JORNAL SBC

Ano XXII - Número 158
Setembro 2015
jornal.cardiol.br

Diretor de Comunicação: Maurício Batista Nunes . Editor: Nabil Ghorayeb

70º Congresso Brasileiro de Cardiologia foi sucesso tanto qualitativo como quantitativo

pág. 5

Primeiro Atlas do Coração do Brasil foi lançado durante Congresso Brasileiro

pág. 7

No "Sala de Espera", os perigos do exercício físico sem exame médico prévio

Diretoria

ESC vai usar sistema brasileiro para sistematizar o atendimento da insuficiência cardíaca descompensada

pág. 8

CJTEC

Prova de título: só a sociedade de especialidade pode dizer quem tem condições para ser cardiologista

pág. 26

Prevenção

Secretaria de Educação de São Paulo decide ampliar o "SBC vai à Escola"

pág. 14

Biblioteca

Cinco obras científicas foram lançadas durante o Congresso Brasileiro de Cardiologia

pág. 28

LIPANON

fenofibrato 250 mg

Benefícios adicionais com eficácia elevada [2,3]

ALGUNS BENEFÍCIOS NÃO DEVERIAM SER ADICIONAIS

38% de redução de amputação não traumática (em pacientes com DM-2)[3]

30% de redução da necessidade de terapia a laser (em pacientes com DM-2)[3]

MENOS ÁCIDO ÚRICO

26,3% de redução de ácido úrico[4]

1x ao dia
Junto à principal refeição[1]

CÁPSULAS RETARD

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

Referências bibliográficas: 1. Bula do produto: Lipanon. **2.** Blane GF. Review of European clinical experience with fenofibrate. Cardiology.1989;76 Suppl 1:1-10, discussion 10-3. **3.** Sacks FM. After the Fenofibrate Intervention and Event Lowering in Diabetes (FIELD) study: implications for fenofibrate. Am J Cardiol. 2008;102(12A):34L-40L. **4.** 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.

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 lípides, deve-se avaliar a necessidade de terapia complementar ou de substituição do tratamento. **USO PEDIÁTRICO:** a experiência em crianças é limitada. Caso o produto seja considerado absolutamente necessário, a critério médico e para crianças acima de 10 anos de idade, a dose de 5 mg/kg/dia não deverá ser ultrapassada. Interações medicamentosas e com alimentos: alimentos - o fenofibrato é pouco absorvido no estado de jejum. Na presença de alimentos, mais de 90% da dose é absorvida. Recomenda-se, portanto, que lipanon (fenofibrato) seja administrado junto à refeição principal. Anticoagulantes orais - o fenofibrato pode potencializar a ação dos anticoagulantes orais (acenocumarol, dicumarol, warfarina, femprocumon, fenindiona) aumentando, portanto, o risco de sangramentos. Inibidores da hmg-coa redutase - a combinação de derivados do ácido fíbrico e inibidores da hmg-coa redutase potencializa o risco de miopatia e rabdomiólise. Portanto, o uso combinado desses agentes deve ser evitado. Seqüestrantes 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/glibur ida – todas metabolizadas pelo citocromo p450 cyp3a4) forem administrados concomitantemente. Outros - eritromicina, derivados imidazólicos, inibidores da mao, 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 gastrintestinal - frequentes (incidência entre 3% e 5%): obstipação ou diarreia, dispepsia, flatulência, náuseas, desconforto gástrico. Até o momento, não se sabe se o uso do fenofibrato leva a maior propensão na formação de cálculos biliares; os pacientes devem ser monitorizados quanto à possibilidade desse evento adverso. Elevação de transaminases séricas (tgo e/ou tgp). Sistema genitourinário - raras (incidência <1%): disfunção sexual (redução de libido, impotência). Sistema musculoesquelético - muito raras: rabdomiólise, artralgia. Pouco frequentes (incidência entre 1% e 3%): mialgia difusa, sensibilidade dolorosa, fraqueza muscular, todas reversíveis com a descontinuação do tratamento. Elevação dos níveis de creatinofosfoquinase (cpk). Pele e anexos - raras (incidência <1%): reações cutâneas (eritema, prurido, urticária, eczema); fotossensibilização, alopecia. Frequentes (incidência entre 3% e 5%): rash cutâneo. Posologia: uma cápsula por dia, junto à refeição principal. MS 1.7817.0095. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. 08/2015.

ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR
080077-17017

Mantecorp Farmasa

Palavra do Presidente

Temas e desafios valorizados, apropriados e neglicenciados

Angelo Amato Vincenzo de Paola

Presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia

O 70º Congresso Brasileiro de Cardiologia repetiu em Curitiba o sucesso dos nossos eventos anuais, analisando novas técnicas, drogas e procedimentos para a prevenção, o diagnóstico e a terapêutica das doenças cardiovasculares. Apesar de valorizadas, essas novas aquisições nem sempre são custo-efetivas, dependendo de equacionamentos científicos e econômicos para a sua incorporação clínica.

O ineficiente sistema de gestão da nossa saúde polariza frequentemente o nosso pensamento crítico em uma zona de conforto correta, mas também monótona, que culpa a reconhecida inadequação de recursos, como a causa de nossa crise endêmica assistencial. O sub-financiamento é realmente um fator limitante, sendo denunciado incessantemente em todas as ocasiões e fóruns que a SBC tem oportunidade de debater, como recentemente na Câmara e no Senado.

Outros fatores devem, entretanto, ser estudados.

A política de reavaliar o emprego apropriado da nossa tecnologia, evitando exames e procedimentos desnecessários, deve também se estender para o aproveitamento das habilidades dos nossos recursos humanos a serem otimizados e fortalecidos.

O cardiologista com boa formação clínica e especializada é um dos profissionais que tem um dos mais amplos leques de atuação em todos os modelos assistenciais do mundo. A necessidade inquestionável de formar e instruir bons especialistas deve ser orientada por programas técnicos, sem vieses políticos ou corporativos, incentivando a capacitação em prevenção, métodos de imagem avançada, terapêutica por cateter e dispositivos médicos implantáveis (DMI), capazes de oferecer aumento de oferta e assistência integral com qualidade, com adoção de boas práticas na sua indicação e utilização que beneficiem realmente o nosso sistema de saúde e os nossos pacientes.

A crise atual obriga a reorganização institucional. A estatura da SBC necessita de regras mais claras de *compliance* na nossa relação com a indústria, que ainda não conseguiram ser incorporadas nessa gestão. A busca incansável e resiliente de inovação, parceiros e novas fontes de financiamento são desafios que podem se transformar em grandes conquistas, como o recém-projeto de Boas Práticas Clínicas que conseguiu fomento substancial internacional (American Heart Association - AHA) e do governo (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI-SUS) e será implementado ainda neste ano.

Apesar de todos esses esforços temos sido pouco atenciosos com alguns problemas de saúde de comunidades marginalizadas. Na área cardiovascular temos, entre múltiplos exemplos, o da Doença Reumática, que depende da Penicilina Benzatina para a prevenção mais efetiva de disfunções valvares.

O desabastecimento desse agente apontado formalmente na audiência pública de 29 de setembro, demonstra que mesmo soluções simples e baratas para evitar problemas graves são esquecidas. Nossa atenção e nosso compromisso com doenças historicamente negligenciadas necessitam ações mais afirmativas, como a que faremos nesse caso, de forma imediata e ampla, com os gestores públicos, sociedade civil e entidades associativas.

Esses compromissos de cidadania devem ser sempre reafirmados de forma solidária pela SBC e por todos os seus associados, para que a nossa atuação seja sempre apropriada e valorizada e que o cuidado necessário às situações mais carentes nunca seja negligenciado.

Grande abraço. ■

Editorial

Nabil Ghorayeb
Editor do Jornal SBC

Caros colegas,

Esta edição está recheada de muita informação do 70° Congresso Brasileiro de Cardiologia. O evento que terminou recentemente, em Curitiba, foi um sucesso. Podemos destacar os simpósios conjuntos com as sociedades internacionais, os palestrantes que vieram de várias partes do mundo e do Brasil, a participação maciça de congressistas de todos os cantos e ainda a prova de Título de Especialista em Cardiologia. Sem falar no sucesso do Brasil Prevent que lotou a sala de palestras e nos eventos dos Departamentos, como o Derc e Deic, apenas para citar dois exemplos. Para o público leigo, não podemos esquecer o grande trabalho do colega Emilio Cesar Zilli em realizar mais uma edição do Museu do Coração. A exposição levou para a capital paranaense informações e uma essencial conscientização da importância dos hábitos saudáveis para uma vida melhor. A receptividade dos paranaenses foi única, assim como o acolhimento do presidente do Congresso, José Carlos Moura Jorge.

Na página das Regionais, além das notícias habituais, trazemos mais duas entrevistas com presidentes locais: Mario de Seixas Rocha, da Bahia, e Ana Lucia de Sá Leitão Ramos, do Ceará. Com essas duas, já são dezoito entrevistas realizadas desde abril, quando iniciamos essa programação de ouvir os projetos e realizações das Estaduais.

O *Jornal SBC* traz também uma reportagem do lançamento do livro *Prevention of Cardiovascular Disease*, durante o último Congresso Europeu de Cardiologia, realizado em Londres. A obra tem como editores o ex-presidente da SBC, Jadelson Andrade, o presidente da European Society of Cardiology, Fausto Pinto, e a ex-presidente da American Heart Association, Donna Arnett. E ainda o lançamento da 4ª edição do livro Provas para obtenção do Título de Especialista em Cardiologia com questões comentadas de 2012 a 2014 por integrantes da CJTEC ou por convidados da Comissão.

E, para finalizar, um importante artigo do acadêmico Guilherme Benfatti Olivato, sobre a necessária normatização na abertura de ligas.

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 ou 0800 314 4409
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 ou
0800 314 4409
e-mail: sbc@cardiol.br

Filiada à Associação Médica Brasileira

Presidente da SBC considera que o Congresso foi sucesso tanto qualitativo como quantitativo

Angelo de Paola ressalta o recorde de pré-inscritos, o total de seis mil congressistas e parcerias internacionais que valorizaram o evento

O sucesso do Congresso de Curitiba estava previsto, dada a qualidade da grade científica, a participação das maiores sociedades internacionais de Cardiologia e a escolha criteriosa dos palestrantes que mais tinham a dizer à comunidade cardiológica brasileira. O que foi uma surpresa, porém, foi o resultado extremamente positivo das inovações, da realização simultânea do Brasil Prevent, que aperfeiçoou os investimentos realizados, as reuniões científicas dos Departamentos, realizadas sem custo extra, também durante os dias do Congresso e o grande aproveitamento por parte do jovem cardiologista, o que mostra uma sociedade de especialidade dinâmica e que se renova constantemente.

As colocações são do presidente da SBC, Angelo de Paola, ao fazer um balanço do evento e são referendadas pela diretora científica, Maria da Consolação V. Moreira, para quem "a seleção dos palestrantes privilegiou um detalhado e criterioso processo para contemplar a *expertise* de cada um". Ela explica que "a programação apresentou também as últimas novidades científicas centradas na escolha baseada em evidências, com destaque para check-up em pacientes assintomáticos, o que a Cardiologia não deve recomendar os grandes *trials* dos últimos 12 meses, além das sessões anatomoclínicas e das discussões sobre diferentes diretrizes, seus avanços e lacunas".

Acordos e *Choosing Wisely*

Para o presidente da SBC, os resultados do evento extrapolam muito os dias do Congresso, haja vista a publicação do *Panorama Atualizado da Mortalidade do Aparelho Circulatório no Brasil*, a assinatura do protocolo de intenções que levará o SAVIC a ser difundido pelos países da Comunidade Econômica Europeia, a parceria com o ACC.

Essa parceria fará que seja oferecido aos residentes, no Brasil, o curso de treinamento prático focado em atendimento de emergência, com duração de dois dias. O curso será desenvolvido por especialistas americanos e brasileiros. E De Paola ressalta o resultado em longo prazo do Museu do Coração, que introjetou nos estudantes que o visitaram a necessidade de prevenir os fatores de risco e de levar uma vida saudável.

Paralelamente, o presidente da SBC ressalta o grande esforço do *staff* da Sociedade que, num momento economicamente difícil, conseguiu comercializar a contento o Congresso, que

Foto: Divulgação SBC

Solenidade de Abertura do 70º CBC

se mostrou autossustentável. Ele dirige um agradecimento especial à equipe da SBC, dedicada, eficiente e extremamente eficaz na sua atuação.

