.500 a 1/250 pessoas. Geralmente, o início da doença ocorre na terceira ou quarta década de vida, com predominância em homens. O diagnóstico é feito quando os pacientes apresentam disfunção contrátil grave e remodelamento de ambos os ventrículos. O tratamento farmacológico e não farmacológico melhorou o prognóstico, com uma sobrevida estimada livre de morte ou transplante cardíaco de até 85% em 10 anos. ⁴

Miocardiopatias hipertrófica

A miocardiopatia hipertrófica (MCH) é uma doença cardiovascular hereditária comum 1/500 pessoas, que é causada por mais de 1.400 mutações em 11 ou mais genes que codificam proteínas do sarcômero cardíaco. Embora seja a causa mais frequente de morte súbita em jovens, muitos indivíduos afetados permanecem sem diagnóstico e muitos não experimentam uma expectativa de vida muito reduzida ou sintomas substanciais. O diagnóstico clínico é baseado em hipertrofia ventricular esquerda inexplicável, identificada por ecocardiografia ou ressonância magnética cardiovascular. Estratégias de tratamento eficazes estão disponíveis, incluindo desfibriladores implantáveis para prevenir morte súbita, medicamentos e miectomia cirúrgica (ou, alternativamente, ablação septal com álcool) para alívio da obstrução do fluxo de saída e dos sintomas de insuficiência cardíaca. ⁵

Miocardiopatia restritiva

A miocardiopatia restritiva (MCR) é caracterizada por ventrículo esquerdo ou direito não dilatado com disfunção diastólica. As MCR é um grupo heterogêneo de doenças caracterizadas pela fisiopatologia restritiva do ventrículo esquerdo (por exemplo: amiloidose cardíaca, sarcoidose cardíaca e hemocromatose cardíaca).⁶ O diagnóstico da MCR é um desafio os distúrbios podem ser classificados de acordo com quatro mecanismos principais da doença: (I) fibrose intersticial e disfunção miocárdica intrínseca, (II) infiltração de espaços extracelulares, (III) acúmulo de material de armazenamento dentro dos cardiomiócitos ou (IV) fibrose endomiocárdica. ⁷

CONTROLE DOS SINTOMAS

Apesar da variabilidade dos sinais e sintomas dos diferentes tipos miocardiopatias, os quadros agudos têm repercussões clínicas comuns. Vale ressaltar que a insuficiência cardíaca (IC) é a via final comum de várias doenças cardíacas, entre elas, as miocardiopatias.

Os enfermeiros são usualmente os primeiros a perceberem alterações na hemodinâmica no paciente com miocardiopatia, seja em momento agudo, na classificação de risco no pronto socorro ou crônico, no monitoramento dos sinais ambulatorialmente. Vamos apresentar os quadros clínicos mais típicos de descompensação como: dispneia (dispneia paroxística noturna e ortopneia) e fadiga (cansaço,

fraqueza e intolerância ao exercício).^{8,9} No AC o paciente e cuidador devem também perceber os sinais de alerta de descompensação da miocardiopatia.

Dispneia

Os sintomas respiratórios são a principal razão pela qual os pacientes procuram atendimento médico. Em pacientes com insuficiência cardíaca, o sangue pode retornar ou se acumular na circulação pulmonar, causando congestão pulmonar e dificultando a troca gasosa. Essa condição pode se manifestar de várias maneiras, desde tosse até a presença de estertores pulmonares. Em casos mais graves, pode ocorrer tosse com expectoração rósea e queda na saturação de oxigênio, sugerindo edema agudo de pulmão. Mesmo uma congestão pulmonar leve pode levar a sintomas respiratórios significativos, por isso é importante que os pacientes com insuficiência cardíaca sejam monitorados de perto quanto a esses sintomas e recebam tratamento adequado para prevenir complicações graves.

A ortopneia é caracterizada pela presença de respiração normal (eupneia) quando o paciente está sentado ou em pé, mas ocorre dispneia ao deitar-se. Muitas vezes, são necessários vários travesseiros para que o paciente se sinta confortável ao dormir. Esse tipo de dispneia na posição dorsal ocorre devido à redistribuição do excesso de volume pulmonar que, na posição ortostática, se acumula na base pulmonar devido à gravidade. Ao deitar-se, ocorre a redistribuição do excesso de volume sanguíneo na circulação pulmonar, dificultando a hematose e levando ao acúmulo de dióxido de carbono e à redução do pH. Essas alterações estimulam o tronco cerebral (bulbo raquidiano e na ponte) região é responsável por regular a frequência e a profundidade da respiração, garantindo a oxigenação adequada do corpo.

A dispneia paroxística noturna é um sintoma caracterizado pela sensação súbita de falta de ar durante o sono, levando a despertares frequentes durante a noite, a pessoa pode acordar com falta de ar intensa, tosse e sudorese excessiva é considerada um sintoma de descompensação da insuficiência cardíaca. As interrupções do sono pela dispneia podem levar a um sono não restaurador, auxiliando também no próximo sintoma a ser discutido, que é a fadiga.

Fadiga

Cansaço, fadiga ou astenia são palavras que descrevem o mesmo sintoma e expressam uma sensação de debilidade física.¹⁰ Segundo o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), 33,9% dos participantes relataram cansaço na última semana, sendo 40,2% o cansaço foi associado a insuficiência cardíaca (IC).¹¹ Estudos demonstraram que a fadiga foi o sintoma inicial de meses até anos antes do diagnóstico de baixo débito cardíaco.¹² A intolerância ao exercício físico e as atividades de vida diária é um sintoma frequente, tanto que um dos diagnósticos da insuficiência cardíaca é realizado pela redução da fração de ejeção de ventrículo esquerdo, aumento da expressão de biomarcadores (BNP e NT-proBNP) e alterações no ecocardiograma.¹³ As alterações da classe funcional são avaliadas pela escala da *New York Heart Association* (NYA). A classe funcional da

NYA é uma estimativa subjetiva da verdadeira capacidade funcional de um paciente, a escala varia de I – assintomático até IV – sintomas graves.¹⁴

Outros sintomas

Podem estar relacionados a hipervolemia pela retenção constante do organismo de sódio e água em pacientes com a função renal preservada, a hipoperfusão tecidual leva a resposta sistêmica do SRAA, devido ao baixo débito cardíaco, reflexo da miocardiopatia. Ao deitar existe uma redistribuição do volume de água, levando há aos néfrons uma produção maior de urina. Estase de jugular, reflexo hepatojugular, edema em membros inferiores, refletem uma congestão venosa. Alguns pacientes podem ter síncope e palpitações.

Os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, além da presença de comorbidades, terapêutica medicamentosa complexa impactam a vida do paciente com IC com prejuízo na capacidade funcional, nas funções sociais, mentais e cognitivas, com prejuízo importante à qualidade de vida.

A fim de obter o controle doença, o paciente deve se engajar em comportamentos de AC que incluem adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, controle da dieta, de líquidos ingeridos, monitoramento e manejo dos sinais e sintomas.

AUTOCUIDADO

A enfermagem é a ciência do cuidado e as teorias de enfermagem embasam essa ciência, além de que norteiam o processo de enfermagem que é a ferramenta intelectual do enfermeiro. Algumas teorias podem auxiliar no planejamento da assistência do paciente com miocardiopatia, como por exemplo a Teoria do AC de Dorothea Orem, que enfoca o AC o déficit de AC e os sistemas de enfermagem, abordando a capacidade do indivíduo auto cuidar-se e ainda explica os fatores que podem interferir neste processo. Quando o paciente possui déficit de AC, o papel do enfermeiro é identificar e suprir esses déficits lançando mão dos sistemas de enfermagem que podem ser de apoio educacional, de apoio parcialmente compensatório e de apoio totalmente compensatório. Logo, o enfermeiro ao planejar suas ações utilizando esta teoria, busca prevenir possíveis barreiras ao AC e consequentemente, facilitar o AC.¹⁵

O conceito de AC vem evoluindo e está relacionado à autonomia, independência e responsabilidade individuais para buscar comportamentos saudáveis, no desenvolvimento de ações necessárias para monitorar e manejar as condições de saúde.^{3,16-18}

Como a IC pode ser uma complicação frequente no paciente com miocardiopatia, uma teoria que pode embasar as ações de enfermagem nesse contexto é teoria do AC na IC. Trata-se de uma teoria de situação específica que orientam a pesquisa e a promoção do AC na IC. Diferentemente da teoria de Orem que é de amplo alcance e pode ser utilizada em diferentes contextos, esta é uma teoria específica, porque sua abrangência é limitada ao cuidado da pessoa com IC.¹⁹

Segundo esta teoria, o AC consiste num processo de tomada de decisão naturalística da própria pessoa com IC

em relação às ações para controle dos sintomas e diante do agravamento da doença. (Figura 1).¹⁹ A tomada de decisão naturalística envolve como as pessoas tomam decisões em situações que lhes são familiares.²⁰⁻²²

A Figura 1 ilustra como as decisões são tomadas de acordo com a interação da pessoa, ambiente e problema com múltiplos fatores que influenciam como a experiência, conhecimentos, habilidades e valores. Nota-se que, embora as características da pessoa normalmente influenciem processo de tomada de decisão, que posteriormente influencia as ações de AC, essa sequência nem sempre é linear e unidirecional. Logo, tomadas de decisões distintas podem acontecer mesmo em situações semelhantes, pois o cenário e as informações disponíveis podem ser diferentes.¹⁹

O AC na IC é composto por três processos importantes: o AC de manutenção, a percepção dos sintomas e o AC de manejo. (Figura 2)¹⁹

O AC de manutenção envolve os comportamentos realizados para a manter a estabilidade clínica, incluindo a adesão à terapia farmacológica e não farmacológica, como o uso correto dos medicamentos e os hábitos de vida saudáveis, como a prática de atividade física, controle do peso corporal, dieta balanceada e a restrição salina.¹⁹ A percepção dos sintomas refere-se ao reconhecimento e a interpretação adequada dos sinais e sintomas da descompensação clínica pela própria pessoa com IC.¹⁹ Por fim, o AC de manejo, trata das ações realizadas pela pessoa na vigência de sinais e sintomas da descompensação da IC.¹⁹

Outro componente importante desta teoria do confiança do paciente no AC. Refere-se ao senso de autoeficácia e à

percepção de que a pessoa consegue realizar os comportamentos de AC. A confiança no AC não é descrita como um comportamento de AC, mas pesquisas mostram que ela é grande influenciadora no processo.¹⁹

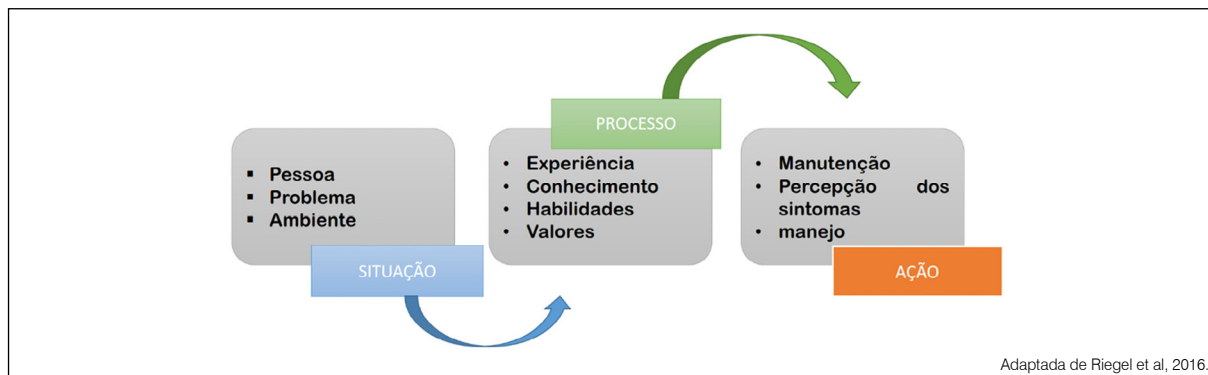
A literatura aponta que o AC é inadequado em vários países do mundo e no Brasil, logo intervenções que visem o AC são fundamentais.¹⁶

COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENÇÃO E MANEJO DOS SINTOMAS

Os comportamentos de AC têm impacto nas reduções da morbimortalidade cardiovascular e global, da taxa de hospitalização e melhora da qualidade de vida. Logo, as práticas clínicas envolvidas para a promoção dos comportamentos de AC que contribuem para o melhor controle possível da progressão da doença e devem ser continuamente atualizadas de acordo com a evolução do conhecimento.

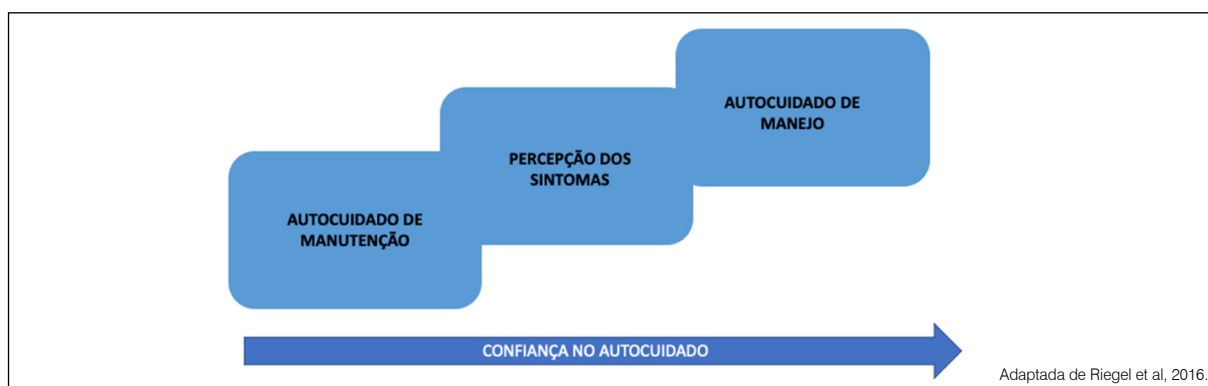
As diretrizes clínicas embasadas pelas melhores evidências devem direcionar os profissionais da saúde para o correto diagnóstico e tratamento das miocardiopatias e suas descompensações. Ainda, devem orientar as pessoas com a doença para promover seu próprio AC.

Recomenda-se que as pessoas portadoras de miocardiopatias e IC sejam acompanhadas por uma equipe multiprofissional capaz de prover cuidados e orientações educativas individualizadas, além de monitoramento e manejo dos sinais e sintomas, quando eles ocorrem.¹³



Adaptada de Riegel et al, 2016.

Figura 1. Ligações entre as características situacionais, os fatores que influenciam o processo de tomada de decisão, e as ações de autocuidado.



Adaptada de Riegel et al, 2016.

Figura 2. Diagrama da Teoria revisada do Autocuidado na insuficiência cardíaca.

Para buscar a estabilidade da doença, comportamentos de manutenção do AC são fundamentais. Entre alguns cuidados fundamentais estão:

Controle de líquidos e sal

Em pacientes com miocardiopatia e função renal preservada, a redução da perfusão renal, devido ao baixo débito cardíaco pode levar à ativação do eixo do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), resultando em reabsorção de sódio e água, vasoconstrição e sede. No entanto, na IC, este sistema não melhora a perfusão celular, pois a questão não é volume, mas sim um problema na “bomba” cardíaca, na propulsão, levando à quadros de hipervolemia.

Portanto o controle de líquidos, ou seja, a restrição hídrica é uma terapêutica que vem sendo utilizada no tratamento não farmacológico que pode ajudar a controlar o acúmulo de líquidos em pacientes com insuficiência cardíaca. As diretrizes recomendam uma restrição hídrica de 1,5 litros por dia, mas é importante lembrar que esse volume não se limita apenas à água livre consumida, mas também inclui líquidos presentes em alimentos como arroz, frutas e legumes.²³

O consumo excessivo de sódio pode dificultar o controle da restrição hídrica em pacientes com insuficiência cardíaca. É importante lembrar que o consumo recomendado de sódio é de 2-3 gramas por dia, incluindo todas as refeições. Preparar alimentos sem adição de sal é uma boa prática para ajudar a alcançar esse objetivo. O sal é um fator importante a ser considerado, pois o consumo excessivo pode aumentar a sede do paciente e dificultar a adesão à restrição hídrica. É essencial orientar os pacientes sobre como controlar o consumo de sal, pois aqueles que não conseguem controlá-lo podem ter dificuldades para atingir sua restrição. Como é feito no ambiente hospitalar, preparar alimentos sem adição de sal e adicioná-lo à refeição conforme necessário é a melhor maneira de obter um controle efetivo do consumo de sódio.²⁴

Atividade física

A Organização Mundial de Saúde (OMS), recomenda a realização de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada por semana.²⁵ A recomendação da atividade física no paciente com miocardiopatia é individualizada quanto ao caso e decidida com o médico e outros profissionais especialistas em exercício físico, visto que em algumas miocardiopatias aumentam o risco de arritmias com o exercício.^{26,27} A avaliação da capacidade funcional é fundamental antes da prescrição de exercícios.²⁸ Uma opção preferencial para o exercício físico em pacientes com miocardiopatia são atividades que apresentem um consumo de energia estável e constante, como corrida leve ou natação. Isso porque essas atividades podem ajudar a melhorar a capacidade aeróbica e a função cardíaca, sem sobrecarregar excessivamente o coração.²⁹

Adesão ao tratamento

Cerca de 50,00% dos pacientes com doença crônica deixam de utilizar os medicamentos de maneira correta. Entretanto, o problema da adesão deve ser tratado como causa multifatorial, podendo ser relacionado a fatores do paciente (idade, nível de instrução), dos profissionais (barreiras de

comunicação esquemas complexos) e ao sistema de saúde como a dificuldade de acesso, entre outros.^{13,30}

A adesão ao tratamento na miocardiopatia é de extrema importância para o controle da doença e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. O conceito de adesão ao tratamento pode ser definido de várias maneiras. Uma delas é a definição proposta pelo Projeto de Adesão da OMS, que se refere ao grau em que o comportamento de uma pessoa está alinhado com as recomendações médicas ou de outros profissionais de saúde. Isso inclui a tomada de medicação, a adesão a uma dieta específica, a adoção de mudanças no estilo de vida e outras ações que visam melhorar a saúde do paciente.³¹ A OMS define adesão ao tratamento de enfermidades crônicas como um fenômeno multidimensional determinado pela conjugação de cinco fatores denominados de dimensões: sistema de saúde, doença, tratamento, paciente e fatores relacionados aos cuidados.³¹ Dessa maneira, a principal situação que se desmistifica é a de que o paciente é o único responsável pelo seu tratamento.

