

Congresso Brasileiro de Cardiologia



Médico discorda de guideline americano

Especialistas brasileiros querem impor avaliação cardiovascular a todos os esportistas.

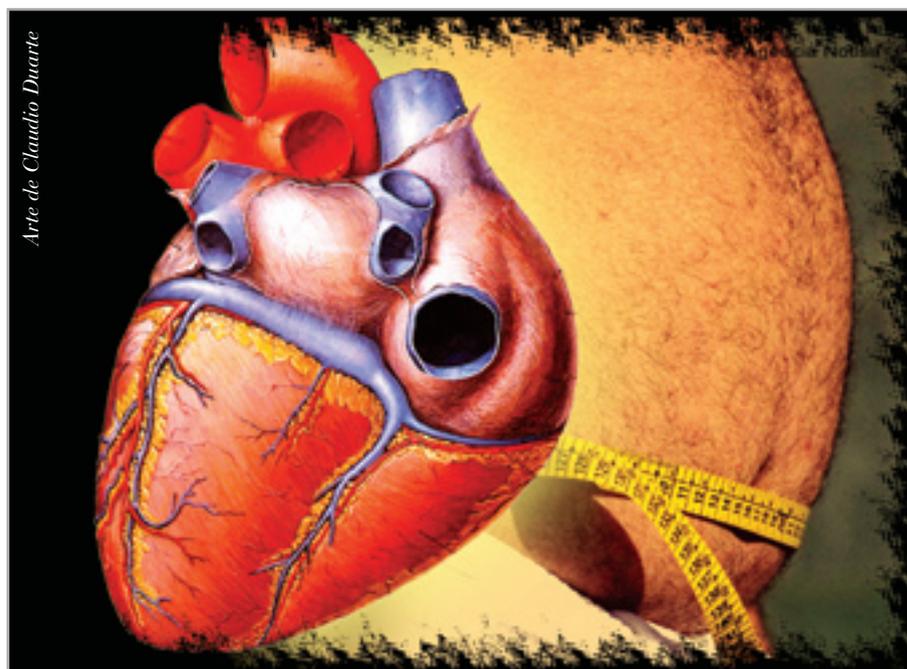


Venha de trem ao Congresso. Apenas 10 minutos da estação Vila Olímpia até Santo Amaro.



Dr. José A. Franchini Ramires, Presidente do 62º Congresso Brasileiro de Cardiologia

“Todo congresso é um desafio. Em termos de tamanho, nosso congresso de cardiologia é o quarto do mundo. Os congressos americanos têm 25.000 participantes, dois quais a metade são estrangeiros. Também o congresso europeu reúne 22.000 cardiologistas, mas um terço é do exterior. Afinal, nosso congresso, com 7.000 participantes brasileiros, tem um tamanho respeitável. Temos uma exposição de qualidade mundial, e, também, facilidades de transporte para os congressistas, que podem chegar ao congresso de trem. Enfim, espero que possamos oferecer tudo o que a cardiologia atual tem para mostrar.”



De acordo com Augusto Bozza, do Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, o novo guideline do Colégio Americano de Medicina Esportiva vem com uma recomendação específica, da qual ele discorda. O guideline sugere que, quando procu-

rados em seus consultórios e ambulatórios, médicos liberem exercícios para homens e mulheres saudáveis, respectivamente com menos de 50 e de 40 anos, sem exames físicos e complementares, independente, inclusive, do tipo de exercício que será

escolhido.

A conduta norte-americana sugerida foca exclusivamente na necessidade de os médicos colherem uma história rigorosa do indivíduo, principalmente familiar, para estabelecer os fatores de risco preditivos – caso não existam, de acordo com o guideline, a pessoa pode ser liberada para qualquer atividade de sua escolha. Bozza considera isto inadequado e insiste na necessidade de um rigoroso exame físico sempre, de crianças a adultos e de exames complementares, de acordo com a idade, não abrindo mão do eletrocardiograma para os aparentemente saudáveis adultos e crianças e adolescentes indicadas para esportes competitivos. “Para liberar alguém e/ou inclusive fornecer um atestado, o médico deve estar atento a três perguntas: para quem é o exercício – se criança, adolescente, adulto - para quê – se recreação, prática esportiva ou competitiva - e qual a modalidade”, disse Bozza em apresentação no Congresso.



“O Congresso Brasileiro de Cardiologia é bastante sólido e tem uma grande credibilidade, independentemente da cidade onde ocorre. O fluxo de participantes é sempre excelente, com 6000 a 7000 profissionais da cardiologia. São Paulo oferece muitas facilidades para realizar este evento, apesar da dificuldade de encontrar um centro de convenções com custos adequados à realidade de nossa sociedade.

Quero agradecer o empenho e a dedicação da diretoria da SBC para conseguir uma programação científica de alto nível, como também a

excelente integração com as atividades pré-congresso e com os expositores, tanto da indústria farmacêutica como da de equipamentos. Esperamos este ano vamos bater o recorde de público”.

