

## Reunião administrativa e do CECon

*Encontro, que ocorreu em 24 de janeiro, contou com a presença de toda a diretoria da SBC*



pág. 5

Diretoria decide usar logotipo “Amor pela vida” em datas temáticas

pág. 6

### Congresso Brasileiro de Cardiologia

“Vamos vencer o desafio da carência de recursos para a pesquisa”, diz a diretora científica da SBC

pág. 10

### Bioética de Consultório

Bioética não é “apólice de seguro”, mas uma boa via para o diálogo

pág. 23

Diretoria de Regionais pretende promover maior integração

pág. 7

### Nova Geração

A atuação dos residentes no hospital que será, em breve, o maior centro cardiológico da América Latina

pág. 21

### Opinião

Doença de Chagas Aguda. O atual momento na Amazônia brasileira

pág. 25

**ACCF / BSC**

# **3<sup>rd</sup> CARDIOVASCULAR SYMPOSIUM IN BRAZIL**



**COM  
VALENTIN FUSTER**

**24 & 25  
Maio | 2014**

**WTC Sheraton Hotel  
SÃO PAULO**



**Mais Informações:**

**cerj@cardiol.br**

**Tel: (+55.21) 3478-2749 / 3478-2700**



## Palavra do Presidente

---



**Angelo Amato  
Vincenzo de Paola**

*Presidente da  
Sociedade Brasileira  
de Cardiologia*

Da mesma forma que a história clínica e humanismo são importantes no diagnóstico e conduta em medicina, a nossa visita em janeiro às nossas sedes junto com o vice Sergio Montenegro, possibilitou um contato mais próximo com as nossas gerências e todos os nossos funcionários, marcando fortemente o início da nossa gestão. A consolidação da visão de uma organização científica com colaboradores dedicados, competentes e cidadãos na luta contra as doenças cardiovasculares, precisa estar sempre na alma de nossa Sociedade.

Reconhecedores do trabalho e legado das diretorias anteriores para engrandecer e proteger a nossa instituição, temos consciência da grande responsabilidade de ter um potencial gigantesco para atuar com maior agilidade para a reorganização e melhor atuação das organizações contemporâneas num mundo globalizado.

Nesse sentido, esta diretoria está avaliando com muita profundidade a nossa complexa organização científica, nossas ações departamentais e regionais e as nossas relações nacionais e internacionais, evitando ações isoladas sem o necessário alinhamento institucional.

Com serenidade, segurança e pequenas mudanças, acreditamos num maior fortalecimento administrativo e científico, com delineamento de objetivos principais para o nosso presente e futuro.

A solidariedade, maturidade, despojamento e a dedicação presentes nos nossos associados e colaboradores, garantirão o crescimento e desenvolvimento sustentado da nossa sociedade e da Cardiologia brasileira. ■



**Nabil Ghorayeb**

Editor do  
Jornal SBC

Caros colegas,

A segunda edição do *Jornal SBC* vem com mais novidades. Outras três colunas estreiam para trazer informações. A primeira delas são os Highlights coordenados pelo co-editor, Ibraim Masciarelli Pinto. Os presidentes dos Departamentos e Grupos de Estudos da SBC vão encaminhar as atualizações científicas resumidas e assim todos os sócios saberão o que de novo está surgindo em cada subárea da Cardiologia.

Já o colega Max Grinberg trará informações essenciais ligadas à bioética e aos dilemas do nosso dia a dia. Memória da Cardiologia é outra coluna que nos apresentará com o passado recente da nossa especialidade, às vezes esquecido ou não conhecido por todos. Afinal, não se faz o presente, nem constrói-se o futuro, sem um passado sólido.

E por falar em passado, gostaria aqui de agradecer todos os ex-editores que construíram este Jornal SBC. Nomes importantes da Cardiologia que

dedicaram o seu tempo para que esta publicação estivesse na edição de 139. Antonio Carlos Pereira Barretto, Barbara Maria Ianni, Jacqueline Scholz Issa, Carlos Eduardo Suaide Silva, Carlos Serrano Jr., Ibraim Masciarelli Pinto e Fabio Vilas-Boas.

Não posso também deixar de agradecer os colunistas que deram às suas contribuições ao longo dos dois últimos anos: Almir Ferraz, Augusto Uchida, José Xavier de Melo Filho, Luis Beck, Luiz Antonio Machado Cesar, Marco Mota e Marcus Bolivar Malachias. As mudanças feitas foram tão somente para trazer novos ares para uma reciclagem, que nós médicos tanto sabemos da importância. Gostaria de contar com contribuições futuras tanto dos ex-colunistas quanto dos ex-editores.

Obrigado e boa leitura. ■

### **Nota da Redação**

*O encarte Sala de Espera do mês de fevereiro foi antecipado e também distribuído juntamente com o Jornal SBC de janeiro para que o cardiologista pudesse disponibilizar na antessala dos consultórios antes do Carnaval - assunto tema da publicação.*

# 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

#### **Co-editores**

Fernando Lucchese | Ibraim Masciarelli

#### **Redação**

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



# Reunião administrativa e do CECon

*Encontro, que ocorreu em 24 de janeiro, contou com a presença de toda a diretoria da SBC*



**Angelo Amato  
Vincenzo de Paola**

*Presidente da  
Sociedade Brasileira  
de Cardiologia*

A reunião administrativa do dia 24 de janeiro de 2014 com a presença de toda a diretoria, além de analisar criticamente os resultados da nossa reunião de planejamento que ocorreu durante a posse, avaliou com a nossa assessoria advocatícia o nosso relacionamento jurídico e fiscal.

O aprofundamento da análise e o alinhamento necessário para o aperfeiçoamento de várias ações científicas nacionais e internacionais em andamento foram encaminhadas. Ações bem sucedidas como o Cardiosource e os Registros merecerão atenção especial e terão o acompanhamento das Diretorias Científicas e de Pesquisa. As ferramentas audiovisuais da nossa comunicação com o público leigo ganharão um reforço especial com a colaboração do nosso querido colega Romeu Meneghello. O estudo pontual de normas eleitorais para garantir serenidade e transparência ao processo sucessório foram deliberadas.

Os nossos trabalhos continuaram no dia seguinte com o núcleo científico na CECon, nos preparativos do 69º Congresso Brasileiro de Cardiologia. Essa comissão de altíssimo nível científico tem, muito mais do que a simples discussão da grade científica, contribuído para ações relacionadas ao aumento da produção científica, multidisciplinaridade e integração científica. Nesse sentido os Departamentos terão maiores oportunidades para interagirem e participarem do congresso, tanto na programação geral como nos seus simpósios específicos.

A pausa dos nossos trabalhos foi brindada na noite do dia 24 com a belíssima solenidade de posse do Dr. Francisco Fonseca e sua diretoria, colegas de grande trajetória acadêmica e associativa que dirigirão a Socesp nesse biênio, aos quais desejamos todo o êxito em suas realizações.



Foto: Divulgação SBC

*Aprofundar as ações científicas nacionais e internacionais foram alguns dos aspectos abordados*

# Diretoria decide usar logotipo “Amor pela vida” em datas temáticas

*Marca representa fibras do músculo cardíaco, longevidade, variedade de raças e vida saudável*

O logotipo ‘Amor pela Vida’ desenvolvido por uma agência de publicidade para a SBC e pouco utilizado até agora será amplamente exposto nas campanhas temáticas e ações voltadas para o público leigo. A decisão foi tomada durante a última reunião de Diretoria, em São Paulo, no final de janeiro.

“A marca é bastante simpática e comunicativa. Certamente será identificada pela população, que associará à SBC. É lógico que a ligação entre o logotipo e a entidade não será imediata, mas ao passo que as campanhas se sucederem as pessoas farão identificação”, conta o diretor de Promoção da Saúde Cardiovascular, Carlos Costa Magalhães.



## Sociedade Brasileira de Cardiologia

“

Temos uma marca muito forte que continuará sendo utilizada amplamente nos eventos e ações científicas

”

O desenho do logotipo é feito com fitas coloridas, uma espécie de alegoria para as fibras do músculo cardíaco. Como a fita se prolonga através de curvas e dobras, representa também a longevidade que se busca alcançar com as campanhas da SBC. A variação das cores, pautada nos anéis coloridos do símbolo dos Jogos Olímpicos, é uma forma de apresentar a variedade de raças, com seus integrantes caminhando para o mesmo objetivo, o amor pela vida e mais que isso, pela vida saudável. “É o que buscamos nas campanhas e é o que este logotipo representa”, completa Carlos Magalhães.