Existem diversas estratégias que visam garantir a adesão ao tratamento por parte dos pacientes, comunidade e equipe de saúde. Uma dessas estratégias é fornecer informações claras e precisas sobre a terapia a ser implementada, incluindo sua importância, possíveis efeitos colaterais e as consequências da não adesão. Além disso, é importante que o profissional de saúde avalie regularmente a adesão ao tratamento, identificando falhas e trabalhando em conjunto com o paciente para encontrar soluções adequadas, levando em consideração suas limitações, potenciais e condições. É fundamental que essa relação seja uma via de mão dupla, com abertura para discussões francas e livres de julgamentos.³¹⁻³³

Para avaliar a adesão ao tratamento em doenças crônicas, existem dois tipos principais de métodos: direto e indireto. O método direto envolve a dosagem do fármaco ou de seus metabólitos em amostras de plasma, saliva ou urina. Já o método indireto, mais utilizado, inclui perguntas diretas ao paciente sobre sua adequação ao tratamento, a contagem das pílulas e a avaliação dos resultados terapêuticos. No Brasil, o método mais utilizado é o da entrevista, devido à sua praticidade e baixo custo.³⁴

ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER AUTOCUIDADO

É notório que o engajamento do paciente em comportamentos de AC promove melhores desfechos clínicos e até mesmo de qualidade de vida. Importante destacar que para que o paciente mantenha a estabilidade da doença, reconheça os sinais e sintomas da doença e ainda tome a decisão adequada na vigência deles é fundamental o desenvolvimento de novos saberes, habilidades e atitudes para que possam incorporar os comportamentos de AC na vida diária, com importante papel da equipe multiprofissional e particularmente do enfermeiro neste processo.

Algumas estratégias são fundamentais para buscar a adesão ao tratamento do paciente como é o caso das intervenções educativas focadas no paciente e família que almejem ampliar a compreensão da doença, incentivar a adesão ao tratamento, promover um estilo de vida saudável

e, desta forma, auxiliam os pacientes a se empoderarem e assumirem um papel ativo em seu AC.¹⁶

As intervenções educativas de enfermagem, no geral, focam em aumentar o conhecimento do paciente sobre a doença, equipá-lo com habilidades para que possa monitorar e gerenciar seus sintomas, além da otimização dos cuidados com os hábitos de vida. Entretanto, não somente essas variáveis devem ser consideradas, autores referem que é fundamental que o enfermeiro trabalhe com teorias de modificação de comportamento combinadas ao conhecimento do paciente para alcance de melhores resultados de AC e desfechos clínicos.^{16,35}

Importante aspecto a considerar para o desenho de intervenções de enfermagem personalizadas é o nível de literacia em saúde. Segundo *Institute of Medicine (IOM)*, literacia pode ser definida como o grau de capacidade que indivíduos possuem para obter informações de saúde, processá-las e compreendê-las para tomar decisões apropriadas sobre a própria saúde.³⁶ Estudo que avaliou respostas de 2487 pacientes com IC quanto à literacia, encontrou que baixo nível de alfabetização em saúde foi associado ao aumento da mortalidade e das hospitalizações.³⁷

A baixa escolaridade foi associada à menor compreensão de recomendações e ao não reconhecimento de eventuais necessidades de saúde e busca de atendimento.³⁸ Estudo que avaliou os preditores do AC em 209 pacientes com IC encontrou o nível educacional maior como um preditor independente, explicando 4,6% da variância do AC. Ou seja, pacientes com melhor nível educacional aderem mais a comportamentos e recomendações de saúde que os de menor nível educacional.³⁹

Pessoas com IC com mais de seis anos estudo apresentam melhor comportamento de AC e consequente melhor adesão ao tratamento.⁴⁰

Diversos estudos corroboram que a inadequada alfabetização em saúde reflete maior índice de reinternação e mortalidade.⁴¹⁻⁴³ No entanto pacientes com educação em saúde satisfatória apresentam melhor AC.⁴⁴ Melhorar o nível de conhecimento dos pacientes com IC é fundamental para capacitar esses indivíduos a tomarem decisões sobre o monitoramento contínuo dos seus sintomas, melhorar a adesão ao tratamento e reduzir o risco de complicações.

Outro aspecto que deve ser abordado nos cuidados ao paciente é o monitoramento dos sinais e sintomas. Uma estratégia que pode ser utilizada aliando o uso da tecnologia é o telemonitoramento por meio de aplicativos que é abordagem moderna e eficaz para melhorar a gestão da doença e a qualidade de vida dos pacientes, estes podem utilizar os aplicativos para registrar sintomas como falta de ar, inchaço nas pernas e fadiga. Esses registros ajudam a equipe de saúde e o paciente a avaliar a progressão da doença e tomar medidas apropriadas que promovem o AC a adesão ao tratamento e o reconhecimento dos sintomas da IC.⁴⁵

Um estudo iraniano com intervenções mistas que foram realizadas por meio de um aplicativo e consulta presencial, teve resultados positivos nas ações educativas com melhora do comportamento de AC e mudança no conhecimento dos cuidadores sobre a IC.⁴⁶ Outro estudo com o uso de aplicativos em *smartphones* evidenciou que estes estão sendo

um aliado no monitoramento e educação em saúde, pois apresentou uma elevação estatisticamente significativa no nível de conhecimentos, competências e do empoderamento do paciente em relação à doença.⁴⁷

Além das intervenções é necessário que os pacientes saibam monitorar e perceber os seus sintomas. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no monitoramento dos sintomas em pacientes e no ensino desses pacientes a se auto monitorarem. Ensinar os pacientes a se auto monitorar requer educação, comunicação e o uso de ferramentas adequadas.⁴⁸

Pacientes que apresentam sintomas decorrentes de falha de bomba cardíaca enfrentam várias dificuldades ao reconhecer e monitorar seus sintomas devido à natureza da doença e a fatores individuais, como por exemplo não estarem bem-informados sobre seus sintomas, resultando em uma falta de compreensão sobre quais sintomas devem observar, idade, sexo e comorbidades.⁴⁹

Para superar essas dificuldades, é crucial que os pacientes recebam educação contínua sobre sua condição, seus sintomas e a importância do monitoramento regular. Além disso, o apoio e o acompanhamento da equipe de saúde desempenham um papel fundamental na identificação precoce de sintomas e no ajuste do tratamento conforme necessário. Promover a conscientização e a educação é fundamental para melhorar a qualidade de vida desses pacientes e reduzir complicações.

Vale destacar que as intervenções de enfermagem também devem ser direcionadas aos pacientes com IC com história prévia de hospitalização que apresentam um risco mais elevado de mortalidade e rehospitalização.³ Na tentativa de modificar essa realidade, intervenções multidisciplinares de cuidados transicionais para manter a continuidade do tratamento devem ser implementadas. Elas devem abordar ações educativas que preparem o paciente e família para a alta sobre o tratamento e a síndrome durante todo o período de internação, o compartilhamento entre os níveis de atenção à saúde, como hospital e ambulatório, das informações de saúde do paciente e o planejamento de cuidados e o seguimento deste paciente por meio do monitoramento que pode ser telefônico, presencial ou por aplicativos em intervalos regulares de acordo com a condição clínica do paciente.^{3,16}

Outra estratégia importante para melhorar o engajamento no AC é o envolvimento dos cuidadores dos pacientes nas ações de saúde, pois muitos pacientes cujos sintomas impactem nas atividades de vida diária (AVDs) necessitam de apoio de cuidadores para colocar em prática os comportamentos de AC. O cuidador informal trata-se de uma pessoa adulta que pode ou não ser membro da família e que assume as responsabilidades do cuidado de uma pessoa com doença incapacitante, e participa com ela na tomada de decisões de maneira não profissional e não remunerada. Os cuidadores podem executar, auxiliar ou supervisionar pessoa que apresenta limitações^{16,50} em suas AVDs nas três dimensões do AC.^{13,16}

O tipo de suporte dos cuidadores varia principalmente na evolução dos nos sinais e sintomas, comorbidades apresentadas, na relação entre a pessoa e cuidador e na complexidade do regime terapêutico.⁵⁰ Além do apoio nas AVDs, também podem auxiliar na tomada de decisões e intermediação com os profissionais e os serviços de saúde.^{16,50}

Percebe-se que cada vez mais os sistemas de saúde direcionam parcela dos cuidados de saúde para cuidadores. Esses cuidados além de serem amplos, são também complexos, sem que muitas vezes esse cuidador tenha o preparo adequado para tal função. Portanto, é necessário que além das intervenções de enfermagem e multidisciplinares incluam o cuidador, políticas públicas também possam disponibilizar apoio e recursos necessários aos cuidadores informais para que eles também estejam incluídos com os pacientes no centro do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As miocardiopatias possuem grande complexidade de manejo para equipe multidisciplinar e para o paciente. Os sinais e sintomas como fadiga, dispnéia, entre outros associados à presença de comorbidades e à terapêutica medicamentosa complexa impactam a vida do paciente com prejuízo na capacidade funcional, nas funções sociais, mentais e cognitivas, consequentemente em sua qualidade de vida.

O engajamento no AC é oportunidade valiosa para o paciente buscar a estabilidade da doença e as evidências

são consistentes a respeito do AC e sua associação com melhores desfechos clínicos. Infelizmente, de acordo com pesquisas, o AC ainda é aquém do esperado nosso país e em vários países do mundo, cabendo à equipe multidisciplinar buscar estratégias e desenhar intervenções educativas que englobem as ações do AC em seus processos e inclua o paciente e família como centro do cuidado.

Cuidadores informais podem ser importante suporte dos pacientes neste processo. Sabe-se que o processo de contribuição engloba variáveis do paciente e dos cuidadores como sociais, culturais, econômicas, de saúde, logo, cada cultura e país pode ter sua especificidade. Tais variáveis que podem atuar como facilitadoras ou barreiras no processo e devem ser considerados para planejamento das intervenções de saúde personalizadas a fim de reduzir o impacto das miocardiopatias na vida do paciente.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

- Maisch B, Noutsias M, Ruppert V, Richter A, Pankuweit S. Cardiomyopathies: classification, diagnosis, and treatment. *Heart Fail Clin.* 2012;8(1):53-78. <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2011.08.014>.
- Elliott P, Andersson B, Arbustini E, Bilinska Z, Cecchi F, Charon P, et al. Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J.* 2008;29(2):270-6.
- Conceição AP, Santos MA, Santos B, Cruz DALM. Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(4):578-86. doi:10.1590/0104-1169.0288.2591.
- Merlo M, Cannatà A, Gobbo M, Stolfo D, Elliott PM, Sinagra G. Evolving concepts in dilated cardiomyopathy. *Eur J Heart Fail.* 2018;20(2):228-39. doi:10.1002/ejhf.1103.
- Maron BJ, Maron MS. Hypertrophic cardiomyopathy. *Lancet.* 2013;381(9862):242-55. doi:10.1016/S0140-6736(12)60397-3.
- Muchtar E, Blauwet LA, Gertz MA. Restrictive Cardiomyopathy: Genetics, Pathogenesis, Clinical Manifestations, Diagnosis, and Therapy. *Circ Res.* 2017;121(7):819-37. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.117.310982>.
- Rapezzi C, Aimo A, Barison A, Emdin M, Porcari A, Linhart A, et al. Restrictive cardiomyopathy: definition and diagnosis. *Eur Heart J.* 2022;43(45):4679-93. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac543>.
- Poole-Wilson PA, Buller NP. Causes of symptoms in chronic congestive heart failure and implications for treatment. *Am J Cardiol.* 1988;62(2):31A-4A.
- Kaddoura S, Patel D, Parameshwar J, Sparrow J, Park A, Bayliss J, et al. Objective assessment of the response to treatment of severe heart failure using a 9-minute walk test on a walk test on a patient-powered treadmill. *J Card Fail.* 1996;2(2):133-9.
- Martins MA. Semiologia clínica. Santana de Parnaíba: Editora Manole; 2021.
- Lotufo PA. Construção do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). *Rev. Saúde Pública.* 2013;47(Supl 2):3-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047S20002>.
- McKenna W, Behr E. Hypertrophic cardiomyopathy: management, risk stratification, and prevention of sudden death. *Heart.* 2002;87(2):169-76.
- Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, de Albuquerque DC, Rassi S. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2018;111(3):436-539.
- The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 9th ed Little. Boston, Mass: Brown & Co; 1994. p. 253-6.
- de Barros ALBL, Bispo GS. Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem. In: Anais do Encontro Internacional do Processo de Enfermagem, 2017. Anais eletrônicos. Campinas: Galoá; 2017. [Acesso em 11 set. 2023]. Disponível em: <https://proceedings.science/enipe/trabalhos/teorias-de-enfermagem-base-para-o-processo-de-enfermagem?lang=pt-br>.
- Wilson AMMM, Conceição AP, Nakahara-Melo M, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem em situações de comprometimento do autocuidado no indivíduo com insuficiência cardíaca. In: Herdman TH, Napoleão AA, Lopes CT, Silva VM, organizadoras. PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 10. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2022. p. 11-49. <https://doi.org/10.5935/978-65-5848-708-1.C0004>.
- Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs.* 2009;24(6):485-97.
- Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(8):1143-7.
- Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;31(3):226-35. doi:10.1097/JCN.000000000000244.
- Lipshitz R, Klein G, Orasanu J, Salas E. Taking stock of naturalistic decision making. *J Behav Decis Making.* 2001;14(5):331-52. <https://doi.org/10.1002/bdm.381>.
- Klein G. Naturalistic decision making. *Hum Factors.* 2008;50(3):456-60. <https://doi.org/10.1518/001872008X288385>.
- Klein GA, Orasanu J, Calderwood R, Zsombok CE. Decision making in action: models and methods. Westport: Ablex Publishing; 1993.
- Philipson H, Ekman I, Forslund HB, Swedberg K, Schaefelberger M. Salt and fluid restriction is effective in patients with

- chronic heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2013;15(11):1304-10. doi:10.1093/eurjhf/hft097.
24. Simão DO, Júlia da Costa R, Fonseca Verneque BJ, Ferreira do Amaral J, Chagas GM, Duarte CK. Sodium and/or fluid restriction and nutritional parameters of adult patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *Clin Nutr ESPEN.* 2021;45:33-44. doi:10.1016/j.clnesp.2021.08.013.
 25. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.
 26. James CA, Bhonsale A, Tichnell C, Murray B, Russell SD, Tandri H, et al. Exercise increases age-related penetrance and arrhythmic risk in arrhythmogenic right ventricular dysplasia/cardiomyopathy-associated desmosomal mutation carriers. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62(14):1290-7.
 27. Gersh BJ, Maron BJ, Bonow RO, Dearani JA, Fifer MA, Link MS, et al. 2011 ACCF/AHA guideline for the diagnosis and treatment of hypertrophic cardiomyopathy: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2011;124(24):2761-96.
 28. Rowin EJ, Maron BJ, Olivetto I, Maron MS. Role of Exercise Testing in Hypertrophic Cardiomyopathy. *JACC Cardiovasc Imaging.* 2017;10(11):1374-86.
 29. Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, da Silveira AD, Herdy AH, Hossru CAC, et al. Diretrizes de reabilitação cardiovascular. *Arq Bras Cardiol.* 2020;114(5):943-87.
 30. de Albuquerque DC, Neto JD de S, Bacal F, Rohde LEP, Bernardes-Pereira S, Berwanger O, et al. I registro Brasileiro de insuficiência Cardíaca – Aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. *Arq Bras Cardiol.* 2015;104(6):433-42.
 31. World Health Organization (WHO). Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
 32. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Brau S. Intervenções de enfermagem em pacientes com cardiopatia: métodos e avaliação de eficácia em pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev HCPA.* 2005;25(3):95-8.
 33. Bezerra ASM, Lopes JL, Barros ALBL. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(4):550-5.
 34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 52 p.
 35. Toukhsati SR, Jaarsma T, Babu AS, Driscoll A, Hare DL. Self-Care Interventions That Reduce Hospital Readmissions in Patients with Heart Failure; Towards the Identification of Change Agents. *Clin Med Insights Cardiol.* 2019;13:1179546819856855.
 36. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Dozzi Brucki SM, Damin A, et al. Desempenho de uma população brasileira no teste de alfabetização funcional para adultos na área de saúde. *Rev Saude Publica.* 2009;43(4):631-8.
 37. Fabbri M, Yost K, Finney Rutten LJ, Manemann SM, Boyd CM, Jensen D, et al. Health Literacy and Outcomes in Patients with Heart Failure: A Prospective Community Study. *Mayo Clin Proc.* 2018;93(1):9-15. doi:10.1016/j.mayocp.2017.09.018.
 38. Bertuzzi D, de Souza EN, Moraes MA, Mussi C, Rabelo ER. The knowledge of patients with heart failure in the homecare context: An experimental study. *Online Brazilian J Nurs.* 2012;11(3):572-82.
 39. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. *Rev Saude Publica.* 2017;51:50.
 40. Rockwell JM, Riegel B. Predictors of self-care in persons with heart failure. *Hear Lung J Acute Crit Care.* 2001;30(1):18-25.
 41. Kuhn TA, Gathright EC, Dolansky MA, Gunstad J, Josephson R, Hughes JW. Health Literacy, Cognitive Function, and Mortality in Patients with Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2022;37(1):50-5. doi:10.1097/JCN.0000000000000855.
 42. Gomez R, Andrey JL, Puerto JL, Romero SP, Pedrosa MJ, Rosety-Rodriguez M, et al. Health literacy and prognosis of heart failure: a prospective propensity-matched study in the community. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2023;22(3):282-90. doi:10.1093/eurjcn/zvac045.
 43. Fabbri M, Murad MH, Wennberg AM, Turcano P, Erwin PJ, Alahdab F, et al. Health Literacy and Outcomes Among Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JACC Heart Fail.* 2020;8(6):451-60. doi:10.1016/j.jchf.2019.11.007.
 44. Świątoniowska-Lonc NA, Stawuta A, Dudek K, Jankowska K, Jankowska-Polańska BK. The impact of health education on treatment outcomes in heart failure patients. *Adv Clin Exp Med.* 2020;29(4):481-92. doi:10.17219/acem/115079.
 45. Ortega EC, Baroja AGG, Gamarra AG, Cuevas-Budhart MA, Klepzig JLG, García-Madrid MGD. Educación terapéutica en insuficiencia cardíaca mediante e-Salud: revisión sistemática [Education interventions in heart failure using m-Health: Systematic review]. *Aten Primaria.* 2023;55(11):102734. doi:10.1016/j.aprim.2023.102734.
 46. Kola MKS, Jafari H, Charati JY, Shafipour V. Comparing the effects of teach-back method, multimedia and blended training on self-care and social support in patients with heart failure: A randomized clinical trial. *J Educ Health Promot.* 2021;10:248. doi:10.4103/jehp.jehp_1481_20.
 47. Parrado IYR, Saldaña DMA. Digital Health Literacy in Patients with Heart Failure in Times of Pandemic. *Comput Inform Nurs.* 2022;40(11):754-62. doi:10.1097/CIN.0000000000000883.
 48. Taniguchi C, Okada A, Seto N, Shimizu Y. How visiting nurses detect symptoms of disease progression in patients with chronic heart failure. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2020;15(1):1735768. doi:10.1080/17482631.2020.1735768.
 49. Santos GC, Liljeroos M, Dwyer AA, Jaques C, Girard J, Strömberg A, et al. Symptom perception in heart failure: a scoping review on definition, factors and instruments. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2020;19(2):100-17. doi:10.1177/1474515119892797.
 50. Wilson AMMM, Almeida GSM, Santos BCF, Nakahara-Melo M, Conceição AP, Cruz DALM. Factors associated with caregivers' contribution to self-care in heart failure. *Rev Lat Am. Enfermagem.* 2022;30:e3633.

