



SBC, SBHCI e SBCCV unem esforços para reduzir mortes por cardiopatias congênitas



Foto: Divulgação SBC

(Da esq.) Fabio Jatene - diretor científico SBCCV, Luiz A. Mattos - diretor científico SBC, Walter Gomes - presidente SBCCV, Jadelson Andrade - presidente SBC, Marcelo Queiroga - presidente SBHCI e Pedro A. Lemos - diretor SBHCI

(Página 3)

As Diretrizes Brasileiras de Revascularização Miocárdica já estão sendo elaboradas



(Página 5)

Assinado acordo, iniciado pela SBC, que determina os limites entre médico e indústria

(Página 4)

DIRETORIA

Campanha com apoio da SBC vence concurso mundial

(Página 4)

DIRETORIA

AMB propõe projeto de lei por mais investimentos em saúde

(Página 5)

DIRETORIA

Em ritmo de Carnaval, o líder da banda Chiclete com Banana veste a camiseta "12 por 8"

(Página 6)

CONGRESSO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA

David R. Holmes fará a palestra de abertura do 67º CBC

(Página 7)

REGIONAIS E DEPARTAMENTOS

Notícias das Regionais e Departamentos

(Página 12 e 13)

EDUCAÇÃO

Edital para a prova de Título de Especialista já pode ser consultado no www.cardiol.br

(Página 16)

Prezados colegas,

Em continuidade as ações da diretoria estaremos progressivamente utilizando deste espaço para levar aos cardiologistas associados da SBC os informes acerca das estratégias que estão sendo implementadas e novos projetos que estarão sendo elaborados.

a. Programa Nacional de Prevenção da Mortalidade Cardiovascular.

Está em curso o delineamento do projeto visando ações consistentes para realização de Cirurgia e Intervenção Percutânea em Crianças portadoras de Cardiopatias Congênitas. Outra ação relevante é o início do programa de qualificação dos médicos da rede básica de saúde para atender a pacientes com cardiopatias incluindo pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas.

b. Projeto dos Registros Brasileiros Cardiovasculares

Realizamos a primeira reunião dos investigadores dos Registros Brasileiros e iniciamos a segunda etapa dos registros ACCEPT e REACT e confirmamos o início do Registro Brasileiro de Fibrilação Atrial – RECALL . Estamos realizando um trabalho consistente para igualmente nos próximos meses começar o registro de Hipertensão Arterial e Dislipidemia em prevenção secundária e a continuidade da segunda etapa do registro de Insuficiência Cardíaca – BREATHE.

c. Finalização do acordo SBC – CNA/AMB

Concluímos as negociações com a AMB referente ao CNA resolvendo de forma definitiva o impasse e possibilitando a que os cardiologistas brasileiros que frequentaram e que venham a frequentar eventos com creditação para revalidação do título de especialista possa requerer a sua pontuação junto ao CNA/AMB.

d. Simpósio ACC/SBC em Chicago

Realizamos o Simpósio ACC/SBC no Congresso Anual do American College of Cardiology em Chicago, com grande sucesso, refletido na participação de um expressivo número de cardiologistas – cerca de 500 – não só do Brasil como cardiologistas americanos, europeus e latino americanos.

e. Reuniões de trabalho com diretorias:ACC/AHA/ESC/SIAC

Realizamos reuniões privativas com as diretorias do ACC, AHA, ESC, e SIAC, consolidando as relações internacionais da SBC com estas instituições referentes a realização de simpósios conjuntos da SBC nos congressos a serem realizados nos Estados Unidos e Europa e no Congresso Brasileiro de Cardiologia em 2012 e 2013.

f. III Brasil Prevent/ I Latin American Prevent

Oficializamos o convite ao AHA e ESC para participação de forma efetiva no Congresso Brasil Prevent/Latin American Prevent a ser realizado no Rio de Janeiro em dezembro de 2012.

g. Simpósio Valentim Fuster

Consolidamos com o ACC os preparativos finais do Simpósio SBC/ACC Valentim Fuster a ser realizado em São Paulo entre 19 e 20 de Maio de 2012 que já conta com mais de 1.200 pré inscritos.

h. Revista Eletrônica da SBC em Tablets

Iniciamos a estruturação do setor de Tecnologia de informática da sociedade para implantação do projeto de Revista Eletrônica da SBC. Todo o conteúdo dos “Arquivos Brasileiros de Cardiologia”, (ABC) as Diretrizes, Registros Brasileiros, a programação completa do Congresso Brasileiro de Cardiologia bem como as demais fontes científicas da SBC serão disponibilizadas de forma eletrônica aos seus associados através de Tablets, IPads, Smartphones e futuramente no Windows-fone.

i. PEC Virtual da Universidade Corporativa

Estamos finalizando o projeto da Universidade Corporativa para disponibilização de aulas e cursos via WEB como parte importante do Programa de Educação Continuada Virtual da SBC (PEC)

j. Valor do teste Ergométrico

Agendamos reunião com o Presidente da ANS Mauricio Cheschin para o dia 19 de abril, no Rio de Janeiro, quando estaremos iniciando juntamente com o presidente do DERC, Pedro Albuquerque, ações efetivas para solucionar o valor recebido pelo cardiologista para realização do TE.

Ao compartilharmos com os cardiologistas brasileiros, associados da SBC, estas ações neste início de gestão a frente da SBC é nossa pretensão não somente informar a respeito do trabalho que estamos desenvolvendo em prol do crescimento e qualificação da cardiologia

brasileira mas também ouvir críticas e receber sugestões que possam ser apropriadas para aprimoramento do nosso trabalho.



Jadelson Andrade
Presidente da SBC
jadelson@cardiol.br

Prezado colega leitor,

Esta edição do nosso jornal está mais próxima do modelo que pretendemos implantar. Continuamos buscando sintetizar as matérias de modo a permitir uma leitura mais dinâmica, ágil e moderna.

Vocês podem perceber que o jornal é hoje uma ferramenta de comunicação que prestigia os Departamentos da SBC, responsáveis que são pelas matérias da imprensa e de conteúdo científico.

O jornal está ao alcance dos sócios também em formato de podcast, para ouvir no seu smartphone, bem como no computador, em formato de telejornal.

Continuo à sua inteira disposição para receber sugestões de aprimoramento.



Fábio Vilas-Boas
Editor do Jornal
SBC 2012-2013
fabiovilas@cardiol.br



Jornal SBC é o boletim informativo da Sociedade Brasileira de Cardiologia, uma publicação mensal com tiragem de 11 mil exemplares.

Presidente da SBC | Jadelson Pinheiro de Andrade
Diretor de Comunicação | Carlos Eduardo Suaide Silva
Editor | Fábio Vilas-Boas
Co-editores | Almir Sérgio Ferraz | Artur Haddad Herdy
Fabrício Braga da Silva | Luis Beck da Silva Neto
Marcus Vinícius B. Malachias

Redação | Av. Marechal Câmara, 160/330 - Centro
CEP: 20020-907 - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (21) 3478-2700
e-mail: jornalsbc@cardiol.br

Departamento Comercial
Tel.: (11) 3411-5500 - e-mail: comerciaisp@cardiol.br

Jornalista Responsável
José Roberto Luchetti, Mtb 30.638

Produção Editorial e Edição de Textos
SBC - Tecnologia da Informação e Comunicação
SBC - Núcleo Interno de Publicações

Projeto Gráfico e Diagramação
SBC - Tecnologia da Informação e Comunicação
SBC - Núcleo Interno de Design

Os artigos assinados não refletem necessariamente a opinião do jornal.

Impressão | Gráfica Editora Stamppa LTDA.

Sociedade Brasileira de Cardiologia
Av. Marechal Câmara, 160/330 - Centro
CEP: 20020-907 - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: (21) 3478-2700 - e-mail: sbc@cardiol.br



SBC, SBHCI e SBCCV unem esforços para reduzir mortes de crianças portadoras de cardiopatias congênitas

É a primeira vez que três entidades lideradas pela SBC se reúnem para equacionar um problema que se agrava e atinge 16 mil crianças.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, (SBC) a Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV) e a Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI) decidiram unir esforços para conseguir que o Brasil passe a oferecer oportunidade de cirurgia a cerca de 16 mil crianças que nascem com problemas no coração e que morrem a cada ano na fila de espera por uma cirurgia que as salvaria, mas que não é realizada por falta de recursos.

O problema, explica o presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Jadelson Andrade, é que a cada ano nascem cerca de 24 mil crianças com cardiopatias congênitas, e algumas vezes é possível detectar a doença ainda no útero, mas o país não conta com a infraestrutura necessária, nem com suficiente mão de obra capacitada em diversos Estados para esse tipo de cirurgia. Nos Estados onde existem centros de referência para esse tipo de cirurgia, falta dotação orçamentária, fazendo que um número expressivo de crianças permaneça em filas de espera e acabam indo a óbito antes de terem a oportunidade de ser operadas.

O problema é tão grave, que o presidente da SBC já teve oportunidade de abordar recentemente o assunto com a presidenta Dilma Roussef, que se mostrou sensibilizada com a gravidade do problema.

“Há muita diferença entre operar o coração de um adulto e o de uma criança, que é uma cirurgia de alta complexidade”, explica o cirurgião Fábio Jatene, e há necessidade de financiar hospitais e serviços para que passem a ter os equipamentos necessários, inclusive nas UTI. É preciso capacitar e treinar um maior número de cirurgiões nessa área, bem como cardiologistas pediátricos, intensivistas, suporte de enfermagem, fisioterapia, e fazer um planejamento para que haja uma distribuição territorial adequada dos centros especializados ao atendimento onde as crianças possam ser operadas, flexibilizando as regras para credenciamento dos serviços. “Sem esses cuidados, o Brasil continuará operando entre sete e oito mil crianças por ano”, diz o presidente da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, Marcelo Queiroga, e deixando de atender outras 16 mil.

