



# DIÁRIO DO 66º CONGRESSO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA

Porto Alegre, 19 de setembro de 2011 • segunda-feira

Nos vemos  
em Recife  
**2012**



## Novos horizontes

Depois dos EUA foi a vez da Europa se render à cardiologia brasileira. A qualidade científica da nossa cardiologia, tão bem representada no 66º congresso brasileiro de cardiologia, foi exaltada pelos representantes internacionais que aqui estiveram, expandindo mais uma vez os nossas fronteiras.



O governador Tarso Genro ofereceu jantar à delegação internacional no Palácio Piratini. Em destaque na foto a Orquestra Jovem do Rio Grande do Sul.

## Redescoberta do Brasil



É difícil não falar da grandiosidade do Congresso Brasileiro de Cardiologia que caminha num crescimento sustentado e contínuo. Mais um recorde de números, Porto Alegre está de parabéns. Nosso congresso é a máquina, a locomotiva que move a cardiologia nacional. Em sua volta transformamos novidades em informação, atualidade em realidade, colegas em amigos. As inovações não repousam apenas nas atividades científicas, elas também alimentam a confraternização nacional e internacional. O Brasil é redescoberto ano após ano durante o Congresso Brasileiro de Cardiologia.

Um jornal, um portal, qualquer mídia fica pequena diante de tantos destaques, 3 dias é pouco para reunir em um só local e num só tempo tudo que a SBC faz, produz e transforma, sempre com um objetivo maior: a cardiologia nacional e seus sócios.

Nesse ano, estamos vendo novidades na área de anticoagulação e trombose, terapêuticas que nos libertam de velhos laços e que ampliam nossos horizontes. O Congresso da SBC é assim: velhos laços servem de alicerce para o futuro.

Recife, estamos voltando mais experientes e em busca de novos horizontes.

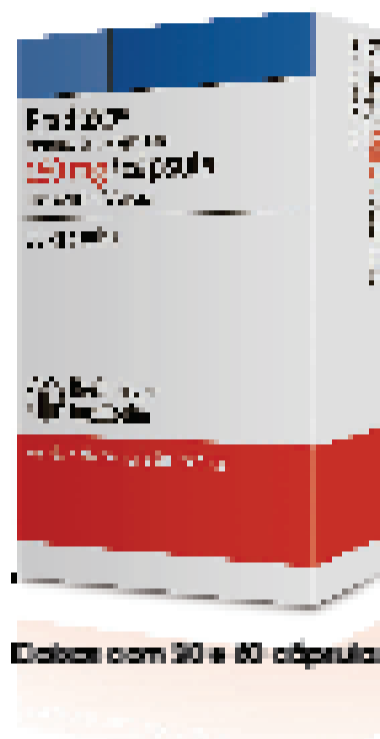
**Miguel Antonio Moretti**  
Diretor da Comunicação da SBC

PRADAXA® 150 mg PREVINE 3 DE 4 AVCs RELACIONADOS À FA!



**35%** de redução do risco de AVC ou embolia sistêmica vs varfarina\*

**59%** de redução do risco de sangramento intracraniano vs varfarina\*



Dispostas em 30 e 60 cápsulas

- Dose oral fixa, sem necessidade de monitoramento
- Pode ser administrado com ou sem alimentos
- Baixa interação com outros drogas

A substituição de varfarina por Pradaxa® é simples!

O modo de substituição é o mesmo: Pradaxa® pode ser administrado em qualquer momento da dose de Varfarina.

**Interação Medicamentosa** com antiácidos, colestirâmida, clonazepam, P-glicoprotina (excluído), e com a suspensão de etilglicoxina. Evitar a interação com ginseng, AIC, imunosupressores e fito-remédios, bem como com outros fármacos que tenham um potencial de interação similar.

**INDICAÇÃO** ÉTICA DE MONITORIZAÇÃO: varfarina. **Contra-indicação:** risco de sangramento grave de 35-55 mg de 150 mg, 150 mg, 150 mg e 150 mg. **Pradaxa 150 mg:** Pradaxa 150 mg é um fármaco anti-trombotico oral. É indicado para a prevenção de AVC em pacientes com fibrilação atrial não valvular, em pacientes com AVC isquêmico sintomático recente e em pacientes com embolia sistêmica sintomática recente. **Pradaxa 150 mg:** Pradaxa 150 mg é um fármaco anti-trombotico oral. É indicado para a prevenção de AVC em pacientes com fibrilação atrial não valvular, em pacientes com AVC isquêmico sintomático recente e em pacientes com embolia sistêmica sintomática recente. **Pradaxa 150 mg:** Pradaxa 150 mg é um fármaco anti-trombotico oral. É indicado para a prevenção de AVC em pacientes com fibrilação atrial não valvular, em pacientes com AVC isquêmico sintomático recente e em pacientes com embolia sistêmica sintomática recente.

**Pradaxa 150 mg:** Pradaxa 150 mg é um fármaco anti-trombotico oral. É indicado para a prevenção de AVC em pacientes com fibrilação atrial não valvular, em pacientes com AVC isquêmico sintomático recente e em pacientes com embolia sistêmica sintomática recente.

**Pradaxa 150 mg:** Pradaxa 150 mg é um fármaco anti-trombotico oral. É indicado para a prevenção de AVC em pacientes com fibrilação atrial não valvular, em pacientes com AVC isquêmico sintomático recente e em pacientes com embolia sistêmica sintomática recente.





# Tratamento de FA exige cuidados



Hélio Germiniani e Guilherme Fenelon

Guilherme Fenelon destacou que existem orientações diferentes para pacientes que tem fibrilação atrial (FA) e FA crônica, chamando atenção que, em pacientes mais idosos e com cardiopatias, a enfermidade é, geralmente, assintomática. “Então nós fazemos sempre o tratamento como se ele tivesse com FA há mais de 48

horas. É melhor pecar pelo excesso”, aconselhou.

