

Nº 170  
9 | 2016



MOVIDOS PELO CORAÇÃO



# JORNAL SBC

Sociedade Brasileira de Cardiologia



# De braços abertos

*Fortaleza receberá especialistas  
do Brasil e do mundo todo*



Setembro do  
**CORAÇÃO**

*#Eu cuido do meu coração*

orienta

**Movidos pelo Coração** é um projeto inovador da Sociedade Brasileira de Cardiologia para combater a maior causa de mortes no Brasil: as doenças cardíacas. E a primeira grande ação do Movidos foi tornar setembro, oficialmente, o mês da luta pela redução dessa estatística no calendário do nosso país. Com a campanha **Setembro do Coração**, várias ações, de alcance nacional, estão sendo promovidas para lembrar o quanto é importante se prevenir e seguir as orientações médicas para viver até 16 anos a mais. Contamos com você para fazer com que o mês de setembro possa valer por muitas vidas. **Participe.**



SOCIEDADE  
BRASILEIRA DE  
CARDIOLOGIA



MOVIDOS PELO  
**CORAÇÃO**



## Palavra do Presidente

**MARCUS VINÍCIUS BOLÍVAR MALACHIAS**

# Nem tudo que reluz é ouro

Para desposar Pórcia, a bela e abastada donzela de Belmonte, o pretendente teria de vencer o insólito desafio de escolher o cofre que guardava o seu retrato. O de ouro anunciava: “Quem me escolher, ganha o que muitos querem”; o de prata revelava: “Quem me escolher, ganha o que bem merece”; o de chumbo advertia: “Quem me escolher, arrisca e dá o que tem”. O Príncipe de Marrocos ao eleger o de ouro encontrou em seu interior uma caveira e um bilhete com os dizeres “Nem tudo o que reluz é ouro, proclamam sábios em coro. Muita gente acaba em choro, por só procurar tesouro”. A mensagem da peça *O mercador de Veneza*, de W. Shakespeare, nos remete ao eterno enigma da ciência, de encontrar a chave certa para desvendar o universo.

O prêmio IgNobel, uma sátira ao Nobel, agracia trabalhos que “fazem rir, depois fazem pensar”, desde 1991. Como prova de que nem toda a ciência que reluz é ouro, seleciono alguns laureados em ciências relacionadas à saúde.

**Medicina 1992:** Kanda F et al. “Elucidação dos componentes químicos responsáveis pelo odor do pé”, especialmente pela conclusão de que as pessoas que pensam que têm chulé têm, e as que pensam que não têm não têm; **Literatura 1993:** os renomados cardiologistas Topol E., Califf R., van der Werf F. e seus 973 coautores, por publicarem o estudo GUSTO (*N Engl J Med*) que, apesar dos relevantes achados, tem 100 vezes mais autores do que páginas; **Biologia 1994:** Sweeney W.B. et al., pelo seu estudo “O soldado com prisão-de-ventre: prevalência sobre as tropas mobilizadas”; **Medicina 1994:** atribuído à valente vítima da picada de sua cobra de estimação e, a seu pedido, submetido a terapia de choques elétricos – junto aos médicos Dart R.C. e Gustafson R.A., pela publicação “Falha de tratamento por choques elétricos para envenenamentos por cascavel”; **Biologia 1997:**

Yagyu T. et al., por medirem as ondas cerebrais de pessoas enquanto mascavam diferentes tipos de chicletes; **Medicina 1997:** Charnetski C.J. et al., por demonstrarem que ouvir música de elevador estimula a produção de anticorpos; **Medicina 2001:** Barss P., por seu impactante estudo “Lesões causadas por cocos em queda”; **Saúde Pública 2001:** Andrade C., por comprovar que a “rinotilexomania” (retirar muco do nariz com os dedos) é comum entre adolescentes; **Medicina 2003:** Maguire E. et al., por provarem que o cérebro dos taxistas londrinos é mais desenvolvido que o de cidadãos normais; **Medicina 2004:** Stack S., pela pesquisa “O efeito da música country no suicídio”; **Saúde Pública 2004:** Clarke J., por investigar a “regra dos 5 segundos”, sobre a segurança de se comer um pedaço de comida caída ao chão; **Medicina 2006:** Fesmire F.M. et al., pelo estudo “Interrupção de soluços incuráveis com massagem retal digital”, e Odeh M. et al., pela subsequente comprovação da eficácia; **Medicina 2007:** Meyer D. e Witcombe B., por investigarem os efeitos colaterais de engolir espadas; **Medicina 2008:** Ariely D. et al. (*JAMA*), por demonstrar que placebos caros são mais eficientes do que placebos baratos; **Medicina 2010:** Rietveld S., pela descoberta de que a asma melhora com a ida a uma montanha-russa. **Paz 2010:** Stephens R. et al., por confirmarem que os palavrões aliviam a dor; **Medicina 2013:** Uchiyama M. et al., pela avaliação do efeito de ouvir ópera, em ratos submetidos a transplante cardíaco; **Psicologia 2013:** Bègue L. et al., por comprovarem que bêbados se acham atraentes; **Neurociência 2014:** Liu J. et al., por pesquisarem pessoas que veem a face de Jesus em uma torrada; **Matemática 2015:** Elisabeth E. e Grammer K., pelas técnicas matemáticas para determinar como Mulai Ismail, “Imperador de Marrocos”, conseguiu ser pai de 888 filhos.

Pórcia deve ter se sentido aliviada pelo então Príncipe de Marrocos ter escolhido o cofre errado.

