



Ano XX - Número 129 - Abril 2013

JORNAL SBC



Publicação mensal da Sociedade Brasileira de Cardiologia - www.cardiol.br

Diretor de Comunicação: Carlos Eduardo Suaide Silva - Editor: Fábio Vilas-Boas

Agenda Científica do 68º Congresso da SBC/2013 está finalizada



28 de Setembro
a 01 de Outubro
2013



Sessões científicas reúnem os principais dilemas, atualizações e debates da cardiologia vigente

(Página 8)

**Apresentação
da Carta do Rio
no Congresso
EuroPrevent, em
Roma, causa impacto
na cardiologia
europeia**

(Página 4)

DIRETORIA

Assembleia discutirá proposta
da criação da categoria de "Sócio
Acadêmico"

(Página 4)

DIRETORIA

Programas das SBC foram
apresentados ao secretário de Saúde
do Estado de São Paulo

(Página 5)

PREVENÇÃO

Começa capacitação de professores
para o programa SBC vai à escola

(Página 6)

CONGRESSO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA

Novidade no 68º Congresso da SBC:
Discussão Interativa de Casos Clínicos

(Página 9)

CONGRESSO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA

Sessões Internacionais conjuntas no
68º Congresso da SBC/2013 irão explorar
as fronteiras do conhecimento

(Página 10)

ESTILO DE VIDA

Felicidade e doenças cardiovasculares

(Página 13)

**Congresso do
Rio deverá ter
número recorde de
participantes**

(Página 8)

Atinja o diabetes pela raiz¹

Mais pacientes alcançam suas metas com Victoza[®] em comparação com diferentes antidiabéticos²⁻⁸

- Reduções significativas e sustentadas na HbA_{1c}
- Perda significativa de peso
- Diminuição da PAS
- Melhora na função da célula beta

VICTOZA[®]
liraglutida

Referências: 1. DeFronzo. From the triumvirate to the ominous octet: a new paradigm for the treatment of type 2 Diabetes mellitus. Diabetes. 2009 Apr; 58 (4):773-95. 2. Marre M et al. LEAD-1 SU study group. Liraglutide, a once-daily human GLP-1 analogue, added to a sulphonylurea over 26 weeks produces greater improvements in glycaemic and weight control compared with adding rosiglitazone or placebo in subjects with Type 2 diabetes (LEAD-1 SU). Diabet Med. 2009 Mar; 26 (3): 268-78. 3. M. Nauck et al. Long-term efficacy and safety comparison of liraglutide, glimepiride and placebo, all in combination with metformin in type 2 diabetes: 2-year results from the LEAD-2 study. Diabetes Obes Metab. 2012 Sep 17. 4. A. Garber et al. on behalf of the LEAD-3 (Mono) Study Group*. Liraglutide, a once-daily human glucagon-like peptide 1 analogue, provides sustained improvements in glycaemic control and weight for 2 years as monotherapy compared with glimepiride in patients with type 2 diabetes. Diabetes, Obesity and Metabolism 13:348-356, 2011. 5. Zinman B et al. Efficacy and Safety of the human Glucagon-Like Peptide-1 Analog Liraglutide in Combination With Metformin and Thiazolidinedione in Patients With Type 2 Diabetes (LEAD-4 Met TZD). Diabetes Care 32:1224-1230, 2009. 6. D. Russell-Jones et al. on behalf of the Liraglutide Effect and Action in Diabetes 5 (LEAD-5) met+SU Study group. Liraglutide vs insulin glargine and placebo in combination with metformin and Sulphonylurea therapy in type 2 diabetes mellitus (LEAD-5 met+SU): a randomised controlled trial. Diabetologia. 2009 Oct; 52 (10): 2046-55. 7. Pratley RE et al. for the 1860-LIRA-DPP-4 Study Group. One year of liraglutide treatment offers sustained and more effective glycaemic control and weight reduction compared with sitagliptin, both in combination with metformin, in patients with type 2 diabetes: a randomised, parallel-group, open-label trial. Int J Clin Pract, April 2011, 65, 4, 397-407. 8. Bula do produto.

Informações resumidas do produto

Victoza[®] - liraglutida. Indicação: diabetes mellitus tipo 2 quando dieta e exercícios sozinhos não são suficientes. Victoza[®] pode ser usado em combinação com metformina, sulfonilureia, metformina e uma sulfoniureia, assim como metformina e uma glitazona. Uso adulto. Contraindicações: hipersensibilidade à liraglutida ou a qualquer excipiente. Advertências e Precauções: não é um substituto de insulina, portanto a mesma não deve ser descontinuada em pacientes dependentes de insulina. Não deve ser usado em pacientes com diabetes mellitus tipo 1 ou para o tratamento de cetoacidose diabética. A experiência em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (New York Heart Association – NYHA) classe I-II é limitada e nas classes III-IV ausente. A experiência em pacientes com doença inflamatória intestinal e gastroparesia diabética é limitada e Victoza[®], por isso, não é recomendado nestes pacientes. Se houver suspeita de pancreatite, Victoza[®] e outros medicamentos potencialmente suspeitos devem ser descontinuados. Pacientes tratados com Victoza[®] devem ser advertidos sobre o risco potencial de desidratação relacionado a efeitos colaterais gastrointestinais e a tomarem precauções para evitá-la. Substâncias adicionadas à solução de Victoza[®] podem causar degradação de liraglutida. Categoria de risco na gravidez: C. Victoza[®] não deve ser usado durante a gravidez e amamentação. Interações: O uso de Victoza[®] com insulina não foi avaliado. O pequeno prolongamento do esvaziamento gástrico causado pela liraglutida pode afetar a absorção de medicamentos orais administrados concomitantemente. Os pacientes em tratamento com Victoza[®] em combinação com sulfonilureia podem ter um risco aumentado de hipoglicemia. O risco de hipoglicemia pode ser diminuído pela redução na dose da sulfonilureia. Não é necessário fazer o ajuste de dose dos seguintes medicamentos, quando em uso concomitante com a liraglutida: paracetamol, atorvastatina, griseofulvina, digoxina, lisinopril, contraceptivos orais e varfarina. Posologia: A dose inicial é de 0,6 mg de liraglutida por dia. Após pelo menos uma semana, a dose deve ser aumentada para 1,2 mg. Não são recomendadas doses diárias maiores do que 1,8 mg. Victoza[®] pode ser adicionado ao tratamento existente com metformina ou metformina em combinação com tiazolidinediona. Victoza[®] pode ser adicionado ao tratamento existente com sulfonilureia ou metformina em combinação com sulfonilureia. Grupos específicos de pacientes: Não é necessário ajuste da dose com base na idade. A experiência em pacientes ≥ 75 anos de idade é limitada. Para pacientes com insuficiência renal leve, não é necessário ajuste de dose. Victoza[®] não é recomendado para pacientes com insuficiência renal grave. A experiência com pacientes com insuficiência hepática é muito limitada para recomendar o uso em pacientes com insuficiência hepática leve, moderada ou grave. Reações adversas: náusea e diarreia, hipoglicemia, anorexia, redução do apetite, dor de cabeça, vômito, dispepsia, gastrite, doença do refluxo gastroesofágico, distensão abdominal, dor na parte superior do abdome, constipação, flatulência, eructação, infecção das vias aéreas superiores, pancreatite, distúrbios da tireoide como neoplasia, aumento da concentração sanguínea de calcitonina e bócio. **A persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Registro MS: 1.1766.0028.** Este medicamento não deve ser utilizado em caso de hipersensibilidade à liraglutida ou qualquer um de seus excipientes. O uso simultâneo com uma sulfonilureia pode aumentar o risco de hipoglicemia.

**mudando
o diabetes[®]**

© Novo Nordisk Farmacêutica do Brasil Ltda.
Av. Francisco Matarazzo, 1.500 - 13º andar - CEP: 05001-100 - São Paulo/SP - Brasil.
Disk Novo Nordisk: 0800 14 44 88
Janeiro de 2013

“Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde habilitados a prescrever e/ou dispensar”.



Prezados colegas cardiologistas,

O mês de abril de 2013 se revelou de grande relevância para a cardiologia brasileira.

Iniciamos uma série de programas que foram elaborados pela Diretoria da SBC no ano de 2012 e que começam a ser aplicados a partir deste mês, sendo alguns deles de significativa importância pelo impacto que terão junto à população brasileira, e que contribuirão de forma decisiva para modificar os indicadores de morbimortalidade cardiovascular no Brasil.

1) Acordo de Cooperação: SBC / MS / OPAS – Programa TECA A e TECA B

Assinamos o acordo de cooperação dos programas TECA A e TECA B entre a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), para capacitação de 2.500 profissionais de saúde, na atenção às emergências cardiovasculares e aplicação de técnicas de ressuscitação cardiopulmonar.

Nesse contexto, após a solenidade de abertura do curso, realizada na sede da OPAS em Brasília, em 15 de abril de 2013, com a presença do presidente e diretores da SBC, e membros do MS e OPAS, foi iniciada a capacitação do primeiro grupo composto de 450 profissionais no centro de treinamento de Salvador, com profissionais oriundos dos Estados das regiões Norte e Nordeste do Brasil. O segundo grupo, com 650 profissionais de saúde, iniciará a sua capacitação a partir de 2 de maio de 2013, nos centros de treinamento da SBC no Rio de Janeiro e São Paulo, oriundos das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. A meta estabelecida entre a SBC e o MS é de que esse primeiro grupo com o total de 1.100 profissionais tenha a sua capacitação concluída até o início da Copa das Confederações em junho de 2013.

A partir desta data será iniciada a capacitação do segundo grupo de 1.500 profissionais de saúde. A implantação desse programa está sendo coordenada por Sergio Timmermann, Manoel Canesin e Jorge Chamas.

É nosso entendimento que essa ação, após ser cumprida, estará abrindo a perspectiva de que progressivamente um maior número de profissionais de saúde possa ser capacitado e com isso estaremos impactando de forma positiva nos indicadores de saúde em relação às doenças cardiovasculares no Brasil.

2) Acordo de Cooperação: SBC / Governo do Estado de São Paulo – Programa SBC vai à Escola – Alimentação Saudável

Após assinatura do acordo de cooperação entre a SBC e o governo do Estado de São Paulo, para o programa SBC vai à Escola – Alimentação Saudável, foi iniciada neste mês de abril, sob a coordenação de Carlos Machado e Ieda Jatene, a primeira fase de implantação do programa através do treinamento de professores, educadores, instrutores de ensino e diretores de 128 escolas públicas de São Paulo quanto à importância dos fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Está prevista no programa a disseminação junto aos alunos, em um total de cinco mil, nesta primeira fase, das informações a respeito da importância dos fatores de risco para a ocorrência das doenças do coração com ênfase em alimentação saudável, obesidade, sedentarismo, excesso de sal nos alimentos, prática de tabagismo, alcoolismo, pressão arterial e gorduras no sangue.

A expectativa é de que possamos desenvolver para essas crianças e adolescentes mensagens de fácil entendimento que possibilitem criar precocemente a cultura da prevenção das doenças cardiovasculares como forma de evitar a sua ocorrência no futuro, e que ainda essa jovem população, a partir desse conhecimento, se transforme em um importante instrumento de influência para modificação de fatores de risco na família.

3) Curso Nacional de Reciclagem em Cardiologia – Universidade Corporativa SBC

A implantação do Curso Nacional de Reciclagem em Cardiologia, através da Universidade Corporativa, se transformou em um valioso instrumento de Educação Continuada a distância que a SBC passou a disponibilizar para os cardiologistas brasileiros, com extensão a médicos de diversas especialidades clínicas e os que atuam na atenção básica da saúde pública.

O Curso de Reciclagem a distância disponibiliza mais de 200 aulas, gravadas em vídeo e distribuídas em módulos: Aterosclerose coronariana, Hipertensão arterial, Arritmias, Emergências cardiovasculares, Insuficiência cardíaca, Miocardiopatias e valvopatias, Fisiologia, Semiologia, Epidemiologia etc.

Idealizado e conduzido por Gláucia Moraes e Antonio Carlos Carvalho e implementado há menos de dois meses, o curso

obteve neste mês de abril mais de 650 inscritos, o que reflete o interesse da classe médica brasileira e dos associados.

Será nosso propósito disponibilizar o curso para o Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de Saúde para que possa servir de instrumento de fácil acesso através da web, iPads, iPhones ou smartphones aos médicos da rede pública de saúde como contribuição à sua atualização.

Dessa forma, estarão esses médicos de atenção básica mais bem qualificados para o enfrentamento das doenças cardiovasculares no Brasil.

Essas são algumas dentre outras ações que nos orgulhamos de ter desenvolvido neste último ano de atividades, juntamente com a Diretoria da SBC, e contando com a dedicação de um grande número de colegas que emprestam o seu tempo e o seu conhecimento para que possamos cumprir a missão que é de todos nós cardiologistas brasileiros: a de contribuir da melhor forma para controlar a morbimortalidade cardiovascular no Brasil.

Abraços,



Jadelson Andrade
Presidente da SBC
jadelson@cardiol.br

JORNAL SBC



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
Núcleo Interno de Publicações

Projeto Gráfico e Diagramação
SBC - Tecnologia da Informação e Comunicação
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

Filiada à Associação Médica Brasileira



ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

Caros associados,

A Sociedade Brasileira de Cardiologia vem trabalhando incansavelmente para manter o nosso cadastro de sócios atualizado, porém, temos percebido que muitas das correspondências encaminhadas retornam à nossa Sede com a informação de endereço insuficiente ou mesmo sobre uma eventual mudança de endereço.