O consenso sobre a necessidade de um planejamento para evitar essas mortes levou o presidente da SBC a convocar, na semana passada, em São Paulo, uma reunião com o presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, Walter Gomes, com o presidente da SBHCI, Marcelo Queiroga, presentes também os representantes da área científica das entidades, Fábio Jatene, Pedro Lemos e Luiz Alberto Mattos.

No encontro ficou decidido que as três sociedades, que reúnem mais de 13 mil cardiologistas, farão um trabalho

conjunto para levantar a exata demanda de cirurgias cardíacas pediátricas por região territorial, os centros já capacitados a atender essa demanda, e definirão os serviços e hospitais que podem ser adaptados para esse tipo de intervenção e qual o custo para essa capacitação, para que esse projeto com valores definidos seja levado ao Ministério da Saúde em nome das três sociedades, objetivando a solução do problema.

“Esta é a primeira vez que as três entidades lideradas pela SBC unem esforços para equacionar um problema que se agrava”, diz Walter Gomes, da SBCCV. Ele tem certeza de que a questão será resolvida, pois lembra que “se isoladamente cada sociedade médica tem imensa credibilidade perante a população e o governo, unidas terão muito mais condições de exigirem a solução desse grave problema de Saúde Pública”. Essa união é necessária também para que cada criança cardiopata seja avaliada conjuntamente por um cardiologista pediátrico, por um cirurgião e pelo hemodinamicista, de forma a garantir a melhor opção de tratamento para cada caso, pois, como dizem os médicos, há grande variedade de problemas cardíacos na infância, exigindo soluções igualmente diversas.

O financiamento da infraestrutura terá que ser feito pelo governo, dizem os especialistas, pois há necessidade da criação, em todas as regiões do país, de centros especializados em atendimento a crianças portadoras de cardiopatias congênitas e colocar em operação plena aqueles já existentes. Acreditam firmemente os presidentes das entidades que será necessária a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, de uma “secretaria especial” com dotação de verbas específicas para suporte econômico a esses centros e a consequente viabilização das cirurgias.

As sociedades assumirão a responsabilidade de levantar a realidade epidemiológica do país nesse aspecto e elaborar um projeto que viabilize rapidamente o início do atendimento a essas crianças e, dessa forma, tentar reduzir esse cruel perfil epidemiológico atual, unindo esforços de cardiologistas pediátricos, cardiologistas intensivistas especializados nesse tipo de situação, cirurgiões cardíacos e cardiologistas intervencionistas.

Segunda causa de morte

Para Walter Gomes, a situação é complexa, “e difere nos vários Brasis que coexistem”, pois em São Paulo, onde não há mais mortes por desnutrição e se reduziu drasticamente a mortalidade infantil por doenças infecciosas e por desidratação, as cardiopatias congênitas já são a segunda causa de morte em crianças até 16 anos. Mas mesmo nesse Estado, não tem sido possível operar todas as crianças que necessitam de cirurgia.

O especialista diz que no Norte e Nordeste a carência é maior, falta acesso ao tratamento, hierarquização e também treinamento: “é preciso capacitação especial para que o cirurgião seja capaz de operar uma criança que já nasceu com baixo peso e cujos órgãos são minúsculos”.

“O Brasil tem que buscar solução própria”, diz Marcelo Queiroga, “porque em países como a Inglaterra e a França, por exemplo, não há tanta cardiopatia congênita, devido à institucionalização do aborto”. O médico explica que muitas mulheres europeias preferem abortar um feto que sabem nascerá com uma cardiopatia e tentar ter uma criança saudável em outra gravidez. “É uma solução cruel, que não existe no Brasil”, diz o médico, por isso a união das três sociedades para sugerir um modelo adequado.

Mesmo quando há centros de excelência e salas cirúrgicas adequadas, faltam recursos, diz Jadelson, que dá o exemplo de hospitais credenciados pelo SUS e que no dia 10 de cada mês esgota a quota de atendimento por indisponibilidade financeira, o que deixa crianças na fila, muitas condenadas à morte. Um outro aspecto relevante que o presidente da SBC apresenta é o de que o seguimento de operadoras e planos de saúde suplementar, por considerarem as cardiopatias congênitas como doença preexistente, não liberam o atendimento a esses pacientes, o que agrava o problema, uma vez que essas crianças são encaminhadas para atendimento pelo SUS. “Um dos nossos objetivos ao finalizar o projeto é interagir intensamente com a ANS para modificar esse panorama”, afirma.

Conclui o presidente considerando que essa situação é inaceitável e não pode perdurar também porque “hoje grande parte dessas cardiopatias congênitas tem alto potencial cirúrgico de cura e a cardiologia brasileira, pela posição que tem hoje no país e no mundo, não pode ficar à margem desse processo, e não ficará”, assegura.



Reunião aconteceu na sede da SBC em São Paulo

Brasil ganha medalha de ouro da campanha do Dia Mundial do AVC

A campanha foi escolhida pela parceria feita com o Ministério da Saúde, entidades médicas, com diversos clubes de futebol e apoio da SBC.

A campanha brasileira levou a medalha de ouro no concurso mundial promovido pela World Stroke Organization, da qual participaram 40 países. O prêmio será entregue durante o Congresso Mundial de Acidente Vascular Cerebral (AVC), em outubro, em Brasília. A diretoria da Sociedade Brasileira de Cardiologia recebeu um agradecimento especial encaminhado por Sheila Cristina Ouriques Martins, da Rede Brasil AVC, no qual destaca o apoio recebido da SBC, importante para o desenvolvimento da campanha, que foi realizada em 51 cidades de 22 Estados brasileiros.

“Uma em cada seis pessoas no mundo terá um AVC ao longo de sua vida – esta pessoa pode ser você”. Esse foi o tema da WSO e, no Brasil, a campanha foi organizada em conjunto pela Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, pela Academia Brasileira de Neurologia, pela Rede Brasil AVC e pela Associação Brasil AVC, com apoio da SBC, da Sociedade Brasileira de Arritmia Cardíaca, da AMB e da Rede Brasileira de Cooperação de Emergência.

A campanha brasileira foi escolhida pela parceria feita com o Ministério da Saúde e com diversos clubes de

futebol, que propiciou ações nos jogos do campeonato brasileiro de futebol com a entrada em campo dos jogadores com as camisetas da campanha. O trabalho incluiu ainda um minuto de silêncio pelas cem mil vidas que se perdem no Brasil a cada ano devido ao AVC e a distribuição de panfletos. As campanhas da SBC foram aproveitadas no contexto, entre as quais a ‘Eu sou 12 por 8’.

Assinado acordo com parâmetros éticos da relação médico-indústria

O protocolo inédito, aprovado pela plenária do CFM e lançado em fevereiro na sede do Cremesp, já está em vigor.

Acordo inédito – firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Sociedade Brasileira de Cardiologia e a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma), associação que representa a indústria farmacêutica internacional que atua no Brasil – estabeleceu normatização de relacionamento entre a classe médica brasileira e a indústria de medicamentos.

O protocolo, aprovado pela plenária do CFM e assinado e divulgado no dia 14 de fevereiro, na sede do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), já está em vigor. O documento, elaborado ao longo de mais de um ano de discussões, que teve a iniciativa da Sociedade Brasileira de Cardiologia, passa a ser importante instrumento para assegurar uma clara relação e fixar os limites éticos entre profissionais médicos e setores da indústria de medicamentos.

Fazem parte do documento temas como a transparência na relação entre médicos e setores do mercado, o apoio dessas empresas ou entidades à organização de congressos técnicos e científicos, os patrocínios aos

médicos convidados de eventos, as ofertas de brindes e as boas práticas esperadas no trabalho de visitação aos hospitais, clínicas e consultórios.

Para o presidente do CFM, Roberto Luiz d’Ávila, a iniciativa atesta que a relação entre médicos e a indústria evoluiu para um novo patamar. “Ganhamos em transparência e em respeito. Isso sem contar a autonomia e a liberdade que os médicos e suas entidades de representação conquistam no momento de expressar suas opiniões, ideias e análises”, ressalta.

Antônio Britto, presidente da Interfarma, destaca que um dos principais méritos da iniciativa é que ela determinará, de maneira clara, as diretrizes éticas da relação médico-indústria. Ele explica que os trabalhos do CFM e da Interfarma tiveram o propósito de esclarecer alguns pontos dessa relação que não eram claramente definidos. “Aí nasceu a ideia de um trabalho conjunto que discutisse isso com duplo objetivo: fazer com que haja regras absolutamente claras e transparentes, e que essas regras tornem cada vez mais ética a relação entre médicos e a indústria”, explica.

O presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Jadelson Andrade, diz que há um ano a entidade tomou a iniciativa de reunir as instituições envolvidas e a indústria para chegar a um consenso necessário, que se corporifica agora no documento do Conselho Federal de Medicina e conta com a participação e o total apoio da Associação Médica Brasileira.

“O documento traz a necessária transparência no relacionamento médico-indústria”, diz ele, e representa o resultado do trabalho de vários setores que, ao longo de demoradas reuniões, conseguiram um consenso entre a associação que representa um percentual significativo da indústria farmacêutica que atua no país, as sociedades médicas e o Conselho Federal de Medicina. Para Jadelson, esse acordo pioneiro certamente balizará outros que se seguirão, estabelecendo parâmetros éticos que, em última instância, haverão de beneficiar o paciente, cuja saúde e correto atendimento médico é o objetivo final de todos os envolvidos.