Dr. José Péricles Esteves,
presidente da SBC

Próximos congressos da SBC:
2008 em Curitiba
2009 em Salvador

Dengue: cuidados com os riscos hemorrágicos

A epidemia atual de dengue, especialmente em São Paulo, Paraná e região do Centro-Oeste, preocupa todos os médicos, mas particularmente o cardiologista, em razão do aumento do uso de medicamentos antiplaquetários, como AAS e clopidogrel, principalmente em portadores de stents farmacológicos.

Em zona endêmica, a recomendação do Prof. Dr. Carlos Vicente Serrano (INCOR, Hospital Albert Einstein) é de dividir os pacientes em dois grupos. No primeiro grupo, com baixo risco de trombose, o tratamento deve ser suspenso durante uma semana, quando existem sintomas de dengue, mesmo sem diagnóstico.

No segundo grupo, com alto risco de trombose (paciente com prótese metálica ou stent recém-colocado), a recomendação é suspender o warfarin e usar heparina. A taxa de plaquetas sanguíneas deve ser medida diariamente. Se diminuir abaixo de 50.000, deve-se suspender a medicação e voltar ao tratamento com warfarin uma semana depois. No caso de tratamento com AAS e clopidogrel, a conduta é dosar diariamente as plaquetas e parar imediatamente quando diminui abaixo de 50.000.

O Instituto do Coração Dante Pazzanese de Cardiologia lança dia 9, às 10 horas, no Stand da Sigma Pharma o CD Série Monografias 2007, que será autografado no local pelos Editores Amanda Sousa, Leopoldo Piegas e J. Eduardo Souza.

Programação científica

Diabetes, obesidade e estratificação dos fatores de risco



Dr. Dário Sobral

Dr. Dário Sobral, diretor científico da SBC, participou do congresso da *European Society of Cardiology* em Viena, Áustria (29.000 participantes!) e voltou com novas idéias sobre a organização de grandes congressos.

A principal missão do Congresso Brasileiro de Cardiologia é a informação e a atualização do cardiologista, o que representa 70% da programação. Os 30% restantes são dirigidas a pesquisa e alguns assuntos reservados “elite da pesquisa”.

Os grandes temas da atualidade são os fatores de risco das doenças cardiovasculares, como o diabetes. Em razão da epidemia de diabetes e do aumento conseqüente das DCV, o cardiologista deve hoje dominar o tratamento do diabetes.

Outro tema de grande interesse para o cardiologista é a obesidade, como novos medicamentos em discussão, e o tratamento do tabagismo.

O tema da morte súbita é muito discutido atualmente, por causa da morte de atletas em campo. Devemos aumentar o rigor na avaliação do atleta, mas não temos lei que obriga os clubes a identificar e prevenir as doenças cardíacas nos esportistas. Isso deveria ser estendido também às academias. Por enquanto a lei de estratificação do atleta existe só na

Itália.

Conhecemos bem a população a risco, como os pós-infartados, os pacientes com função ventricular deprimida ou com arritmias, com risco elevado de morte, mas é uma população relativamente pequena. O grande problema que temos que resolver hoje é a detecção do risco de morte na população que está na base da pirâmide, com hipertensão, colesterol elevado, histórico familiar de DCV. O risco individual é fraco, mas o número de mortes muito elevado em razão do tamanho da população.

No que se refere ao diagnóstico, as grandes novidades são os avanços na qualidade, conhecimento e disponibilidade do ultra-som intracoronariano, da tomografia multislices e da ressonância magnética.

Pesquisa nega risco de morte de dispositivo usado para contenção

Em situações de violência, nas quais há ameaça à vida humana - por exemplo, conflitos urbanos e seqüestros com reféns - é comum o uso do dispositivo Taser X26, um condutor elétrico (CEW) para conter o agressor. No entanto, há relatos de que o uso desse dispositivo poderia

“Taser X26 não causou danos clínicos detectáveis” não apenas contribuir para a contenção, mas induzir morte por arritmias ou dano miocárdico. Por conta dessas suposições, Sergio Timerman e colegas do InCor realizaram pesquisa com 579 voluntários saudáveis. O trabalho resultou no artigo intitulado Análise clínica das alterações cardiovascular após aplicação seguidas do dispositivo de

Taser® em voluntários humanos que compõe a sessão de Temas Livres deste Congresso.

Segundo o texto do artigo, ao utilizarem o dispositivo, os participantes mostraram as seguintes reações:

“imediatas: incoordenação neuromuscular (efeito desejável pela arma) completa em 99,60%, parcial em 4%; alterações visuais parciais 0,04%; acidentes por queda 0,17%; tonturas, perda de consciência em 0,7%; dor no peito 0%; dispnéia 0%; lesões definitivas diretas 0%; arritmias à palpação pulso 0,0%. Além disso, pela exposição ao Taser, “foram induzidos freqüentemente os seguintes efeitos do dardo: abrasões

e ferimentos em 61% de efeitos elétrico: queimaduras localizadas”. De acordo com os autores, nenhum dos voluntários relatou quaisquer sinais ou sintomas de alterações cardiovasculares após 48 horas.

Desta forma, eles constataram que a aplicação do TASER X26 “não causou danos clínicos detectáveis”. E que as teorias de que o TASER pode levar à morte ou dano miocárdico não foram comprovadas no estudo. Agora, os autores devem continuar a pesquisa, avaliando resultados de ECG e marcadores bioquímicos.