A Diretoria Administrativa, em conjunto com a Diretoria Financeira, aproveitam este espaço e conclamam todos os associados, a recadastrar seus dados (endereço, telefone profissional e residencial, celular, e-mail pessoal etc.). O associado em dia com as suas obrigações estatutárias gozam de direitos e benefícios tais como: acesso aos nossos periódicos, Consultório Digital (excelente ferramenta para administração de consultório), valores diferenciados em inscrições nos nossos eventos e nos eventos internacionais, homepage pessoal, e-mail personalizado etc.

O seu contato é importante e imprescindível para nós. Esperamos a sua ligação, ou se preferir envie-nos um e-mail com a sua atualização cadastral ou acesse a página específica para este fim no Portal Cardiol: <http://socios.cardiol.br/site/atualizacao/default.asp>. Abaixo seguem os meios de comunicações, cujos colaboradores estarão sempre atentos e a postos para recebê-lo e proporcionar o tratamento personalizado que nossos associados merecem.

Meios de contato:

☎ (21) 3478-2754 | (21) 3478-2757 | (21) 3478-2758

E-mail: sbc@cardiol.br

Cordialmente,

Marcelo Souza Hadlich
Diretor Administrativo
Sociedade Brasileira de Cardiologia

Eduardo Nagib Gaudi
Diretor Financeiro
Sociedade Brasileira de Cardiologia

Apresentação da *Carta do Rio* no Congresso EuroPrevent causa impacto na cardiologia europeia

Representando o presidente da SBC, Jadelson Andrade, Glaucia Moraes, presidente da Socerj, apresentou os dados da Carta do Rio no Congresso Europeu de Prevenção, em Roma, com grande repercussão

A apresentação dos dados das recomendações da *Carta do Rio* por Glaucia Moraes – presidente da Socerj e coordenadora da Universidade Corporativa SBC, no Congresso EuroPrevent, promovido pela Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) –, representando o presidente da SBC, Jadelson Andrade, no dia 19 de abril de 2013, em Roma – Itália, causou grande impacto entre os cardiologistas presentes, bem como nas principais lideranças de prevenção cardiovascular da Europa e de vários países do mundo integrantes do “Fórum de Aliança Global em Prevenção Cardiovascular” realizado durante o congresso.

Ainda como parte do Fórum Global ocorreu a reunião de debates sobre ações a serem desenvolvidas em todo o mundo visando redução nos índices epidemiológicos da mortalidade cardiovascular global.

Participaram da reunião o presidente do Congresso EuroPrevent, Stephan Gielen, da Alemanha, também presidente da Associação Europeia para Prevenção Cardiovascular David Wood, responsável pela implantação da Aliança Global para Prevenção Cardiovascular; Diretora do Departamento de Doenças Não Comunicáveis da WHO S. Grace, coordenadora do International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, Toronto Canadá; e Glaucia Moraes, representando a Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Durante a reunião, Glaucia Moraes apresentou os dados do Programa Nacional de Prevenção Cardiovascular desenvolvido pela SBC e que está sendo implantado no Brasil. Foram bastante elogiadas na reunião as ações que compõem o programa de Prevenção da SBC, as relações com o governo brasileiro através do Ministério da Saúde, as ações com as crianças e adolescentes através do programa SBC vai à Escola,

que está sendo implementado com o governo do Estado de São Paulo.

Ainda durante a reunião do Fórum Global foram discutidas várias ações a serem implementadas em Prevenção Cardiovascular na América Latina com a liderança do Brasil envolvendo SBC, AHA, SIAC e ESC.

Dentre as propostas apresentadas e aprovadas na reunião do Fórum Global para implantação na América Latina algumas merecem destaque:

- 1) Criar no Brasil e na América Latina ações para alcançar o 25/2025 com o tema: “Como Transpor para a prática clínica as resoluções da *Carta do Rio* e recomendações da WHO”.
- 2) Fóruns de debates para estabelecer metas e ações para uma Aliança na América Latina em Prevenção Cardiovascular
- 3) Criar Fóruns Multidisciplinares para discussão da Prevenção Cardiovascular com todas as áreas de saúde.
- 4) Planos de discussão para envolvimento da Indústria Farmacêutica e de Equipamentos para auxiliar a alcançar as metas globais de redução da mortalidade.
- 5) Aplicação de programas de prevenção cardiovascular em toda a América Latina, visando o envolvimento de setores do governo junto à população na Prevenção Cardiovascular, tomando como base o modelo brasileiro.
- 6) Desenvolver ações para a melhor forma de sensibilizar e envolver todos os segmentos da mídia na ampla divulgação dessas metas na América Latina.
- 7) Ampliar para toda a América Latina ações para envolvimento das crianças e adolescentes na prevenção cardiovascular, tomando como base o Programa SBC vai à Escola – Alimentação Saudável implementado pela SBC em São Paulo.

O presidente da SBC, Jadelson Andrade, considerou de extrema relevância o resultado da reunião do Fórum Global em Prevenção Cardiovascular, realizado no EuroPrevent em Roma. Destacou a relevância do assunto e o alto nível dos participantes do encontro, líderes da prevenção cardiovascular mundial. Finalizou ressaltando a importância da inserção pela primeira vez da SBC nesse contexto da Prevenção Cardiovascular Mundial, através da *Carta do Rio* e do Programa Nacional de Prevenção Cardiovascular da SBC.



Glaucia Maria Moraes representou Jadelson Andrade, presidente da SBC, na apresentação dos dados das recomendações da *Carta do Rio* no Congresso EuroPrevent



Integrantes do comitê de elaboração da *Carta do Rio de Janeiro*

Assembleia discutirá proposta da criação da categoria de “Sócio Acadêmico”

Projeto de Fernando Costa poderá beneficiar dois mil estudantes de Medicina que planejam se especializar em cardiologia

O coordenador do Programa de Inclusão da SBC, Fernando Alves da Costa, concluiu o projeto que cria a categoria de “Sócio Acadêmico” na SBC, que será apresentado à discussão e votação durante a Assembleia dos Delegados que ocorrerá por ocasião do 68º Congresso de Cardiologia no Rio de Janeiro em setembro de 2013. O objetivo da proposta é aproximar o acadêmico e futuro cardiologista da entidade, como, especialmente, criar a oportunidade para que sua formação como futuro especialista seja facilitada pelo acesso a todos os serviços oferecidos pela SBC.

Fernando Costa explica que a cada ano o Brasil forma cerca de 16 mil médicos, dos quais entre 500 e mil pretendem se especializar em cardiologia.

Muito conteúdo

“Esses futuros colegas serão muito beneficiados se, como sócios acadêmicos, tiverem acesso aos Arquivos

Brasileiros de Cardiologia, à quantidade imensa de informação científica que pode ser alcançada através do Portal www.cardiol.br, às revistas científicas”, diz ele, “e a formação desses futuros cardiologistas será facilitada se tiverem acesso às aulas da Universidade Corporativa, e as Diretrizes que, cada vez em maior número são produzidas pela SBC. Outra oportunidade para os acadêmicos seria a possibilidade de obter descontos especiais para participarem dos eventos científicos da SBC que, se somando os realizados pelas sociedades estaduais, departamentos e grupos de estudos, ultrapassam os 600 eventos anuais”.

Jovem cardiologista

A proposta complementa a do “Jovem Cardiologista” que, também implementada recentemente, trouxe para a SBC os médicos já formados que postulam o título de cardiologista e que estão trabalhando como residentes,

fazendo estágios, cursos de especialização, preparando seu doutorado, isto é, melhorando sua qualificação, mas que ainda não detêm o título de especialista.

Ao propor à Assembleia de Delegados o projeto de mudança estatutária para abrir as portas da SBC ao sócio acadêmico, Fernando Costa entende que a sociedade estará promovendo uma nova perspectiva, contribuindo precocemente para o aprendizado do acadêmico de medicina, sobretudo aqueles no último ano da fase de graduação e que já fizeram a sua opção para a área da cardiologia, finaliza.



Fernando Alves da Costa, Coordenador do Programa de Inclusão da SBC

Programas das SBC foram apresentados ao secretário de Saúde do Estado de São Paulo

No encontro, Jadelson Andrade, presidente da SBC, e o secretário de Saúde, Giovanni Cerri, iniciaram propostas de parceria entre a SBC e a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

O secretário de Estado da Saúde de São Paulo, Giovanni Guido Cerri, recebeu em audiência o presidente da SBC, Jadelson Andrade, o presidente eleito, Angelo de Paula e o diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular, Carlos Alberto Machado.

Na primeira parte do encontro, a diretoria da SBC agradeceu ao secretário Giovanni Cerri a importante contribuição que a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo vem oferecendo à SBC, especificamente na oferta de cem mil cartilhas explicativas sobre os Dias Temáticos promovidos pela SBC ao longo de cada ano. As cartilhas são distribuídas na rede da Atenção Básica de Saúde. Jadelson enfatizou também o início das atividades do Programa "SBC vai à escola – Alimentação Saudável", cujo acordo de cooperação foi assinado no Palácio dos Bandeirantes em São Paulo em fevereiro de 2013, entre a SBC e o Governo do Estado de São Paulo, com a presença do governador Geraldo Alckmin e os secretários de Educação e da Saúde.

Na segunda parte da reunião, o presidente da SBC, Jadelson Andrade, iniciou a apresentação dos programas desenvolvidos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e que vêm sendo implementados progressivamente pelo Ministério da Saúde, em parceria com a SBC. Dentre os programas, o presidente apresentou o TECA A e TECA B, o Programa Nacional de Qualificação de Médicos na Prevenção e Atenção Integral as Doenças Cardiovasculares e o Programa Nacional de Reciclagem

em Cardiologia a Distância, editado pela Universidade Corporativa.

O diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular da SBC, Carlos Alberto Machado, detalhou todos os aspectos dos programas TECA A e TECA B, desenvolvidos pela SBC, e ressaltou a sua importância para a capacitação dos profissionais da rede de Saúde Pública do Estado de São Paulo na atenção às emergências cardiovasculares e nas técnicas de ressuscitação Cardiorrespiratória. Após a exposição, o secretário Giovanni Cerri determinou aos assessores da secretaria de Saúde presentes à reunião que iniciem todas as gestões necessárias junto à SBC para a implementação dos programas TECA A e TECA B no Estado de São Paulo.

Dentro deste mesmo prisma, após ouvir o teor dos outros dois programas da SBC, o secretário solicitou aos seus assessores que igualmente dessem início a gestões junto à diretoria da SBC para avaliar a implementação do Programa de Qualificação de Médicos da Rede Pública de São Paulo e que fosse complementado com o curso de Reciclagem em Cardiologia a Distância da Universidade Corporativa da SBC.

O presidente eleito, Angelo de Paula, destacou a importância destes programas para melhoria da qualidade da Assistência Básica à Saúde, que certamente trará grande impacto nos indicadores de saúde do

Estado de São Paulo, assegurando a sua continuidade na sua futura gestão.

O presidente, Jadelson Andrade, enfatiza que esses encontros com secretários Estaduais de Saúde serão progressivamente realizados pela Diretoria da SBC em todos os estados com a proposta de disseminar esses programas, visando a implementação de programas em todo o país.



Foto: Divulgação Secretaria Estadual da Saúde de SP

Giovanni Cerri, secretário de Saúde do Estado de São Paulo

SBC e o Ministério da Saúde iniciam a capacitação de profissionais da saúde pública no programa TECA

Primeiro curso, no centro de capacitação em Salvador (INESS) iniciou as atividades com a meta de capacitar 450 alunos em emergências cardiovasculares – TECA A e TECA B

Foi iniciado no dia 15 de abril, no Centro de Treinamento credenciado da SBC na Bahia, o INESS, o curso de capacitação em TECA A e TECA B, para 450 médicos e enfermeiros da saúde pública, primeiro passo para o ambicioso programa que aliou a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) no desafio de capacitar 2.500 profissionais de saúde nas técnicas de atendimento às emergências cardiovasculares e ressuscitação cardiorrespiratória.

A abertura oficial do programa ocorreu também no dia 15 de abril, na sede da OPAS, em Brasília, com a presença de diretores e secretários do Ministério da Saúde, diretores da OPAS, do presidente da SBC, Jadelson Andrade, do diretor de Relações Governamentais da SBC, Daniel Daher, além dos presidentes de sociedades de especialidades e numerosos diretores de hospitais centros de saúde.

O presidente da SBC, Jadelson Andrade, ao falar na solenidade informou acerca do início das atividades do

curso no centro em Salvador, onde serão capacitados profissionais de saúde pública da Bahia e dos demais estados da região Norte e Nordeste. Informou ainda que as atividades dos dois centros de capacitação da SBC, Rio de Janeiro e São Paulo, iniciarão as atividades em maio de 2013. Nestes centros serão capacitados 650 profissionais de saúde do Rio de Janeiro, São Paulo e demais estados da região Sul, Sudeste e do Distrito Federal.

Esta primeira etapa que capacitará um total de mil profissionais de saúde será concluída antes da Copa das Confederações, conforme meta estabelecida entre a SBC, OPAS e Ministério da Saúde.

Um dos coordenadores do curso, Jorge Chamas, enfatiza que, além da presença e orientação de instrutores capacitados, o aluno realiza um pré-teste de avaliação do seu conhecimento do assunto, é submetido a um treinamento intensivo por meio de aulas teóricas e práticas com utilização de manequins com recursos técnicos de padrão internacional, nos quais é treinada a reanimação cardiorrespiratória e permite a identificação dos sintomas

de parada cardiorrespiratória. Após o curso são realizados testes de avaliação e emissão de certificados para aqueles que atingiram índices de aprovação.