COMO O FARMACÊUTICO CLÍNICO PODE CONTRIBUIR NO TRATAMENTO DO PACIENTE COM AMILOIDOSE CARDÍACA?

HOW CAN THE CLINICAL PHARMACIST CONTRIBUTE TO THE TREATMENT OF
PATIENTS WITH CARDIAC AMYLOIDOSIS?



Clique para acessar
o Podcast

Aline Evangelista¹ 
Julia Sumie Nakaima
Fugita² 

1. Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Minas Gerais, MG, Brasil.
2. Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:
Aline Evangelista
Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Gerência de Farmacotécnica/Farmácia Clínica
Av. Francisco Sales, 1111 - Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, Brasil.
CEP: 30150-221
alineevangelistaa@hotmail.com

RESUMO

A amiloidose é caracterizada pelo depósito anormal de fibrilas de amiloide em diferentes tecidos, com predominância de duas derivações de fenótipo cardíaco: imunoglobulina de cadeia leve (AL) e transtirretina (TTR). A amiloidose (A) por TTR se apresenta como duas formas: hereditária (h) e selvagem (w). A farmacoterapia compreende medicamentos de suporte para insuficiência cardíaca e o tratamento específico visa a redução da amiloideogênese na forma ATTR. O diagnóstico tardio, o desenvolvimento da doença e a limitação terapêutica tornam-se cruciais para a qualidade de vida do paciente, sendo necessárias abordagens multidisciplinares, como o acompanhamento farmacoterapêutico. Trata-se de uma revisão de literatura realizada pelo levantamento de artigos científicos sobre terapias promissoras para o tratamento da ATTR e o papel do farmacêutico no acompanhamento destes pacientes. Do total de 38 artigos, 13 foram selecionados após leitura do título e do resumo. Cinco artigos relataram o uso de estabilizadores seletivos de transtirretina, seguido dos silenciadores do RNA da transtirretina (n=4), terapias gênicas (n=3) e inibidor do oligonucleotídeo antisense (n=1). Tendo em vista que vários ensaios clínicos continuam em andamento e que a maioria dos pacientes são tratados com a finalidade de melhorar a sintomatologia, o farmacêutico clínico pode trazer benefícios ao tratamento por intermédio de atividades como: avaliação da prescrição de medicamentos, identificação de barreiras interferentes na adesão terapêutica, monitoramento de parâmetros de segurança e educação em saúde. Considerando a inexistência de estudos do farmacêutico clínico na AC, salienta-se a importância de investimentos em novos estudos para fomentar a inclusão deste profissional no acompanhamento desses pacientes.

Descritores: Doenças Cardíacas; Amiloidose; Assistência Farmacêutica; Farmacoterapia.

ABSTRACT

Amyloidosis is characterized by the abnormal deposition of amyloid fibrils in different tissues, with predominance of two cardiac phenotype derivatives: immunoglobulin light chain (AL) and transthyretin (TTR). TTR amyloidosis (A) presents as two forms: hereditary (h) and wild-type (w). Pharmacotherapy comprises supportive drugs for heart failure and specific treatment aims at reducing amyloidogenesis in the ATTR form. Late diagnosis, disease development and therapeutic limitation are crucial for the patient's quality of life, requiring multidisciplinary approaches, such as pharmacotherapeutic follow-up. This is a literature review carried out by surveying scientific articles on promising therapies for the treatment of ATTR and the role of the pharmacist in monitoring these patients. Of 38 articles, 13 were selected after reading the title and abstract. Five articles reported the use of selective transthyretin stabilizers, followed by transthyretin RNA silencers (n=4), gene therapies (n=3) and antisense oligonucleotide inhibitor (n=1). Given that several clinical trials are still ongoing and that most patients are treated in order to improve symptoms, the clinical pharmacist can bring benefits to the treatment through activities such as: evaluation of drug prescription, identification of barriers interfering with therapeutic adherence, monitoring of safety parameters and health education. Considering the lack of studies about the clinical pharmacist in CA, it is important to invest in new studies to promote the inclusion of this professional in the follow-up of these patients.

Keywords: Heart Diseases; Amyloidosis; Pharmaceutical Services; Drug Therapy.

INTRODUÇÃO

A amiloidose é uma patologia caracterizada pelo depósito anormal de fibrilas de amiloide em diferentes tecidos, como músculo cardíaco, trato gastrointestinal e sistema nervoso.^{1,2} Dentre as 30 proteínas já descritas, duas derivações de fenótipo cardíaco possuem 95% de predominância, imunoglobulina de cadeia leve (AL) e transtirretina (TTR).³

A amiloidose do tipo AL é derivada do aumento inadequado da produção de fragmentos de cadeias leves de anticorpos monoclonais, designada como amiloidose primária.⁴ Na amiloidose TTR, observa-se que o acúmulo é derivado de alterações no desdobramento da proteína de transtirretina, que apresenta originalmente forma tetraédrica e é responsável por transportar a vitamina A e o hormônio tiroxina.⁵

Existem duas formas de ocorrência da ATTR, hereditária (h) e selvagem (w), a primeira possui mais de 130 mutações descritas e a apresentação clínica varia de polineuropatia pura (ATTR-PN) a cardiomiopatia exclusiva (ATTR-CM). A segunda apresenta maior prevalência em homens com idade superior a 70 anos, com o acometimento cardíaco como a principal característica, associada à estenose espinhal e à síndrome do túnel do carpo.^{6,7}

Indivíduos acometidos com ATTR-CM desenvolvem hipertrofia cardíaca progredindo para insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada (ICFep) aliada a sinais e sintomas como: falta de ar, edema periférico, fadiga e eventualmente caquexia.⁸ Na forma ATTR-PN, as manifestações típicas incluem parestesia, hipoestesia, dormência e dor periférica, visto o acometimento neurológico.⁹

A farmacoterapia da amiloidose cardíaca (AC) compreende medicamentos de suporte para Insuficiência Cardíaca (IC), como o manejo da volemia com diuréticos de alça e espironolactona, o controle de taquiarritmias com a amiodarona, e se fibrilação atrial associada, é indicado o uso de anticoagulantes.^{10,11}

O tratamento específico visa a redução da amiloidogênese na forma ATTR, com os silenciadores do RNA da transtirretina e estabilizadores seletivos de transtirretina, como o Tafamidis.^{12,13} Vale ressaltar que o Tafamidis foi incorporado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no Sistema Único de Saúde (SUS) somente para a forma ATTR-PN, sendo necessária a judicialização do tratamento para pacientes com diagnóstico da forma ATTR-CM.¹⁴ Na AL, a terapia constitui quimioterapia com melfalana, bortezomibe e/ou lenalidomida e transplante de células tronco.¹⁵

O diagnóstico tardio, o desenvolvimento da doença e a limitação terapêutica tornam-se cruciais para a qualidade de vida do paciente.⁷ Conseqüentemente, se fazem necessárias abordagens multidisciplinares ao paciente portador de Amiloidose a fim de diminuir os interferentes que impactam na qualidade de vida, como por exemplo, a adesão terapêutica.

A adesão farmacoterapêutica é um alicerce para que o paciente acometido com AC garanta um controle efetivo dos sintomas e melhora na qualidade de vida. O medicamento integrado à equipe multidisciplinar, permite desenvolver uma relação contínua com os pacientes, através do gerenciamento e monitoramento dos medicamentos, da redução de custos e do acompanhamento da efetividade do tratamento.¹⁶

A constante busca pelo tratamento mais efetivo da Amiloidose Cardíaca é desafiadora frente à progressão da doença e seu acometimento sistêmico. Desta forma o farmacêutico é

indispensável para traçar rotas que se adequem à rotina dos pacientes, diminuindo o sofrimento, aumentando a qualidade de vida e evitando possíveis iatrogenias.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura realizada através do levantamento bibliográfico de artigos científicos nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCIELO na língua espanhola, portuguesa e inglesa. Os descritores utilizados foram Amiloidose Cardíaca, transtirretina, tratamento, *Cardiac Amyloidosis*, *transthyretin* e *treatment*. Para exclusão dos artigos fora da temática se realizou a leitura do título e do resumo.

A pesquisa bibliográfica tem como objetivo realizar um levantamento de estudos clínicos sobre terapias promissoras para serem incluídas como tratamento da Amiloidose Cardíaca TTR e o papel do farmacêutico no acompanhamento.

DESENVOLVIMENTO

Na revisão de literatura foram encontrados 38 artigos, sendo excluídos 26 artigos que estavam fora da temática após leitura do título e do resumo. (Figura 1)

Do total de 13 artigos, cinco relataram o uso de estabilizadores seletivos de transtirretina como sendo uma terapia promissora para o tratamento de ATTR, seguido dos silenciadores do RNA da transtirretina (n=4), terapias gênicas (n=3) e inibidor do oligonucleotídeo antisense (n=1). (Figura 2)

Estabilizadores seletivos de transtirretina

Uma das alternativas terapêuticas da ATTR é a estabilização do tetrâmero de transtirretina por meio de pequenas moléculas que agem como estabilizadores cinéticos e impedem a dissociação de monômeros com enovelamento inadequado.^{17,18} O primeiro fármaco a demonstrar efeito estabilizador sobre a proteína foi o Diflunisal, um anti-inflamatório não esteroidal, não seletivo, utilizado como *off label* nos estágios I e II da doença, descoberto em 1970. Contudo, devido ao aumento da ocorrência de efeitos adversos, principalmente cardiotoxicos, seu uso foi descontinuado em mais de 50% dos estudos.¹⁹

Ensaio clínicos atuais apresentam outro estabilizador como terapia promissora para AC, o Tafamidis.²⁰ O tratamento é usado em pacientes em estágio I com polineuropatia sintomática e seu uso já foi aprovado em vários países como Brasil, Japão, Argentina, México e na Europa. Vale ressaltar que vários estudos já demonstram efeitos positivos sobre a ATTR-CM. Além disso, evidências relatam que as causas de mortalidade e hospitalizações por complicações cardiovasculares foram minimizadas com o uso do Tafamidis.¹⁸

Silenciadores do RNA da transtirretina

O silenciamento gênico nos estágios I e II da ATTR-PN é uma proposta terapêutica para suprimir a produção de transtirretina mutante e não-mutante pelos hepatócitos.^{20,21} Dentre os fármacos, se evidencia o Patisiran, aprovado em agosto de 2018 pelas agências regulatórias norte-americana (*Food and Drug Administration* – FDA) e europeia (*European Medicines Agency* – EMA), que demonstrou reduções significativas da concentração sérica de TTR. O medicamento contém uma sequência de RNA alvo encapsulado em nanopartícula lipídica e é administrado por infusão intravenosa três vezes por semana.²²

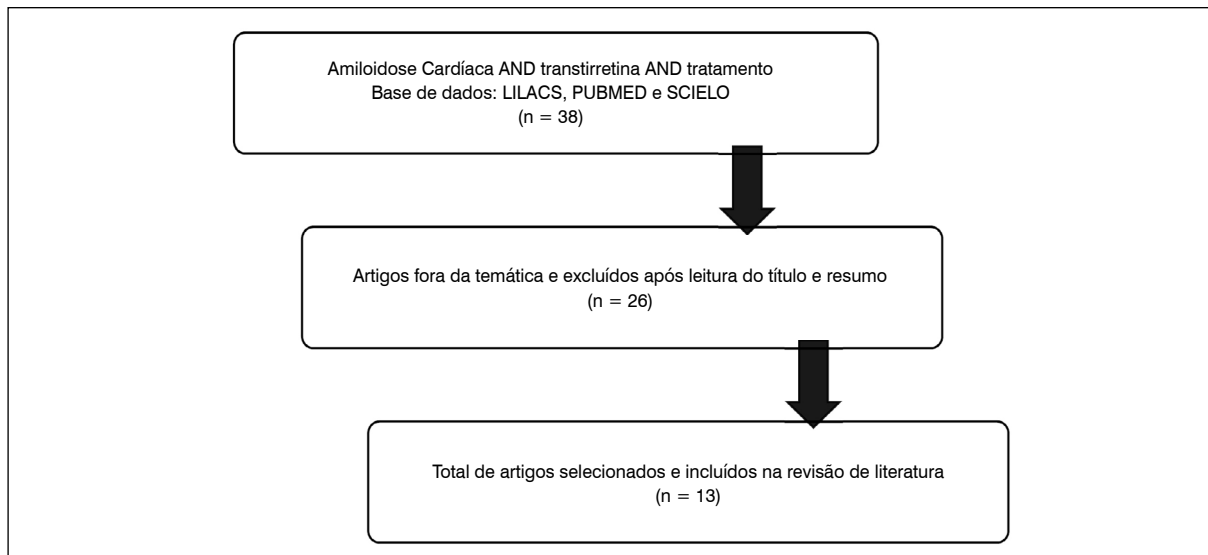


Figura 1. Fluxograma de artigos encontrados na revisão de literatura

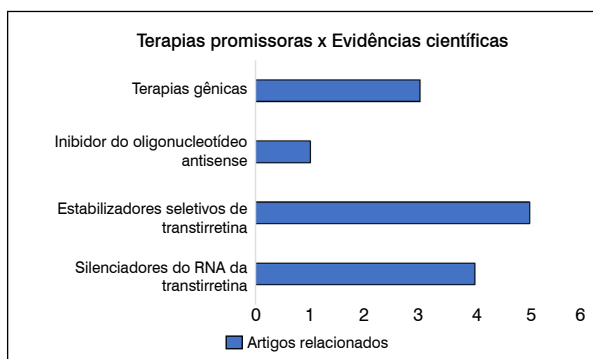


Figura 2. Disposição das terapias promissoras em estudo nos artigos selecionados.

Inibidor do Oligonucleotídeo antisense

Outra droga utilizada no silenciamento é o Inotersen, inibidor do oligonucleotídeo antisense, que reduz o curso da doença neurológica e conseqüentemente melhora a qualidade de vida dos pacientes com ATTR-PN. Ao contrário do Patisiran, é administrado apenas uma vez por semana e por via subcutânea. Ambas as drogas têm apresentado resultados significativos na regressão do quadro evolutivo da ATTR-PN.^{19,20}

Terapias gênicas

Dentre as terapias gênicas, destaca-se o uso do anticorpo recombinante NI006, capaz de atingir os monômeros de TTR dissociados incorretamente, do tipo selvagem ou hereditária. Em estudo clínico, observou-se a redução de mais de 90% de proteína amiloide circulante com seu uso.²³

Ressalta-se que vários ensaios clínicos de drogas para o tratamento de AC estão em andamento, tais como os anticorpos monoclonais, AG-10 (novo estabilizador de TTR), epigalocatequina-3-galato (outro estabilizador da TTR), CHF5074 (modulador da gama-secretase) e CRISPR-Cas9 (silenciador baseado em repetições palindrômicas agrupadas).²⁴

Não foram encontradas evidências científicas do serviço farmacêutico voltado ao cuidado de pacientes com Amiloidose Cardíaca.

O PAPEL DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA AC

A AC apresenta um curso indolente e considerando que o diagnóstico é feito muitas vezes tardiamente o prognóstico se torna um mal preditor. Durante a anamnese clínica suspeita-se de amiloidose cardíaca em pacientes com idade igual ou superior a 50 anos, que apresentam sinais e sintomas de IC, com fração de ejeção maior ou igual a 50% e que não demonstram melhora dos sintomas com o tratamento medicamentoso tradicional.²⁵

O tratamento da AC tem como objetivo melhorar os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca (IC) com o emprego de diuréticos de alça e espironolactona para o manejo da volemia e controle de taquiarritmias com a amiodarona. O uso da combinação de betabloqueadores e inibidores da enzima conversora da angiotensina tem o seu benefício desconhecido nesta patologia. O emprego de digitálicos não apresenta benefícios nesse grupo de pacientes, visto que o miocárdio compreendido pela proteína amiloide está mais suscetível aos efeitos tóxicos, o que predispõe a ocorrência de arritmias. Em caso de fibrilação atrial e na detecção de trombos intracavitários é indicado o uso de anticoagulantes.^{10,11}

Apesar de não existir evidências sobre o trabalho do farmacêutico com pacientes de AC, ressalta-se a importância do seu acompanhamento, considerando que vários ensaios clínicos ainda estão em andamento e que a maioria dos pacientes são tratados de forma paliativa na finalidade de melhorar a sintomatologia. Desta forma, a adesão terapêutica é um fator interferente para que o paciente obtenha qualidade de vida.

No Brasil, o primeiro serviço de farmácia clínica foi criado na década de setenta na região norte do país, porém somente em 2002 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) juntamente com o Ministério da Saúde reconheceu a participação do farmacêutico na prevenção de doenças e na promoção da saúde.²⁶

As atividades do farmacêutico clínico envolvem: a avaliação da prescrição de medicamentos quanto a indicação, dose, frequência, via de administração; a identificação de

barreiras que podem impactar na adesão terapêutica; o monitoramento de parâmetros de segurança e a educação em saúde, tais serviços que podem ser realizados através do acompanhamento farmacoterapêutico à nível hospitalar ou ambulatorial.¹⁶ Tratando-se dos pacientes com AC com ICfEp, este profissional pode atuar no monitoramento do edema, da frequência cardíaca, da pressão arterial, do nível de potássio para os pacientes em uso de espironolactona e da Razão Normalizada Internacional (INR) para os pacientes em uso de varfarina para fibrilação atrial.