O diretor de Comunicação da SBC, Maurício Nunes, ressalta que o logotipo tradicional da Sociedade Brasileira de Cardiologia não será esquecido. “Temos uma marca muito forte que continuará sendo utilizada amplamente nos eventos e ações científicas”, esclarece.

# Diretoria das Regionais inicia trabalhos visando maior integração

*Uma série de projetos estão sendo desenvolvidos para unir o País continental*

O novo diretor de Relações com as Estaduais e Regionais, Abrahão Afiune Neto, tem como proposta o fortalecimento das Estaduais, o aumento da integração das Regionais, do Norte e Nordeste. Na reunião estratégica da Diretoria foi expressada a preocupação e foi lembrada a necessidade de fortalecimento das afiliadas estaduais da SBC. Afiune pretende ouvir as sugestões e demandas dos presidentes das 23 estaduais e das regionais.

A proposta de trabalho inclui, entre outros temas, o levantamento dos eventos de cada estadual, que são muitos, para que possam ser melhor divulgados, aproveitando a infraestrutura de Informática da SBC, que conta com um dos portais médicos mais acessados do Brasil.

### Cursos e filiação

O projeto insere também a discussão da possibilidade de realização do Curso Nacional de Reciclagem presencial nos Estados e regiões que concentram maior número de cardiologistas. E os incentivos a serem concedidos para os médicos dos Estados se filiarem às estaduais e regionais.

Outro tema proposto é que em todos os eventos das Regionais e Estaduais sejam realizados cursos do TECA-A e TECA-B. Afiune quer ir mais além, “em todos os eventos pelo Brasil inteiro e eles são centenas, vamos montar um estande da SBC”. Nesse estande os cardiologistas poderão fazer sua filiação, acertar as anuidades e conhecer as vantagens, serviços, produtos e facilidades oferecidos pela SBC.

### Divulgação

O novo diretor pretende ainda aumentar o aproveitamento do programa televisivo da SBC, que sempre está em busca de novas entrevistas.

“Pretendemos indicar nomes e sugestões de matérias com os representantes dos Estados, quando passarem por São Paulo, onde são gravados os programas”, adianta. Ele lembra que o ‘De Coração’ tem uma penetração muito grande e é levado ao ar por emissoras de vários Estados.

Paralelamente, já foram iniciados os estudos para reativar o ‘Museu do Coração’, cuja versão itinerante Afiune planeja levar para várias Capitais, realizando exposições temporárias, nos moldes das que foram feitas no passado em Curitiba e em Salvador.



Foto: Arquivo Pessoal / Abrahão Afiune Neto

*Abrahão Afiune Neto, Diretor de Relações com Estaduais e Regionais*

### Troca de experiências

Os contatos com as regionais mais desenvolvidas, Socesp e Socerj, entre elas, também faz parte do projeto e a ideia do novo diretor é incentivar uma troca de experiências em benefício das afiliadas que estão passando por um processo de crescimento.

Afiune completa sua proposta explicando que também pretende valorizar os cardiologistas dos Estados nos congressos da SBC. Para isso pretende atrair novos palestrantes para os congressos, numa injeção de ‘sangue novo’ importante tanto para renovar o quadro de conferencistas, como para tornar mais democrática a participação nos eventos científicos. ■

# Reduzir a distância entre pesquisa e prática clínica, objetivo de Fernanda Colombo

*O projeto é criar uma 'Rede Nacional de Pesquisa em Cardiologia'*

Assim que terminou o mandato de diretora científica da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo - Socesp, a professora Fernanda Consolim Colombo, do Instituto do Coração, assumiu a Diretoria de Pesquisa da SBC com a prioridade de reduzir a distância entre a pesquisa e a prática clínica.

Tendo sido por seis anos coordenadora de Temas Livres da Socesp e ex-diretora científica do DHA, Fernanda costuma dizer que todo cardiologista é um pesquisador nato, mas nem todos sabem disso. “Quando um especialista pesquisa a etiologia e trata de forma científica uma cardiopatia, está fazendo pesquisa”, ensina ela, e basta fazer esse trabalho de forma sistematizada, focando a documentação e análise do maior número de casos a que tem acesso, para que possa ser chamado de pesquisador.

### Consultórios

Fernanda enxerga cada consultório como uma fonte de pesquisa e por isso entende que divulgando essa visão, será possível ampliar o número de pesquisadores que trabalhem como tal. Principalmente facilitar a comunicação entre os centros de pesquisa já estruturados, que estão concentrados no Sul e no Sudeste do País. Facilitando a comunicação e dando maior apoio para os centros que começam a se estruturar, ela acredita que conseguirá formar uma ‘Rede Nacional de Pesquisa em Cardiologia’.

A Rede tem também outro objetivo, pois através dela a nova Diretora de Pesquisa da SBC pretende difundir mais a pesquisa no País, valorizando o trabalho brasileiro. Ela reconhece que hoje muitos pesquisadores se sentem mais confortáveis e valorizados quando apresentam seu trabalho no

exterior, ‘enchem a boca’, diz ela, ao anunciar que sua pesquisa foi publicada nesta ou naquela revista internacional, e isso precisa mudar.

### Pesquisa básica

A visão inovadora de Fernanda vai além, entretanto, ela sonha em desmistificar a crença de que a pesquisa básica não tem utilidade no dia a dia do atendimento. “Vamos resgatar a pesquisa em Cardiologia no Brasil, divulgá-la no próprio País, incentivar a apresentação de temas livres”, conclui. Como corolário desse trabalho os congressos também vão se enriquecer, à medida em que mais cardiologistas se tornem palestrantes nesses eventos.

As ideias renovadoras não param aí, entretanto, outro objetivo da Diretora de Pesquisa é que o cardiologista “deixe de se basear na receita pronta do bolo”, ilustra, voltando a usar o raciocínio clínico e todas as ferramentas de que dispõe para tratar cada paciente de forma individualizada. Para ela, a massificação do tratamento é vinculada à área governamental, a quem cabe reduzir o consumo de sal, combater a obesidade da população como um todo, mas o cardiologista tem outra missão, o atendimento individual, a atenção específica de cada paciente, numa individualização necessária e que valoriza a Cardiologia. ■

*Fernanda Consolim Colombo assume Diretoria de Pesquisa da SBC*

# Expectativas para a saúde no Brasil



**Florentino Cardoso**

Presidente da Associação Médica Brasileira

O acesso poderá ser ampliado nesse momento. Porém, sem qualidade a população vai sofrer muito, especialmente a mais pobre e carente, que depende exclusivamente do SUS. É também necessário investir mais em pesquisa e desenvolvimento, retirando as amarras existentes, para que o Brasil seja competitivo a nível mundial.

Oferecer mais médicos sem organizar a gestão da saúde, de forma profissional e comprometida, não irá resolver os problemas de saúde em nosso país. É necessário aplicar os recursos nos locais adequados e da maneira correta, coibindo qualquer tipo de corrupção ou desvio de dinheiro

e disponibilizando, no mínimo, equipamentos para exames básicos e medicamentos para que a população possa prosseguir com seus tratamentos. Além disso, é imperativo controles e avaliações sistemáticas.

Não vislumbramos melhorias se não acontecer aumento do financiamento, progressos na gestão e sério combate à corrupção. Precisamos sim melhorar o acesso com qualidade.

Na saúde suplementar, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) precisa exercer melhor seu papel e entender que o Brasil precisa conviver bem com os dois sistemas. O governo precisa se concentrar em seu verdadeiro foco como agência reguladora. Precisamos cada vez mais trabalhar com diretrizes e saúde baseada em evidências. ■

## Informes CFM

# Parecer do CFM sobre atividade física se baseia em Diretriz da SBC

O parecer CFM nº 22/2013 que estabelece em que casos é necessária a avaliação cardiológica pré-atividade física tomou por base a Diretriz de Cardiologia do Esporte e Atividade Física recentemente divulgada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e pela Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte.

O documento, cujo relator foi o conselheiro Henrique Batista e Silva, esclarece que “é da competência do médico proceder à avaliação de pacientes que solicitam liberação para atividade

física, não havendo a obrigatoriedade de que seja realizada em todos os pacientes pelo cardiologista, mas o médico deverá encaminhar ao cardiologista pacientes com diagnóstico de alterações clínicas ou comorbidades.”