**Nota do editor:** na edição 168, o revisor do Jornal SBC alterou uma palavra do editorial do presidente. Marcus Malachias relatava a história de Robert Liston e as gangrenas frequentes ocorridas na era pré-listeriana (antes que Lister revelasse o poder da antissepsia). O revisor alterou erroneamente para “pré-listonriana”.

# Expediente

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

## Presidente da SBC

Marcus Vinícius Bolívar Malachias

## Diretor de Comunicação

Celso Amodeo

## Editor

Carlos Eduardo Suaide Silva

## Coeditores

Domingo Marcolino Braille, Protásio Lemos da Luz e Reinaldo Mattos Hadlich

## Redação

Av. Marechal Câmara, 160/330 - Centro  
CEP: 20020-907 - Rio de Janeiro - RJ  
(21) 3478-2700 ou 0800 314 4409  
jornalsbc@cardiol.br

## Departamento Comercial

(11) 3411-5500 - 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

Oriente Comunicação

## Impressão

Gráfica e Editora Stamppa LTDA.

## Sociedade Brasileira de Cardiologia

Av. Marechal Câmara, 160/330 - Centro  
CEP: 20020-907 - Rio de Janeiro - RJ  
(21) 3478-2700 ou 0800 314 4409  
sbc@cardiol.br  
jornal.cardiol.br

*Os artigos assinados não refletem necessariamente a opinião do jornal.*



Filiada à Associação Médica Brasileira



## Diretoria:

SBC promove campanha de valorização do cardiologista



## Entrevista:

David Brasil fala das parcerias internacionais para o 71º Congresso



## Diretoria:

Projeto Boas Práticas Clínicas em Cardiologia inicia segunda fase



## Congresso Brasileiro de Cardiologia:

O jornalista Roberto D'Ávila aceita o convite para o Fórum de Ideias



## Congresso Brasileiro de Cardiologia:

15 palestrantes que atuam nos Estados Unidos serão conferencistas



## Congresso Brasileiro de Cardiologia:

Novas Diretrizes Brasileiras em Emergências Cardiovasculares serão anunciadas



## Viagens do Coração

Opções de gastronomia em Fortaleza para todos os paladares



## Prevenção

Parceria com Secretaria de Educação de SP deverá ser ampliada



## Prevenção

Nova série de *chef* de cozinha Rita Lobo tem apoio da SBC



## Taqi News

Projeto de lei tornará obrigatório a Ecocardiografia Fetal

## Regionais:

Congresso Norte-Nordeste teve mais de 1.000 inscritos



## Departamentos:

Haverá prova de habilitação em Ergometria no Congresso do Derc



## Parceiros da Cardiologia

Reunião de comercialização do 72º Congresso será em 6 de outubro no Expo São Paulo



## Dia a Dia do Cardiologista:

A espiritualidade na prática clínica



## SBC na Mídia:

Os principais jornais de Fortaleza publicam notícias sobre o Congresso



## Sons do Coração:

O melhor da Música Popular Brasileira



## Histórias da Cardiologia:

Jorge Pinto Ribeiro, exemplo para os gaúchos e para o Brasil



## Cirurgia Cardíaca:

Atividade especial da SBCCV no 71º Congresso



## Relação Médico Paciente:

Ensino Médico e Medicina Translacional



## Coração Valente:

Cardiologista que perdeu a visão trabalha em dois hospitais de Fortaleza



# 14 de agosto: valorização do cardiologista



**Cuidar  
do seu  
coração  
é o que  
move  
o deles.**

Ninguém escute o coração por acaso.  
Décadas de estudos. Anos de prática.  
Disponibilizados 24 horas por dia.  
Cuidar do símbolo da vida é mais que  
uma missão: é um ato de amor.

**Parabéns aos  
cardiologistas  
pelo seu dia.**

14 de agosto  
Dia do  
Cardiologista

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA  
**SBC**  
1954

MOVIDOS PELA  
CORAÇÃO

[www.cardiol.br](http://www.cardiol.br)  
[facebook.com/sbc.cardiol](https://facebook.com/sbc.cardiol)

## *A campanha da SBC neste ano foi dirigida aos especialistas e à população*

A Sociedade Brasileira de Cardiologia deflagrou uma ampla campanha nas mídias sociais de valorização do cardiologista em 14 de agosto, data comemorativa da especialidade.

Para o presidente da SBC, Marcus Bolívar Malachias, o cardiologista é o amigo do coração. “Somos movidos pelo coração e a nossa missão é preservar a vida. As doenças cardiovasculares são as que mais matam no Brasil e no mundo, mas somos profissionais incansáveis na luta por mais qualidade e maior perspectiva de vida”, afirmou.

A maior arma da Cardiologia é o conhecimento e essa informação foi explorada nas peças publicitárias. “Os especialistas que cuidam do coração buscam, a cada dia, que mais pessoas se beneficiem dos recursos da

ciência para uma maior qualidade e expectativa de vida. Somos um batalhão de 14 mil cardiologistas, os médicos do coração, guardiões da vida e, apesar de todas as dificuldades, temos exercido nossa tarefa com dignidade”, lembrou Malachias.

A campanha deflagrada pela SBC valorizou o trabalho de heróis anônimos. “Um reconhecimento para quem trabalha nos plantões, nos hospitais, nos consultórios, nas salas de cirurgias e salvam vidas todos os dias, apenas movidos pelo coração”, ressaltou o presidente da SBC. A população leiga também foi impactada com mensagens que lembraram o trabalho desses especialistas e ressaltaram a importância de valorizar e preservar o coração, do autocuidado e de uma maior adesão ao tratamento.