Confira as principais orientações do CFM no www.cardiol.br.

SBC Promove

3º Brasil Prevent &
1º Latin American Prevent

Hotel Windsor Copacabana
Rio de Janeiro - RJ

November 30th - December 2nd

Main Topics: Hypertension, Smoking, dyslipidemia, diabetes, obesity, sedentary lifestyle

Brasil Prevent 2012

CFM AMB SBC

Projeto de iniciativa popular e Frente Nacional são lançados na AMB

As duas iniciativas preveem mais recursos para a área de saúde.

O projeto de lei de iniciativa popular, que propõe o investimento de 10% da receita bruta corrente da União na saúde pública, foi apresentado na sede da AMB, assim como foi lançada a Frente Nacional por Mais Recursos para a Saúde.

“Este é um projeto do povo brasileiro, não só dos médicos. Precisamos mostrar para o governo federal que a regulamentação da Emenda 29 não foi como a população necessita e que a saúde pública deste país precisa sim de mais recursos”, explicou Florentino Cardoso, presidente da AMB. O projeto altera a Lei Complementar nº 141/12, que regulamentou a Emenda Constitucional 29, não só no que diz respeito ao subfinanciamento do SUS, mas também propondo que os recursos sejam aplicados em conta vinculada, mantida em instituição financeira oficial, sob responsabilidade do gestor de saúde.

“Esta é uma causa de toda a sociedade civil, independentemente da categoria profissional, pois somos todos brasileiros e queremos uma saúde melhor”, disse Ophir Cavalcante Júnior, presidente da OAB Nacional, que integra com a AMB a Frente Nacional. Para Marcos



Auditório da AMB lotado durante lançamento dos projetos

Foto: Divulgação AMB

Moraes, presidente da Academia Nacional de Medicina, a regulamentação da EC 29 foi arrastada por anos e, quando aprovada, não causou o efeito esperado.

Para que a mobilização caminhe, a Frente Nacional por Mais Recursos deve agora coletar cerca de 1,5 milhão

de assinaturas, número que corresponde a 1% do eleitorado nacional distribuídos em pelo menos cinco Estados (0,3% dos eleitores de cada um), e apresentar esse material à Câmara dos Deputados. Depois o projeto de iniciativa popular seguirá a tramitação normal no Congresso.

Revascularização do miocárdio terá diretriz brasileira

Documento será elaborado por SBC, SBCCV e SBHCl e proporrá a normatização do uso de stents no Brasil.

Em trabalho conjunto e pioneiro, a SBC, a SBCCV e a SBHCl vão somar esforços para elaborar as “Diretrizes Brasileiras de Revascularização Miocárdica – 2012” e ainda um documento com a proposta de normatizar a indicação de *stents* no Brasil.

A informação é do presidente da SBC, Jadelson Andrade, que reuniu na sede da SBC/São Paulo os presidentes da SBCCV, Walter Gomes Jr., da SBHCl, Marcelo Queiroga, e que se fizeram acompanhar dos diretores científicos das respectivas sociedades, Luis Alberto Piva Mattos (SBC), Fabio Jatene (SBCCV) e Pedro Lemos (SBHCl). O objetivo da histórica reunião foi o de criar um conceito de maior interatividade entre a SBC e esses dois importantes departamentos com objetivo de delinear ações conjuntas a serem desenvolvidas nos próximos dois anos de interesse dos seus associados.

Dentre os assuntos discutidos foi aprovada a proposta de elaboração conjunta pelas três instituições da Diretriz Brasileira de Revascularização do Miocárdio – 2012.

É propósito que essa diretriz, que pela primeira vez será elaborada dentro desse contexto, possa ter o mesmo impacto para a Cardiologia brasileira e de toda a América Latina que a recente Diretriz de Revascularização

publicada pela ESC obteve na Europa.

Na reunião foi aprovada a composição do corpo editorial da Diretriz que será composto de membros da SBC, da SBHCCV e da SBHCl, cuja temática e composição do corpo de trabalho será enviada ao conselho de Diretrizes da SBC para aprovação e liberação do início das atividades.

Em paralelo à construção da diretriz, foi igualmente aprovada a elaboração de um documento a ser enviado ao Ministério da Saúde e Agência Nacional de Saúde (ANS) contemplando a normatização da indicação dos “*stents*” no Brasil como uma importante contribuição dessas instituições acerca da aplicação desse relevante instrumento terapêutico para tratamento das síndromes coronarianas.

O documento, afirmam os editores, trará definida claramente a indicação dos “*stents*” eluídos e não



Entidades se reuniram para elaborar nova diretriz de revascularização miocárdica

Foto: Divulgação SBC

eluídos, e poderá ser utilizado como importante parâmetro de conduta para todos os cardiologistas brasileiros. Nele poderão ser observados pelas seguradoras e órgãos públicos todos os critérios de indicação dos *stents*, contribuindo definitivamente para agilização na sua liberação quando indicados, favorecendo a rápida resolução do quadro clínico dos pacientes, com impacto na redução da morbimortalidade cardiovascular por doença isquêmica do coração no Brasil.

Líder da banda Chiclete com Banana é o novo embaixador “Eu sou 12 por 8”

Bel Marques chamou a atenção para a hipertensão dias antes do Carnaval, a maior festa popular do país.

O músico Bel Marques, líder da banda Chiclete com Banana, acaba de aderir à campanha da SBC e vestir a camiseta. A ação que tem como slogan “Eu sou 12 por 8” é um alerta para a importância de prevenir e controlar a pressão arterial. “Vamos aproveitar o Carnaval, mas com saúde, para que muitos outros carnavais possam ser desfrutados”, disse Bel Marques ao participar da sessão de fotos.

“A adesão desse grande artista, símbolo da axé-music, às vésperas do Carnaval foi essencial para conscientizar a população, principalmente nessa época do ano, quando as pessoas cometem muitos abusos, expondo a saúde a riscos desnecessários”, explica o presidente do Departamento de Hipertensão da SBC, Weimar Sebba Barroso.

O coordenador da campanha “Eu sou 12 por 8”, Marcus Vinicius Bolívar Malachias, orientou a quem quis aproveitar os dias de folia para a importância de beber muito líquido, evitar drogas e o excesso de álcool, alimentar-se com comidas leves e ficar atento aos sinais do corpo.

O presidente da SBC, Jadelson Andrade, vê com alegria a participação do artista conterrâneo na campanha e ressalta que a SBC procura estar sempre presente nas principais manifestações populares brasileiras.

O músico Bel Marques se junta a um “exército” de embaixadores que aderiram ao “Eu sou 12 por 8”, para chamar a atenção para que todos meçam a pressão arterial pelo menos uma vez ao ano e sigam as orientações médicas, tendo como padrinho



Cantor baiano acaba de aderir à campanha

o cardiologista Lúcio Rodrigues, de Salvador. Já vestiram a camiseta os músicos Samuel Rosa (Skank), Ney Matogrosso, MV Bill e Humberto Gessinger (Engenheiros do Hawaii); os apresentadores de TV Sarah Oliveira, Lucas Mendes e Ricardo Amorim; o ex-jogador

de futebol Ronaldo Nazário, o Fenômeno; a modelo e ex-miss Brasil Natália Guimarães; os atores Lázaro Ramos, Carolina Ferraz, Guilhermina Guinle, Caio Castro, Paloma Bernardi e Letícia Sabatella. Mais informações www.eusou12por8.com.br.

Foto: Romulo Portela

DEFESA PROFISSIONAL

Planos de Saúde. O que o médico pode orientar?



José Xavier de Melo Filho
Diretor de Qualidade
Assistencial da SBC
josexavier@cardiol.br

importante é saber que o conjunto de direitos de um plano de saúde varia de acordo com algumas características do contrato assinado. Deve-se buscar inicialmente o site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que tem a função de promover

Não é infrequente em consultas médicas os nossos pacientes abordarem no início ou no final de uma consulta sobre que plano de saúde devem escolher para se credenciar ou mesmo migrar quando estão insatisfeitos com o que já pagam há anos.

Geralmente eles desconhecem tudo, porém, o mais

a defesa de interesse público e regular as ações entre as prestadoras e os consumidores. Lá o paciente vai encontrar a lei que regulamenta o setor de planos de saúde. Na maioria das vezes, as dúvidas podem ser sanadas, e se isso não ocorrer, o paciente deve procurar os órgãos de defesa do consumidor.

As dúvidas sobre o plano de saúde nos consultórios é rotineira. Acontece com todos os médicos que atendem pacientes que têm planos de saúde. Entre as queixas, a principal é a do aumento do preço da mensalidade, principalmente na faixa de idade mais avançada. Isso acontece porque, em geral, por questões naturais, quanto mais idosa a pessoa, mais necessários e mais frequentes se tornam os cuidados com a saúde. A Lei nº 9.961/2000 atribuiu à ANS a responsabilidade de controlar os aumentos de mensalidade dos planos de saúde. A lei definiu várias faixas etárias e proibiu que a

variação de preço da mensalidade da última faixa seja superior a seis vezes o valor da primeira. A faixa limite para aumento é de até 59 anos.