Complementando toda estas atividades, os alunos recebem previamente ao curso exemplares do livro TECA A e TECA B produzidos pela SBC.

Na avaliação dos coordenadores nacionais do TECA, Sergio Timermann e Manoel Canesim, e do diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular da SBC, Carlos Machado, este acordo de cooperação assinado entre a SBC e o Ministério da Saúde trará um significativo impacto na capacitação de profissionais da rede de saúde pública do país, ao estarem aptos a realizarem manobras de ressuscitação cardiorrespiratória conforme preconizado pelas diretrizes.

Jadelson Andrade finaliza afirmando que este é o início de mais uma ação de parceria entre o Ministério da Saúde e a SBC visando melhorar progressivamente a atenção as doenças cardiovasculares no Brasil.

Campanha da SBC vai focar no combate à hipertensão na criança

Cartilha de orientação será enviada por via eletrônica para que cada Estado busque patrocínio para a impressão e distribuição local

O “Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial” será dirigido, este ano, para o público jovem, decorrência da preocupação da SBC com o fato de que de 6% a 8% das crianças brasileiras já são hipertensas. E na maioria das vezes nem sabem que têm a doença já que não existe uma cultura de medir a pressão arterial na infância e adolescência.

A campanha deste ano será desenvolvida em todas as unidades SUS do Brasil e, na SBC, a Diretoria de Promoção de Saúde Cardiovascular já disponibilizou o PDF da cartilha especialmente desenvolvida para todas as Regionais da entidade e para os Cosems (Conselhos de Secretários Municipais de Saúde). “Com a cartilha eletrônica disponível em modo de impressão os cardiologistas de cada Estado poderão buscar patrocínio para o folheto e imprimir a quantidade necessária para a campanha local”, explica o diretor Carlos Alberto Machado. A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, por exemplo, se propôs a imprimir 100 mil cartilhas.

Aula online

“Gravamos uma aula para mostrar como é medida a pressão arterial de uma criança adequadamente”, explica Machado, pois a pressão arterial aferida

precisa ser cotejada com uma tabela com idade, estatura e sexo, para que o diagnóstico de hipertensão seja feito, e muitos médicos não têm o conhecimento adequado. Com a campanha, a SBC espera que a hipertensão na criança passe a ser identificada e combatida precocemente e não como agora, quando geralmente é diagnosticada após complicação renal, vascular ou cardiológica.

Cartilha

A Cartilha, base da campanha, apresenta a SBC, mostra a missão que encampou de ajudar a população a prevenir os fatores de risco para doenças cardiovasculares e lembra que 17,5 milhões de pessoas morrem a cada ano de doenças cardiovasculares. O material enfatiza ainda que, no Brasil, essas doenças matam 820 pessoas por dia, 30 por hora, o que significa uma a cada 2 minutos. O texto ressalta que as crianças obesas – e a obesidade infantojuvenil é problema emergente no Brasil – têm oito vezes mais chance de se tornarem hipertensas e explica detalhadamente o que é uma vida saudável, seja do ponto de vista nutricional, seja no que tange à necessidade de vencer o sedentarismo e até mesmo a evitar os efeitos do fumo passivo.



Começa capacitação de professores para o programa SBC vai à escola

Diretoria de Promoção de Saúde Cardiovascular e Comitê da Criança prepararam as aulas e videoconferências a serem transmitidas via Rede do Saber

A Diretoria de Promoção de Saúde Cardiovascular iniciou as aulas de qualificação para diretores, professores, educadores pedagógicos e também merendeiras de 128 escolas estaduais do Estado de São Paulo. Eles irão implementar o programa para que 13 mil crianças recebam orientação para uma vida saudável e para que sejam eliminados os sete fatores de risco para as doenças do coração. A capacitação presencial foi na Escola de Formação e Aperfeiçoamento dos Professores – EFAP, da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo, também transmitida por videoconferências através da Rede do Saber.

O programa resulta de um convênio com a Secretaria de Estado da Educação e é um projeto-piloto, pois, segundo Carlos Alberto Machado, até o fim do ano a mensagem de saúde cardiológica será estendida às 5,5 milhões de crianças da rede estadual de ensino. “Isso é apenas o primeiro passo, pois num segundo momento começaremos a replicar o programa nos demais Estados”.

Capacitação

A capacitação dos educadores é feita com aulas presenciais e videoconferências preparadas sob

orientação da Diretoria de Promoção de Saúde Cardiovascular e do Comitê da Criança, coordenado por Ieda Jatene. O treinamento enfatiza a necessidade de atividade física regular, de alimentação saudável, evitando a obesidade, e de evitar o fumo passivo, com o que se espera que cada criança se torne um agente de saúde para que seus genitores deixem o tabagismo.

“**A capacitação dos educadores é feita com aulas presenciais e videoconferências preparadas sob orientação da Diretoria de Promoção de Saúde Cardiovascular e do Comitê da Criança**”

A Secretaria da Educação, que se engajou entusiasticamente no projeto, ofereceu a Rede do Saber para difundir as videoconferências interativas. As Diretorias Regionais de Ensino em São Paulo reúnem professores e educadores pedagógicos em seus auditórios dotados de recursos de videoconferência, distribuídos por todo o Estado, e as dúvidas e perguntas são respondidas imediatamente, online.

Avaliação constante

Oficinas presenciais são promovidas na EFAP e a SBC tem o cuidado de realizar uma avaliação do risco cardíaco dos pais dos estudantes, antes e depois da realização do programa, para que se possa aferir sua efetividade e fazer eventuais correções de rumo.



CANDIDATE-SE A EDITOR-CHEFE DOS ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA

Prezado Associado,

A Sociedade Brasileira de Cardiologia promove o “II Concurso para Seleção do Editor-Chefe dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia”, órgão oficial de divulgação científica da entidade, revista de publicação mensal, indexada e referenciada internacionalmente. As demandas para preenchimento desta função estão descritas abaixo. O período de atuação é quadrienal (2014/2017) com possibilidade de uma renovação futura, mediante submissão a um novo concurso, sendo esta gestão remunerada (R\$ 5.000,00). Confira o fluxograma temporal de datas-alvo e demandas dedicadas às diversas etapas do concurso.

Qualificações necessárias:

- Ser associado adimplente (vigência 2013) da SBC (≥ 10 anos);
- Possuir o Título de Especialista em Cardiologia ou Cirurgia Cardiovascular ou Cardiologia Pediátrica;
- Ter fortes qualificações acadêmicas na área de Cardiologia, incluindo o Título de Doutor;
- Ter conhecimento amplo e profundo da medicina cardiovascular, suas tendências e avanços recentes;
- Ter demonstrado habilidade em administração e em liderança;
- Ter experiência em escrever, editar e revisar artigos para publicações escritas ou eletrônicas bem como habilidade em planejar, coordenar e lidar com tarefas associadas;
- Ter habilidade em informática, incluindo capacidade de lidar com novas tecnologias de comunicação e implementar avanços na dinâmica da revista;
- Ter familiaridade com as ações da SBC;
- Ter conhecimento e experiência em metodologia científica;
- Ter disponibilidade de tempo necessário para completar as tarefas afins;
- Ter isenção de potenciais conflitos de interesses/éticos que possam limitar a independência do processo editorial;
- Ter comprovação como revisor de periódicos científicos, dedicados à doença cardiovascular, de indexação internacional.

Informações e formulários:

Formulário:

O formulário de inscrição eletrônico estará disponível no portal dedicado aos Arquivos Brasileiros de Cardiologia (www.arquivosonline.com.br) do dia 16 de maio a 17 de junho de 2013. Os pré-selecionados (candidatos que comprovaram as demandas necessárias e obrigatórias) serão divulgados até o dia 4 de julho de 2013 também no portal eletrônico dedicado (www.arquivosonline.com.br).

O candidato deve anexar junto ao formulário:

- Sumário escrito do seu projeto de gestão em até 10 páginas, fonte Arial, corpo 12, espaçamento 1,5;
- Currículo Lattes completo;
- Declaração de comprovação como revisor de periódicos científicos, dedicados à doença cardiovascular, de indexação internacional;
- Texto respondendo aos pré-requisitos (qualificações necessárias), dispostos acima, explicitando suas experiências em cada item.

Processo seletivo:

A primeira fase de seleção definirá até 5 candidatos, que serão divulgados no portal eletrônico dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia até o dia 22 de julho de 2013.

A segunda fase de seleção ocorrerá no dia 12 de agosto de 2013, na sede da SBC de São Paulo. Os candidatos farão uma apresentação oral de 15 a 20 minutos sobre as propostas de gestão seguida de arguição oral.

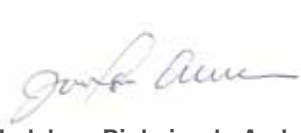
Resultado:

Será divulgado no dia 28 de setembro de 2013, a partir das 19h30, na Cerimônia de Abertura do 68º Congresso Brasileiro de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ.

Comissão de Seleção do “II Concurso para Editor-Chefe dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia (Gestão 2014/2017)”:

Luiz Alberto Piva e Mattos (SP) / Diretor Científico
Carlos Alberto Suaide (SP) / Diretor de Comunicação
Alfredo José Mansur (SP) / Editor Passado
Lucia Campos Pellanda (RS) / Conselho Deliberativo
Fábio Villas-Boas (BA) / Editor Passado

Cordialmente,



Jadelson Pinheiro de Andrade
Presidente SBC



Luiz Alberto Piva e Mattos
Diretor Científico SBC

68º Congresso da SBC deverá ter número recorde de participantes

Quase oito mil congressistas são esperados. Expositores, acompanhantes e organizadores de eventos elevarão participantes a cerca de 12 mil

Além da imensa importância científica, o Congresso Brasileiro de Cardiologia, no Rio de Janeiro, tem grande relevância econômica. Só de diárias de hotéis serão despendidas 25 mil, mais de 100 veículos entre ônibus, vans e automóveis serão empregados no transporte dos congressistas e 100 empresas expositoras ocuparão uma área de 3.000 m² para a exibição de produtos.

Esses números, revelados pelo diretor financeiro da SBC, Eduardo Nagib Gai, ilustram o trabalho dos organizadores do evento. “Tudo implica longas discussões com os hotéis para conseguir tarifas mais baixas numa das cidades cuja rede hoteleira tradicionalmente tem preços altos”, explica. Negociações com as empresas transportadoras e ainda reuniões com a administração do Riocentro, que teve que sofrer adaptações para atender as necessidades da SBC, principalmente em relação ao número de auditórios.

Características específicas

As necessidades são as mais variadas possíveis, desde contratação de tradutores simultâneos em número suficiente para cobrir todas as conferências feitas

em inglês e espanhol, por exemplo, até negociação com restaurantes para escolher qual a empresa que oferecerá refeições aos congressistas e com que tipo de cardápio e a que preço, passando pelo convite, confirmação e emissão de passagens aéreas para os convidados internacionais.

A organização de um congresso desse porte é tão complexa, que o *staff* da SBC e o do presidente do Congresso, Roberto Esporcatte, começaram a programá-lo ainda em 2011.



Viabilização econômica

O problema não é apenas contratar os serviços, conta Eduardo Nagib, mas viabilizar economicamente o evento, que é extremamente caro, mantendo porém o valor das inscrições num nível razoável para os associados. Para isso a venda das áreas para os stands dos expositores é muito importante e realizada sempre num evento para o qual são convidados os gerentes de marketing das empresas que têm interesse na cardiologia. “Também é importante a realização de simpósios satélites, serão 15 no Congresso”, lembra Esporcatte, e demais atividades científicas patrocinadas.

Trabalho constante

Para os organizadores do congresso anual da SBC, o momento em que ele finalmente começa, com o credenciamento dos inscritos e o início das conferências, é apenas um instante de satisfação, de sentimento de dever cumprido, que imediatamente é substituído pela preocupação com o novo Congresso, pois começa a contagem regressiva para o Congresso Brasileiro de Cardiologia de 2014.

Agenda Científica do 68º Congresso da SBC/2013 está finalizada

Seguindo o cronograma estabelecido previamente, o presidente da CECon/2013, confirma a finalização da construção da agenda científica do próximo congresso da nossa Sociedade. “A primeira etapa, mais laboriosa, foi consolidada no final de março passado”, afirmou Luiz Alberto Mattos, Presidente da CECon/2013.

A agenda buscou atender as sugestões e aprimoramentos sempre necessários após a finalização deste “megaevento” de cardiologia brasileira e mundial. “Aumentamos expressivamente o número de sessões envolvendo múltiplos cardiologistas que atuam nas diferentes áreas da doença cardiovascular”, afirmou Luiz Mattos. Essas sessões reúnem os principais dilemas, atualizações e debates da cardiologia vigente, congregando clínicos, métodos de imagem e complementares e aqueles que atuam em diversos métodos de intervenção, sejam cardiologistas intervencionistas, eletrofisiologistas ou cirurgões cardiovasculares.

A nova agenda científica “edição 2013” se tornou mais regular, composta de quatro módulos diários de 90 minutos cada, dois pela manhã (9h00-10h30 e 11h00-12h30) e dois vespertinos (15h00-16h30 e 17h00-18h30), se iniciando no domingo 29 de setembro e

finalizando na terça-feira 1º de outubro, às 14 horas, com a dinâmica sessão “Superdiretrizes em Debate”.

