

Planos de saúde:

Lei que reajusta honorários é vitória da classe médica



pág. 5

SBC é protagonista em Congresso Europeu de Cardiologia, na Espanha

pág. 7

Diretoria

Evento de Cardiopatia Congênita ocorre quando ministério e médicos se reúnem para buscar soluções

pág. 6

Congresso Brasileiro de Cardiologia

Depois da programação científica, pauta social do Congresso é estruturada

pág. 11

Na Sala de Espera desta edição, os cuidados com a criança cardiopata

Prevenção

Vídeo viralizado no Youtube traz informações falsas sobre o controle do colesterol

pág. 9

Bioética

A reflexão sobre a consulta não presencial

pág. 25

Victoza®

Eficácia Abrangente no Tratamento do DM2¹⁻⁴

- Reduções Significativas e Sustentadas da HbA_{1c}¹⁻³
- Benefício Adicional da perda de peso¹⁻³
- Baixo Risco de Hipoglicemia^{1,2}



Agulhas novofine® 6 e 8mm
Podem ser utilizadas
em todas as canetas
aplicadoras Novo Nordisk

Victoza® - liraglutida. Indicação: tratamento do diabetes mellitus tipo 2, em monoterapia ou em combinação com: metformina; sulfonilureia; metformina e sulfonilureia; metformina e glitazona. Uso adulto acima de 18 anos. Contraindicações: hipersensibilidade a 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) de classe I e II é limitada e nas classes III e IV é ausente. A experiência em pacientes com doença inflamatória intestinal e gastroparesia diabética é limitada, portanto Victoza® 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 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. Não é necessário fazer ajuste de dose dos seguintes medicamentos, quando em uso concomitante com a liraglutida: paracetamol, atorvastatina, griseofulvina, digoxina, lisinopril, contraceptivos orais e varfarina. Nenhuma interação foi observada entre liraglutida e insulina detemir em pacientes com diabetes tipo 2. 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 superiores a 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 com pacientes idosos ≥ 75 anos de idade é limitada. Pacientes com insuficiência renal: Para pacientes com insuficiência renal leve, não é necessário ajuste de dose. Victoza® não pode ser 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: hipoglicemia, anorexia, redução do apetite, cefaleia, náusea, diarreia, vômito, dispepsia, dor na parte superior do abdome, constipação, gastrite, flatulência, distensão abdominal, doença do refluxo gastroesofágico, eructação, pancreatite (incluindo pancreatite necrosante), reação anafilática, infecção do trato respiratório superior, mal estar, reações no local de aplicação, disfunção renal, desidratação, urticária, erupção, prurido, frequência cardíaca aumentada, distúrbios da tireoide como neoplasia e 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. **Para informações completas, vide bula do medicamento.**

Este medicamento não deve ser utilizado em caso de hipersensibilidade à liraglutida ou qualquer um de seus excipientes. O uso simultâneo de liraglutida com sulfonilureia pode aumentar o risco de hipoglicemia.

Referências: 1. 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. 2. 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. 3. 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. 4. Bula do produto.

Novo Nordisk Farmacêutica do Brasil Ltda.

®Marca registrada Novo Nordisk A/S

©2014 Novo Nordisk Farmacêutica do Brasil Ltda.

Março de 2014

Disk Novo Nordisk: 0800 14 44 88

**mudando
o diabetes®**


novo nordisk®

Técnica, meritocracia e transparência



**Angelo Amato
Vincenzo de Paola**

*Presidente da
Sociedade Brasileira
de Cardiologia*

Após meio ano de gestão e de modificações sólidas na estrutura organizacional da SBC, verificamos com muita satisfação a existência de um respaldo importante dos associados que confiam na experiência associativa, acadêmica, seriedade, transparência administrativa e firmeza resolutiva da nossa Diretoria.

Mesmo contando com uma forte base departamental que foi a propulsora científica da nossa e de muitas outras organizações acadêmicas, encontramos situações em que foi necessária a intervenção, mediada por discussão e debate lúcidos, sempre necessários em estruturas científicas associativas. A necessidade da extinção de alguns grupos de estudo que colidiam importantemente com as atividades e a **estrutura** de alguns departamentos propiciou uma ampla discussão que gerou uma análise crítica organizacional, proposta de mudança de estatuto e, principalmente, a necessidade do incremento de uma contínua interação interdepartamental, aberta e arejada para o nosso crescimento científico sustentado.

A solidez da SBC em acompanhar criteriosa e exigentemente a formação e a avaliação do cardiologista é o produto de uma atividade extremamente organizada da CJTEC e dos seus núcleos científicos departamentais, que congregam a absoluta maioria das contribuições científicas cardiovasculares relevantes do país. A responsabilidade cidadã da nossa sociedade e a sua credibilidade junto às entidades-mãe, AMB e CFM, têm defendido a SBC de monopolismos corporativos retrógrados, entendendo como necessária e legítima a participação do cardiologista

com as suas habilidades adquiridas nas áreas específicas de atuação do conhecimento.

Nesse sentido, foi com grande satisfação que na plenária do Conselho Federal de Medicina, realizada em 14 de agosto, em Brasília, tivemos o parecer favorável da AMB e do CFM para a **inclusão do cardiologista na responsabilidade técnica das unidades coronarianas**, do pós-operatório de cirurgia cardíaca e das unidades de urgências cardiovasculares, fortalecendo a nossa posição junto às negociações diante da RDC número 7 da Anvisa (24.2.10), apontada como restritiva por centenas de cardiologistas, entre eles o saudoso, competente, corajoso e combativo colega **Marcos Silva Araujo** da SBC/BA, que muito recentemente nos deixou e aqui queremos reverenciar.

A SBC considera importante a necessária reorganização da medicina ante os avanços técnicos absorvidos pelas sociedades modernas de todo o mundo, e entende que os interesses corporativos não podem prejudicar o desenvolvimento da especialidade. Áreas de atuação conjuntas com os colegas intensivistas e cirurgiões são absolutamente necessárias e sinérgicas, exigem o despojamento de interesses em prol do bem geral e têm sido assim entendidas por importantes departamentos científicos da SBC.

A discussão desses temas com **técnica, transparência, profundidade e cidadania** é absolutamente necessária para a confiança e respeito entre os nossos pares, possibilitando o oferecimento de uma medicina avançada, compatível com a meritocracia científica e preparo técnico e ético dos nossos cardiologistas que, com muita competência e dedicação, disponibilizam os seus conhecimentos para oferecer excelência assistencial aos seus pacientes.

Grande abraço. ■

Editorial



Nabil Ghorayeb

Editor do Jornal SBC

Caro colega,

A edição de agosto do *Jornal SBC* vem com uma notícia de uma vitória da classe médica, que teve a SBC como protagonista. Agora os planos de saúde terão que reajustar anualmente os honorários pagos a profissionais ligados às operadoras. Uma vitória que beneficiará 50 milhões de pacientes atendidos e que terão seus prestadores um pouco mais bem remunerados.

Na parte científica, não deixe de ler os *Highlights* organizados pelo nosso colega Ibraim Masciarelli Pinto e as reportagens sobre o Congresso Europeu de Hipertensão, o Congresso da Sociedade Europeia de Cardiologia e a vinda do professor Salim Yussuf ao Brasil. Já estamos em contagem regressiva para o 69º Congresso Brasileiro de Cardiologia, que será em Brasília, e, além da programação científica, agora é a programação social que foi finalizada.

Destacamos também uma cobertura especial para o Congresso da World Society for Pediatric and Congenital Heart Surgery, que ocorreu em São Paulo, durante o mês passado. O tema é tão importante que o “Sala de Espera”, que é coordenado pelo coeditor Fernando Lucchese, também está tratando de cardiopatia pediátrica, para que nossos pacientes saibam que uma criança com qualquer problema cardiovascular pode ter uma vida normal.

Ainda em relação aos alertas à população, parabênizo a iniciativa do Departamento de Aterosclerose que trouxe luz para notícias sem embasamento científico que tem circulado na internet sobre a ingestão de medicamentos para o colesterol.

Na coluna Bioética, o colega Max Grinberg traz um tema bastante polêmico: a consulta não presencial. E na coluna “Nova Geração” uma notícia relevante de uma pesquisa que está sendo realizada com 50 ligas em todas as regiões do país sobre os motivos de atraso pré-hospitalar de pacientes com síndrome coronariana aguda.

Boa leitura. ■

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

Angelo Amato Vincenzo de Paola

Diretor de Comunicação

Maurício Batista Nunes

Editor

Nabil Ghorayeb

Coeditores

Fernando Lucchese | Ibraim Masciarelli

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: comercial@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



Lei que reajusta honorários médicos de planos de saúde é vitória da classe médica

Diretor de Qualidade Assistencial lembra que a SBC foi uma das primeiras sociedades a entrar na luta pela valorização do trabalho médico

A lei que obriga os planos de saúde a preencherem imediatamente as vagas de médicos, laboratórios e hospitais que se descredenciarem e que garante reajustes anuais aos profissionais ligados às operadoras foi publicada sem veto algum no Diário Oficial do dia 25 de junho.

“

Lei beneficiará os mais de 50 milhões de pacientes atendidos pelos planos de saúde

”

“A Lei, que leva o número 13.003/2014 é uma grande vitória das sociedades médicas”, comemora o diretor de Qualidade Assistencial da SBC, Pedro Ferreira de Albuquerque.