Médicos têm deixado relação com o paciente para segundo plano

A medicina vem se transformando ao longo do tempo e a consulta médica não fica atrás. Como explicou

Dr. Manuel Adan Gil (UNIFESP), em palestra durante o Congresso da SBC, nos últimos 30 anos o Brasil viveu uma “política de formação de escolas de medicina desordenada e irresponsável”. O resultado disso, afirmou, é, atualmente, “a existência de um elevado número de médicos despreparados”. E ainda: “dos médicos que se formam, menos de 1/3

saem do curso tendo feito Residência ou algum outro tipo de especialização”.

Acrescido a isto, existe uma série de outros fatores, como o gigantismo do SUS e dos planos de saúde, sobrecarga de trabalho, remuneração baixa e múltiplos empregos que geram “consultas rápidas e colocam a história clínica e os exames físicos para segundo plano”, afirmou. Até mesmo o avanço tecnológico tem contribuído para esta distorção, pois com tal de-

envolvimento está havendo um “exagero de pedidos de exames complementares”, disse. Todos esses fatores levam ao maior prejuízo da relação médico-paciente. Por esta razão, Gil ressalta que “é importante investir na aproximação psicológica e física, pois ambas são o primeiro passo do tratamento”.

Ministério da Saúde propõe ação centralizadora

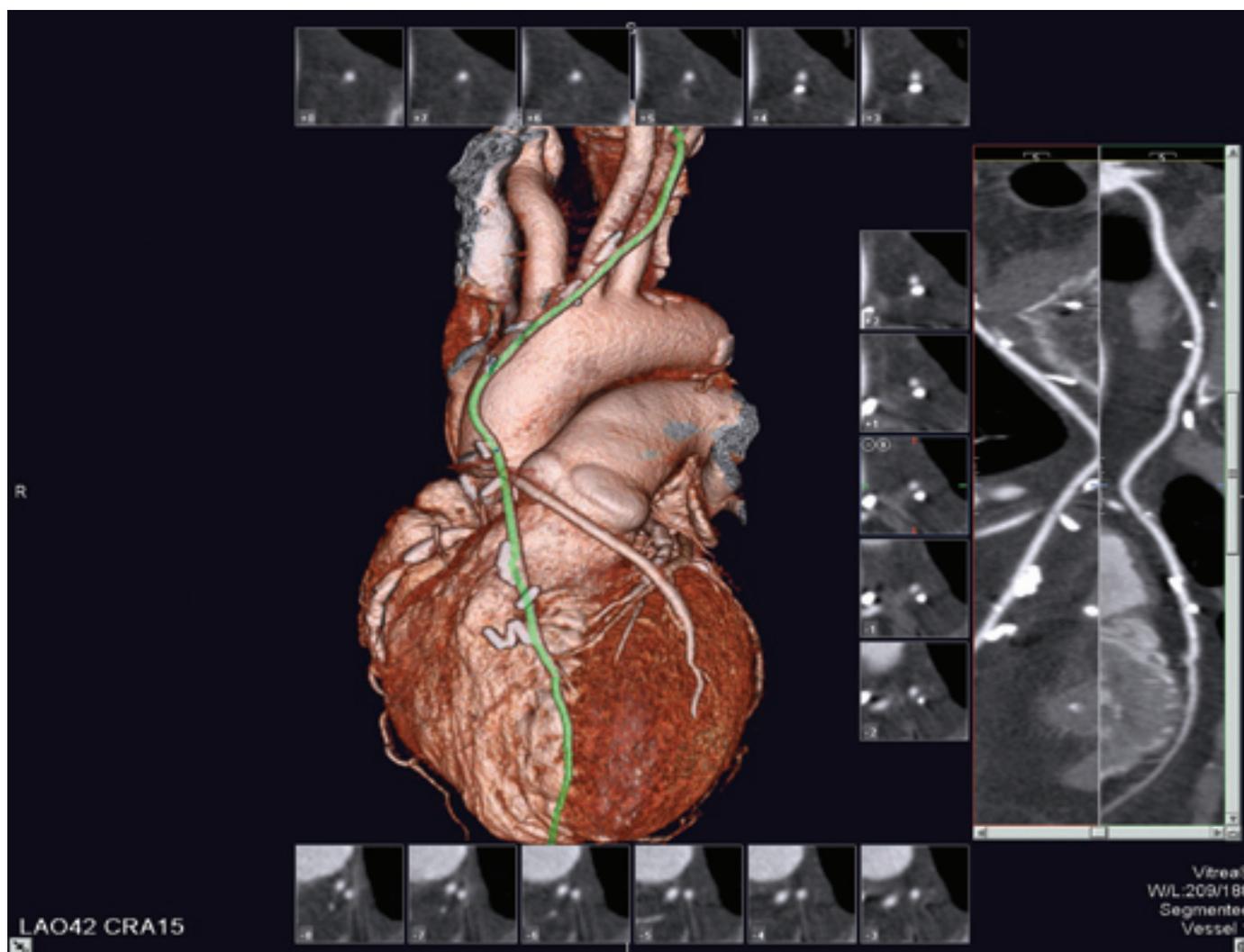


Dr. Dohman

Em entrevista concedida a *Medicina Hoje*, durante o Congresso Brasileiro de Cardiologia, o diretor do Instituto Nacional de Cardiologia (INCL), Hans Dohman, declarou que o Ministério da Saúde irá centralizar no INCL a coordenação de um programa que integre todos os mediadores tecnológicos de gestão e recursos, desde a promoção do aumento à adesão ao tratamento até a bioengenharia tecidual, para a prevenção e o tratamento das principais doenças assistidas pela cardiologia. A estratégia é integrar os centros regionais de excelência e estabelecer uma ação nacional, visto que as regiões e cidades brasileiras apresentam realidades diversas. “O projeto piloto será feito com a aterosclerose, sendo que as demais metas são febre reumática, cardiopatia infantil, insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas, hipertensão arterial e síndrome metabólica”, disse Dohman. Ele acrescentou que a escolha do INCL para a coordenação deve-se exatamente ao fato de a instituição ser o órgão responsável do Ministério da Saúde por definições de ações de cardiologia a nível nacional, do ponto de vista de políticas públicas.

As revelações da tomografia multislices

Em alguns segundos, a tomografia multislices “fotografia” o coração em três dimensões.



Esta imagem de tomografia multislices de Toshiba mostra a reconstrução de um coração em três dimensões (fotos de 4 cores) e, a cada ponto, permite estudar a perfusão arterial ou a trombose. Aqui podemos observar as imagens radiográficas da artéria mamária (em verde), pós-cirurgia coronariana.

Angioplastia ou medicamento

A desobstrução mecânica de uma coronária com colocação de stent e o tratamento não invasivo, fornecendo ao paciente apenas aspirina e estatina, estatisticamente levam ao mesmo resultado, a longo prazo.