O programa contempla todas as áreas principais da cardiologia, seja pediátrica, da mulher, intervencionista e cirurgia, direcionadas para o interesse predominante clínico, do público alvo e assistente do evento.

O evento será desenvolvido por meio de mesas-redondas, as âncoras majoritárias, explorando atualização baseado nas evidências mais recentes, discutindo as fronteiras do conhecimento.

“**Aumentamos expressivamente o número de sessões envolvendo múltiplos cardiologistas que atuam nas diferentes áreas da doença cardiovascular**”

Adicionadas por colóquios, discutem-se controvérsias, atualização de ensaios clínicos recentes e as novas sessões de casos clínicos editados, coordenados por Vinicius Esteves.

“Os convites para os quase 400 palestrantes serão expedidos a partir de meados de maio e a agenda científica finalizada será exposta no portal da SBC a partir de então”, afirma Luiz Mattos.

Não perca esta oportunidade única de reciclagem de conhecimentos que a SBC proporciona ao seu associado, emoldurada pela beleza incontestável do Rio de Janeiro.



Luiz Alberto Piva e Mattos
Diretor Científico da SBC
lmattos@cardiol.br

Novidade no 68º Congresso da SBC: Discussão Interativa de Casos Clínicos

Os auditórios contarão com equipamentos eletrônicos de interatividade, onde os presentes poderão participar ativamente dos debates

O objetivo dessa nova atividade é levar para dentro dos auditórios casos clínicos que representem o dia a dia do cardiologista brasileiro, seja no âmbito ambulatorial ou hospitalar, promovendo discussões e esclarecendo potenciais dúvidas dos participantes.

Serão 12 temas pré-selecionados, contemplando os mais frequentes e atuais tópicos da cardiologia, como doença arterial coronariana, arritmias, valvopatias, síndrome coronariana aguda e cardiopatias estruturais. O foco é explorar os dilemas vigentes na prática clínica diária dos médicos e cardiologistas.

Esses casos serão discutidos em um auditório dedicado do Riocentro/Rio de Janeiro, presentes nos três primeiros módulos de horários da agenda científica do evento (9h00-10h30; 11h00-12h30 e 15h00-16h30), no domingo e segunda-feira do evento, respectivamente (29 e 30 de setembro).

"Nosso objetivo é ofertar um foro de discussão direto entre o apresentador, os debatedores e a plateia interessada", afirma Vinicius Esteves (SP), coordenador dessa nova sessão científica da SBC/2013; "apresentação e debate esse evoluindo de maneira

organizada, com método que propicie a absorção do conhecimento, mas em um ambiente de menor formalidade, ao contrário do observado nas aulas convencionais", completa o coordenador.

"Teremos o amparo da interatividade para estimular as dúvidas, e mediante respostas tutoradas, explorar as múltiplas possibilidades existentes no armamentário diagnóstico e terapêutico cardiovascular", afirma Vinicius Esteves.

Convidamos um time de especialistas robusto, com vasta experiência para apresentar, moderar

e debater os temas; e para enriquecer ainda mais as discussões, os auditórios contarão com equipamentos eletrônicos de interatividade, onde os presentes poderão participar ativamente dos debates. Os moderadores também serão orientados a motivar discussões e buscar opiniões do auditório, valorizando ainda mais a sua presença, cardiologista.

Estimulamos sua presença. Não perca mais essa oportunidade de renovação de conhecimentos que a SBC irá ofertar na vigência do 68º Congresso Brasileiro de Cardiologia / 2013.

“Nosso objetivo é ofertar um foro de discussão direto entre o apresentador, os debatedores e a plateia interessada”



Vinicius Esteves,
coordenador da nova
sessão científica
"Discussão Interativa
de Casos Clínicos"

O menor gravador de Holter do mundo.

O mais poderoso software de análise de Holter.

A maior central de análise da América Latina.

Sem pagar nada mais por tudo isso.

CONTRATE JÁ!

0800 6 HOLTER

0800 6 465837



SÃO PAULO
Av. Paulista, 726
0800 646 5837

GOIÂNIA
Av. 85, n.1760
62 3087-0045

BRASÍLIA
SRTVS, QD 701,
0800 646 5837



www.TMEbr.com

facebook.com/TelemedicinaBr

Sessões Internacionais conjuntas no 68º Congresso da SBC/2013 irão explorar as fronteiras do conhecimento

Doze sessões conjuntas internacionais irão explorar as fronteiras do conhecimento do diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares. "Procuramos otimizar ao máximo estas oportunidades únicas de parceria com as mais reconhecidas entidades de cardiologia do mundo", afirma o presidente da CECon/2013, Luiz Alberto Mattos.

American College of Cardiology, American Heart Association, European Society of Cardiology, Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Sociedade Interamericana de Cardiologia e Sociedade Argentina de Cardiologia em destaque na vigência do 68º SBC/2013/Rio de Janeiro.

“Procuramos otimizar ao máximo estas oportunidades únicas de parceria com as mais reconhecidas entidades de cardiologia do mundo”

Confira a programação e venha participar dos debates mais atuais da doença cardiovascular

DOMINGO – 29/9/2013

9h00-10h30

Sessão Conjunta Internacional – Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)

Auditório 6(500)

As Novas Diretrizes da ESC – Primeira Parte

An Update of ESC Guidelines – I

9h00-9h15

Hipertensão Arterial

Hypertension

9h30-9h45

Diabete Melito

Diabetes

10h00-10h15

Doença Arterial Crônica

Chronic Coronary Artery Disease

Mesa-Redonda

11h00-12h30

Sessão Conjunta Internacional – Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)

Auditório 6(500)

As Novas Evidências dos Ensaios Clínicos Mais Recentes / ESC/2013/Amsterdam

Late Breaking Trials Summit from ESC Meeting/2013/Amsterdam

11h00-11h15

Insuficiência Cardíaca

Heart Failure

11h20-11h35

Arritmias

Arrhythmias

11h40-11h55

Cardiologia Intervencionista

Interventional Cardiology

12h00-12h15

Doença Arterial Coronariana

Coronary Artery Disease

12h20-12h35

Atualização Registros ESC

An Update of the ESC Registries

SEGUNDA-FEIRA – 30/9/2013

Mesa-Redonda

9h00-10h30

Sessão Conjunta Internacional – Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)

Auditório 7(210)

As Novas Diretrizes da ESC – Segunda Parte

An Update of ESC Guidelines – II

9h00-9h15

Dispositivos de Suporte Elétrico: Marca-passos e Sucedâneos

Pacemakers and Beyond

9h30-9h45

Síndromes Coronarianas Agudas

Acute Coronary Syndrome

10h00-10h15

Doença Valvular

Valvular Heart Disease

Mesa-Redonda

11h00-12h30

Sessão Conjunta Internacional – Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)

Auditório 6(500)

Estratégias para Revascularização do Miocárdio Multiarterial

Strategies for Multivessel Myocardial Revascularization

11h00-11h15

Aplicação do Métodos de Imagem no Processo Decisório

Multivessel Revascularization: The role of Imaging in the Decision Making Process

11h15-11h30

Até Quando o Tratamento Medicamentoso é Possível?

Multivessel Revascularization: When is medical treatment enough?

11h30-11h45

Como Implementar as Recomendações das Diretrizes Vigentes

Multivessel Revascularization: How to implement the guidelines

11h45-12h00

Perspectivas do Cirurgião Cardíaco

Multivessel Revascularization: The Surgeon's Perspective

12h00-12h30h

Perguntas e Respostas

DOMINGO – 29/9/2013

Mesa-Redonda

15h00-16h30

Sessão Conjunta Internacional – American College of Cardiology (ACC) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)

Auditório 6(500)

Multimodalidade de Métodos de Imagem para Diagnóstico e Prognóstico da Doença Cardiovascular

Multimodality Imaging for Coronary Heart Disease Diagnosis and Prognosis

15h00-15h15

Estudos de Bioimagem Não Invasivos: Impacto na Prevenção Primária de Eventos Aterotrombóticos na População Assintomática

The High-Risk Plaque Non Invasive Bioimage Study: Impact on Primary Prevention of Atherothrombotic Events in the Asymptomatic Population

15h15-15h30

Diagnóstico de Isquemia Miocárdica: Medicina Nuclear ou Ecocardiografia de Estresse?

Diagnosis of Myocardial Ischemia: Nuclear Medicine or Stress Echocardiography?

15h30-15h45

Ressonância Nuclear Magnética na Prática Clínica Diária: Existe um Nicho Verdadeiro de Aplicação?

NMRI in the Daily Clinical Practice: There is a True Niche Application?

15h45-16h00

Angiotomografia Computadorizada para o Diagnóstico das Estenoses Coronarianas: Valorizando Suas Virtudes para uma Melhor Prescrição

Computed Tomographic for the Detection of Coronary Artery Stenosis: Valuing its Benefits for a Wise Prescription

16h00-16h15	Pesquisa da Viabilidade Miocárdica: Hierarquia de Eficácia dos Diversos Métodos de Imagem e Interpretação dos Resultados	11h00-11h15	Critical Appraisal from Sympathetic Renal Denervation	10h00-10h15	Cirurgia de Revascularização do Miocárdio na Vigência de Disfunção Ventricular Esquerda: As Reflexões Persistentes da Pesquisa STICH
	<i>Research of Myocardial Viability: Hierarchy of Effectiveness of the Various Methods of Imaging and Interpretation of their Results</i>	11h15-11h30	<i>Physiological Background for its Application</i>		<i>Myocardial Revascularization with Left Ventricular Dysfunction: Persistent Echoes from STICH Trial</i>
16h15-16h30	Perguntas e Respostas		Seleção de Candidatos Mediante Investigação Clínica e Métodos Complementares	10h15-10h30	Perguntas e Respostas
			<i>Patient Selection through Clinical Research and Complementary Methods</i>		
SEGUNDA-FEIRA – 30/9/2013					
Mesa-Redonda		11h30-11h45	Métodos e Técnicas para sua Aplicação: Qual Profissional Deverá Ser Habilitado a Realizar o Procedimento?	Mesa-Redonda	
15h00-16h30			<i>Methods and Techniques: Who Will be Responsible for Performing it?</i>	15h00-16h30	
Sessão Conjunta Internacional – American College of Cardiology (ACC) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)				Sessão Conjunta Internacional – Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)	
Auditório 6(500)	Estado da Arte na Intervenção Valvular	11h45-12h00	Sumário dos Resultados Imediatos em 2013	Auditório 7(210)	Estratégias de Reperusão e Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio em Destaque
	State of the Arte on Valvular Intervention		<i>Summary of In-Hospital Results in 2013</i>	15h00-15h15	Fibrinólise, Transferência ou Angioplastia Primária: Como, Quando e Como Implementar a Estratégia Mais Rápida e Eficaz para o Infartado
15h00-15h15	Seleção de Pacientes para Implante Transcateter de Bioprótese Aórtica: Quando Dizer “SIM” e Quando Dizer “NÃO”?	12h00-12h15	Resultados Tardios, Complicações/Limitações e Perspectivas Futuras	15h15-15h30	Prescrição da Angioplastia Coronariana após a Fibrinólise: Do Salvamento ao Procedimento Planejado
	<i>Patient Selection for Transcatheter Aortic Valve Implantation: When Say “GO” and When Must Say “STOP”?</i>	12h15-12h30	<i>Long Term Results, Complications / Limitations and the Future Perspectives</i>	15h30-15h45	Infarto do Miocárdio com Apresentação Superior a 12/24 horas: Critérios e Estratégias para Abordagem desses Pacientes
15h15-15h30	Análise Crítica e Enfrentamento das Complicações Relacionadas ao Implante Transcateter de Bioprótese Aórtica: Acidente Vascular Cerebral, Acesso Vascular e Leak Paravalvar			15h45-16h00	Implementação da Estratégia Invasiva e as Evidencias Dedicadas Recentes: Via de Acesso Arterial, Tromboaspiração e Contrapulsção Aórtica
	Critical Analysis and Correction of Complications Related to Transcatheter Aortic Valve Implantation: Stroke, Vascular Access and Paravalvar Leaks			16h00-16h15	Implante de Stent Emergencial no Infartado Multiarterial versus Cirurgia após a Fibrinólise: Estabelecendo Critérios para Escolha de um Método de Revascularização do Miocárdio
15h30-15h45	As Novas Indicações em Perspectiva do Implante Transcateter de Bioprótese Aórtica: Valve-In-Valve, Gradiente/Fluxo Baixo e Pacientes de Moderado Risco		Decisões Críticas no Tratamento da Doença Arterial Coronariana Baseado em Evidências	16h15-16h30	Perguntas e Respostas
	<i>New Clinical Indications for Transcatheter Aortic Valve Implantation: Valve-In-Valve, Low Flow/Low Gradient and Moderate Risk Patients</i>	09h00-09h15	Critical Decisions in the Treatment of Coronary Artery Disease Based on Evidence		
			Tratamento Clínico Otimizado versus Implante de Stents Coronarianos na Angina Estável: As Lições dos Ensaios COURAGE, MASS e FAME II	SEGUNDA-FEIRA – 30/9/2013	
15h45-16h00	Durabilidade Tardia do Implante Transcateter de Bioprótese Aórtica: As Evidencias Mais Recentes		Optimized Clinical Treatment versus Coronary Stent Implantation in Stable Angina: The Lessons of COURAGE, MASS II and FAME Trials	Mesa-Redonda	
	<i>Long-Term Follow-Up of Transcatheter Aortic Valve Implantation: The Latest Evidence of its Durability</i>	09h15-09h30	Implante de Múltiplos Stents Coronarianos versus Cirurgia de Revascularização na Doença Multiarterial: As Conclusões da Pesquisa SYNTAX aos 5 anos	15h00-16h30	
16h00-16h15	Correção Percutânea da Insuficiência Mitral: Quais os Horizontes Futuros?		Multiple Coronary Stent Implantation Versus Coronary Artery Bypass Surgery in Multivessel Disease: Conclusions from SYNTAX 5 years	Sessão Conjunta Internacional – Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)	
	<i>Percutaneous Approach of Mitral Insufficiency: The Future Landscape</i>	09h30-09h45	Revascularização do Miocárdio em Diabéticos Portadores de Doença Multivascular Coronariana: As Mensagens Consolidadas do FREEDOM	Auditório 7(210)	Desafios e Avanços no Manejo da Fibrilação Atrial Crônica
16h15-16h30	Perguntas e Respostas		<i>Myocardial Revascularization in Diabetic Patients with Multivessel Coronary Disease: The Statements from FREEDOM Trial</i>	15h00-15h15	Até Quando Devemos Investir na Manutenção do Ritmo Sinusal?
DOMINGO – 29/9/2013					
Mesa-Redonda			Estenose no Tronco Coronariano Esquerdo Sem Proteção Prévia: Uma Conquista Definitiva da Angioplastia Coronariana?	15h15-15h30	Eficácia e Segurança Comparativa da Varfarina versus Novos Agentes Bloqueadores do Fator Xa/IIa: Critérios para Seleção do Fármaco Mais Adequado
11h00-12h30		09h45-10h00	Left Main Stem Without Protection from a Previous Revascularization: A Definitive Conquest of Coronary Angioplasty?	15h30-15h45	Farmacologia para Controle da Frequência Cardíaca: Recomendações Consolidadas
Sessão Conjunta Internacional – American Heart Association (AHA) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)				15h45-16h00	Oclusão Do Foramen ao Apêndice Atrial Esquerdo – Já Existem Evidências Consistentes do Benefício desses Procedimentos?
Auditório 7 (210)	Análise Crítica da Denervação Renal Simpática			16h00-16h15	Como Selecionar Pacientes para Ablação Percutânea ou Intervenção Cirúrgica
				16h15-16h30	Perguntas e Respostas