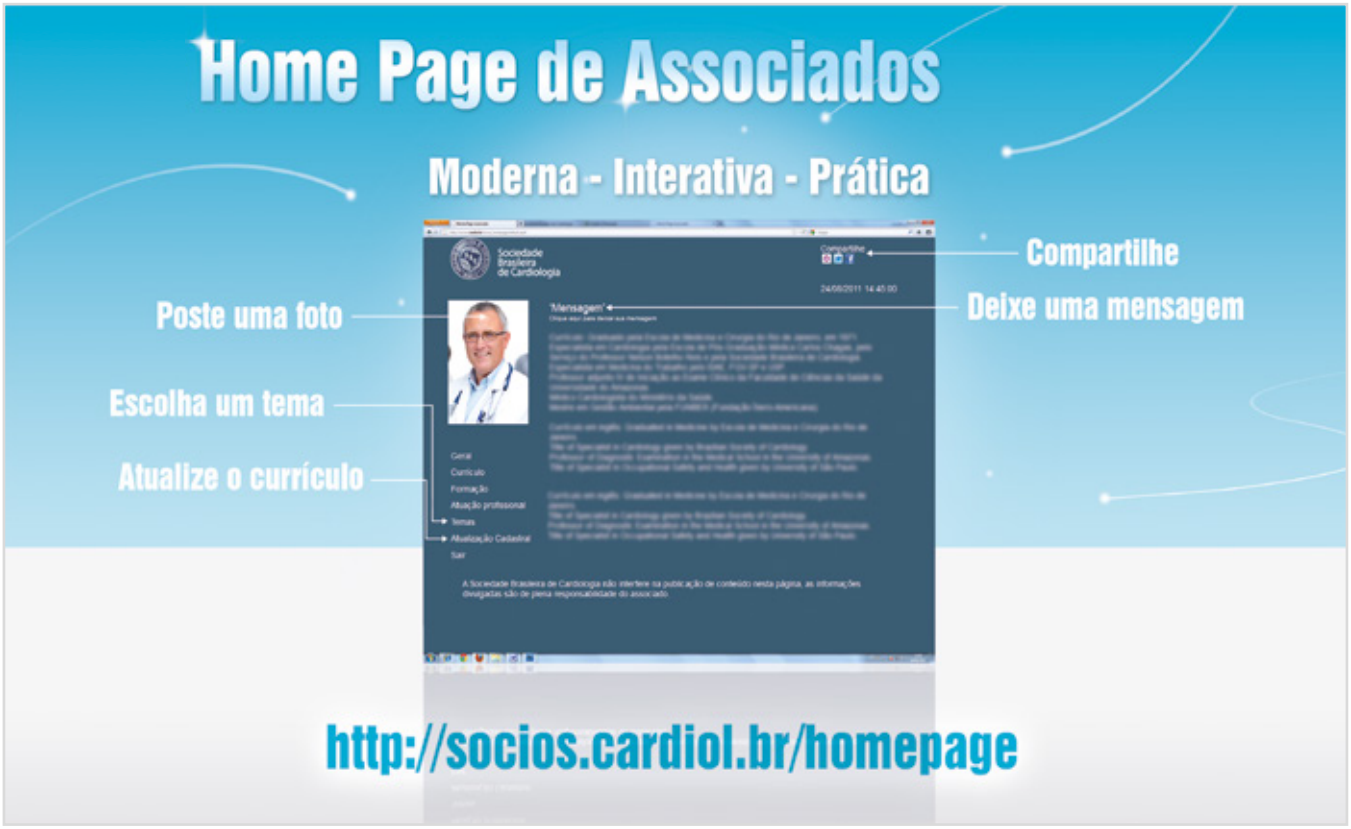
Dinâmico e inovador

O aplauso generalizado à grade de programação mostra o acerto da escolha dos 31 convidados internacionais, continua De Paola, bem como é gratificante ver o entusiasmo dos participantes de sessões inovadoras, de que é exemplo o *Choosing Wisely*, a Escolha Sábia, debate franco e necessário sobre o exagero de indicações de exames a pacientes, que o presidente da SBC resume como "não uma necessidade de economizar nas prescrições, mas de escolher sabiamente".

O grande desafio do Congresso foi permitir que o cardiologista brasileiro – e igualmente os candidatos ao título de Cardiologista, que estiveram em Curitiba para fazer a prova de título – tivessem a oportunidade de ouvir, discutir e interagir com os profissionais mais experientes, aprender com seu conhecimento e, numa profunda reciclagem, conhecer o que está sendo pesquisado, desenvolvido, aprovado ou rejeitado no restante do mundo, a respeito da Cardiologia. ■

Foto: Divulgação SBC

Qualidade da programação científica foi elogiada por congressistas



Primeiro Atlas do Coração do Brasil indica menos mortes por derrame e maior mortalidade por infarto

"Notamos que quem tem baixa escolaridade por vezes não leva tão a sério a obrigatoriedade de tomar o medicamento", destaca Carlos Magalhães

O Atlas do Coração, trabalho inédito lançado no Brasil Prevent, o evento de prevenção paralelo ao 70° Congresso Brasileiro de Cardiologia, em Curitiba, mostra que nos últimos dez anos caiu o total de mortes causadas por derrame e insuficiência cardíaca e aumentou o número de mortes por infarto. As doenças cardiovasculares matam 350 mil brasileiros a cada ano, ultrapassando as mortes por câncer.

O Atlas, cujo nome oficial é *Panorama Atualizado da Mortalidade do Aparelho Circulatório no Brasil 2003-2012*, é fruto de um longo estudo. "Ele tomou por base todos os atestados de óbito de dez anos do Brasil inteiro", explica a diretora de pesquisa da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Fernanda Consolim Colombo, que, junto com o diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular da SBC, Carlos Magalhães, assina o trabalho.

23% a menos de mortes no Paraná

O Atlas, que mostra a evolução da mortalidade cardiovascular por sexo, faixa etária e por regiões, tem como surpresa a redução das mortes no Sudeste e no Sul brasileiros. Especialmente no estado do Paraná, foi registrada queda de 23,5% de mortes por coração ao longo dos últimos dez anos. No período, o índice baixou de 198,6 mortes por cem mil habitantes, em 2003; para 151,1, em 2013. "Nem todos os dados são positivos", diz Carlos Magalhães. No mesmo período, o Pará registrou aumento de 1,6% de mortes; o Rio Grande do Norte, 10,8%; o Maranhão, 15,6%; e a Paraíba, 20,5%.

Os pesquisadores agora se debruçam sobre esses números e iniciam trabalhos para verificar o que explica essa disparidade, possivelmente ligada ao IDH, o Índice de Desenvolvimento Humano. "Há algumas indicações de que a maior escolaridade da população de estados como o Paraná é fator importante para a redução das doenças cardíacas", afirma Carlos Magalhães. Ele explica que doenças como o alto nível de colesterol e a hipertensão arterial exigem que o paciente tome remédios permanentemente, tenha ou não qualquer sintoma.

"E enquanto uma pessoa mais instruída tem grande adesão ao tratamento, não deixando de tomar a medicação, notamos que quem tem baixa escolaridade por vezes não leva tão a sério a obrigatoriedade de tomar o medicamento", conclui. Mas as pesquisas agora iniciadas mostrarão quais os motivos da diferença tão grande, se obesidade, alimentação, sedentarismo ou problemas com a medicação. "Essas pesquisas são vitais para subsidiar os programas de prevenção e a política de saúde pública no Brasil", completa Magalhães. ■

Foto: Expressa Comunicação

Presidente da SBC, Angelo de Paola, e Carlos Magalhães, diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular da SBC

European Society of Cardiology vai usar sistema brasileiro para sistematizar o atendimento da insuficiência cardíaca descompensada

O presidente da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC), Fausto Pinto, juntamente com o presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Angelo de Paola, assinaram o protocolo de intenções para que o SAVIC, o sistema desenvolvido no Brasil para Suporte Avançado de Vida em Insuficiência Cardíaca Aguda, seja utilizado nos países europeus.

A assinatura aconteceu durante o 70º Congresso Brasileiro de Cardiologia. Presente também à cerimônia, o presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Miguel Mendes, que já tem os primeiros monitores formados pela equipe brasileira e que junto com o *board* de autores brasileiros se incumbirão de divulgar o sistema por todos os países da Europa.

O SAVIC, desenvolvido pelos cardiologistas brasileiros Manoel Canesin, Múcio Tavares e Antonio Carlos Pereira Barreto, foi idealizado para que os profissionais de saúde possam ser treinados de forma padronizada, para os casos de atendimento de casos de insuficiência cardíaca aguda.

Canesin explica que a necessidade do novo sistema ficou patente diante da comprovação que, apesar das melhorias no manuseio dos pacientes com insuficiência cardíaca aguda, a diversidade de condutas nos vários serviços brasileiros e a falta de padronização dos procedimentos podem aumentar os níveis de morbidade e mortalidade.

O diretor administrativo da SBC, Emílio Cesar Zilli, explicou que caberá à SBC no ano que vem preparar o treinamento pioneiro dos médicos cardiologistas da Sociedade Europeia de Cardiologia que vão ajudar a disseminar o SAVIC no continente Europeu. Grande conquista para a Sociedade Brasileira de Cardiologia e a Cardiologia brasileira que deve ser mantida e aprimorada não só na Europa, como em todo restante do mundo. ■

Foto: Divulgação SBC

Presidentes das Sociedades Europeia e Brasileira de Cardiologia, Fausto Pinto e Angelo de Paola, assinam protocolo de intenções

Congresso de Curitiba movimentou a economia do estado do Paraná

Para Moura Jorge, que presidiu o evento, valeram muito a pena os dois anos de trabalho intenso

O 70º Congresso Brasileiro de Cardiologia, em Curitiba, movimentou mais de 15 mil pessoas, entre congressistas, seis mil acompanhantes, *staff*, expositores e pessoal de apoio, e foi tão importante do ponto de vista científico, como também econômico, principalmente numa época de crise. A colocação é do presidente do evento, José Carlos Moura Jorge. Cada participante gastou pelo menos três diárias de hotel, lembra ele; na área de transportes, táxis, ônibus e vans foram muito requisitados; os restaurantes tiveram faturamento extra, bem como a área de turismo da região.

Moura Jorge salienta, porém, que o sucesso do Congresso se deve principalmente à comercialização, feita com grande antecedência. "Bem antes de a crise econômica se tornar patente, a Sociedade Brasileira de Cardiologia montou uma reunião de comercialização em São Paulo, onde tem sede a maioria dos laboratórios e serviços que dizem respeito à Cardiologia, e vendeu praticamente todos os estandes, apoios promocionais e simpósios num único dia. Assim, quando a crise se manifestou – e está afetando vários eventos das mais diversas áreas da medicina –, os investimentos no Congresso da SBC já estavam garantidos e as verbas, reservadas." No auge da crise econômica, portanto, a SBC conseguiu realizar um Congresso que não trouxe prejuízo, mas, ao contrário, foi lucrativo.

Em decorrência, foi possível montar uma grade científica com 31 convidados estrangeiros do mais alto nível. Já os palestrantes nacionais somaram 515. As atividades eram tantas que a área de Tecnologia da Informação (TI) da SBC desenvolveu um aplicativo especial para que cada congressista montasse sua própria agenda das atividades a acompanhar, numa customização extremamente útil.

Homenagens

Moura Jorge lembra a homenagem póstuma prestada ao professor Adib Jatene e recebida

70º Congresso Brasileiro de Cardiologia, em Curitiba

José Carlos Moura Jorge, presidente do 70º CBC

Fotos: Divulgação SBC

por sua filha, a também cardiologista Ieda Jatene. Ele ressalta também as homenagens e prêmios oferecidos a Luiz César Nazário Scala, Anis Rassi Júnior, Helio Germiniani, Ayrton Pires Brandão, Amanda Guerra de Moraes Rego Sousa, Maurício Batista Nunes, José Carlos Magalhães Silva Cardoso, como destaques docente, de dedicação à pesquisa, contribuição associativa, à comunidade, entre outras atividades. ■

Museu do Coração foi visitado por alunos de 17 escolas de Curitiba

Ao aprender a fazer a ressuscitação, um estudante chorou e disse que, se tivesse aprendido antes, podia ter salvado a própria tia

A quarta edição do Museu do Coração, em Curitiba, surpreendeu pela grande presença de estudantes – 17 escolas levaram seus alunos à exposição. Os jovens puderam conhecer as manobras de ressuscitação cardiovascular, que aprenderam a fazer usando uma vintena de bonecos especialmente desenvolvidos para esse tipo de ensino.