Acho que não é dever do médico orientar o paciente a escolher seu plano de saúde, essa não seria sua função, mas ele poderia criar colaboradores no seu ambiente de trabalho que pudessem auxiliar os seus clientes, como faz qualquer empresa ou outros profissionais liberais. Acho que médico discutir a relação com planos, operadoras e clientes não é ético e pode vir a prejudicar a relação médico-paciente. Se a dúvida persistir mesmo com as orientações, buscar inicialmente o site da ANS, que disponibiliza no espaço do consumidor local que permite tirar as dúvidas mais frequentes, tais como: o que o plano de saúde deve cobrir; prazo de espera para usar o plano; prazos máximos de atendimento; reajuste de preços das mensalidades, entre outros.

Presidente do American College fará palestra de abertura do Congresso

David Holmes já aceitou o convite para o 67º CBC e trará as novidades da Cardiologia Intervencionista para o evento.

O presidente do American College of Cardiology (2011-2012), David R. Holmes, um dos maiores especialistas em Cardiologia Intervencionista do mundo, aceitou o convite para fazer a palestra de abertura do 67º Congresso Brasileiro de Cardiologia, que acontecerá em Recife, Pernambuco, de 14 a 17 de setembro.

“A presença do professor Holmes valoriza ainda mais o evento”, diz o presidente do Congresso, Brivaldo Markman, para quem Holmes, “além de ser o presidente de uma das instituições cardiológicas mais respeitadas do mundo, é um expoente da cardiologia mundial e como tal autor de trabalhos essenciais publicados na literatura mundial, acompanhados por todos os cardiologistas intervencionistas do Brasil”.

Além de sua capacidade científica, Holmes é famoso como conferencista pela clareza com que expõe suas ideias e pelas aulas brilhantes que ministra.

Professor emérito e diretor do Serviço de Cardiologia da Clínica Mayo, de Minnessota, além da Cardiologia Intervencionista, Holmes tem como áreas de interesse a Biologia Vasculard, as Síndromes Coronarianas Agudas e é um dos pioneiros da telemedicina.



Professor David R. Holmes

Foto: Divulgação ACC

Ecocardiografia

Os Cursos de Ecocardiografia do Dr. Morcerf, pioneiro no Brasil e único a atuar continuamente por 26 anos, já em sua 151ª turma de cursos como:
 Ecocardiografia-Doppler (Básico, Extensão e Especialização);
 Ecocardiografia Transesofágica; Eco de Estresse Farmacológico;
 Ultrassonografia Vasculard (Carótidas, Vertebrals, Arterial e Venoso);
 agora também com um programa de **continuidade educacional pela Internet:**

Educação Continuada pela Internet

ecor.com.br
 ou
curso-ecocardiografia.com.br

Para todos que desejam ter acesso a um vasto conteúdo consolidado ao longo de anos de atuação, tanto na ecocardiografia propriamente dita quanto no segmento educacional.

Conteúdo atualizado nos mais diversos temas da Ecocardiografia:
 Videoaulas; exercícios; análise da literatura; Livro do Morcerf ilustrado com videos e fotos;
 perguntas e respostas; erros frequentes e opiniões sobre o que realmente funciona em ecocardiografia.

Contatos: tel:(21)2536-0366 e-mail: curso@ecor.com.br **ECOR** Ecocardiografia

O sal da Terra e o pomo da discórdia

Combinação pode reduzir em 76% o risco de doenças cardiovasculares.



Marcus Vinícius Bolívar Malachias | Co-editor
mbolivar@cardiol.br

Se hoje o sal é o tempero mais popular e barato, na Roma antiga era uma especiaria rara e valiosa, utilizado inclusive como moeda, daí o termo “salário”. Na Bíblia, a metáfora “vós sois o sal da terra” provavelmente tem o significado de “aquele que preserva e dá sabor à vida, que faz a diferença”.

Apesar de ter suas qualidades propagadas até no livro mais popular de todos os tempos, hoje o excessivo consumo mundial de sal representa um dos maiores obstáculos à prevenção cardiovascular, além de funcionar como o pomo da discórdia entre os cientistas.

Ainda que a sensibilidade ao sal seja um fator individual, há fortes evidências de que reduções do consumo são eficientes para diminuição das cifras pressóricas e incidência de doenças em diferentes grupos étnicos. Um

estudo demonstrou que um consumo médio diário de sal inferior a 3g poderia reduzir à metade o número de infartos e acidentes encefálicos na população.

A mais polêmica das recentes publicações sobre o tema foi a análise das coortes dos estudos ONTARGET e TRANSCEND, que revelou uma relação entre consumo de sódio e doença cardiovascular sob a forma de “curva em J”. Um consumo de 7g diárias de sódio correlacionou-se fortemente ao maior risco para todos os desfechos cardiovasculares em comparação a um consumo entre 4 e 5,99 g. Contudo, naquela análise, que envolveu indivíduos de alto risco cardiovascular e diabéticos, em uso de muitos medicamentos, há uma polêmica constatação de que o consumo diário inferior a 3g associou-se a maior mortalidade cardiovascular e internações por insuficiência cardíaca.

Críticas ao estudo, vindas inclusive de cientistas ligados à própria Organização Mundial de Saúde (entidade que defende um consumo diário de sódio inferior a 2g), denunciam erros metodológicos na análise, como um

insuficiente número de medidas do sódio urinário e o alto risco dos indivíduos avaliados que não representaria a população geral.

Nossa VI Diretriz de Hipertensão defende a posição da OMS, de que a quantidade considerada saudável para ingestão diária deva ser em torno de 2g de sódio, que corresponde a 5g de cloreto de sódio (sal de cozinha). O consumo médio do brasileiro corresponde ao dobro do recomendado.

1) Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, et al. Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *N Engl J Med.* 2010;362(7):590-9.

2) O'Donnell MJ, Yusuf S, Mente A, et al. Urinary sodium and potassium excretion and risk of cardiovascular events. *JAMA.* 2011;306(20):2229-38.

3) Graudal NA, Hubeck-Graudal T, Jürgens G. Effects of Low-Sodium Diet vs. High-Sodium Diet on Blood Pressure, Renin, Aldosterone, Catecholamines, Cholesterol, and Triglyceride (Cochrane Review). *Am J Hypertens.* 2012;25(1):1-15.

66º CONGRESSO DA SBC

Virtual

FAÇA JÁ SUA INSCRIÇÃO!

WWW.CONGRESSOVIRTUAL.COM.BR



**Assista às Palestras no
Conforto de sua casa
ou consultório.**

VALENTIN FUSTER

CARDIOVASCULAR SYMPOSIUM IN BRAZIL



19 & 20

Maio | 2012

WTC SHERATON HOTEL SÃO PAULO

**Av. Nações Unidas , 12559
Brooklin Novo | São Paulo | Brasil
04578-903**

www.cardiol.br/fuster

Organização





Luís Beck | Co-editor
luisbeck@cardiol.br



Aterosclerose

Vinho tinto, frutas vermelhas e chocolate: os debates continuam

Os polifenóis são compostos naturais encontrados nas plantas, aos quais se atribuem efeitos muito favoráveis à saúde cardiovascular (CV). Na última edição do *American Journal of Clinical Nutrition*, dois estudos foram publicados: McCullough¹ e cols. avaliaram a associação do consumo de flavonoides e a mortalidade CV numa coorte prospectiva com 100 mil pessoas, idade média 70 anos, seguidos por sete anos, e observaram redução do risco de doença CV fatal de 18% (RR 0,82; 95% CI: 0,73, 0,92; p = 0,01); Chiva-Blanch² e cols. demonstraram que os compostos fenólicos do vinho tinto podem modular a expressão de marcadores inflamatórios em pacientes de alto risco CV, comparando o consumo de suco de uva, vinho tinto ou gim. Seguem repercutindo negativamente dados recentes, supostamente fraudados, sobre benefícios do resveratrol. De fato, ainda não há informação suficiente para recomendar maior consumo de alimentos ricos em polifenóis.

Fonte primária:

1. McCullough ML et al. Am J Clin Nutr. 2012 Feb; 95(2):454-64.
2. Chiva-Blanch G et al. Am J Clin Nutr. 2012 Feb; 95(2):326-34.

Referência: Am J Clin Nutr

Hermes T. Xavier
Presidente do DA-SBC

Hipertensão arterial

Duplo bloqueio do sistema renina-angiotensina (SRAA) – o que temos de novo?

Ainda são controversos os benefícios do duplo bloqueio do SRAA. No estudo ONTARGET, a associação de IECA com o BRA não trouxe benefícios e apresentou maior incidência de efeitos adversos.

Foi idealizado o estudo ALTITUDE no qual foram avaliados 8.606 pacientes com diabetes melito tipo 2 e lesão renal. Após otimização com IECA ou BRA, recebiam alisquireno 300 mg ou placebo. Em seguimento de 18-24 meses, aqueles que receberam o duplo bloqueio apresentaram uma incidência aumentada de AVC não fatal, complicações renais, hipercalcemia e hipotensão.

À semelhança do estudo ONTARGET, o ALTITUDE também acaba de demonstrar que o SRAA é realmente complexo. A lógica de um bloqueio mais intenso em sítios diferentes não é realidade e ainda temos muito que descobrir.

Rui Pova
Diretor Científico do DHA/SBC

Eletrocardiografia

Crítérios mais restritos para o diagnóstico de bloqueio de ramo esquerdo

A terapia de ressincronização cardíaca nos trouxe alguns dados interessantes sobre o Bloqueio de Ramo Esquerdo (BRE). Sabe-se que praticamente 30% dos casos de BRE não são reais BRE, mas sim associação entre sobrecarga ventricular esquerda e presença de hemi-bloqueio anterior esquerdo. Estudos utilizando simulações computadorizadas para o diagnóstico do BRE mostram que utilizar padrões mais restritos podem evitar interpretações errôneas. Assim, sugere-se definir BRE completo quando QRS > 130 ms nas mulheres e > 140 ms nos homens, além do padrão de QRS já conhecido. No BRE completo há um atraso de 40 a 50ms para cruzar o septo, 50 ms para reentrada na rede Purkinje do ventrículo esquerdo e 50 ms para ativar a parede póstero-lateral.