O tratamento indicado para pacientes com repercussão hemodinâmica é a cardioversão. Já para os que estáveis, o procedimento adequado é controle de frequência cardíaca com medicações com heparina. Os anticoagulantes são úteis em ambos os casos, embora devam ser utilizados com cuidados, especialmente em pacientes idosos e com pouca massa corporal, que podem ter sangramentos graves. Ele destacou, ainda, que o fármaco mais eficaz para os casos de FA mais avançados é a propafenona – se o paciente não tiver cardiopatias – e amiodarona, caso tiver algum problema cardíaco. Depois de medicada e estabilizada a FA, o tratamento deve seguir visando aliviar os sintomas (dores, palpitações, dispneia) e prevenir tromboembolias e disfun-

ções ventriculares. “Muita vezes, por causa de tratamentos errados, pessoas ficam com insuficiência cardíaca pelo resto da vida. Isso acontece com 42% dos pacientes de FA atualmente”, disse Fenelon.

Ele lembrou da velha teoria de FA Focal que agora volta com força nas teses cardiológicas. Neste caso, é importante o médico procurar eliminar os focos de FA nas veias pulmonares, fazendo o isolamento por ablação elétrica. A eficácia desse tratamento é de 70%, o que é considerado um sucesso. “Nunca podemos falar em cura para FA”, enfatizou. Ele ressaltou que a FA deve ser tratada através da prevenção e que o quanto antes for descoberta maiores as chances de sucesso. “Temos que intervir antes do início, por exemplo, em pacientes propensos com quadro hipertensivo”, concluiu o especialista.

## A Europa veio ao congresso



Michel Komadja, presidente da ESC e Jorge Ilha Guimarães, presidente da SBC

Os cardiologistas brasileiros foram a terceira maior delegação no congresso da ESC em Paris, alguns dias atrás, com 1400 pessoas. Para os outros, os especialistas viajaram para o Brasil, e fizeram ontem um resumo dos próximos pontos da atualidade européia: Fausto Pinto (Portugal), David A Wood (Inglaterra), Roger Hall (Inglaterra), Roberto Ferrari (Itália), entre outros.



Sociedade Brasileira  
de Cardiologia  
Amor pela Vida

## Novas regras, nova atitude

60 mil vidas poderiam ser salvas a cada ano.

O cardiologista Sergio Timerman anunciou que depois de dois anos de trabalho de 32 especialistas já está sendo impressa a “Diretriz de Emergência Cardiovascular e Ressuscitação”. Com o objetivo de manter vivo o paciente infartado.

Algumas das novas regras para o profissional da Saúde: tão logo identificado que o paciente está sem respiração (ou anormal) e não responde, deve-se chamar a emergência e buscar o desfibrilador. Há um maior foco na RCP em equipe; a frequência de compressão deve ser de, no mínimo, 100 por minuto; a profundidade da mesma, em adultos, foi alterada da faixa de 2 e 5 cm para 5 cm. O cardiologista Marcos Cabral acredita na recuperação. “A visão é a de que sobreviver não é o suficiente”, diz, “ele tem que sair com uma função neurológica que possibilite a ele retornar a sua vida”, argumenta.

As principais mudanças para o leigo: o procedimento “ver ouvir e sentir” foi removido do algoritmo e não se recomenda mais o boca a boca. O cardiologista Sergio Timerman explica que a nova diretriz simplifica a vida do leigo. “Caiu no chão, verifica se está consciente ou não e se está respirando”, diz ele, “e caso não haja respiração, deve-se pedir o resgate pelo 192 e começar imediatamente a massagem cardíaca”.



## Uma nova palavra-chave: translacional

O translacional ganha força na medicina: “o objetivo é favorecer a passagem rápida do conhecimento do laboratório à clínica, o bench to bed”, explica Eduardo Krieger do Incor (SP).

O translacional nasceu nos EUA em frente da existência de uma pesquisa científica enorme que não se traduzia em avanços clínicos. O NIH começou financiar núcleos para aproximar os grupos, e, até hoje, 40 Universidades americanas participam. No Brasil, muitos projetos existem, na Unifesp, na Unicamp, e principalmente no Incor.

Para ser eficiente, o translacional não pode se contentar de passar do laboratório de pesquisa até um pequeno grupo experimental de pacientes. Deve passar uma segunda etapa, com a apresentação de ensaios e projetos interessantes para a saúde pública. Um dos projetos desenvolvido neste sentido, explica Eduardo Krieger, é um projeto com o Ministério da Saúde, que inclui 26 centros e 2000 pacientes, de Belém a Porto Alegre, cujo objetivo é determinar qual seria a quarta droga para tratar os hipertensos resistentes aos tratamentos usuais.