Foto: Divulgação SBC

**David de Pádua Brasil, coordenador de Relações Internacionais da SBC**

David Brasil é coordenador de Relações Internacionais e um dos colaboradores na nova interlocução da entidade com as demais associações no mundo todo. O diálogo franco trará ao 71º Congresso Brasileiro de Cardiologia, em Fortaleza, 29 conferencistas internacionais dos Estados Unidos (15), da Europa (9), da América do Sul (3) e do Oriente Médio (2). Além das atividades na SBC, David Brasil é professor da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, em Belo Horizonte, e da FASEH, em Vespasiano, Minas Gerais.

**“A Cardiologia brasileira tem projeção e o apreço da comunidade cardiológica internacional. Essas premissas têm facilitado uma relação cooperativa bem-sucedida com as sociedades coirmãs”**

**Jornal SBC:** Como foi possível trazer tantos especialistas para o evento em Fortaleza?

*David Brasil:* A Cardiologia brasileira tem projeção e o apreço da comunidade cardiológica internacional. Essas premissas têm facilitado uma relação cooperativa bem-sucedida com as sociedades coirmãs. Em um ano bastante difícil para a economia do país, a Diretoria da SBC tem trabalhado intensamente para que tenhamos, em Fortaleza, um Congresso com qualidade, mas com racionalidade de custos. Visando cumprir essa meta, membros da atual gestão, mais diretamente envolvidos com os contatos internacionais, empenharam-se em estreitar laços de cooperação com as diversas sociedades internacionais e com colegas de vários países. Com exceção de um convidado, os demais conferencistas internacionais virão ao Brasil com as despesas aéreas (as mais dispendiosas) custeadas por suas próprias sociedades, instituições, através de patrocínios, acordos bilaterais, ou, ainda, através de mecanismos de reciprocidade. A SBC oferecerá a hospedagem e, claro, contaremos com a calorosa hospitalidade dos colegas de Fortaleza.

**Jornal SBC:** Como será a programação das sessões internacionais?

*David Brasil:* Dinâmica e atual. Teremos 16 simpósios conjuntos com diversas sociedades internacionais de Cardiologia e universidades colaboradoras. Serão eventos com American College of Cardiology, European Society of Cardiology, American Heart Association, International Atherosclerosis Society, International Society of Cardiovascular Pharmacotherapy, Sociedade Interamericana de Cardiologia, Sociedade Portuguesa de Cardiologia, além de simpósios colaborativos com Harvard/Lehman e Duke. Outras atividades internacionais incluirão a conferência de abertura e sessões do Fórum de Ideias.

**“ Teremos várias atividades inovadoras que, com certeza, irão agradar aos colegas cardiologistas ”**

**Jornal SBC:** O que o cardiologista poderá esperar do 71º Congresso?

*David Brasil:* Um evento de elevado nível científico e temas de destaque nas mais diversas áreas da Cardiologia. Concomitantemente, teremos várias atividades inovadoras que, com certeza, irão agradar aos colegas cardiologistas e demais congressistas.

**Na edição passada, o Jornal SBC destacou os conferencistas da Europa, da América do Sul e do Oriente Médio. Nesta edição, será possível conferir os quinze professores palestrantes dos Estados Unidos.**

# SUSTRATE® propratilnitrato

**Alta performance:  
Manutenção eficaz no  
tratamento do paciente  
com cardiopatia isquêmica  
e crises de angina<sup>1,2</sup>.**

**50** APRESENTAÇÃO  
COMPRIMIDOS



**MENOR** ocorrência de  
**CEFALÉIA** quando  
comparado ao dinitrato  
de isossorbida<sup>3</sup>

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

Sustrate® (propratilnitrato). Apresentação: comprimido - embalagem com 50 comprimidos. Indicações: no tratamento de episódios agudos na angina pectoris e para prevenção de crise aguda de angina produzida por exercícios em pacientes com insuficiência coronariana crônica. Contraindicações: em pacientes com as seguintes condições: glaucoma, anemia grave, trauma craniano, aumento na pressão intracraniana, hemorragia cerebral, quadro agudo de infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca congestiva. Em pacientes que estão utilizando citrato de sildenafil ou outros inibidores da 5-fosfodiesterase, uma vez que estes fármacos têm demonstrado potencializar os efeitos hipotensivos de propratilnitrato. Os pacientes que utilizarem nitratos devem ser avisados das consequências potencialmente sérias de utilizarem citrato de sildenafil nas 24 horas subsequentes à utilização de preparação de nitrato. A utilização de propratilnitrato em até 24 horas antes ou após o uso de sildenafil ou outros inibidores da 5-fosfodiesterase tem sido associada à hipotensão profunda, infarto do miocárdio e, até mesmo, óbito. Em pacientes com hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula. Advertências e precauções: Sustrate® deve ser prescrito com cautela nos pacientes com: depleção de volume sanguíneo, hipotensão, hipotensão ortostática, deficiência renal ou hepática grave, hipotireoidismo, desnutrição ou hipotermia. Tolerância ao propratilnitrato: assim como a tolerância às outras formas de nitratos, o efeito de propratilnitrato 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 propratilnitrato 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 propratilnitrato, são utilizados concomitantemente. O uso concomitante de propratilnitrato e álcool pode causar hipotensão. Os efeitos vasodilatadores e hemodinâmicos do propratilnitrato 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 propratilnitrato sublingual. Deve-se evitar a prescrição concomitante de propratilnitrato 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 propratilnitrato é contraindicada em pacientes que estão utilizando citrato de sildenafil ou outros inibidores da 5-fosfodiesterase. Estes fármacos têm demonstrado potencialização dos efeitos hipotensivos de nitratos orgânicos. Os nitratos, inclusive o propratilnitrato, 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 propratilnitrato, 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 MÉDICA. SAC 08000 25 01 10. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site [www.fqm.com.br](http://www.fqm.com.br). Material destinado exclusivamente aos profissionais de saúde habilitados a prescrever e dispensar medicamentos. Referências: 1. Manfroí WC, Koppe V, Vieira SR et al. Efeitos hemodinâmicos e cinesiográficos agudos do propratilnitrato na cardiopatia isquêmica sintomática. Arq Bras Cardiol 1987;49(3):147-51. 2. 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. 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.