Luís Beck da Silva | Co-editor
luisbeckdasilva@gmail.com



Cardiologia da Mulher

Baixa dose de rosuvastatina melhora os marcadores morfológicos e funcionais de aterosclerose em mulheres pós-menopausa assintomáticas com dislipidemia

Estudo envolveu 51 mulheres maiores de 55 anos, com LDL > 140, sem comorbidades associadas. Feito 2,5 mg de rosuvastatina com grupo controle sem estatina. Avaliado eficácia pelo espessamento da íntima média da carótida EIMC, índice beta de rigidez arterial da carótida comum IB, e velocidade de onda de pulso da artéria braquial VOPAB. Constatou-se com três meses redução significativa do IB, VOPAB, EIMC um ano e redução do LDL. Interessante era que a EIMC um ano correlacionava-se com a PCR US três meses, sugerindo que a queda dessa prediz as alterações do EIMC um ano. Esses marcadores substitutos de DAC melhoraram com estatinas, que regulam o colesterol e conferem benefícios anti-inflamatórios no desenvolvimento de aterosclerose.

Fonte primária: Menopause

Referência: Menopause.2012;19 (12):1294-1299.

Orlando Medeiros

Presidente do Departamento de Cardiologia da Mulher

Insuficiência Cardíaca (1)

Hiperglicemia é associada a pior prognóstico na insuficiência cardíaca aguda

Embora bem estabelecida no infarto agudo do miocárdio, a associação entre hiperglicemia e mortalidade é controversa na Insuficiência Cardíaca Aguda (ICA). Uma coorte multinacional publicada no

JACC demonstrou que a glicemia dosada na admissão hospitalar tem valor prognóstico na ICA. Analisando 6.212 pacientes em países da Europa, África, Ásia e Estados Unidos, observou-se que a glicemia elevada, definida por > 180 mg/dL em diabéticos e > 126 mg/dL em não diabéticos foi associada de maneira independente a duas vezes maior mortalidade em 30 dias (OR 2,19, IC 95% 1,69-2,83, p < 0,0001). Se é apenas um marcador de gravidade ou se o controle intensivo com insulina poderia mudar a evolução da ICA, ainda é especulativo.

Fonte primária: Journal of American College of Cardiology

Referência: Mebazaa A et al. "Association Between Elevated Blood Glucose and Outcome in Acute Heart Failure: Results From an International Observational Cohort." J Am Coll Cardiol 2013; Jan 9. pii: S0735-1097(12)05865-2. doi: 10.1016/j.jacc.2012.11.054. [Epub ahead of print].

Miguel Morita Fernandes da Silva

Departamento de Insuficiência Cardíaca – SBC

Cardiologista, Doutorando em Cardiologia pela USP

Membro DEIC jovem

Insuficiência Cardíaca (2)

Uso de terapias antitrombóticas em pacientes com IC e ritmo sinusal: meta-análise atual

Meta-análise delineada com o objetivo de avaliar qual a atual evidência do uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários em pacientes com IC, fração de ejeção reduzida e ritmo sinusal. Os autores utilizaram os dados dos estudos WASH, HELAS, WATCH e WARCEF para demonstrar que o uso de varfarina versus aspirina, nesse grupo de pacientes, diminui o risco de Acidente

Vascular Cerebral (AVC), sem, todavia, apresentar qualquer benefício relacionado à diminuição da mortalidade.

Fonte primária: European Journal of Heart Failure

Referência: Hopper I, Skiba M, Krum H. Updated metaanalysis on antithrombotic therapy in patients with heart failure and sinus rhythm. Eur J Heart Fail. 2013 Jan;15(1):69-78. doi:10.1093/eurjhf/hfs171.

Flávio de Souza Brito

Membro Colaborador do DEIC Jovem

Hipertensão Arterial

A espironolactona melhora a função diastólica e reduz massa do ventrículo esquerdo

A Insuficiência Cardíaca (IC) com fração de ejeção preservada (FEP) é frequente, e a hipertensão arterial participa como fator de risco nesses pacientes. Edelmann e cols., avaliando 422 pacientes com IC e FEP, encontraram que espironolactona 25 mg/dia melhorou a disfunção diastólica, reduziu o índice de massa do Ventrículo Esquerdo (VE), mas não modificou a capacidade máxima ao exercício, nem os sintomas clínicos ou a qualidade de vida. Este estudo é o primeiro com um número adequado de pacientes, multicêntrico que demonstrou o remodelamento reverso do VE em pacientes com FEP após um ano de espironolactona.

Fonte primária: JAMA

Referência: Edelmann F, Wachter R, Schmidt AG, et al. Effect of Spironolactone on Diastolic Function and Exercise Capacity in Patients With Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. JAMA. 2013;309(8):781-791.

Rui Póvoa

Professor da Disciplina de Cardiologia da UNIFESP

UNIECO

ESCOLA DE IMAGEM DE SÃO PAULO

O moderno aprendizado da ultrasonografia

Cursos de Ecocardiografia

Apenas 2 alunos por equipamento.



Faça uma visita virtual

Acesse:

www.escolaunieco.com.br



Felicidade e doenças cardiovasculares

Pesquisadores da Escola de Saúde Pública de Harvard avaliaram o impacto do otimismo sobre as doenças cardiovasculares



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

"Há pessoas que choram por saber que as rosas têm espinho, há outras que sorriem por saber que os espinhos têm rosas!"

(Machado de Assis)

Na prática clínica diária, observamos que a atitude dos indivíduos perante a vida parece ter influência sobre a sua saúde e a evolução das doenças. Embora já esteja comprovado o impacto negativo de condições como depressão, ansiedade, raiva e hostilidade, ainda não havia sido bem documentado se há, realmente, influência da positividade sobre a saúde do coração.

Uma revisão sistemática de mais de 200 estudos avaliou os potenciais benefícios da felicidade sobre a saúde cardiovascular¹. Os pesquisadores avaliaram dados relacionados ao chamado bem-estar psicológico positivo cujos principais componentes são o otimismo, a felicidade hedonista, baseada no prazer, e a felicidade eudaimônica, que enfatiza a felicidade interior. Observaram, contudo, que esses

estados tendem a se correlacionar e, muitas vezes, tais sentimentos se sobrepõem nas pessoas que se consideram felizes. Foram também avaliadas as correlações do bem-estar psicológico com fatores de risco, tais como tabagismo, consumo de álcool, qualidade do sono, atividade física, estilo alimentar, além da presença de disfunções cardiocirculatórias, inflamatórias e processos metabólicos mais relevantes para a saúde cardiovascular.

Os resultados são admiráveis. Ativos psicológicos, como otimismo e positividade não apenas associaram-se à proteção contra os males cardiovasculares, mas também retardaram a progressão das doenças já estabelecidas. Dados revelam que a felicidade protege consistentemente contra as doenças cardíacas, independentemente da presença de tradicionais fatores de risco. O bem-estar psicológico positivo também se correlaciona positivamente com um estilo de vida mais saudável e negativamente com hábitos sabidamente deterioradores da saúde. Em conclusão, pessoas felizes e mais otimistas têm um risco até 50% menor de sofrer um desfecho cardiovascular primário.

Referência: 1) Boehm JK, Kubzansky LD. The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. Psychol Bull. 2012;138(4):655-91



Portal SBC

Um dos **maiores do mundo** em Cardiologia*



A SBC oferece para os seus associados e para o público em geral dois portais: um focado na atualização e ensino científico aos cardiologistas (cientifico.cardiol.br) e outro prestando serviços, orientando e informando sobre a prevenção de doenças do coração para o público leigo (prevencao.cardiol.br).

Mais de 700.000 acessos ao mês

Educação médica à distância

Acesso à Revista ABC, Jornal SBC e Diretrizes

Link com as melhores publicações internacionais

Conteúdo científico e notícias dos mais importantes congressos mundiais

Informações e serviços para o público em prol da qualidade de vida e prevenção de doenças cardiovasculares

* Fonte: Resultado obtido pelo maior reputado serviço para medição de audiência mundial, o site Alexa.com

www.cardiol.br

SBC/BA

A diretoria da SBC/BA, imbuída em dinamizar o aprimoramento científico dos cardiologistas baianos, inova mais uma vez trazendo, para o 25º Congresso de Cardiologia do Estado da Bahia, um Simpósio Internacional em parceria com a Duke University. O projeto foi idealizado durante o congresso do ano passado que contou com a participação de dois renomados profissionais de universidade americana, Renato Lopes e L. Kristin Newby. Serão eles os coordenadores da atividade pré-congresso no dia 10 de abril. O congresso será de 11 a 13 de abril, no Bahia Othon Palace, em Salvador. No dia 13, sábado, acontecerá a 5ª Córdio Corrida com saída do Farol da Barra.

SBC/CE

A SBC/CE tem participado de reuniões com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA – para planejamento de estratégias de prevenção, controle e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis. Das reuniões participaram, em diferentes ocasiões, Ana Lúcia Sá Leitão, vice-presidente da SBC/CE e membro da SESA; Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho, diretor científico da SBC/CE; e Eduardo Arrais Rocha, presidente da SBC/CE. Ficou programada grande campanha de mobilização com a Caminhada do Coração, no dia 7 de abril, às 7h, saindo da Praça da Imprensa até o Parque do Cocó.

SBC/CO

De 17 a 19 de outubro ocorrerá em Goiânia o XII Congresso Centro-Oeste de Cardiologia, sob a presidência de Nelson Siqueira de Moraes, juntamente

com o XXI Fórum da Sociedade Centro-Oeste de Cirurgia Cardiovascular. O Congresso é realizado a cada dois anos e engloba as sociedades de Cardiologia de GO, DF, MT e MS. É a oportunidade para atualizar conceitos e dar uniformidade às ações dos quatro estados na especialidade, principalmente na formulação de condutas preventivas e discussão sobre os avanços na detecção e tratamento das doenças cardiovasculares. Nesta edição, os enfoques serão o atendimento às situações emergenciais e ressuscitação, e a consolidação do conceito dos *Heart Teams* no atendimento do cardiopata grave e em cirurgia cardíaca.

SBC/MA

A Regional promoverá, em São Luís, no Centro de Convenções Governador Pedro Neiva de Santana, de 9 a 11 de maio, o XXXIII Congresso Norte-Nordeste de Cardiologia, XXV Congresso Norte-Nordeste de Cirurgia Cardiovascular, IX Simpósio Norte-Nordeste de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, XI Congresso Maranhense de Cardiologia e VII Jornada Multidisciplinar em Cardiologia. Será realizada também durante o evento a Prova de Atuação em Ergometria, visando a oportunidade de mais cardiologistas tornarem-se especialistas nesta área primordial para a tomada de conduta em pacientes. Visite o site: www.xxxiiicongressonortenordestedecardiologia.com

SBC/MT

A Regional informa a realização do Curso ECG – Eletrocardiograma Básico e Avançado nos dias 20 e 21 de abril no Hotel Deville, em Cuiabá, Mato Grosso.