Ele lembra ter sido a entidade uma das primeiras sociedades de especialidade a se engajar na campanha, a levar a reivindicação dos médicos ao Congresso Nacional, num trabalho longo, cansativo. “Mas que, decorrente da união das sociedades médicas, com a liderança da AMB e com o empenho indispensável e competente do CFM, levou ao reconhecimento de que eram aviltantes os honorários pagos aos profissionais e à mudança absolutamente necessária”.

Contratos

Pedro Albuquerque, para quem todos os médicos estão de parabéns, explica que uma das

exigências da nova lei é a existência de contratos escritos entre as operadoras de planos de saúde e os profissionais, com previsão de índice e periodicidade anuais para reajuste dos valores dos serviços prestados.

Também o presidente do CFM, Roberto D'Ávila, comemorou a sanção da lei, que “beneficiará os mais de 50 milhões de pacientes atendidos pelos planos de saúde”. Ele lembra que a vitória é fruto da união do CFM, representado por todos seus conselheiros federais e regionais, juntamente com o esforço das entidades médicas. Roberto D'Ávila afirma que, além dos médicos, milhares de psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e dentistas que prestam serviços às operadoras se beneficiarão com o respaldo legal do novo documento que, em última análise, há de melhorar a assistência dos usuários de planos.

Vácuo

Antes da nova lei, inexistia no arcabouço geral da legislação qualquer instrumento que garantisse ao médico que presta serviço às operadoras o reajuste anual por um índice determinado, o que fragilizava o médico diante do poder econômico. O coordenador da Comissão Nacional de Saúde Suplementar, Aloisio Tibiriçá, entende que “a lei resgata condições mínimas para o início de um processo civilizatório nas relações de trabalho entre médicos e operadoras”. ■

Evento de Cardiopatia Congênita ocorre quando ministério e médicos se reúnem para buscar soluções

Congresso da World Society for Pediatric and Congenital Heart Surgery foi em São Paulo, de 17 a 20 de julho

O Fourth Scientific Meeting da Sociedade Mundial para Cirurgia Cardíaca Pediátrica e Congênita trouxe a São Paulo vários dos maiores especialistas mundiais e incluiu apresentações orais sobre os melhores abstracts submetidos à Sociedade. O encontro abrigou ainda uma sessão científica conjunta com a Sociedade Latina de Cardiologia y Cirugía Cardiovascular Pediátrica.

A World Society for Pediatric and Congenital Heart Surgery foi criada em 2006 e é a maior organização do gênero, com associados de todos os continentes e regiões do mundo. Seu lema é que “toda criança nascida em qualquer lugar do mundo com um defeito cardíaco congênito deve ter acesso a cuidados médicos apropriados e à cirurgia reparadora”. A missão da entidade é promover a mais alta qualidade de atendimento a todos os pacientes com doença cardíaca pediátrica congênita ou pediátrica, do feto ao adulto, independentemente da condição econômica do paciente, com ênfase na excelência em educação, pesquisa e serviços comunitários.

Melhor momento

Para Ieda Jatene, moderadora de uma das mesas-redondas, o Congresso foi importante porque permitiu a apresentação dos novos conhecimentos sobre cardiopatias congênitas, sobre os quais a medicina tem avançado muito nos anos recentes. Ela lembra que a malformação congênita é mais frequente que a malformação óssea ou neurológica, afetando entre 5 e 8 entre mil nascidos vivos. Para a solução dos problemas urge o diagnóstico precoce, como na atresia pulmonar com septo

íntegro, que deve ser operada horas após o parto ou a hipoplasia do coração esquerdo.

A especialista ressalta que o Congresso foi realizado num momento muito importante, pois a SBC, a Sociedade Brasileira de Pediatria, a Sociedade de Hemodinâmica Pediátrica e a Sociedade de Cirurgia Cardíaca Pediátrica prepararam um documento muito bem elaborado, entregue ao então ministro da Saúde, mostrando como garantir a atenção integral à criança cardiopata. Pela primeira vez as Sociedades de Especialidade foram chamadas a discutir o planejamento dessa importante área da Saúde Pública juntamente com as autoridades do governo federal.

Representação

Em decorrência, sentam-se à mesma mesa e com ampla participação, de um lado, os representantes do Ministério da Saúde e, do outro, a diretora do Departamento de Cardiologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria, Patricia Guedes, e o Departamento de Cardiopatia Congênita e Cardiologia Pediátrica da SBC, representado por Isabel Cristina Brito Guimarães.

“Há um longo caminho pela frente”, conclui Ieda Jatene, mas finalmente as portas estão abertas para os especialistas que vivem o dia a dia da criança cardiopata e que conhecem os problemas que enfrentam, as lacunas existentes. Os que conhecem a falta de mais recursos para um atendimento adequado começam a ser ouvidos por aqueles que têm o poder, mas também a missão de oferecer a infraestrutura e as condições para que os cardiologistas pediátricos possam cumprir adequadamente sua missão. ■

Congresso Europeu terá Simpósio Conjunto com a SBC sobre insuficiência cardíaca avançada

Diretora científica ressalta que tradicionalmente a delegação brasileira é a maior de fora da Europa

O ESC Congress 2014, congresso anual da European Society of Cardiology, que começa em Barcelona em 30 de agosto, é um evento consolidado como o maior da especialidade no mundo. Serão cerca de 30 mil participantes anualmente, e, como sempre, o Brasil deve ter a maior delegação de fora da Europa, segundo a diretora científica da SBC, Maria da Consolação Vieira Moreira.

Além da grande delegação e de vários brasileiros que serão conferencistas, está previsto um Joint-Symposium sobre Insuficiência Cardíaca Avançada, com vários nomes de destaque da SBC e da ESC. “Essa participação importante decorre do que a SBC tem feito nos anos recentes”, explica Maria da Consolação. “Temos valorizado as colaborações

internacionais, estamos desenvolvendo vários projetos e ações conjuntas e a crescente produção científica do Brasil tem sido muito bem recebida nos fóruns internacionais”, completa.

Há uma expectativa de que cardiologistas de 150 países participarão desse Congresso na Espanha, e isso torna o evento “uma verdadeira vitrine para a produção científica nacional”, diz a diretora científica.

Fundada em 1950, a European Society of Cardiology promove o congresso neste ano na Fira de Barcelona Gran Via, e o tema central do evento será “Innovations and the Heart”, abrangendo os mais recentes avanços de todas as áreas da Cardiologia moderna. ■

Cobertura Online do ESH contempla dezoito entrevistas

Evento sobre Hipertensão foi realizado em Atenas, na Grécia

O Congresso Europeu de Hipertensão de 13 a 16 de junho em Atenas, na Grécia, reuniu especialistas do mundo todo, inclusive do Brasil. O evento teve muitos temas, mas dois assuntos mereceram amplo destaque, como o debate das novas diretrizes americanas, europeias e da sociedade internacional para hipertensão e a questão do sódio. “Ficou bastante claro nas exposições que a redução na ingestão de sódio diminui consideravelmente a quase 10 mm/Hg a pressão arterial sistólica nos pacientes hipertensos”, ressaltou Bruno Paolino, que assim como Humberto Graner foi responsável pelas entrevistas do *Cobertura Online*.

Outros importantes temas foram motivo de entrevistas em português ou em inglês, devidamente legendadas. Falaram para o *Cobertura Online*: Ernesto Schiffrin, sobre “Pontos positivos da diretriz da ISH”; John Kostis, sobre “Um olhar sobre diretrizes”; George Bakris, “Symplicity-HTN3: Análises post hoc e perspectivas futuras”; Renata Cifková, “Hipertensão na adolescência”; Paulo César Jardim, “Novas diretrizes de HAS: São todas iguais?”; Domenic Sica, “Espironolactona na hipertensão resistente”; Peter de Leeuw, “Terapia de estimulação barorreflexa”;

Diretoria

Gianfranco Parati, “MAPA como ferramenta na hipertensão resistente”; Weimar Sebba, “Atualizações sobre a denervação renal”; Andréa Brandão, “Envelhecimento Vascular”; Daniel Lemogoum, “Estudo NOAAH: Tratamento da HAS nos negros”; Marianne Geleijnse, “Ingesta de sódio e HAS”; Antonio Coca, “Hipertensão e risco de demência”; Luiz Bortolotto, “Risco cardiovascular pela avaliação de grandes artérias”; Peter Kokkinos, “Atividade física e função renal na HAS”; Eduardo Barbosa, “A hipertensão como problema no Brasil e na América Latina”; Patricio Jaramillo, “Fatores de risco na América Latina: ingestão de sódio”; e Majon Muller, “No tratamento da HAS, idosos não são todos iguais!”.

As entrevistas podem ser conferidas na íntegra no portal da SBC, no link: <http://congresso.cardiol.br/esh14/> ■

Agradecimento

A SBC agradece o apoio da empresa Eurofarma pelo patrocínio da Cobertura *Online* do ESH 2014.



Salim Yussuf fez palestra no Brasil

O professor do Departamento de Medicina da Universidade de McMaster, em Hamilton, no Canadá, e presidente eleito da Federação Mundial do Coração, Salim Yussuf, esteve no Brasil para uma palestra no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – IDPC.

Yussuf, responsável pelo estudo Interheart em 52 países, chamou a atenção, já em 2004, para o potencial de redução de risco de primeiro ataque cardíaco em torno de 90%, se o controle dos fatores de risco cardiovasculares fossem otimizados na população.