Fonte primária: American Journal of Cardiology

Referência: Am J Cardiol, 2011, 107; 927-934

Prof. Dr. Carlos Alberto Pastore
Presidente do grupo de estudos de Eletrocardiografia



Arritmias cardíacas

Parada cardiorrespiratória durante corrida de longa distância

Em trabalho recente, foram analisadas a incidência e o prognóstico das paradas cardiorrespiratórias ocorridas durante provas de maratona e meia-maratona nos Estados Unidos em 10,9 milhões de corredores, com idade média de 42 anos. A incidência foi de 0,54/1.000.000 (59 casos), sendo maior em maratona do que em meia-maratona (1,01 vs 0,27), e em homens do que em mulheres (0,9 vs 0,16). Dividindo a corrida em quatro partes, é no último em que mais eventos são observados. Sobre as causas, a maioria apresentava doença cardíaca estrutural, sendo a miocardiopatia hipertrófica a mais comum. Dos 59 casos, 42 (71%) faleceram, sendo os preditores de sobrevivência o início da reanimação precoce e ausência de miocardiopatia hipertrófica.

Fonte primária: The New England Journal of Medicine

Referência: Cardiac Arrest during Long-Distance Running Races - Kim J et al, N Eng J Med 2012; 366:130-40.

Leandro Ioschpe Zimmerman

Ex-presidente e Membro do Conselho Deliberativo da SOBRAC

Arritmias cardíacas

Fibrilação Atrial (FA) assintomática aumenta o risco de complicações

Foram publicados os resultados do estudo ASSERT, com 2.580 portadores de marca-passos com capacidade de detecção de episódios de FA. A ocorrência de FA subclínica se relacionou a um risco 2,5 vezes maior de complicações, como acidente vascular cerebral ou embolia sistêmica. São evidências para a importância da arritmia e da sua associação a complicações, mesmo quando não acompanhada de sintomas.

Fonte primária: The New England Journal of Medicine

Referência: Healey JS, et al. Subclinical Atrial Fibrillation and the Risk of Stroke. N Engl J Med 2012; 366:120-129.

Márcio Figueiredo

Coordenador de Relações Institucionais, Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC)/SBC

Arritmias cardíacas

Novidades em genética e Fibrilação Atrial (FA)

Um estudo avaliou se o aumento da expressão de conexinas poderia melhorar a condutividade elétrica no tecido atrial e evitar a ocorrência de FA. Foram utilizados porcos geneticamente modificados e um grupo controle para aumentar a expressão de conexinas 40 e 43. A transferência dos genes aumentou a condução e diminuiu a ocorrência de FA. O trabalho mostra novos caminhos para o tratamento da arritmia.

Fonte primária: Circulation

Referência: Igarashi T, et al. Connexin Gene Transfer Preserves Conduction Velocity and Prevents Atrial Fibrillation. Circulation 2012; 125:216-225.

Márcio Figueiredo

Coordenador de Relações Institucionais, Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC)/SBC

Arritmias cardíacas

Tratamento farmacológico da fibrilação atrial

Foi publicada recentemente na revista Circulation uma revisão completa e atual sobre fármacos utilizados para a manutenção do ritmo sinusal em pacientes com fibrilação atrial. Uma revisão ampla e completa fala também de novas perspectivas, como antiarrítmicos em desenvolvimento e impacto de medicamentos não antiarrítmicos na evolução desse distúrbio do ritmo.

Fonte primária: Circulation

Referência: Peter Zimetbaum. Antiarrhythmic Drug Therapy for Atrial Fibrillation. Circulation 2012; 125:381-389.

Márcio Figueiredo

Coordenador de Relações Institucionais, Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC)/SBC

Regionais programam uma série de atividades

SBC/AM

A Regional informa a realização de duas atividades no primeiro semestre do ano. Em abril, de 26 a 28, haverá o Curso de Eletrocardiograma, e em junho, de 28 a 30, no Hotel Tropical, acontecerá o Congresso Norte-Nordeste de Cardiologia.

SBC/BA

A Regional também programou duas atividades para os próximos meses: LXXVI Sessão Integrada de Atualização em Cardiologia no dia 12 de abril no Hotel Pestana, e o XXIV Congresso de Cardiologia do Estado da Bahia de 31 de maio a 2 de junho no Hotel Othon.

SBC/CE

O I Simpósio de Cardiologia do Sertão Central, com o objetivo de levar a Regional mais próxima dos médicos do interior, será realizado em 29 e 30 de março na Faculdade Católica Rainha do Sertão, em Quixadá.

SBC/DF

O XIX Congresso de Cardiologia de Brasília terá como tema central "a Cardiologia e a Mulher". O evento será de 24 a 26 de maio no Centro de Atividades Científicas e Culturais da Associação Médica de Brasília.

SBC/PR

O XXXIX Congresso Paranaense de Cardiologia está programado para 25 e 26 de maio, em Curitiba. "Em sessões de hands on, sob moderação de especialistas, o congressista discutirá com seus colegas temas da prática diária, revendo e fixando conceitos, aperfeiçoando as ferramentas diagnósticas e terapêuticas", conta o presidente do evento, Osni Moreira Filho.

SBC/PE

Em fevereiro, vários nomes da cardiologia pernambucana se reuniram no auditório Enio Cantarelli, no Procape, para prestigiar a posse da nova diretoria. A solenidade teve início com uma homenagem a Wilson de Oliveira Jr., que desempenhou papel fundamental como diretor científico. Carlos Melo prestou os agradecimentos e passou a presidência a Sílvia Martins.



(Da esq.) Carlos Melo, Sílvia Martins, Dario Sobral, Wilson de Oliveira Jr. e Enio Cantarelli

SBC/RJ

O 29º Congresso de Cardiologia do Rio de Janeiro será de 25 a 28 de abril no Hotel Royal Tulip, em São Conrado. O evento é voltado para a prática clínica e a grande maioria das atividades científicas é interativa, com muito espaço para debates e para esclarecer dúvidas. O evento contará com o Curso de Arritmias para Clínico, o Simpósio de Cardiologia Intervencionista, entre outras atividades.

SBC/TO

A Regional, com o apoio da SBC, realizará de 5 a 7 de outubro, no auditório da OAB, em Palmas, o V Congresso Tocantinense de Cardiologia.

SBC/PI

Em janeiro, tomou posse a nova Diretoria da Regional, em solenidade que ocorreu no Conselho Regional de Medicina.



(Da esq.) Elisiário Cardoso Júnior, Maurício Paes Landim, José Itamar Abreu Costa, Carlaile Sarmiento, Ricardo Lobo Furtado, Luiza Magna Sá Batista, Paulo Márcio Sousa Nunes, João Francisco de Sousa.

SBC/SP

A nova diretoria da Socesp foi empossada, em janeiro, num jantar no Buffet Torres, na capital paulista. O presidente que assumiu, Carlos Costa Magalhães, anunciou uma série de pesquisas que serão desenvolvidas pela entidade nos próximos dois anos e programas que visam reduzir a incidência de doenças cardiovasculares na população do Estado.



Carlos Costa Magalhães durante o discurso de posse

Apareça
para a Sociedade

Anuncie no **Jornal SBC**

Publicação com notícias e novidades da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Para anunciar, entre em contato:
(11) 3411-5525
comercial@cardiol.br

Conheça as atividades dos Departamentos para 2012

SBC/DA

Estão abertas as inscrições para o Workshop de Hipercolesterolemia Familiar, em 14 de abril, no Hotel Maksoud Plaza, em São Paulo. As inscrições têm duas categorias: estudantes e demais profissionais da área da saúde. Mais informações no: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/2010/futuros.asp>.

SBC/DHA

O Departamento está programando o IX Congresso do DHA, que se realizará juntamente com X Congresso Latino-americano de Hipertensão Arterial – LASH e o IV Simpósio de HA do Mercosul. O evento será de 22 a 24 de novembro, em Porto Alegre e já tem confirmadas as presenças de cinco convidados internacionais: Alberto Zanchetti da Itália, Antonio Coca e Josep Redon da Espanha, Ernesto Schiffrin do Canadá e Stephen Harrap da Austrália.

SBC/DERC

A diretoria do DERC esteve reunida com o ministro dos Esportes, Aldo Rebelo, no início de fevereiro. Os integrantes fizeram uma apresentação sobre o Departamento e a SBC e ressaltaram a importância da atividade física para redução de doenças cardiovasculares. O ministro Aldo Rebelo aceitou o convite e confirmou presença no XIX Congresso Nacional do Derc, que neste ano será em Brasília.

SBC/DCP

O XXII Congresso Brasileiro de Cardiologia Pediátrica, o IV Congresso Brasileiro de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica e o IV Fórum de Cardiopatias Congênitas no Adulto serão realizados de 28 de novembro a 1º de dezembro, na cidade de Foz do Iguaçu, no Paraná. A programação científica é ampla, englobando desde o feto até o adulto portador de cardiopatias congênitas, além das adquiridas na infância com ênfase nos aspectos preventivos da doença aterosclerótica.



Fotos: Divulgação DERC

Representantes do DERC se reúnem com Ministro dos Esportes, Aldo Rebelo.