A adesão pode ser mensurada com o auxílio de métodos diretos e indiretos de entrevista clínica.¹⁶ Os métodos diretos envolvem a mensuração do princípio ativo em fluidos biológicos, enquanto os métodos indiretos podem envolver questionários estruturados e/ou a contagem dos comprimidos. Para a orientação dos pacientes e de seus cuidadores, o farmacêutico pode fazer uso de materiais didáticos como cartilhas educativas, uso de tabela com a descrição dos medicamentos em uso pelo paciente para direcionar a terapia

quanto à posologia, dose, regime terapêutico e demais orientações farmacêuticas específicas para cada medicamento e de aplicativos de celulares que notificam o horário de tomada dos medicamentos, quantidade de comprimidos disponíveis e o dia em que o paciente terá que comprá-los.

É de grande importância o controle dos sintomas da IC uma vez que a doença mantém-se como uma patologia grave, afetando no mundo cerca de 23 milhões de pessoas.²⁷ Desta forma, salienta-se o valor do serviço clínico do farmacêutico sobre o paciente com AC e a necessidade de investimentos em novos estudos para fomentar a inclusão do farmacêutico no acompanhamento destes pacientes.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

REFERENCIAS


1. Fontana M, Banyersad SM, Treibel TA, Abdel-Gadir A, Maestrini V, Lane T, et al. Differential Myocyte Responses in Patients with Cardiac Transthyretin Amyloidosis and Light-Chain Amyloidosis: A Cardiac MR Imaging Study. *Radiology*. 2015;277(2):388-97.
2. Martinez-Naharro A, Hawkins PN, Fontana M. Cardiac amyloidosis. *Clin Med (Lond)*. 2018;18(Supl 2):s30-5.
3. Rubin J, Maurer MS. Cardiac Amyloidosis: Overlooked, Underappreciated, and Treatable. *Annu Rev Med*. 2020;71(1):203-19.
4. Bhogal S, Ladia V, Sitwala P, Cook E, Bajaj K, Ramu V, et al. Cardiac Amyloidosis: An Updated Review With Emphasis on Diagnosis and Future Directions. *Curr Probl Cardiol*. 2018;43(1):10-34.
5. Connors LH, Lim A, Prokhaeva T, Roskens VA, Costello CE. Tabulation of human transthyretin (TTR) variants, 2003. *Amyloid*. 2003;10(3):160-84.
6. Galant Natalie J, Westermarck P, Higaki Jeffrey N, Chakrabarty A. Transthyretin amyloidosis: an under-recognized neuropathy and cardiomyopathy. *Clin Sci (Lond)*. 2017;131(5):395-409.
7. Aimo A, Rapezzi C, Perfetto F, Cappelli F, Palladini G, Obici L, et al. Quality of life assessment in amyloid transthyretin (ATTR) amyloidosis. *Eur J Clin Invest*. 2021;51(11):e13598.
8. Vergaro G, Aimo A, Barison A, Genovesi D, Buda G, Passino C, et al. Keys to early diagnosis of cardiac amyloidosis: red flags from clinical, laboratory and imaging findings. *Eur J Prev Cardiol*. 2020;27(17):1806-15.
9. Gendre T, Planté-Bordeneuve V. Strategies to improve the quality of life in patients with hereditary transthyretin amyloidosis (hATTR) and autonomic neuropathy. *Clin Auton Res*. 2019;29(Supl 1):25-31.
10. Alexander KM, Witteles RM. Management of Cardiac Amyloidosis: Do's and Don'ts. *Canadian J Cardiol*. 2020;36(3):444-6.
11. Oerlemans MIFJ, Rutten KHG, Minnema MC, Raymakers RAP, Asselbergs FW, de Jonge N. Cardiac amyloidosis: the need for early diagnosis. *Neth Heart J*. 2019;27(11):525-36.
12. Pinto IM, Smanio PEP, Vilela A de A, Quagliato PC, Segundo Neto EMV, Vasconcelos LA, et al. Amiloidose cardíaca: ainda uma doença rara?. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2021;31(2):187-97.
13. Relatório para a Sociedade: Tafamidis meglumina no tratamento de pacientes com cardiomiopatia Amiloide associada à transtirretina (selvagem ou hereditária), classes NYHA II e III acima de 60 anos de idade. Conitec [online] 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/sociedade/20221223_rs_378_tafamidis_cardiomiopatia_final.pdf Acesso em: 15 de agosto de 2023.
14. Portaria SCTIE/MS nº 177, de 21 de dezembro de 2022. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o tafamidis meglumina no tratamento de pacientes com cardiomiopatia amiloide associada à transtirretina (selvagem ou hereditária), classes NYHA II e III acima de 60 anos de idade. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília; Dez 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/2022/20221222_publicacao_dou_99.pdf.
15. Garcia-Pavia P, Rapezzi C, Adler Y, Arad M, Basso C, Brucato A, et al. Diagnosis and treatment of cardiac amyloidosis: a position statement of the ESC Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J*. 2021;42(16):1554-68.
16. Dáder MJF, Muñoz PA, Martínez-Martínez F. A importância da adesão terapêutica no exercício da atenção farmacêutica. In: Atenção Farmacêutica: Serviços farmacêuticos orientados ao paciente. São Paulo: RCN; 2019. p. 360.
17. Adams D, Koike H, Slama M, Coelho T. Hereditary transthyretin amyloidosis: a model of medical progress for a fatal disease. *Nat Rev Neurol*. 2019;15(7):387-404.
18. Mathew V, Wang AK. Inotersen: new promise for the treatment of hereditary transthyretin amyloidosis. *Drug Des Devel Ther*. 2019;13:1515-25.
19. Pinto MV, Barreira AA, Bulle AS, Freitas MRG de, França Jr MC, Gondim F de AA, et al. Brazilian consensus for diagnosis, management and treatment of transthyretin familial amyloid polyneuropathy. *Arq Neuropsiquiatr*. 2018;76(9):609-21.
20. Gertz MA, Mauerer ML, Grogan M, Coelho T. Advances in the treatment of hereditary transthyretin amyloidosis: A review. *Brain Behav*. 2019;9(9):e01371.
21. Koike H, Katsuno M. Ultrastructure in Transthyretin Amyloidosis: From Pathophysiology to Therapeutic Insights. *Biomedicines*. 2019;7(1):11.
22. Alnylam Pharmaceuticals, Inc. THE SCIENCE OF RNAi. [Acesso em: 30 jun. 2019]. Disponível em: <https://www.alnylam.com/our-science/the-science-of-rnai/>.
23. Lupi A. Amiloidosi Cardiaca: valutazione prognostica clinico-biumorale con troponina I ad alta sensibilità [dissertation]. Padova: Università Degli Studi Di Padova; 2021.
24. Emdin M, Aimo A, Rapezzi C, Fontana M, Perfetto F, Seferović PM, et al. Treatment of cardiac transthyretin amyloidosis: an update. *Eur Heart J*. 2019;40(45):3699-706.
25. Mesquita E, Lagoiro A, Celso J, Souza Junior V, Ribeiro De Andrade T. Cardiac Amyloidosis and its New Clinical Phenotype: Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *Arq Bras Cardiol*. 2017;109(1):71-80.
26. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
27. Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2018;111(3):436-539.

ANÁLISE DOS INDICADORES QUE SE REFLETEM O ESTADO NUTRICIONAL DO PACIENTE COM MIOCARDIOPATIA

ANALYSIS OF INDICATORS REFLECTING ON THE NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH CARDIOMYOPATHY



Clique para acessar
o Podcast

Ana Katia Zaksauskas
Rakovicius¹
Priscila Santana Amad² 

1. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo – Departamento de Nutrição. São Paulo, SP, Brasil
2. Hospital Municipal Vila Santa Catarina. São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:
Ana Katia Zaksauskas Rakovicius,
Rua Wandenkolk, 711, apartamento
41F. Mooca. São Paulo, SP, Brasil.
ana_rakovicius@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença crônica complexa, de alto custo hospitalar, que representa o estágio final de várias condições cardíacas. Suas causas são multifatoriais, resultando em anormalidades na função cardíaca e respostas neuro-humorais e inflamatórias. O “paradoxo da obesidade” é observado em pacientes com IC, onde um índice de massa corpórea (IMC) elevado está ligado a maior sobrevida. Entretanto, a desnutrição grave, como a caquexia cardíaca, reduz a sobrevida, especialmente em casos de miocardiopatia dilatada, caracterizada pela dilatação dos ventrículos. **Objetivo:** Analisar na literatura os indicadores que refletem o estado nutricional de indivíduos que têm miocardiopatia. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão da literatura de forma sistemática, analisando-se os artigos publicados entre 2008 a 2023, nas bases de dados Medline, PubMed, Lilacs, SciELO e dos comitês nacionais e internacionais de saúde. **Resultados:** A IC impacta o estado nutricional devido a interações complexas, incluindo sistemas hormonais, problemas de absorção, carências nutricionais e desregulação metabólica. **Conclusão:** A desnutrição é comum em pacientes com miocardiopatia associada à IC, evidenciada por indicadores antropométricos e bioquímicos. Além da perda muscular e energética, anemia e imunossupressão podem ocorrer. A prevalência varia com o método de diagnóstico, sendo mais alta pela circunferência do braço (CB), análise subjetiva global (ASG) e depleção proteico-energética, e menor pelo IMC, considerado pouco confiável. Esta revisão destaca a importância de monitorar o estado nutricional regularmente em pacientes com IC, prevenindo desnutrição e seus efeitos adversos, bem como de identificar baixos níveis de colesterol como indicadores independentes de mau prognóstico.

Descritores: Miocardiopatia; Insuficiência Cardíaca; Estado Nutricional.

ABSTRACT

Introduction: Heart failure (HF) is a complex chronic disease with high hospitalization costs, representing the end stage of various cardiac conditions. Its causes are multifactorial, resulting in abnormalities in cardiac function and neuro-hormonal and inflammatory responses. The “obesity paradox” is observed in HF patients, where higher body mass index (BMI) is linked to better survival. However, severe malnutrition like cardiac cachexia reduces survival, especially in cases of dilated cardiomyopathy characterized by ventricular enlargement. **Objective:** To analyze literature indicators reflecting the nutritional status of individuals with cardiomyopathy. **Methodology:** A systematic literature review was conducted on articles published between 2008 and 2023, using the databases Medline, PubMed, Lilacs, SciELO, and national and international health committees. **Results:** HF impacts nutritional status due to complex interactions, including hormonal systems, absorption issues, nutritional deficiencies, and metabolic dysregulation. **Conclusion:** Malnutrition is common in patients with cardiomyopathy associated with HF, evidenced by anthropometric and biochemical indicators. Besides muscular and energy loss, anemia and immune suppression may occur. Prevalence varies by diagnostic method, being higher with arm circumference, global subjective assessment, and protein-energy depletion, and lower with BMI, considered unreliable. This review underscores the importance of regularly monitoring nutritional status in HF patients, preventing malnutrition and its adverse effects, as well as identifying low cholesterol levels as independent indicators of poor prognosis.

Keywords: Cardiomyopathy; Heart Failure; Nutritional Status.

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença crônica de alto custo hospitalar, caracterizada por sua natureza complexa e sistêmica. Ela afeta o sistema cardiovascular e é considerada como o estágio final de várias cardiopatias.¹

Essa síndrome clínica é de origem multifatorial e é causada por anormalidades na função do coração em bombear o sangue adequadamente e/ou em acomodar o retorno sanguíneo, resultando em uma inadequada oferta de oxigênio aos tecidos ou apenas um débito cardíaco insuficiente devido ao aumento anormal das pressões de enchimento. Essa condição leva a uma complexa resposta neuro-humoral e inflamatória.²

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) emitiu uma atualização no início de 2022 do relatório estatístico referente às enfermidades cardiovasculares no Brasil. Segundo o documento, com base nas informações do estudo *Global Burden of Disease* (GBD) de 2019, constatou-se que no país o número de indivíduos afetados pela Doença Arterial Coronariana (DAC), que engloba o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), a angina estável e a insuficiência cardíaca isquêmica, aumentou de 1,48 milhão em 1990 para mais de 4 milhões em 2019. Além disso, a taxa bruta de prevalência da DAC elevou-se de 0,99% para 1,85% durante esse intervalo. Vale notar que, apesar dessas mudanças, a taxa de prevalência ajustada por faixa etária permaneceu estável.³

O aumento contínuo da insuficiência cardíaca como um desafio crescente para a saúde pública resulta em uma série de restrições na vida dos indivíduos afetados. Isso leva a uma diminuição na qualidade de vida e emerge como uma das principais prioridades nos programas de saúde, dado o aumento progressivo na sua ocorrência, a elevada taxa de doença e morte relacionadas, a considerável proporção de hospitalizações e o declínio da capacidade produtiva em parte da população.⁴

O aumento do índice de massa corporal (IMC) está relacionado a um maior risco de DAC. No entanto, em pacientes com IC, um IMC elevado está positivamente associado à taxa de sobrevivência, sendo considerado um fator protetor contra a mortalidade. Isso levanta o que é conhecido como “paradoxo da obesidade” nos pacientes com IC, em que aqueles com IMC mais alto têm menor mortalidade do que indivíduos com peso normal (eutróficos) e desnutridos. Pacientes com IC em classes funcionais (CF) III e IV frequentemente apresentam síndrome de desnutrição, devido à perda de massa muscular e catabolismo. Quando ocorre desnutrição grave, caracterizada como caquexia cardíaca, o prognóstico se agrava e a sobrevivência dos pacientes é reduzida.⁵

A miocardiopatia dilatada é uma condição clínico-patológica caracterizada por uma progressiva dilatação de ambos os ventrículos, especialmente o ventrículo esquerdo. O aumento dos diâmetros ventriculares resulta em disfunção sistólica e subsequente diminuição na fração de ejeção. Há várias causas para a miocardiopatia dilatada, com a cardiopatia isquêmica avançada sendo a causa mais comum atualmente, seguida pela miocardiopatia dilatada idiopática. A forma idiopática muitas vezes apresenta um padrão de agregação familiar em cerca de 30% dos casos, frequentemente ligado a um componente genético hereditário. Isso deve ser levado em consideração na

prática clínica, com uma abordagem sistemática para avaliar os parentes de primeiro grau dos pacientes.⁶

Suas manifestações clínicas estão relacionadas à IC, que resulta em importantes alterações hemodinâmicas e fisiológicas, impactando diretamente no estado nutricional. Essa condição representa um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, sendo responsável por um número significativo de internações e apresentando uma taxa elevada de mortalidade.⁷

A desnutrição é, portanto, considerada uma manifestação comum da doença, especialmente em estágios mais avançados, o que pode levar a uma perda de peso progressiva. Diversos fatores contribuem para esse comprometimento nutricional, incluindo a ingestão inadequada de nutrientes, a absorção prejudicada de nutrientes, alterações no metabolismo, aumento do estresse oxidativo e um estado pró-inflamatório.⁷

A caquexia está associada a modificações nos resultados de exames laboratoriais quando contrastada com pacientes sem caquexia.⁸ No entanto, existem indícios que sugerem que somente uma diminuição no colesterol total está relacionada a previsões desfavoráveis em pacientes tratados ambulatorialmente. Vários pesquisadores correlacionam níveis reduzidos de colesterol com desfechos adversos e consideram isso como um fator prognóstico negativo independente em casos de insuficiência cardíaca, independentemente da presença de caquexia.⁵

Alguns estudos também afirmaram que níveis baixos de colesterol estão ligados a um aumento no tempo de internação hospitalar, maior ocorrência de sintomas após a alta e taxas elevadas de mortalidade, independentemente da causa subjacente da insuficiência cardíaca, da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e do uso de medicamentos redutores de lipídios. Ainda não está claro se os níveis reduzidos de colesterol são resultados da doença crônica e consequentes desnutrição e caquexia, ou se eles efetivamente funcionam como indicadores de prognóstico negativo na insuficiência cardíaca. Isso porque é conhecido que a hipercolesterolemia é o principal fator de risco para o desenvolvimento de DAC que, por si só, é a causa mais comum da fisiopatologia da insuficiência cardíaca isquêmica.⁵

Outras descobertas comuns em pacientes com IC, especialmente em casos de hospitalização, incluem anemia e disfunção renal, que também podem afetar o estado nutricional, agravar os sintomas, alterar o curso da doença e influenciar a resposta ao tratamento, impactando o prognóstico. Para avaliar o estado nutricional de pacientes com doenças cardíacas, métodos antropométricos e bioquímicos têm sido utilizados. No entanto, como não há um método considerado o “padrão ouro”, é recomendado o uso de diversos parâmetros para obter uma visão geral da presença ou não de comprometimento nutricional.⁷

Nesse contexto, é bem estabelecido que a desnutrição é comum em indivíduos com insuficiência cardíaca (IC) e pode ter implicações no resultado do tratamento, associando-se a um prognóstico desfavorável para esses pacientes. Por outro lado, observa-se que o excesso de peso atua como um fator protetor contra a mortalidade em casos graves de IC. A diminuição dos níveis de colesterol também tem sido considerada como um indicador de resultados adversos, enquanto há indícios de que a

hipercolesterolemia pode oferecer proteção contra a mortalidade nesses pacientes. Portanto, é imperativo compreender o perfil nutricional de pacientes com IC quando estão internados em unidades de terapia intensiva, enfrentando um agravamento agudo da condição e necessitando de tratamento para restaurar as funções orgânicas. Além disso, é essencial comparar esse perfil com os desfechos clínicos a fim de obter uma visão mais completa do impacto da nutrição na evolução da doença.⁵

O propósito deste estudo é analisar na literatura os indicadores que refletem o estado nutricional de indivíduos que tem miocardiopatia. Além disso, busca-se identificar as consequências nutricionais específicas em pacientes que apresentam insuficiência cardíaca associada à esta condição.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão da literatura de forma sistemática, nas bases de dados Medline, Pubmed, Lilacs, SciELO e dos comitês nacionais e internacionais de saúde, dos artigos publicados no período compreendido de 2008 a 2023. Na estratégia de busca, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: cardiomiopatia dilatada, avaliação nutricional, insuficiência cardíaca, dietoterapia. Os artigos foram pré-selecionados a partir da leitura do resumo disponível. Foram incluídas publicações em português e em inglês, entretanto, foram excluídos os artigos com crianças e adolescentes e os que não foram encontrados na íntegra. Ao final, foram selecionados 17 artigos para esta revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A IC afeta o estado nutricional dos pacientes devido a uma interação complexa de sistemas hormonais e catabólicos, problemas de absorção, carências nutricionais, progressão da doença e desregulação metabólica, entre outros fatores. Esses elementos compõem a síndrome de desnutrição, que resulta na perda de massa muscular. Conforme relatado por Araújo et al., em um grupo de 358 pacientes com IC em tratamento ambulatorial, 38 deles (11%) apresentaram quadro de desnutrição.⁸