Em São Paulo, ele falou do Interheart, da Cardiologia baseada em evidências, da prevenção cardiovascular, da polipílula,

dos riscos cardiovasculares, das síndromes coronarianas agudas, de fibrilação atrial, de insuficiência cardíaca, entre outros temas. ■



Professor Salim Yussuf realiza palestra no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia - IDPC

Foto: Luiz Roberto Jesus

DA faz um alerta à população

Vídeo viralizado no YouTube traz informações falsas sobre o controle do colesterol

O Departamento de Aterosclerose lançou um alerta para o público leigo sobre notícias sem embasamento científico que estão circulando na internet, segundo as quais hipercolesterolemia não seria fator de risco para o infarto do miocárdio. “Esse tipo de informação pode levar a população a não seguir as orientações que fazemos no combate ao colesterol elevado”, disse o presidente do Departamento de Aterosclerose da SBC, José Rocha Faria Neto.

“
Esse tipo de informação
pode levar
a população a não seguir
as orientações que
fazemos no combate ao
colesterol elevado

”

O presidente do DA lembra que, embora a mortalidade por doença isquêmica cardíaca esteja em declínio em algumas regiões do país, em outras, leia-se Norte e Nordeste, houve um aumento na taxa de mortalidade na última década. “Portanto, é fundamental que a SBC, e em especial o DA, que há mais de 20 anos tem tido extensa atuação na área de prevenção cardiovascular, procurem levar informações sérias e confiáveis ao público leigo em momentos como esse.” Nessa árdua batalha no campo da prevenção cardiovascular, no ano passado, a SBC publicou a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, com metas mais rígidas para quem tem risco elevado para a doença cardiovascular.

Vídeo

A manifestação da SBC vem em resposta a um vídeo muito divulgado nas últimas semanas no YouTube, onde um cardiologista, que não é filiado à SBC, dá a entender que a valorização do nível de colesterol para prevenir o infarto é decorrência de uma campanha do “medicamento mais vendido na história”, uma estatina recomendada para baixar o colesterol.

A SBC afirmou categoricamente no material que foi divulgado à imprensa que a afirmação não é verdadeira, e as demais colocações do vídeo também não honram a verdade. O papel do colesterol como fator de risco está claramente demonstrado há mais de 40 anos, e nas últimas duas décadas inúmeros estudos mostraram que a redução agressiva de LDL-colesterol está associada à redução do risco cardiovascular.

Prevenção

A SBC insistiu na comunicação com o público leigo que a base de toda a prevenção cardiovascular é com a adoção de estilo de vida saudável, com dieta adequada, prática corriqueira de atividade física, cessação de tabagismo e manutenção de peso corpóreo adequado. José Rocha Faria lembrou ainda, nas entrevistas concedidas às emissoras de rádio, que a opção medicamentosa para controlar o colesterol é feita em casos específicos, enquanto a recomendação básica é de que se evite o alto nível de colesterol com boa alimentação. O presidente do DA indicou o portal da SBC (www.cardiol.br) como fonte confiável de informações. ■



69° Congresso Brasileiro de
Cardiologia

26 a 29

setembro de 2014

Brasília - DF

Centro Internacional de
Convenções do Brasil - CICB

congresso.cardiol.br/69

**Participe do maior Congresso de
Cardiologia do país.**

Mais Informações

Tel.: 55 21 3478-2700

E-mail: sbc@cardiol.br

Agência de Turismo Oficial

Fellini Events

Tel.: 0800 643 6388

E-mail: eventos@felliniturismo.com.br

Site: www.fellinievents.com.br/eventos/cardio-2014



Depois da grade científica, é preparada a pauta social para o Congresso de Brasília

“Site seeing”, visitas a cidades históricas e até montanhismo são as opções a serem oferecidas aos congressistas

O presidente do 69º Congresso Brasileiro de Cardiologia, Augusto Dê Marco, conta que, concluída a grade científica do congresso, que neste ano está extremamente abrangente, pelo fato de que há importantes novidades em praticamente todos os campos da Cardiologia, a equipe de montagem do evento está investindo na programação social, que será igualmente acurada.

“No sábado teremos um coquetel de abertura e no domingo, o grande jantar dos palestrantes”, explica Dê Marco. A grande curiosidade dos conferencistas internacionais sobre a arquitetura de Brasília, famosa no mundo inteiro, fez que a organização previsse também um “Site Seeing” para conhecer a catedral, os prédios do Congresso, a esplanada dos Ministérios, os dois Palácios, do Alvorada e do Planalto, e as demais atrações da cidade.

Além disso, para quem quiser prolongar a estada na capital federal, estão sendo programadas excursões a várias cidades históricas da região, Goiás Velho, verdadeira joia do Brasil Colonial, explica Augusto Dê Marco. Pirenópolis, cidade tombada com uma culinária típica que vale a pena conhecer. Cachoeiras famosas, e há até mesmo oportunidades de fazer montanhismo, cavalgadas e caminhadas pelas trilhas no meio do cerrado, formação botânica típica do Brasil.

Construída no meio do cerrado, Brasília tem um artesanato feito a partir de flores desse tipo de vegetação muito típicas e originais, e pelo menos quatro empresas que exploram esse artesanato



reservaram espaço na área de exposições para mostrar o que produzem.

Coração do Brasil

Dê Marco considera que a infraestrutura oferecida por Brasília permitirá que os congressistas aproveitem ao máximo o evento. “Afim, a rede hoteleira é concentrada, a quase totalidade dos hotéis está a menos de 10 minutos do Centro de Convenções, que voltou a ser visitado por membros da Diretoria e pela equipe encarregada da montagem do Congresso, e nenhuma falha foi identificada”.

Os cardiologistas do Centro-Oeste estão orgulhosos de receber o maior evento da especialidade, principalmente depois que por razões várias os congressos se realizaram tantos anos longe da capital federal. E não são só os cardiologistas, conclui Dê Marco, pois Brasília conta com cinco faculdades de Medicina que formam a cada ano 400 novos médicos que estão sendo atraídos para o congresso, “onde aprenderão também que lhes caberá lutar pela dignidade profissional, tão aviltada nos anos recentes”. ■

Mais informações:
<http://congresso.cardiol.br/69/>



14 de agosto Dia do Cardiologista

Prezado Cardiologista,

*Parabéns pelo seu dia! Com certeza,
sua melhor recompensa está no sorriso das pessoas que através de seus
cuidados reconquistam o amor pela vida.*

*Obrigado por cuidar com sabedoria e amor deste órgão que carregamos
no peito.*

*Nosso reconhecimento e agradecimento a todos os Cardiologistas pelo
trabalho que realizam com dedicação.*

Realização



Sociedade Brasileira
de Cardiologia

Regionais

SBC/PE

Para marcar o Dia Mundial de Combate ao Tabaco, a SBC/PE promoveu, no dia 2 de junho, uma atividade educativa na Escola Estadual José Vilela, em Parnamirim, bairro da zona norte do Recife. O médico Emmanuel Abreu fez uma série de apresentações para os alunos, falando sobre os malefícios que o tabaco traz para a saúde. Segundo ele, a ideia era conscientizar os jovens dos perigos do cigarro antes mesmo de eles terem a oportunidade de experimentar. “Essa aproximação pode reverberar ainda mais, já que os jovens levam essas informações para casa e assim podem ajudar a combater o fumo dentro da sua família”, disse Emmanuel Abreu.



Foto: SBC/PE

Regional realiza ação durante o Dia Mundial de Combate ao Tabaco na Escola Estadual José Vilela.

SBC/PI

A Regional programou para 2 de agosto o I Simpósio de Imagem Cardiovascular.

SBC/RJ

A *Revista Brasileira de Cardiologia* (RBC) é um periódico de acesso aberto, multidisciplinar e arbitrada por revisão de pares e mantida pela Socerj. A revista publica artigos de domínios específicos das Ciências Cardiovasculares: Cardiologia, Nutrição, Educação Física, e demais áreas de saúde e correlatas. A RBC passa por um

processo de renovação e internacionalização, com ênfase em aumento da visibilidade do seu conteúdo para indexação em bases Scielo e Pubmed. A RBC faz um convite para submissão de artigos originais, em especial artigos com colaboração internacional, para a sua versão bilíngue (inglês e português). A data para submissão desta chamada é até dia 30 de setembro. Sistema de submissão online: <http://www.sgponline.com.br/rbc/sgp/>

SBC/RS

A Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul organiza a próxima edição do seu tradicional congresso, de 21 a 23 de agosto, em Gramado, na serra gaúcha. A programação contempla simpósios, mesas-redondas e fóruns, onde serão discutidos diagnóstico, tratamento e novas tecnologias na Cardiologia. Paralelamente serão realizados simpósios de especialidades, onde profissionais ligados à área, como enfermeiros e nutricionistas, terão programação própria com temas de interesse comum. A presidente da Socergs, Carisi Polanczyk, acredita que o principal desafio seja manter, nessa edição, o sucesso alcançado nos anos anteriores. “O Congresso é visto pela comunidade cardiológica como um dos mais atrativos na área”, diz.