Abril/2016

Material destinado exclusivamente à classe médica

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.





Denilson Campos de Albuquerque, diretor Administrativo da SBC



Workshop Boas Práticas Clínicas em Cardiologia, auditório Adib Jatene, HCor

# Projeto Boas Práticas Clínicas em Cardiologia inicia segunda fase

*Até o fim do ano o programa deve ser ampliado para 15 hospitais de grande porte*

Os primeiros resultados do Boas Práticas Clínicas em Cardiologia – uma iniciativa da SBC, do Ministério da Saúde, da American Heart Association e do HCor – foram apresentados durante Workshop realizado em São Paulo, nos dias 29 e 30 de julho.

O objetivo principal do projeto é avaliar as taxas de adesão às Diretrizes assistenciais da SBC, nas áreas de Insuficiência Cardíaca, Síndrome Coronariana Aguda e Fibrilação Atrial. “Pretendemos unificar e melhorar o atendimento do paciente cardiológico no Sistema Único de Saúde, dando um salto de qualidade”, ressaltou o diretor administrativo da SBC, Denilson Campos de Albuquerque.

A primeira fase analisou dados clínicos, demográficos, indicadores de desempenho e desfechos em 30 dias de seis hospitais participantes: Universidade do Estado do

Rio de Janeiro (Uerj); Hospital do Coração de Messejana de Fortaleza; Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Hospital Universitário Pedro Ernesto Procace – Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco; Universidade Federal de Minas Gerais; e Unifesp-EPM Universidade Federal de SP/Escola Paulista de Medicina. O Instituto Nacional de Cardiologia do Rio de Janeiro acaba de ser incluído no projeto e ainda não tem indicadores.

“A partir desses dados, discutimos os ajustes necessários e agora na segunda fase vamos estudar as estratégias de implementação dessas melhorias”, explicou Albuquerque. A meta é atingir um composto dos indicadores principais, em cada patologia, acima de 85%. Aqueles que chegarem ao índice receberão um Selo de Qualidade, certificado de reconhecimento de Boas Práticas de Cardiologia.

## Aspectos relevantes

Para Denilson Campos de Albuquerque, o projeto traz importantes indicadores de qualidade do SUS, que hoje o Brasil não tem. “Depois que ampliarmos o piloto para o interior do país, vamos conseguir que a boa prática da Cardiologia seja equânime em todas as cidades e estados brasileiros”.

Outro ponto fundamental é dar acesso à população aos medicamentos que compõem o portfólio dos indicadores de qualidade. “É preciso medicar de forma adequada e, para

isso, estamos em sintonia com o MS para montarmos a cesta básica para as síndromes em questão”, complementou.

Para o diretor de pesquisa da SBC, Leandro Ioschpe Zimmerman, o projeto vai ajudar a direcionar o Ministério sobre quais são as prioridades. “Num contexto de dificuldade de investimento, se conseguirmos redirecionar esforços e priorizar o que realmente é importante, a população sai ganhando”, finalizou.

# Roberto D'Ávila aceita o convite para participar do Fórum de Ideias

**Apresentador da Globo News será palestrante no Congresso em Fortaleza**

*O jornalista, empresário e apresentador da Globo News, Roberto D'Ávila, confirmou presença ao aceitar o convite do diretor administrativo da SBC Denilson Albuquerque para participar do 71º Congresso Brasileiro de Cardiologia.*

Denilson lembra que D'Ávila é um dos mais habilidosos e ao mesmo tempo gentis jornalistas da TV brasileira. “Tem uma capacidade única em fazer perguntas espinhosas para qualquer entrevistado de forma elegante”. Roberto D'Ávila é formado em Direito pela USP e em História pela Universidade de Paris, onde foi correspondente da TV Globo, além de ter sido aluno visitante na Universidade de Harvard, em Ciências Políticas.

Segundo Denilson Albuquerque, o jornalista fará uma breve palestra e deixará a maior parte do tempo para debater e responder perguntas. “Os congressistas terão a oportunidade de conhecer, de forma interativa, os bastidores de entrevistas com as pessoas mais influentes feitas por D'Ávila”.