Os americanos selecionaram 4.000 pacientes com isquemia estável, isto é, aqueles que ainda não tinham sofrido infarto, mas que sob estresse registram problemas nas coronárias. Todos os pacientes tomaram aspirina, para reduzir a capacidade de coagulação do sangue e de que se formem coágulos, e estatina, para reduzir o colesterol. Feito isso, houve um sorteio e metade dos pacientes sofreu angioplastia para abrir as coronárias e recebeu também stent e a outra metade não.

A conclusão do estudo Courage é que, para pacientes estáveis, a conduta mais conservadora é indicada. Durante o estudo cerca de 30% dos pacientes evoluíram para uma situação em que a angioplastia tornou-se efetivamente necessária. Finalmente, como primeiro passo da pesquisa, todos os pacientes se sujeitaram a ecocardiograma ou cintilografia, além de eletrocardiografia sob estresse, esteira. Como se trata de um macro-estudo, com número muito significativo de pacientes, são importantes também os dados que indicam qual a percentagem de pessoas que têm doença coronária estável, que virão efetivamente a sofrer um infarto a médio prazo.

ENTREVISTA

Cardiologistas resistem em abordar tabagismo com seus pacientes

A cardiologista Jaqueline Issa, diretora do Programa ambulatorial de Tratamento de Tabagismo do InCor (Instituto do Coração), vem se dedicando há tempos ao tratamento do tabagismo. Este ano, ela lança aqui no 62º Congresso Brasileiro de Cardiologia mais um livro sobre o tema, intitulado Tabagismo e doença cardiovascular. Segundo Jaqueline, o tabagismo é hoje um “sintoma” que quando tratado, salva vidas que seriam ceifadas pelas doenças cardiovasculares. Mesmo assim, os cardiologistas ainda “tem uma resistência em abordar o tabagismo”, disse a médica, em entrevista ao Medicina Hoje, na véspera do Congresso, na qual falou também sobre o Champix, novo medicamento anti-tabágico da Pfizer.

MH - Como é a relação do cardiologista com o tabagismo?

Dr.ª. Jaqueline Issa - O cardiologista tem uma resistência em abordar o tabagismo. E isso é muito em função do fato de que mesmo que se inicie o tratamento do tabagismo, não quer dizer que haverá 100% de resultados positivos como acontece com o tratamento do colesterol alto e da hipertensão. Nesses casos, é mais fácil, pois o paciente toma o remédio e os resultados são vistos logo. No tabagismo muitos fatores interferem, por exemplo, a vontade do paciente que pode não ser real, já que ele pode estar ambivalente. Isso dificulta a abordagem e essa diferença talvez afaste o cardiologista de atuar.

MH - Quantos pacientes são atendidos em média mensalmente no ambulatório?

Dr.ª. Jaqueline Issa - Desde 1996, já atendemos 1.500 pacientes do SUS e, desde 2000, cerca 800 pacientes de convênios. O tratamento pelo SUS é

restrito à prevenção secundária, sendo que os pacientes que chegam ao ambulatório estão em acompanhamento no InCor, devido a doenças cardiovasculares. Agora, por convênio, o paciente pode procurar espontaneamente o serviço.

MH - Como o tabagismo pode interferir na saúde cardiológica das pessoas?