## Cantinho do Coração



**Aproveite e adquira seu jaleco personalizado no cantinho do coração**

## Jornal do 66º Congresso Brasileiro de Cardiologia

**Presidente SBC:** Jorge Ilha Guimarães

**Diretor de Comunicação:** Miguel Antonio Moretti

**Diretor Científico:** Angelo Amato V. de Paola

**Produção e coordenação editorial:** SBC-Núcleo Interno de Publicações

**Redação:** Jean Louis Peytavin, Susi Mello, Diego Rosinha, Vanessa Kliemann

**Direção-Arte:** Edson Lara

**Impressão:** Grupo Sinos

**Realização:** MG&A Comunicação

**Projeto:** Maurício G. Anderson  
(11) 8115-3636 - mg\_a.com@uol.com.br



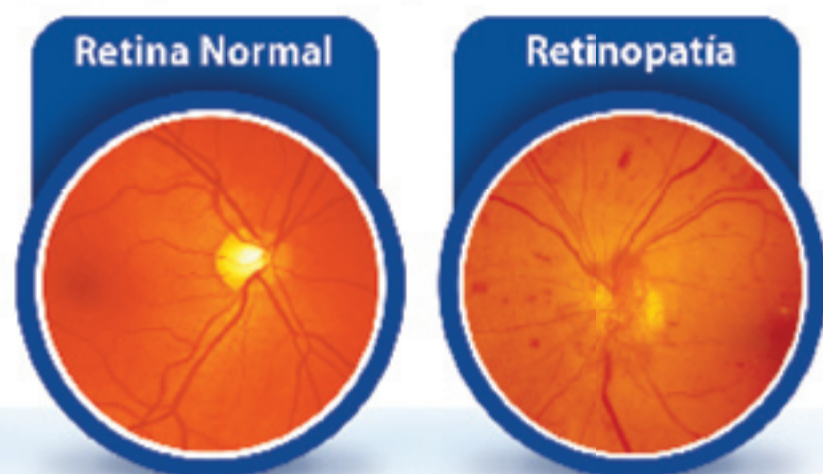
# LIPANON

**REDUZ TRIGLICÉRIDES e AUMENTA HDL**  
com benefícios adicionais.<sup>1,2</sup>

## fenofibrato

**Em pacientes diabéticos o FENOFIBRATO comprovou:<sup>3</sup>**

**30% DE REDUÇÃO na necessidade de terapia a laser de retina**



**REDUÇÃO EM ATÉ 67% dos Triglicérides (tipo IIb).<sup>1</sup>**

**Cápsulas RETARD**

**1 ao dia Junto à principal refeição**



**Contraindicação:** pacientes com história de hipersensibilidade aos componentes da fórmula. **Interações medicamentosas e com alimentos:** o fenofibrato é pouco absorvido no estado de jejum. Na presença de alimentos, mais de 90% da dose é absorvida. recomenda-se, portanto, que lipanon (fenofibrato) seja administrado junto à refeição principal.

Referências bibliográficas: 1) BLANE GF. Review of European Clinical Experience with Fenofibrate. *Cardiology*, 78(suppl.1): 1-13; 1995. 2) FALKO JM. Clinical Review of Fenofibrate as Therapy for Dyslipidemia. *Drug Benefit Trends*, 11(115C): 12-24; 1998. 3) SACKS FM. After the fenofibrate intervention and event lowering in diabetes (FIELD) study: implications for fenofibrate. *Am J Cardiol*, '02 (suppl.): D4L-40L; 2000.

**LIPANON** - fenofibrato. **Indicações:** hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia endógenas do adulto, isoladas (tipo Iae) ou associadas (tipo IIb, IIe). **Contraindicações:** nos pacientes com história de hipersensibilidade aos componentes da fórmula, insuficiência hepática, distúrbio da bile primária e anormalidades persistentes nos testes de função hepática, insuficiência renal severa (creatinina >30 mg/dm<sup>3</sup>), Gravidez e lactação. **Precauções:** em alguns pacientes, pode ocorrer aumento transitório das transaminases. Aumentos superiores a 2 vezes o limite superior da normalidade para a tgo ou tgp ocorreram em pacientes em uso do fenofibrato, embora seu significado clínico não seja conhecido. Biópsias hepáticas realizadas em pacientes tratados por até 3 anos com fenofibrato não revelaram qualquer alteração hepática com a droga. Recomenda-se controle trimestral das transaminases séricas durante o período de tratamento, a não ser que o paciente não tenha evidência de redução satisfatória da concentração sérica dos lipídeos, deve-se avaliar a necessidade de terapia complementar ou de substituição do tratamento. Uso pediátrico e experiência em crianças é limitada. Caso o produto seja considerado absolutamente necessário, a critério médico e para crianças acima de 10 anos de idade, a dose de 5 mg/kg/dia não deverá ser ultrapassada. **Interações medicamentosas e com alimentos:** alimentos - o fenofibrato é pouco absorvido no estado de jejum. Na presença de alimentos, mais de 90% da dose é absorvida. Recomenda-se, portanto, que lipanon (fenofibrato) seja administrado junto à refeição principal. Anticoagulantes orais - o fenofibrato pode potencializar a ação dos anticoagulantes orais (warfarina, dicumarol, fenpropion, fenindron) aumentando, portanto, o risco de sangramentos. Inibidores da Hmg-coa redutase - a combinação de derivados do ácido fibrico e inibidores da Hmg-coa redutase potencializa o risco de miopatia e rabdomiólise. Portanto, o uso combinado desses agentes deve ser evitado. Sequestantes de ácidos biliares - o uso concomitante de fenofibrato e colestiramina pode resultar em redução significativa da absorção do fenofibrato. Inibidores da Hmg-coa redutase - embora os dados provenientes de estudos clínicos sejam limitados, não parece haver interação farmacocinética significativa quando fenofibrato e ciclespina são administrados concomitantemente, pode ocorrer discreta elevação dos níveis séricos de creatinina. Lipoglicemiantes orais - há potencial de interação quando o fenofibrato e hipoglicemiantes orais (glibenclama, tolbutamida e glibencetamida/gliburida) todos metabolizados pelo citocromo p450 cyp2a1) forem administrados concomitantemente. Outros - eritromicina, derivados imidazólicos, inibidores da maq, grapefruit (moranga). **Reações adversas:** o fenofibrato é geralmente bem tolerado. Entretanto foram relatados os seguintes efeitos adversos: sistema nervoso central - tonturas (incidência <1%); cefaleia, insônia, fadiga, torções. Sistema gastrointestinal - flatulências (incidência entre 3% e 5%); obstipação ou diarreia, dispepsia, flatulência, náuseas, desconforto gástrico. Até o momento, não se sabe se o uso do fenofibrato leva a maior propensão na formação de cálculos biliares; os pacientes devem ser monitorados quanto à possibilidade desse evento adverso. Elevação de transaminases séricas (tgo ou tgp). Sistema genitourinário - raras (incidência <1%) da função sexual (redução de libido, impotência). Sistema musculoesquelético - muito raras: rabdomiólise, artralgia. Pouco freqüente (incidência entre 1% e 3%); mialgia difusa, sensibilidade e dolorosa, fraqueza muscular, todas reversíveis com a descontinuação do tratamento. Elevação dos níveis de creatinofosfoquinase (cpk). Pele e anexos - raras (incidência <1%); erupções cutâneas (irritativa, prurida, urticária, eczema); foliculite hirsútil, alopecia. Freqüentes (incidência entre 3% e 5%); rash cutâneo. **Farmacologia:** uma cápsula por dia, junto à refeição principal. MS 1.7267.0092. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SAC 0800 7717017. Agosto/2011