A íntegra da Diretriz está disponível no portal [www.cardiol.br](http://www.cardiol.br), assim como a resolução do CFM no link:

[http://jornal.cardiol.br/2014/fevereiro/pdf/parecer\\_CFM.pdf](http://jornal.cardiol.br/2014/fevereiro/pdf/parecer_CFM.pdf) ■

# Diretora Científica vai trabalhar em conjunto com área de pesquisa e departamentos

*“Vamos buscar reduzir as desigualdades regionais e vencer o desafio da carência de recursos para a pesquisa”, diz Maria da Consolação*

Com 28 anos de experiência como professora associada da Universidade Federal de Minas Gerais e cardiologista voltada para a assistência e para a pesquisa na insuficiência cardíaca e transplante de coração, a nova diretora científica da SBC, Maria da Consolação V. Moreira se entusiasma quando fala do que espera conseguir nos próximos congressos anuais. “Vamos trabalhar em conjunto com a Diretoria de Pesquisa e com os Departamentos Científicos, aproveitando ao máximo essa estrutura fenomenal que a SBC tem”, diz ela.

Maria da Consolação fala de cátedra sobre a importância dos Departamentos da SBC, pois foi fundadora do Grupo de Estudos de Insuficiência Cardíaca. Ele nasceu por suas mãos em Belo Horizonte em 2001 e hoje é o mais novo Departamento da SBC. Sua experiência na área associativa também é grande, pois acaba de deixar a presidência da Sociedade Mineira de Cardiologia.

### Capacitação de recursos

A nova diretora se diz muito consciente da responsabilidade do seu novo cargo. Promete grande dedicação e uma de suas preocupações é a captação de recursos tanto para pesquisa como para o congresso, que considera extremamente importante. “Como terceira sociedade de Cardiologia do mundo, com 14 mil sócios, a SBC é vista como um exemplo a ser seguido por muitas sociedades de países que apenas agora começam a desenvolver e ampliar suas sociedades de especialidade”, lembra.

“Incrementar a produção e a difusão do conhecimento cardiológico, com ênfase na busca da redução das desigualdades regionais, ainda grandes no Brasil”, também faz parte do seu programa de trabalho. Nesse sentido vai usar toda sua experiência para contornar as dificuldades de quem produz ciência e enfrenta a permanente escassez de recursos para pesquisa. Como ela conhece as instituições de fomento, as formas de captar recursos, entende que poderá ser importante ajuda para os pesquisadores. Espera a ampliação da produção científica, que certamente vai se refletir nos congressos da SBC, à medida que seja possível renovar e aumentar o quadro de conferencistas. ■



Foto: Divulgação SBC

Maria da Consolação V. Moreira - Diretora científica da SBC

## Regionais

### SBC/MG

A Sociedade Mineira de Cardiologia convida a todos para o XXIV Congresso Mineiro de Cardiologia, de 07 a 09 de agosto, no Minascentro, em Belo Horizonte. Informações, inscrições com descontos e submissões de temas livres no site do [www.congressomineirodecordio.com.br](http://www.congressomineirodecordio.com.br)

Conheçam o novo portal da SMC ([www.smc.org.br](http://www.smc.org.br)), reestruturado, dinâmico e moderno, onde estão divulgados os projetos da gestão de 2014-2015, a agenda científica do ano, os cursos on-line, notícias das regionais da SBC/MG e informações institucionais da sociedade. Em janeiro foi lançado o Jornal Informativo da SBC/MG, o "SMC em Foco", publicação oficial, bimestral (impresso e on-line no portal), que teve muito sucesso e repercussão positiva entre os associados.

### SBC/PA

No dia 10 de janeiro, no Restô do Parque da Residência, ocorreu a solenidade de posse da nova diretoria da Sociedade Paraense de Cardiologia para o biênio 2014-2015, tendo a frente como presidente Luiz Alberto Maneschy.



(Da esq.) Luiz Alberto Maneschy, Kleber Ponzi, Marcos Reale, Wilson Alfaia e Iury Baretta

### SBC/RN

O cardiologista Rui Alberto de Faria Filho, do hospital Incor, assumiu o cargo de presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia, seção Rio Grande do Norte, para o biênio 2014-2015. Rui Filho substituiu o cardiologista Carlos Faria, que ficou à frente da sociedade nos últimos dois anos. A nova diretoria conta também com o reforço dos médicos Sandra Hilgemberg, vice-presidente; Antonio Spinelli, diretor científico; Velásquez Oliveira, diretor administrativo; Flavio Oliveira, diretor financeiro; Jusciano Vidal, diretor de comunicação; Francisco Costa, diretor de qualidade assistencial e Josmar Alves, diretor de Promoção da Saúde Cardiovascular.

### SBC/SP

A Socesp dará início aos Cursos de Capacitação, que acontecerão em todas as regionais entre 2014 e 2015, no dia 15 de fevereiro na Regional Jundiá e no dia 22 de fevereiro nas Regionais Vale do Paraíba e Piracicaba. Os Cursos serão completamente diferenciados, com 4 horas de duração e estações de complexidade em: Projetos de avaliação perioperatória em cirurgia cardíaca e não cardíaca, Insuficiência cardíaca, Infarto, Dislipidemia e Aterosclerose e Hipertensão Arterial. "Os módulos de capacitação serão como simuladores de voo", conta o presidente da Socesp, Francisco Fonseca. Cada curso contará com 2 aulas teóricas mais 3 estações onde serão trabalhados os problemas apresentados em aula. ■

Foto: Divulgação SBC/PA

## Departamentos

### SBC/DCC/CP

O Departamento de Cardiopatia Congênita e Cardiologia Pediátrica convida os sócios da SBC para o congresso que acontecerá em Porto Alegre em novembro de 2014. Reservem a data!

### SBC/DCC/GECC

O Grupo de Cardiologia Comportamental iniciou suas atividades em 2012. A Cardiologia Comportamental, como subárea da Cardiologia, procura avaliar a influência de fatores psicossociais sobre as doenças cardiovasculares. Através de reuniões mensais, o Grupo de Cardiologia Comportamental identificou algumas oportunidades assistenciais e científicas. Os principais estudos em andamento e os trabalhos apresentados em Congressos nacionais e internacionais, em 2013, estão relacionados no portal da SBC na página do GECC. Para 2014, o GECC pretende intensificar suas atividades com a realização de eventos científicos além da publicação dos estudos em andamento.

### SBC/DEIC

O XII Congresso Brasileiro de Insuficiência Cardíaca ocorrerá no período de 7 a 9 de agosto na cidade de Ribeirão Preto, interior de São Paulo e será presidido pelo professor Marcos Simões. O evento já foi totalmente comercializado, contará com a presença de três palestrantes internacionais e 90 palestrantes nacionais. A expectativa de receber aproximadamente 180 temas livres e um público de aproximadamente 900 congressistas. Com uma programação de alta qualidade científica abordará os principais temas relacionados à insuficiência cardíaca aguda, crônica, dispositivos de estimulação cardíaca, transplante cardíaco e assistência ventricular mecânica. Como novidades, teremos cursos do Savic e quatro oficinas científicas.

### SBC/DERC

Os cardiologistas interessados na obtenção da Certificação em Ergometria pelo Derc terão duas oportunidades para alcançar este valioso objetivo em 2014. Além da prova no XXI Congresso Nacional do Derc, este ano de 20 a 22 de novembro, em Vitória, Espírito Santo, faremos uma prova durante o Congresso Norte-Nordeste de Cardiologia, em Recife, no Hotel Golden Tulip Palace, de 14 a 16 de agosto. Com a nova resolução do CFM sobre o Teste Ergométrico, agora oficialmente considerado um ato médico, essa certificação oficial terá importância vital nas negociações para elevação dos valores do TE remunerado pelos convênios.

### SBC/DFCVR

O Departamento de Fisiologia Cardiorrespiratória anuncia a realização do XIV Curso Nacional de Fisiologia Cardiovascular Aplicada, nos dias 21 e 22 de março, no Auditório do CETES - Centro de Tecnologia em Saúde - Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Minas Gerais. Endereço: Av. Professor Alfredo Balena, 190 - 6º Andar, Bairro Santa Efigênia. A programação do evento está na página do DFCVR no portal da SBC.