Dr.ª. Jaqueline Issa - O tabagismo é a maior relação de custo-eficácia. Está na magnitude de um colesterol elevado e Hipertensão. Por exemplo, se um paciente chegasse com três sintomas ao meu consultório e eu só pudesse tratar um deles, com certeza optaria pelo tabagismo. Existem vários estudos que mostram que se salva mais vidas quando se trata o tabagismo.

MH - No tratamento do tabagismo utiliza-se acompanhamento psicológico, além do medicamentoso?

Dr.ª. Jaqueline Issa - Não necessariamente, pois acredito na relação médico-paciente, para que os pacientes parem de fumar. Algumas vezes os pacientes são encaminhados ao setor de psicanálise. Mas, o tratamento hoje em dia é feito com remédios. Há muitos medicamentos, graças aos avanços científicos que permitiram o conhecimento da psicoddependência que a nicotina causa no organismo.

MH - Qual fórmula do Champix e resultados de estudos clínicos?

Dr.ª. Jaqueline Issa - O medicamento Champix, da Pfizer, tem como princípio ativo o tartarato de Vareniclina. No InCor estamos participando de um estudo multicêntrico que , até 24 de agosto

havia incluído 74 participantes, utilizando o medicamento ou em avaliação preliminar. O remédio tem se mostrado melhor do que os outros com relação ao sacrifício para parar de fumar, conforto aos pacientes e também redução nos sintomas de compulsão. Mas mesmo assim, não é milagroso, têm pacientes que têm sucesso, outros não. É preciso que haja comprometimento do indivíduo na terapêutica. Na pesquisa percebemos que um percentual fracassa, outros interrompem a medicação. Muitos interrompem na quarta semana e têm recaídas.

MH - O remédio já está no mercado? Quanto custa o tratamento e por quanto tempo deve ser usado?

Dr.ª. Jaqueline Issa - Está no mercado desde de maio. O valor médio mensal do tratamento é de R\$ 240,00. O uso deve ser feito no mínimo durante três meses. Mas, em alguns casos recomenda-se uma extensão, por seis meses, para evitar recaídas.



Apenas 15% dos cardiologistas indicam a vacinação contra influenza para pacientes com insuficiência cardíaca

A vacinação contra influenza (VCI) é sabidamente uma medida que reduz hospitalizações e mortes em pacientes com quadros de insuficiência cardíaca (IC). No entanto, dados internacionais sugerem que somente 1/3 dos pacientes recebem a imunização. Para avaliar a taxa de prescrição aqui no Brasil da vacina e o desenvolvimento de pneumonia (PNM) e hospitalizações (HPT) em pacientes com IC, José Leão de Souza Júnior e colegas da Unidade de Miocardiopatias do Instituto do Coração do HC/FMUSP e da Unidade de Enfermagem do Ambulatório do Instituto do Coração desenvolveram estudos que resultaram no trabalho Prevenção de infecção respiratória com vacina contra influenza na insuficiência cardíaca, com apresentação para a Sessão de Temas Livres.

De acordo com o resumo disponível on line, dos 298 pacientes estáveis com IC, 109 eram mulheres. A média de idade foi de $59,3 \pm 13,2$ anos e, 44% CF III NYHA, FEVE $32,4 \pm 8,6$ %. Os resultados da pesquisa mostraram que “113 pacientes (38%) receberam VCI no período, 26 pacientes (23%) apresentaram PNM e 10 (38%) necessitaram de HPT”. No entanto, “apenas 15% das profilaxias foram indicadas por cardiologistas, sendo a maioria dos casos, 85%, indicadas pela campanha nacional de vacinação”. Dos 185 (62%) que não receberam a vacina, 40 (22%) apresentaram PNM e 21 (52%) necessitaram de HPT no mesmo período ($p < 0,05$), informam os autores.

Diante destes dados, os autores concluem que existe baixa taxa de prescrição da vacina contra influenza a

pacientes com insuficiência cardíaca e, ainda, que a profilaxia prescrita por cardiologistas é reduzida. Os dados demonstraram também que “pacientes com IC que não recebem VCI evoluem com maiores taxas de HPT por PNM”.

O stand da AstraZeneca recebe os atletas Hugo Hoyama (tênis de mesa), Diogo Silva (taekwondo) e Flávio Saretta (tênis) para conversar com o público, respectivamente nos dias 8, 9 e 10, aqui no Congresso. Confira sempre a partir das 10 horas.

O adoecer é multifatorial, diz psicóloga

Outras profissões estão envolvidas no cuidado da saúde cardiológica, entre elas a psicologia. Por esta razão, durante o congresso também ocorre o 20º Fórum de Psicologia em Cardiologia. A coordenadora do evento, Lillian Lopes Sharovsky, do InCor, lembra que o psicólogo deve discutir não apenas em cardiologia, mas em todas as áreas “o que é humano, o que é da espécie humana em relação ao adoecer”. Isto significa que “políticas de redução de danos, controle de fatores de risco, melhora de dietas são fundamentais para manter a sobrevivência biológica, mas não são suficientes para garantir a qualidade de vida”. Ela destaca que o que vai manter a qualidade de vida são esses aspectos de controles de fatores de risco cardiovasculares e principalmente, os aspectos da saúde

mental.