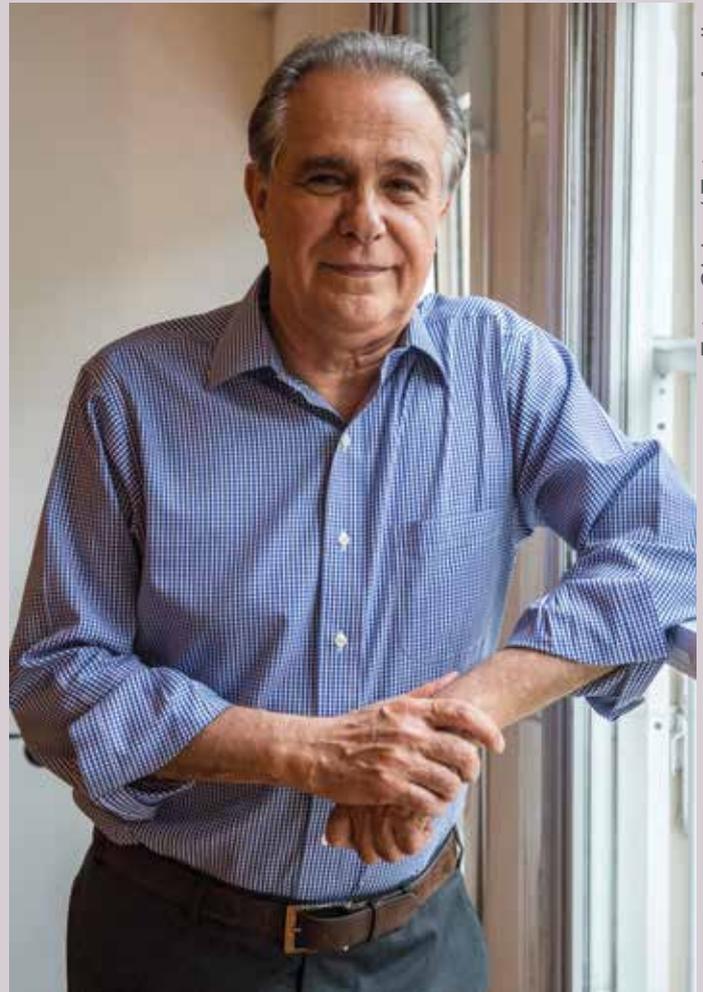


Foto: Globo / Estevam Avellar

Roberto D'Ávila

## **Programação**

O Fórum de Ideias será realizado durante o 71º Congresso Brasileiro de Cardiologia e terá ainda um debate sobre alimentação saudável com Rita Lobo, do *Panelinha* e apresentadora da GNT, e o coordenador científico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição de Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP, o professor Carlos Monteiro.

O vice-presidente do American College of Cardiology, Michael Valentine, irá abordar o desenvolvimento das futuras lideranças em medicina. E o integrante do Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (Gemca), Mário Borba, falará da interface entre a espiritualidade e a ciência.

# Quinze palestrantes que atuam nos Estados Unidos participarão do 71º Congresso

Na edição 169 do *Jornal SBC* publicamos os nomes dos palestrantes internacionais da Europa, da América do Sul e do Oriente Médio. Conheça a seguir os nomes dos 15 cardiologistas convidados dos Estados Unidos que já confirmaram presença e participarão do 71º Congresso Brasileiro de Cardiologia:



## Aurora, CO

*Frederick A. Masoudi, MD, MSPH, FACC*

- Membro do ACC Board of Trustees
- Presidente da ACC National Cardiovascular Data Registries (NCDR)
- Noninvasive Cardiologist e professor de Medicina, University of Colorado Anschutz Medical Campus



## Newport Beach, CA

*Dipti Itchhaporia, MD, FACC*

- Membro do ACC Board of Trustees
- Robert and Georgia Roth Chair of Cardiac Excellence, Diretor médico Disease Management at Hoag Heart and Vascular Institute



## Dallas, TX

*Kathryn Taubert, PhD*

- Vice-presidente de Global Strategies, American Heart Association
- Professora adjunta de Fisiologia, University of Texas Southwestern, Medical Center, Dallas.
- Senior science officer, World Heart Federation (Genebra, Suíça)

*Jonathan C. Cohen, PhD*

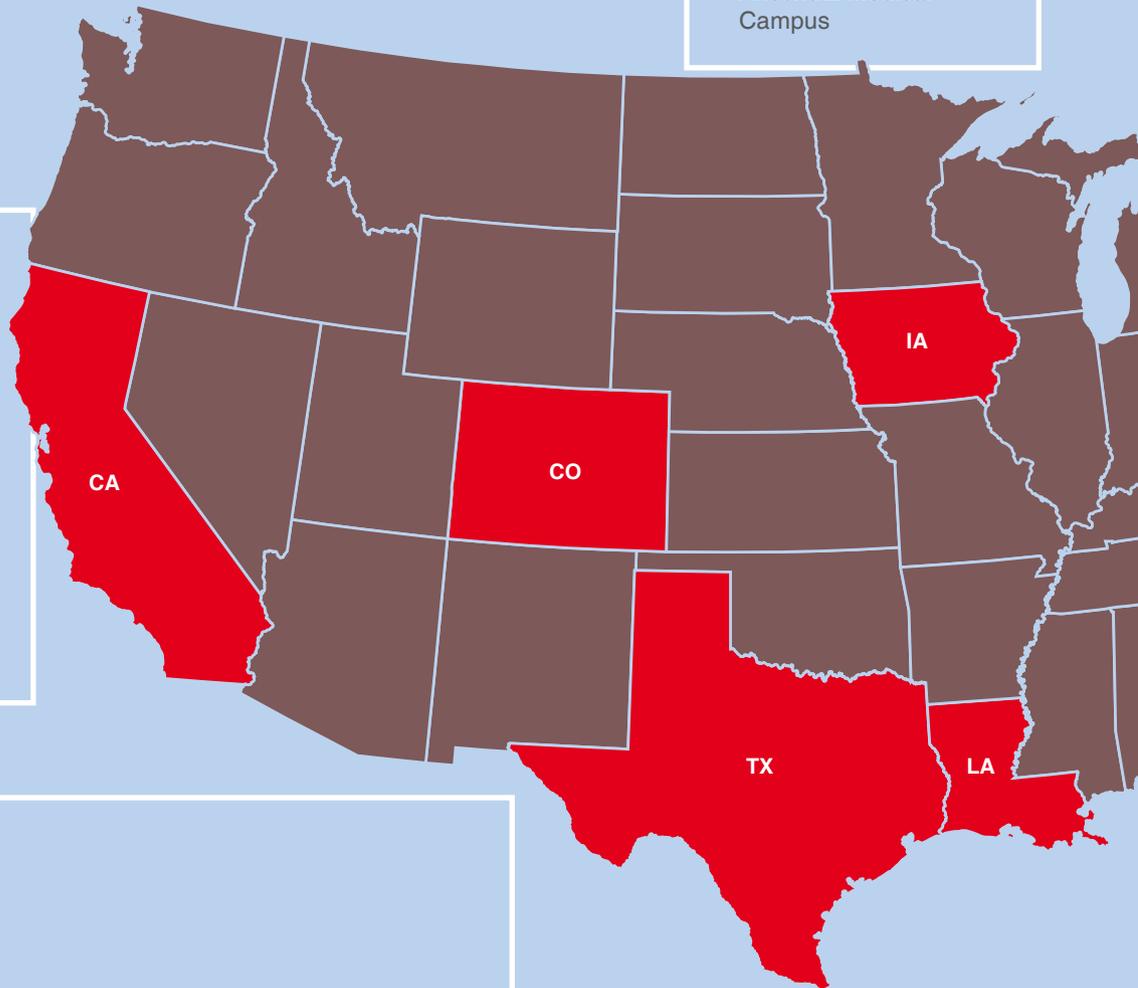
- Mc Dermott Center for Human Growth and Development
- University of Texas Southwestern Medical Center