Emílio Cesar Zilli, que coordenou o Museu, conta que a seriedade com que meninos e meninas de 9 a 15 anos seguiam as instruções do monitor impressionou a todos. "A emoção maior, entretanto, foi quando um garoto começou a chorar e contou que se tivesse aprendido há mais tempo, teria salvado a própria tia, que morreu vítima de uma parada cardiorrespiratória", conta Zilli.

Foto: Divulgação SBC

Estudantes se divertem e aprendem com jogo sobre doença de Chagas

A criança disse que na época não sabia como ajudar, não imaginava que pudesse ser feita massagem cardíaca. "Não só ela, mas outras crianças e até os monitores acabaram afetados emocionalmente pelo depoimento."

Tecnologia e interatividade

Zilli explica que o Museu está ficando maduro, muito desenvolvido tecnologicamente e bastante interativo, como comprovaram as quatro emissoras de TV que foram filmar as crianças descobrindo os fatores de risco e aprendendo a como manter um coração saudável.

"Embora tenhamos desenvolvido várias ferramentas lúdicas, os visitantes não encaravam os desafios como brinquedo", diz ele, referindo-se às telas onde era possível montar um prato virtual com os alimentos expostos. Montado o prato, o programa fazia a análise e informava o visitante se tinha ou não escolhido uma alimentação saudável.

Embora ainda não haja confirmação se o Museu será montado no próximo Congresso, em Fortaleza, Zilli tem certeza de que o caminho para que a próxima geração tenha um coração saudável passa por exposições

como a que montou, com tanto sucesso, em Curitiba. ■

Agradecimento

Agradecemos o apoio da Empresa Jasmine Comércio de Produtos Alimentícios Ltda. e da Secretária da Saúde do Estado do Paraná à IV Exposição Itinerante do Museu do Coração.

Foto: Divulgação SBC

Jovens participaram do TECA L

Realização simultânea do Brasil Prevent e do 70° Congresso Brasileiro de Cardiologia foi correta

Abdol Assef, que presidiu o Brasil Prevent, foi surpreendido pelo número de interessados, que lotaram o auditório, onde muita gente ficou em pé

A decisão de fazer o Brasil Prevent e o Congresso anual da SBC funcionarem simultaneamente era oportuna do ponto de vista econômico, permitindo que, com a inscrição para um evento, o congressista pudesse acompanhar dois. Foi uma opção arriscada também, confessa Abdol Hakim Assef, que presidiu a sexta edição do Brasil Prevent, em Curitiba.

"A opção se mostrou tão acertada, que possivelmente será repetida em Fortaleza no ano que vem", diz Abdol. A primeira surpresa foi na sessão inaugural, dia 18 de setembro, quando o grande auditório, com 600 lugares, foi insuficiente para abrigar todos os interessados, parte dos quais permaneceu em pé.

Abdol Hakim Assef, presidente do VI Brasil Prevent

Outro ponto positivo foi o grande apoio institucional oferecido pelo ACC, pela AHA, pela ESC e, principalmente, pela World Heart Federation (WHF), e Abdol garante que o Brasil Prevent já se firmou no calendário científico mundial da Cardiologia.

Redução de 25% da mortalidade

Embora o evento fosse teórico, ficou estabelecido que um projeto piloto começasse a ser desenvolvido em curto prazo pelo cientista responsável pela implementação das medidas de prevenção, Álvaro Avezum. O projeto tem em vista o desafio lançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de reduzir em 25% a mortalidade por doenças cardiovasculares até o ano 2025.

Outro ponto alto do evento foi o lançamento do Atlas do Coração, o trabalho original e extremante importante coordenado por Fernanda Consolim

e Carlos Magalhães. Pela primeira vez, oferece ao Brasil um quadro completo da mortalidade cardíaca por faixa etária, sexo, cardiopatia, e em cada uma das 437 regiões de saúde do país. "Os exemplares em português e também em inglês que trouxemos se esgotaram em poucos minutos", conta Abdol.

Linhas de trabalho e atuação

O Brasil Prevent deste ano permitiu programar os principais campos onde é preciso trabalhar, e não só no Brasil, mas no mundo. Abdol Assef ressalta que o evento indicou as políticas governamentais a serem implementadas, uma visão multifatorial em que se destaca a necessidade de conseguir melhor aderência ao tratamento, melhor gerenciamento do sistema de saúde, ao mesmo tempo que comprovou a falta de comunicação entre os vários setores envolvidos. "A formação médica tem que levar em conta a prevenção das doenças cardiovasculares", insiste, e ficou claro que temos de levar a informação ao médico generalista, porque é ele quem primeiro detecta os fatores de risco e os primeiros sintomas da cardiopatia.

Nesse sentido, Abdol diz que ficou muito claro que o fundamental, no Brasil, é chegar com a informação precisa e oportuna ao médico que trabalha no Programa de Saúde da Família. "Este é o caminho para, ao longo do tempo, reduzirmos a mortalidade por doenças cardiovasculares que tanto nos preocupa". ■

Fotos: Divulgação SBC

Brasil Prevent tem auditório lotado em VI edição do evento

Cobertura Online do 70º CBC divulgou como novidades internacionais vão impactar a Cardiologia no Brasil

Programa permite que médicos que não puderam estar presentes ao Congresso fiquem a par do que há de mais importante

A *Cobertura Online* do 70º Congresso Brasileiro de Cardiologia colocou no ar, quase em tempo real, 21 entrevistas realizadas em Curitiba, cujo objetivo é mostrar ao cardiologista brasileiro como as mais recentes descobertas e pesquisas internacionais vão repercutir na prática no consultório do especialista brasileiro. Esta foi a sexta vez que a equipe dirigida por Roberto Giraldez selecionou os temas mais importantes do Congresso Brasileiro para colocar à disposição dos associados, via internet.

O programa entrevistou a diretora de Pesquisa da SBC, Fernanda Colombo, que discorreu sobre o estudo apresentado no Brasil Prevent sobre a mortalidade nas diversas regiões do Brasil, ao longo dos últimos dez anos, outra entrevista com Humberto Graner, centrada no aumento da mortalidade por doença congênita no Norte/Nordeste.

"O aumento registrado por Graner possivelmente é decorrência da melhor notificação, já que não há motivos para o crescimento da incidência", diz Bruno Paolino, que o entrevistou, mas é importantíssimo como subsídio para orientar as políticas públicas de saúde.

O próprio Paolino foi entrevistado sobre o estudo que apresentou, relacionando a redução dos níveis hormônio tireoidiano T3 com o aumento do risco cardiovascular. Foi feita entrevista também com o médico da Seleção Brasileira de Futebol e do Flamengo, Serafim Borges, que falou sobre a avaliação do risco de morte súbita em atleta.

Entrevista que também está sendo muito acessada no *Cobertura Online* é a de Marianna Andrade, do Hospital da Bahia. Ela falou sobre a terapia antitrombótica tripla, recomendada para pacientes portadores de fibrilação atrial que apresentam infarto e, por esses motivos, precisam tomar dois antiagregantes e um anticoagulante. Marianna falou sobre como atender esses casos, que cuidados e providências tomar, para que, ao resolver a doença cardíaca, não se promova um grave sangramento. ■

Foto: Divulgação SBC

Entrevista para o programa Cobertura Online durante o 70º CBC, em Curitiba

Agradecimento

A SBC agradece o apoio da Empresa Eurofarma pelo patrocínio da *Cobertura Online* do 70º Congresso Brasileiro de Cardiologia.

Eurofarma

Secretaria de Estado da Educação de São Paulo decide ampliar programa "SBC vai à Escola"

Proposta é que todas as crianças de 128 escolas estaduais passem a ser incluídas no programa, sejam avaliadas, e que tenham nutrição saudável

Uma delegação da Sociedade Brasileira de Cardiologia, de que participaram Carlos Alberto Machado e José Francisco Saraiva, do Comitê da Criança/SBC vai à Escola, foi recebida na Secretaria de Estado da Educação de São Paulo (SEE-SP). Foi pactuada a decisão de transformar o projeto piloto do "SBC vai à Escola" num programa mais amplo, abrangendo todos os alunos dessas 128 escolas, e na sequência para todas as escolas da SEE-SP.

A decisão da ampliação do programa foi dada pela responsável pela CISE-DDA – o Departamento de Alimentação e Assistência ao Aluno da Coordenadoria de Infraestrutura e Serviços Escolares, a nutricionista Giorgia Tavares Russo.

A etapa piloto foi feita em 128 escolas, com 100 alunos por escola. Os 12.800 estudantes foram avaliados, comprovando-se importante porcentagem de sobrepeso, de 19% a 24%, dependendo da escola, e, após capacitação e treinamento dos professores e educadores pedagógicos, a merenda escolar passou a seguir padrão diferente do tradicional.

O resultado foi tão positivo, relata Carlos Alberto Machado, que o programa agora será ampliado, mas isso exigirá grande empenho da SBC. É que a capacitação será feita por teleconferência, envolvendo professores, merendeiras, diretores de escolas e educadores pedagógicos, os quais, além do treinamento, receberão o manual do educador e o manual do aluno. "É que o objetivo é não apenas melhorar a qualidade de alimentação dos estudantes", explica Carlos Alberto, mas fazer que cada estudante passe a ser um agente de saúde, multiplicando as informações, para os pais e familiares.

Amplificando conhecimento

"Nosso objetivo é que, devidamente informado, o estudante oriente seus familiares a evitarem frituras, insista pela adição de frutas e legumes no cardápio domiciliar e na necessidade de cortar o excesso de gordura, fazer atividade física, abandonar o tabagismo e conter a obesidade, grande epidemia mundial."

A implementação do programa pressupõe mais investimentos e gastos, uma vez que as merendeiras passam a usar menos produtos industrializados, carnes enlatadas,

Foto: Divulgação SBC

Ana Mara e Juliana Bonfim da SBC; Giorgia Tavares da Secretaria de Educação; Saraiva e Carlos Machado; e a nutricionista Viviane e Manoela, ambas da Secretaria de Educação

embutidos, sucos industrializados e biscoitos, principalmente, preferindo alimentos *in natura*, verduras, legumes e frutas frescas, além de farinhas integrais. Para isso há necessidade de compras mais frequentes e de refrigeradores maiores nas escolas, pois os alimentos recomendados são mais perecíveis.

> “Pretende-se com essas ações impactar os indicadores de morbidade e mortalidade cardiovascular no estado de São Paulo e que isso seja modelo para todo o Brasil”

O resultado, porém, é animador, afetando significativamente a qualidade de vida e melhorando a nutrição dos participantes do programa. A avaliação dos resultados do projeto piloto indica que houve redução de 50% do consumo de sódio, gorduras e de açúcar pelas crianças envolvidas.

“Pretende-se com essas ações impactar os indicadores de morbidade e mortalidade cardiovascular no estado de São Paulo e que isso seja modelo para todo o Brasil”, completa Carlos Alberto Machado. ■

Regionais

SBC/GO

Nos dias 28 e 29 de agosto aconteceu a XVII Jornada de Cardiologia do Sudoeste Goiano, no Hotel Thermas Bonsucesso, na cidade de Jataí. O evento, coordenado por Marcelo Melo, em parceria com a SBC regional Goiás, contou com a participação de mais de 200 congressistas, além de nomes importantes da Cardiologia Goiana e Brasileira como convidados. A tradicional Jornada é de extrema importância para a Cardiologia do sudoeste goiano, além de uma excelente oportunidade para a atualização de profissionais e estudantes da região. O local escolhido foi uma atração à parte, com suas águas quentes e visual privilegiado (www.tbshotel.com.br). Os participantes puderam trazer suas famílias, integrando conhecimento e lazer.

SBC/PR

Cerca de 140 médicos e residentes participaram da III Jornada Oeste da SPC, no mês de junho, em Cascavel/PR. Promovido pela Sociedade Paranaense de Cardiologia, o evento contou com coordenação de Alcirley de Almeida Luiz, palestrantes de todas as regiões do estado, e foram abordados temas como cardiometabolismo, prevenção cardiovascular e diabetes. "Levar a programação científica para outras cidades do estado é uma forma de dar oportunidade aos colegas do interior de revisar conteúdos importantes da Cardiologia", afirma o presidente da SPC, Osni Moreira Filho.

