



## SBC/Funcor 2006-2007

Inicialmente, gostaria de agradecer ao atual Presidente da SBC, José Péricles Esteves, a indicação de meu nome para assumir a Diretoria de Promoção de Saúde Cardiovascular, conhecida de todos nós como SBC/Funcor.

Aceitei o desafio por afinidade de princípios e por relacionamento de trabalho e amizade durante os últimos 16 anos, como também com identificação com os temas Prevenção Cardiovascular e Promoção de Saúde Cardiovascular.

Durante os últimos 10 anos, após período de treinamento em Epidemiologia Clínica aplicada à Doenças Cardiovasculares, na Universidade McMaster, Canadá, sob a supervisão do Prof. Dr. Salim Yusuf, concentrei-me na área de Medicina Baseada em Evidências, com foco em doença coronária e prevenção cardiovascular, por meio da condução de pesquisa clínica e epidemiológica em nosso país, como também de programas de melhoria de qualidade assistencial.

Como Diretor da SBC/Funcor, nesta primeira comunicação a você, associado da Sociedade Brasileira de Cardiologia, gostaríamos de compartilhar nossa visão e nossos projetos em Saúde Cardiovascular para nosso país.

A sociedade evolui por meio de mudanças de paradigmas, o que é saudável, necessário e imprescindível ao progresso. Durante as décadas de 1950 e 1970 vários estudos epidemiológicos foram realizados, levantando hipóteses interessantes. Nas décadas de 1980 e 1990 presenciamos a realização de estudos clínicos randomizados, envolvendo milhares de pacientes em todo o mundo objetivando a comprovação das hipóteses levantadas pelos estudos epidemiológicos, dentre os quais muitos foram considerados divisores de águas devido à sua relevância clínica. Atualmente, precisamos continuar com a pesquisa epidemiológica e clínica, entretanto, mais urgente e relevante, é a implementação do conhecimento atual, por meio da incorporação das evidências científicas na prática clínica diária, especificamente na área da prevenção cardiovascular.



Álvaro Avezum

Torna-se, portanto, necessário, apresentarmos alguns dados que são fundamentais para a compreensão de nosso programa para o biênio 2006/2007.

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de mortalidade e de incapacitação no mundo, incluindo os países em desenvolvimento. Aproximadamente, 35 milhões de pessoas morreram em 2005, devido a doença arterial coronária, acidente vascular cerebral, câncer e outras doenças crônicas. As taxas de óbitos decorrentes de doenças potencialmente passíveis de prevenção são mais altas em países de renda econômica intermediária e baixa, como o Bra-

sil. De acordo, com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2010 haverá verdadeira epidemia por DCV nos países em desenvolvimento, nos quais o Brasil está incluído. Adicionalmente, quando comparamos os dados nacionais com países desenvolvidos, notamos que a idade de ocorrência do primeiro infarto em nossa população ocorre em idades significativamente mais precoces e, portanto, durante o período de maior produtividade.

O aumento na incidência das doenças cardiovasculares ocorre como consequência da urbanização da sociedade, a qual promove alteração no perfil de risco cardiovascular, por meio da redução da atividade física, aumento nas taxas de tabagismo e mudanças substanciais no tipo de dieta, havendo preferência por alimentos mais calóricos e com maior conteúdo de gorduras não saudáveis. Essas mudanças no perfil de risco cardiovascular propiciam o desenvolvimento de fatores de risco, como obesidade, diabetes, dislipidemias e hipertensão arterial, as quais associar-se-ão ao desenvolvimento de DCV. Por meio de estudos transversais relatando as taxas de prevalência de fatores de risco na população brasileira podemos assegurar que esses fatores encontram-se substancialmente distribuídos no Brasil. O conhecimento isolado das taxas de

FATORES DE RISCO	OR	(IC 95%)
Tabagismo (> 5 cigarros/dia)	4,9	(3,5-6,8)
Glicemia > 126 mg/dL	2,8	(2,0-3,9)
Relação cintura-quadril > 0,94	2,5	(1,8-3,3)
História familiar de doença coronária	2,3	(1,8-2,9)
LDL-colesterol > 100 mg/DL	2,1	(1,5-3,0)
Hipertensão arterial relatada	2,09	(1,6-2,7)
Tabagismo < 5 cigarros/dia	2,07	(1,1-3,8)
Diabetes Mellitus relatado	1,70	(1,2-2,5)
Relação cintura-quadril >0,90-0,93	1,52	(1,1-2,2)
Consumo de álcool até 2 vezes/semana	0,75	(0,58-0,97)
Renda familiar e Escolaridade		
Renda R\$ >1.200,00 & Escolaridade Universitária	0,68	(0,48-0,95)

**Tabela 1:** Estudo AFIRMAR - Avaliação dos Fatores de Risco Associados com Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil (Piegas LS, Avezum A, Pereira JC, et al. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. Am Heart J 2003;146:331-8).