### SBC/SOBRAC

A diretoria terá como principais metas a modernização da administração e a participação ativa na defesa profissional visando oferecer aos sócios um melhor anteparo com orientação jurídica e profissional. A Sobrac deve se consolidar como entidade de referência em relação ao tema de arritmia cardíaca para a SBC, as diversas especialidades médicas e a mídia em geral; e ampliará a relação com entidades internacionais. Será focada a área de arritmia e genética, diagnóstico e tratamento de arritmia em crianças e cardiopatas congênitos, bem como na

prevenção de arritmias. Deverão ser atualizadas as Diretrizes de Fibrilação Atrial e Dispositivos Implantáveis e elaborada a Diretriz de arritmias em crianças e cardiopatas congênitas, assim como a edição de novos livros. ■

### **Nota do editor**

No site da SBC, [www.cardiol.br](http://www.cardiol.br), é possível conferir os integrantes das novas diretorias e as informações completas sobre as atividades das Regionais e Departamentos, já que este espaço é restrito a 750 caracteres por Regional ou Departamento.

## **Sociedades Internacionais**



**Jamil Saad**

*Presidente da Solaci*

**SOLACI** - “Através do site [www.solaci.org](http://www.solaci.org), publicamos mensalmente os boletins ProEducar, focados na revisão de tópicos da Cardiologia intervencionista, especialmente os de grande interesse clínico. Neste mês de fevereiro, convido a todos a acessarem uma primorosa revisão da estratégia de tratamento intervencionista do IAM. Com base na experiência desenvolvida no Hospital São Paulo (Unifesp), a partir do projeto Infarto/ SP, são discutidas as metas e objetivos da reperfusão segura e eficaz do IAM. Merece destaque a análise dos resultados da estratégia fármaco-invasiva cujo principal mérito é a capacidade de universalizar o acesso à reperfusão de maneira coordenada e impactante. Uma notável experiência que deve servir de guia para ser amplamente difundida e implantada em todo território nacional. Vale a pena conferir,” informa o presidente da Solaci, Jamil Saad. ■



**Guilherme Fenelon**

*Vice-presidente da Solaece*

**SOLAECE** - “A Sociedade Latinoamericana de Estimulação Cardíaca e Eletrofisiologia promoverá várias ações buscando aumentar a visibilidade internacional da ritmologia latinoamericana. Firmamos convênios com as principais sociedades mundiais, que incluem benefícios educativos aos sócios, além de participação em sessões conjuntas nos congressos e em documentos internacionais. Destacamos o consenso sobre programação de desfibriladores implantáveis, que será o primeiro confeccionado pelas 4 sociedades mais abrangentes: HRS (América do Norte); EHRA (Europa); APHRS (Ásia) e Solaece. Por fim, teremos o Congresso da Solaece, em Buenos Aires, de 13 a 14 de novembro, com a presença de grandes nomes internacionais. Informações: [www.solaece.org](http://www.solaece.org)”, diz o vice-presidente Solaece, Guilherme Fenelon. ■

### DCC/GECETI

#### TARGETED TEMPERATURE MANAGEMENT AT 33°C VERSUS 36°C AFTER CARDIAC ARREST (1) – NEJM DEZ 2013

Sendo a ressuscitação cardiopulmonar(RCP) um campo de difícil investigação clínica, a hipotermia terapêutica(HT) goza do prestígio de ter 2 ensaios clínicos positivos, em que pesem alguns defeitos metodológicos. Assim, com o princípio de oferecer o melhor tratamento dentro da melhor evidência possível, todas as diretrizes de diferentes partes do mundo indicam a HT como parte do tratamento pós-RCP, particularmente em pacientes comatosos pós- FV/TV extrahospitalar.

Por outro lado, alguns pesquisadores, notadamente os Drs. Moran e Solomon (2), desde 2002 apontam defeitos metodológicos, dos quais destacavam a temperatura do grupo controle, que na maior parte do tempo era superior a 37°C. Para dirimir dúvidas, Nielsen e col. conduziram um estudo multicêntrico que randomizou 950 pacientes em dois grupos conforme temperatura alvo da hipotermia terapêutica: 33°C ou 36°C.

Importante notar que o grupo 36°C foi tratado de modo muito diferente da antiga forma de “medicar-se febre”. Ambos os grupos recebiam sedação durante as primeiras 36 horas, enquanto a hipotermia era induzida. A temperatura foi controlada por cateter vesical, esofágico ou intravascular. O método de indução da hipotermia em ambos os grupos foi com fluidos gelados, bolsas geladas e/ou outros dispositivos. Os grupos iniciavam reaquecimento gradual para 37°C a partir da 28ª hora.

Não houve diferença na incidência de desfechos primário (morte durante estudo) ou secundários. Este estudo provavelmente modificará a temperatura-alvo da HT em futuras diretrizes, enquanto análises de subgrupos permitirão que novas hipóteses sejam levantadas.

1-Nielsen N, Wetterslev J, Cronberg, T, et al. Targeted Temperature Management at 33°C versus 36°C after Cardiac Arrest. N Engl J Med. 2013

2-Moran JL, Solomon PJ. Therapeutic hypothermia after cardiac arrest — once again. Crit Care Resusc 2006;8:151-4

Gilson S. Feitosa-Filho - Presidente do Geceti

### SBC/DEIC

O Deic, neste número do Jornal da SBC destaca alguns dos trabalhos apresentados em Dallas, no último Congresso da AHA, em novembro de 2013. Um dos trabalhos mais aguardados na área da insuficiência cardíaca, o estudo TOPCAT (Treatment of Preserved Cardiac Function Heart Failure with an Aldosterone Antagonist), patrocinado pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, que avaliou os efeitos da espirolactona em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP). Foram randomizados 3445 pacientes com ICFEP (fração de ejeção  $\geq 45\%$ ) em 270 centros localizados

na América do Sul (Brasil e Argentina), América do Norte (EUA e Canadá) e Leste Europeu (Rússia e Geórgia). Os pacientes foram randomizados para receber espironolactona (dose média de 30mg/dia) ou placebo e foram seguidos por um período médio de 3.5 anos. No final do estudo observou-se efeito positivo em um importante objetivo secundário pré-especificado: redução significativa de 17% no risco de hospitalização por insuficiência cardíaca (IC) no grupo que recebeu espironolactona quando comparado ao placebo (12% versus 14%  $p=0.04$ ). Entretanto, não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos em relação aos objetivos primários (mortalidade, hospitalização por qualquer causa ou parada cardíaca abortada). Em relação aos efeitos adversos, observou-se maior incidência de elevação de potássio e creatinina com a espironolactona, porém sem influencia da mortalidade. Tecnicamente este estudo foi negativo, visto que a espironolactona não foi superior ao placebo no objetivo primário composto por mortalidade cardiovascular, hospitalização por IC ou parada cardíaca abortada. Na opinião de alguns especialistas, contudo, este resultado negativo é controverso pelas seguintes razões ou limitações: 1-Nos pacientes randomizados na Rússia e Geórgia observou-se uma baixa taxa de eventos (8.4%) e os resultados foram redundantemente negativos para o objetivo primário (eventos combinados). 2-Ao contrário, nos pacientes randomizados nas Américas do Sul e do Norte a taxa de eventos foi de 31.8% os resultados foram significativamente positivos para o objetivo primário. 3-Outra limitação importante foi que no final do estudo, menos de 70% dos pacientes estavam ativamente recebendo a medicação. Apesar do efeito neutro em redução de mortalidade, a redução de hospitalização por IC em pacientes com ICFEP é muito interessante e altamente desejável pela alta prevalência da patologia e pela elevada frequência de rehospitalizações. Assim, é provável que a espironolactona deva ser prescrita para os pacientes com ICFEP que já foram hospitalizados, com cuidadosa monitoração do potássio e da creatinina.

## SBC/DCC

Nesta edição do jornal da SBC, o departamento de cardiologia clínica quer trazer ao cardiologista brasileiro os principais trabalhos apresentados durante o ano de 2013 nos principais congressos internacionais.

## ACC 2013

**GOB-Cabe:** Este estudo randomizou 2.539 pacientes com idade 75 anos submetidos de forma eletiva para revascularização do miocárdio com extra e sem extra-corpórea. A média de idade foi de 78,5 anos. O objetivo primário composto era a comparação da prevalência de morte, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, nova revascularização, ou necessidade de hemodiálise. Eles não observaram diferenças significativas em 30 dias [OR 0,95, IC 95% 0,71-1,28,  $p = 0,74$ ] ou em 1 ano [OR 0,93, IC 95% 0,76 -1,16,  $p = 0,48$ ] entre as duas estratégias.