SBC/RJ

A Socerj convida para desfrutar do seu 12º Congresso Fluminense entre 22 e 24 de outubro na cidade de Búzios, Rio de Janeiro. O local do evento será o Centro de Convenções do Hotel Atlântico Búzios. "É um grande desafio para os organizadores e esperamos proporcionar satisfação para o participante que poderá compartilhar do conteúdo científico que temos de melhor na Cardiologia do estado. Um evento já consolidado, que cresce em brilho e complexidade a cada versão. O programa científico tem como foco a inovação e o aprimoramento da prática diária, facilitado pelo caráter interativo das atividades. Assim, a troca de experiências deverá permear constantemente as atividades teóricas", conta a presidente do 12º Congresso, Sonia Regina Reis Zimbaro. ■

Regionais

O *Jornal SBC* ouviu mais dois presidentes de sociedades estaduais para conhecer os projetos e ações locais que estão sendo desenvolvidas. Participam desta edição os presidentes das Estaduais da Bahia, Mario de Seixas Rocha, e do Ceará, Ana Lucia de Sá Leitão Ramos.

SBC/BA

Foto: Arquivo Pessoal / Mario de Seixas Rocha

Mario de Seixas Rocha, presidente da SBC/BA

***Jornal SBC*:** A Estadual acaba de realizar o 27° Congresso de Cardiologia do Estado da Bahia? Como foi o evento?

Mario Rocha: Nossa proposta desde a escolha do eixo temático "Novas Tecnologias e Avanços na Cardiologia" e da programação como um todo foi proporcionar ao cardiologista baiano atualização e aprimoramento de novas condutas, procedimentos e terapias em prol dos pacientes cardiopatas. Este ano, os congressistas contaram com uma novidade na programação com uma atividade, à semelhança do programa *Roda-Viva*, da TV Cultura, com tema predefinido, um entrevistado e seis entrevistadores de grande experiência no tema. O Prof. Renato Lopes, da Duke University, foi entrevistado sobre detalhes e aplicações práticas dos grandes *trials* em anticoagulação, e o Prof. Gilson Feitosa foi entrevistado sobre evidências e condutas práticas acerca da doença arterial coronariana crônica. Destaque para o Temas Livres, que este ano alcançou um novo recorde, com 216 trabalhos. A Comissão selecionou os 12 melhores temas para apresentação oral e 108 para apresentação em pôster. O 3º Simpósio Internacional em parceria com a Duke University abordou casos clínicos com metodologias praticadas na Bahia e na Duke, apresentando decisões com base na melhor evidência possível. Mais uma vez, contamos com a qualidade internacionalmente reconhecida de dois dos pesquisadores mais experientes em MegaTrials no mundo: Prof. Renato Lopes e Profa. Kristin Newby.

***Jornal SBC*:** A SBC/BA tem realizado uma série de jornadas no interior para incrementar a educação continuada. A receptividade dos colegas no interior tem sido boa?

Mario Rocha: A SBC/BA tem se dedicado a estimular e promover atividades de educação médica continuada nas principais regiões do estado através das suas regionais. Entende-se que a descentralização das informações e a sua capilarização para o interior é fundamental. Com esse espírito, realizamos a XVI Jornada de Cardiologia do Sudoeste da Bahia, em Vitória da Conquista; a XII Jornada de Cardiologia do Sul da Bahia, em Ilhéus; o I Simpósio Nacional de Hipertensão de Feira de Santana; e a XXII Jornada de Cardiologia de Feira de Santana. Essas atividades representam para muitos médicos e cardiologistas o único meio de aprimoramento e capacitação. A receptividade não poderia ser melhor! Com uma programação científica de elevada qualidade e adaptada para as diversas características locais, essas atividades lograram sucesso de público e de críticas. A SBC/BA pretende ampliar ainda mais essas atividades. Por isso realizou durante o 27º Congresso de Cardiologia do Estado da Bahia a 2ª reunião do interior, com a presença de cardiologistas de diversas regiões, que discutiram formas e modelos de educação médica continuada.

***Jornal SBC*:** A Estadual também teve uma importante atuação juntamente com outras entidades associativas na Defesa Profissional. Quais foram as ações?

Mario Rocha: No campo da Defesa Profissional, a SBC/BA participou ativamente do movimento médico em busca de valorização e remuneração digna. Seguindo sugestão do próprio movimento, conseguimos iniciar uma discussão com uma das maiores operadoras do país. Um dos nossos diretores foi pessoalmente ao Rio de Janeiro e em uma negociação demorada, porém produtiva, conseguiu importantes avanços na remuneração de exames que já vinham defasados, há um longo tempo. Exames como MAPA sofreram um reajuste próximo dos 50%, além de reajustes significativos em exames como ECG e Teste Ergométrico. A Cardiologia teve um papel fundamental nesse movimento como um todo, mostrando força e união em uma paralisação que mobilizou certamente mais de 80% dos seus associados. Abrimos ainda um diálogo com a principal operadora local, responsável pelas vidas dos funcionários estaduais.

SBC/CE

Foto: Arquivo Pessoal / Ana Lucia de Sá Leitão Ramos

Ana Lucia de Sá Leitão Ramos, presidente da SBC/CE

***Jornal SBC*:** A Estadual realizou o XXI Congresso Cearense de Cardiologia agora em agosto. Como foi o evento?

Ana Lucia Ramos: O evento foi uma grande realização e teve como tema a "Cardiologia no contexto multidisciplinar: uma coesão de conhecimentos". Reuniu 400 profissionais que no dia a dia lidam com a Cardiologia, dentre médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas. Contou também com a participação de estudantes de Ligas de Cardiologia. Foi um momento ímpar no qual se procurou debater, aprimorar e atualizar assuntos impactantes na nossa especialidade, além de ter proporcionado momentos alegres de integração e congraçamento.

***Jornal SBC*:** Quais as palestras a serem destacadas ou temas de grande interesse?

Ana Lucia Ramos: Muitos temas impactantes foram debatidos, entretanto tiveram destaque os seguintes temas: Destaques dos principais estudos internacionais; Apneia do sono; Hipertensão arterial central: importância e aspectos clínicos; Aspectos da doença cardiovascular na mulher; Síndrome de Bournout; O idoso cardiopata polimedicado, dentre outras. Também tivemos o SAVIC de Consultório, ministrado por Manoel Fernandes Canesin e Pereira Barreto que foi muito elogiado.

***Jornal SBC*:** O que destacar no balanço desses quase dois anos de gestão?

Ana Lucia Ramos: Foram dois anos muito gratificantes, apesar das dificuldades. Procuramos estimular a Educação Continuada, seja em pequenos seminários, seja por meio de Congresso para o interior do estado ou o Congresso Cearense de Cardiologia. Participamos sempre das reuniões com os Planos de Saúde e Sociedades Médicas, procurando a valorização do profissional cardiologista, neste momento político tão difícil em que se encontra o país. Treinamos profissionais cardiologistas e estamos assinando o contrato com a SBC para criar um Centro de Treinamento de Emergência Cardiovasculares - TECA no estado do Ceará. Estabelecemos uma parceria com a Secretaria de Saúde do estado para a criação de um protocolo em Síndrome Coronariana Aguda, que será usado nas Unidades de Pronto-Atendimento. ■

Curso reconhecido pela ONA - Organização Nacional de Acreditação e pela CBA/JCI - Consórcio Brasileiro de Acreditação - Joint Commission Internacional.

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

INSCRIÇÕES NO SITE:
http://educacao.cardiol.br/teca/

Departamentos

SBC/DA

Perdeu o XV Congresso Brasileiro de Aterosclerose? Veja a programação completa, fotos do evento e demais informações no site: www.aterosclerose2015.com.br O Departamento de Aterosclerose, em parceria com a Sanofi, reuniu especialistas para oferecer as melhores e mais atualizadas informações sobre "Dislipidemia e prevenção cardiovascular". Para assistir aos programas anteriores e participar dos próximos eventos, acesse: www.ateronaweb.com.br

SBC/DERC

Surgiram graves problemas na nossa área e na Cardiologia em Geral: 1. Dias depois de entrevista no *Fantástico* sobre o pouco cuidado das academias em relação à saúde, fomos abordados por donos delas. Investigando o que havia; quase que por acaso, descobrimos que um grupo formado por 90% delas promoveu e supervisionou tecnicamente um Projeto de Lei de n.242, de autoria do senador Romário, presidente da Comissão de Educação do Senado, com relatoria do senador Marcelo Crivella, os dois do Rio de Janeiro. O PL está bem avançado nos seus trâmites (foi iniciado em abril de 2015) e usa o Questionário PAR-Q com mais de 30 anos, totalmente superado tecnicamente. Procurou-nos uma profissional da saúde, gerente de uma das maiores redes de academias, para um contato informal, e nas conversações que se seguiram formamos uma Força Tarefa voluntária entre nós, Claudio Gil e o grupo de Academias. Assessoradas pela SBC (presidente Angelo de Paola, vice Sergio Montenegro, o diretor da SBC e da AMB Emilio Zilli, e o gerente geral da SBC Rodolfo) as discussões foram muito aquecidas e ainda não consensuais; 2. O governo federal baixou decreto no início de agosto que retira dos CNRN, CRM, CFM e AMB a primazia de formular a especialização médica no Brasil. Nosso protesto veemente contra esse absurdo e estamos alertas acompanhando a movimentação dos nossos dirigentes da SBC, AMB e do CFM. Mostrem nossa força comparecendo dia 18 de setembro ao esperado Simpósio Internacional do Derc, durante o congresso da SBC. Agendem a presença no Congresso Nacional do Derc em 29 de outubro, em Recife, onde o temático ficou espetacular!

SBC/SOBRAC

A Sobrac informa sobre quatro ações importantes em 2015: 1. No primeiro semestre, a Sobrac realizou com sucesso três PrECons, em diversas cidades brasileiras. Continuamos agora no segundo semestre; 2. Aguardem: estamos preparando diversas ações para a 9ª edição da campanha Coração na Batida Certa 2015. Será mais um grande evento nacional em prol da Cardiologia brasileira; 3. O XXXII Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas (CBAC2015), em São Paulo, de 4 a 6 de novembro, terá muitas novidades. Inscreva-se!; 4. Entre os destaques do CBAC2015, a Sobrac desenvolveu um aplicativo para celulares e tablets (Android e iOS). Nele será possível acompanhar todas as atividades do evento. Tudo isso assegurando mais conforte, praticidade e sustentabilidade. ■

Highlights

CARDIOLOGIA COMPORTAMENTAL

A utilização de aplicativos de smartphones é ferramenta com grande potencial para modificação do comportamento e subsequente melhora nos níveis de exercícios, aderência medicamentosa, cessação do tabagismo e alimentação saudável. Esses dispositivos também possibilitam a realização de novos estudos clínicos, com a possibilidade de incluir grande número de voluntários em pouco tempo e acelerar o desenvolvimento científico nessa área. Está em andamento estudo conduzido pela Universidade de Stanford em parceria com American Heart Association, que incluiu em apenas duas semanas 30 mil indivíduos através do aplicativo MyHeart Counts. Serão avaliados movimentação utilizando sensores do próprio aparelho, exercícios físicos e fatores de risco cardiovasculares. O aplicativo também permite que os usuários comparem sua *performance* e recebam orientações para melhorar sua saúde.

Fernando Morita Fernandes Silva
Mauricio Wajngarten
SBC/DCC/GECC

CARDIOLOGIA DA MULHER

Não se sabe se há diferenças de gênero no curso clínico, diagnóstico e tratamento do infarto agudo do miocárdio (IAM). Foram comparados, segundo gênero, dados de todos os indivíduos com IAM (48.118; 35,4% mulheres) atendidos prospectivamente em Västra Götaland, Suécia, entre 1/1995 e 10/2014 (SWEDEHEART). Como grupo, mulheres tiveram melhor prognóstico de sobrevida que homens, exceto mulheres mais jovens (idade < 60 anos) e aquelas com IAM com elevação de ST, mais propensas a desenvolver choque cardiogênico pré-hospitalar e menos propensas a receber o melhor tratamento baseado em evidência na alta hospitalar (betabloqueadores, IECA, BRA, estatinas, antiagregantes plaquetários). Diferenças no tratamento foram mantidas ao longo do estudo.

Referência: J Am Heart Assoc. 2015;4:e001995 doi: 10.1161/JAHA.115.001995

Maria Alayde Mendonça
SBC/DCM

CORONARIOPATIAS EMERGENCIAIS E TERAPIA INTENSIVA

O trial RITA 3 trouxe recentemente novos dados do seu *follow up* de dez anos. Compararam-se a estratégia invasiva precoce e uma estratégia seletiva (apenas em isquemia recorrente), em pacientes com síndromes coronarianas sem supra de ST. Os resultados em cinco anos haviam mostrado redução da mortalidade por todas as causas de 24%, porém essa diferença não se sustenta não havendo diferença significativa na mortalidade por todas as causa 25,1% *vs*. 25,4%

e mortes cardiovasculares em 15,1% *vs*. 16,1% respectivamente, ao final de dez anos. A análise multivariada identificou preditores independentes de mortalidade em dez anos: idade, infarto do miocárdio prévio, insuficiência cardíaca, tabagismo, diabetes, frequência cardíaca e depressão do segmento ST.