Para ela, corpo e mente são indissociáveis e a função da Psicologia é resgatar esse binômio. “Estar doente do coração no Brasil é diferente de estar doente na Índia, por exemplo, pois há leituras sociais diversas”, diz. Então, o adoecer tem que ser “visto sobre seu aspecto biológico, psicológico e social, pois isto que dá a dimensão do humano, pregada pela OMS”, acrescenta.

Sharovsky destaca também que uma das questões mais importantes da atualidade que envolve a Psicologia é a depressão, pois esta pode, por exemplo, comprometer todo o tratamento cardiovascular. “A depressão ‘precisa’ que o sujeito seja visto como um todo, e o acompanhamento psicológi-

co vai ajudar nessa questão. Mas, ela destaca, é necessária atenção, pois “a tristeza faz parte do acontecer humano e, muitas vezes, a depressão é tratada como uma doença psiquiátrica sem o ser, pois pode-se estar diante de uma reação humana a um acontecimento triste que a pessoa está vivendo”.

No Stand do laboratório Boehringer – Ingelheim médicos podem ter seus carimbos de bolso confeccionados na hora. O serviço vai funcionar ao longo de todo o congresso, mas é interessante chegar cedo para evitar fila.

Ecografia tridimensional

Algumas novidades estão sendo incorporadas ao ecocardiograma. Segundo o Dr. Luiz Darcy Cortez Ferreira, diretor da OmniCCni, em palestra no Congresso, o ecocardiograma tridimensional merece destaque. Entre as vantagens proporcionadas pelo seu uso estão a capacidade de avaliação da anatomia e relação anatômica, a avaliação de volumes cavitários e da fração de ejeção, além da análise de volumes regurgitantes. Esse equipamento, diferentemente da ecocardiografia tradicional, permite fazer avaliações e quantificações das insuficiências. Até pouco tempo atrás, o uso do tridimensional era prejudicado, pois as imagens não eram geradas na mesma hora; no entanto, agora, o computador já é capaz de reconstruir a imagem na mesma hora, ainda na sala de exame, explicou o Dr. Ferreira.

Atualmente, o ecocardiograma tridimensional está sendo incorporado ao Doppler. O próprio uso do Doppler vem ganhando incorporações, como o strain (atua em função do tempo), o strain rate (age em função da taxa) e o tissue tracking (mede o deslocamento). A principal vantagem desses novos procedimentos é a capacidade de avaliação da contratilidade, lembrou o Dr. Darcy. “Eles possibilitam o diagnóstico precoce de algumas doenças sub-clínicas e o tratamento precoce; no entanto, todos são métodos ângulo-dependentes”, disse.

Luto e coração

O estudo científico da psicóloga gaúcha Patrícia Pereira Ruschel analisou um universo de 142 pacientes infartados, e comprovou que 82% deles registrava “luto não elaborado”, isto é, ainda passava por sofrimento intenso como decorrência da perda de algum parente ou amigo.

Patrícia, que integra o “Fórum de Psicologia” da SBC, fez o estudo com pacientes do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, onde trabalha. Ela comprovou que a dificuldade emocional de aceitar a perda causada pela morte agrava o estresse, que por sua vez é um dos fatores de risco para o infarto, da mesma forma que a obesidade, a pressão alta ou o hábito de fumar.

A especialista diz que ainda não foi possível comprovar que uma morte na família pode desencadear um problema coronariano, mas não há dúvida de que para quem já teve um infarto, a dor da perda é nefasta e dificulta a recuperação. É essa colocação que ela faz para os cardiologistas, que precisam estar atentos ao estado psicológico dos seus pacientes e, sempre que for o caso, recomendar ajuda psicoterápica.

Patrícia Ruschel recomenda que os médicos verifiquem a necessidade de apoio psicológico inclusive quando o paciente vem a falecer. “É freqüente que a família tenha muita necessidade do apoio de um profissional para elaborar a morte de um parente próximo”, e para ela o primeiro a perceber essa necessidade é justamente o cardiologista que tem um contato pessoal com a família, quando a informa de que o paciente não resistiu. Cabe a ele, no caso, recomendar o apoio psicológico.

Pacientes fora do bulário mostram óbito e IAM com stents farmacológicos

Os stents farmacológicos estão na pauta da pesquisa científica e continuam a ser comparados, nos estudos, com os stents tradicionais. A questão mais importante é que esta comparação mostra a ocorrência de mortes e infartos por trombose tardia, mais ou menos um ano após a colocação, em pacientes of label tratados com stent farmacológico. Of label, são aqueles que não estão previstos no bulário e, portanto, não são alocados nos estudos controlados. Segundo o presidente da Associação Baiana de Medicina, Dr. José Carlos Raimundo Brito,

a questão é que os pacientes deste tipo que são tratados, portando inclusive angina instável e diabetes melittus, “são em torno de 60%, ou seja, a maioria dentre os usuários do stent farmacológico”. Ele explicou que além de estes não serem incluídos em estudos controlados, em geral, os ensaios normatizados com stents farmacológicos não têm avaliado infarto agudo do miocárdio e morte por trombose tardia.