SBC/SOBAC

Foram programadas cerca de 10 atividades de destaque, ao longo do ano, entre elas os Programas de Educação Continuada (PreCon), o Curso Intensivo de Reciclagem em Arritmia Clínica, Eletrofisiologia e Estimulação Cardíaca, o Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas - em Curitiba, no Paraná, e a já reconhecida e estabelecida Campanha anual "Coração na Batida Certa". Todos os detalhes desses eventos no www.sobrac.org.

Nova Home Page de Associados

Moderna - Interativa - Prática

Poste uma foto

Escolha um tema

Atualize o currículo

Compartilhe

Deixe uma mensagem

<http://socios.cardiol.br/homepage>

Doenças do coração são o maior inimigo da saúde da mulher no Brasil

Informações divulgadas em notícias podem ajudar na prevenção das cardiopatias e minimizar fatores de risco.



Dr. Almir Ferraz | Co-editor
almirferraz@cardiol.br

A revista *Veja* publicou reportagem abordando o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) na mulher, com o alerta para o perigo da instalação de forma silenciosa, e chamando atenção para o fato de que tal enfermidade teria sintomatologia mais discreta, e particularidades que a distinguiriam do acometimento no homem. Isso retardaria a busca da assistência médica com consequente prejuízo nos resultados terapêuticos que, no caso do IAM, como em outras cardiopatias, fazem enorme diferença prognóstica. Sem dúvida que esses aspectos têm importância e são bem-vindos como forma de educação em saúde.

As doenças do coração, individualmente consideradas, são o assassino número 1 das mulheres, tanto nos Estados Unidos como no Brasil. Outros dados relevantes são que as complicações surgidas na gravidez como pré-eclâmpsia e diabetes gestacional sinalizam maior risco de doença de coração no futuro não muito distante, e as cardiopatias têm mortalidade quase oito vezes maior que a do câncer de mama. Este último tem recebido grande atenção nesse gênero, com subestimação das doenças cardíacas. Por que tal fato? Por absoluto desconhecimento do público feminino nesse particular.

Em pesquisa realizada em 2009 nos Estados Unidos, apenas 36% das mulheres estavam conscientes disso. Qual seria o índice no nosso país? Talvez semelhante ou menor. Nos Estados Unidos já existe uma campanha de conscientização, tendo como símbolo o uso do vermelho ("red dress symbol") para advertir as mulheres do risco das doenças cardíacas.

A grande arma para incentivá-las a adquirirem hábitos e alimentação saudáveis e tratar-se de fatores predisponentes, como síndrome metabólica, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, seria, portanto, proporcionar o conhecimento do problema.

Outras reportagens como essas, que trazem informações sobre condutas que podem evitar o desencadeamento de doenças de morbidade e mortalidade significativas, devem cada vez mais fazer parte do cotidiano, de modo a conscientizar a população.



Orlando Otávio de Medeiros
Presidente do Departamento de
Cardiologia da Mulher, Coordenador
da Política de Cardiologia do estado
de Pernambuco

Pesquisa publicada no *Lancet* tem destaque na mídia brasileira

A pesquisa publicada no *Lancet*, que reviu 28 estudos, constatou a diferença de 15mmHg ou mais entre a pressão sistólica dos dois braços, o que representa um risco 70% maior de mortes por doenças cardiovasculares. A diferença, segundo a conclusão do estudo, pode indicar doença vascular periférica. O trabalho teve grande destaque em reportagens publicadas em vários jornais do país, como *Folha de S. Paulo*, *O Estado de S. Paulo*, *O Dia*, do Rio de Janeiro, *Veja on-line*, entre outras publicações. As matérias também informavam que, por determinação da Anvisa, desde 2009, as medições de pressão podem ser feitas em farmácias. O presidente do Departamento de Hipertensão da SBC, Weimar Sebba Barroso, foi entrevistado para comentar o estudo.



Revista *Sua Saúde* prepara prato do Cardiol

A revista *Sua Saúde* elaborou e publicou em duas páginas uma receita saudável disponível no portal da Sociedade Brasileira de Cardiologia. "Os medalhões de filé ao purê de maçãs com mel e canela" é uma das inúmeras sugestões disponíveis no www.cardiol.br que podem ser indicadas pelos cardiologistas aos pacientes. Nas páginas para o público leigo do portal da SBC – Prevenção – é possível encontrar, além dos pratos principais, saladas, sobremesas.



Campanha "12 por 8" é noticiada em várias publicações

As revistas *Quem* e *Contigo* e os principais portais da internet noticiaram a participação dos mais novos embaixadores da campanha "Eu sou 12 por 8". Os atores Caio Castro e Paloma Bernardi deram entrevistas e falaram sobre a participação deles na ação.



Jornais destacam o consumo de energéticos

A Associação Brasileira das Indústrias de Refrigerantes e Bebidas Não Alcoólicas (Abir) constatou que o consumo de bebidas energéticas cresceu 25% em 2011, comparativamente ao ano anterior. Justamente em um momento em que dois estudos internacionais revelaram o aumento de hospitalizações relacionadas ao produto nos Estados Unidos e na Austrália. Dois trabalhos australianos indicaram em 2010 mais internações (65 casos) por energéticos do que no ano anterior (apenas 12 casos). Já nos Estados Unidos, estudo mostrou que o total de internações pelo uso de energéticos passou de 1.128, em 2005, para 13.114, em 2009. A maioria dos casos estava ligada a mistura com álcool. O coordenador de Planejamento Estratégico da SBC, Fábio Sandoli de Brito, foi entrevistado sobre o tema no *Jornal da Tarde*, no *Tribuna da Bahia*, entre outros.



Revista Doc entrevista o presidente da SBC

A revista *Doc* entrevistou o presidente da SBC, Jadelson Andrade, que falou sobre os projetos da entidade para os próximos dois anos. Jadelson destacou que pretende consolidar a projeção da SBC na América Latina e no mundo. Ele lembrou que a SBC já possui importantes parcerias firmadas com ACC, AHA e ESC e outras conquistas internacionais, como o fato de a entidade ser um capítulo do ACC e ter indicado um de seus atuais diretores para o *board* científico da Sociedade Europeia. Aqui no Brasil, o projeto da nova gestão é ter uma postura cada vez mais atuante com o Ministério da Saúde em questões de saúde pública.



CARDIONAUTAS

iBooks Author: uma revolução para a educação médica continuada



Responsável
Augusto Uchida
augustohiroshi@cardiol.br

A Apple acaba de apresentar ao mercado o iBooks Author, um aplicativo que permite a qualquer pessoa criar e publicar um livro digital para o tablet iPad. Do ponto de vista da educação médica, a Apple mostrou como essa ferramenta revolucionará os livros médicos, tornando-os interativos, além da facilidade de produção e comercialização.

Disponível gratuitamente na App Store para quem possui a versão 10.7 do Mac OS X, o iBooks Author é um aplicativo que permite a qualquer pessoa criar livros eletrônicos profissionais para iPad, sem intermediários. O aplicativo permite inserir galerias de fotos, vídeos, diagramas interativos, objetos tridimensionais, de forma fácil e intuitiva.

O aplicativo já vem com modelos preconcebidos e todos eles têm uma variedade de layouts de página para sua escolha. O iBooks Author simplifica diagramar textos, criar gráficos, inserir filmes no estilo "arraste e solte". É possível também criar livros para deficientes visuais com a tecnologia VoiceOver.

Após formatado, o livro pode ser facilmente publicado e o iBooks Author ajuda você a submetê-lo à iBookstore para venda ou *download* gratuito. Você também pode exportá-lo no formato de livro eletrônico para compartilhar no iTunes U e oferecer a qualquer pessoa com um iPad, sem intermediação de uma editora.

Veja no Youtube como o funciona aplicativo:

www.youtube.com/watch?v=pr076C_ty_M



Experiência em clínica médica passa a valer pontos para exame de título

CJTEC vai padronizar serviços credenciados para estágio e, em médio prazo, a comprovação de especialização em Cardiologia Clínica será obrigatória.

O edital da CJTEC para a prova de Título de Especialista deste ano poderá ser consultado no portal da SBC – www.cardiol.br – a partir do início de março. As inscrições de candidatos serão aceitas até o mês de julho, prevendo-se a participação de 800 candidatos na prova, que será feita durante o 67º Congresso Brasileiro de Cardiologia, em Recife.

O coordenador da CJTEC, Nelson Siqueira de Moraes, diz que as principais novidades no exame são: a decisão de privilegiar os candidatos que comprovarem dois anos de estágio em programas credenciados de especialização em Cardiologia Clínica e a inclusão do

livro-texto da SBC na bibliografia recomendada aos candidatos, o que simplifica a preparação de quem vai fazer a prova, à medida que sobre todo e qualquer tema estará disponível a posição oficial da SBC.

A CJTEC, que tem 17 membros, neste ano incorporou quatro novos membros: Antonio Augusto Guimarães Lima, do Ceará; Wolney de Andrade Martins, do Rio de Janeiro; Maria Emilia Lueneberg, de Santa Catarina; e Pedro Silvio Farsky, de São Paulo. O novo coordenador, Nelson Siqueira de Moraes, é de Goiás e também integra a Comissão, que tem como membro nato o diretor científico da SBC, Luiz Alberto Mattos.