Referência: Robert A. Henderson, DM*; Christopher Jarvis, MSc; Tim Clayton, MSc; Stuart J. Pocock, PhD; Keith A.A. Fox, MB, ChB. *J Am Coll Cardiol*. 2015;66(5):511-520. doi:10.1016/j.jacc.2015.05.051

Luiz Bezerra Neto
SBC/DCC/GECETI

ELETROCARDIOGRAFIA

Quero chamar a atenção sobre o trabalho recentemente publicado pelo professor Bayés de Luna sobre o papel da onda R na derivação V1, no curso de um infarto de parede inferior. O estudo demonstra, de maneira definitiva, que essa alteração está associada a infarto na parede lateral, conforme comprovam as imagens na ressonância magnética cardíaca. Analisando 30 pacientes com onda R proeminentes nas precordiais direitas, nenhum tinha infarto inferobasal, antigamente denominado posterior, mas sim infarto lateral. Dessa maneira, não mais devemos referir essa apresentação, como infarto dorsal ou posterior. Estudos antigos de necropsia já apontavam para a parede lateral tal achado. Essa é mais uma contribuição do nosso grande mestre à Cardiologia mundial, mudando um dogma de muitos anos.

Referência: European Heart Journal 2015; 36: 959–964

Joel Pinho
SBC/DCC/GEECG

Infartos aumentam durante o inverno

Reportagem exibida no *Jornal Nacional* da TV Globo informou que os infartos aumentam em 30% durante o inverno. A matéria alertou para a importância dos cuidados, principalmente durante a atividade física. O presidente do Derc, Nabil Ghorayeb, entrevistado, lembrou que é essencial manter o corpo aquecido e que as bebidas quentes, como o café com leite, podem auxiliar. ■

TV Record acompanha curso do TECA L no Rio

O programa *Balanço Geral* contou a história do administrador de empresas Cristiano Goldenberg, que teve uma parada cardíaca durante uma corrida de rua. Cristiano só sobreviveu por ter sido salvo pelo cardiologista Bruno Bussade, também corredor, que iniciou rapidamente as manobras de ressuscitação. Quando soube que a SBC estava organizando o curso TECA L, na sede da SBC, no Rio, o administrador de empresas decidiu participar e a TV Record fez a cobertura do treinamento. ■

Ação de alerta ao colesterol na Band

Uma reportagem exibida no *Café com Jornal* da TV Band e também reproduzida na TV Band News lembrou da importância do Dia Nacional de Controle do Colesterol. A gravação da matéria, realizada na sede da SBC em São Paulo, abordou a prevenção do colesterol elevado e o atendimento emergencial para quem sofre uma parada cardíaca. O diretor científico do Departamento de Aterosclerose da SBC, André Faludi, foi um dos entrevistados, assim como Rodrigo Gonçalves, que lembrou a importância do TECA L. ■

Foto: Divulgação

(Da Esq.) André Faludi, a repórter da Band, Paula Valdez, e Rodrigo Gonçalves

Fantástico da TV Globo constata que brasileiro faz atividade física sem acompanhamento

Um levantamento informal realizado pelo programa *Fantástico* da TV Globo revelou que o brasileiro não procura atendimento especializado antes de iniciar uma atividade física. O presidente do Derc, Nabil Ghorayeb, acompanhou a reportagem em academias e constatou que vários frequentadores faziam exercícios sem nenhuma orientação inicial. Nabil Ghorayeb esclareceu quais eram os exames necessários para começar uma atividade física com segurança. ■

SUSTRATE
propatilnitrato

TRATAMENTO Redução do número e intensidade das crises em pacientes com INSUFICIÊNCIA CORONÁRIA CRÔNICA[1,2] / **Uso ORAL**

CRISE Alívio rápido da dor[1,2] / **Uso SUBLINGUAL**

MENOR OCORRÊNCIA DE CEFALEIA
Quando comparado ao dinitrato de isossorbida[3]

POSOLOGIA 1 comprimido sublingual de 10 mg 3 a 4 vezes ao dia não excedendo 40 mg dentro de 24 horas[2]

APRESENTAÇÃO
50
COMPRIMIDOS

ÚNICA APRESENTAÇÃO

ÚNICO PROPATILNITRATO DO MERCADO[1]

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

Sustrate® (propatilnitrato). **Apresentação:** comprimido - embalagem com 50 comprimidos. Indicações: no tratamento de episódios agudos na angina pectoris e para prevenção de crise aguda de angina produzida por exercícios em pacientes com insuficiência coronariana crônica. **Contraindicações:** em pacientes com as seguintes condições: glaucoma, anemia grave, trauma craniano, aumento na pressão intracraniana, hemorragia cerebral, quadro agudo de infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca congestiva. Em pacientes que estão utilizando citrato de sildenafila ou outros inibidores da 5-fosfodiesterase, uma vez que estes fármacos têm demonstrado potencializar os efeitos hipotensivos de propatilnitrato. Os pacientes que utilizarem nitratos devem ser avisados das consequências potencialmente sérias de utilizarem sildenafila nas 24 horas subsequentes à utilização de preparação de nitrato. A utilização de propatilnitrato em até 24 horas antes ou após o uso de sildenafila ou outros inibidores da 5-fosfodiesterase tem sido associada à hipotensão profunda, infarto do miocárdio e, até mesmo, óbito. Em pacientes com hipersensibilidade à qualquer um dos componentes da fórmula. Advertências e precauções: Sustrate® deve ser prescrito com cautela nos pacientes com: depleção de volume sanguíneo, hipotensão, hipotensão ortostática, deficiência renal ou hepática grave, hipotireoidismo, desnutrição ou hipotermia. Tolerância ao propatilnitrato: assim como a tolerância às outras formas de nitratos, o efeito de propatilnitrato sublingual na tolerância ao exercício, ainda que observado, é desprezível. Atenção: este medicamento contém açúcar (lactose), portanto, deve ser usado com cautela por portadores de diabetes. **Interações medicamentosas:** em pacientes recebendo fármacos anti-hipertensivos, bloqueadores beta-adrenérgicos ou fenotiazinas, associados ao propatilnitrato devem ser observados em virtude de possível efeito hipotensivo aditivo. Hipotensão ortostática tem sido relatada quando bloqueadores de canal de cálcio e nitratos orgânicos, como propatilnitrato, são utilizados concomitantemente. O uso concomitante de propatilnitrato e álcool pode causar hipotensão. Os efeitos vasodilatadores e hemodinâmicos do propatilnitrato podem ser aumentados pela administração concomitante da aspirina. Antidepressivos tricíclicos (p. ex. amitriptilina, desipramina e doxepina) e fármacos anticolinérgicos causam boca seca e redução das secreções salivares, podendo dificultar a dissolução do propatilnitrato sublingual. Deve-se evitar a prescrição concomitante de propatilnitrato sublingual com ergotamina e fármacos relacionados, ou deve-se monitorar os sintomas de ergotismo nos pacientes, se não for possível evitar essa associação. A administração de propatilnitrato é contraindicada em pacientes que estão utilizando citrato de sildenafila ou outros inibidores da 5-fosfodiesterase. Estes fármacos têm demonstrado potencialização dos efeitos hipotensivos de nitratos orgânicos. Os nitratos, inclusive o propatilnitrato, podem interferir com a reação de coloração Zlatkis--Zak causando um relatório falso de colesterol sérico diminuído. **Reações adversas:** reações incomuns: cefaleia, vertigem, tontura, fraqueza, palpitação, taquicardia, vermelhidão da pele e inquietação. Reação muito rara: náusea, rubor, vômito, sudorese, palidez, pele fria, colapso, síncope, cianose, respiração prejudicada, bradicardia, metemoglobinemia, erupção medicamentosa e dermatite esfoliativa. No período do tratamento com propatilnitrato, os seguintes sintomas podem ocorrer durante o exercício físico: cefaleia, palpitação e hipotensão. Altas doses podem causar vômitos, inquietação, hipotensão, síncope, cianose e metemoglobinemia. Pode seguir-se pele fria, respiração prejudicada e bradicardia. Posologia: deve ser administrado como um comprimido sublingual na dose de 10 mg, três ou quatro vezes ao dia não excedendo 40 mg em 24 horas. M.S: 1.0390.0182. Farmoquímica S/A. CNPJ 33.349.473/0001-58. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MEDICA. SAC 08000 25 01 10. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site www.fqm.com.br. Material destinado exclusivamente aos profissionais de saúde habilitados a prescrever e dispensar medicamentos. **Referências: 1.** MANFROI WC *et al.* Efeitos hemodinâmicos e cioneangiográficos agudos do propatilnitrato na cardiopatia isquêmica sintomática. Arq Bras Cariol v.48, n.3, p. 147-51, 1987. **2.** Bula do Produto. **3.** SANTANA RF *et al.* Avaliação de nitratos de ação rápida através de dados clínicos e teste de esforço. Folha Médica v. 97, n. 5-6, p. 341-45, 1988.

SAC 08000 25 01 10 www.fqm.com.br

AGOSTO/2015
Material destinado exclusivamente à classe médica.
SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

FQM Farmoquímica

Prova de título: só a sociedade de especialidade pode dizer quem tem condições para ser cardiologista

Foram 1.008 os médicos aptos a fazer o exame no Expo Unimed, em Curitiba

Sem nenhuma falha, atraso ou reclamações, foi realizada no dia 17, no auditório da Expo Unimed, de Curitiba, mais uma prova para concessão do Título de Especialista em Cardiologia (TEC). Os exames, rigorosos, reuniram médicos de todas as regiões do país e, segundo o coordenador da CJTEC, Marcos Gomes Magalhães, comprovaram mais uma vez a tese defendida pela SBC de que apenas a Sociedade de cada especialidade tem condições de examinar e decidir se um médico está devidamente capacitado, se tem o conhecimento e a experiência suficientes para usar o título de Cardiologista.

Marcos Magalhães diz que, "quando a SBC aprova um candidato, que comprovou ter feito os cursos necessários e que domina a Cardiologia, está garantindo à sociedade brasileira que aquele profissional tem todas as condições para atender seus futuros pacientes com a mesma competência e dedicação dos cardiologistas dos países mais desenvolvidos".

Reciclagem constante

Ainda mais, acrescenta ele, a SBC continua acompanhando esse profissional, oferecendo a educação continuada, extremamente importante na especialidade que evolui constantemente. "Novas pesquisas, resultados dos testes de medicamentos, procedimentos inovadores e novos meios de diagnóstico, entre outros conhecimentos, são oferecidos ao cardiologista, que precisa acompanhar o avanço da especialidade."

A prova de título realizada em Curitiba teve 120 questões sobre as várias áreas da Cardiologia e cada candidato ganhou pontos também pelo currículo. Após a prova escrita, 312 candidatos tiveram pontuação suficiente para garantir a aprovação, enquanto outros 138 tiveram que se submeter a outra prova, prática, realizada no mesmo local do exame.

O endereço eletrônico http://educacao.cardiol.br/tecsbc/ lista todos os aprovados. Eles souberam da pontuação recebida ainda durante o congresso, pois como a prova é informatizada, a SBC divulgou já no domingo, dia 20, a relação completa dos aprovados. ■

Foto: Divulgação SBC

Prova de título em Curitiba reuniu médicos de todas as regiões do país que buscam especialização em Cardiologia

Palestras SBC On Demand

Nova opção de educação continuada a distância

A SBC disponibiliza os conteúdos das principais palestras do Congresso Brasileiro de Cardiologia em formato de vídeo sob demanda.
Tenha acesso aos conteúdos de seu interesse e monte a sua própria programação científica. Agora você pode assistir às palestras no conforto da sua casa ou consultório.

As palestras adquiridas são disponibilizadas no ambiente virtual da Universidade Corporativa da SBC.

Confira as vantagens:

Facilidade e conforto para você
Assista às Palestras SBC On Demand de onde estiver em seu tablet ou celular!

Imperdível
Adquira suas palestras por apenas
R$ 10,00 (associado SBC)
R$ 20,00 (não associado).

Acesso ilimitado
O conteúdo que você quer a qualquer hora, em qualquer lugar.

Disponibilidade
Conteúdo disponível logo após o evento.