SBC/SP

Neste ano o Curso de Reciclagem Socesp disponibiliza, pela primeira vez, no site da entidade, as aulas gravadas gratuitamente aos inscritos. Para os interessados no curso, mas que não puderam comparecer às aulas presenciais nos dias 9 e 12 de agosto, no Centro de Convenções Rebouças, em São Paulo, a Socesp oferece a oportunidade de aquisição do conteúdo no site www.socesp.org.br. Em 2014, 38 grandes nomes da Cardiologia foram os palestrantes do XXIII Curso Nacional de Reciclagem em Cardiologia. Além da qualificação dos palestrantes, outro

destaque foi a interatividade com os participantes por meio de uma sessão especial com questões e comentários de especialistas no final do evento. O Curso de Reciclagem é coordenado por Francisco Fonseca, Raul dos Santos e João Monteiro Ferreira. ■



Departamentos

SBC/DCC

O Departamento de Cardiologia Clínica reformulou o seu site, priorizando aspectos práticos e atualizações de interesse do cardiologista clínico, com foco atual em casos clínicos, revisões de literatura, “artigo do mês” e “visão do especialista”. Compartilhe sua experiência com os editores enviando material científico, críticas e sugestões. Já o Simpósio Pré-Congresso do DCC no 69º CBC terá como tema “Medicina Baseada em Narrativas e o Cardiologista Clínico”, e ocorrerá no dia 26/9/14 – 15h às 18h30. Serão apresentados quatro casos clínicos representando desafios no manuseio do cardiopata com múltiplas comorbidades, estenose aórtica crítica no paciente oligossintomático, coronariopatia aguda associada à FA e aspectos atuais na

abordagem do tromboembolismo pulmonar. A plateia terá uma oportunidade única de interagir com colegas de reconhecida relevância clínica e científica.

SBC/DCC/CP

Em maio, ocorreu o 48º Congresso da Sociedade Europeia de Cardiologia Pediátrica em Helsinque, na Finlândia. O tópico do curso de atualização foi o “Coração Univentricular” do feto ao adulto, dos métodos diagnósticos às dúvidas terapêuticas do adulto operado e novos conceitos na fisiologia da circulação de Fontan. A sessão de pôsteres moderados premiou o trabalho que demonstrou que crianças com CIA grande apresentam um prevalência de 22% de prolongamento do intervalo QTc comparado com 2% após seis meses do fechamento. Uma

atualização sobre o implante percutâneo de valva pulmonar, fechamento percutâneo de CIA e como lidar com a disfunção ventricular direita foram os temas centrais. O próximo congresso ocorrerá em Praga, em 2015.

SBC/DECAGE

Durante o XXXIV Congresso Norte Nordeste de Cardiologia, nos dias 14 a 16 de agosto de 2014, o Departamento de Cardiogeriatría da SBC, estará promovendo em Recife (PE), no VI Simpósio Decage Norte Nordeste. Contando com a presença de cardiogeriatras, cardiologistas clínicos, geriatras e gerontólogos, uma programação científica bem abrangente e bem objetiva com certeza permitirá uma grande troca de informações e experiências. Nossa programação será composta por uma mini conferência, discussão de caso clínico e a esperada sessão “bate e volta” que encerrará o simpósio com a tradicional interação entre debatedores e plateia. Sejam bem vindos ao VI Simpósio DECAGE Norte-Nordeste.

SBC/DERC

“Caros sócios, atualizem endereços habituais (não só o eletrônico) no site www.cardiol.br. Várias correspondências são enviadas pelos correios (senhas, revistas, *Jornal SBC*). Tenham Habilitação em Ergometria. Provas duas vezes ao ano. Pedro Albuquerque (Derc e SBC) e AMB, em discussões positivas com a ANS para melhor remuneração do Teste Ergométrico”, informa o presidente do Derc, Nabil Ghorayeb. Eventos de Prevenção contra o Sedentarismo, Esportes, Ergometria, Cardiologia Nuclear, organizados por sócios Derc, sucessos científicos e público. Aproveitem as mídias do Derc para divulgação.

O Simpósio Internacional do Derc no Congresso da SBC, em Brasília, no mês de setembro, já está

pronto e será imperdível. Paul D. Thompson está confirmado com três conferências.

O Congresso Nacional do Derc será em Vitória - ES, de 20 a 22 de novembro. Reserve a data!

SBC/DHA

No recente congresso conjunto da European Society of Hypertension/International Society of Hypertension, vários membros do DHA apresentaram trabalhos. Um desses, orientado por Paulo César Jardim, ganhou prêmio entre os melhores pôsteres apresentados, avaliando seguimento de vinte anos de fatores de risco em profissionais de saúde em Goiás. Os temas de destaque foram as recentes diretrizes europeias e americanas, nos quais foram debatidas as metas a serem atingidas, que na maioria foram fixadas em valores abaixo de 140/90 mmHg em grande parte dos pacientes. Além disso, medidas de pressão central e rigidez arterial por métodos não invasivos foram valorizadas como importantes ferramentas para estratificação de risco do paciente hipertenso.

SBC/SOBRAC

A Sobrac, departamento de arritmias da SBC, participou ativamente da organização dos temas científicos do congresso nacional, assim como realizará o Simpósio de Arritmia e Estimulação Cardíaca da Sobrac no curso pré-congresso em Brasília. Também contribuiu na reedição do livro-texto de Cardiologia da SBC, com os capítulos referentes à arritmia cardíaca. Em outubro haverá novidade no Curso de Reciclagem de Arritmias, com a participação do convidado internacional Andre de Biasi, que agregará informações junto aos colegas brasileiros que participam desse evento de educação continuada, em São Paulo. Haverá uma nova ferramenta para discussão dos casos de arritmia e eletrofisiologia, em sessão interativa internacional por videoconferência com especialistas dos Estados Unidos. ■

Sociedades Internacionais



Carlos Alberto Pastore

Presidente da ISE

ISE

Entre os dias 4 e 7 de junho realizou-se o 41º Congresso Internacional de Eletrocardiologia – ICE2014, em Bratislava, na Eslováquia, reunindo os membros da nossa sociedade internacional e profissionais do país sede. O homenageado do congresso foi o Prof. Antoni Bayés de Luna, da Espanha. “Além de apresentar trabalhos nossos de pesquisa, fizemos a apresentação do próximo congresso da ‘International Society of Electrocardiology’, que será no Brasil, de 24 a 27 de junho de 2015, em Comandatuba, na Bahia”, contou o presidente da ISE, Carlos Alberto Pastore. O website do congresso já pode ser visitado: www.electrocardiologyice2015.com.br



Marcia Barbosa

Presidente da SIAC

SIAC

A Sociedade Interamericana de Cardiologia (www.siacardio.org) oferece um excelente conteúdo científico para cardiologistas. Recentemente criou uma página web com informações interessantes para pacientes (www.cardiotemas.com).

“Iniciamos agora um curso de ecocardiografia para o cardiologista, disponível sem custos e que já consta com mais de 2.500 inscritos! Serão 15 aulas ministradas *online* pelos maiores nomes da ecocardiografia dos Estados Unidos e da América Latina, em um formato interativo (*talk show*), podendo ser acessadas *online* ao vivo ou *on demand*. Esse curso seguramente alcançará o mesmo sucesso do recente curso de ECG (acompanhado *online* por sete mil cardiologistas de todo o mundo). Não deixe de se inscrever: www.myechocardiolab.com”, informa a presidente da SIAC, Márcia Barbosa. ■

Highlights

CARDIOLOGIA CLÍNICA

Aterotrombose não é mais apenas um acúmulo de lipoproteínas na parede arterial, mas um complexo mecanismo de ação de células e substâncias inflamatórias que podem acelerar a progressão da doença, a ruptura da placa e, conseqüentemente, eventos cardíacos maiores. Monócitos, macrófagos, citocinas e moléculas de adesão têm sido implicados na aterogênese. Evidências recentes levam à hipótese de que a inibição da via imune central, da interleucina-1 (IL-1), fator de necrose tumoral (TNF- α), e IL-6 podem servir como um potente alvo para a prevenção da aterotrombose. A deposição de cristais de colesterol leva à ativação da produção de IL-1 β , e essa leva a um aumento dos níveis de IL-6 e proteína C-reativa. Podem-se dividir os agentes anti-inflamatórios como potenciais fármacos ateroprotetores em dois grupos, os que têm e os que não têm como alvo IL-1, TNF- α , e IL-6. Essas opções terapêuticas são discutidas em detalhes nesse artigo de revisão.

Referência: Ridker PM, Lüscher TF Eur Heart J. 2014 May 26.

Jose Carlos Nicolau
Fabio Fernandes
SBC/DCC

CARDIOLOGISTA INTERVENCIONISTA

Um dos estudos mais impactantes de 2014 apresentados no último Congresso do ACC foi o **CoreValve Pivotal Trial**, que randomizou 800 pacientes portadores de estenose aórtica grave e de alto risco cirúrgico: Substituição valvar transcaterter x Tratamento cirúrgico clássico.

A mortalidade global em um ano foi inferior para substituição valvar percutânea. O AVC em 30 dias não exibiu diferença estatística entre as duas modalidades de tratamento. A ocorrência de sangramentos maiores foi mais frequente no grupo cirúrgico e a necessidade de marca-passo definitivo foi mais frequente no grupo da Corevalve. O tratamento transcaterter poderá ser uma alternativa segura e eficaz para pacientes portadores de estenose aórtica de alto risco para cirurgia convencional.

Referência: CoreValve Pivotal Trial – apresentado durante Congresso do ACC em 2014.