A caquexia cardíaca representa uma complicação grave da IC e está relacionada a desfechos adversos, independentemente da idade, classe funcional (CF) e FEVE, e em pacientes com cardiomiopatia dilatada, a caquexia e o edema periférico geralmente se manifestam em estágios avançados da doença, quando o estado de saúde dos pacientes já está consideravelmente deteriorado. Uma vez estabelecida, essa condição resulta em um prognóstico mais desfavorável e redução da expectativa de vida dos pacientes. A caquexia cardíaca é caracterizada pela desnutrição de proteínas e calorías, levando a uma perda significativa de massa muscular, bem como ao desenvolvimento de edema periférico. O diagnóstico é estabelecido quando ocorre uma perda de peso corporal superior a 5% do peso habitual em menos de 12 meses, ou quando o IMC é inferior a 20 kg/m², acompanhado de três dos cinco critérios a seguir: enfraquecimento da força muscular, fadiga, perda de apetite, redução da massa magra e alterações bioquímicas anômalas (como inflamação, anemia ou baixos níveis de albumina).⁵⁻⁹

Estudos internacionais apontaram que a idade média da população com IC era de 71 anos, porém pesquisas

brasileiras apontam dados com a idade média da população inferior (56,8±14,1 anos) em relação aos dados internacionais. A discrepância entre informações nacionais e globais pode ser explicada pela menor média de vida da população brasileira, bem como por desafios mais substanciais na prestação de cuidados de saúde pública, restrições no acesso a serviços médicos, disparidades na qualidade dos tratamentos, níveis limitados de educação e renda per capita.⁷

A progressão clínica dos indivíduos com insuficiência cardíaca frequentemente leva a diferentes graus de desnutrição. A perda de massa magra corporal pode até envolver órgãos essenciais, incluindo o próprio miocárdio, resultando em efeitos adversos sobre a capacidade de funcionamento do organismo. Além disso, essa depleção está associada a um aumento nas complicações após procedimentos cirúrgicos e na taxa de mortalidade.²

O IMC oferece uma visão ampla da situação nutricional dos pacientes. Os pesquisadores Gengo et al., citam o estudo multicêntrico *Digitalis Investigation Group* (DIG), abrangendo o fenômeno chamado de “paradoxo da obesidade” em relação aos pacientes que enfrentam insuficiência cardíaca. Na amostra de Gengo et al., a distribuição de acordo com o IMC revelou que 41,7% dos indivíduos estavam em eutrofia, seguidos por 33,3% com baixo peso. Entre os idosos, a predominância foi de baixo peso, com uma proporção de 66,7%. Entre os pacientes desnutridos dessa amostra, 62,5% faleceram, em comparação com 20% dos pacientes que estavam com excesso de peso, o que se alinha aos resultados apresentados no estudo DIG.⁵

Já no estudo realizado por Arruda et al., o IMC revelou a menor taxa de desnutrição, que correspondeu a 23,1%. No entanto, é importante ressaltar que as restrições associadas a esse parâmetro são amplamente reconhecidas. Isso inclui a aplicação de um ponto de corte que abrange uma faixa etária bastante abrangente, sem considerar diferenças de gênero e etnia, além de não ser capaz de capturar a ampla gama de variações na composição corporal dos indivíduos. Essas limitações podem ser ainda mais proeminentes em populações específicas, como é o caso de pacientes com insuficiência cardíaca, que frequentemente apresentam distúrbios hídricos. Consequentemente, pode existir uma margem de erro no diagnóstico ao classificar o estado nutricional com base nesse indicador.⁷

Além disso, o estudo conduzido por Rahman et al., encontrou resultados interessantes ao examinar pacientes caquéticos e não caquéticos. Eles observaram que os valores de IMC eram semelhantes entre os dois grupos (IMC de 23,2 kg/m² para pacientes caquéticos e IMC de 24,8 kg/m² para não caquéticos). Essa descoberta sugere que, no contexto da IC, confiar apenas no IMC como método de avaliação pode resultar na falta de detecção de muitos pacientes desnutridos. Os pesquisadores recomendaram a Avaliação Subjetiva Global (ASG) como uma abordagem mais eficaz para identificar o estado nutricional nessa população.¹⁰

O estudo de Bragagnolo et al., que comparou a avaliação do estado nutricional de pacientes hospitalizados utilizando o IMC e a ASG, revelou que 17,2% da amostra apresentava desnutrição de acordo com o IMC, enquanto que 88,5% dos pacientes eram considerados desnutridos ou em risco de desnutrição com base na ASG. Isso ressalta que o IMC pode

subestimar significativamente a porcentagem de pacientes desnutridos em um ambiente hospitalar.¹¹

Ao utilizar a ASG para avaliar o estado nutricional em pacientes com IC, é notável que uma proporção maior de indivíduos com desnutrição é identificada em comparação com a avaliação baseada no IMC. Estudos adicionais também destacaram que uma grande parte dos pacientes hospitalizados com disfunção cardíaca apresentava desnutrição ou risco nutricional. Além disso, esses estudos consideraram a desnutrição ou o risco nutricional como fatores independentes que preveem mortalidade em casos de IC avançada. Guerra-Sanchez et al. também apontaram a ASG como um indicador sólido de previsão de mortalidade na IC, em contraste com o IMC, que não demonstrou significância estatística. Os resultados fornecidos no estudo de Gengo et al. estão alinhados com outros estudos, já que também consideraram a ASG como uma ferramenta sensível para pacientes com IC.⁵⁻¹²

A predominância mais alta de desnutrição, conforme os indicadores antropométricos, identificada no estudo de Arruda et al., foi de acordo com a circunferência do braço (CB), onde 71,8% do público estudado constavam medidas abaixo da referência. Este dado contrasta com os achados dos autores Jardim et al., os quais apontam maiores taxas de comprometimento nutricional a partir da Circunferência Muscular do Braço (CMB). Apesar da possibilidade da existência de edema tecidual subclínico, as medições da prega cutânea tricipital e a circunferência do braço têm sido reconhecidas como os parâmetros que oferecem a melhor estimativa do estado nutricional.⁷⁻¹³

As medições antropométricas de CB, CMB e Prega Cutânea Tricipital (PCT) estavam reduzidas nos pacientes com desnutrição no estudo de Rahman et al.¹⁴ Já na amostra de Gengo et al., com base na CMB, observou-se depleção em 66,7% dos pacientes. Em relação à CB, 75% dos pacientes apresentaram depleção, enquanto que na PCT, 50% da amostra apresentou redução de gordura, indicando a utilidade desses parâmetros também na avaliação de pacientes com insuficiência cardíaca. Além disso, os resultados indicaram a presença de desnutrição conforme a ASG, estado nutricional normal de acordo com o IMC e depleção nutricional com base nos parâmetros de CB, CMB e PCT.⁵ Isso confirma que o IMC, quando considerado isoladamente, não se mostra um indicador eficiente de desnutrição em nossos pacientes. Isso é evidenciado pelo fato de que, entre os indivíduos que faleceram (60% da amostra), metade apresentava baixo peso de acordo com o IMC, enquanto a totalidade desses pacientes foi classificada como desnutrida pela ASG.⁵⁻¹⁴

Essa discrepância nos resultados obtidos com diferentes métodos de avaliação se deve ao fato de que cada um desses métodos pode refletir interpretações distintas. Conseqüentemente, dado que um único parâmetro não é suficiente para compreender completamente a condição nutricional abrangente do indivíduo, é essencial combinar diversos indicadores a fim de aprimorar a precisão e a exatidão do diagnóstico nutricional.⁷

A maior incidência de desnutrição entre indivíduos do sexo masculino, conforme indicada pela CMB, pode ser explicada pela relação desse parâmetro com a massa muscular. Devido à degradação significativa de proteínas característica da IC, ocorre uma mobilização e deposição desproporcional de

tecido muscular e adiposo. Homens, que tendem a ter maior massa muscular que mulheres, podem estar mais propensos à depleção nutricional identificada por essa medida.⁷

A prevalência de anemia observada em nosso estudo foi consistente com outras informações encontradas na literatura, as quais relatam que a presença de anemia em pacientes com insuficiência cardíaca pode variar por estar relacionadas a diversos fatores, como a faixa etária dos pacientes, a população estudada, a severidade da doença e os critérios diagnósticos adotados.⁵⁻¹⁴

A origem da anemia na insuficiência cardíaca parece ser multifatorial, e várias explicações têm sido propostas para sua manifestação. Dentre esses mecanismos, estão inclusos a disfunção renal resultante do agravamento da doença e a intensificação pela administração de diuréticos, o uso de ácido acetilsalicílico, a supressão da produção de eritropoietina devido a inibidores da enzima de conversão da angiotensina, bem como a hemodiluição. Outro fator que tem recebido maior atenção, é a inibição da eritropoietina e da eritropoese por citocinas inflamatórias, cujos níveis tendem a aumentar em pacientes com insuficiência cardíaca. Esses aspectos têm incentivado diversos pesquisadores a examinar a anemia como um indicador prognóstico na insuficiência cardíaca. Nesse sentido, relatos indicam que mesmo níveis moderados de anemia estão associados ao agravamento de sintomas e a uma elevada taxa de readmissões hospitalares.⁵⁻¹⁴

A disfunção renal é uma ocorrência comum entre os pacientes que sofrem de IC, e está também relacionada a um prognóstico mais desfavorável. Níveis mais graves de disfunção renal são particularmente frequentes em pacientes que apresentam descompensação da doença. Assim, a prevalência significativa dessa alteração é um resultado frequentemente documentado, o que está alinhado com as informações apresentadas por diversos pesquisadores.⁷⁻¹⁶

Há um aumento constatado nas evidências que ligam o sistema gastrointestinal à fisiopatologia da IC. No entanto, poucos estudos abordaram as complicações gastrointestinais em pacientes com essa condição. É plausível que essas mudanças tenham um impacto significativo na ingestão de alimentos e na absorção de nutrientes, o que pode aumentar a probabilidade de pacientes com IC desenvolverem desnutrição. A preponderância de complicações entre pacientes em estágios mais avançados da doença é um achado previsível e bem fundamentado na literatura.⁷

Apesar de a desnutrição ser um achado recorrente e capaz de desencadear diversas complicações na insuficiência cardíaca, a obesidade também está associada a alterações no sistema cardíaco, incluindo aumento da massa ventricular, expansão da câmara atrial e comprometimentos subclínicos das funções sistólica e diastólica. Assim, a associação positiva entre o período de internamento hospitalar e a CB poderia estar vinculada às complicações que a obesidade pode induzir no contexto da insuficiência cardíaca.⁷

No estudo realizado por Gengo et al., os níveis séricos de proteínas totais nos pacientes estavam dentro dos limites normais. No entanto, uma observação importante foi que 79,2% dos pacientes apresentaram hipoalbuminemia. A redução nos níveis de albumina sérica está associada a uma diminuição na síntese hepática, devido à disponibilidade limitada de substratos energéticos e proteicos, frequentemente

relacionada à desnutrição. Em cenários inflamatórios ou infecciosos, a síntese de albumina é inibida devido à produção de citocinas pró-inflamatórias, o que significa que a albumina não pode ser considerada um indicador confiável de diagnóstico nutricional quando usados isoladamente, especialmente em pacientes críticos.⁵

Os níveis de colesterol exibem uma relação aparentemente paradoxal com a sobrevivência em pacientes com insuficiência cardíaca. Enquanto é amplamente reconhecido que a hipercolesterolemia está ligada a desfechos cardiovasculares negativos, em casos de insuficiência cardíaca, níveis reduzidos de colesterol estão associados a um prognóstico desfavorável, independentemente de outras variáveis relacionadas ao estado nutricional inadequado, como a redução nos níveis de albumina e hemoglobina.⁵⁻¹⁷

No estudo conduzido por Araújo et al., que envolveu um grupo de pacientes divididos entre caquéticos e não caquéticos, foi constatado que aqueles com desnutrição tinham níveis de colesterol mais baixos (162 mg/dL). Além disso, esse grupo com desnutrição apresentou uma taxa de mortalidade 32% maior em comparação com o grupo sem desnutrição, o que sugere que a diminuição do colesterol é um fator independente associado a resultados desfavoráveis na insuficiência cardíaca. Esse estudo também evidenciou que o colesterol, mais do que o BNP (um marcador de caquexia), possui um papel progressivo e direto na progressão da insuficiência cardíaca, além de atuar como um indicador prognóstico para essa população.⁸

Para avaliar a função cardíaca, o biomarcador mais comumente empregado é o BNP. Seus níveis elevados estão associados a uma redução da função sistólica do ventrículo esquerdo, hipertrofia ventricular e pressões elevadas de enchimento. O BNP é considerado um indicador prognóstico útil na insuficiência cardíaca, e resultados considerados normais têm valores iguais ou inferiores a 100 µg/mL. No estudo realizado por Araújo et al., foi observado que o grupo de pacientes caquéticos apresentou níveis significativamente maiores de BNP. Em comparação com o estudo realizado por Gengo et al., foi constatado que 91,7% dos pacientes tinham níveis elevados de BNP, o que sugere algum grau de disfunção cardíaca também na nossa população de estudo.⁵⁻⁹

A relação entre os níveis de colesterol e a sobrevida em pacientes com insuficiência cardíaca não é totalmente compreendida. Valores elevados de colesterol parecem estar associados a uma melhoria na sobrevivência em comparação com pacientes com níveis mais baixos de colesterol. No entanto, essa relação ainda não está claramente estabelecida, uma vez que não se sabe se os níveis baixos de colesterol estão correlacionados com pacientes mais gravemente enfermos e com maior risco, ou se a diminuição dessa lipoproteína desempenha um papel fisiológico na progressão da doença, especialmente em casos de insuficiência cardíaca avançada.⁵⁻⁸

Por outro lado, é reconhecido que à medida que a doença progride, os pacientes podem enfrentar desnutrição, o que resulta em diminuição nos níveis de colesterol. Assim, o colesterol torna-se um indicador de desnutrição. Em pacientes com insuficiência cardíaca avançada, quanto mais grave o prognóstico do paciente, menor tende a ser o valor de colesterol. A piora clínica pode ser um fator que contribui

para essa redução, visto que os pacientes podem enfrentar dificuldades para regular a resposta inflamatória.⁵⁻¹²

A abordagem terapêutica para pacientes com cardiomiopatia dilatada é primariamente focada no manejo dos sintomas da IC e na prevenção da progressão da doença, bem como das complicações associadas, incluindo disfunções em órgãos-alvo. Em estágios mais avançados, esses pacientes podem desenvolver uma forma progressiva de IC, que pode levar a incapacidades físicas ou mesmo a óbito. Quando atingem níveis avançados da IC (Classes Funcionais III e IV), o transplante cardíaco se apresenta como uma opção terapêutica capaz de restaurar as funções hemodinâmicas, melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevida do paciente. Este procedimento é recomendado para aqueles pacientes cujos sintomas não respondem satisfatoriamente a outros tratamentos clínicos ou cirúrgicos, proporcionando um retorno potencial à sua capacidade funcional original.⁵⁻⁹

CONCLUSÃO

Conclui-se que a desnutrição é um achado comum em pacientes que possuem miocardiopatia associada à insuficiência cardíaca, conforme avaliado por meio de indicadores antropométricos e parâmetros bioquímicos. Esses indivíduos, além de experimentarem redução em suas reservas energéticas e musculares, podem também manifestar anemia e diminuição da eficácia imunológica. A prevalência da desnutrição mostrou variação de acordo com o método de diagnóstico empregado, sendo mais alta quando se utilizou a medida de CB, ASG, depleção proteico-energética e menor quando diagnosticada através do IMC. Nota-se que o IMC parece ser um indicador pouco confiável para identificar desnutrição nesses pacientes.

Portanto, esta revisão da literatura destaca a relevância de avaliar e monitorar regularmente o estado nutricional de pacientes com insuficiência cardíaca, visando prevenir a ocorrência de desnutrição e suas implicações adversas e para evitar desfechos desfavoráveis, especialmente considerando as variações significativas ao longo das diferentes fases da doença. A detecção de estados de desnutrição, assim como a identificação de níveis reduzidos de colesterol, pode desempenhar um papel crucial na prevenção de resultados adversos. Ambos os aspectos são considerados indicadores independentes de mau prognóstico, associados à progressão negativa do quadro clínico. Portanto, a avaliação regular do estado nutricional e dos níveis de colesterol pode ser uma estratégia eficaz para evitar complicações e melhorar a gestão da insuficiência cardíaca.

Além disso, é fundamental reconhecer a necessidade de conduzir mais pesquisas para identificar os parâmetros mais adequados de avaliação nutricional nessa população. Até o momento, esses parâmetros ainda não foram devidamente estabelecidos e padronizados, ressaltando a necessidade de esforços contínuos nesse sentido.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS








1. Sousa MMD, Gouveia BDLA, Almeida TDCF, Freire MEM, Melo FDABPD, Oliveira SHDS. Evidências relacionadas à restrição de sódio em pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):2-9.
2. Sahade V, Montera VDSP. Tratamento nutricional em pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Nutr.* 2009;22(3):399-408.
3. Oliveira GMMD, Brant LCC, Polanczyk CA, Malta DC, Biolo A, Nascimento BR, et al. Estatística Cardiovascular–Brasil 2021. *Arq Bras Cardiol.* 2022;118(1):115-373.
4. de Oliveira SKP, Lima FET, de Paula Pessoa VLM, Caetano JÁ, Meneses LST, de Araújo Mendonça LB. Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista de Ciências Médicas.* 2013;22(1):23-30.
5. Gengo MV, Costa HM, Lage SHG, Tavares LCA. Marcadores do estado nutricional associados ao prognóstico de pacientes portadores de miocardiopatia dilatada internados em unidade de terapia intensiva de hospital referenciado: um estudo piloto. *Braspen J.* 2018;33(2):158-65.
6. Blas PB, López CM, Gil IC. Miocardiopatia dilatada: Apresentação de un caso clínico. *Archivos en Medicina Familiar.* 2023;25(2):103-6.
7. Arruda CV, Pinho CPS, Santos ACO. Repercussões nutricionais em pacientes portadores de insuficiência cardíaca associada à miocardiopatia no Nordeste Brasileiro. *Nutr Clín Diet Hosp.* 2014;34(3):37-47.
8. Araújo JP, Lourenço P, Rocha-Gonçalves F, Ferreira A, Bettencourt P. Nutritional markers and prognosis in cardiac cachexia. *Int J Cardiol.* 2011;146(3):359-63.
9. Jefferies JL, Towbin JA. Dilated cardiomyopathy. *Lancet.* 2010;375(9716):752-62.
10. Rahman A, Jafry S, Jeejeebhoy K, Nagpal D, Pisani B, Agarwala R. Malnutrition and cachexia in heart failure. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2016;40(4):475-86.
11. Bragagnolo R, Caporossi FS, Dock-Nascimento DB, Aguiar-Nascimento JE. Espessura do músculo adutor do polegar: um método rápido e confiável na avaliação nutricional de pacientes cirúrgicos. *Rev Col Bras Cir.* 2009;36(5):371-6.
12. Jardim MN, Costa HM, Kopel L, Lage SG. Avaliação nutricional do cardiopata crítico em terapia de substituição renal: dificuldade diagnóstica. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009;21(2):124-8.
13. Guerra-Sanchez L, Matinez-Rincon C, Fresno-Flores M. Prevalencia de malnutrición en pacientes hospitalizados por descompensación de insuficiencia cardiaca crónica; valoración subjetiva global como indicador pronóstico. *Nutr Hosp.* 2015;31(4):1757-62.
14. Miranda S, Macedo RN, Silva Júnior GB, Daher EF. Síndrome cardiorenal: Fisiopatologia e tratamento. *Arq Bras Cardiol.* 2009;55(1):89-94.
15. Villacorta H, Saenz-Tello BF, Santos EB, Steffen R, Wiefelds C, Lima LC, et al. Disfunção renal e anemia na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida versus normal. *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(3):378-84.
16. Celik T, Iyisoy A, Kursaklioglu H, Grungor M, Yuksel UC. Anemia and cardiorenal syndrome: a deadly association?. *Int J Cardiol.* 2008;128(2):255-6.
17. Horwich TB, Hernandez AF, Dai D, Yancy CW, Fonarow GC. Cholesterol levels and in-hospital mortality in patients with acute decompensated heart failure. *Am Heart J.* 2008;156(6):1170-6.