Do seu jeito
Tenha uma programação científica personalizada. Você pode adquirir quantas palestras quiser de acordo com a sua preferência.

Pacote de palestras
Adquira também o pacote de palestras completo com desconto.

Para mais informações, acesse:
www.cardiol.br/universidade/ondemand

Cinco obras científicas foram lançadas durante o Congresso Brasileiro de Cardiologia

Cinco outras obras científicas foram lançadas em Curitiba, durante o Congresso Brasileiro de Cardiologia. Já na sexta-feira, primeiro dia do evento, a nova edição do *Livro-Texto da SBC* foi lançada pela editora Manole. O trabalho, que tem sido de fundamental importância para a preparação dos candidatos a título de especialista, é assinado pelo presidente da SBC, Angelo de Paola, pela diretora científica da SBC, Maria da Consolação V. Moreira, e pelo vice-presidente da SBC, Sérgio Montenegro (foto).

Já no sábado, a obra assinada pelo ex-presidente Jadelson Andrade, pelo presidente da European Society of Cardiology Fausto Pinto, e pela ex-presidente da American Heart Association Donna Arnett foi lançada na versão em inglês, *Prevention of Cardiovascular Diseases From Current Evidence to Clinical Practice*. No mesmo dia, Ari Timerman lançou, pela editora Atheneu, a segunda edição de *Condutas terapêuticas do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia*.

No dia 20, domingo, mais dois lançamentos, *Cardiologia de emergência em fluxogramas*, da editora Manole, obra de Alexandre de Matos Soeiro, e a segunda edição de *Cardiologia de consultório*, de Fernando Nobre, também pela Manole. ■

Foto: Divulgação SBC

Autores do Livro-texto da SBC - 2ª edição

4ª edição do livro *Provas para Obtenção do Título de Especialista em Cardiologia* é lançada

Lançamento ocorreu durante o 70° Congresso Brasileiro de Cardiologia, em Curitiba

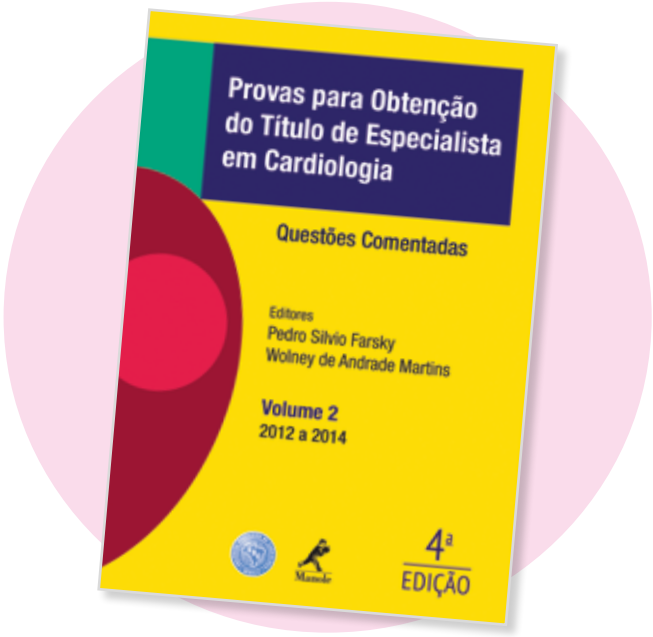
Provas para Obtenção do Título de Especialista em Cardiologia – Questões Comentadas: 2012 a 2014 foi um dos mais importantes lançamentos da editora Manole voltados para estudantes e candidatos ao TEC, com o objetivo de auxiliá-los na familiarização com as questões e revisitar os temas contemplados no programa de formação do cardiologista no Brasil.

Nessa 4ª edição, a apresentação dos conteúdos foi inovada, colocando os comentários imediatamente após as questões, a fim de

facilitar o entendimento. Foram mantidas as questões anuladas ou com mais de uma resposta considerada após o julgamento dos recursos.

A obra reúne as provas dos últimos três anos (2012 a 2014) com as suas respectivas questões e respostas, assim como os comentários elaborados para cada uma delas por membros da própria Comissão Julgadora do Título de Especialista em Cardiologia (CJTEC).

A publicação tem como editores os integrantes da Comissão Julgadora do Título de Especialista em Cardiologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Pedro Silvio Farsky e Wolney de Andrade Martins.



Tratado de Prevenção Cardiovascular editado no Brasil tem versão em inglês e foi lançado em Londres

Obra editada inicialmente no Brasil foi vertida para o inglês e lançada no Congresso Europeu de Cardiologia, em Londres

Foi em 30 de agosto, em Londres, o lançamento da versão em inglês da obra *Prevention of Cardiovascular Disease*, que tem como editores o ex-presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Jadelson Andrade, do presidente da European Society of Cardiology, Fausto Pinto, e da ex-presidente da American Heart Association, Donna Arnett.

O livro conta com 28 capítulos escritos pelos mais destacados especialistas europeus, americanos e brasileiros na área de prevenção cardiovascular. A edição em português obteve grande aceitação da Cardiologia brasileira e surgiu a partir do trabalho de prevenção desenvolvido no Brasil pela SBC. Na edição do "ESC In Rio", ocorrida no Rio de Janeiro em abril deste ano, Jadelson Andrade recebeu o convite do presidente da ESC, Fausto Pinto, para editar a versão em inglês e lançá-la no Congresso Europeu de Cardiologia.

A editora Springer Science anunciou que, além da versão impressa, a obra estará disponível em versão digital com seu lançamento mundial previsto para 14 de setembro de 2015.

Conteúdo

O livro revela a importância da medicina preventiva quanto a doenças cardiovasculares e vem preencher uma lacuna representada pela falta da discussão desse importante tópico na literatura especializada. Os autores examinam os mais importantes fatores de risco em relação às várias doenças cardiovasculares, discutindo em detalhe desde o ponto de vista clínico e apresentando importante informação para uma perspectiva da medicina preventiva.

O texto da editora chama também a atenção para a abrangência dos textos, que analisam condições especiais, como os efeitos dos fatores de risco sobre mulheres, crianças, adolescentes e sobre as populações com poucos recursos econômicos.

A obra se completa com uma importante análise do impacto de doenças prevalentes nos países em desenvolvimento, como doença de Chagas, cardiopatia reumática e estresse pós-traumático, como o registrado após terremotos e grandes inundações que, segundo estudos recentes, são fator desencadeador de problemas cardíacos, em especial o infarto. ■

Foto: Divulgação

Lançamento da versão em inglês da obra Prevention of Cardiovascular Disease, durante o Congresso da ESC, em Londres

É necessário a normatização na abertura de ligas acadêmicas?

*Guilherme Benfatti Olivato**

A criação de ligas acadêmicas por estudantes de Medicina tem ocorrido em todo o Brasil. Aceitas como atividades extracurriculares de extensão universitária, as ligas trazem tanto benefícios como riscos à formação médica.

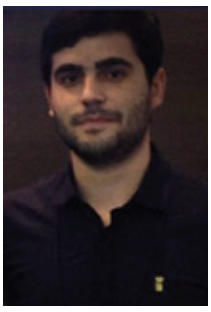
As ligas acadêmicas merecem atenção nas discussões sobre educação médica. É fundamental dirigir a atenção ao modelo de funcionamento das ligas e avaliar objetivamente seu impacto na educação médica. Acredita-se que o crescimento do número de ligas deve ser analisado criticamente.

Algumas ligas se tornam espaços de "especialização prévia" num currículo dirigido a uma formação ampla e generalista, oferecem riscos ao inserirem o estudante em práticas clínicas sem a devida orientação e supervisão docente, e algumas têm deturpado seus objetivos, não oferecendo nenhum serviço em prol da comunidade. Assim, não há dúvidas sobre a necessidade de implementar medidas de racionalização de abertura de novas ligas.

A ideia de normatização tem fortalecido a reflexão sobre as finalidades de uma liga acadêmica, uma vez que exigem do grupo envolvido na fundação da liga a determinação clara de objetivos e a adequação ao cumprimento dos princípios prescritos nas Diretrizes Curriculares Nacionais, ao projeto político pedagógico da escola médica e aos preceitos do SUS. Além disso, tais normas tornam mais criteriosa a criação de ligas, impedindo que uma proliferação desenfreada de ligas enfraqueça as já existentes e mesmo aquelas em formação.

Espera-se que as propostas de novas ligas tenham relevância acadêmica e social, articulem bem as propostas de ensino, pesquisa e extensão, tenham modelo de gestão adequado para autossustentabilidade e democratização de processos, bem como respeito a princípios éticos e humanísticos nas atividades planejadas.

Os critérios do processo de normatização visam maior imparcialidade e objetividade na avaliação. Desse modo, a abertura de ligas seria racionalizada, visando o aperfeiçoamento de suas atividades. ■



** Guilherme Benfatti Olivato é acadêmico do sexto ano da Faculdade de Medicina de Itajubá-FMIt*

English Corner

Ricky Silveira Mello

Professor de inglês especializado em Cardiologia

rickysilveiramello@gmail.com

Nesta edição temos a honra de contar com Dr. Sérgio Montenegro nos falando um pouco sobre as inovações no Brasil Prevent:

1- WHY WAS BRAZIL PREVENT DIFFERENT THIS YEAR?

Since last year we have been able to involve all SBC departments in BRAZIL PREVENT. But, especially this year, BRAZIL PREVENT was different because we had the participation of THE WORLD HEART FEDERATION with its project about cardiovascular diseases, the so-called 25x25 PROGRAM. This Program aims to achieve a worldwide decrease of 25% in mortality until 2025. SBC is now included in this program and we will do our best in order to reach this target.

2- WHAT KIND OF SUBSIDIES DID IT BRING TO THE BRAZILIAN SOCIETY OF CARDIOLOGY?

This year we learned even more from our International Partners and integrated all SBC departments that deal with cardiovascular disease prevention into this program in order to address the risk factors of these diseases.

3- DO YOU BELIEVE ALL THAT WAS ADDRESSED IN THIS YEAR' S BRAZIL PREVENT WILL IN FACT BE ACTUALLY USED IN THE FUTURE BY SBC IN BRAZIL?

Yes, since last year we have been focusing on the idea of making global prevention campaigns, which will involve all heart disease risk factors and not just one or another risk factor individually.

Foto: Divulgação SBC

Sérgio Montenegro, diretor científico do VI Brasil Prevent

This is a multifactorial disease and must be faced this way to attain its prevention.

4- WILL SBC ESTABLISH A PARTNERSHIP WITH THE BRAZILIAN GOVERNMENT AFTER THE OUTCOMES OF BRAZIL PREVENT 2015?

The technical integration with the government is fundamental, for we have the expertise and a broad net of state and regional offices, whereas the government has the financial, material and personnel resources in order to increment prevention campaigns. This partnership has already been experienced in the Tobacco Prevention Campaign. Immediately after this year's Brazil Prevent, we started making connections and getting in touch with the representatives of the Brazilian Ministry of Health, which showed a lot of interest in working together with the Brazilian Society of Cardiology.

For comments or suggestions, please, e-mail me: rickysilveiramello@gmail.com ■

Zyloric
alopurinol

Disponível nas principais farmácias do Brasil
e com estoques reforçados.

O alopurinol de referência no mercado[1]

INDICAÇÃO:[2]
Prevenção de crises de gota e outras condições associadas ao excesso de ácido úrico.

APRESENTAÇÃO:[2]
Caixas com 30 comprimidos de 100mg e 300mg.

POSOLOGIA:[2]
Recomenda-se iniciar o tratamento com uma dose baixa de 100mg/dia.

CONTRAINDICAÇÃO: Não deve ser administrado a indivíduos com conhecida hipersensibilidade ao alopurinol ou a qualquer componente da formula. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** Evitar o uso concomitante de alopurinol com didanosina. Para mais informações favor verificar a bula completa do produto.