Embora, nos estudos controlados, stents recentes farmacológicos mostrem algumas vantagens em relação à ocorrência imediata de infarto e morte, quando comparados com os

tradicionais, Dr. Brito afirmou que as pesquisas devem investigar a segurança com relação à trombose tardia e focar no desenvolvimento de novos stents “utilizando polímeros biodegradáveis, sem polímero ou drogas capazes de permitirem a endotelização total”. Outra questão apontada como fundamental é a manutenção de antiagregantes plaquetários destes pacientes dentro do necessário, já que parte destes pacientes com trombose tardia tinham suspensa estas medicações.

Paradoxo francês confirmado por pesquisa em coelhos

Há muito se discute se o consumo de bebidas alcoólicas pode ser eficaz para melhorar a saúde, especialmente o vinho. A palestra do Dr. Luiz Antonio Machado César, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e do InCor, foi justamente uma tentativa de discutir ainda mais essa questão. Segundo ele, muitos estudos já foram feitos e ainda continuam sendo encaminhados, e uma das questões que motiva ainda mais esta temática é que países como a França, onde o consumo de álcool e sabidamente elevado, apresentam taxas de infarto menores do que muitos lugares, o que é conhecido como o “paradoxo francês”.

O InCor também desenvolveu um estudo experimental sobre a questão. De acordo com o médico, foram utilizados coelhos divididos em três grupos aos quais foram ministradas

respectivamente dietas com a presença de vinho, sem qualquer bebida alcoólica, e com vinho sem álcool. Os resultados demonstraram que o grupo com menor lesão aterosclerótica foi o que consumiu vinho.

Essa e muitas outras pesquisas nacionais e internacionais mostram que “existe uma relação entre a redução da taxa de infarto e o consumo regular de álcool”, disse o Dr. Machado. Segundo ele, dentre as possíveis causas para esta relação estão o fato das bebidas possuírem anti-oxidantes, vitamina E e resveratrol. Ainda há evidências de que são capazes de atuar em mecanismos dos radicais livres. Ele observou também que os benefícios são maiores e mais evidentes em indivíduos que consomem álcool, mas tem “um estilo de vida adequado, com prática regular de exercícios físicos, mantêm um peso ideal”. Nesses

casos, nota-se “uma redução de eventos cardiovasculares isquêmicos”, disse. O médico ressaltou que o consumo de álcool, especialmente vinho, a que se refere é aquele feito com freqüência e na hora das refeições.

“Embora os benefícios sejam evidentes não se pode estimular o consumo de álcool, pois não se sabe se existe ou não propensão genética ao alcoolismo”. Além disso, há muitas evidências de que o consumo de álcool aumenta o risco de câncer de boca e esôfago dentre outros, além de úlcera peptica e possíveis acidentes com trauma relacionados ao excesso. Por todas essas razões, ele concluiu que “não se pode indicar a alguém que faça uso de álcool”.

Perfil do médico fumante

Em parceria com a Pfizer, a SBC realizará uma avaliação dos médicos tabagistas: todos passarão por um aparelho que mede a quantidade de monóxido de carbono no pulmão, determinando quem é fumante leve ou pesado. Eles também responderão a um questionário que inclui perguntas sobre a dependência de nicotina e os motivos mais frequentes pelos quais fuma. “O Brasil está começando a vencer o vício do fumo”, garante a psicóloga Silvia Cury Ismael, que coordena o programa de controle do tabagismo da SBC. “Na última década a porcentagem de fumantes na população caiu de 34% para 22%”, diz ela, e temos agora estatísticas im-

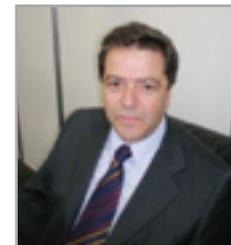
portantes sobre recaídas. Mas sobre os médicos, ainda não há qualquer estudo.

Silvia explica que dentre as razões pelas quais um fumante tem recaída, o estresse é apontado como a principal causa em 69% dos casos. Foi definido como estresse situações em que há um trabalho de muita responsabilidade a fazer ou morte de um parente. Quando a pessoa não sabe gerenciar o estresse, ele volta a fumar.

Outro dado estatístico indica que quem tentou parar apenas uma vez e conseguiu tem um risco nove vezes maior de ter recaídas do que a pessoa que já tentou várias vezes. Quem mora com um fumante e

pára de fumar tem três vezes maior probabilidade de voltar do que quem não convive com outro tabagista. A dificuldade em parar de fumar tem correlação direta com o tempo que a pessoa fuma. Ou seja, quem fuma há menos tempo pode vencer o vício mais facilmente.

O efeito e as estatísticas de cada tipo de procedimento serão discutidos durante o congresso, mas segundo Silvia, não há como mensurar ainda o número de infartos, derrames e tumores que deixaram de ocorrer por conta de a população brasileira fumar menos.



Dr. Gerson

Empresa médica

“Nossa idéia é de criar um central de atendimento 24 horas para atender os pacientes no grande São Paulo”, explica o Dr. Gerson de Araújo Lima, cardiologista, que vai lançar este ano a empresa Preventis. Neste call center o atendimento será feito por enfermeiras e médicos plantonistas, que poderão detectar o grau de urgência e tomar iniciativas como transferência de ambulância.