FATOR DE RISCO	OR	(IC 99%)
Relação Apo B/Apo A1 (5 vs 1)	3,25	(2,81-3,76)
Tabagismo	2,87	(2,58-3,19)
Diabetes	2,37	(2,07-2,71)
Hipertensão Arterial	1,91	(1,74-2,10)
Obesidade (3 vs 1)	1,62	(1,45-1,80)
Fatores Psicossociais (estresse e depressão)	2,67	(2,21-3,22)
Frutas e legumes (consumo diário)	0,70	(0,62-0,79)
Atividade Física moderada	0,86	(0,76-0,97)
Consumo moderado de álcool	0,91	(0,82-1,0)
Todos Fatores Combinados	129	(90-185)
Todos Combinados (extremos)	334	(230-484)

**Tabela 2:** INTERHEART – Risco de Infarto Agudo do Miocárdio Associado com Fatores de Risco na População Global (Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004;364:937-52).

prevalência de fatores de risco não fornece base suficiente para construirmos e implementarmos estratégias preventivas. Para tal intento, precisamos conhecer quais os fatores independentemente associados com as DCV, por exemplo, quais são os fatores associados com IAM. Recentemente, por meio dos Estudos AFIRMAR e INTERHEART as informações referentes a esses fatores de risco tornaram-se disponíveis para a população brasileira (Tabelas 1 e 2).

A íntegra do texto pode ser conferida no Portal da SBC no endereço: <http://jornal.cardiol.br/2006/jan-fev/sbc-funcor/materiadiretoria.asp>.

**Álvaro Avezum**  
Diretor de Promoção de Saúde  
Cardiovascular - SBC/Funcor  
e-mail: [avezum@yahoo.com](mailto:avezum@yahoo.com)

## PARA ATINGIR METAS MAIS RIGOROSAS<sup>1,2</sup>

**Benicar®**  
olmesartana medoxomila

**Benicar® HCT**  
olmesartana medoxomila  
hidroclorotiazida

### Potência na redução da pressão arterial<sup>3,4</sup>

Caixas com  
30 comprimidos



Índices de resposta de até **92%**<sup>4</sup>

69% dos pacientes atingiram a meta rigorosa de **130/85 mmHg**<sup>3</sup>

Material destinado exclusivamente à Classe Médica.