ZYLORIC® (alopurinol) **Formas farmacêuticas e apresentações:** caixas com 30 comprimidos de 100 ou de 300 mg. **Indicações:** redução da formação de urato/ácido único nas principais manifestações de depósito dessas duas substâncias – o que ocorre em indivíduos com artrite gotosa, tofos cutâneos e nefrolitíase ou naqueles que apresentam um risco clínico potencial (por exemplo, que estão em tratamento de tumores que podem desencadear nefropatia aguda por ácido úrico). **Contraindicações:** não deve ser administrado a indivíduos com conhecida hipersensibilidade ao alopurinol ou a qualquer outro componente da fórmula. **"Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista". Advertências e precauções: deve ser descontinuado imediatamente quando ocorrer rash cutâneo ou outra evidência de hipersensibilidade à droga.** As doses devem ser reduzidas em caso de insuficiência hepática ou renal. Ataques agudos de gota o tratamento com alopurinol não deve ser iniciado até que um ataque agudo de gota tenha terminado completamente, pois pode desencadear novos ataques. No início do tratamento com **ZYLORIC®**, assim como com outros agentes uricosúricos, pode desencadear-se um ataque agudo de artrite gotosa. Caso ocorra um ataque agudo de gota em pacientes que usam alopurinol, o tratamento deve ser mantido com a mesma dose e o ataque agudo deve ser tratado com um agente anti-inflamatório adequado. Depósito de xantina em condições em que a velocidade de formação de urato é muito aumentada (por exemplo, em doenças malignas e seu tratamento e na síndrome de lesch-nyhan), a concentração absoluta de xantina na urina pode, em raros casos, aumentar o suficiente para permitir o depósito no trato urinário. Cálculos renais de ácido único impactados o tratamento adequado com **ZYLORIC®** levará à dissolução de grandes cálculos renais de ácido único, com a remota possibilidade de impactação no ureter. O paciente que faz tratamento com **ZYLORIC®** deve ter cuidado ao dirigir veículos, operar máquinas ou participar de qualquer outra atividade perigosa, até que esteja certo de que **ZYLORIC®** não afeta seu desempenho. **Gravidez:** não há evidência suficiente da segurança de **ZYLORIC®** na gravidez humana. O uso na gravidez deve ser considerado apenas quando não houver alternativa mais segura e quando a doença em si representar riscos para a mãe ou para o feto. **Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.** Risco categoria c. Lactação: relatos indicam que **ZYLORIC®** é excretado no leite materno, porém não são conhecidos os efeitos dessa excreção para o bebê. "este medicamento é contraindicado para o uso por mulheres em período de amamentação". "este medicamento não deve ser usado sem orientação médica por mulheres grávidas ou que estejam amamentando." "informe imediatamente seu médico em caso de suspeita de gravidez." "este medicamento é contraindicado para menores de 10 anos". **Crianças:** O uso em crianças é raramente indicado, exceto em condições malignas (especialmente leucemia) e em certas disfunções enzimáticas, como a síndrome de lesch-nyhan. **Idosos:** em pacientes idosos, na ausência de dados específicos, deve-se usar a menor dose que produza redução satisfatória de urato. Deve-se dispensar especial atenção aos casos de disfunção renal. "este medicamento contém lactose". **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Quando a 6-mercaptopurina ou a azatioprina são administradas concomitantemente com **ZYLORIC®**, deve ser utilizado apenas 1/4 da dose usual desses citostáticos, porque a inibição da xantina-oxidase prolongará a atividade dos mesmos. Evidências sugerem que a meia-vida plasmática da vidarabina é aumentada na presença do alopurinol. Por isso, as drogas com atividade uricosúrica, como a probenecida e o salicilato (este em altas doses), podem acelerar a excreção do oxipurinol. Dessa forma pode-se diminuir a atividade terapêutica de **ZYLORIC®**, mas o significado disso deve ser avaliado em cada caso. Quando **ZYLORIC®** for administrado em associação com a clorpropamida e a função renal for reduzida, pode haver um aumento do risco de prolongamento da atividade hipoglicêmica, pois o alopurinol e a clorpropamida podem competir pela excreção no túbulo renal. Todos os pacientes que tomem anticoagulantes devem ser cuidadosamente controlados. O alopurinol pode inibir a oxidação hepática da teofilina, mas a importância clínica dessa possibilidade ainda não foi demonstrada. Os níveis de teofilina devem ser controlados no início da terapia com alopurinol e quando suas doses são aumentadas. Recomenda-se que seja utilizada, sempre que possível, uma alternativa à ampicilina ou à amoxicilina em pacientes em tratamento com alopurinol. Foi relatado aumento da supressão da medula óssea por ciclofosfamida e outros agentes citotóxicos entre pacientes com doença neoplásica (outras que não a leucemia) que tomaram o alopurinol. Contudo, em um estudo bem controlado de pacientes tratados com ciclofosfamida, doxorrubicina, bleomicina, procarbazina e/ou mecloretamina (cloridrato de mustina), o alopurinol não pareceu aumentar a reação tóxica desses agentes citotóxicos. Ciclosporina relatos sugerem que a concentração plasmática da ciclosporina pode ser aumentada durante o tratamento concomitante com alopurinol. A possibilidade de aumento da toxicidade da ciclosporina deve ser considerada se as drogas forem administradas simultaneamente. Reduções das doses de didanosina podem ser requeridas quando essa droga é administrada concomitantemente com alopurinol. O uso concomitante de álcool pode diminuir a efetividade do alopurinol. Com o uso de suplemento de ferro pode haver aumento da captação de ferro pelo fígado. Altas doses de vitamina c (ácido ascórbico) podem acidificar a urina e aumentar o risco de formação de cálculos renais. Interações medicamento-exame laboratorial e não laboratorial desconhece-se que o alopurinol altere a exatidão de exames laboratoriais ou não laboratoriais. **REAÇÕES ADVERSAS:** algumas pessoas podem apresentar reações adversas ao fazer uso de **ZYLORIC®**. Se você sentir algum dos sintomas abaixo enquanto usar este medicamento, pare de ingeri-lo e informe seu médico o mais rápido possível: a divisão das reações adversas em categorias, por frequência, foi feita por estimativa, uma vez que não estão disponíveis dados adequados para calcular a incidência da maior parte delas. São raras as reações adversas a **ZYLORIC®** na população global tratada com este medicamento, além de terem, na maioria dos casos, pouca importância. A incidência é mais alta na presença de disfunção renal e/ou hepática. Reações comuns: rash (o risco aumenta pela utilização de ampicilina ou amoxicilina), náuseas, vômitos, insuficiência ou disfunção renal. As reações de pele são as mais comuns e podem ocorrer a qualquer tempo durante o tratamento. Podem ser pruriginosas, maculopapulares, às vezes escamosas, às vezes purpúricas e raramente esfoliativas. **ZYLORIC®** deve ser descontinuado imediatamente caso ocorram essas reações. Após a recuperação da reação leve, **ZYLORIC®** pode ser novamente administrado, em doses mais baixas (por exemplo, de 50 mg/dia), aumentadas gradualmente. Caso o rash cutâneo ocorra novamente, **ZYLORIC®** deve ser permanentemente suspenso, pois podem acontecer reações de hipersensibilidade mais graves. reações incomuns - reações de hipersensibilidade e aumento assintomático nos testes de função hepática. Reações raras: hepatite (incluindo necrose hepática e hepatite granulomatosa). Reações muito raras: furunculose, agranulocitose, anemia aplástica, trombocitopenia. Foram recebidos relatos muito raros de trombocitopenia, agranulocitose e anemia aplástica, especialmente em indivíduos com função renal e/ou hepática comprometida, o que reforça a necessidade de cuidados especiais nestes grupos de pacientes. Reações graves de hipersensibilidade, podem se relacionar ao uso da droga como reações de pele esfoliativas, febre, linfadenopatia, artralgia e/ou eosinofilia, incluindo também síndrome de stevens-johnson e a necrólise epidérmica tóxica, que ocorrem raramente. A vasculite e a resposta tissular podem estar associadas ao uso da droga, e podem se manifestar de diversas maneiras tais como hepatite, disfunção renal e, muito raramente, convulsão. Muito raramente foram reportados choques anafiláticos agudos. Essas reações podem ocorrer a qualquer tempo durante o tratamento, caso em que **ZYLORIC®** deve ser suspenso imediata e permanentemente. "em caso de eventos adversos, notifique ao sistema de notificações em vigilância sanitária- notivisa, disponível em http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/index.htm, ou para a vigilância sanitária estadual ou municipal". **Posologia:** pode ser tomado uma vez ao dia, por via oral, após a refeição. É bem tolerado, especialmente quando usado depois da ingestão de alimentos. Adultos e crianças maiores de 10 anos: recomenda-se iniciar o tratamento com uma dose baixa (100 mg/dia) a fim de reduzir os riscos de reações adversas. A dose deve ser aumentada somente se a resposta referente à redução de urato for insatisfatória. Deve-se ter precaução extra se a função renal estiver comprometida. O seguinte esquema de dosagem deve ser considerado: de 100 a 200 mg diários em condições leves; de 300 a 600 mg diários em condições moderadamente graves; de 700 a 900 mg diários em condições graves. Se for requerida uma dosagem em função de mg/kg de peso corporal, a dosagem de 2 a 10 mg/kg de peso corporal por dia deve ser usada. Crianças menores de 10 anos: de 10 a 20 mg/kg de peso corporal por dia, até o máximo de 400 mg diários. O uso em crianças é raramente indicado, exceto em condições malignas (especialmente leucemia) e em certas disfunções enzimáticas, como a síndrome de lesch-nyhan. Idosos: na ausência de dados específicos, deve-se usar a menor dose que produza redução satisfatória de urato. Deve-se dispensar especial atenção aos casos de disfunção renal e às situações descritas no item advertências. Na presença de insuficiência renal grave pode ser aconselhável utilizar doses menores que 100 mg/dia ou doses únicas de 100 mg em intervalos maiores que um dia. Se houver disponibilidade de controle das concentrações plasmáticas do oxipurinol, a dose deve ser ajustada para que os níveis plasmáticos dessa substância (principal metabólito do alopurinol) sejam mantidos abaixo de 100 µmol/l (15,2 mg/l). Se for necessária diálise duas a três vezes por semana, deve-se considerar um esquema posológico alternativo de 300 a 400 mg de **ZYLORIC®** imediatamente após cada sessão, sem doses intermediárias. Devem ser utilizadas doses reduzidas em pacientes com insuficiência hepática. Nos estágios iniciais do tratamento, recomenda-se que sejam realizados testes periódicos da função hepática. **Registro no MS: 1.3764.0122. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Informações adicionais para prescrição, vide bula completa do produto ou mediante solicitação ao SAC: 0800-026-2395 ou sac@aspenpharma.com.br. **Referências:** 1- Lista de medicamentos referência da ANVISA disponível em http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/96e50000436f3838ba7bfac9763a17cb/LISTA++A+DE+MED+REFER%C3%BANCIA+17-03-2014.pdf?MOD=AJPERES. 2- Bula do produto. **V.02. BR_ALL_0016_A_06.2015 - JUN/15**

Destinado exclusivamente a profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.

SAC 0800 026 23 95

Avenida Acesso Rodoviário, Q 09, M 01, TIMS – Serra/ES
Cep.: 29161-376. CNPJ.: 02.433.631/0001-20 – Indústria Brasileira.

www.aspenpharma.com.br

Para relatar casos de eventos adversos, entrar em contato através do e-mail farmacovigilancia@aspenpharma.com.br e informações médicas através do e-mail sac@aspenpharma.com.br ou através do telefone 0800 026 23 95.

aspen PHARMA

Calendário

SETEMBRO	3 a 5 XXXV Congresso Norte-Nordeste de Cardiologia Teresina (PI) http://sociedades.cardiol.br/nn/congresso2015/	3 a 5 VII Congresso Piauiense de Cardiologia Teresina (PI) http://sociedades.cardiol.br/pi/	18 a 21 70º Congresso Brasileiro de Cardiologia Curitiba (PR) http://congresso.cardiol.br/70/		
OUTUBRO	15 a 17 XII Congresso Sergipano de Cardiologia Aracaju (SE) http://sociedades.cardiol.br/sbc-se/	23 a 24 XIV Congresso Catarinense de Cardiologia Florianópolis (SC) http://sociedades.cardiol.br/sc/	29 a 31 XII Congresso de Hipertensão Arterial Goiânia (GO) http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/	29 a 31 XXII Congresso Nacional do Derc Recife (PE) http://departamentos.cardiol.br/sbc-derc/	
NIOVEMBRO	4 a 6 XXXII Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas São Paulo (SP) http://departamentos.cardiol.br/sobrac/	6 a 7 XII Congresso Brasileiro de Cardiogeriatria Curitiba (PR) http://departamentos.cardiol.br/decage2014/	6 a 7 XXV Congresso Paraense de Cardiologia Belém (PA) http://sociedades.cardiol.br/pa/	13 a 14 IX Congresso Amazonense de Cardiologia Local a confirmar http://sociedades.cardiol.br/am/	26 a 28 XXV Congresso Goiano de Cardiologia Goiânia (GO) http://sociedades.cardiol.br/go/

Veja mais

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

NEBLOCK®

cloridrato de nebivolol

O betabloqueador seletivo que proporciona vários benefícios aos pacientes.[1,2]

O NEBIVOLOL MAIS ACESSÍVEL DO MERCADO[6]

- Pode ser considerada a 1ª opção no tratamento da Hipertensão Arterial.[3]
- Eficácia e segurança no tratamento da Insuficiência Cardíaca.[2,4,5]

ADEQUADO PARA **FRACIONAMENTO DE DOSE**[7]

Apresentação: 5 mg - Caixa com 30 E 60 COMPRIMIDOS sulcados em cruz

Contraindicação: hipersensibilidade aos componentes da fórmula. **Interação medicamentosa:** antiarrítmicos de Classe I.