INTERDISCIPLINARIDADE ENTRE ODONTOLOGIA E CARDIOLOGIA NO SUPORTE AO INDIVÍDUO COM MIOCARDIOPATIA

*INTERDISCIPLINARITY OF DENTISTRY AND CARDIOLOGY TO SUPPORT INDIVIDUALS
WITH CARDIOMYOPATHY*



Clique para acessar
o Podcast

Aristéa Ribeiro Carvalho¹ 
 Victória Geísa Brito de
 Oliveira² 
 Marília Andrade Figueiredo³ 
 Bianca Elias Passaretti¹ 
 Gustavo de Paula Almeida¹ 
 Gabriella Avezum Paes⁴ 
 Paulo Sérgio da Silva
 Santos¹ 

1. Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo. Departamento de Cirurgia, Estomatologia, Patologia e Radiologia. Bauru, SP, Brasil.

2. Instituto de Ciência e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista (ICT-UNESP). Departamento de Diagnóstico e Cirurgia, Área de Periodontia. São José dos Campos, SP, Brasil.

3. Universidade Metodista de São Paulo (UMESP). Departamento de Estomatologia, Patologia Oral e Cirurgia. São Paulo, SP, Brasil.

4. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:

Paulo Sérgio da Silva Santos.
 Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 975,
 Vila Universitária. Bauru, SP, Brasil.
 CEP: 17012-901.
 paulosss@fob.usp.br

RESUMO

Miocardiopatias abrangem diversas apresentações de uma doença do miocárdio com função e estruturas anormais, porém com ausência de doença coronariana, hipertensão, doença cardíaca valvular ou malformação congênita que a explique. Entender a interdisciplinaridade entre cirurgião-dentista e cardiologista para o atendimento seguro dos indivíduos com miocardiopatias é relevante. Desse modo, o objetivo deste artigo é, através de uma revisão simples da literatura, abordar a compreensão das condições de pacientes com miocardiopatias e de como o cirurgião-dentista e cardiologista devem manejar seus atendimentos, facilitando a prática clínica e a trazendo segurança para os pacientes. Para isso, realizou-se uma busca nas bases de dados PubMed, Embase, BVS e Scopus, com os descritores “Cardiomyopathies” e “Dental Care”, bem como seus termos correlatos, utilizando os operadores booleanos “AND” e “OR”, tendo como critérios de inclusão artigos publicados em inglês, português e espanhol, sem restrição de tempo, disponíveis na íntegra, e que abordassem o tema em questão. Dentre os achados dessa revisão, encontrou-se que a doença periodontal é uma condição relevante a ser considerada pela associação com os marcadores inflamatórios e as miocardiopatias, e que o uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários é frequente e ainda há dúvidas entre clínicos sobre o seu manejo em procedimentos cruentos, incluindo conhecimentos sobre anestesia odontológica, estresse e ansiedade. Especificamente, a amiloidose cardíaca pode trazer sinais clínicos em mucosas bucais, demonstrando a importância do diagnóstico e estadiamento da doença, e, os cuidados com indivíduos em risco de miocardiopatia takotsubo secundária. São necessários mais estudos que abordem o tema, para que melhores evidências científicas possam estabelecer diretrizes para o atendimento seguro e assertivo ao paciente, estabelecendo integralmente a interdisciplinaridade entre a odontologia e a cardiologia.

Descritores: Cardiomiopatias; Assistência Odontológica; Amiloidose.

ABSTRACT

Myocardopathies are different types of myocardial diseases with abnormal function and architecture that are not caused by coronary disease, high blood pressure, valvular heart disease, or congenital malformations. It is crucial to comprehend how dentists and cardiologists work together to provide safe care to people with myocardopathies. Therefore, the purpose of this paper is to address the understanding of the situations of patients with myocardopathies and how dental surgeons and cardiologists could manage their treatment, facilitating clinical practice and ensuring patient safety. This was done through a straightforward literature review. In order to accomplish this, a search was conducted on the PubMed, Embase, BVS, and Scopus databases using the descriptors “Cardiomyopathies” and “Dental Care,” as well as their correlated terms, using the Boolean operators “AND” and “OR,” with the inclusion criteria of articles published in English, Portuguese, and Spanish, without time restrictions, available in full, and dealing with the subject at hand. This review discovered that periodontal disease is a relevant condition to consider due to its association with inflammatory markers and myocardopathies, as well as that the use of anticoagulants and antiplatelet agents is common and clinicians still have concerns about their management in crude procedures, such as knowledge about dental anesthesia, stress, and anxiety. Cardiovascular amyloidosis, in particular, can induce clinical indications in the oral mucosa,

emphasizing the necessity of detecting and staging the disease, as well as caring for those at risk of Takotsubo secondary myocardial pathy. More research on this topic is required so that greater scientific evidence may be used to produce standards for safe and assertive patient care, thereby fully establishing interdisciplinarity between dentistry and cardiology.

Keywords: *Cardiomyopathies; Dental Care; Amyloidosis.*

INTRODUÇÃO

Define-se miocardiopatia como uma doença do miocárdio com estrutura e função anormais na ausência de doença coronariana, hipertensão, doença cardíaca valvular ou malformação congênita suficiente para explicá-las.¹ Segundo a *American Heart Association*,² existem cinco tipos de miocardiopatias: dilatada, que abrange a forma endêmica de cardiopatia chagásica;³ hipertrófica; restritiva; displasia arritmogênica do ventrículo direito; e miocardiopatia amilóide por transtirretina (ATTR-CM). Estas condições refletem em causas significativas de insuficiência cardíaca, com associação à morbidade, e morte súbita. Estudos epidemiológicos ainda são escassos na literatura, mas o que se sabe é que certos grupos possuem fator de risco maior em relação a população em geral.⁴

Dentre as miocardiopatias, destaca-se a amiloidose cardíaca (AC), condição rara que consiste na deposição extracelular de proteínas insolúveis nos tecidos cardíacos.⁵ Não obstante, as manifestações orais da AC são raras, porém, quando presentes, acometem região de mucosa bucal, língua e gengiva, apresentando-se como múltiplos nódulos e estrias, além de possível hipertrofia na língua.⁶ Dessa forma, tais manifestações podem ser um sinal clínico para que cirurgião-dentista e cardiologista investiguem e estadiem a doença e o paciente.⁷

Ainda se faz presente na literatura a discussão sobre a interrupção de antiplaquetários e anticoagulantes em pacientes que demandem procedimentos cirúrgicos odontológicos e têm miocardiopatias. Apesar de já ser consenso e bem estabelecida a não recomendação da suspensão desses fármacos, visto que sua interrupção tenha maior risco de evento tromboembólico que hemorragia ao paciente, este é um tópico que ainda necessita ser disseminado e reapresentado às classes odontológica e cardiológica.⁸ É importante ressaltar também que há indícios na literatura de que uma boa parte dos casos de miocardiopatias evoluem para resolução com transplante cardíaco,¹ e, nessa conjectura, o paciente transplantado passa a demandar protocolos de cuidados pré-transplante de adequação bucal prévia na redução de focos de infecção de origem dentária e periodontal.^{9,10} e no pós-transplante, pode se considerar a necessidade de profilaxia antibiótica para certos procedimentos odontológicos,⁹ além do diagnóstico e tratamento de infecções oportunistas bucais e lesões bucais associadas ao uso dos imunossuppressores utilizados na prevenção da perda do enxerto do órgão doado. Dessa forma, é medular que o profissional também domine o conhecimento estes pacientes, que se tornam suscetíveis a infecções do paciente transplantado, e quais cuidados específicos devem ser seguidos nestes casos na interface odontologia, cardiologia e transplantes.

Como os indivíduos com miocardiopatias são incluídos no grupo de cardiopatas, é consenso na literatura que o

cirurgião-dentista (CD) deve ter maior cautela no manejo desses pacientes, desde procedimentos mais simples aos mais complexos. Dessa forma, é necessário ter conhecimento de algumas manifestações bucais associadas a essas doenças.

Diante deste cenário, objetiva-se apresentar uma revisão interdisciplinar abordando a compreensão das condições de pacientes com miocardiopatias e de como o cirurgião-dentista e cardiologista devem atuar de forma integrada diante de tais situações, facilitando a prática clínica e a segurança dos pacientes.

Foi realizada uma revisão simples da literatura envolvendo as seguintes etapas: identificação do tema, busca na literatura, seleção dos estudos e apresentação de discussão, com base nos resultados encontrados.

A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, Embase, BVS e Scopus. Foram utilizados os descritores "Cardiomyopathies" e "Dental Care", bem como seus termos correlatos, utilizando os operadores booleanos "AND" e "OR". Tivemos como critérios de inclusão artigos publicados em Inglês, Português e Espanhol, sem restrição de tempo, disponíveis na íntegra, e que abordassem o tema em questão. Nos critérios de exclusão temos artigos de revisão, teses, dissertações, editoriais, relato de caso e série de casos.

DISCUSSÃO

No grupo de trabalho para este artigo optamos por escolher os artigos que tivessem maior representatividade na abordagem do tema relacionando as miocardiopatias e o suporte odontológico com a clara interface de interdisciplinaridade entre cirurgiões-dentistas e cardiologistas. Para tanto, abordamos as seguintes condições bucais: doenças periodontais, marcadores inflamatórios bucais e associação com miocardiopatias, medicamentos antiagregantes e anticoagulantes e os procedimentos cirúrgicos odontológicos, anestesiologia e odontologia, amiloidose e miocardiopatia takotsubo secundária.

As alterações bucais podem estar relacionadas a miocardiopatias de várias maneiras, seja por fatores diretos ou indiretos. As miocardiopatias são condições que afetam o músculo cardíaco e podem levar a mudanças na função cardíaca. Algumas manifestações ou condições bucais podem induzir ou denunciar possíveis alterações no funcionamento fisiológico do coração. Para tanto elas devem ser abordadas de forma mais minuciosa, como a bacteremia resultante de procedimentos bucais, a relação do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com a doença periodontal, biomarcadores, hemostasia do paciente, o uso de anestésico local, a correta indicação para um eventual procedimento e a amiloidose.

A doença periodontal (DP) é uma doença inflamatória crônica muito prevalente na população em geral, que degrada os tecidos de suporte dos dentes. A DP é iniciada pela formação de um biofilme polimicrobiano na fenda gengival.

Se não for tratada, a DP pode resultar em bolsas periodontais aprofundadas com ulceração do epitélio da bolsa causadas por inflamação, permitindo a transmissão de bactérias e mediadores inflamatórios das bolsas periodontais para a circulação. Por acontecer geralmente em pacientes de idade mais avançada, que também têm maior chance de apresentar outras comorbidades, como diabetes, por exemplo, a DP serve como um repositório e porta de entrada de bactérias que poderiam se restringir ao meio bucal, mas que acabam atingindo todo o organismo.¹¹

Indivíduos com DP tendem a ter risco alto de desenvolver doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e aterosclerose. Existem alguns fatores de risco que já são bem estabelecidos para as doenças cardiovasculares, como os níveis elevados de lipídios séricos em combinação a infecções, dentre elas as infecções odontogênicas, que consistem nas cáries dentárias e nas doenças periodontais. As DP e as doenças cardiovasculares compartilham fatores de risco, nível educacional, gênero, condições financeiras, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, hipertensão, estresse, depressão e diabetes.¹² Clinicamente, a DP se manifesta inicialmente com uma inflamação gengival e, depois, com formação de bolsa periodontal que promove o desenvolvimento e o crescimento de bactérias anaeróbias gram negativas, incluindo *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* e *Tannerella forsythia*, entre muitas outras.¹³ Assim, o diagnóstico e o tratamento das DP são importantes para a manutenção da saúde bucal e podem contribuir para diminuir alterações patológicas como aterosclerose, infarto agudo do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais.¹⁴ Relatos da literatura documentam associação entre as síndromes isquêmicas agudas e as infecções crônicas por bactérias gram negativas, como a *Chlamydia pneumoniae* e *Helicobacter pylori*.¹⁵ Assim, as doenças periodontais e suas possíveis interações não podem ser negligenciadas e deve ser investigada a associação com doenças cardiovasculares pelos cirurgiões-dentistas e cardiologistas. Os fatores de risco cardiovascular já mencionados, junto com o envelhecimento, também estão associados a maior chance de fibrose miocárdica intersticial através do aumento da inflamação sistêmica.¹³

A adequada hemostasia para procedimentos invasivos bucais deve ser abordada de forma dual, primeiramente visando diminuir a quantidade de sangue que o paciente possa perder, e em segundo a habilidade que o cirurgião-dentista tem para controlar o sangramento. No primeiro ponto devemos nos atentar para as medicações antiagregantes e anticoagulantes em uso pelos pacientes. Em muitos casos as miocardiopatias têm indicação de medicações anticoagulantes, sejam elas antiplaquetárias, antagonistas da vitamina K ou as não antagonistas da vitamina K (DOACs). Estas medicações não devem ser interrompidas, uma vez que a suspensão pode levar às complicações isquêmicas graves e fatais é significativamente considerável. Quanto ao manejo bucal, é importante ressaltar que a maioria dos procedimentos odontológicos é definido como de baixo risco hemorrágico e dessa forma a suspensão destas medicações não apenas é irresponsável como também pode não ser necessária. Isto porque a hemostasia pode ser alcançada através de manobras cirúrgicas odontológicas, como pressão e sutura

adequadas, e do uso de hemostáticos locais, a exemplo da aplicação de esponjas de colágeno, selantes de fibrina e uso de ácido tranexâmico ou epsilonaminocapróico tópicos.¹⁶ A despeito de evidências científicas suficientes para estas recomendações e sua respectiva disseminação, ainda é frequente a quantidade de cirurgiões-dentistas e cardiologistas que orientam a suspensão destas medicações diante de procedimentos cirúrgicos odontológicos, mostrando que esta informação merece ainda ser sempre reforçada.¹⁷

Outro ponto observado com frequência na prática clínica odontológica e cardiológica é a questão do uso dos anestésicos locais para procedimentos intraorais. A literatura científica tem sido clara, há algum tempo, informando que um paciente com miocardiopatia estável e com a medicação em contínuo e acompanhamento cardiológico frequente, não existem contraindicações para a anestesia local, seja ela com ou sem vasoconstritor, desde que não ultrapasse dois tubetes com diluição 1:100000 de epinefrina. Isso se explica devido ao fato da adrenalina liberada pelo próprio paciente pelo estresse possivelmente associado a uma consulta odontológica causar um efeito muito maior do que a epinefrina contida nos tubetes. Contudo o uso indiscriminado não é recomendado nem para pacientes sem complicações, principalmente nas miocardiopatias. Dessa forma recomenda-se que após o uso de dois tubetes com vasoconstritor, os próximos sejam sem ele.¹⁶

Um dos aspectos relacionados à preocupação com anestesia odontológica e os vasoconstritores está associado à condição de estresse prévio e durante o atendimento odontológico. O estresse, em especial é uma preocupação na miocardiopatia takotsubo secundária, que é um mau funcionamento transitório do ventrículo esquerdo provocado por um aumento das catecolaminas. O desconforto torácico, as anomalias generalizadas do ECG e o balonamento apical do ventrículo esquerdo observado após cateterismo são as suas características definidoras. Esta condição pode ocorrer, por exemplo, após a extração de um dente. Apesar de pouco comum na literatura, há o risco de cardiomiopatia induzida pelo stress em mulheres pós-menopáusicas, particularmente naquelas com problemas de ansiedade subjacentes não diagnosticados, mesmo após procedimentos minimamente invasivos.¹⁸ Os medicamentos ansiolíticos para reduzir o estresse do indivíduo com arritmias e os nitratos sublinguais para o desconforto no peito são duas estratégias eficazes para gerir este grupo de doentes com miocardiopatias.¹⁹

Há evidências de marcadores moleculares relevantes para lesão miocárdica após extração dentária em pacientes com e sem doença arterial coronariana. A saúde bucal insatisfatória, especialmente com acometimento de DP, causa aumento dos biomarcadores inflamatórios, e o tratamento periodontal tem sido associado a alterações agudas e crônicas na inflamação sistêmica em indivíduos saudáveis. O tratamento periodontal invasivo, bem como a extração do dente terceiro molar, causa aumentos nos marcadores circulantes de inflamação e coagulação. A lesão tecidual causada por trauma cirúrgico local causa um estado inflamatório sistêmico. A cirurgia oral está associada a um aumento de hs-TnT (marcador primário de infarto agudo do miocárdio - troponina T cardíaca altamente sensível), endotoxina bacteriana LPS e inflamação sistêmica aguda. Como consequências da bacteremia e do trauma local e da lesão tecidual, essas alterações sugerem uma

possível conexão entre esses mecanismos e uma pequena lesão miocárdica após cirurgia oral. Quanto mais invasivo for o tratamento odontológico, maior será o aumento dos marcadores de inflamação,²⁰ preocupação a ser considerada por cirurgiões-dentistas e cardiologistas diante da condição clínica bucal e a necessidade de procedimentos invasivos bucais.