**RELAX:** Este ensaio clínico randomizado comparou o efeito do sildenafil (inibidor da fosfodiesterase-5) ao placebo. Com o objetivo de melhorar o estado clínico e a capacidade funcional em pacientes com insuficiência cardíaca e fração de ejeção preservada. O sildenafil foi administrado por via oral na dose de 20mg três vezes ao dia durante 12 semanas, seguidas por 60mg três vezes ao dia durante 12 semanas. Após 24 semanas, não houve benefício em relação ao consumo máximo de oxigênio e o teste de caminhada de 6 minutos em relação ao placebo.

**DES LATE Trial:** Determinar o período da manutenção do uso do clopidogrel em pacientes submetidos a procedimento percutâneo e uso de stent farmacológico. Os pacientes foram randomizados para

receber ácido acetil salicílico isolado ou ácido acetil salicílico e clopidogrel após o implante, que deveriam ser mantidos por período superior a 1 ano. Os objetivos primários foram: infarto miocárdio, acidente vascular cerebral ou mortalidade de causas cardíacas após 24 meses da randomização. Os objetivos secundários foram sangramento. Como resultado não houve diferenças significativas quanto aos objetivos primários, porém o uso de AAS apresentou menor risco de sangramento. Como conclusão do estudo, não há a necessidade de manter a dupla agregação por um período maior de 12 meses após colocação do *stent*.

### ESC 2013

**PRAMI:** Pacientes com quadro de infarto miocárdio com elevação do segmento ST que se submetem a um procedimento preventivo para desobstruir outras artérias coronárias adicionais têm resultados significativamente melhores do que aqueles cujo tratamento se limita ao tratamento de apenas da artéria culpada. Este estudo estimula a revascularização completa em pacientes com infarto agudo e doença coronária multiarterial.

**DECAAF:** Os resultados mostraram que, em pacientes com fibrilação atrial, a avaliação do realce tardio pela ressonância magnética realizada antes do tratamento ablativo pode avaliar o grau do tecido cardíaco danificado (fibrose atrial) e ajudar a prever se o tratamento será bem sucedido ou não.

**COMPARE:** Terapia com losartan reduziu a taxa de dilatação da aorta em adultos com síndrome de Marfan, num segmento de 3 anos quando comparado ao placebo.

**A Randomized Trial of Colchicine for Acute Pericarditis:** O estudo multicêntrico, randomizado, duplo cego foi realizado para avaliar a segurança e eficácia de colchicina para o tratamento de um primeiro surto de pericardite aguda e na prevenção de pericardite recorrente. Os pacientes receberam tratamento convencional para pericardite aguda, e em seguida, foram aleatoriamente designados para colchicina ou placebo. Comparado com placebo, o fármaco testado apresentou menor taxa de persistência dos sintomas em 72 horas vs placebo (19% vs 40% ,  $P = 0,001$ ), menor taxa de recorrência por paciente (0,21 vs 0,52 ,  $P = 0,001$  ) e menor taxa de hospitalização relacionada à pericardite (5% vs 14,2% ,  $P = 0,02$ ).

### AHA 2013

**CATIS:** Avaliar os efeitos da redução da PA sistêmica em pacientes com acidente vascular isquêmico agudo não grave (menos de 48 horas do início dos sintomas) e não submetidos à trombólise. Os autores observaram que a diminuição de PA com medicações anti-hipertensivas, não diminuiu morte ou incapacidade física funcional em comparação com a retirada das medicações anti-hipertensivas de uso prévio. Dessa forma, em pacientes com acidente vascular isquêmico agudo e  $PA < 220 \times 120$ mmHg a diminuição de níveis pressóricos deve ser individualizado.

**Target temperature management at 33C versus 36C after cardiac arrest:** Avaliar o efeito da temperatura adequada em pacientes submetidos à hipotermia após parada cardíaca. Foram avaliados pacientes sedados sob ventilação mecânica por 36 horas randomizados a hipotermia de 33°C versus 36°C. O desfecho primário foi mortalidade por todas as causas e os secundários incluíram piora da função neurológica ou morte aos 180 dias. Como resultados não foram observadas diferenças em relação à temperatura utilizada na hipotermia.

**ENGAGE AF-TIMI 48:** Comparar a eficácia e a segurança em longo prazo do edoxaban com a varfarina em pacientes com fibrilação atrial. Foi observado que o edoxaban não era inferior à varfarina no que diz respeito à prevenção de acidente vascular cerebral ou embolia sistêmica e esteve associado a taxas significativamente menores de sangramento e morte por causas cardiovasculares.

## SOBRAC

### ELETRIOFISIOLOGIA E ESTIMULAÇÃO CARDÍACA EM 2013

Eduardo Saad – Diretor Científico da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (Sobrac)

Reddy publicou os resultados de longo prazo (*Circulation* 2013; 127:720-9) do PROTECT AF (warfarina vs Watchman para oclusão do apêndice atrial), com significativa redução da mortalidade total (34%) e no objetivo primário (morte cardiovascular, embolia cerebral ou sistêmica – 40%) favorecendo a oclusão.

Na área de ablação de pacientes com fibrilação atrial, Buch (*Heart Rhythm* 2013; 10:1257-62) demonstrou significativa melhora na manutenção do ritmo sinusal quanto mais precoce ocorre a intervenção após o diagnóstico.

Na área de estimulação cardíaca, Birnie (*NEJM* 2013; 368:2084-93) demonstrou significativa redução de complicações hemorrágicas com a estratégia de manutenção da warfarina durante o implante de dispositivos quando comparada a ponte com heparinas de baixo peso. ■

## SBC na Mídia

# Os limites da pressão na Revista *Isto É*

A revista *'Isto É'* da editora 'Três' publicou reportagem sobre as novas recomendações do JNC - "Joint National Committee" para o controle da hipertensão, que passaram a nortear as ações de controle da hipertensão nos Estados Unidos. O documento flexibiliza um pouco o controle da pressão, principalmente para as pessoas acima dos 60 anos, passando de 140mmHg por 90 para 150mmHg por 90. "Um conjunto importante de evidências científicas está mostrando que idosos tendem a ter pressão mais elevada devido ao endurecimento das artérias natural da idade", explicou, em entrevista, o diretor de Promoção da Saúde Cardiovascular da SBC (gestão 2012-2013), Carlos Alberto Machado. Também entrevistado, o presidente do Departamento de Hipertensão da SBC (gestão 2014-2015), Luiz Bortolotto disse que "essas orientações influenciarão as diretrizes brasileiras de hipertensão a serem publicadas em 2014".

**Medicina & Bem-estar**

## Os novos limites da PRESSÃO

Depois de seis anos de estudo, especialistas americanos elevam o nível de pressão arterial considerado seguro para pessoas acima de 60 anos

**Mônica Tarantino**

O controle da pressão arterial elevada é um desafio mundial. Ela é o principal fator de risco para infarto e acidentes vasculares cerebrais, as maiores causas de mortalidade atuais. Nos Estados Unidos, apenas 50% dos hipertensos mantêm a pressão nos níveis certos. No Canadá, o país campeão em resultados, 70% alcançam os parâmetros recomendados. No Brasil, esse índice fica em torno de 20%.

Preocupados em melhorar a compreensão de médicos de todas as especialidades e da população sobre o manejo da pressão arterial, um grupo de 17 experts americanos divulgou, na semana passada, o novo consenso sobre os níveis seguros de pressão. O documento, que era aguardado desde 2007, foi publicado na edição online do "The Journal of the American Medical Association" (Jama) na quarta-feira 18.

A principal mudança é o alargamento dos limites considerados para pessoas acima de 60 anos. A partir de agora, o nível máximo aceito para esse grupo é de 150 mmHg para a pressão sistólica (o número mais alto). Antes, era de 140 mmHg. A pressão diastólica (o valor menor) foi mantida em 90 mmHg.

O aumento se deve a pesquisas bem consolidadas. "Um conjunto importante de evidências científicas está mostrando que idosos tendem a ter pressão mais elevada devido ao endurecimento das artérias natural da idade", diz Carlos Machado, diretor da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Com a nova medida, milhares de pessoas que

teriam indicação de tomar remédio para controlar pequenas elevações na pressão sistólica não precisarão usar comprimidos.