Alexandre Abizaid
Helio Roque Figueira
SBC/SBHCI

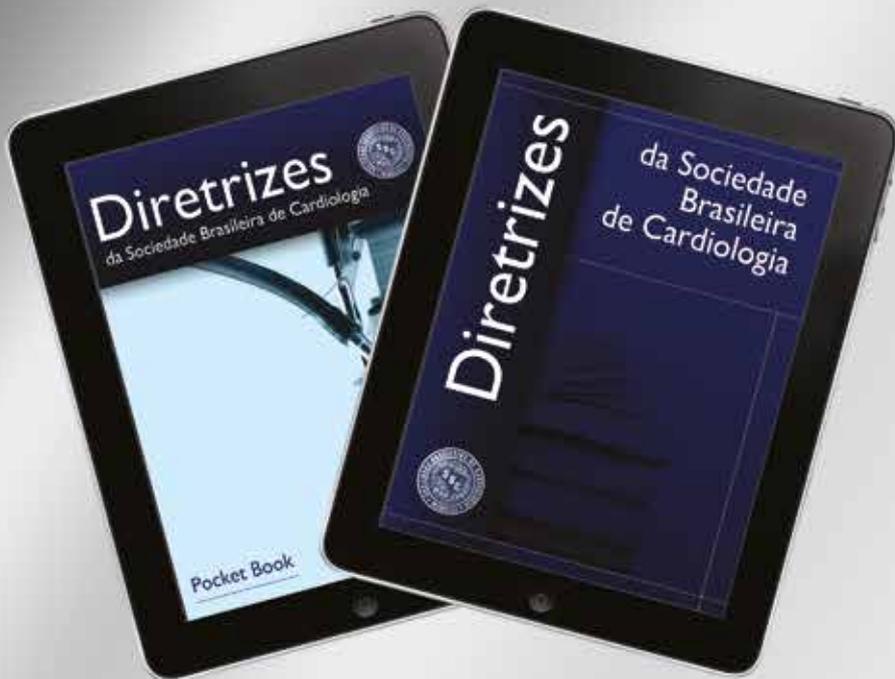
ELETROCARDIOGRAFIA

Quero chamar a atenção dos colegas para o trabalho de Nabeel Sheikh e cols., publicado na revista *Circulation* 2014;129:1637-49 (**Comparison of Electrocardiographic Criteria for the Detection of Cardiac Abnormalities in Elite Black and White Athletes**), que avaliou a interpretação do ECG em atletas brancos e negros, utilizando critérios da Sociedade Europeia, os novos critérios de Seattle comparados com critérios refinados propostos pelo grupo. Entre os anos 2000 e 2012, esses três critérios foram empregados em 1.208 atletas negros, 4.297 atletas brancos e 103 atletas jovens com cardiopatia hipertrófica. Comparado às recomendações europeias, o critério refinado melhorou a especificidade de 40,3% para 84,2% nos atletas negros, e de 73,8% para 94,1% nos brancos, sem comprometer a sensibilidade do ECG em identificar doença. O grupo concluiu que o refinamento dos critérios correntes tem o potencial de reduzir significativamente a carga de ECG falso-positiva em atletas, particularmente nos negros.

Joel Pinho
SBC/DCC/GEECG



Conheça os Novos Aplicativos Pocket Book e Diretrizes SBC



Baixe em seu tablet
os novos aplicativos
da SBC.

Consulte o material a
qualquer hora e
qualquer lugar!

Saiba mais sobre os aplicativos da SBC
no site da SBC Móvel

www.cardiol.br/movel



Capture a imagem ao
lado com o seu leitor
QR Code e acesse a
página com os
aplicativos da SBC



Gratuito para Associados

Copa do Mundo e as doenças do coração

Inúmeras publicações em todas as mídias, TV, rádio, revista, jornal e internet, trataram do aumento de eventos cardiovasculares durante os jogos do Brasil na Copa do Mundo. O projeto “Copa 2 - Coração do Torcedor” coordenado por Álvaro Avezum, diretor de pesquisa do Instituto Dante Pazzanese, e Nabil Ghorayeb, presidente do DERC, integrou um grupo de nove centros que avaliaram os torcedores brasileiros durante os jogos da seleção brasileira.

O jornal econômico *Valor* citou ainda o estudo elaborado pela SBC durante a Copa da África do Sul e lembrou que: “os jogos podem atuar como gatilhos para desencadear um infarto”. Já a edição *online* da revista *Exame* entrevistou o presidente do Derc, Nabil Ghorayeb. “Estudos revelam que eventos como tragédias climáticas e derrotas esportivas geram um grande impacto emocional, que se reflete no aumento da ocorrência de problemas cardiovasculares”, completou.

Outras reportagens foram publicadas na *Tribuna da Bahia*, *Jornal de Ponta Grossa*, no Paraná, nas TV Globo (*Bom Dia Brasil* e *SPTV 2a. Edição*), Band (*Café com Jornal*), Cultura (*Jornal da Cultura*), Fox Sports, Sport TV, nas rádios CBN e Band News e no portal UOL. Na TV Canção Nova, o presidente do Derc esclareceu por que a emoção negativa é grave para o coração. ■



VEJA SP

A reportagem de capa da *Veja São Paulo* também tratou do tema e entrevistou o integrante do Comitê de Emergências Cardiovasculares da SBC, Sérgio Timerman. Ele orientou os pacientes mais instáveis a não assistirem aos jogos de maior pressão. “Qualquer emoção mais forte pode causar um evento cardíaco mais grave”, constatou Timerman, que ainda alertou para os riscos do consumo excessivo de bebidas alcoólicas e à base de cafeína, durante as partidas de futebol. ■



Isto É publica estudo sobre diabetes

A revista *Isto É* publicou reportagem citando uma meta-análise de 64 estudos com quase 900 mil pessoas feita por pesquisadores britânicos, holandeses e australianos. A pesquisa revelou que as mulheres com diabetes têm 44% mais chances do que homens de ter um infarto com a doença. A diretora científica da SBC, Maria da Consolação Vieira Moreira, foi entrevistada pela reportagem e ressaltou que o desafio é identificar as razões dessa diferença entre gêneros. “Existem várias suspeitas, mas até agora nada foi comprovado”, disse. Ela lembrou que uma em cada três mulheres no mundo morre por problemas cardiovasculares. “É a doença que mais tira vidas femininas. Se a mulher diabética é de maior risco, é de pensar em um tratamento mais agressivo para elas. Mas por enquanto não existe nenhuma recomendação estabelecida nesse sentido”, completou. ■



SOLUÇÕES EM CARDIOLOGIA

Suporte | Integração | ECG | Mapa | Holter | DICOM

teleholter.com.br



VISITE-NOS NO 69º CBC: STAND 43

TKL Soluções em Equipamentos Médicos | FONE: 41 3022.0926

Mortara

tkl
SOLUÇÕES EM EQUIPAMENTOS MÉDICOS



*imagens meramente ilustrativas

Crie seu próprio website



Flávio Galvão

flaviofg@cardiol.br

No mundo globalizado em que vivemos ter um *website* para divulgação de informações profissionais, ou seja, ter uma presença *online* do consultório ou empresa tornou-se algo importante e desejável. Isso possibilita uma forma eficiente de exposição e comunicação.

A maneira convencional, adequada mas dispendiosa e complexa, é contratar um profissional de TI para criar e administrar o *website*, escolher um domínio, registrá-lo no órgão específico (registro.br), pagar uma taxa anual por isso, em seguida escolher um servidor de hospedagem, também com pagamento recorrente, colocar o *website* nesse servidor, receber os IPs e alterá-los no DNS do registro.br.

Após tudo isso, o seu *website* estará *online*.

Mas existem várias soluções completas, disponíveis na internet, que simplificam todo esse processo, disponibilizando modelos de sites prontos e poderosas ferramentas para modificá-los e personalizá-los (editores), inclusive usando

linguagem de alto nível, como HTML5. Além disso, ainda fornecem a hospedagem, o endereço do site e ferramentas de publicação na internet e redes sociais. Tudo necessário, em português e de forma amigável, para que em poucos minutos seja possível fazer e publicar o *website*.

Quem tem habilidade para criar apresentações no *PowerPoint* terá capacidade para utilizar esses editores e as diversas ferramentas.

Das soluções disponíveis, citarei uma das mais populares, que é o WIX, que pode ser acessado pelo link www.wix.com.

No WIX, para se ter acesso, basta criar uma conta gratuita informando o seu e-mail e escolhendo uma senha. O site é publicado conjuntamente com uma versão para *mobiles* e funciona em qualquer plataforma, *iOS* ou *Android*.

A versão gratuita tem mínimas restrições, como a presença de uma propaganda do próprio WIX, mas nada que limite o funcionamento do *website*. Existem versões em que se pagam pequenos valores para se ter mais recursos.

Vale a pena testar. ■

Home Page de Associados
Moderna - Interativa - Prática
<http://socios.cardiol.br/homepage>

Inscrições para prova de título chegam a 1.004

Prova foi marcada para 26 de setembro, terá cinco horas e meia de duração e resultado será divulgado ainda durante o 69º Congresso

O presidente da CJTEC, Marcos Magalhães, que fechou no dia 1º de julho as inscrições para a prova de título, comemora o número de inscrições, 1.004. “O total comprova uma vez mais o apreço e a credibilidade da classe médica para com a prova da SBC, que oferece aos especialistas o diploma, comprovando perante a sociedade que o médico aprovado está apto e plenamente capacitado a atender os pacientes e que detém os conhecimentos necessários sobre a especialidade.”

Magalhães diz que a Comissão que preside e que conta com 13 membros espera uma porcentagem maior de aprovações do que nos anos anteriores, quando giravam em torno de 30%, e explica essa expectativa pela melhor preparação dos candidatos: “Eles contam agora, além da bibliografia tradicional e do livro-texto da SBC, com as aulas ministradas pela Universidade Corporativa, através da internet”, completa. Assim acredita-se que a nova leva de candidatos terá mais condições para aprovação. Essa preocupação com o melhor preparo dos futuros cardiologistas é constante na Diretoria da SBC.