Ogiva Propaganda

BH(31)1205

**Benicar®** (olmesartana medoxomila) e **Benicar® HCT** (olmesartana medoxomila + hidroclorotiazida) são indicados para o tratamento da hipertensão arterial. **Benicar®** pode ser administrado em monoterapia ou combinado com outros anti-hipertensivos. **Benicar® HCT** não é indicado para o tratamento inicial. **Contra-indicações:** hipersensibilidade aos componentes da fórmula ou durante a gravidez. **Benicar HCT também é contra-indicado em casos de hipersensibilidade a outros derivados da sulfonamida, em casos de insuficiência renal grave ou anúria. Cuidados e advertências – Benicar®:** o tratamento com inibidores da ECA e antagonistas dos receptores de angiotensina foi associado com oligúria e/ou azotemia progressiva e (raramente) insuficiência renal aguda e/ou morte em pacientes com ICC grave. Em estudos com pacientes com estenose de artéria renal uni ou bilateral, foram relatados aumentos na creatinina sérica ou BUN. Resultados similares podem ocorrer em pacientes tratados com olmesartana medoxomila. Monitorar a função renal em pacientes com insuficiência renal moderada ou grave após a introdução do fármaco. Em pacientes com depleção de volume e/ou sal, iniciar o tratamento sob cuidados médicos, pois pode ocorrer hipotensão sintomática. Estabilizada a PA, o tratamento pode ser continuado, não sendo, portanto, uma contra-indicação. **Cuidados e advertências – Benicar® HCT:** pacientes em tratamento com diuréticos tiazídicos devem ser observados quanto aos sinais clínicos de desequilíbrio hidroeletrólítico. Devem ser realizadas, em intervalos adequados, determinações dos eletrólitos séricos, colesterol e triglicérides para detectar qualquer desequilíbrio possível. Em pacientes submetidos à simpatectomia, os efeitos anti-hipertensivos podem ser maiores. Hipertensão sintomática pode ocorrer nos primeiros dias de tratamento. Caso ocorra uma síncope, o uso do medicamento deve ser interrompido e reavaliado. Pacientes com função hepática prejudicada ou doença hepática progressiva devem usar **Benicar® HCT** com cuidado e sob supervisão médica rigorosa. Em pacientes com doença renal, pode-se precipitar azotemia com a administração de diuréticos tiazídicos. Os efeitos cumulativos do medicamento podem se manifestar em pacientes com função renal diminuída. **Gravidez:** quando diagnosticada, descontinuar o uso do medicamento o mais breve possível. **Lactação:** descontinuar a amamentação ou o uso do fármaco, levando em conta a importância deste para a mãe. **Crianças:** não foram estabelecidas a segurança e a eficácia nessa faixa etária. **Idosos:** não foram observadas diferenças gerais na eficácia ou segurança entre essa faixa etária e os mais jovens, mas não pode ser descartada a maior sensibilidade de alguns indivíduos mais idosos. **Interações medicamentosas:** não foram relatadas interações medicamentosas significativas quando a olmesartana medoxomila foi co-administrada com hidroclorotiazida, digoxina, varfarina ou antibiótico. A olmesartana medoxomila não é metabolizada e nem interfere no sistema CYP450. Pode ocorrer hipercalemia se usado junto com outras drogas que afetam a excreção do potássio ou com suplementação oral de potássio, especialmente em pacientes diabéticos e/ou com insuficiência renal. No caso de **Benicar® HCT**, quando administrados simultaneamente, os seguintes fármacos podem interagir com os diuréticos tiazídicos: álcool, antiulcerosos, outros medicamentos anti-hipertensivos, lítio, antiinflamatórios não-esteróides, entre outros. Raramente ocorreram mudanças clinicamente importantes nos parâmetros laboratoriais associados à administração de **Benicar®** ou **Benicar® HCT**. Com o uso de **Benicar®**, as reações adversas mais frequentes demonstradas em estudos clínicos foram: eventos leves, transitórios e sem relação com a dose de olmesartana medoxomila. Incidência > 1%: dor lombar, bronquite, aumento da CPK, diarreia, cefaleia, hematúria, hiperglicemia, hipertriglicidemia, sintomas semelhantes à gripe, faringite, rinite, sinusite e infecção do trato respiratório superior. Com o uso de **Benicar® HCT**, as reações adversas mais frequentes demonstradas em estudos clínicos foram: cefaleia e infecção do trato urinário. Frequência maior que 2%: vertigem, injeção do trato respiratório superior, hiperuricemia, náusea. **Posologia – Benicar®:** recomenda-se 20 mg uma vez ao dia como dose inicial, quando usado como monoterapia. Pacientes que necessitam de redução adicional da PA pode-se aumentar a dose para 40 mg uma vez ao dia. Doses acima de 40 mg não apresentaram ter efeito superior. O início do efeito usualmente se manifesta dentro de 1 semana e a redução máxima da PA em geral é obtida com 2 a 4 semanas. Não é necessário ajustar a dose inicial para idosos, pacientes com insuficiência renal leve a moderada, ou com disfunção hepática leve a moderada. Pacientes com possível depleção de volume intravascular, insuficiência renal grave ou insuficiência hepática grave, iniciar o tratamento sob supervisão e considerar uma dose inicial inferior. **Posologia – Benicar® HCT:** pode-se substituir a monoterapia por **Benicar® HCT** (20/12,5 mg; 40/12,5 mg; 40/25 mg) conforme a titulação de dose, de forma individualizada. Dependendo da resposta da pressão arterial, a dose pode ser titulada a intervalos de 2 a 4 semanas. Administrar 1 comprimido uma vez ao dia, com ou sem alimentos. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Maiores informações a disposição da classe médica. **Benicar®** 20 mg (30 cps. rev.); MS – 1.0454.0173.005-9; MBRR. **Benicar® HCT** 20 mg (30 cps. rev.); MS – 1.0454.0173.005-4; 40 mg/25 mg (30 cps. rev.); MS – 1.0454.0173.005-9; MBRR. **Referências:** 1. Chobanian AV et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003; 289(19): 2560-2572. 2. Mion Jr D et al. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 82(supl 4): 1-14. 3. Neutel JM et al. Use of an olmesartan medoxomil-based treatment algorithm for hypertension control. *J. Clin. Hypertens*. 2004; 6(4): 168-74. 4. Chrysant SC et al. Evaluation of antihypertensive therapy with the combination of olmesartan medoxomil and hydrochlorothiazide. *Am. J. Hypertens*. 2004; 17(5): 252-9.

**SANKYO PHARMA BRASIL LTDA.**  
Market Place Torre I: Av. Dr. Chuzci Zaidan, 920  
15º andar - São Paulo - SP. Tel.: (11) 5186 4500

**SAC**  
**0800-55-6596**  
LIGAÇÃO GRATUITA  
[www.sankyo.com.br](http://www.sankyo.com.br)