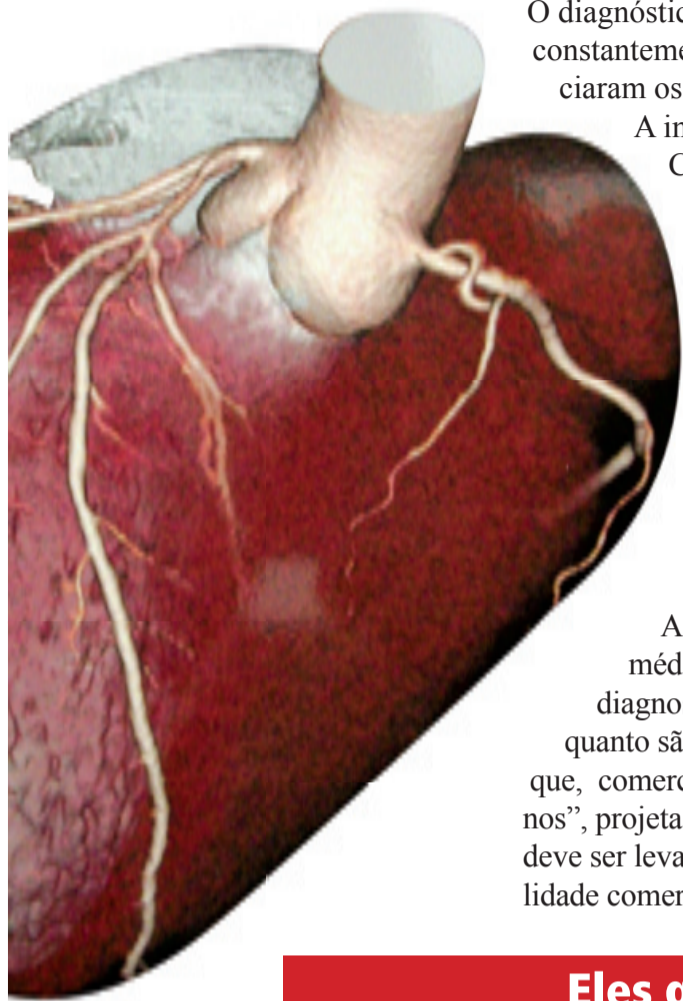
ATENÇÃO AO CONSUMIDOR  
080077-17017

 **Mantecorp  
Farmasa**



# Exames por imagem evoluem

As máquinas híbridas devem estar disponíveis dentro de 5 anos.



O diagnóstico de problemas cardíacos por imagem tem evoluído constantemente desde o final da década de 1970, quando iniciaram os primeiros exames de radiologia com este objetivo.

A informação foi debatida em mesa-redonda durante o Congresso Brasileiro de Cardiologia.

O coordenador dos debates, Cláudio Pereira da Cunha, ressalta que as formas de diagnóstico têm evoluído em todos os campos. “Não existe um determinado tipo de exame que sobressaia, cada um tem um função importante dentro da cardiologia”, avalia. O médico ressalta que o principal avanço é a diminuição dos níveis de radiação nas modalidades que ainda necessitam da exposição. “A diminuição do tempo desses exames foi fundamental. Em 30 anos estimo que conseguimos diminuir a exposição à radiação em mais da metade”, avalia.

A grande expectativa dos cardiologistas, segundo o médico, são as máquinas híbridas, que poderão, no futuro, diagnosticar várias patologias em um só exame. “Por enquanto são protótipos e ainda estão em fase de teste. Acredito que, comercialmente, elas podem surgir em cinco anos ou menos”, projeta Cunha, ponderando que existe o fator custo, que deve ser levado em consideração para que a máquina tenha viabilidade comercial.

## Eles ganharam um iPad no lançamento do livro-texto da SBC

### 17 de setembro

Roberto Duarte Mesquita (SP) \*  
Fernando Linhares Drumond Machado (MG) \*  
Alberto Maranon Terrível (SP) \*  
Daiane Jaqueline do Nascimento (RS) \*  
João Carlos (RJ) \*  
Luiz Eduardo Tagino Dias (MG) \*

### 18 de setembro

Alexandre Gonçalves de Souza (AM) \*  
Sevasty Donsozvis (CE)  
Mário Luiz Guerra de Castro (SP)  
Rodrigo Ruschel (RS)

\* Já retiraram seus iPads

# FA e AVC



Carlos Vicente Serrano Jr

“A preocupação com a fibrilação atrial (FA) é a embolia arterial, especialmente para o cérebro”, explica Carlos Vicente Serrano Jr (SP). Por isso, a anticoagulação é uma medida necessária na presença da FA.

Até 5 anos atrás, o tratamento se resumia aos antagonistas da vitamina K, por via oral, que era difícil controlar e com um sucesso que não ultrapassava 60%. Os antiagregantes como AAS ou clopidogrel também não ofereceram uma proteção suficiente. Os novos anticoagulantes, como dabigatran, apixaban ou rivaroxaban permitem uma melhor proteção (podendo atingir 80%) sem o inconveniente de eventos hemorrágicos.

## Números do congresso

2010

2011

**Palestrantes nacionais**

519

497

**Palestrantes internacionais**

33

45

**Temas livres recebidos**

1.185

954

**Mesa redonda**

42

40

**Ponto de vista**

23

26

**Congressistas**

6.636

6.641

66º Congresso Brasileiro de  
Cardiologia



**Belo Horizonte / 2010** 6.636 congressistas

**Porto Alegre / 2011** 6.641 congressistas

**São Paulo / 2007**  
6.350 congressistas

**Curitiba / 2008**  
6.305 congressistas

**Salvador / 2009**  
6.598 congressistas

**Recife / 2006**  
5.610 congressistas

# FITOESTERÓIS E SEU EFEITO NA REDUÇÃO DE LDL-COLESTEROL



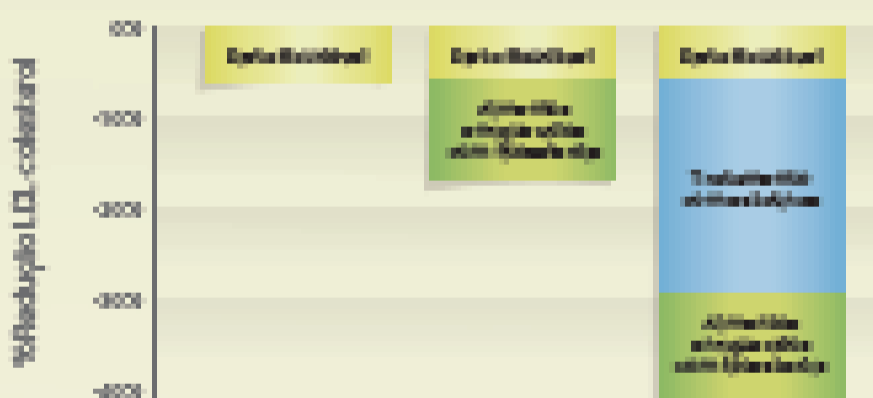
Cada 10% de redução no colesterol plasmático pode reduzir o risco de mortalidade por doença cardiovascular em 15%<sup>1</sup>.