O artigo sobre biomarcadores salivares para diagnóstico de IAM ressalta a importância mais ampla de alguns marcadores salivares que podem levar ao diagnóstico de IAM. Vários biomarcadores associados ao IAM podem ser detectados na saliva e sua expressão pode potencialmente distinguir entre pacientes e controles saudáveis. Vinte e seis biomarcadores salivares foram explorados em associação com IAM. Troponinas, proteína C reativa e adiponectina foram as moléculas mais frequentemente investigadas. Os biomarcadores avaliados apresentaram diferentes níveis de acurácia diagnóstica na discriminação de pacientes com IAM de controles saudáveis. Foi observado que existe uma falta de estudos de boa qualidade sobre a associação entre a ocorrência de IAM e a presença de biomarcadores salivares relacionados. Há evidências de que isoformas salivares de troponina cardíaca, proteína C reativa e creatina fosfoquinase podem ser marcadores importantes para o diagnóstico imediato de IAM. Porém, o uso efetivo desses marcadores como possíveis substitutos de marcadores sorológicos deve ser confirmado por novos estudos que evitem o viés destacado nesta revisão de literatura.²¹

Cabe ressaltar também o momento para a intervenção. Pacientes recém-infartados demandam maior cautela, contudo após 4-6 semanas, e com a maior estabilização da doença, caso nenhuma consideração específica fora dada pelo cardiologista o procedimento pode ser realizado usando critérios de cuidados especiais odontológicos para indivíduos com cardiopatias isquêmicas. Contudo é importante ainda destacar que os pacientes com risco de complicações cardíacas que excedam os benefícios do tratamento odontológico devem ser identificados e apenas as condições mais urgentes devem ser tratadas. Dessa maneira, os princípios do tratamento

odontológico seguro de pacientes com doenças cardiovasculares compreendem um histórico cardiológico detalhado, incluindo queixas, alergias, medicamentos e relação próxima entre cardiologista e cirurgião-dentista.²²

A amiloidose é uma condição que ocorre por uma determinada proteína (amilóide) se reúne nos órgãos, impedindo seu funcionamento normal. A AC surge da deposição de amilóide no tecido cardíaco,²³ sendo uma forma de miocardiopatia restritiva, podendo confundir-se, em cerca de 5% dos casos, com miocardiopatia hipertrófica.²⁴ Essa proteína é produzida e depositada apenas em uma pequena área do corpo, ou circula no sangue e é depositada em um ou vários órgãos do corpo. Os principais órgãos que podem ser acometidos na amiloidose sistêmica são coração, rins, olhos, sistema nervoso central e periférico e o fígado. Manifestações clínicas incomuns são frequentemente observadas e incluem fadiga, perda ponderal, edema periférico e hipotensão ortostática. Por isso, não é comum o diagnóstico precoce, de maneira que são necessários alguns conhecimentos sobre a doença para um correto diagnóstico. A amiloidose também pode acometer os tecidos bucais e a língua é o local mais acometido. Uma vez que um paciente desenvolve doença sistêmica, insuficiência cardíaca e de múltiplos órgãos, a amiloidose deve estar no diagnóstico diferencial, incluindo indivíduos com diagnóstico de mieloma múltiplo. Quanto mais precocemente o diagnóstico for realizado, mais rápido o tratamento poderá ser iniciado, atrasando e até mesmo evitando o desenvolvimento de condições irreversíveis, como a miocardiopatia.^{25,26}

Como os indivíduos com miocardiopatias são incluídos no grupo de cardiopatas, o cirurgião-dentista deve ter cautela no manejo desses pacientes, desde procedimentos mais simples aos mais complexos. (Figura 1) Assim, é necessário o conhecimento de algumas manifestações bucais associadas às doenças mais frequentes na população e se atentar aos sinais e sintomas que ela apresenta, diante disso, uma anamnese bem detalhada de todo paciente se faz necessário.

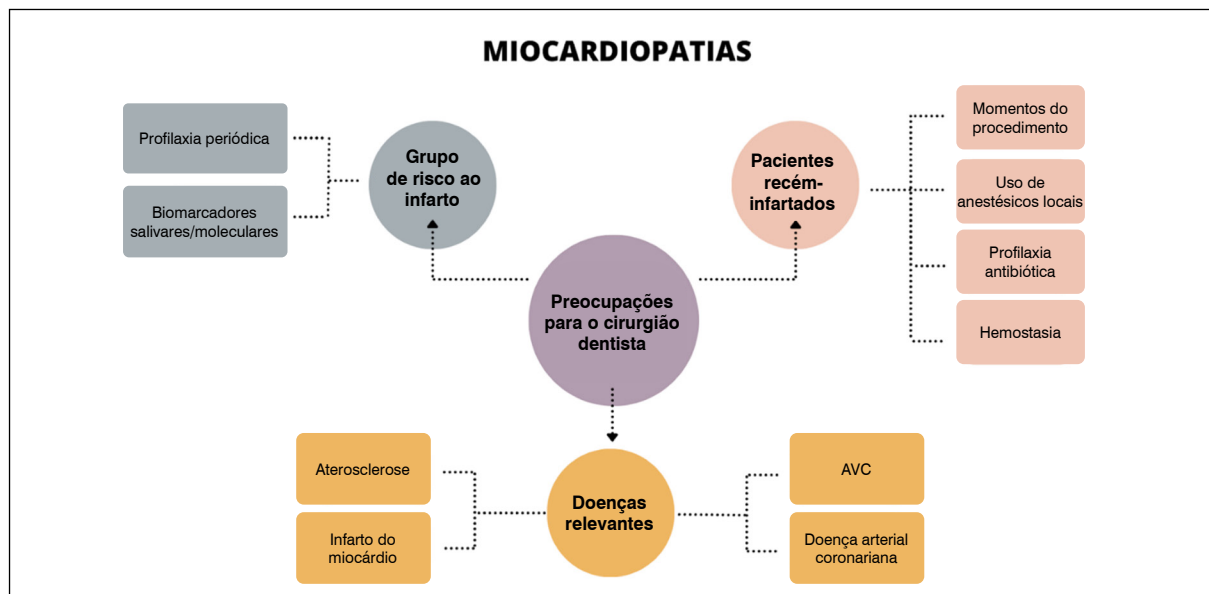


Figura 1. Panorama do cuidado odontológico ao paciente cardiopata.

Ao fim, deve-se apontar que uma limitação notável desta revisão e a disponibilidade limitada de estudos que preenchem os critérios de inclusão, embora tenha sido feita uma busca abrangente, a restrição a determinados bancos de dados e idiomas pode ter excluído alguns estudos relevantes.

CONCLUSÃO

Esta revisão trouxe aspectos importantes no que tange à associação da saúde bucal com a saúde sistêmica, e principalmente com a saúde cardiovascular, sobretudo como compensação em indivíduos portadores de miocardiopatias. Estudos recentes têm corroborado a relação entre a saúde bucal e a saúde sistêmica, principalmente no contexto da doença periodontal, pois esta doença tem sido bem prevalente, o que possibilita a atenção especial bucal e sistêmica interdisciplinar. Dessa forma, é consenso que cirurgiões-dentistas e cardiologistas devem estar atualizados

e atentos, desde os sinais clínicos sutis a aspectos imagiológicos que podem fornecer informações importantes, podendo iniciar diagnóstico precoce de condições como a miocardiopatia takotsubo e a amiloidose cardíaca. Não obstante, a habilidade e o conhecimento científico devem ser fundamentais no manejo de pacientes que fazem uso contínuo de medicações antiplaquetárias. Ressalta-se, no manejo do paciente deste perfil, o trabalho interprofissional entre o cardiologista e o cirurgião-dentista, de forma a priorizar a segurança e excelência no atendimento aos indivíduos com miocardiopatias.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

- Lannou S, Mansencal N, Couchoud C, Lassale M, Dubourg O, Stengel B, et al. The Public Health Burden of Cardiomyopathies: Insights from a Nationwide Inpatient Study. *J Clin Med*. 2020;9(4):920. doi:10.3390/jcm9040920.
- American Heart Association. O que é a cardiomiopatia em adultos? [Internet]. American Heart Association. 2022 [acesso em 22 ago 2023]. Disponível em: <https://www.heart.org/en/health-topics/cardiomyopathy/what-is-cardiomyopathy-in-adults>.
- Benziger CP, Do Carmo G, Ribeiro ALP. Chagas Cardiomyopathy Clinical Presentation and Management in the Americas. *Cardiol Clin*. 2017;35(1):31-47. doi:10.1016/j.ccl.2016.08.013.
- Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, Avery CL, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2023 Update: A Report From the American Heart Association. 2023;147(8):93-621. doi:10.1161/CIR.0000000000001123.
- Falk RH, Comenzo RL, Skinner M. The Systemic Amyloidoses. *N Engl J Med* 1997;337(13):898-909. doi:10.1056/NEJM199709253371306.
- Babburi S, Ramya B, Subramanyam RV, Aparna V, Srivastava G. Amyloidosis of the Tongue-Report of A Rare Case. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(12):3094-5. doi:10.7860/JCDR/2013/7028.3865.
- Angiero A, Seramondi R, Magistro S, Crippa R, Benedicenti S, Rizzardi C, et al. Amyloid Deposition in the Tongue: Clinical and Histopathological Profile. *Anticancer Res*. 2010;30(7):3009-14.
- Chahine J, Khoudary MN, Nasr S. Anticoagulation Use prior to Common Dental Procedures: A Systematic Review. *Cardiol Res Pract*. 2019;2019:9308631. doi:10.1155/2019/9308631.
- Delgado V, Ajmone Marsan N, De Waha S, Bonaros N, Brida M, Burri H, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. *Eur Heart J*. 2023;ehad193. doi:10.1093/eurheartj/ehad193.
- Cadari MB, Cachoni AC, Vieira G, Sant'ana AP, Zorzi-Coléte J, Toledo Neto JP, et al. Antibiotic Prophylaxis in Oral and Maxillofacial Surgery: Literature Review. *Arch Health Invest*. 2022;11(3):432-7.
- Nalliah RP, Basu T, Chang CH. Association between periodontal care and hospitalization with acute myocardial infarction. *J Am Dent Assoc*. 2022;153(8):776-86.e2. doi:10.1016/j.adaj.2022.02.003.
- Doughan M, Chehab O, de Vasconcelos HD, Zeitoun R, Varadarajan V, Doughan B, et al. Periodontal Disease Associated With Interstitial Myocardial Fibrosis: The Multiethnic Study of Atherosclerosis. *J Am Heart Assoc*. 2023;12(3):e8146. doi:10.1161/JAHA.122.027974.
- Socranski S, Haffajee AD. Periodontal microbial ecology. *Periodontol* 2000. 2005;38:135-87. doi:10.1111/j.1600-0757.2005.00107.x.
- Graves DT, Jiang Y, Genco C. Periodontal disease: bacterial virulence factors, host response and impact on systemic health. *Curr Opin Infect Dis*. 2000;13(3):227-32. doi:10.1097/00001432-200006000-00005.
- Liu R, Moroi M, Yamamoto M, Kubota T, Ono T, Funatsu A, et al. Presence and severity of Chlamydia pneumoniae and Cytomegalovirus infection on coronary plaques are associated with acute coronary syndromes. *Int Heart J*. 2006;47(4):511-9. doi:10.1536/ihj.47.511.
- Samulak-Zielińska R, Dembowska E, Lizakowski P. Dental treatment of post-myocardial infarction patients: A review of the literature. *Dent Med Probl*. 2019;56(3):291-8. doi:10.17219/dmp/109232.
- Manzano BR, Quispe RA, Chicrala GM, Medeiros FB, Caetano FG, Santos PSS. Angina instável relacionada à suspensão de antiagregante plaquetário para realização de cirurgia oral. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2020;30(1 Supl):124-7.
- Afzal MA, Ozgur SS, Shamoony Y, Abboud R, Shamoony F. When a Tooth Pulls the Heart Strings: Takotsubo Cardiomyopathy Post-dental Extraction. *Cureus*. 2023;15(7):e42044. doi:10.7759/cureus.42044.
- Kuzekanani M, Gutmann JL. Latest Concepts in the Endodontic Management of Patients with Cardiovascular Disorders. *Eur Endod J*. 2019;4(2):86-9. doi:10.14744/eej.2019.70288.
- Habbab KM, D'Aiuto F, Habbab MA, Porter SR. Molecular markers relevant to myocardial injury following dental extraction in patients with or without coronary artery disease. *BDJ Open*. 2019;5:9. doi:10.1038/s41405-019-0018-8.
- Domenico T, Rita A, Giacomo S, Diego A, Thelma P, Mariana G, et al. Salivary biomarkers for diagnosis of acute myocardial infarction: A systematic review. *Int J Cardiol*. 2023;371:54-64. doi:10.1016/j.ijcard.2022.09.043.
- Tarasoutchi F, Montera Mw, Grinberg M, Barbosa Mr, Piñeiro Dj, Sánchez CR, et al, sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Brasileira de Valvopatias -2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. *Arq Bras Cardiol*. 2011;97(5 Suppl. 1): 1-67.
- Desai HV, Aronow WS, Peterson SJ, Frishman WH. Cardiac amyloidosis: approaches to diagnosis and management. *Cardiol Res*. 2010;18(1):1-11. doi:10.1097/CRD.0b013e3181bdba8f.
- Falk RH. Diagnosis and management of the cardiac amyloidoses. *Circulation*. 2005;112(13):2047-60. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.104.489187.
- Babburi S, Ramya B, Subramanyam RV, Aparna V, Srivastava G. Amyloidosis of the Tongue-Report of A Rare Case. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(12):3094-5. doi:10.7860/JCDR/2013/7028.3865.
- Indu S, Roy ID, Tewari R, Pramanik S. Oral amyloidosis: A case report and diagnostic algorithm. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2021;25(3):559. doi:10.4103/jomfp.JOMFP_227_20.

DOENÇA DE CHAGAS E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

CHAGAS DISEASE AND SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: CHALLENGES FOR SOCIAL WORK IN HEALTH

Elaine Fonseca Amaral da Silva¹
Renata Watanabe¹

1. Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:
Elaine Fonseca Amaral da Silva
Instituto do Coração, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo,
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44,
Pinheiros, São Paulo, SP, Brasil.
CEP 05403000.
elaine.amaral@hc.fm.usp.br

RESUMO

Introdução: A doença de Chagas é considerada um problema de saúde pública mundial e causa limitações e alterações na vida cotidiana dos pacientes e familiares e consequentemente na qualidade de vida. As manifestações clínicas ocorrem predominantemente no sistema gastrointestinal e cardiovascular. Destacamos o trabalho do Assistente Social, como integrante da equipe multiprofissional, que propõe alternativas de enfrentamento às situações que comprometem o processo de saúde-doença dos pacientes. O estudo tem como objetivos refletir e discutir sobre a doença de Chagas, sob a ótica dos determinantes sociais da saúde (DSS), bem como da atuação do Serviço Social no espaço social e assistencial da saúde. **Método:** Construído a partir de pesquisa bibliográfica, além da observação empírica em hospital público de cardiologia. **Resultados:** Apresenta forte componente social, sendo uma endemia encontrada em países do Terceiro Mundo, vinculada ao subdesenvolvimento sócio/político/econômico/cultural da população e correlacionada às deficitárias condições habitacionais, ao subemprego, à migração e à falta de acesso à posse de terras e aos bens de produção. **Conclusão:** O tema discutido neste estudo não se esgota com as questões apresentadas, devendo se ampliar e buscar novos conhecimentos sob outros prismas, para criação de políticas públicas mais abrangentes que garantam o acesso e direito aos pacientes com doença de Chagas.

Descritores: Doença de Chagas; Determinantes Sociais da Saúde; Serviço Social.

ABSTRACT

Introduction: Chagas disease is considered a worldwide public health problem and causes limitations and changes in the daily lives of people. Clinical manifestations occur predominantly in the gastrointestinal and cardiovascular system. The Social Worker, as a member of the multidisciplinary team, proposes alternatives for coping with situations that compromise the health-disease process of patients. This study aims to reflect and discuss Chagas' disease, from the perspective of the social determinants of health (SDOH), as well as the role of Social Work on the social and assistance level of health. **Method:** Constructed from bibliographical research, in a public cardiology hospital. **Results:** It has a strong social component, being an endemic found in third world countries, linked to the socio/political/economic/cultural underdevelopment of the population and correlated with poor housing conditions, underemployment, migration and lack of access to land ownership and capital goods. **Conclusion:** The topic discussed in this study does not end with the questions presented and should expand and seek new knowledge from other perspectives, for the creation of more comprehensive public policies that guarantee access and rights for patients with Chagas disease.

Keywords: Chagas Disease; Social Determinants of Health; Social Work.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam uma das principais causas morte, com destaque especial as cardiomiopatias infecciosas. A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 17 milhões de mortes são causadas por enfermidades cardiovasculares.

Dentre elas, deve-se ressaltar a Doença de Chagas que é endêmica em nosso meio e se estende a diferentes países da América latina. Trata-se de uma doença infecto parasitária que está intimamente ligada a condições de saúde públicas inadequadas. O vetor da doença é o inseto hematófago conhecido como triatomíneo, também denominado de Barbeiro

no Brasil, *Vinchuca* em outros países da América do Sul e Central, ou *kissing bugs* na América do Norte. Ao picar um indivíduo inocula o parasita *Trypanosoma cruzi* quando se dá início ao desenvolvimento do ciclo da doença no hospedeiro com as respectivas manifestações sistêmicas.

A doença traz sérias consequências ao hospedeiro, reduzindo-lhe a sua vida útil e acarreta aumento nos gastos público pelas internações repetidas, bem como diminuição na produtividade pessoal.

Do ponto de vista social, tal doença está relacionada aos múltiplos aspectos sociocultural e político-econômico que envolvem questões de iniquidade e globalização, sobretudo, em países mais pobres e entre populações mais vulneráveis, onde reduz a qualidade de vida dos pacientes.

Mundialmente acredita-se que existam entre seis e oito milhões de pessoas contaminadas, e no Brasil, país com grande porcentagem de doentes, estima-se em torno de dois a quatro milhões de infectados. Calculam-se que cerca de 6 mil pessoas morram todos os anos por complicações da enfermidade.¹ Assim, diante desta doença impactante na vida dos indivíduos, o atendimento integral ao paciente se constitui em importante atividade de assistência na linha do cuidado em saúde. Portanto, a Equipe Multiprofissional apresenta papel fundamental, enquanto trabalho coletivo, composto por agentes de diferentes áreas profissionais, os quais devem acolher, compreender, co-responsabilizar, intervir e produzir autonomia, oferecendo atendimento adequado e individualizado aos pacientes.²

O/a Assistente Social, enquanto profissional da saúde, compõe a Equipe Multiprofissional com a proposta de identificar as vicissitudes e a realidade social do dinamismo das relações sociais, as quais o paciente está inserido, interpretando à equipe a importância dos fatores socioculturais enquanto aspecto integrante dos determinantes sociais em saúde, para garantir o atendimento integral segundo suas necessidades.