SBC/RJ

No início de abril, a Socerj completou 30 anos de Congressos em sua história. O 30º Congresso foi realizado no Centro de Convenções Sulamérica com sucesso absoluto de satisfação dos participantes e patrocinadores. Foram quatro dias de intensa atividade científica e confraternizações positivas. A hospitalidade do Rio de Janeiro terá continuidade no 68º Congresso Brasileiro de Cardiologia no final de setembro. A Socerj espera receber todos os sócios do Brasil para mais um grande evento em nossa cidade.

SBC/SP

O XXXIV Congresso da Socesp vai marcar o início do “Fórum Socesp Permanente de Prevenção: mais importante do que as intenções são as ações”, que reunirá estudiosos, representantes da esfera política e pessoas ligadas à mídia para a discussão de ações de aprimoramento da prevenção cardiovascular. O trabalho está sendo coordenado por Maurício Wajngarten. O Fórum terá caráter permanente. As reuniões serão periódicas e os documentos elaborados serão amplamente divulgados para a comunidade e encaminhados para as autoridades, para que possam orientar futuras ações de saúde pública. O tema do primeiro encontro, que vai acontecer no dia 30 de maio, será o público infantil. Os interessados podem se inscrever pelo site www.socesp.org.br.

DEPARTAMENTOS

SBC/DA

Já estão abertas as inscrições para o XIV Congresso Brasileiro de Aterosclerose que acontecerá nos dias 9 e 10 de agosto no Centro de Convenções WTC. Também já é possível a inscrição de temas livres. Veja as normas no site do departamento e concorra a prêmios. <http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/congresso2013/>

SBC/DECAGE

O Departamento de Cardiogeriatrics já iniciou a organização do X Congresso Brasileiro de Cardiogeriatrics, que neste ano ocorrerá nos dias 25 e 26 de outubro em Salvador e terá como tema a “Terapêutica Cardiovascular no Idoso”. O assunto é palpitante e abrange a Cardiogeriatrics como um todo. Em breve apresentaremos a todos a grade científica do evento. Programe-se para este encontro.

SBC/DEIC

O presidente do DEIC, João David Souza Neto, e o coordenador do Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca (BREATHE), Denilson Albuquerque, estiveram no IEP-Hcor para, juntos com o Otávio Berwanger e Sabrina Bernardes, analisar o estado atual do Registro. A 1ª etapa está em fase final e, devido à grande colaboração de colegas dos 51 centros de pesquisa em todo país, teremos em pouco tempo uma radiografia completa e inédita da

insuficiência cardíaca no Brasil. “No próximo Congresso Brasileiro de Insuficiência Cardíaca, em junho, em Porto de Galinhas-PE, sob a presidência de Sílvia Martins, será lançada a Extensão do BREATHE para 3.000 pacientes”, afirma Fernando Bacal, diretor de Pesquisa da SBC e membro do DEIC.

SBC/DERC

A Revista do DERC, após atendimento integral dos pré-requisitos necessários, obteve registro no Núcleo de Mídia da Secretaria de Comunicação da Presidência da República (Secom-PR), em Brasília. Tal valorização da Revista do DERC traz como consequência natural a possibilidade de suas páginas serem utilizadas por qualquer órgão do poder executivo federal na divulgação, promoção e expansão do conhecimento de atitudes que venham ao encontro do objetivo comum de implementar a avaliação, prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares. A notícia preenche uma lacuna na inter-relação entre os órgãos governamentais federais e o conhecimento médico-científico-cardiológico. A iniciativa teve apoio do presidente da SBC, Jadelson Andrade.

SBC/DHA

Nos meses de fevereiro e março, o DHA participou de duas atividades de integração com sociedades científicas internacionais. Foi realizado, em parceria

com a Sociedade Portuguesa de Hipertensão Arterial, o Simpósio Portugal-Brasil-Moçambique, na cidade de Vila Moura, em Portugal. Estiveram representando o Departamento Eduardo Barbosa, Luiz Scala, Guido Rosito e Oswaldo Passarelli. O DHA também esteve representando a delegação brasileira que esteve na Índia para conhecer o centro de pesquisas e as fábricas da indústria farmacêutica Torrent. Na visita estiveram presentes Weimar Sebba Barroso e Rui Manoel dos Santos Póvoa.

SBC/SBCCV

O Departamento de Estimulação Cardíaca Artificial (DECA) acaba de empossar Luiz Paulo Rangel Gomes da Silva, do Pará, como presidente. O DECA é a referência do Ministério da Saúde para normatização sobre indicações para implante de marca-passos, cardiodesfibriladores e ressincronizadores. O Departamento é responsável pelo Registro Brasileiro de Marca-passos, Desfibriladores e Ressincronizadores Cardíacos (RBM), e em breve estará concluindo o levantamento de 10 anos. A atual Diretoria ainda irá intensificar o PRONE – Programa Nacional de Ensino, que promove conhecimento sobre insuficiência cardíaca e morte súbita a profissionais da área médica em cidades de norte a sul e está organizando participações nos eventos científicos nacionais ao longo do ano.

Curso Nacional de Reciclagem em Cardiologia a distância



Valendo 2,5pts para o TEC

Confira a programação completa dos módulos já lançados:

Módulo 1 - Aterosclerose e Doenças Coronarianas

1. Aterosclerose: Patogenia da Aterosclerose - Palestrante: Dalton Bertolim Précoma (PR)
2. Aterosclerose: Aterotrombose - Palestrante: Carlos Vicente Serrano (SP)
3. Aterosclerose: Dislipidemia - Palestrante: Hermes Toros Xavier (SP)
4. Doenças Coronarianas: Fisiopatologia da insuficiência coronária - Palestrante: Iran Castro (RS)
5. Doenças Coronarianas: Dor Torácica no Setor de Emergência - Palestrante: Gláucia Maria Moraes (RJ)
6. Doenças Coronarianas: Infarto Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento de ST - Palestrante: José Carlos Nicolau (SP)
7. Doenças Coronarianas: Complicações do IAM com Elevação do Segmento ST (abordar diagnóstico e conduta) - Palestrante: Eduardo Nagib Gai (RJ)
8. Doenças Coronarianas: Síndrome Coronariana Aguda sem Elevação do Segmento de ST - Palestrante: Ari Timerman (SP)
9. Doenças Coronarianas: Cardiopatia Isquêmica Crônica: diagnóstico - Palestrante: Roberto Esporcatte (RJ)
10. Doenças Coronarianas: Cardiopatia Isquêmica Crônica: tratamento - Palestrante: Jorge Ilha Guimarães (RS)
11. Doenças Coronarianas: Tratamento percutâneo da doença coronária - Palestrante: César Medeiros (RJ)
12. Doenças Coronarianas: Tratamento cirúrgico da doença coronária - Palestrante: Gilberto Venossi Barbosa (RS)

Módulo 2 Hipertensão Arterial, Arritmias, Emergência Cardiovascular e Congênita

1. Hipertensão Arterial: Conceito, Epidemiologia, Diagnóstico e Classificação - Palestrante: Marcus Vinícius Bolivar Malachias (MG)
2. Hipertensão Arterial: Diagnóstico Complementar - Palestrante: Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO)
3. Hipertensão Arterial: Tratamento da Hipertensão Arterial - Palestrante: Andrea Araujo Brandão (RJ)
4. Hipertensão Arterial: Hipertensão secundária - Palestrante: Armando da Rocha Nogueira (RJ)
5. Arritmias: Taquiarritmias atriais: flutter e fibrilação - Palestrante: Angelo Amato Vincenzo de Paola (SP)
6. Arritmias: Taquicardia Paroxística Supraventricular - Palestrante: Adalberto Menezes Lorga Filho (SP)
7. Arritmias: Bradiarritmias - Palestrante: João Pimenta (SP)
8. Arritmias: Síncope e Morte Súbita - Palestrante: Olga Ferreira (RJ)
9. Emergência Cardiovascular: Reanimação cardiopulmonar - Palestrante: Manoel Fernandes Canesin (PR)
10. Emergência Cardiovascular: Tromboembolismo pulmonar - Palestrante: Andre Volschan (RJ)
11. Congênita: Cardiopatias congênitas cianóticas - Palestrante: Luiz Carlos do Nascimento Simões (RJ)
12. Congênita: Cardiopatias congênitas acianóticas - Palestrante: Estela Suzana Kleiman Horowitz (RS)

*Módulo 3

Insuficiência Cardíaca, Miocardiopatias e Valvopatia

Em breve:

* Módulo 4

Fisiologia, Semiologia, Epidemiologia e Exames Complementares

* Módulo 5

Miscelânea

* Veja a programação completa no site.

Inscriva-se!

<http://www.sbccursosonline.com.br/reciclagem2013>

Reportagens citam Diretriz da SBC

Um novo estudo australiano publicado no British Medical Journal e que repercutiu em vários jornais do país revelou que a troca da gordura animal pela poli-insaturada com ômega 6 reduziu colesterol, mas não a mortalidade. A pesquisa avaliou mudanças na dieta em 458 homens de 30 a 59 anos que haviam sofrido problemas cardíacos. Eles foram divididos em dois grupos: um deles foi instruído a reduzir o consumo de gordura saturada para menos de 10% das calorias ingeridas por dia e aumentar o de poli-insaturada de 6% para 15% das calorias diárias; o outro não recebeu orientações sobre dieta. Os resultados demonstram que os homens que aderiram ao óleo vegetal tiveram uma mortalidade mais alta do que os demais, o que contraria a expectativa inicial. "No Brasil, as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia também incluem a recomendação da troca da gordura saturada pelo ômega 6 para reduzir o colesterol, apesar de fazerem ressalvas quanto à proporção ideal entre esse tipo de gordura e as demais, principalmente o ômega 3,

encontrado em peixes e que já tem bem estabelecida sua ação protetora", escreveu a repórter.



DERC critica lei aprovada em São Paulo

A Sociedade Brasileira de Cardiologia iniciou campanha, no seu Departamento de Ergometria, Exercício e Reabilitação Cardiovascular (DERC), para que São Paulo passe a ter uma legislação com base científica que estabeleça os exames e testes que devem ser feitos por quem vai se exercitar numa academia ou participar de esporte competitivo. "Nos últimos anos, ocorreram algumas mortes em corridas de rua em São Paulo e na última São Silvestre foram registrados dois ataques cardíacos", lembra o diretor científico do DERC, Nabil Ghorayeb, ao ser entrevistado nas rádios Jovem Pan, Estadão e nas TVs SBT e Record. Para prevenir essas ocorrências, a Câmara Municipal aprovou, em 2012, uma lei exigente demais, que obrigava a cada seis meses uma avaliação detalhada com teste ergométrico e exames, "O que levou a distorções, como aproveitamento comercial da lei e à criação de

verdadeira indústria de atestados médicos", explica o diretor do DERC. Quando ficou claro que a exigência não tinha base científica, a Câmara aprovou outra lei, em 2013, que aboliu a necessidade de exames, sem qualquer consulta aos médicos. Em entrevista à *Folha*, o presidente do Grupo de Estudos em Cardiologia do Esporte (GECESP), Daniel Daher, afirmou: "É um desserviço para a população. A sugestão é criarmos uma força tarefa com a participação daqueles que possuem experiência no tema - médicos do esporte, cardiologistas, educadores físicos - para que uma legislação adequada seja providenciada. O intuito é de estimular a prática de exercícios, mas também definir alguns limites de segurança para isso", esclarece o presidente do GECESP. "O perigo é que várias cidades estão querendo copiar a mesma lei inconstitucional", complementa o diretor do DERC.

Exame médico para academia divide opiniões

FALECI DA BOLA
No começo do mês, a Câmara Municipal de São Paulo alterou a lei que obrigava os alunos a apresentarem atestado médico para se matricular em academias de ginástica. A medida dividiu médicos e é apoiada pela entidade que representa os donos dos estabelecimentos.
O novo texto prevê que apenas pessoas fora da faixa etária entre 15 e 69 anos apresentem o atestado médico no ato da matrícula. Os demais deverão responder o teste PAR-Q, que tem como objetivo identificar a necessidade de avaliação médica antes do início da atividade física.
De acordo com o cardiologista e presidente do grupo de estudo de cardiologia do esporte da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Daniel Daher, como estava, a lei prestava um desserviço para a



Responsabilidade: Aluno da academia fica responsável por informações

"Atestado não é vacina" diz médico

O atestado médico é um retrato da atual condição física do aluno, mas não pode garantir que no futuro ele não desenvolverá problemas de saúde que dificultem ou impossibilitem a prática de atividade física. "Se a pessoa

O sedentarismo leva a vários riscos

O cardiologista Daniel Daher afirma que os riscos da prática de atividades físicas moderadas, como caminhar ou andar de bicicleta, são muito menores do que se manter inativo. "O grande vilão da saúde é o sedentarismo, não a prática de atividade física". Para ele, o mais importante é que todos tenham que exercitar físico, com intensidade de leve a moderada, não faz mal. "Se você se sente bem, não conhece nenhuma doença e não toma nenhuma medicação, o risco é muito baixo", afirma o médico. Também vale lembrar que é preciso valorizar os sintomas. "Se você sentir uma dor no peito, por exemplo, deve procurar um médico imediatamente", alerta.