Para a faixa de idade entre 30 e 59 anos, não houve alterações: a pressão aceitável é aquela inferior a 140/90 mmHg. Essa determinação vai de encontro a uma ideia generalizada de que quanto mais baixa a pressão, mais protegido o indivíduo está de acidentes cardiovasculares. A revisão dos americanos não encontrou dados que dessem suporte a esse conceito. "Constatou-se também que faltam estudos mais aprofundados em populações abaixo dos 30 anos", diz o cardiologista mineiro Marcus Malachias, diretor do Instituto de Hipertensão Arterial de Minas Gerais.

Os autores do consenso americano também não encontraram informações substanciais para justificar metas mais baixas para os pacientes com hipertensão associada à doença renal crônica e diabetes. Por isso, estabeleceram uma recomendação que prevê níveis de menos de 140/90 mmHg inclusive para esse grupo. Antes, eles eram menores do que isso. "Essas orientações influenciarão as diretrizes brasileiras de hipertensão a serem publicadas em 2014", afirma o cardiologista Luiz Bortolotto, de São Paulo. Em janeiro, ele assumirá a presidência do departamento de hipertensão da SBC e estará à frente da elaboração do consenso brasileiro.

**O que muda no controle da hipertensão**

**PARA PESSOAS ACIMA DE 60 ANOS**

O que há de novo: Agora, o limite de pressão seguro é abaixo de **150.90** mmHg

**Como era antes** O limite máximo era de **140 x 90** mmHg

**PARA QUEM TEM ENTRE 30 E 59 ANOS**

O que há de novo: O nível seguro é um só para adultos com hipertensão, independentemente de doenças associadas: **140.90** mmHg. São considerados hipertensos os indivíduos que apresentarem pressão igual ou superior a esses níveis após três medidas em dias diferentes.

**Como era antes** Havia limites mais baixos para pessoas com pressão alta associada com doença renal crônica e diabetes, por exemplo

## Reportagem de capa destacou criação do Gemca

A reportagem de capa da revista 'Saúde' da editora 'Abril' "Fé pode mesmo curar - A ciência começa a explicar por que ela ajuda a vencer e prevenir doenças, de infarto a câncer". Em oito páginas, a matéria relacionou uma série de evidências e o reconhecimento da medicina que a espiritualidade pode ajudar a vencer e a prevenir doenças, além de acelerar na recuperação e dar força para as pessoas viverem mais e melhor. A 'Saúde' lembrou que a SBC havia criado recentemente o GEMCA - Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular e ouviu o diretor científico do grupo, Mario Borba. "Já não temos dúvida de que a fé contribui para a saúde. Queremos entender melhor agora até onde vão os seus efeitos e de que forma ela os propicia", esclareceu Borba. O co-editor do *Jornal SBC*, Fernando Lucchese, também entrevistado, afirmou que "há uma

relação direta entre espiritualidade e melhores índices de atividade física, alimentação equilibrada, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas".



## Diretriz de Aterosclerose é citada na Viva Saúde

Uma reportagem na revista especializada 'Viva Saúde' relacionou os produtos e receitas que podem substituir alimentos com a vantagem de ter benefícios nutricionais. A matéria lembrou que para garantir redução do risco cardiovascular, a 5ª Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose da SBC reduziu as taxas consideradas normais. "De agora em diante, pacientes de alto risco devem apresentar valor igual a 70mg/dl. Antes esta taxa representava 100mg/dl", citou a 'Viva Saúde'. A publicação indicou uma série de produtos para auxiliar nas dietas. Reportagem semelhante também foi publicada no *Jornal de Santa Catarina*. ■



## Portal Científico reestruturado estará no ar em breve

Com aparência mais limpa e informações agrupadas, portal terá acesso facilitado às páginas internas



**José Carlos Moura Jorge**

Diretor de Tecnologia da Informação da SBC

O Portal Científico da SBC está sendo reestruturado e em breve os associados terão contato com a nova página, que já tem *layout* definido: a aparência está mais limpa e as informações agrupadas por tipo, para facilitar o acesso à seção desejada. Outra novidade é o “Mapa do Portal”, disponível no rodapé da nova página.

A nova organização procura atender a demanda dos usuários do Portal, em maioria cardiologistas, que necessitam de objetividade no momento de pesquisar/acessar determinada informação.

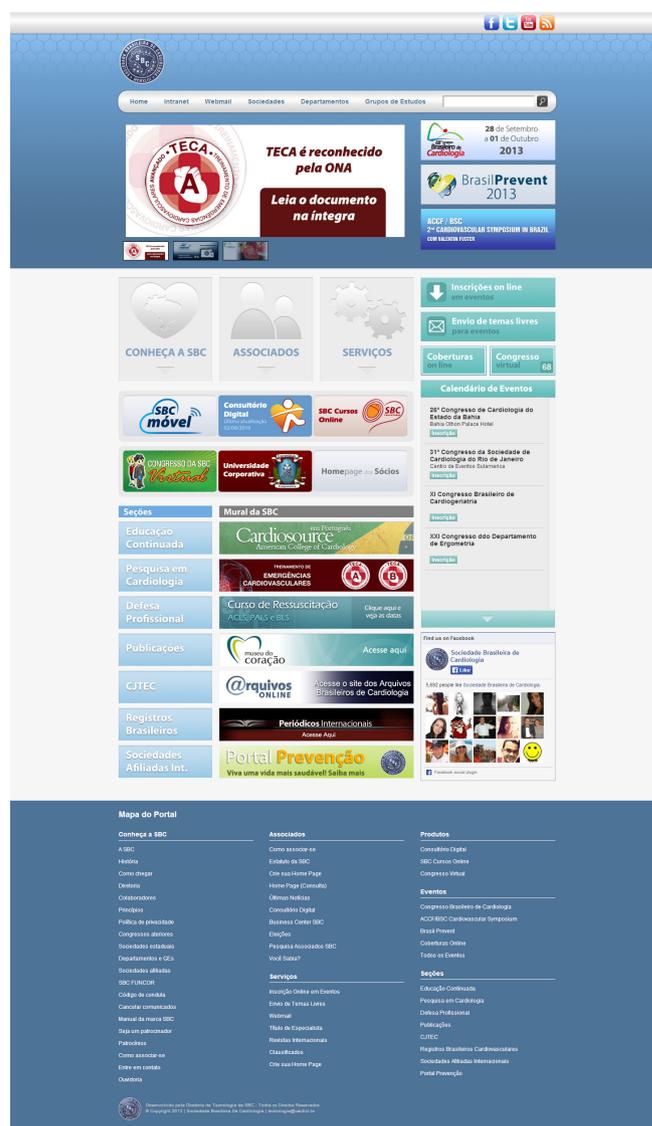
### Projeto acontecerá em três etapas

Na primeira etapa, será feita a reestruturação da página principal do Portal Científico, que tem lançamento previsto para acontecer até março deste ano.

Num segundo momento, o Portal será adaptado para versão *mobile* e poderá ser acessado de qualquer lugar por meio de um *smartphone* com acesso à internet.

Já na terceira etapa será feita a atualização das seções internas, tais como: Área de Associados, Educação Continuada e Publicações, de forma a unificar a identidade visual do Portal; serão implementadas melhorias na acessibilidade e usabilidade, de acordo com os padrões web; e ainda, será disponibilizada a versão completa do Portal em Espanhol, permitindo melhor comunicação e integração da SBC com outras Sociedades Latinas.

Com as etapas concluídas, a navegação se tornará mais intuitiva, fazendo com que o associado possa ter mais tempo para navegar no conteúdo que lhe é mais conveniente.



Em breve, Portal Científico estará com novo layout. Confira em: <http://cientifico.cardiol.br>

## Memória da Cardiologia

### Clovis Andrade um lutador contra a hipertensão



(Da esq.): Aristóteles Alencar e Clovis Andrade

Foto: Arquivo Pessoal / Clovis Andrade

A foto desta edição, nos relembra o cardiologista sergipano Clovis Andrade, falecido aos 48 anos de idade, no dia 17 de fevereiro de 2008. Médico, poeta e músico, Clovis foi um intransigente lutador contra a hipertensão arterial, principalmente em trabalhos de prevenção destinados a população em geral. Foto realizada no 62º Congresso Brasileiro de Cardiologia, realizado em São Paulo, no período de 07 a 11 de setembro de 2007, último evento da SBC em que ele participou.

#### Nota do editor

O diretor de Comunicação da SBC, Maurício Batista Nunes, com o objetivo de resgatar a história da Cardiologia decidiu criar, a partir desse número do Jornal SBC, uma coluna com fotografias antigas que retratem o trabalho e a atuação dos profissionais. Aristóteles Alencar ficou com a responsabilidade de cuidar da coluna por possuir um importante banco de imagens particular. Muitas fotos precedem a fotografia digital, portanto serão digitalizadas pelo colega.