Siqueira de Moraes lembra, porém, que o trabalho da CJTEC não se limita à Prova de Título. Agora, por exemplo, está sendo feito grande esforço para padronizar as 60 instituições distribuídas por todos os Estados brasileiros, que oferecem programa de especialização em Cardiologia Clínica. “Até 2015 teremos visitado e padronizado todos os Serviços, e os candidatos ao título de especialista terão que se inscrever nos estágios”, explica, pois a partir de 2017 a comprovação dessa experiência passará a ser obrigatória para candidatar-se ao Título.

CALENDÁRIO

39º Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular

12 a 14 de abril de 2012
Maceió (AL)
<http://www.sbccv.org.br/39congresso/>



ACCF/BSC Cardiovascular Symposium in Brazil

19 a 20 de maio de 2012
São Paulo (SP)
http://educacao.cardiol.br/accf_bsc/

XIX Congresso de Cardiologia de Brasília

24 a 26 de Maio de 2012
Brasília (DF)
<http://sociedades.cardiol.br/df/congressos2012.asp>

XXIV Congresso de Cardiologia do Estado da Bahia

31 de maio a 2 de junho de 2012
Salvador (BA)
<http://sociedades.cardiol.br/ba/>

XI Congresso Brasileiro de Insuficiência Cardíaca

31 de maio a 2 de junho de 2012
Gramado (RS)
<http://departamentos.cardiol.br/geic/>



XXXIII Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo

7 a 9 de junho de 2012



XXXII Congresso Norte-Nordeste de Cardiologia e VII Congresso Amazonense de Cardiologia

28 a 30 de Junho de 2012
Manaus (AM)
<http://sociedades.cardiol.br/nn/2011/congresso.asp>

XVIII Congresso Cearense de Cardiologia

08 a 10 de agosto de 2012
Fortaleza (CE)
<http://sociedades.cardiol.br/ce/congresso.asp>

67º Congresso Brasileiro de Cardiologia

14 a 17 de setembro de 2012
Recife (PE)
<http://congresso.cardiol.br/67/>



29º Congresso de Cardiologia da Socerj

25 a 28 de abril de 2012
Rio de Janeiro (RJ)
<http://sociedades.cardiol.br/socerj/>



Congresso Internacional de Saúde Cardiometaabólica

10 a 12 de maio de 2012
Florianópolis (SC)
<http://www.saudecardiometaabolica.com.br>



LIPANON

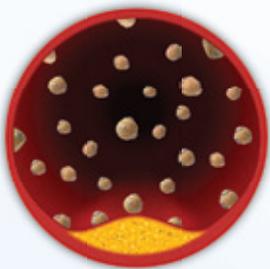
REDUZ TRIGLICÉRIDES
e **AUMENTA HDL** com
benefícios adicionais.^{1,2}

fenofibrato

Redução dos níveis de TG¹

Tipo IIb

-67%



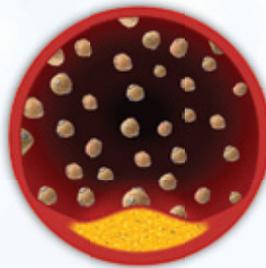
Tipo III

-85%



Tipo IV

-60%



Redução em até **67%** dos Triglicérides em até (tipo IIb).¹

1 vez ao dia

Junto à principal refeição³

**Cápsulas
RETARD**



Interações medicamentosas: pode potencializar a ação dos anticoagulantes orais. Contraindicação: pacientes com história de hipersensibilidade aos componentes da fórmula.

LIPANON: fenofibrato. **Indicações:** hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia endógenas do adulto, isoladas (tipo Iia e iv) ou associadas (tipo Iib, iii e v). **Contraindicações:** nos pacientes com história de hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Insuficiência hepática, incluindo cirrose biliar primária e anormalidades persistentes nos testes de função hepática. Insuficiência renal severa (clearance de creatinina <50 ml/min). Gravidez e lactação. **Precauções:** em alguns pacientes, pode ocorrer aumento transitório das transaminases. Aumentos superiores a 3 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 primeiro ano de tratamento; avalie a conveniência de se suspender o tratamento, caso os valores de tgo e tgp superem três vezes o limite superior da normalidade. **Advertências:** se após um período de 3-6 meses de tratamento e dieta adequada não houver evidência de redução satisfatória da concentração sérica dos lipídeos, deve-se avaliar a necessidade de terapia complementar ou de substituição do tratamento. **Uso pediátrico:** a 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 (acenocumarol, dicumarol, warfarina, femprocumon, fenindiona) 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. Sequêstrantes de ácidos biliares - o uso concomitante de fenofibrato e colestiramina pode resultar em redução significativa da absorção do fenofibrato. Imunossupressores - embora os dados provenientes de estudos clínicos sejam limitados, não parece ocorrer interação farmacocinética significativa quando fenofibrato e ciclosporina são administrados concomitantemente; pode ocorrer discreta elevação dos níveis séricos de creatinina. Hipoglicemiantes orais - há potencial de interação quando o fenofibrato e hipoglicemiantes orais (metformina, tolbutamida e glibenclamida/gliburida - todas metabolizadas pelo citocromo p450 cyp3a4) forem administrados concomitantemente. Outros - eritromicina, derivados imidazólicos, inibidores da maq, grapefruit (toranja). **Reações adversas:** o fenofibrato é geralmente bem tolerado. Entretanto foram relatados os seguintes efeitos adversos: sistema nervoso central - raras (incidência <1%): cefaleia, insônia, fadiga, tonturas. Sistema gastrointestinal - frequentes (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 monitorizados quanto à possibilidade desse evento adverso. Elevação de transaminases séricas (tgo e/ou tgp). Sistema genitourinário - raras (incidência <1%): disfunção sexual (redução de libido, impotência). Sistema musculoesquelético - muito raras: rabdomiólise, artralgia. Pouco frequentes (incidência entre 1% e 3%): mialgia difusa, sensibilidade dolorosa, fraqueza muscular, todas reversíveis com a descontinuação do tratamento. Elevação dos níveis de creatinofosfoquinase (cpk). Pele e anexos - raras (incidência <1%): reações cutâneas (eritema, prurido, urticária, eczema), fotossensibilização, alopecia. Frequentes (incidência entre 3% e 5%): rash cutâneo. Posologia: uma cápsula por dia, junto à refeição principal. MS 1.7817.0095. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Referências bibliográficas:** 1) Blane GF. Review of European clinical experience with fenofibrate. Cardiology. 1989;76 Suppl 1:1-10; discussion 10-3. 2) Falko JM. Clinical Review of fenofibrate as therapy for dyslipidemia. Drug Benefit Trends 1999;11(11sC):12-24. 3) Bula do produto. 4) Liamis G, Bairaktari ET, Elisaf MS. Effect of fenofibrate on serum uric acid levels. Am J Kidney Dis 1999; 34:594 5) Sacks FM. After the Fenofibrate Intervention and Event Lowering in Diabetes (FIELD) study: implications for fenofibrate. Am J Cardiol. 2008;102(12A):34L-40L. Fevereiro/2012.

ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR
080077-17017

**Mantecorp
Farmasa**

Barrinha de Cenoura e Nozes

Ingredientes

3/4 de xícara (chá) de farinha de trigo
4 colheres (sopa) de farinha de trigo integral
1/2 xícara (chá) de adoçante dietético em pó, próprio para forno e fogão
1 colher (chá) de canela em pó
1 colher (chá) de fermento em pó
1/2 colher (café) de sal
1/2 xícara (chá) de nozes picadas
1 xícara (chá) de cenoura ralada fina
3 claras levemente batidas
1/4 de xícara (chá) de óleo
1/4 de xícara (chá) de leite desnatado
150 g de cream cheese light
1/2 xícara (chá) de iogurte desnatado

Como fazer

1. Em uma tigela média, misture a farinha de trigo, a farinha de trigo integral, o adoçante, a canela, o fermento e o sal.
2. Reserve 2 colheres (sopa) de nozes e junte o restante na massa. Acrescente a cenoura, as claras, o óleo e o leite. Mexa até misturar.
3. Espalhe a massa por igual em uma assadeira untada com óleo e asse em forno médio (180 °C), preaquecido, por 15 minutos.
4. Bata bem o cream cheese e o iogurte até formar um creme leve. Salpique o restante das nozes e sirva cortado em quadrados.

Fonte: Revista Baixo Colesterol



Imagem meramente ilustrativa

1 porção = 1 pedaço = 40 g

Rendimento	20 porções
Valor energético	197 Cal
Proteínas	1,4 g
Carboidratos	40,8 g
Gorduras totais	3,1 g
Gorduras saturadas	0 g
Colesterol	0 mg
Fibras	2,4 g
Sódio	0 mg



Patrocínio:



INDIQUE
O PORTAL PREVENÇÃO
AOS SEUS PACIENTES E CONCORRA A
2 iPads

Veja o regulamento no site
<http://prevencao.cardiol.br/campanha-ipad/>

O resultado será no dia 09/04/2012, e será divulgado nos portais da SBC



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



Xarelto já protegeu **1.000.000** de pacientes
no Brasil e no mundo contra Tromboembolismo venoso.¹



Novas indicações aprovadas.