## New Orleans, LA

*Paul K. Whelton, MD*

- Department of Epidemiology
- Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine





### Iowa City, IA

Jennifer G. Robinson, MD, MPH

- Professor de Epidemiologia, College of Public Health
- Professor de Medicina Interna, Departments of Epidemiology and Medicine, University of Iowa



### Boston, MA

Peter Libby, MD

- Professor de Medicina, Mallinckrodt, Harvard Medical School
- Cardiologista, Brigham and Women's Hospital



### New Haven, CT

Jeptha P. Curtis, MD, FACC

- Professor associado de Medicina (Cardiologia), Section of Cardiovascular Medicine, Yale University School of Medicine



### Wilmington, DE

Samuel S. Gidding, MD

- Chefe da Cardiologia Pediátrica, Division of Pediatric Cardiology, Department of Pediatrics
- Nemours/Alfred I. du Pont Hospital for Children/ Nemours Cardiac Center



### Lynchburg, VA

C. Michael Valentine, MD, FACC

- Vice-presidente da American College of Cardiology (ACC)
- Cardiologista Intervencionista no Centra Health, CMG Stroobants Cardiovascular Center



### Baltimore, MD

Joao A. C. Lima, MBA, MD

- Professor de Medicina, Radiology and Epidemiology, The Johns Hopkins University School of Medicine, Heart and Vascular Institute
- Diretor de Imagem Cardiovascular, Johns Hopkins Hospital



### Durham, NC

Christopher Granger, MD

- Division of Cardiology, Department of Medicine, Duke University Medical Center
- Diretor, Cardiac Care Unit, Duke University Medical Center
- Member in the Duke Clinical Research Institute

Renato Delascio Lopes, MD

- Professor associado da Divisão de Medicina e Cardiologia, Duke University Medical Center
- Member in the Duke Clinical Research Institute

### Chapel Hill, NC

Sidney Smith, MD

- Professor da University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine



### Philadelphia, PA

Steven R. Houser, PhD, FAHA

- Presidente eleito da American Heart Association (AHA)
- Associado senior, Dean of Research, Vera J. Goodfriend Endowed, chair of Cardiovascular Research Director, Cardiovascular Research Center, Temple University Lewis Katz School of Medicine (TUSM)

# Diretrizes Brasileiras de Emergências Cardiovasculares e Ressuscitação serão lançadas no Congresso

## ***Hands On terá técnicas inovadoras que a entidade traz com exclusividade para Fortaleza***

Pela primeira vez, o Congresso Brasileiro de Cardiologia vai realizar o ResSBC - Simpósio de Emergências Cardiovasculares e Ressuscitação, da Ciência a Sobrevivência – a exemplo do que já ocorre nos congressos americano e europeu.

Serão apresentadas as novas diretrizes de Suporte Básico de Vida, Suporte Avançado (adulto e pediátrico), bem como o tratamento para Síndrome Coronariana Aguda do pré-hospitalar à sala de emergência; Suporte de Vida Neonatal e Pediátrico; e as novas técnicas de ensino em emergências”, conta o coordenador de Treinamento em Emergências Cardiovasculares da SBC, Sergio Timerman.

### ***Hands On***

As atividades do Hands On, coordenadas pelo João Fernando Monteiro Ferreira, também trarão uma série de novidades e atrativos para a comunidade de Cardiologia, dentre elas novas ferramentas de ensino que vão proporcionar aos médicos uma nova maneira de olhar e aprender a especialidade, com técnicas e tecnologias de ponta.

O *Body Painting, Body Projection* em conjunto com a Mesa Sectra estão entre elas. Será possível visualizar o processo de transformação de um coração saudável para um coração doente, por meio da pintura e da projeção corporal. Um manequim vivo vai receber uma pintura especial, onde o coração anatomicamente perfeito será desenhado. E em cima da pintura será aplicada a projeção para mostrar o funcionamento fisiológico e patológico do coração. Essa é uma técnica inovadora que a SBC traz com exclusividade para Fortaleza.