# FAÇA JÁ SUA INSCRIÇÃO

## CONGRESSO DA SBC *Virtual*



ASSISTA ÀS PALESTRAS NO  
COMFORTO DE SUA CASA  
OU CONSULTÓRIO

Vale  
**10 PONTOS**  
para atualização do TEC

[WWW.CONGRESSOVIRTUAL.COM.BR](http://WWW.CONGRESSOVIRTUAL.COM.BR)

# Residentes do Dante tem boa expectativa diante da notícia da ampliação do PS

*Representante dos residentes na Coreme diz que em nenhum outro hospital brasileiro há condições iguais na qualidade de ensino e na prática*

O representante dos residentes do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia na Comissão de Residência Médica - Coreme, Raoni de Castro Galvão, diz que é de expectativa positiva a posição dos residentes, diante da notícia de que grandes recursos serão investidos pelo Estado para aumentar de 38 para 100 os leitos do Pronto Socorro Cardiológico, que será o maior do Brasil. “Somos 36 residentes e 24 estagiários e estrangeiros, nenhum deles cubano”, brinca Raoni, que considera um privilégio fazer residência na instituição.

O governador de São Paulo, Geraldo Alckmin, anunciou recentemente investimentos de R\$ 39,4 milhões no Dante, que está completando 60 anos. Além do aumento de leitos no PS Cardiológico, a proposta é implantar 17 leitos de UTI neonatal e mais 10 na UTI pediátrica, além da reformas das enfermarias pediátrica e de adultos e da implantação de um Centro de Medicina Fetal para atendimento às gestantes com bebês diagnosticados com problemas cardiológicos. Raoni lembra, porém, que com o aumento da quantidade de leitos, serão necessários mais preceptores, além de pediatras e obstetras.

### Ritmo rigoroso

A Coreme, presidida por Carlos Gun, impõe um ritmo rigoroso para os residentes que, dependendo do estágio, tem uma jornada das 8 às 16:30 horas, mais longos quando na UTI e nos plantões noturnos, de finais de semana e feriados, que também contemplam o Pronto-Socorro, UTIs e a Unidade Coronária. “Temos trabalho na UTI Clínica, na Pós-Operatória e na Unidade Coronária”, explica Raoni, que

“ Os residentes acham importante o aumento do número de leitos no PS para melhorar a assistência da demanda atual dos pacientes que procuram o serviço de urgência do hospital ”

formou-se na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e está no segundo ano de residência em Cardiologia, a maior do Brasil. E será mais importante ainda a partir do ano que vem, quando o Ministério da Educação passará a oferecer 66 bolsas de residência em Cardiologia no ‘Dante Pazzanese’.

Os residentes acham importante o aumento do número de leitos no PS para melhorar a assistência da demanda atual dos pacientes que procuram o serviço de urgência emergência do hospital. “A demanda atual do Pronto Socorro é muito grande e, ao contrário da maioria dos hospitais, a grande movimentação é pela manhã, quando pacientes que vão ao Dante por motivos variados resolvem sempre passar no PS para tirar dúvidas sobre medicação, sintomas ou exames”. Ele lembra também que com a ampliação será preciso disponibilizar alguns exames complementares 24 horas por

dia, caso da Tomografia Computorizada.

## Pacientes e leitos

Como os doentes graves são em grande número, já se observa carência de leitos e, embora sempre assistidos, os pacientes vão se beneficiar do aumento do número de vagas. Outra ocorrência comum é a presença de mães com filhos portadores de cardiopatias congênitas, mas que chegam ao 'Dante' com problemas não cardiológicos. Raoni explica que uma mãe cujo filho recebeu um atendimento de alta qualidade para seu problema cardíaco, quando aparece qualquer problema, uma bronquite, uma febre ou vômitos frequentes busca naturalmente o 'Dante' e não pode ser dispensada.

A quantidade de pacientes do 'Dante', a qualidade do atendimento oferecido, contemplando todas as áreas dentro da Cardiologia, torna a residência no hospital um verdadeiro privilégio, pois Raoni acredita que em nenhum outro hospital do Brasil haveria possibilidade de um treinamento e uma capacitação de tão alto nível. ■



Foto: Arquivo Pessoal/Raoni de Castro Galvão

Raoni de Castro Galvão - Representante dos residentes do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia na Comissão de Residência Médica

## Conheça os novos projetos da SBC para plataformas móveis



[www.cardiol.br/movel](http://www.cardiol.br/movel)



# Retrato de Cardiologista



**Max Grinberg**

[grinberg@incor.usp.br](mailto:grinberg@incor.usp.br)

Você colega relaciona-se com o conhecimento da Cardiologia, com outros cardiologistas e, obviamente com os seus pacientes. Não devem faltar pepinos nestas situações, ora são artigos com conclusões conflitantes, ora são questionamentos do colega porque não seguiu a diretriz, ora são insatisfações inexplicáveis de um paciente mal humorado.

Você se sente confuso muitas vezes, o norte do caminho não fica claro, o número ano a ano mais antigo do CRM não evita crises com a Cardiologia, com colegas e com pacientes.

No apuro, um ombro amigo é bem-vindo. Melhor se ajudar a evitá-lo. Pelo menos que permita um alívio.

Quem já teve a experiência do amparo pela Bioética lhe aconselha, dê as boas-vindas a esta quarentona que o ajuda a arregaçar as mangas para enfrentar um conflito ou lhe aplica umas vacinas para imunizá-lo de certas encrencas.

A Bioética não é uma apólice de seguro, muito menos hidratante para apagar “incêndios”, mas posso lhe garantir que ela é muito boa de diálogo.

Aprendi muito com a minha militância na Bioética. Vou destacar uma. É uma dica para o colega. Seja um cardiologista-retratista! Dê traços fiéis a tudo que você capta do paciente, preocupe-se com a individualização, caso a caso, a “lápiz e borracha”.

O cardiologista-retratista ajusta o benefício conceitual de fármacos e de procedimentos às realidades de comorbidades e de escolhas do Sr. João e da D. Maria. Indicações, não indicações e contra-indicações de diretrizes são bússolas para a

enfermidade, mas não são algemas para o paciente. Captando as nuances da triangulação Cardiologia-cardiologista-paciente, dando-lhes traços de autenticidade e de fidelidade, você valorizará o livre-arbítrio da sua “pessoa física” e lidará melhor com o poder paternalista da “pessoa jurídica” dos comitês de diretrizes.

Grande etiopatogenia de angústias éticas da atualidade, a inovação terapêutica galopante traz hesitações e inseguranças que exigem a Bioética em plantão permanente. No ambiente da relação cardiologista-Cardiologia, a Bioética é a memória-conselheira sobre a força crítica do tempo, alerta o cardiologista para ficar atento à possibilidade do prescrever tornar-se proscurever em futuro nada distante. Na relação cardiologista-cardiologista, a Bioética adverte que, à semelhança de leis, o aval de diretrizes costuma acontecer após o hábito.

Assim, o cardiologista deve dominar zelo e prudência para fundamentar resposta à observação, não incomum, de colegas: “Mas esta sua conduta está nas diretrizes?!”. Na relação cardiologista-paciente, a Bioética credita alto valor ético ao redesenho sensível à evitação individualizada de males e à correção dos provocados. Ademais, a Bioética sinaliza que as experiências de enfermidade modeladas numa forma biocultural num Brasil pluriétnico e multicultural demandam do cardiologista-retratista tons de diálogo acolhedor às preferências e aos valores do paciente, essenciais em prol do consentimento numa primeira fase e da adesão numa subseqüente.

Colega! Adote o *slogan*: Bioética, não vá trabalhar sem ela!