A ingestão de 1,6 a 2,0 g/dia de fitoesteróis é capaz de reduzir em até 10%<sup>2</sup> a concentração sanguínea de LDL-colesterol<sup>3,4</sup>, com efeitos comprovados por mais de 94 estudos científicos<sup>5</sup>.



\* Que não inclui uma administração de 4 g de fitoesteróis por dia.

GRÁFICO 1. Efeito de Fitoesteróis em relação à redução de LDL-colesterol.



Fonte: J. Appl. Nutr. 62: 200S-207S, 2007

Por terem diferentes mecanismos de redução do colesterol, os fitoesteróis tomam-se complementares ao tratamento com estatinas e fibratos, podendo totalizar uma redução de até 40% do LDL-colesterol<sup>3,4</sup>.



Unilever Nutrition & Health Care é a área responsável por conectar a ciência por trás de nossas marcas e a tecnologia aplicada no desenvolvimento de nossos produtos. Conheça mais no site [www.unilever.nh.com.br](http://www.unilever.nh.com.br)



[www.biscoe.com.br](http://www.biscoe.com.br)  
SAC: 0800-709-0844

Referências: 1. Sacks FM, Rosenson IL, Berenson GS, Hays RD, Pothong CE. Cholesterol-lowering effects of lovastatin. Circulation. 1998; 97: 1412-1418. 2. Grundy SM, Brewer HB, III, Bruntz SR, et al. Guidelines for the management of blood cholesterol. JAMA. 2002; 287: 2385-2391. 3. Miettinen M, Rajala H. Plant sterols and phytosterols: reduction of plasma total and LDL cholesterol concentrations in normolipidemic and mildly hypercholesterolemic subjects. Eur J Clin Nutr. 1998; 52: 1023-1027. 4. Miettinen M, Rajala H. The effect of plant sterols on plasma lipoprotein concentrations and the degree of cholesterol lowering in normolipidemic, mildly and mildly hypercholesterolemic subjects. Eur J Clin Nutr. 1998; 52: 1028-1033. 5. Miettinen M, Rajala H, Turvala M, et al. The effect of sitosterol ester on vascular endothelium in hypercholesterolemic patients: a randomized, controlled trial. J Am Coll Nutr. 2004; 13: 227-231. \*\* Fitoesteróis são substâncias naturais encontradas em nossa alimentação que atuam na redução do colesterol LDL. 1,6g de fitoesteróis são encontrados por dia, de 17 unidades de iogurte ou 1 colher de sopa de creme vegetal.



## ➔ Estande de Internet

# Estande de Internet apresenta novos serviços

O tradicional Estande de Internet, sempre presente nos Congressos da SBC, terá sua área ampliada para agregar mais conveniências para os congressistas. Este ano, além dos serviços, do curso sobre o Consultório Digital e do suporte individual, também estarão disponíveis as provas sobre as Diretrizes, apresentadas na “Sala de Diretrizes” (auditório 14), que poderão ser realizadas logo após as sessões, e outras novidades que os congressistas poderão conferir no próprio local.

Entre os serviços, os congressistas terão à disposição acesso a computadores para navegação gratuita; rede wi-fi para conexão à internet por meio de dispositivos móveis; 2ª via de senha para o Webmail Cardiol; consulta aos periódicos internacionais e às publicações da SBC; inscrições para o Congresso da SBC Virtual e para os Cursos Online da Universidade Corporativa, Curso sobre o Consultório Digital e suporte aos serviços e sistemas do portal da SBC. Outra novidade é um jornalzinho personalizado com a foto do congressista, que será produzido na hora e o congressista poderá levar de recordação. O estande funcionará durante todos os dias, de acordo com a programação oficial do evento.



## A polipílula é a solução?

Para reverter a situação lamentável da prevenção cardiovascular, a polipílula é uma estratégia cada vez mais discutida.



Alvaro Avezum Jr, Miguel Moretti, Gilson Soares Feitosa

Álvaro Avezum Jr (SP) é um militante entusiasta da causa da polipílula (ASA, sinvastatina, ramipril, atenolol, hidroclorotiazide), e justifica sua atuação pela situação “lamentável” na qual se encontra a prevenção cardiovascular. No mundo inteiro, e ainda mais nos países em desenvolvimento, a prevenção secundária é um fracasso, como mostrado pelo estudo PURE.

“Agora, não é suficiente avaliar o risco, basta assumir”, disse Avezum. Segundo ele, a polipílula é uma revolução na prevenção, que vai se desenvolver em grande parte sem os médicos: é um tratamento simples, seguro, fácil, de baixo custo, bem tolerado, e que pode ser distribuído pelos postos de saúde. Não precisa mais do

médico que vai só supervisionar e tratar eventuais efeitos colaterais. É uma revolução na medida que mudamos o foco atual do paciente de alto risco, que simplesmente não adere ao tratamento preventivo, para a população geral das pessoas de mais de 40 anos. Alíás, explica Avezum, “se considerarmos os 10 fatores de risco os mais importantes, estamos todos em risco de DCV”, a começar pela fatalidade do primeiro fator, que é a idade. Muitos cardiologistas não gostam da idéia, começando pelo Dr Gilson Soares Feitosa (BA), que não veem com simpatia a substituição do médico. Mas estamos ainda longe do cenário final deste projeto, aguardando 2012, pelo estudo TIPS-3.

## Jadelson Andrade Presidente eleito da SBC 2012/2013

A possibilidade criada por Jorge Ilha Guimarães permitindo que a próxima diretoria pudesse participar com um ano de antecedência de uma série de ações que a SBC está desenvolvendo, e podendo assim iniciar projetos para o futuro, como estava previsto, e de fato ocorreu, demonstra a grande maturidade que a SBC atingiu.