O Suporte Avançado de Vida em Hipotermia (SAVEH) também é inédito no Congresso e vai ensinar como utilizar a hipotermia terapêutica nas diversas necessidades das emergências cardiológicas.

### ***BLS on the beach***

A SBC vai promover o primeiro treinamento em massa de Ressuscitação Cardiopulmonar para o público leigo na areia. “A parada cardíaca pode acometer qualquer pessoa, em qualquer lugar, mesmo nas belas praias do Ceará. E não estamos falando de afogamento”, frisa Timerman. O BLS será na Praia de Iracema, na altura do número 1.680 da Avenida Beira Mar.

# A gastronomia cearense

***Carne de sol, lagosta, peixada, baião de dois, rapadura, cocada e tapioca são algumas das especialidades imperdíveis do Ceará***

Fortaleza vai receber o 71º Congresso da SBC e oferecer aos visitantes uma das culinárias mais ricas do Brasil.

Do sertão vem o baião de dois (arroz, feijão, manteiga e queijo coalho), a carne de sol com paçoca (carne seca torrada e pisada no pilão com farinha e cebola) ou macaxeira, o feijão verde com queijo, a galinha a cabidela, o sarapatel, a rabadá, a carneirada e a panelada. Além da famosa tapioca do centro das tapioqueiras com seus vários sabores e ingredientes, do beijú (uma variante da tapioca), da cajuína (refrigerante feito de caju), do doce de leite do sertão e da castanha de caju.

Do mar a lagosta, a peixada (cozido de peixe com legumes, acompanhado de pirão de farinha), a moqueca de arraia, o camarão ensopado ou ao alho e óleo, o caranguejo cozido, a patola à milanesa e o casquinho de caranguejo. Sem falar na saborosa tilápia que vem dos grandes reservatórios de água doce do Nordeste.

Entre as frutas tropicais merecem destaque o caju, a graviola, a jaca, o sapoti, o murici, a siriguela, a pitomba, o coco e o cajá, muito utilizados na elaboração de doces, sucos e sorvetes.

Da cana-de-açúcar saem a rapadura, o alfinin (iguaria feita de rapadura) e a cachaça, reconhecida como uma das melhores do Brasil.

E quem gosta de doce também não pode deixar de provar as castanhas caramelizadas e a cocada.

## ***Onde comer?***

***Frutos do Mar:*** Coco Bambu Beira Mar e Seis Bocas (com pratos que servem de duas a três pessoas), Alfredo Rei da Peixada, Marquinhos Delícias Cearenses, D'Abelle Bistrô, Oui Bistrô, Lô Restaurante, Vojnilô, João do Bacalhau, Restaurante Tilápia e Marcel.

***Comida regional:*** La Na Roça, Colher de Pau e Carneiro do Ordones.

***Carnes:*** Sal e Brasa Churrascaria, Santa Grelha, Cabana Del Primo, Tango Casa De La Parrilla e Murano Grill.

***Doces, tapiocas e sorvetes:*** Empório Brownie, San Paolo Gelato, Balú Doces, Sorveteria 50 Sabores e Centro das Tapioqueiras.



(Da esq.): Tânia Martinez, José Francisco Kerr Saraiva, Giorgia Russo da Secretaria de Educação, Carla Lantieri e Monalisa Antunes da SBC

# Parceria com Secretaria de Educação deverá ser ampliada

*Representantes da SBC e da Educação do Estado de São Paulo discutiram como expandir a promoção cardiovascular na rede pública*

Uma reunião na sede da Secretaria de Educação do Estado de São Paulo discutiu caminhos para ampliar a parceria entre a entidade e o governo paulista. Em 2013, Geraldo Alckmin assinou um convênio com a SBC dando início ao programa de prevenção de risco cardíaco na infância e adolescência. Por meio do *SBC vai à Escola*, profissionais foram capacitados, os parâmetros antropométricos das crianças foram medidos e os estudantes, conscientizados em relação às doenças cardiovasculares.

No encontro, em julho passado, discutiu-se uma nova proposição para o convênio. A comitiva da SBC foi coordenada por José Francisco Kerr Saraiva, acompanhado das também integrantes do Comitê da Criança, Carla Lantieri e Tânia Martinez. “A SBC deverá ser um órgão de referência na saúde infantil e na prevenção da obesidade para o Governo do Estado”, adiantou Saraiva.

A SBC ainda ficará responsável pela revisão técnica de cartilhas e dará apoio aos diretores e professores na formulação de conteúdo voltado à prevenção cardiovascular. “Analisa-



(Da esq.): Chef Janaina Rueda, Monalisa Antunes, Giorgia Russo e Celso Amodeo

remos, em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da USP, o recordatório alimentar realizado pela Fiocruz para que possamos adotar estratégias relacionadas às mudanças de hábitos e conscientização da importância de uma alimentação saudável fora da escola”, esclarece Saraiva. “Já participamos de uma oficina experimental também de alimentação saudável organizada pela chef de cozinha Janaina Rueda, e com a presença do diretor da SBC Celso Amodeo”. Saraiva finaliza que deverão ser incorporadas ao convênio ações de treinamento em primeiro atendimento à parada cardíaca para todos os alunos da rede pública.