Orientações

A prova terá cinco horas e meia de duração, está sendo preparada por uma empresa contratada e será, como nos anos anteriores, de múltipla escolha. Os interessados que não cumpriram o pré-requisito de terem realizado residência em Clínica Médica farão uma prova prática alternativa, além da prova escrita.

As recomendações para os candidatos são as mesmas de sempre, dormir bem na véspera, não se afofar, pois o tempo é mais que suficiente para responder a todas as perguntas e manter a concentração. A CJTEC está preparada para divulgar os resultados, com a relação de aprovados, ainda durante o 69º Congresso Brasileiro de Cardiologia, no dia 28. ■



LIPANON

fenofibrato 250 mg

EFICÁCIA NA DISLIPIDEMIA COM BENEFÍCIOS ADICIONAIS ^{1,2}

• **26,3%** redução de ácido úrico.³

• **38%** redução de amputação não traumática.²

1 vez ao dia

Junto à principal refeição⁴



Cápsulas RETARD



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

LIPANON (fenofibrato). **Indicações:** hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia endógenas do adulto, isoladas (tipo IIA e IV) ou associadas (tipo IIB, III e V). **Contraindicações:** nos pacientes com história de hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Insuficiência hepática, incluindo cirrose biliar primária e anormalidades persistentes nos testes de função hepática. Insuficiência renal severa (clearance de creatinina <50 ml/min). Gravidez e lactação. **Precauções:** em alguns pacientes, pode ocorrer aumento transitório das transaminases. Aumentos superiores a 3 vezes o limite superior da normalidade para a tgo ou tgp ocorreram em pacientes em uso do fenofibrato, embora seu significado clínico não seja conhecido. Biópsias hepáticas realizadas em pacientes tratados por até 3 anos com fenofibrato não revelaram qualquer alteração hepática com a droga. Recomenda-se controle trimestral das transaminases séricas durante o primeiro ano de tratamento; avalie a conveniência de se suspender o tratamento, caso os valores de tgo e tgp superem três vezes o limite superior da normalidade. **Advertências:** se após um período de 3-6 meses de tratamento e dieta adequada não houver evidência de redução satisfatória da concentração sérica dos lipídeos, deve-se avaliar a necessidade de terapia complementar ou de substituição do tratamento. Uso pediátrico: a experiência em crianças é limitada. Caso o produto seja considerado absolutamente necessário, a critério médico e para crianças acima de 10 anos de idade, a dose de 5 mg/kg/dia não deverá ser ultrapassada. Interações medicamentosas e com alimentos: alimentos - o fenofibrato é pouco absorvido no estado de jejum. Na presença de alimentos, mais de 90% da dose é absorvida. Recomenda-se, portanto, que Lipanon (fenofibrato) seja administrado junto à refeição principal. Anticoagulantes orais - o fenofibrato pode potencializar a ação dos anticoagulantes orais (acenocumarol, dicumarol, warfarina, fenprocumol, fenindiona) aumentando, portanto, o risco de sangramentos. Inibidores da hmg-coa redutase - a combinação de derivados do ácido fibríco e inibidores da hmg-coa redutase potencializa o risco de miopatia e rabdomiólise. Portanto, o uso combinado desses agentes deve ser evitado. Sequestrantes de ácidos biliares - o uso concomitante de fenofibrato e colestiramina pode resultar em redução significativa da absorção do fenofibrato. Imunossupressores - embora os dados provenientes de estudos clínicos sejam limitados, não parece ocorrer interação farmacocinética significativa quando fenofibrato e ciclosporina são administrados concomitantemente; pode ocorrer discreta elevação dos níveis séricos de creatinina. Hipoglicemiantes orais - há potencial de interação quando o fenofibrato e hipoglicemiantes orais (metformina, tolbutamida e glibenclamida/gliburida - todas metabolizadas pelo citocromo p450 cyp3A4) forem administrados concomitantemente. Outros - eritromicina, derivados imidazólicos, inibidores da maq, grapefruit (toranja). **Reações adversas:** o fenofibrato é geralmente bem tolerado. Entretanto foram relatados os seguintes efeitos adversos: sistema nervoso central - raras (incidência <1%): cefaleia, insônia, fadiga, tonturas. Sistema gastrointestinal - frequentes (incidência entre 3% e 5%): obstipação ou diarreia, dispepsia, flatulência, náuseas, desconforto gástrico. Até o momento, não se sabe se o uso do fenofibrato leva a maior propensão na formação de cálculos biliares; os pacientes devem ser monitorizados quanto à possibilidade desse evento adverso. Elevação de transaminases séricas (tgo e/ou tgp). Sistema genitourinário - raras (incidência <1%): disfunção sexual (redução de líquido, impotência). Sistema musculoesquelético - muito raras: rabdomiólise, artralgia. Pouco frequentes (incidência entre 1% e 3%): mialgia difusa, sensibilidade dolorosa, fraqueza muscular, todas reversíveis com a descontinuação do tratamento. Elevação dos níveis de creatinofosfoquinase (cpk). Pele e anexos - raras (incidência <1%): reações cutâneas (eritema, prurido, urticária, eczema); fotossensibilização, alopecia. Frequentes (incidência entre 3% e 5%): rash cutâneo. **Posologia:** uma cápsula por dia, junto à refeição principal. MS 1.7817.0095. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. Ref. bibliográficas:** 1) Blane GF. Review of European clinical experience with fenofibrate. *Cardiology*.1989; 76 Suppl 1:1-10, discussion 10-3. 2) Sacks FM. After the Fenofibrate Intervention and Event Lowering in Diabetes (FIELD) study: implications for fenofibrate. *Am J Cardiol*. 2008;102(12A):34L-40L. 3) Elisaf M, et al. Effect of micronized fenofibrate and losartan combination on uric acid metabolism in hypertensive patients with hyperuricemia. *J Cardiovasc Pharmacol*. 1999;34(1):60-3. 4) Bula do produto: Lipanon. Junho/2014

ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR
080077-17017

**Mantecorp
Farmasa**

Ligas de Cardiologia e Projeto de Pesquisa

A Sociedade Brasileira das Ligas de Cardiologia (SBLC), conjuntamente ao Dr. Fabrício Furtado (médico coordenador da liga de Urgências Cardiovasculares da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp) e 50 ligas de todas as regiões do país iniciam um trabalho científico de âmbito nacional intitulado “Registro nacional dos motivos de atraso pré-hospitalar de pacientes com síndrome coronariana aguda”.

A maioria das mortes por doença isquêmica do miocárdio ocorre nas primeiras horas de manifestação da doença, sendo 40%-65% dos casos na primeira hora e, aproximadamente, 80% nas primeiras 24 horas. Assim, a maior parte das mortes por isquemia acontece fora do ambiente hospitalar, geralmente desassistidas pelos médicos.

Um dos grandes obstáculos ao tratamento rápido de pacientes com dor torácica e consequente alta mortalidade é o atraso na chegada hospitalar dos pacientes, pelos mais diversos motivos. O componente pré-hospitalar no atraso do atendimento ao paciente com dor torácica é de tal magnitude que, na prática clínica, apenas cerca de 20% desses pacientes chegam ao setor de emergência com até duas horas após o início dos sintomas.

No Brasil temos ainda dificuldades de registro de dados estatísticos nacionais que documentem adequadamente esses atrasos, inviabilizando planejamento estratégico e reconhecimento de carências locais, assim como aporte de ações efetivas de saúde para correção.

A definição e a transcrição das causas de atraso poderão permitir medidas que abreviem essa demora; e atuando-se sobre esses ambiente multifatorial será possível propiciar diminuição significativa da mortalidade para

essa enfermidade e, conseqüentemente, real benefício à sociedade, mediante alternativas para promoção à saúde, um dos pilares das práticas de atividade das ligas de Cardiologia.

Nesse cenário, o trabalho científico desenvolvido colocará os acadêmicos em contato com pacientes com coronariopatias, acompanhando sua evolução e estudando as causas do atraso de sua chegada com dor torácica ao hospital. Ademais, será uma oportunidade única para os integrantes das Ligas conduzirem um projeto de abrangência nacional e de grande relevância para a saúde do país, experiência ímpar de contribuição humanitária dos envolvidos.

Esse projeto almeja traçar um retrato nacional e também apontar caminhos para resolução dos problemas relacionados ao tema, aliando-se a participação de estudantes na realização das atividades necessárias de modo a enriquecer o conhecimento acadêmico cada vez mais comprometido com a pesquisa científica e contribuir para o progresso da medicina.

Para mais informações, acesse: <http://departamentos.cardiol.br/sblc/>



* **Guilherme Benfatti Olivato** é diretor de Ligas da Sociedade Brasileira das Ligas de Cardiologia e acadêmico do quinto ano da Faculdade de Medicina de Itajubá.



* **Hélio Penna Guimarães** é presidente de Honra da Ligas da Sociedade Brasileira das Ligas de Cardiologia

Consulta não presencial



Max Grinberg

grinberg@incor.usp.br

A secretária do consultório passa a ligação, ou mesmo é o seu celular que toca. Você atende e do outro lado da linha alguém manifesta uma necessidade clínica e solicita uma solução. Você percebe que o imediatismo domina aquele momento. Será que você já tem uma posição bem refletida a respeito da conveniência de prosseguir com o atendimento? O colega lembra-se dos artigos do Código de Ética Médica – **É vedado ao médico** –, a solicitação deve ser negada sem maiores discussões, em nome da prudência. Ou é daqueles que ponderam caso a caso sobre se responder seria uma imprudência ou, então, seria uma negligência não ajudar?