Estabelecemos uma lista de 40 ações, já existentes ou novas, que são relevantes para o desenvolvimento da cardiologia brasileira. Já podemos anunciar que nossas ações com a ACC vão ser prolongadas com simpósios no próximo ano em Chicago e especialmente em Recife, com 2 dias de simpósio. Estaremos criando a perspectiva de discutir a criação de registros com a Heart Team da ACC.

Com a sociedade européia, a ESC, vamos continuar os simpósios em Recife e em Munique. Enfim, para mostrar a nova importância do Brasil, a ESC convidou um membro da diretoria da SBC para participar da equipe científica da ESC, que será Luiz Alberto Mattos, diretor científico da SBC. Fora de um membro da sociedade japonesa, é a primeira vez que um não europeu participará desta instância.





# CARINHO TOTAL.

Respeito e atenção  
também são nossas especialidades.



hospital  
**totalCor**



Alameda Santos, 764 - Cerqueira César  
(11) 2177-2500 [www.totalcor.com.br](http://www.totalcor.com.br)

O **TotalCor** é especialista em cuidados totais. Estamos entre os poucos que disponibilizam um médico hospitalista em cada andar. Esse profissional é clínico integralmente dedicado ao tratamento e acompanhamento diário dos pacientes em fase de internação. Além dos médicos, uma equipe multiprofissional, composta por nutricionistas, enfermeiras, psicólogos, farmacêuticos e fisioterapeutas altamente capacitados, garante toda a dedicação a quem precisa ser tratado com qualidade, respeito e carinho. Um diferencial que faz parte da excelência médica TotalCor – hospital-referência em cardiologia, certificado pela **JCI – Joint Commission International** –, a mais reconhecida organização de acreditação médica do mundo.



Hospital TotalCor, acreditado pela  
Joint Commission International's  
Gold Seal of Approval™



# Mudança no estilo de vida reduz risco cardiovascular na infância e adolescência

Família, escola, equipe multiprofissional e políticas públicas são fundamentais na cooperação do tratamento

De nada adianta pedir ao filho que cuide da saúde, se a mãe oferece salgadinhos e deixa a criança e o adolescente o tempo que quiserem em frente ao computador ou televisão. Ou que tipo de educação física está sendo oferecidas nas escolas onde os alunos não praticam exercício algum e passam o período com aula teórica? Essas duas questões estiveram presentes ontem na sessão especial “Fatores de Risco Cardiovascular na Infância e Adolescência”, no auditório 15, onde quatro médicos abordaram o tema obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica e atividade física, com a mesa coordenada pela cardiologista Maria Virgínia Tavares Santana.

Os palestrantes que deram algumas recomendações para reduzir esse riscos, deixaram clara a necessidade de mudança no estilo de vida das crianças e adolescentes. Para isso, no entanto, destacaram que a família principalmente, seguida da escola, equipe multiprofissional e políticas públicas de saúde voltadas para a saúde desse público devem estar unidos para reduzir o risco.

Os palestrantes foram Geodete Batista, Maria Alayde Mendonça, Nadja Arraes de França e Odwaldo Barbosa e Silva. Confira algumas considerações:

## O exemplo da mãe

A cardiologista Geodete Batista abordou a obesidade na infância e adolescência. Ela destacou que o exemplo para enfrentar a obesidade pode vir da mãe. “A mídia oferece a propaganda do salgadinho e mãe se rende à imagem e oferece ao filho”, exemplificou. Ela ressaltou que é preciso mudança nesse comportamento, mostrando como fundo de imagem de sua palestra uma criança sentada em um sofá, em frente ao computador, degustando o salgadinho.

A preocupação com esse aspecto não é por acaso. Ela diz que pesquisa apontam que 80% das crianças obesas serão adultos obesos, 9% das crianças que não têm pais obesos correm o risco de serem obesas, mas se um dos pais é obeso essa predisposição aumenta para 50% e para 80% caso pai e mãe sejam obesos.

Para ela, a responsabilidade pela obesidade novamente é colocada para a mãe. O tratamento da obesidade deve vir desde a vida intrauterina, onde a mãe preocupa-se com sua saúde e consequentemente com a do filho. Ela recomenda ainda que a obesidade pode ser enfrentada com o aleitamento materno até os 6 meses de vida, com padrão alimentar com a inclusão de frutas, verduras, fibras, cálcio, peixes e carne magra, pequenas porções de alimentos e intervalo na alimentação a cada três horas. “O grande desafio é mudar o estilo de vida, plantando sementes desde cedo e evitar o uso de medicamentos”, acrescentou.

## Medição da pressão arterial deve ocorrer nesse paciente

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi o tema da cardiologista Maria Alayde Mendonça. Para ela é importante que a medição da pressão arterial faça parte da rotina nos atendimentos em postos de saúde para crianças e adolescentes. Ela apresentou dados de 1940 a 2010 onde demonstra que aumenta o HAS em crianças e adolescentes. Nesse período, dados mundiais apontam que passou de 0,8% para 13% e no Brasil de 0,8% para 8,2%. Uma pesquisa realizada em Maceió, pesquisa realizada com 1253 pessoas, das quais 29% eram crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, 7,7% apresentaram pressão arterial alterada.

Ela resalta que a obesidade está relacionada com esses dados. Por isso, reforça as recomendações de exercícios, redução da ingestão de sal e dieta saudável.

## Educação física não é na sala de aula e sim a prática do exercício

O atendimento a um paciente recentemente deixou surpreso o cardiologista Odwaldo Barbosa e Silva. Ele comentou ontem que a criança que a aula de educação física era aula teórica. Isso demonstra que, além das crianças e adolescentes ficarem mais tempo em frente ao computador - cerca de 8 a 9 horas - e da televisão que pode chegar a 4 horas diariamente, não brincarem no campinho, não andarem de bicicleta e nem irem a pé para a escola, elas não estão praticando educação física corretamente e nem na periodicidade necessária. “A atividade de educação física deve ser o estímulo físico. Aulas teóricas é com seus pais ou em outras matérias”, declarou ontem.