TV Globo exibe reportagem com dados da SBC

O telejornal *Bom Dia Brasil* da TV Globo exibiu uma reportagem sobre as crianças com cardiopatia congênita que aguardam na fila por uma cirurgia e muitas vezes acabam morrendo, sem ter o tratamento necessário. A emissora exibiu os dados e as estatísticas levantados pela SBC e que, no ano passado, foram apresentados ao Ministério da Saúde. "Das 21 mil crianças com indicação de cirurgia no país, 62% não têm acesso ao tratamento. O déficit de cirurgias é mais significativo na região Norte, com 91%; seguida do Nordeste, 76%. No Sudeste, Centro-Oeste e Sul, os percentuais são bem menos elevados. Os procedimentos de mais alta complexidade são realizados em 15 centros no país e, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, em todo o Brasil, apenas 40 médicos estariam capacitados para fazer cirurgias em crianças que nascem com doenças do coração".



CONGRESSO DA SBC
Virtual

Assista as Palestras no conforto de sua casa ou consultório.

FAÇA JÁ SUA INSCRIÇÃO!

WWW.CONGRESSOVIRTUAL.COM.BR

Lopigrel

bissulfato de clopidogrel

Proteção a **longo prazo**
para mais pacientes^{1,2}



**Antiagregante
Plaquetário⁶**

BIOEQUIVALÊNCIA
AO MEDICAMENTO
REFERÊNCIA⁷



Blister calendário

Guidelines AHA/ACC³

As diretrizes recomendam o **uso de
clopidogrel por pelo menos 12 meses.**

**Potencializa a eficácia do
ácido acetilsalicílico;⁴**

**Indicado para **pacientes
intolerantes ao ácido
acetilsalicílico;**⁵**

Dose única diária.⁶

CONTRAINDICAÇÃO: Hipersensibilidade à substância ou a qualquer dos componentes do produto e sangramento patológico ativo, como úlcera péptica ou hemorragia intracraniana.
INTERAÇÃO MEDICAMENTOSAS: Administração com anti-inflamatórios não-esteroidais deve ser realizada com cautela, pois sua segurança não foi estabelecida.

LOPIGREL - bissulfato de clopidogrel. Comprimidos Revestidos de 75 mg. Embalagens com 14 e 28 comprimidos revestidos. **INDICAÇÕES:** indicado para a redução dos eventos ateroscleróticos em pacientes com aterosclerose documentada por AVC ou IAM recentes ou doença arterial periférica estabelecida. Síndrome Coronária Aguda: Nos pacientes com Síndrome Coronária Aguda (Angina instável ou infarto agudo do miocárdio sem onda Q), incluindo tanto aqueles controlados clinicamente, quanto os submetidos à intervenção Coronária Percutânea (com ou sem colocação de Stent). **CONTRAINDICAÇÃO:** hipersensibilidade à substância ou a qualquer dos componentes do produto e sangramento patológico ativo, como úlcera péptica ou hemorragia intracraniana. **PRECAUÇÕES:** Gerais: deve ser utilizado com cautela em pacientes que se encontram sob-risco aumentado de sangramento decorrente de trauma, cirurgia ou outras condições patológicas. O Lopigrel prolonga o tempo de sangramento e deve ser usado com cautela em pacientes que tenham lesões com propensão a sangramentos. Em pacientes com insuficiência renal severa nesta população. Em pacientes com doença hepática grave deve ser utilizado com cautela. Carcinogênese, Mutagênese e Alteração da Fertilidade: O clopidogrel foi testado em estudos de genotoxicidade in vitro e in vivo e não apresentou genotoxicidade. Estudos específicos de farmacocinética, realizados com clopidogrel radiomarcado demonstraram que o composto de origem e seus metabólitos são excretados no leite. Consequentemente, um efeito direto (toxicidade leve), ou um efeito indireto (baixa palatabilidade), não pode ser excluído. Gravidez: Gravidez/categoria B - estudos de reprodução realizados em ratos e coelhos com doses de até 500 mg/kg/dia e 300 mg/kg/dia, não revelaram evidências de prejuízo da fertilidade ou fetotoxicidade em virtude do clopidogrel. Lactação: Os estudos realizados com ratos demonstraram que clopidogrel e/ou seus metabólitos são excretados no leite. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** ácido acetilsalicílico: o ácido acetilsalicílico não modificou a inibição da agregação plaquetária induzida por ADP, mediada pelo clopidogrel, porém o clopidogrel potencializou o efeito do ácido acetilsalicílico na agregação plaquetária induzida por colágeno. Heparina: em um estudo clínico com voluntários sadios usando bissulfato de clopidogrel, não houve necessidade de se alterar a dose de heparina. O bissulfato de clopidogrel não alterou o efeito da heparina sobre o tempo de coagulação. Trombolíticos: A segurança da coadministração de clopidogrel e agentes trombolíticos não foi estabelecida e, portanto, deve ser realizada com cautela. Varfarina: a segurança da coadministração de bissulfato de clopidogrel com varfarina não foi estabelecida. Anti-inflamatórios não esteroidais (AINE's): em voluntários sadios, recebendo naproxeno, a administração concomitante de bissulfato de clopidogrel foi associada ao aumento de sangramento oculto gastrointestinal. Outras terapias concomitantes: A atividade farmacodinâmica de bissulfato de clopidogrel não foi significativamente influenciada pela coadministração de fenobarbital, cimetidina, estrogênio, digoxina ou da teofilina. Os antiácidos não alteraram a absorção de clopidogrel. **REAÇÕES ADVERSAS:** A tolerabilidade do bissulfato de clopidogrel foi similar à do ácido acetilsalicílico independentemente da idade, sexo e raça. Os eventos adversos clinicamente importantes observados durante o estudo CAPRIE estão descritos a seguir: Hemorrágicos: Os efeitos adversos mais frequentemente relatados em ambos os grupos de tratamento foram: púrpura/equimoses e epistaxe (hemorragia nasal). Outros efeitos adversos menos frequentemente relatados foram hematoma, hematúria e hemorragia ocular. Hematológicos: neutropenia severa (< 0,450 g/L) ou trombocitopenia grave (< 80 g/L) foram observadas. Há um mínimo risco de mielotoxicidade que deve ser considerado quando um paciente apresentar febre ou outros sinais de infecção. Gastrointestinais: Os eventos adversos mais frequentemente relatados em ambos os grupos de tratamento foram dor abdominal, dispepsia, diarreia e náusea. Outros menos frequentes foram constipação e vômitos. Erupções da pele e outros distúrbios cutâneos: Significativamente houve mais pacientes com erupções cutâneas (4,2%) e prurido (3,3%) no grupo tratado com clopidogrel em comparação com aquele tratado com ácido acetilsalicílico (3,5% e 1,6% respectivamente). Distúrbios do sistema nervoso central e periférico: Os eventos mais frequentemente relatados foram cefaléia, tonturas, vertigem e parestesia. Distúrbios hepáticos e biliares: Os eventos mais frequentes foram elevação das enzimas hepáticas e hiperbilirrubinemia. Experiência de pós-comercialização: Foram descritas reações de hipersensibilidade que incluem principalmente reações cutâneas e/ou prurido. **POSOLOGIA:** A dose recomendada é de 75 mg uma vez ao dia concomitante ou não às refeições. Para pacientes com Síndrome Coronária Aguda deve ser iniciado com dose única de ataque de 300 mg e mantido com uma dose única diária de 75 mg. MS 1.0181.0560. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** 1) Yusuf S, et al. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. N Engl J Med. 2001;345(7):494-502. 2) Revista Kairos. Dezembro 2010. 3) Canadian Cardiovascular Society, et al. 2007 focused update of the ACC/AHA 2004 guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2008;51(2):210-47. 4) Sabatine MS, et al. Addition of clopidogrel to aspirin and fibrinolytic therapy for myocardial infarction with ST-segment elevation. N Engl J Med. 2005;352(12):1179-89. 5) Task Force for Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of European Society of Cardiology, Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2007;28(13):1598-660. 6) Bula do produto. 7) Medley SA Indústria Farmacêutica. Estudo de Bioequivalência. Dados de arquivo. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. Fevereiro/2013

Publicação de livro médico para iPad



Responsável
Augusto Uchida
augustohiroshi@cardiol.br

As vendas de e-books estão em franca expansão e autores e editoras precisam se adaptar rapidamente ao novo mercado. Agora a publicação está mais fácil para os editores independentes de livros médicos.

Basta abrir a sua conta na iBooks Store para distribuir arquivos ePub e PDF e começar a vender livros para iPad. Você pode configurar uma conta de livros grátis, mas se mais tarde decidir vender os livros, terá de criar uma nova conta pois não é possível converter uma conta gratuita para paga.

Para vender os e-books você precisa de:

- Direitos para distribuir os livros
- Apple ID para uso no iTunes Store com um cartão de crédito válido
- Computador Mac e iBooks Authors instalado
- U.S. Tax ID válido

A Apple já opera oficialmente no Brasil com a iBooks Store, mas mesmo assim, é obrigatório o cadastro do U.S. Tax ID.

Busque informações no help da Apple sobre a Tax ID, baixe o formulário SS-4 em PDF e preencha as informações.

Depois basta escolher uma das formas de obter um número EIN. No próprio site da IRS há opções por fax, e-mail, telefone e online. Entre todas as opções a mais prática é por telefone. Ligue pelo Skype e utilize este número - 1-267-941-1099 de contato com o IRS.

Reserve 30 minutos para que o atendente colete seus dados e pronto, em menos de um mês você receberá pelo correio uma carta oficial com seu número EIN.

Uma vez que a Apple receba sua solicitação de cadastro no iBooks Store, em duas semanas você recebe a confirmação por e-mail.

Com o cadastro confirmado, acesse o link enviado para informar os seus dados bancários e fiscais. Depois disso é só publicar e vender os livros.

CALENDÁRIO

ACCF/BSC 2nd Cardiovascular

Symposium in Brazil

4 e 5 de maio de 2013

São Paulo (SP)

<http://www.cardiol.br/fuster>

XXXIII Congresso Norte-Nordeste de Cardiologia / XI Congresso Maranhense de Cardiologia

9 a 11 de maio de 2013

São Luís (MA)

<http://sociedades.cardiol.br/nn/2011/>

VI Congresso Tocantinense de Cardiologia

16 a 18 de maio

Araguaína (TO)

<http://sociedades.cardiol.br/to/>

XXXIV Congresso da Socesp

30 de maio a 1º de junho

São Paulo (SP)

<http://sociedades.cardiol.br/sp/>

XII Congresso Brasileiro de Insuficiência Cardíaca

6 a 8 de junho de 2013

Porto de Galinhas (PE)

<http://departamentos.cardiol.br/sbc-deic/>



XXIII Congresso da Sociedade Mineira de Cardiologia

Belo Horizonte (MG)

4 a 6 de julho de 2013

<http://www.smc.org.br>

Congresso da Sociedade Pernambucana de Cardiologia

2 a 3 de agosto

Recife (PE)

<http://sociedades.cardiol.br/pe/2010/>

Socergs 2013

8 a 10 de agosto de 2013

Gramado (RS)

<http://www.socergs.org.br/>



XIV Congresso Brasileiro de Aterosclerose

9 e 10 de agosto de 2013

São Paulo (SP)

<http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/2010/>

XXV Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia do Espírito Santo

15 a 17 de agosto de 2013

Pedra Azul (ES)

<http://sociedades.cardiol.br/es/>

XVIII Congresso Paraibano de Cardiologia

15 a 17 de agosto de 2013

Campina Grande (PB)

<http://sociedades.cardiol.br/pb/>

XIX Congresso Cearense de Cardiologia

21 a 23 de agosto

Fortaleza (CE)

<http://sociedades.cardiol.br/ce/>

68º Congresso Brasileiro de Cardiologia

28 de setembro a 1º de outubro de 2013

Rio de Janeiro (RJ)

<http://cientifico.cardiol.br/>



XI Congresso Sergipano de Cardiologia

10 a 12 de outubro

Aracaju (SE)

<http://sociedades.cardiol.br/sbc-se/>

XXII Congresso Centro-Oeste de Cardiologia

17 a 19 de outubro de 2013

Goiânia (GO)

<http://sociedades.cardiol.br/go/>

XXIV Congresso Paraense de Cardiologia

23 a 25 de outubro

Belém (PA)

<http://sociedades.cardiol.br/pa/>

X Congresso Alagoano de Cardiologia

24 a 26 de outubro

Maceió (AL)

<http://sociedades.cardiol.br/al/>

XXX Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas

6 a 9 de novembro

Natal (RN)

<http://departamentos.cardiol.br/sobrac/>

XX Congresso Nacional do DERC 2013

7 a 9 de novembro de 2013

Porto Alegre (RS)