De acordo com a Fiocruz, determinantes sociais da saúde é um conceito desenvolvido na área da saúde pública, caracterizado pelos determinantes estruturais e de condição da vida cotidiana responsáveis pela iniquidade em saúde entre os países, sendo incluídos a distribuição de poder, renda, bens e serviços, as condições de vida dos indivíduos, o acesso ao cuidado a saúde, educação, trabalho, lazer, moradia e ambiente.³ O presente estudo tem por objetivos refletir e discutir sobre a doença de Chagas, sob a óptica dos determinantes sociais da saúde, bem como da atuação do Serviço Social no espaço sócio-ocupacional da saúde.

MÉTODO

O presente estudo foi construído a partir de pesquisa bibliográfica não sistemática, procurando-se selecionar compêndios considerados relevantes e que pudessem direcionar a discussão teórica, por meio de revisão da literatura relacionada à temática, com consulta de livros, periódicos, sítio eletrônico, entre outros, além da observação empírica em hospital público de cardiologia.

DOENÇA DE CHAGAS

O processo de adoecimento é uma etapa vivenciada muito difícil de lidar, que pode surgir a qualquer momento, causando sofrimento e impotência para aqueles

acometidos pela enfermidade, bem como para aqueles que o acompanham. Situações como estas, demandam à equipe multiprofissional, aos familiares, cuidadores ou ambos, uma reorganização para lidar com esta situação. Esse sofrimento se acentua quando se soma ao diagnóstico com pouca perspectiva em longo prazo.

A doença de Chagas foi descrita pelo pesquisador brasileiro Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas em Lassaance/Minas Gerais, há mais de um século (1909), com característica ímpar na literatura médica, pois partiu do vetor para determinar a doença que ele causaria. A descrição da enfermidade foi extremamente extensa, passando pelo agente etiológico, vetor, fisiopatologia, quadro clínico, associado aos aspectos socioeconômicos presentes nestes casos. A doença de Chagas ou tripanossomíase americana é uma moléstia onde pode se reconhecer a fase aguda que ocorre durante o período de inoculação do parasita com manifestações peculiares. Posteriormente, instala-se a fase crônica que pode durar anos e geralmente ocorre de forma silenciosa.

As manifestações clínicas ocorrem predominantemente no sistema gastrointestinal e cardiovascular. Outras formas de transmissão têm sido descritas como por hemotransfusão e pela ingestão de alimentos contaminados. O inseto vetor é popularmente conhecido como “barbeiro”, tem recebido outras designações de acordo com a região endêmica, tais como: chupão, chupança, bicho do frade, percevejo de parede, bicudo e procotó. Na América Latina é conhecido por vicunhas, *chinchas* e nos Estados Unidos por *kissingsbus*.⁴ Estes insetos distribuem-se por extensas regiões neotropicais da África e Ásia, acometendo expressivo contingente de população na América Latina, totalizando 21 países e também é uma doença emergente em países não endêmicos, como Estados Unidos da América, Canadá, Espanha, França, Suíça, Itália, Japão, devido aos movimentos populacionais com deslocamento de pessoas infectadas, o que pode ocasionar e elevar o risco de outros mecanismos de transmissão como a transmissão transfusional, congênita, e por transplante de órgão.⁵

No Brasil, a doença, apesar de controlada, se manifesta em todos os estados da federação, com ênfase na região norte.⁵ Clinicamente apresenta duas fases distintas, a aguda e a crônica, sendo esta última podendo manifestar-se nas formas indeterminadas, cardíaca, digestiva e cardiodigestiva. A forma cardíaca é a responsável pela elevada morbimortalidade da doença de Chagas e as manifestações clínicas da cardiopatia chagásica crônica agrupam-se em três síndromes: arritmica, insuficiência cardíaca e tromboembólica.⁶

A doença pode apresentar uma fase aguda, ou seja, seu processo inicial, ou evoluir para uma fase crônica, causando um processo degenerativo das células cardíacas, instalando uma perda progressiva da eficiência contrátil do coração. São comuns na fase avançada, inchaço, tonturas, tosse, falta de ar, fatores estes que determina importante limitação física. Geralmente os sintomas aparecem após a segunda ou terceira década da vida. Nesta fase os indivíduos estão em plena atividade trabalhista, bem como construindo família. Outro fator importante a se levar em consideração é a possibilidade de morte súbita considerado como morte elétrica.⁶

O perfil epidemiológico dessa doença vem mudando nos últimos anos com a transmissibilidade da doença de chagas, com casos de transmissão oral da doença de Chagas, transmitida pela ingestão de alimentos contaminados. Atualmente somam-se cerca de 70% de todos os casos da doença no Brasil. Dentre estes alimentos contaminados, destacam-se o açaí e o caldo de cana, a popular garapa.⁷

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E POLÍTICOS DA DOENÇA DE CHAGAS

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha tido sua formalização em 1990, a assistência à saúde dos trabalhadores foi assumida muito antes pelo Estado, com o movimento da industrialização, tendo seus direitos sociais mediados pela interferência estatal, que no Brasil ocorreu na década de 30, onde a assistência médica era organizada pela filantropia. Nesta época, as principais alternativas para a saúde pública, tinham dentre outras, ênfase nas campanhas sanitárias e interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, em consequência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para a cidade, a qual traziam consigo doenças como a doença de Chagas.

Os primeiros anos da República no Brasil foram de desorganização na saúde, fato que contribuiu para o surgimento de ondas epidêmicas, a qual levaram milhares de pessoas à morte no país. Em resposta à essa situação o Governo Federal incentivou os médicos higienistas a ocuparem cargos importantes na administração pública, a fim que estabelecessem estratégias de saneamento dos setores, onde deveriam realizar dentre suas ações, eliminação de viveiros de ratos e de insetos, retificação de rios, drenagem de pântanos, a fiscalização sanitária dos indivíduos da cidade, bem como seu afastamento ou isolamento de pacientes portadores de doenças infectocontagiosas e pacientes considerados como um perigo para a sociedade. Considerada como uma das doenças negligenciadas, que atinge bolsões de pobreza e de desigualdade social, observa-se que pouca verba é destinada à pesquisas ou mesmo na fabricação de medicamentos, havendo pouco interesse da iniciativa privada ou pública, devido ao baixo retorno do lucro.

É considerada por alguns com “doença silenciosa”, pois atinge um universo de sujeitos das áreas rurais, sem voz e que apresentam pouca consciência de seus direitos sociais e acesso ao tratamento médico. Apresenta forte componente social, sendo uma endemia encontrada em países do Terceiro Mundo, vinculada ao subdesenvolvimento sócio/político/econômico/cultural da população e correlacionada às deficitárias condições habitacionais, ao subemprego, à migração e à falta de acesso à posse de terras e aos bens de produção.

Podemos referir que a doença de Chagas era uma doença eminentemente rural, restrita aos pequenos mamíferos das matas e campos, sendo o homem o principal responsável pela sua domicialização e veiculação. Com o êxodo rural, marcado pela falta de reforma no campo, principalmente nas décadas de 50 e 60, milhões de indivíduos, alguns infectados, migraram e deixaram a terra dirigindo-se aos grandes centros urbanos, em busca de melhores condições de saúde, moradia e oferta de empregos, gerando a urbanização da doença. Ressaltamos que

a região metropolitana de São Paulo se constituiu em um grande polo atrativo para receber os migrantes, uma vez que, dispunha de posição privilegiada na economia em relação ao subdesenvolvimento de outras regiões do país, abarcando o maior parque industrial e consequentemente detendo a maior concentração de riqueza. No entanto, milhares de indivíduos ao chegarem aos grandes centros urbanos, se depararam com uma realidade diferente da que imaginava encontrar. Vários indivíduos migraram e se acumularam nas cidades e não foram absorvidos pelo mercado formal de trabalho, apesar do forte crescimento indústria, pois apresentavam baixo nível de escolaridade e consequentemente sem qualificação profissional, com famílias numerosas, passando a viver na informalidade com suas atividades precárias e engrossando o exército de mão de obra reserva já existente, configurando se em excluídos. Isto se realizará se ações do governo, por meio de programas nas diferentes áreas como habitação, saúde, educação, trabalho se efetivarem, aliada a conscientização da população.⁸

Diante deste quadro o paciente acaba por ter sua vida comprometida, sendo visto pela sociedade como um elemento diferenciado, deixando de ser ativo e produtivo para sua autorrealização, acabando por produzir cada vez menos e se excluir do mundo do trabalho, já que a doença se manifesta na fase produtiva do indivíduo. Portanto, a doença acaba por comprometer o rendimento familiar, utilizado para suprimento das necessidades básicas, fazendo com que o indivíduo perca sua autonomia, passando a depender de terceiros. Ainda muitos doentes acabam ocupando seu tempo entre o espaço doméstico e o ambiente hospitalar, fazendo com que outro membro da família acabe por assumir seu papel, o de provedor, chefe de família, enfim alterando a dinâmica familiar existente. Os projetos de vida presente e futuro tornam - se incertos e alterados, pois a cardiopatía passa a fazer parte da vida do doente, interferindo nos aspectos sociais, emocionais, familiares, trabalhistas e educacionais, marcando as relações e dinâmica o cotidiano, transformando o chagásico, no reflexo de sua própria condição humana.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2006 o Brasil recebeu a certificação pela eliminação do principal inseto transmissor (*Triatoma infestans*), porém aqueles que já estão infectados continuam a padecer e sofrer com a ausência de políticas públicas, acesso e diagnóstico e tratamento médico a nível nacional. Doença crônica e incurável, ainda se faz presente na humanidade, gerando grandes perdas sociais, marcadas por incertezas e sensação de indefinição do futuro, comprometendo o cotidiano e qualidade de vida de milhões de pessoas.

Enquanto doença crônica representa para o indivíduo, um caminho sem volta, onde a presença de um coração doente pode condenar sua vida para sempre. Na América Latina, segundo estimativa da Organização Humanitária Internacional da área da saúde - Médicos Sem Fronteiras (MSF), cerca de 70 milhões de pessoas estão sob o risco de infecção.⁹ Observamos que no Brasil resta o desafio em prestar assistência a milhões de infectados na fase crônica, onde grande parte desse contingente, já se encontram na terceira idade, ou se tornarão pessoas idosas futuramente, comprometendo sua qualidade de vida. Esta situação ainda

pode contar com a associação de outras doenças, acarretando predisposição para a procura de serviços de saúde e medicamentos.

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

O/a Assistente Social nos últimos anos vem sendo requisitado para trabalhar como agente de interação entre os diversos níveis do SUS (atenção primária, secundária e terciária) e demais políticas setoriais na promoção, prevenção e atenção à saúde. Sua prática profissional está voltada a identificar os aspectos sociais, econômicos e culturais, relacionados ao processo saúde e doença a fim de intervir/mediar situações que comprometam a realização da proposta terapêutica por meio de ações que valorizem o processo de humanização e acolhimento ao paciente, com ações socioeducativas.

Apresenta o papel de refletir e discutir possibilidades de construção de alternativas concretas para superação de suas dificuldades e meios para atendimento das suas demandas sociais. Em um país como o Brasil, quem tem sua raiz socioeconômica envolvida diretamente com a gênese do desenvolvimento e evolução da Doença de Chagas, que é uma doença negligenciada, e que atinge principalmente a população empobrecida, o/a profissional tem como desafio identificar fatores que possam dificultar a prevenção e cuidado.

O/a assistente social tem o desafio de efetivar os cuidados sociais em meio à uma população exposta às manifestações da questão social como condições sanitárias e de moradia precárias, dificuldade de locomoção, com baixo grau de escolaridade, poucos recursos financeiros para a saúde nas regiões com incidência de doença de Chagas, preconceito, e, principalmente, condições precarizadas de trabalho e dificuldade no acesso aos direitos previdenciários.

A doença de Chagas não é uma doença simples, que abrange apenas o aspecto biológico, ela é complexa, que envolve muitos determinantes sociais, como a pobreza, que diretamente mais afeta os pacientes chagásicos, porém, o pouco acesso a uma boa alimentação, péssimas condições de moradia que propiciam a proliferação dos barbeiros, péssimas condições de trabalho, falta de orientação, educação de qualidade e falta de acesso à saúde, estigma, preconceito, falta de perspectiva sobre sua vida e falta de oportunidades, além de outros, contribuem para a complexidade da doença.

É papel dos responsáveis pela erradicação da doença, dentre eles o/a assistente social, em romper com soluções lineares simples. Para isso o/a assistente social deve compreender a doença de Chagas com clareza em quatro dimensões, sendo elas, a biomédica, epidemiológica, socio-cultural e político-econômica. O/a assistente social deve ter o conhecimento aprofundado da realidade dos indicadores sociais e os efeitos na população, compreender de que forma essa sociedade se comporta, em qual contexto vive, quais são seus valores e quais suas lutas; ter clareza e compreensão da realidade econômica a qual essa população está inserida, quais políticas públicas estão disponíveis, bem como seus direitos sociais e previdenciários.

Pacientes com doença de Chagas possuem baixa qualidade de vida, pouca qualificação profissional e escolar e alta vulnerabilidade. Para aqueles que possuem trabalho formal, também são profundamente afetados, causando

grande impacto na Previdência Social, com alto número de solicitação de benefícios como o auxílio-doença. Dificuldade e falta de acesso à informação também é uma demanda importante ao serviço social, a qual lida diariamente com dúvidas sobre seus direitos à benefícios previdenciários relacionados à Doença de Chagas. É importante que o paciente tenha ciência que não são todas as formas de manifestação da doença que dão direito aos benefícios, que isso esteja claro a ele, de que forma solicitar, onde solicitar, quais documentos deve apresentar, quais os prazos de entrega de documentação, quais recursos o paciente tem em caso de indeferimento da solicitação dentre outros.

Outra demanda a qual o(a) assistente social deve estar atento(a), é sobre a manifestação que os pacientes têm sobre suas próprias vidas a partir do momento que descobrem estarem positivos para a DC. Muitos pacientes podem manifestar descrença com a própria vida e depressão, levando esses pacientes a desenvolver o consumo abusivo de substâncias psicoativas¹⁰. Por isso uma rede articulada de apoio formal e informal é essencial para o devido acolhimento desses pacientes, onde se faz necessário à ação intensiva do/a assistente social.

Sendo assim, observamos que a Doença de Chagas tem em sua complexidade a transcendência do aspecto biológico, que exige ao assistente social a articulação e manejo com os equipamentos de saúde, compreensão e suporte aos aspectos que superam os biológicos, como os psicossociais, para que os pacientes tenham sua vida atingida direta ou indiretamente por ações multidimensionais e para que, em algum momento, possam sair da exclusão e do esquecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Doença negligenciada, apesar de ter sido descoberta há mais de 100 anos, continua a afetar a vida de milhares de doentes. Continua a despertar o interesse de muitos pesquisadores, por atingirem grandes expoentes populacionais tanto em países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos, sendo considerado um grave problema de saúde pública apontado por elevados custos sociais e econômicos, impactando no Sistema Único de Saúde-SUS.

O/a Assistente Social em sua prática diária tem o desafio, nos diversos equipamentos da rede assistencial, de viabilizar o acesso aos direitos sociais dos indivíduos, com posicionamento na defesa da equidade e justiça social para garantir o exercício da cidadania no acesso às políticas sociais.

Esta prática tem que ser desenvolvida pela equipe de saúde para garantir a eficácia dos programas de assistência e acesso universal das diversas políticas públicas nos níveis de promoção, proteção e recuperação do processo saúde e doença. O tema discutido neste estudo não se esgota com as questões apresentadas, devendo se ampliar e buscar novos conhecimentos sob outros prismas, para criação de políticas públicas mais abrangentes que garantam o acesso e direito aos pacientes com doença de Chagas.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

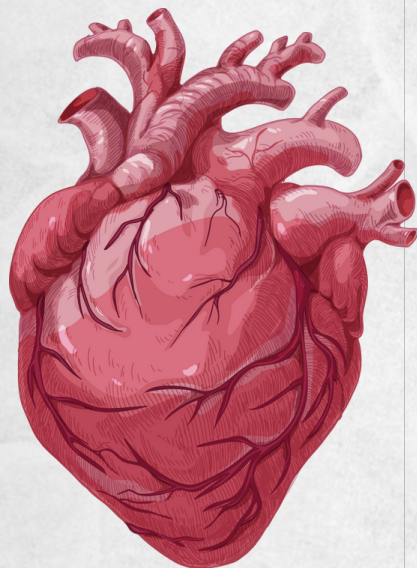
REFERÊNCIAS

1. Martins-Melo FR, Ramos AN Jr, Alencar CH, Heukelbach J. Prevalence of Chagas disease in Brazil: A systematic review and metaanalysis. *Acta Trop*. 2014;130:167-74.
2. Pinheiro R, Mattos RA. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ; Abrasco; 2006. p. 165-84.
3. DSS BR. Promovendo a equidade em saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- FIOCRUZ. [Acesso em ???]. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/ acesso01/09/2023>.
4. Dias JPC. Doença de Chagas no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(Supl):7-12.
5. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; abr. 2021.
6. Rassi Jr A, Rassi SG, Rassi A. Morte Súbita na Doença de Chagas. *Arq Bras Cardiol*. 2001;76(1):75-85.
7. Fiocruz. Surto na Bahia é alerta para transmissão da doença de Chagas por alimentos. [Acesso em 30 ago 2023]. Disponível em: <https://chagas.fiocruz.br/blog/surto-na-bahia-e-alerta-para-transmissao-da-doenca-de-chagas-por-alimentos/>.
8. Dias JCP. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(Supl 1):S13-20.
9. Doença de Chagas [Internet]. É hora de integrar o combate à doença de Chagas. [Acesso em ???]. Disponível em: <https://chagas.msf.org.br/pb/acesso 01/09/2023>.
10. Silva FSP. Doença de Chagas: enfrentamento a invisibilidade pela análise de histórias de vida de portadores crônicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(05):1939-49.

44^o

CONGRESSO
DA SOCIEDADE
DE CARDIOLOGIA
DO ESTADO DE
SÃO PAULO

 SOCESP



30 DE MAIO A 01 DE JUNHO DE 2024

**SAVE THE
DATE**

EM UMA SITUAÇÃO DE
EMERGÊNCIA,
escolha estar preparado!

CONHEÇA NOSSOS CURSOS
E GARANTA SUA VAGA!

DESCONTOS EXCLUSIVOS
PARA O ASSOCIADO SOCESP

CENTRO DE TREINAMENTO
Emergências
Cardiovasculares