Ele recomendou que o programa de atividade física seja diferente para crianças - zero aos 9 anos - e adolescente dos 10 aos 19 anos. No primeiro caso, a atividade lúdica deve estar presente (brincar) e as crianças devem ser orientadas a mudar de atividade física a cada seis meses. Já os de 10 a 19 anos podem participar de escolinhas e esportes competitivos.

**Revista ABC e diretrizes,  
agora em versão para tablet**

**Saiba mais!**

**[www.arquivosonline.com.br](http://www.arquivosonline.com.br)**



A publicação digital já é o formato preferido de muitos leitores por sua principal vantagem: a portabilidade, aliada à consciência ecológica.

A SBC, sempre acompanhando as últimas tendências tecnológicas, oferece a nova versão *e-journal* da revista *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*.

Participe também desta novidade!



# TEC tem 40% de aprovação

Ontem, às 16 horas, saiu o resultado da prova prática



Saiu o resultado da prova de Título de Especialista em Cardiologia (TEC), realizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), no 66º Congresso Brasileiro de Cardiologia. Dos 748 inscritos, 709 participaram da prova sexta-feira na Sociedade Ginástica de Porto Alegre (Sogipa). Do total, 40% foram aprovados e a abstenção foi de 5%. Os que tinham pré-requisitos de clínica médica, 63% foram aprovados e dispensados da prova prática. E os que não têm pré-requisito, o índice de aprovação

foi de 12%. Isso significa que dos 313 participantes, 36 foram aprovados. Médicos de todos os Estados brasileiros se reuniram na Sociedade Ginástica de Porto Alegre para as provas. Os candidatos tiveram que responder a 120 questões de múltipla escolha, na prova teórica. As questões incluíam questões de todas as áreas da cardiologia, incluindo semiologia, anatomia, fisiologia, propedêutica, farmacologia e tratamentos das grandes síndromes cardíacas. O coordenador do TEC, Jamil Schneider, destaca

que a valorização do título de especialista é inegável, o que explica a participação dos profissionais nas inscrições. O membro da comissão julgadora do TEC, o cardiologista Nelson Siqueira de Moraes, explica que este ano uma das exigências para a prova foi o tempo de formação. Até o ano passado, o candidato precisava estar três anos formado e este ano foram necessários quatro anos. “A mudança busca dar tempo ao candidato tempo para sua formação e aperfeiçoamento, ficando melhor prepa-

rado para a prova do título, já que historicamente existe um alto percentual de reprovados nas provas”, acrescenta. O TEC, exemplifica Moraes, está cada vez mais valorizado porque os convênios de Saúde passaram a exigir o título de especialista e quem o tem pode ser credenciado pelos Planos de Saúde; é importante na participação dos médicos em eventos nacionais e internacionais; em convites para escrever títulos e livros; e para ser palestrantes em congressos.



Ansiedade na hora do resultado da prova do TEC.

**Aprovado!**

**Elton Pinheiro Barbiero de Vitória/ES** é um dos novos cardiologistas que conseguiram o TEC este ano. “Minha primeira atitude ao saber que fui aprovado no TEC, foi ligar para minha esposa!

**Sobre o congresso:** não podemos passar 2 anos sem participar do Congresso, sob pena de ficar desatualizados.





# FAÇA JÁ SUA INSCRIÇÃO!

## 66º CONGRESSO DA SBC

# *Virtual*

**10 pontos** para atualização do TEC

**40 horas** de acesso às palestras



Assista às palestras no  
conforto de sua casa  
ou consultório.

[WWW.CONGRESSOVIRTUAL.COM.BR](http://www.congressovirtual.com.br)





Daniel Magnoni, Cristiane Krovacs

# Programa é alternativa para enfrentar a obesidade

O programa de ação social “Obesidade Zero”, comandado no País pelo cardiologista Daniel Magnoni, foi tema da palestra ontem no 66º Congresso Brasileiro de Cardiologia. O cardiologista Dikran Armaganijan e a nutricionista Cristiane Krovacs, destacaram a importância do assunto ser levado a toda comunidade nacional. A implantação do programa está em vigor no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, mas está disponível para interessados.

Durante a palestra, a situação nutricional do brasileiro foi levantada, especialmente na questão da obesidade. “O Brasil não é mais um país de desnutridos e sim de pessoas mal nutridas”, declarou Armaganijan. Ele destacou que a obesidade é uma pandemia global. Para ele é preciso que sejam feitas ações globais e ambientais.

Mas, afinal de contas, porque a obesidade está crescendo. Pelo menos dois fatores históricos foram apontados. Ele exemplificou que de 1900 a 1950 houve a mecanização e motorização, o que provocou na população o menor interesse em se movimentar/caminhar. O outro ponto ocorreu de 1960 a 2000 quando os custos da alimentação reduziram, facilitando a aquisição por parte de toda população, independente da classe média. “Como a obesidade aumenta as doenças fatais e não fatais e o uso de serviços públicos de saúde, todas as ações para combater a obesidade são válidas”, arrematou o cardiologista, lembrando a necessidade de um pacto que inclua a indústria da alimentação e as esferas de governo em prol dessas ações educativas.

## O POVO FALA



“O congresso está bem estruturado, com muitas atividades e conteúdo excelente para quem está em busca de aperfeiçoamento na área de cardiologia. Notei maior participação de profissionais do centro-sul do País”

**Aurea Pascalichio, doutora em saúde pública, São Paulo (SP)**



“O que mais gostei foi a abordagem sobre os novos medicamentos para anti-coagulação e cardiologia em geral”

**Fábio Petri, 32 anos, médico residente em cardiologia, Curitiba/PR**



“Frequento o congresso há 30 anos. Busco atualização para a prática clínica do dia-a-dia.”