O *interlocutor* pode estar “dando notícias” sobre a evolução pós-consulta recente e o relatado está dentro das possibilidades esperadas e, assim, seria nada mais justo o desenvolvimento de um diálogo e de eventuais ajustes como complementação não presencial, plenamente compreensível. O *interlocutor* pode ser um desconhecido – um parente de um paciente, por exemplo –, ou mesmo alguém que há muito tempo não é visto e, nesse caso, é justificável que o colega decline de dar qualquer orientação específica, por se sentir isento da obrigação de dar respostas. O *interlocutor* pode ser um paciente conhecido – um bom cliente – que verbaliza uma situação relativamente simples, até fácil de condução não presencial, quem sabe tão somente um aval para a prática de uma “automedicação” que já compõe a fala do paciente. Existe o hábito de atender às indagações, afinal, “sei quem é”, e por isso, sente-se confortável até mesmo para acrescentar recomendações.

Mas é certo? É errado? É uma concessão? A experiência mostra: dela fica-se refém numa eventual adversidade: edema de glote, síndrome de Stevens-Johnson e aplasia medular!

A Bioética respeita o deontológico, que regula de fora para dentro, e valoriza o ontológico, que aconselha de dentro para fora. Contribui para dar a medida da flexibilidade perante um contato telefônico e se fundamenta por filtros: o do **Benefício**; é possível assumir utilidade e eficácia da recomendação, via fone, apenas com as informações assim disponíveis? O da **Segurança**; o útil e eficaz conceito que passou é seguro em relação ao conjunto nosológico, e não provoca malefícios a comorbidades e a órgãos normais? O da **Autonomia** do médico: falo ou não falo? A responsabilidade profissional não tem meio termo e a Bioética, nos limites do bom senso, sustenta a união da liberdade e responsabilidade. E lembre-se do dever fundamental de anotar na ficha clínica o teor e justificativa da consulta não presencial. ■



Homenagem a Protásio Lemos da Luz



Aristóteles Alencar

Responsável pela coluna Memória da Cardiologia

A fotografia foi obtida na manhã do dia 15 de setembro de 2009, durante intervalo das atividades científicas do 64º Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia, realizado na cidade de Salvador (BA). Dr. Protásio Lemos da Luz, desacompanhado, admirava um grande painel que resumia e retratava a história da Cardiologia

brasileira contemporânea. Polidamente assentiu o registro daquele momento.

O que chamou a atenção foi a homenagem prestada à sua pessoa. Dr. Protásio estava incluso na relação dos onze cardiologistas mais importantes do Brasil no século XX, escolhidos por seus pares em 2002, como “Incentivador da educação científica em Cardiologia”. Gaúcho de Vacaria (RS), formado em Medicina em 1965, pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná, partiu para uma carreira brilhante, sobejamente conhecida e elogiada por seus inúmeros admiradores. Titular de Cardiologia da FMUSP, recebeu a maior honraria nacional no campo da Ciência e Tecnologia, a



Foto: Arquivo pessoal/ Aristóteles Alencar

Dr. Protásio Lemos da Luz durante atividades do 64º Congresso Brasileiro de Cardiologia

Ordem Nacional do Mérito Científico, entregue pelo presidente da República Fernando Henrique Cardoso, no Palácio do Planalto.

Autor de centenas de artigos científicos em revistas médicas nacionais e internacionais, é também laureado escritor de livros. Suas palestras prendem a atenção dos espectadores não só pelo conteúdo, assim como pela elegância da apresentação esmerada.

Nossa homenagem a esse personagem ímpar da nossa Cardiologia contemporânea, paradigma da síntese ideal do discípulo de Hipócrates. ■

ASSISTA ÀS PALESTRAS NO CONFORTO DE SUA CASA OU CONSULTÓRIO

CONGRESSO DA SBC
Virtual

Vale 10 PONTOS para atualização do TEC

WWW.CONGRESSOVIRTUAL.COM.BR



TREINAMENTO DE
**EMERGÊNCIAS
CARDIOVASCULARES**

DA SOCIEDADE BRASILEIRA
DE CARDIOLOGIA



O primeiro material inteiramente nacional de treinamento de emergência cardiovascular, feito com toda credibilidade da Sociedade Brasileira de Cardiologia e adaptado para as reais necessidades de nossos profissionais de saúde.

O TECA A (Treinamento de Emergências Cardiovasculares – Avançado) tem como objetivo inédito focar a Parada Cardio-Respiratória como jamais foi abordada por qualquer outro livro ou treinamento no mundo. Inclui o treinamento das situações pré - PCR (Acidente Vascular Cerebral, Insuficiência Coronariana Aguda, Arritmias e Insuficiência Cardíaca Descompensada), PCR (Ritmos da PCR) e pós – PCR (Hipotermia e outros), além do trabalho em equipe e do time de resposta rápida.

Público-alvo: Médicos, Enfermeiros, Estudantes de Medicina em seu último ano de graduação.



O TECA B (Treinamento de Emergências Cardiovasculares – Básico) é um curso baseado em ciência e evidências médicas nacionais e internacionais, desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia com objetivo de coordenar as equipes multidisciplinares, para um ótimo tratamento em PCR.

Público-alvo: Profissionais da área da Saúde e Segurança como: Técnicos de Enfermagem, Fisioterapeutas, Dentistas, Professores de Educação Física e etc.

INFORMAÇÕES:

Setor de Cursos da Sociedade Brasileira de Cardiologia
(11) 3411-5500
cursos@cardiol.br - www.cardiol.br

MAIS INFORMAÇÕES NO SITE:
<http://educacao.cardiol.br/teca/>



Ricky asks Marcelo Bertolami: *Cholesterol reduction: what is in the horizon?*



Ricky Silveira Mello

Professor de inglês
especializado em
Cardiologia

rickysilveiramello@gmail.com

Statins are the main achievement in cholesterol reduction. Their regular use leads to improvement of cardiovascular risk resulting in cardiovascular and total mortality decrease. However, some patients do not tolerate them and others do not attain the recommended LDL-cholesterol target despite their use at high doses. So, the development of new medications to be used in

these cases is very much awaited. In this context, PCSK9 inhibitors are the most promising ones. Studies have shown that this protease links to LDL receptors leading to their destruction in cells lysosomes. The suggestion that PCSK9 could be seen as a therapeutic target began with the description of gene polymorphisms leading to over- and underexpression of this protease. In the first case, subjects showed high cholesterol levels and increase of cardiovascular risk, while in the second situation cholesterol levels were low and cardiovascular risk decreased. The description of PCSK9 and the start of clinical trials using its

inhibitors is an example of how fast pharmacology is working to develop new drugs – less than ten years have passed. Initial trials have shown that monoclonal antibodies designed to decrease PCSK9 activity are capable of improving LDL-cholesterol levels in many different situations: familial hypercholesterolemia, with or without other medications such as statins and ezetimibe, in statin-intolerant patients, and so on. Now, event-driven clinical trials are being developed, aiming to demonstrate that this kind of treatment is capable of reducing cardiovascular risk. ■



Foto: Personal files/ Marcelo Chiara Bertolami

Marcelo Chiara Bertolami

Director of Scientific Division – Dante Pazzanese Institute of Cardiology

Apareça
para a **Sociedade**

Anuncie no Jornal SBC

Publicação com notícias e novidades da Sociedade Brasileira de Cardiologia

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

Os pequenos corações valentes



Fernando Lucchese

necessidade de abrir o tórax.

No entanto, na área das doenças cardíacas de crianças o que aprendemos no século 20 não está beneficiando a todos os pequenos pacientes. As crianças nascidas com malformações do coração são em maior número do que as portadoras de câncer. No Brasil são 27 mil casos anuais contra 12 mil. E, infelizmente, as crianças cardiopatas continuam nascendo em ritmo de sete por mil nascimentos, muitas delas exigindo tratamento com apenas algumas horas de vida.

A cirurgia é, em geral, realizada já nos primeiros dias ou meses. São procedimentos complexos em que a habilidade do cirurgião, o treinamento da equipe de médicos e enfermeiros e a sofisticação tecnológica dos equipamentos são os pré-requisitos mais necessários. A boa notícia é que 90% sobrevivem e chegam bem à idade adulta. Recém-nascidos são frágeis, exigem cuidados muito sofisticados. E os pediatras, punidos por baixas remunerações, desistiram. Os intensivistas pediátricos, aqueles que faziam milagres em UTIs, foram se dedicar a tarefas mais simples e melhor remuneradas.

Aqui no Rio Grande do Sul apenas dois hospitais em Porto Alegre executam cirurgias complexas sobre o coração das crianças. E ambos estão sufocados pelas longas listas de espera, pelas

UTIs lotadas, pela pressão dos pais e dos juízes que emitem liminares exigindo leitos que não existem. E, principalmente, sobrecarregados pelo endividamento causado por procedimentos só parcialmente cobertos pelas tabelas do SUS, único abrigo para 90% dessas crianças. Diante do alto custo e do prejuízo da pediatria especializada, os hospitais preferiram fechar suas unidades e cair fora de um sistema que poderia levá-los à falência. Nos três estados do sul nascem anualmente três mil crianças com defeitos cardíacos e somente 1500 recebem diagnóstico e tratamento cirúrgico adequado.