XARELTO® É INDICADO:

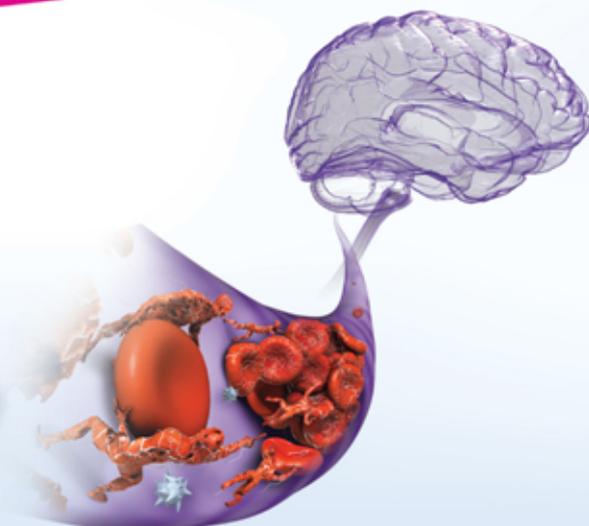
Para prevenção de acidente vascular cerebral e embolia sistêmica em pacientes com fibrilação atrial não-valvular.²

(nova indicação)

XARELTO® É INDICADO:

Para o tratamento de trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP) recorrentes.²

(nova indicação)



Primeiro Inibidor Direto do Fator Xa, via ORAL



Xarelto®
rivaroxabana

Anticoagulação Simples e Descomplicada

Apresentação: Cartucho com blister contendo 14, 28, 42 ou 98 comprimidos revestidos de 15 mg ou 20 mg. Composição: Cada comprimido revestido contém 15 ou 20 mg de rivaroxabana. Indicações: Xarelto® (rivaroxabana) é indicado para prevenção de acidente vascular cerebral e embolia sistêmica em pacientes adultos com fibrilação atrial não-valvular (SPAF) que apresente um ou mais fatores de risco, como insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, 75 anos de idade ou mais, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório anteriores e também para o tratamento de trombose venosa profunda (TVP) e prevenção de trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP) recorrentes após trombose venosa profunda aguda, em adultos. Contraindicações: Xarelto® (rivaroxabana) é contra-indicado em pacientes com hipersensibilidade à rivaroxabana, sangramento ativo clinicamente significativo, doença hepática associada à coagulopatia e risco de sangramento clinicamente relevante, incluindo pacientes cirróticos com Child Pugh B e C. Seu uso é contra-indicado durante toda a gravidez e só pode ser administrada depois que for descontinuada a amamentação. Advertências e Precauções: Pacientes com próteses valvulares - A segurança e eficácia da rivaroxabana não foram estudadas em pacientes com próteses de válvulas cardíacas. Medicação concomitante - Não é recomendada a utilização concomitante de rivaroxabana com antimicóticos azólicos sistêmicos ou inibidores das proteases do HIV. Alteração renal - Não se recomenda o uso de rivaroxabana em pacientes com depuração de creatinina < 15 mL/min e deve ser utilizada com cautela em pacientes com depuração de creatinina 15-30 mL/min (alteração renal grave). Risco de sangramento - A rivaroxabana deve ser utilizada com cautela em pacientes com risco aumentado de sangramento, tais como, distúrbios hemorrágicos adquiridos ou congênitos, hipertensão arterial grave não controlada, doença gastrointestinal ulcerativa ativa, ulcerações gastrointestinais recentes, retinopatia vascular, hemorragia intracraniana ou intracerebral recente, anormalidades vasculares intraespinhais ou intracerebrais, logo após cirurgia cerebral, medular ou oftalmológica e com bronquiectasia ou história de hemorragia pulmonar. Deve-se ter cuidado com o uso concomitante de fármacos que interferem na hemostasia, como os anti-inflamatórios não-esteroidais, os inibidores da agregação plaquetária ou outros antitrombóticos. Qualquer queda de hemoglobina ou da pressão arterial sem explicação deve-se investigar possível hemorragia. Cirurgia e intervenções - Se um procedimento invasivo ou uma intervenção cirúrgica forem necessários, rivaroxabana deve ser interrompida pelo menos 24 horas antes da intervenção, se possível, e com base no julgamento clínico do médico. Se o procedimento não puder ser adiado, o aumento do risco de hemorragia deve ser avaliado em relação à urgência de tal intervenção. Anestesia neuraxial (epidural/espinal) - Após esse tipo de anestesia os pacientes tratados com antitrombóticos correm risco de um hematoma epidural ou espinal. O risco é maior com o uso de cateteres epidurais de demora. O risco também pode aumentar por punção traumática ou repetida. O cateter epidural não deve ser retirado antes de 18 horas após a última administração de rivaroxabana. A rivaroxabana deve ser administrada no mínimo 6 horas após a remoção do cateter. Se ocorrer punção traumática, a administração da rivaroxabana deverá ser adiada por 24 horas. Excipientes - Pacientes com problemas hereditários raros de intolerância à lactose ou à galactose não devem tomar este medicamento. Gravidez e lactação - A rivaroxabana é contra-indicada durante toda a gravidez e só pode ser administrada depois que for descontinuada a amamentação. Mulheres em idade fértil - A rivaroxabana deve ser utilizada somente com uma contracepção eficaz. Efeito sobre a capacidade de dirigir veículos ou operar máquinas - Foram reportadas síncope e tonturas, o que pode afetar a habilidade de dirigir veículos e operar máquinas. Alimentos e Laticínios - Rivaroxabana 15 mg e 20 mg DEVE ser tomada com alimentos. Reações Adversas: Reações adversas frequentes ($\geq 1/100$ a < 1/10): anemia, taquicardia, hemorragia ocular, hemorragia do trato gastrointestinal, dores abdominais e gastrointestinais, dispepsia, náusea, constipação, diarreia, vômito, febre, edema periférico, fadiga e astenia, hemorragia pós-procedimento, contusão, aumento das transaminases, dor nas extremidades, tontura, cefaléia, síncope, hemorragia do trato urogenital, epistaxe, prurido, exantema, equimose, hipotensão e hematoma. Reações pouco frequentes ($\geq 1/1.000$ a < 1/100): trombotocitemia, boca seca, mal-estar, edema localizado, função hepática anormal, reação alérgica, dermatite alérgica, secreção da incisão, aumentos de bilirrubina, fosfatase alcalina no sangue, DHL, lipase, amilase e GGT, hemartrose, hemorragia cerebral e intracranial, insuficiência renal, hemoptise, urticária e hemorragia cutânea e subcutânea. Reações raras ($\geq 1/10.000$ a < 1/1.000): icterícia, aumento da bilirrubina conjugada (com ou sem aumento concomitante de ALT) e hemorragia muscular. Além disso, em outros estudos clínicos com rivaroxabana, foi relatada formação de pseudoaneurisma vascular após intervenção percutânea. Interações medicamentosas: Não é recomendada a utilização concomitante de rivaroxabana com antimicóticos azólicos sistêmicos ou inibidores das proteases do HIV. Recomenda-se cautela quando em uso concomitante de rifampicina, fenitoína, carbamazepina, fenobarbital e outros indutores potentes do CYP3A4. Rivaroxabana 15 mg e 20 mg devem ser tomados com alimentos. Interações com tabaco e álcool - Não há nenhuma informação disponível sobre o uso concomitante de álcool e tabaco. Posologia: A dose recomendada para a prevenção de acidente vascular cerebral e embolia sistêmica em pacientes adultos com fibrilação atrial não-valvular (SPAF) é um comprimido de 20 mg uma vez ao dia, com alimento. Para pacientes com insuficiência renal moderada (depuração de creatinina (ClCr): 30 - 50 mL/min) ou grave (depuração de creatinina (ClCr): 15 - 30 mL/min) a dose recomendada é de 15 mg uma vez ao dia. A terapia deve ser continuada enquanto os fatores de risco para AVC e embolia sistêmica persistirem. A dose recomendada para o tratamento inicial da TVP aguda é de 15 mg duas vezes ao dia, para as três primeiras semanas, seguido por 20 mg uma vez ao dia para a continuação do tratamento e para a prevenção da TVP e de EP recorrentes. O tratamento para pacientes com insuficiência renal moderada (depuração de creatinina (ClCr): 30 - 50 mL/min) ou grave (depuração de creatinina (ClCr): 15 - 30 mL/min) deve ser 15 mg duas vezes ao dia durante as três primeiras semanas e, após esse período, é recomendada uma dose de 15 mg uma vez ao dia. A duração do tratamento deve ser individualizada após cuidadosa avaliação do benefício do tratamento contra o risco de sangramento. A experiência com rivaroxabana nesta indicação por mais de 12 meses é limitada. Doses esquecidas: Em caso de esquecimento de uma dose, o paciente deve tomar rivaroxabana imediatamente e continuar com a tomada uma vez ao dia, conforme recomendado, no dia seguinte. Não deve ser tomada dose em dobro para compensar uma dose esquecida dentro do mesmo dia. Dose diária máxima: A dose máxima recomendada diariamente é 20 mg. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - Reg. MS - 1.7056.0048 - Este texto é o resumo da bula registrada no Ministério da Saúde. Para informações sobre precauções, motivos para interrupção, interações medicamentosas, hipersensibilidade e superdosagem, dentre outras, consulte a bula do produto, outros de nossos impressos mais detalhados ou telefone para o SAC (0800-7021241). REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1) - IMS Health, World Review, DATAVIEW, Database FXA JUN 2011, excl. US and hospital sales of EMEA, LA and Korea, Copyright 2011, reprinted with permission. All rights reserved. 2) - Bula do produto. Apresentações de 15mg e 20mg ainda não disponível nas farmácias. Consulte nossos representantes ou o SAC.

Material para uso do representante Bayer Healthcare. L.BR.GM.2011-12-21.0645 - 82470787

Contra-indicação: doença hepática associada à coagulopatia. Interação medicamentosa: antimicótico azólico de uso sistêmico ou inibidores das proteases do HIV.



Bayer Healthcare

SAC 0800 723 1010

sac@bayerhealthcare.com

Respeito por você