Preventis será um SAMU diferenciado, com atendimento na residência do paciente, serviços de consultas no domicílio e de acompanhamento, principalmente para pacientes idosos, cardiopatas, hipertensos ou diabéticos. O custo mensal não deveria ultrapassar R\$ 40,00 para o usuário. Preventis será um serviço independente de urgência e posteriormente de prevenção. Para desenvolver essa empresa, Dr. Gerson criou uma rede de parcerias, com call centers, serviços de ambulâncias e ajuda da equipe de marketing da empresa ABCD.

Contato: gerson-lima@uol.com.br

DIÁLOGO

O médico e o marketeiro

Tempos de taquicardia

Médico – O que você faz?

Marketeiro – Trabalho com marketing.

Médico – Que interessante! Você já fez algum comercial para a TV?

Marketeiro – Não, eu não sou publicitário. Eu tento identificar necessidades e despertar desejos nas pessoas, mas isso não se faz só com propaganda. É preciso pensar no produto ou serviço, na forma de como comunicar, em que local vender e a que preço. Os comerciais são somente uns 5% de tudo isso...

Médico – Humm sei... Mas você não se sente mal em enganar as pessoas com isso de marketing?

Marketeiro – Marketing é uma ferramenta de administração. A faca que você usa para passar manteiga no pão, também pode matar alguém. Quem usa a faca é o que tem ou não tem ética e não a faca, certo? O marketing é a mesma coisa. Com essa ferramenta, você pode ajudar as pessoas a encontrar produtos e serviços adequados à realidade dela ou enganá-las...

Médico – Interessante isso, nunca havia pensado desta forma, mas ainda bem que não preciso disso aqui

no consultório. Parece algo muito sofisticado, para grandes empresas.

Marketeiro – Certamente você já usa intuitivamente algumas técnicas de marketing e não sabe. Por exemplo, olhe esse diploma na parede? Você quer passar uma imagem de alguém com boa formação, que está atualizado e que vai respaldar a seriedade de sua opinião. Não usar algumas dessas poderosas ferramentas tornará mais tortuoso o caminho para obter sucesso profissional. Por exemplo: Que tal me mandar uns e-mails sobre as novidades e alternativas de tratamento sobre a minha doença? Isso fará que eu continue seu cliente, afinal você se preocupa comigo, mesmo longe de seu consultório.

Médico – Boa idéia. Vou pensar em como fazer isso. Aliás, meu sobrinho é bom com computadores, ele poderá mandar os e-mails para mim.

Marketeiro – Nossa, Doutor... Isso que você está sugerindo é o mesmo que pedir a um balconista de farmácia um remédio para a pressão ao invés de vir aqui... Pense seriamente em contratar um profissional para te ajudar com isso.

Médico – Mas deve ser uma fortuna!

Marketeiro – Depende de até aonde você quer chegar. Se você quer aumentar em 20% o faturamento de seu consultório vale a pena investir 5%. O importante é não “querer matar mosca com canhão”... Que tal começar com seus próprios clientes? Melhorando o boca-a-boca? O custo será próximo de zero.

Médico – Como fazer isso?

Marketeiro – Isso já é uma conversa para uma próxima consulta...

Marcos Dornelles, 36 anos. Engenheiro Mecânico (Mauá), Pós-Graduado em Administração (FGV). Trabalhou em diversas empresas multinacionais como a Nestlé, Reckitt Benkinser e Schering. Possui experiência de mais de 10 anos no setor de saúde. Ainda na Schering, trabalhou por dois anos no México como gerente para América Latina e Canadá de Gestão do Relacionamento com Clientes e e-Marketing. Atualmente é consultor, palestrante e gerente de Marketing da Apoio Distribuidora, empresa com serviços e produtos para Médicos, Farmácias e Laboratórios Farmacêuticos.

marcos.dornelles@gmail.com

JORNAL DO CONGRESSO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA

Responsável científico: Dr. Dário Sobral (SBC),

Editor: Dr. Jean-Louis Peytavin

Redação: Dra. Ilana Polistchuck Nogueira, Teresa Santos (Notisa)

Direção-Arte: Edson Lara (Criativa Design)

Impressão: Folhagráfica

Realização

Medicina Hoje - Atlântica Editora

Rua Teodoro Sampaio, 2550/cj15

Pinheiro 05406-200 São Paulo SP

Tel: (11) 3816 6192

Diretor comercial: Maurício Galvão Anderson - mauricio@medicinahoje.com.br

Medicina Hoje é uma parceira com Medicina Today International (Dagens Medicin Suécia, Dagens Medicin Dinamarca, MediUutiset Finlândia, Dagens Medisin Noruega, Puls Medycyny Polônia)



RENOVE-SE.

NADA MENOS QUE 50 MILHÕES DE CÉLULAS DO NOSSO
CORPO SÃO RENOVADAS TODOS OS DIAS.

PORTANTO, NÃO PERCA A CHANCE DA RENOVAÇÃO.