Por fim, convido cada colega-leitor a fazer um autorretrato da impressão de si mesmo como cardiologista-retratista. Aguardo-o em [grinberg@incor.usp.br](mailto:grinberg@incor.usp.br). ■

# SABE COMO O GDF ESTÁ MUDANDO O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA NO DF?

## ASSIM.



**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**4 UPAS FUNCIONANDO DIA E NOITE.**



Em 2009 não existia nenhuma UPA no DF. Hoje são 4 UPAs funcionando dia e noite para atender os casos de pequenas emergências e, assim, desafogar os hospitais: Samambaia, Recanto das Emas, Núcleo Bandeirante e São Sebastião. Até o final deste ano serão mais 4. Cada UPA atende em média 450 pessoas por dia. Em 6 meses são mais de 160 mil atendimentos feitos por médicos, radiologistas, pediatras e dentistas. **É, a grande transformação na saúde do DF já começou.**

[fb.com/govdf](https://fb.com/govdf)   
[youtube.com/govdf](https://youtube.com/govdf) 

[twitter.com/gov\\_df](https://twitter.com/gov_df)   
[instagram.com/gov\\_df](https://instagram.com/gov_df) 

Secretaria  
de Saúde



# Doença de Chagas Aguda. O atual momento na Amazônia brasileira



**Dilma de Souza**

Prof<sup>o</sup>. Adjunta da Disciplina de Cardiologia da Faculdade de Medicina da UFPA

Após 100 anos da descoberta da doença de Chagas, o controle da infecção continua sendo um desafio para a vigilância em saúde no Brasil. Imaginava-se que a infecção iria estacionar ou até mesmo ser extinta, e o Brasil recebeu em 2006 a certificação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) quanto à erradicação por transmissão vetorial pelo *Triatoma Infestans*.

Porém ao contrário do que se esperava a doença ressurge na forma aguda em várias regiões do país, especialmente na região norte com modalidade pouco conhecida de transmissão, envolvendo a via oral devido a contaminação de alimentos com fezes ou excretas de vetores e reservatórios contendo o *T. Cruzi*.

Diversos fatores têm contribuído além das baixas condições sócio econômicas, principalmente as migrações humanas como o desmatamento desordenado mudando a ecologia dos triatomíneos que passam a conviver com o homem.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Pará é o Estado da Amazônia Legal, que vem apresentando frequente número de notificações da forma aguda, e protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde torna a doença aguda como sendo de notificação compulsória e imediata. De 2006 à 2012 registrou-se 926 novos casos sendo a maioria relacionados com a transmissão por via oral. As condições precárias de higiene dos alimentos, principalmente o processamento do açaí estão envolvidos neste processo, pois muitos vetores são triturados com



Foto: Imagem meramente ilustrativa

o fruto. Outros tipos de alimentos também podem ser contaminados por fezes ou urina de animais contaminados. Em muitos casos a infecção assume peculiaridades regionais com transmissão por surtos de microepidemia familiar.

A maioria dos indivíduos que se infectam pela via oral apresenta sintomatologia mais exuberante em relação aos sintomas clássicos. Ocorre febre vespertina em quase todos os infectados por mais de sete dias, com aspectos inespecíficos muito semelhantes a de outras infecções comuns na região como por exemplo febre tifoide ou o calazar, sendo raro sinal de Romanã ou o chagoma de inoculação. Entretanto pouco se sabe sobre a morbimortalidade da forma aguda, sendo descrito mortalidade de 5 a 10% por miocardite aguda e ou

meningoencefalite. O envolvimento cardíaco se expressa com graus variáveis de disfunção cardíaca e frequentes alterações no eletrocardiograma que vão desde alterações da repolarização ventricular, complexos de baixa voltagem, arritmias, bloqueios átrio-ventriculares e de ramo. Um achado comum ao ecocardiograma são os derrames pericárdicos. O diagnóstico é feito com a visualização à fresco do parasita, ou a realização de sorologia por dois métodos laboratoriais distintos, a imunofluorescência indireta, e a hemaglutinação ou Elisa. O tratamento da fase aguda pouco avançou neste século de descoberta da doença. O benzonidazol é a única medicação disponível, porém sem evidência alguma de benefícios na mudança da história natural da fase aguda, com diversos efeitos adversos graves.

A doença de Chagas emerge em pleno século XXI em uma nova forma de transmissão e aspectos clínicos peculiares principalmente a letalidade com evolução grave e óbitos na fase aguda.

Acreditamos que a prevenção é a melhor maneira de lidarmos com a doença e que é necessário investimento urgente dos gestores da saúde e dos órgãos de fomento a pesquisa, em fármacos que possibilitem a cura da infecção sem que haja reações adversas graves. Desta forma minimizaremos a expansão da doença e o risco dela se globalizar e tornar-se uma endemia mundial.

#### Referências:

Andrade JA, Marin-Neto JA, Paola AAV, Vilas-Boas F. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Latino Americana para o Diagnóstico e Tratamento da Cardiopatia Chagásica. Arq Bras Cardiol 2011; 97(2 supl.3):1-48.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Consenso Brasileiro em Doença de Chagas. Rev Soc Bras Med Trop, 38 (supl. III): 30, 2005.

Pinto AYN, Valente AS, Valente VC, et al. Fase aguda da doença de Chagas na Amazônia brasileira: estudo de 233 casos do Pará, Amapá e Maranhão observados entre 1988 e 2005. Rev Soc Bras Med Trop. 2008; 41(6):602-14

[www.cardiol.br/universidade/cursosonline/](http://www.cardiol.br/universidade/cursosonline/)



**Conheça nossos  
Cursos a Distância**

Os Cursos Online da  
Universidade Corporativa  
SBC são oferecidos em  
ambiente virtual e visam o  
aperfeiçoamento e  
atualização do  
cardiologista e outros  
profissionais da saúde.



## Calendário

### XXXV Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo

21 a 23 de março de 2014  
São Paulo (SP)  
<http://www.socespp.org.br/>

### 41º Congresso da Sociedade de Cirurgia Cardiovascular

3 a 5 de abril de 2014  
Porto de Galinhas (PE)  
<http://www.sbccv.org.br/41congresso/>

### 31º Congresso de Cardiologia do Rio de Janeiro – Socerj

9 a 12 de abril de 2014  
Rio de Janeiro (RJ)  
<http://socerj.org.br/>

### 4º Congresso do Departamento de Imagem Cardiovascular da SBC

26º Congresso Brasileiro de Ecocardiografia  
10 a 12 de abril de 2014  
Foz do Iguaçu (PR)  
<http://www.congressodic.com.br/>

### 26º Congresso de Cardiologia do Estado da Bahia

14 a 17 de maio de 2014  
Salvador (BA)  
<http://www.sbc-ba.org.br/>

### 41º Congresso Paranaense de Cardiologia

23 e 24 de maio de 2014  
Curitiba (PR)  
<http://www.abev.com.br/paranaense2014/>

### ACCF/BSC 3rd Cardiovascular Symposium in Brazil

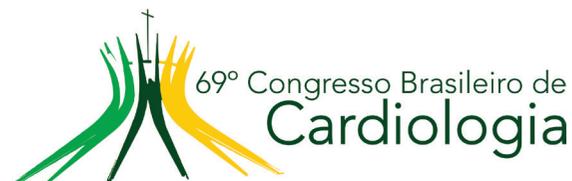
24 e 25 de maio de 2014  
São Paulo (SP)  
<http://cientifico.cardiol.br>

### XIII Congresso Catarinense de Cardiologia

24 a 26 de julho de 2014  
Florianópolis (SC)  
<http://www.sbc-sc.org.br/>

### 69º Congresso Brasileiro de Cardiologia

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



### **Veja mais**

*Outros eventos da SBC e da Cardiologia podem ser acessados no portal [www.cardiol.br](http://www.cardiol.br)*

# As vantagens

de

Primeiro Inibidor Direto do Fator Xa, via ORAL

**Xarelto**<sup>®</sup>  
rivaroxabana

Proteção Simples para Mais Pacientes<sup>2,3</sup>



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

\*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<sup>®</sup> tem o maior número de indicações da classe dos Novos Anticoagulantes Oraís<sup>1</sup>

# 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<sup>®</sup>: 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-VÁLVULAR. 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 ELETTIVA 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 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 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 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. **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 EPIDURIS 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, DIARREIA, 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. **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<sup>®</sup> UMA VEZ AO DIA. TRATAMENTO DO TEV: A DOSE RECOMENDADA PARA O TRATAMENTO INICIAL DA TVP AGUDA É DE 15 MG DE XARELTO<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> 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. TRATAMENTO DO EP: A DOSE RECOMENDADA PARA O TRATAMENTO INICIAL DA EP AGUDA É DE 15 MG DE XARELTO<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> 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, BRETHARDT G, HALPERIN JL, HANKEV GJ, PICCINI JP, BECKER RC, NESSEL CC, PAOLIN JF, BERKOWITZ SD, FOX KA, CALLIF RM; ROCKEY AF INVESTIGATORS. RIVAROXABAN 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