NEBLOCK® (cloridrato de nebivolol). **Reg. MS nº 1.0525.0056. USO ORAL. USO ADULTO. Composições, Formas farmacêuticas e Apresentações:** NEBLOCK® 5 mg: cada comprimido contém 5,45 mg de cloridrato de nebivolol; embalagens contendo 30 ou 60 comprimidos, sulcados em cruz em um dos lados e liso do outro lado. Os comprimidos podem ser partidos em quatro partes iguais. **Indicações:** Hipertensão arterial e Insuficiência cardíaca (IC): tratamento da IC deve ser feito em associação com as terapêuticas padronizadas em pacientes adultos e idosos com idade ≥ 70 anos. **Contraindicações:** Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a algum dos excipientes, insuficiência hepática, insuficiência cardíaca aguda, choque cardiogênico ou episódios de descompensação de insuficiência cardíaca a requerer terapêutica inotrópica por via i.v., doença do nódulo sinusal, incluindo o bloqueio sinoauricular; bloqueio cardíaco de 2º e 3º grau (sem marcapasso), história de broncoespasmo e asma brônquica; feocromocitoma não tratado; acidose metabólica; bradicardia (FC < 60 b.p.m.), hipotensão arterial, distúrbios circulatórios periféricos graves. Contraindicado para crianças e adolescentes. **Precauções e advertências**: precauções no uso de certos anestésicos que causem depressão do miocárdio. Não deve ser administrado a pacientes com ICC não tratada. Nos pacientes com doença cardíaca isquêmica, o tratamento deve ser interrompido gradualmente. Se a frequência cardíaca diminuir para menos de 50-55 bpm em repouso e/ou o paciente apresentar sintomas sugestivos de bradicardia, a posologia deve ser reduzida. Perturbações circulatórias periféricas, bloqueio cardíaco de 1º grau, angina de Prinzmetal. A associação de nebivolol com antagonistas dos canais de cálcio do tipo verapamil e diltiazem, com medicamentos antiarrítmicos de classe I e com medicamentos anti-hipertensores de ação central não é geralmente recomendada. Em pacientes com DPOC. Gravidez: não deve ser utilizado sem orientação médica. Lactação: a amamentação não é recomendada. Não se recomenda em crianças e adolescentes. Pode ser necessário o ajuste da dose em idosos e em pacientes com Insuficiência renal. **Interações medicamentosas:** antiarrítmicos de classe I, antagonistas dos canais de cálcio tipo verapamil/diltiazem e anti-hipertensivos de ação central. Sildenafil também deve ser evitado. Antiarrítmicos de classe III, anestésicos-halogenados voláteis, fentanil, insulina e antidiabéticos orais. Glicosídeos digitálicos antagonistas de cálcio do tipo diidropiridina, antipsicóticos, antidepressivos e AINEs. Paroxetina, fluoxetina, tioridazina, quinidina, cimetidina e nicardipino. **Posologia:** Os comprimidos podem ser tomados junto com as refeições. Podem ser partidos em 4 partes iguais. Hipertensão: Adultos – recomenda-se 5 mg/dial. Insuficiência renal: a dose inicial recomendada é 2,5 mg/dia, podendo ser aumentada até 5 mg/dia. Insuficiência hepática: nestes doentes está contraindicado. Idosos: com mais de 65 anos, a dose inicial recomendada é de 2,5 mg/dia, podendo ser aumentada para 5 mg/dia; com idade superior a 75 anos, deve-se proceder uma monitorização rigorosa destes pacientes. Crianças e adolescentes: não se recomenda o seu uso. Insuficiência cardíaca (IC): O tratamento tem que ser iniciado com um ajuste posológico gradual até que a dose ótima individual de manutenção seja alcançada. Os pacientes devem ter insuficiência cardíaca estabelecida sem manifestação de insuficiência cardíaca aguda nas últimas 6 semanas. Para os pacientes já medicados com terapêutica cardiovascular, a dose destes fármacos deve ser estabilizada duas semanas antes de se iniciar o tratamento. O ajuste posológico inicial deve ser estabelecido por fases, de acordo com a tolerabilidade do paciente: 1,25 mg, 1 vez/dia, aumentando para 2,5 mg, 1 vez/dia, depois para 5 mg, 1 vez/dia e posteriormente para 10 mg, 1 vez/dia. A dose máxima recomendada é de 10 mg, 1 vez/dia. Não é recomendável suspender abruptamente o tratamento, pois pode originar agravamento da IC. No caso de ser aconselhável a descontinuação do tratamento, a dose deve ser gradualmente diminuída para metade, semana a semana. Insuficiência renal: não é necessário ajuste posológico com insuficiência renal leve a moderada. Não se recomenda com insuficiência renal grave. Insuficiência hepática: nestes pacientes está contraindicado. Idosos: não é necessário ajuste posológico. Crianças e adolescentes: não se recomenda o uso. Reações adversas: na maioria são de intensidade ligeira a moderada e as mais frequentes são: cefaleia, tontura, parestesia, dispneia, obstipação, náusea, diarreia, fadiga, edema, bradicardia, hipotensão, tonturas e hipotensão postural. **(Fev 15) VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

Referências: 1. Zanchetti A. Clinical pharmacodynamics of Nebivolol: new evidence of nitric oxide-mediated vasodilating activity and peculiar haemodynamic properties in hypertensive patients. Blood Press Suppl. 2004; 1: 17-32. **2.** Moen MD, *et al.* Nebivolol: a review of its use in the management of hypertension and chronic heart failure. Drugs 2006; 66 (10): 1389-409. **3.** Sociedade Brasileira de Cardiologia. "VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão." Arq Bras Cardiol 2010; 95 (1 supl. 1): 1-51. **4.** Marazzi G, *et al.* Comparative Long Term Effects of Nebivolol and Carvedilol in Hypertensive Heart Failure Patients. J Cardiac Fail 2011; 17:703-709. **5.** Pereira Barretto AC. Nebivolol na Insuficiência Cardíaca de Pacientes Não Idosos. RBM Mar 12 V 69 N 3. **6.** Revista ABC Farma, Julho 2015. **7.** Neblock® - bula do produto.

/torrentbrasil
@torrentdobrasil
www.torrent.com.br
www.torrentonline.com.br

torrent PHARMA

SAT www.torrent.com.br
0800-770-8818
Serviço de Atendimento Torrent

Primeiro Inibidor Direto do Fator Xa, via ORAL[2]

Xarelto®
rivaroxabana

Proteção Simples para Mais Pacientes[4]

Se é Bayer, é bom

Xarelto® previne o AVC em pacientes com FA não valvular, com 1 Comprimido 1 vez ao dia.[2,4]

1 comprimido

1 VEZ AO DIA

- 20mg para pacientes com FA[2]
- 15mg para pacientes com FA e disfunção renal moderada[2]

Fibrilação atrial não valvular[1]

Prevenção de acidente vascular cerebral e embolismo sistêmico em adultos que apresentam FA não-valvular com um ou mais fatores de risco[a]

Um comprimido de 20 mg, uma vez ao dia[1]

20mg uma vez ao dia

Para pacientes com disfunção renal[1]

Um comprimido de 15 mg, uma vez ao dia, para pacientes com disfunção renal[1]

15mg uma vez ao dia

Clearance de creatinina	Dose recomendada
≥ 50 mL/min	20 mg uma vez ao dia[b]
30-49 mL/min	15 mg uma vez ao dia[b]
15-29 mL/min	15 mg uma vez ao dia, utilizar com cautela
<15 mL/min	Não recomendado

Observações importantes[1]

- Xarelto® oferece proteção desde o primeiro dia e deve ser continuado em longo prazo desde que o benefício da prevenção de AVC e embolia sistêmica supere o risco de sangramento
- Xarelto® não é recomendado para pacientes com válvulas cardíacas protéticas
- Xarelto® 15mg e 20mg devem ser administrados preferencialmente com alimentos

[a] Os fatores de risco incluem: insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, idade ≥75 anos, diabetes mellitus e AVC ou ataque isquêmico transitório anterior.
[b] Utilizar com cautela em pacientes recebendo concomitantemente outros medicamentos que aumentam as concentrações plasmáticas de Xarelto®.

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. TRATAMENTO DE EMBOLIA PULMONAR (EP) E PREVENÇÃO DE TVP RECORRENTE E EMBOLIA PULMONAR (EP) APÓS TVP AGUDA EM ADULTOS. PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) EM PACIENTES ADULTOS SUBMETIDOS À CIRURGIA ELETIVA DE ARTROPLASTIA ELETIVA DE JOELHO OU QUADRIL.**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 GASTRINTESTINAL 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 ANTI-TROMBÓTICOS CORREM RISCO DE 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 APÓSA REMOÇÃO DO CATETER. SE OCORRER PUNÇÃO TRAUMÁTICA, A ADMINISTRAÇÃO DA RIVAROXABANA DEVERÁ SER ADIADA POR 24 HORAS. **EVENTOS ADVERSOS:** ANEMIA, TONTURA, CEFALEIA, SÍNCOPE, HEMORRAGIA OCULAR, TAQUICARDIA, HIPOTENSÃO, HEMATOMA, EPISTAXE, HEMORRAGIA DO TRATO GASTRINTESTINAL 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® UMA VEZ AO DIA. TRATAMENTO DO TEV: A DOSE RECOMENDADA PARA O TRATAMENTO INICIAL DA TVP AGUDA É DE 15 MG DE XARELTO® DUAS VEZES AO DIA PARA AS TRÊS PRIMEIRAS SEMANAS, SEGUIDO POR 20 MG UMA VEZ AO DIA PARA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO E, PARA A PREVENÇÃO DE TVP E EP RECORRENTES. XARELTO® 15 E 20 MG DEVEM SER INGERIDOS COM ALIMENTOS. PROFILAXIA DE TEV APÓS ARTROPLASTIA DE QUADRIL (ATQ) E JOELHO(ATJ): A DOSE RECOMENDADA É DE 10 MG UMA VEZ AO DIA, COM OU SEM ALIMENTO. OS PACIENTES DEVEM SER TRATADOS POR 5 SEMANAS APÓS ATQ OU POR DUAS SEMANAS APÓS ATJ. A DOSE INICIAL DEVE SER TOMADA 6 A 10 HORAS APÓS A CIRURGIA, CONTANTO QUE TENHA SIDO ESTABELECIDA A HEMOSTASIA. CLASSIFICAÇÃO PARA FORNECIMENTO: PRODUTO MEDICINAL SUJEITO A PRESCRIÇÃO MÉDICA. (CÓD: XAR. 2014-01-27-56)

CONTRAINDICAÇÃO: DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA À COAGULOPATIA. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** ANTIMICÓTICO AZÓLICO DE USO SISTÊMICO.

REFERÊNCIAS: 1- BULA DO PRODUTO. 2- PERZBORN E, ROEHRIG S, STRAUB A ET AL. THE DISCOVERY AND DEVELOPMENT OF RIVAROXABAN, AN ORAL, DIRECT FACTOR XA INHIBITOR. NAT REV DRUG DISCOV 2011;10:61–75. 3- EISEN SA ET AL. THE EFFECT OF PRESCRIBED DAILY DOSE FREQUENCY ON PATIENT MEDICATION COMPLIANCE . ARCH INTERN MED. 1990;150:1881-1884. 4- PATEL M ET AL. HYPERLINK "HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/21830957" RIVAROXABAN VERSUS WARFARIN IN NONVALVULAR ATRIAL FIBRILLATION. N ENGL J MED. 2011 SEP 8;365(10):883-91. EPUB 2011 AUG 10. 5- GAGE BF ET AL. VALIDATION OF CLINICAL CLASSIFICATION SCHEMES FOR PREDICTING STROKE : RESULTS FROM THE NATIONAL REGISTRY OF ATRIAL FIBRILLATION. JAMA 2001 JUN13;285(22):2864-70

Se é Bayer, é bom

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

L.BR.08.2014.2275

SAC 0800 7021241
sac@bayer.com
Respeito por você