Este problema é fácil de passar despercebido porque os que não conseguem chegar ao hospital simplesmente perdem a vida rapidamente, metade deles já no primeiro ano de vida. Antes mesmo do primeiro sorriso. Por isso é importante esse alerta à sociedade e ao Governo: salvem nossos pequenos corações valentes! ■

Fernando Lucchese é cirurgião cardiovascular, chefe da Cardiologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.



Calendário

XIII Congresso Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – DEIC 2014

7 a 9 de agosto de 2014
Ribeirão Preto (SP)
<http://www.abev.com.br/deic2014/>

XXIV Congresso da Sociedade Mineira de Cardiologia

7 a 9 de agosto de 2014
Belo Horizonte (MG)
<http://sociedades.cardiol.br/sbc-mg/2013/>

XXVI Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia do Espírito Santo

14 a 16 de agosto de 2014
Domingos Martins (ES)
<http://sociedades.cardiol.br/es/>

XXXIV Congresso Norte-Nordeste de Cardiologia

14 a 16 de agosto de 2014
Recife (PE)
<http://sociedades.cardiol.br/nn/2011/>

Congresso da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul - SOCERGS 2014

21 a 23 de agosto de 2014
Gramado (RS)
<http://www.socergs.org.br/congresso2014/>

XX Congresso Cearense de Cardiologia

11 e 12 de setembro de 2014
Fortaleza (CE)
<http://sociedades.cardiol.br/ce/>

19º Congresso Paraibano de Cardiologia

11 a 13 de setembro de 2014
João Pessoa (PB)
<http://sociedades.cardiol.br/pb/>

69º Congresso Brasileiro de Cardiologia

26 a 29 de setembro de 2014
Brasília (DF)
<http://cientifico.cardiol.br/69/>

XIX Congresso de Cardiologia de Mato Grosso do Sul

De 16 a 18 de outubro de 2014
Mato Grosso do Sul (MS)
<http://sociedades.cardiol.br/ms/>

XI Congresso Brasileiro de Cardiogeriatrics

7 e 8 de novembro de 2014
Ouro Preto (MG)
<http://departamentos.cardiol.br/decage/>

XIV Congresso Goiano de Cardiologia

6 a 8 de novembro de 2014
Goiânia (GO)
<http://sociedades.cardiol.br/go/>

XXIV Congresso Paraense de Cardiologia

12 a 14 de novembro de 2014
Belém (PA)
<http://sociedades.cardiol.br/pa/>

XXI Congresso do DERC - Departamento de Ergometria, Exercício, Cardiologia Nuclear e Reabilitação Cardiovascular

20 a 22 de novembro de 2014
Vitória (ES)
<http://departamentos.cardiol.br/sbc-derc/congresso2014/>

XXIII Congresso Brasileiro de Cardiopediatria

26 a 29 de novembro de 2014
Porto Alegre (RS)
<http://www.cardioped2014.com.br/>

XI Congresso do Departamento de Hipertensão Arterial/SBC

30 de outubro a 1º de novembro
Porto de Galinhas (PE)
<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/>

XXXI Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas

3 a 5 de dezembro de 2014
Rio de Janeiro (RJ)
<http://sobrac.org/cbac2014/>

Veja mais

Outros eventos da SBC e da Cardiologia podem ser acessados no portal www.cardiol.br

Portal SBC

Um dos maiores do mundo
em Cardiologia



A SBC oferece aos seus associados e ao público em geral dois portais: um focado na atualização e no ensino científico de 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 mil acessos ao mês
- Educação médica à distância
- Acesso à **Revista ABC, Jornal SBC e Diretrizes**
- Links 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

www.cardiol.br

As vantagens

de

Primeiro Inibidor Direto do Fator Xa, via ORAL



Xarelto®

rivaroxabana

Proteção Simples para Mais Pacientes^{2,3}



- ◆ Dose Única diária*¹.
- ◆ Primeiro inibidor direto oral do fator Xa aprovado no país¹.
- ◆ Único novo anticoagulante oral e única monoterapia oral aprovada para ambos os tratamentos, SPAF e TEV (TVP +EP)¹.
- ◆ 4 anos** de experiência e 4 indicações aprovadas no Brasil¹.

*Durante os primeiros 21 dias de tratamento de TEV são necessárias 2 doses diárias

**O período de 4 anos refere-se à data de emissão do registro para a 1ª indicação.

Xarelto® tem o maior número de indicações da classe dos Novos Anticoagulantes Oraís¹

4

SPAF = PREVENÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM PACIENTES COM FIBRILAÇÃO ATRIAL

TEV = PREVENÇÃO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO

TVP = PREVENÇÃO DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

EP = EMBOLIA PULMONAR

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. TRATAMENTO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) E PREVENÇÃO DE TVP RECORRENTE E EMBOLIA PULMONAR (EP) APÓS TVP AGUDA EM ADULTOS. PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) EM PACIENTES ADULTOS SUBMETIDOS A CIRURGIA ELETIVA DE ARTROPLASTIA DE JOELHO OU QUADRIL. TRATAMENTO DE EMBOLIA PULMONAR (EP) E PREVENÇÃO DE EMBOLIA PULMONAR (EP) E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) RECORRENTE, 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 CETOCOZOL, 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 PROSTÉTICAS. **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 PROFLÁTICO APROPRIADO PODE SER CONSIDERADO. MONITORAMENTO CLÍNICO DE ACORDO COM AS PRÁTICAS DE ANTICOAGULAÇÃO É RECOMENDADO DURANTE TODO O PERÍODO DE TRATAMENTO. XARELTO CONTÉM LACTOSE. **ANESTESIA NEURAXIAL (EPIDURAL/ESPINAL)** – APÓS ESSE TIPO DE ANESTESIA OS PACIENTES TRATADOS COM ANTITROMBÓTICOS CORREM RISCO DE UM HEMATOMA EPIDURAL OU ESPINAL. O RISCO É MAIOR COM O USO DE CATETERES EPIDURAIS DE DEMORA. O RISCO TAMBÉM PODE AUMENTAR POR PUNÇÃO TRAUMÁTICA OU REPETIDA. O CATETER EPIDURAL NÃO DEVE SER RETIRADO ANTES DE 18 HORAS APÓS A ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO DE RIVAROXABANA. A RIVAROXABANA DEVE SER ADMINISTRADA NO MÍNIMO 6 HORAS APÓS A REMOÇÃO DO CATETER. SE OCORRER PUNÇÃO TRAUMÁTICA, A ADMINISTRAÇÃO DA RIVAROXABANA DEVERÁ SER ADIADA POR 24 HORAS. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** ANEMIA, TONTURA, CEFALÉIA, SÍNCOPE, HEMORRAGIA OCULAR, TAQUICARDIA, HIPOTENSÃO, HEMATOMA, EPISTAXE, HEMORRAGIA DO TRATO GASTROINTESTINAL E DORES ABDOMINAIS, DISPEPSIA, NÁUSEA, CONSTIPAÇÃO, DIARRÉIA, VÔMITO, PRURIDO, ERUPÇÃO CUTÂNEA, EQUIMOSE, DOR EM EXTREMIDADES, HEMORRAGIA DO TRATO UROGENITAL, FEBRE, EDEMA PERIFÉRICO, FORÇA E ENERGIA EM GERAL REDUZIDAS, ELEVAÇÃO DAS TRANSAMINASES, HEMORRAGIA PÓS-PROCEDIMENTO, CONTUSÃO. **POSOLÓGIA:** 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 RECORRENTE. XARELTO® 15 E 20 MG DEVEM SER INGERIDOS COM ALIMENTOS. PROFILAXIA DE TVP APÓS ARTROPLASTIA DE QUADRIL (ATO) 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 ATO 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. TRATAMENTO DO EP: A DOSE RECOMENDADA PARA O TRATAMENTO INICIAL DA EP 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 RECORRENTE. XARELTO® 15 E 20 MG DEVEM SER INGERIDOS COM ALIMENTOS CLASSIFICAÇÃO PARA FORNECIMENTO: PRODUTO MEDICINAL SUJEITO A PRESCRIÇÃO MÉDICA. FRASES OBRIGATORIAS SEGUNDA A RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº96/08:

CONTRA-INDICAÇÃO: DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA À COAGULOPATIA. INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: ANTIMICÓTICO AZÓLICO DE USO SISTÊMICO.

REFERÊNCIA: REFERÊNCIAS: 1. BULA DO PRODUTO XARELTO® 10, 15 E 20 MG. 2. BAUERSACHS R, BERKOWITZ SD ET AL. ORAL RIVAROXABAN FOR SYMPTOMATIC VENOUS THROMBOEMBOLISM. N. ENGL. J.MED. 2010; 363(26):2499-510. 3. PATEL MR, MAHAFFEY KW, GARG J, PAN G, SINGER DE, HACKE W, BREITENHARDT G, HALPERIN JL, HANKEY GJ, PICCINI JP, BECKER RC, NESSLE CC, PAULIN JF, BERKOWITZ SD, FOX KA, CALLIF RM, ROCKET AF INVESTIGATORS. RIVORAXABAN VERSUS WARFARIN IN NONVALVULAR ATRIAL FIBRILLATION. N. ENGL. J. MED. 2011. SEP8;365(10):883-91.

SAC 0800 7021241
sac@bayerhealthcare.com
Respeito por você

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

L.BR.08.2013.1003



Se é Bayer, é bom

www.bayerpharma.com.br