<http://departamentos.cardiol.br/sbc-derc/2011/>

SUSTRATE[®]

propatilnitrato

Na crise ou na recorrência da angina, a rapidez e confiabilidade de Sustrate¹



*Modificamos a obra.
Retratamos a angina.*

 **Em pacientes coronariopatas¹:**
Alívio rápido, redução da frequência e da intensidade das crises¹

 **Redução das crises anginosas e melhora das condições eletrocardiográficas²**

Sustrate[®] (propatilnitrato). **Apresentação:** comprimido - embalagem com 50 comprimidos. **Indicações:** no tratamento de episódios agudos na angina *pectoris* e para prevenção de crise aguda de angina produzida por exercícios em pacientes com insuficiência coronariana crônica. **Contraindicações:** em pacientes com as seguintes condições: glaucoma, anemia grave, trauma craniano, aumento na pressão intracraniana, hemorragia cerebral, quadro agudo de infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca congestiva. Em pacientes que estão utilizando citrato de sildenafil ou outros inibidores da 5-fosfodiesterase, uma vez que estes fármacos têm demonstrado potencializar os efeitos hipotensivos de propatilnitrato. Os pacientes que utilizarem nitratos devem ser avisados das consequências potencialmente sérias de utilizarem sildenafil nas 24 horas subsequentes à utilização de preparação de nitrato. A utilização de propatilnitrato em até 24 horas antes ou após o uso de sildenafil ou outros inibidores da 5-fosfodiesterase tem sido associada à hipotensão profunda, infarto do miocárdio e, até mesmo, óbito. Em pacientes com hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula. **Advertências e precauções:** Sustrate[®] deve ser prescrito com cautela nos pacientes com: depleção de volume sanguíneo, hipotensão, hipotensão ortostática, deficiência renal ou hepática grave, hipotireoidismo, desnutrição ou hipotermia. **Tolerância ao propatilnitrato:** assim como a tolerância às outras formas de nitratos, o efeito de propatilnitrato sublingual na tolerância ao exercício, ainda que observado, é desprezível. Atenção: este medicamento contém açúcar (lactose), portanto, deve ser usado com cautela por portadores de diabetes. **Interações medicamentosas:** em pacientes recebendo fármacos anti-hipertensivos, bloqueadores beta-adrenérgicos ou fenotiazinas, associados ao propatilnitrato devem ser observados em virtude de possível efeito hipotensivo aditivo. Hipotensão ortostática tem sido relatada quando bloqueadores de canal de cálcio e nitratos orgânicos, como propatilnitrato, são utilizados concomitantemente. O uso concomitante de propatilnitrato e álcool pode causar hipotensão. Os efeitos vasodilatadores e hemodinâmicos do propatilnitrato podem ser aumentados pela administração concomitante da aspirina. Antidepressivos tricíclicos (p. ex. amitriptilina, desipramina e doxepina) e fármacos anticolinérgicos causam boca seca e redução das secreções salivares, podendo dificultar a dissolução do propatilnitrato sublingual. Deve-se evitar a prescrição concomitante de propatilnitrato sublingual com ergotamina e fármacos relacionados, ou deve-se monitorar os sintomas de ergotismo nos pacientes, se não for possível evitar essa associação. A administração de propatilnitrato é contraindicada em pacientes que estão utilizando citrato de sildenafil ou outros inibidores da 5-fosfodiesterase. Estes fármacos têm demonstrado potencialização dos efeitos hipotensivos de nitratos orgânicos. Os nitratos, inclusive o propatilnitrato, podem interferir com a reação de coloração Zlatkis-Zak causando um relatório falso de colesterol sérico diminuído. **Reações adversas:** reações incomuns: cefaleia, vertigem, tontura, fraqueza, palpitação, taquicardia, vermelhidão da pele e inquietação. Reação muito rara: náusea, rubor, vômito, sudorese, palidez, pele fria, colapso, síncope, cianose, respiração prejudicada, bradicardia, metemoglobinemia, erupção medicamentosa e dermatite esfoliativa. No período do tratamento com propatilnitrato, os seguintes sintomas podem ocorrer durante o exercício físico: cefaleia, palpitação e hipotensão. Altas doses podem causar vômitos, inquietação, hipotensão, síncope, cianose e metemoglobinemia. Pode seguir-se pele fria, respiração prejudicada e bradicardia. **Posologia:** deve ser administrado como um comprimido sublingual na dose de 10 mg, três ou quatro vezes ao dia não excedendo 40 mg em 24 horas. M.S: 1.0390.0182.002-9. Farmoquímica S/A. CNPJ 33.349.473/0001-58. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** SAC 08000 25 01 10. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site www.fqm.com.br. Material destinado exclusivamente aos profissionais de saúde habilitados a prescrever e dispensar medicamentos.

CONTRAINDICAÇÃO: PACIENTES COM GLAUCOMA
INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: EM PACIENTES RECEBENDO FÁRMACOS ANTI-HIPERTENSIVOS

Referências bibliográficas: 1. Baulouni B. Nitratos. Farmacologia clínica e aplicações terapêuticas. Arq Bras Cardiol 47/5 363-377, 1986; 2. Castro I *et al.* Avaliação dos efeitos do propatilnitrato em pacientes cardiopatas isquêmicos através da cicloergometria. Folha médica. abril vol 86 n.4, 1983.

Maio/2012 – 990329

Material destinado exclusivamente à classe médica.

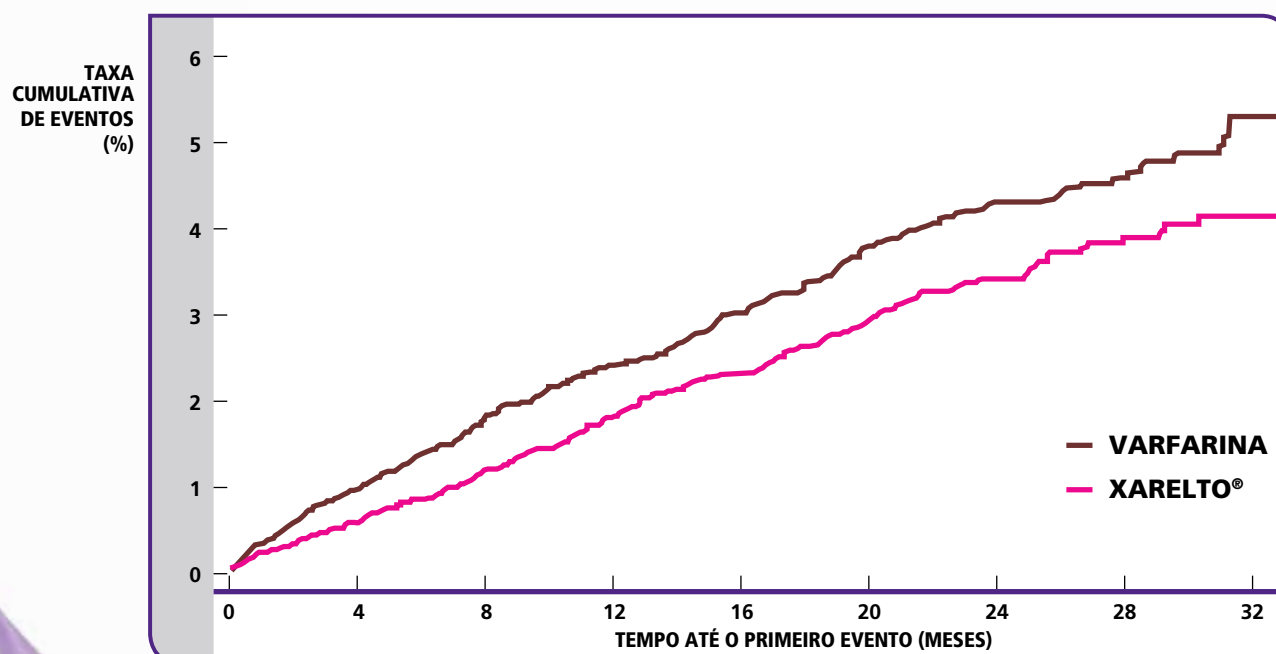
SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.





Proteção Eficaz com Xarelto®

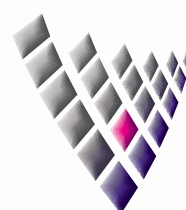
**Xarelto® demonstrou eficácia similar à da varfarina.
Proteção contra AVC e ES².**



**RRR
21%
(NS)**

Análise pré-especificada da população em tratamento 'per protocol'

Primeiro Inibidor Direto do Fator Xa, via ORAL¹



Xarelto®
rivaroxabana

Proteção Simples para Mais Pacientes²

XARELTO®: RIVAROXABANA 10 MG/15 MG / 20 MG . REG. MS 1.7056.0048.

INDICAÇÃO: PREVENÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) E EMBOLIA SISTÊMICA EM PACIENTES ADULTOS COM FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA) NÃO-VALVULAR COM UM OU MAIS FATORES DE RISCO, TAIS COMO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, HIPERTENSÃO, > 75 ANOS DE IDADE, DIABETES MELLITUS, AVC ANTERIOR OU ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO. TRATAMENTO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) E PREVENÇÃO DE TVP RECORRENTE E EMBOLIA PULMONAR (EP) APÓS TVP AGUDA EM ADULTOS. **CONTRAINDICAÇÕES:** HIPERSENSIBILIDADE AO PRINCÍPIO ATIVO OU A QUALQUER EXCIPIENTE; SANGRAMENTO ATIVO CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO; DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA COM COAGULOPATIA E RISCO DE SANGRAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE; GRAVIDEZ E LACTAÇÃO. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** NÃO RECOMENDADO EM PACIENTES RECEBENDO TRATAMENTO SISTÊMICO CONCOMITANTE COM CETOCÓZOL, RITONAVIR, DRONEDARONA; EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTO RENAL GRAVE (CLEARANCE DE CREATININA <15 ML/MIN); EM PACIENTES COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE OU COM VÁLVULAS CARDÍACAS PROTÉTICAS. USO COM CAUTELA: EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTO RENAL GRAVE (CLEARANCE DE CREATININA 15 - 29 ML/MIN) OU COM COMPROMETIMENTO RENAL TRATADOS CONCOMITANTEMENTE COM POTENTES INIBIDORES DA CYP3A4; EM PACIENTES TRATADOS CONCOMITANTEMENTE COM PRODUTOS MEDICINAIS QUE AFETAM A HEMOSTASIA OU COM POTENTES INDUTORES DA CYP3A4; EM PACIENTES COM RISCO ELEVADO DE SANGRAMENTO. EM PACIENTES EM RISCO DE DOENÇA GASTROINTESTINAL ULCERATIVA, TRATAMENTO PROFILÁTICO APROPRIADO PODE SER CONSIDERADO. MONITORAMENTO CLÍNICO DE ACORDO COM AS PRÁTICAS DE ANTICOAGULAÇÃO É RECOMENDADO DURANTE TODO O PERÍODO DE TRATAMENTO. XARELTO CONTÉM LACTOSE. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** ANEMIA, TONTURA, CEFALÉIA, SÍNCOPE, HEMORRAGIA OCULAR, TAQUICARDIA, HIPOTENSÃO, HEMATOMA, EPISTAXE, HEMORRAGIA DO TRATO GASTROINTESTINAL E DORES ABDOMINAIS, DISPEPSIA, NÁUSEA, CONSTIPAÇÃO, DIARREIA, VÔMITO, PRURIDO, ERUPÇÃO CUTÂNEA, EQUIMOSE, DOR EM EXTREMIDADES, HEMORRAGIA DO TRATO UROGENITAL, FEBRE, EDEMA PERIFÉRICO, FORÇA E ENERGIA EM GERAL REDUZIDAS, ELEVÇÃO DAS TRANSAMINASES, HEMORRAGIA PÓS-PROCEDIMENTO, CONTUSÃO. **POSOLOGIA:** PARA PREVENÇÃO DE AVC EM FA, A DOSE RECOMENDADA É DE 20 MG UMA VEZ AO DIA. PACIENTES COM DISFUNÇÃO RENAL MODERADA (CLCR < 50 - 30 ML/MIN) DEVEM INGERIR UM COMPRIMIDO DE 15 MG DE XARELTO® UMA VEZ AO DIA. TRATAMENTO DO TEV: A DOSE RECOMENDADA PARA O TRATAMENTO INICIAL DA TVP AGUDA É DE 15 MG DE XARELTO® DUAS VEZES AO DIA PARA AS TRÊS PRIMEIRAS SEMANAS, SEGUIDO POR 20 MG UMA VEZ AO DIA PARA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO E, PARA A PREVENÇÃO DE TVP E EP RECORRENTES, XARELTO® 15 E 20 MG DEVEM SER INGERIDOS COM ALIMENTOS. PROFILAXIA DE TEV APÓS ARTROPLASTIA DE QUADRIL (ATQ) E JOELHO(ATJ): A DOSE RECOMENDADA É DE 10 MG UMA VEZ AO DIA, COM OU SEM ALIMENTO. OS PACIENTES DEVEM SER TRATADOS POR 5 SEMANAS APÓS ATQ OU POR DUAS SEMANAS APÓS ATJ. A DOSE INICIAL DEVE SER TOMADA 6 A 10 HORAS APÓS A CIRURGIA, CONTANTO QUE TENHA SIDO ESTABELECIDO A HEMOSTASIA. CLASSIFICAÇÃO PARA FORNECIMENTO: PRODUTO MEDICINAL SUJEITO A PRESCRIÇÃO MÉDICA.

REFERÊNCIA: 1. PERZBORN E, ROEHRIG S, STRAUB A ET AL. THE DISCOVERY AND DEVELOPMENT OF RIVAROXABAN, AN ORAL, DIRECT FACTOR XA INHIBITOR. NAT REV DRUG DISCOV 2011;10:61-75. 2. PATEL MR ET AL. RIVAROXABAN VERSUS WARFARIN IN NONVALVULAR ATRIAL FIBRILLATION. N ENGL J MED 2011;365:883-891.

CONTRA-INDICAÇÃO: DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA À COAGULOPATIA.

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: ANTIMICÓTICO AZÓLICO DE USO SISTÊMICO OU INIBIDORES DAS PROTEASES DO HIV.

www.xarelto.bayer.com.br

L.BR.GM.2012-03-06.0729



Bayer HealthCare

Material destinado exclusivamente à classe médica.
Para mais informações consulte a bula do produto ou a BAYER S.A -
produtos farmacêuticos. Rua Domingos Jorge, 1100 - São Paulo - SP - CEP: 04779-900
www.bayerpharma.com.br

SAC 0800 7021241
sac@bayerhealthcare.com
Respeito por você