**Dr. Marcus Flavius Medeiros Magliano (SP)**



“Gostei do congresso. Há variedade de palestras tanto na área técnica como na política. Além do mais, há participação expressiva de palestrantes internacionais”

**Janaina Araújo, 39 anos, cardiologista, Belo Horizonte (MG)**



“É a primeira vez que participo de um congresso brasileiro e a organização e o nível das palestras estão excelentes. Aprovo o formato roda viva porque aproxima a platéia dos palestrantes”

**José Anselmo Coelho Lima Júnior, 21 anos, estudante de medicina, São Luis/Maranhão)**

# Indique a SBC para o seu paciente e ganhe um iPad

Fique atento aos próximos SBC News que você recebe no seu e-mail





# Congresso Brasileiro de Cardiologia

14 a 17  
setembro  
2012



Recife ●  
Centro de Convenções  
de Pernambuco

- 25º Fórum de Enfermagem em Cardiologia
- 25º Fórum de Psicologia em Cardiologia
- 17º Fórum de Nutrição em Cardiologia
- 15º Fórum de Fisioterapia
- 2º Fórum de Educação Física

Organização



Apoio





# A insuficiência cardíaca na América Latina

Tema foi abordado no Simpósio SBC/SIAC/SSC



O simpósio reuniu Daniel Pineiro (Argentina), Washington Ricardo Macías Cornejo (Equador), Carlos Barrero (Argentina), Roberto Concepción Chacón (Chile), Carlos Martínez (México), René Ugarte (Bolívia), Juan Urquiaga Calderon (Peru), Oscar Bazzino (Uruguai), Maria Paniaga de Decoud (Paraguay), Victor Rojas Duré (Paraguay), Mario Lopes (Portugal).

Durante quase um dia inteiro, cardiologistas da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Equador, México, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela palestraram e debateram sobre a insuficiência cardíaca na América Latina, problema que mata uma em cada três pessoas em todo o mundo.

O simpósio, coordenado pelo presidente da Sociedade Interamericana de Cardiologia (SIAC), Daniel Pineiro, e pela presidente da Sociedade Venezuelana de Cardiologia, Nedina Coromoto Amaya, traçou um panorama da área, destacando os avanços e os gargalos que ainda prejudicam um desenvolvimento pleno dos tratamentos. Nedina explicou que a insuficiência cardíaca é uma enfermidade secundária consequente de lesões coronárias, fatores virais e genéticos.

Um dos temas tratados foi a insuficiência cardíaca aguda, que se não tratada de forma urgente leva ao infarto. “Para essa questão ainda não temos uma padronização internacional de procedimentos”, avaliou Washington Cornejo, presidente da Sociedade Equatoriana de Cardiologia, lembrando que a enfermidade é a principal causa de mortes tanto no Equador como no Brasil. Somente

no Sistema Único de Saúde (SUS) são 350 mil internações hospitalares/ano por este motivo.

Segundo o médico, a média de gastos pós-infarto para um tratamento adequado é de quase US\$ 2 mil, o que impossibilita o acesso de boa parte da população aos procedimentos acertados por questões econômicas e sociais, princi-

“A melhor forma de se diagnosticar hipertrofias cardíológicas é o ecocardiograma e que o tratamento passa, sobretudo, pela utilização de diuréticos, ainda mais quando envolve congestão pulmonar

palmente nos países em desenvolvimento. “79% das pessoas internadas com o problema retornam ao hospital, sendo 50% delas em seis meses após a primeira internação”, revelou Cornejo.

As causas mais comuns são hipertensão arterial (71%) e diabetes (44%). “O nosso ideal é estimular os pacientes para que previnam a situação”, concluiu o equatoriano.

Carlos Barrero, presidente da Socie-

dade Argentina de Cardiologia, aponta que o melhor tratamento é a remodelação ventricular, prevenindo a morte súbita através de drogas avançadas, estimulação elétrica e reimpermeabilização cardíaca. Para o tratamento com fármacos, a dica ainda são os usuais betabloqueadores em combinação com outras drogas. “Os desfibriladores aju-

pelo médico brasileiro, Jorge Neval Moll Filho, que destacou as suas vantagens para averiguação de volume e formato dos ventrículos, bem como massa e contratilidade. “Acredito que a tomografia computadorizada seja o método atual que tem corrido por fora, ultrapassando a ressonância magnética na eficácia para uma visualização perfeita das artérias coronárias. Ela pode ser, no futuro, um método completo de avaliação”, opinou o médico brasileiro.

O médico do Instituto de Cardiologia Ignácio Chavez, do México, Carlos Martínez, frisou que nenhum biomarcador pode substituir o histórico clínico do paciente. “É importante inter-

rogar, formar um contexto, para depois realizar o tratamento mais adequado”, aconselhou, listando perguntas pertinentes como saber se é o primeiro infarto, se o doente fuma, têm problemas respiratórios, etc. “A insuficiência cardíaca é e será um sério problema para a saúde pública mundial”, afirma o médico, acrescentando que erros médicos ainda são comuns e causam um índice elevado de mortalidade entre pacientes da área.

dam muito, mas não acabam com a insuficiência cardíaca”, alertou Barrero. O presidente do Departamento de Insuficiência Cardíaca do Chile, Roberto Concepción, disse que a melhor forma de se diagnosticar hipertrofias cardíológicas é o ecocardiograma e que o tratamento passa, sobretudo, pela utilização de diuréticos, “ainda mais quando envolve congestão pulmonar”. A importância do ecocardiograma nos diagnósticos também foi levantada



Fazer tudo com coração é ter  
compromisso com a vida desde o início.



O HCor acaba de ampliar a UTI cardiopediátrica  
com a mais avançada tecnologia para pequenos pacientes.

O HCor faz tudo com coração desde o princípio da vida. Por isso, acaba de aumentar sua capacidade de atendimento a crianças com cardiopatias, inclusive durante a gestação. A nova ala da UTI cardiopediátrica dispõe de 19 leitos individuais com espaço para a mãe ou o pai ficarem com a criança durante o tempo de internação. Além dos recursos tecnológicos para diagnóstico pré, intra e pós-operatório e da equipe médica e multidisciplinar qualificada, o HCor conta com um time de assistência circulatória à beira do leito que checa a função cardiopulmonar da criança 24h por dia. HCor. Excelência de gente grande para pequenos pacientes.

HCor. Faz tudo com coração.

Certificado pela  
Associação Brasileira de Cardiologia



Padrão Internacional de qualidade  
em atendimento médico e hospitalar

Tel.: 55-11-3053-6511  
[www.hcor.com.br](http://www.hcor.com.br)

 Hospital do Coração  
**HCor**  
Associação de Assistência à Criança  
São Paulo