# Nova série da Rita Lobo tem apoio da SBC



“Comida de Verdade” está disponível no <http://prevencao.cardiol.br>

A série de programas “Comida de Verdade” sobre alimentação saudável, da Rita Lobo do *Panelinha* também está disponível no portal Prevenção (<http://prevencao.cardiol.br>). São dez programas didáticos que resgatam a tradição de cozinhar em casa e de forma mais orgânica.

“Comida de Verdade” é uma parceria com o Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição de Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP - Nupens e tem o apoio da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Os primeiros cinco episódios respondem perguntas simples sobre o assunto, como: O que é alimentação saudável?, Como mudar a alimentação de casa?, Como saber se o alimento é saudável?, Como posso

comer comida de verdade sem gastar mais? e Como fazer comida de verdade só para mim?

As aulas estão disponíveis em <http://bit.ly/cardiolprevencao> e podem ser acessadas e sugeridas aos pacientes.

“Comer em conjunto contribui para os laços familiares, faz parte das celebrações, das festas. Aproxima as pessoas e marca as culturas. Comer em conjunto é muito importante para a evolução das sociedades humanas” constatou o coordenador científico do Nupens, o professor Carlos Monteiro.

## SBC participa do programa Bem Estar Global de Salvador

*No palco manobras de ressuscitação foram demonstradas e um talk show esclareceu dúvidas sobre o coração feminino*

A cidade de Salvador recebeu o programa *Bem Estar Global* em julho e, mais uma vez, a SBC esteve presente ao evento em parceria com a TV Globo. Na tenda do Coração foram oferecidos serviços de aferição de pressão arterial, dosagem de glicemia, medição de circunferência abdominal e distribuição de folders com orientações. Ao longo do dia foram realizados 300 atendimentos por 23 voluntários, sendo 62% mulheres e 59% pessoas acima dos 51 anos; 30,6% estavam com a pressão arterial elevada e 7,3%, limítrofes. Já em relação à circunferência abdominal, 43% dos homens estavam acima dos 95 cm e 77% das mulheres, acima de 81 cm.

A equipe da SBC teve todo o suporte da regional SBC/BA. O presidente da SBC/BA, Joberto Sena, fez demonstrações de manobras de ressuscitação no palco e informou a população sobre os primeiros atendimentos no caso de parada cardíaca. Joberto Sena ainda participou de um *talk show* no mesmo palco, onde respondeu perguntas dos apresentadores e dos participantes sobre o coração da mulher.



## Orgulho da Cardiologia brasileira



Foto: David Rogers

### Rosa Célia, primeira do lado direito, conduzindo a bandeira Olímpica

A presidente do Pró-Criança Cardíaca, a cardiologista pediátrica Rosa Célia Pimentel Barbosa, teve a honra de conduzir a bandeira olímpica na cerimônia da abertura dos Jogos Rio 2016. Alagoana de Palmeira dos Índios, Rosa Célia é uma das especialistas mais respeitadas do país. Em 1996, depois de já estar aposentada, fundou a instituição no Rio de Janeiro, que hoje preside, para atender crianças carentes com cardiopatia e que não conseguiam tratamento da rede pública. Pela trajetória e dedicação, Rosa Célia já havia sido

homenageada, em 2004, ao conduzir a tocha da Olimpíada de Atenas, durante o revezamento no Rio de Janeiro, e em 2012, durante o 67º Congresso Brasileiro de Cardiologia, com o Prêmio Mérito SBC – Contribuição à Comunidade, criado para homenagear cardiologistas que tenham tido destaque com trabalhos voltados para a população leiga. A cardiologista pediátrica recebeu também a medalha Pedro Ernesto, a mais importante comenda da cidade do Rio, e a medalha Tiradentes do Estado do Rio.

## Panificadores discutem ações conjuntas na prevenção cardiovascular

A SBC e a Associação Brasileira da Indústria da Panificação (ABIP) se reuniram, em Belo Horizonte, para discutir ações conjuntas visando assegurar um menor teor de sal no pão francês. Os representantes ainda debateram outros projetos de cooperação, incluindo a pesquisa e o lançamento de produtos de panificação ainda mais saudáveis e a utilização da padaria como local de difusão de prevenção cardiovascular. Presentes, o presidente da ABIP, José

Batista de Oliveira, que estava acompanhado dos diretores Tarcísio José Moreira e Edson Gonçalves, e o presidente da SBC, Marcus Bolívar Malachias, acompanhado do assessor jurídico da entidade, Breno Garcia de Oliveira.

Recentemente a SBC realizou um levantamento em 13 estados e no Distrito Federal e constatou uma enorme variação na quantidade de sal no pão francês, que variava de 8 a 50 gramas.



José Batista de Oliveira e Marcus Malachias

## Deputada cria projeto de lei para tornar obrigatório a Ecocardiografia Fetal

Foto: Alex Ferreira / Câmara dos Deputados



Deputada federal Dulce Miranda (PMDB/TO)

A deputada federal Dulce Miranda (PMDB/TO) apresentou um Projeto de Lei na Câmara dos Deputados, em Brasília, que obriga inclusão do exame de ecocardiografia fetal no pré-natal de gestantes.

Para a presidente do XXIV Congresso Brasileiro de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, Cristiane Martins, tal iniciativa certamente terá grande impacto sobre a mortalidade de crianças

visto que poderão ter suas vidas salvas pelo encaminhamento precoce para centros especializados. A especialista considerou que as doenças cardíacas congênitas são a principal causa de malformação no feto (uma em cada 100 crianças apresenta uma doença cardíaca) e essas malformações são responsáveis por 30% das mortes após o nascimento.

“Junto com tal medida é preciso capacitar centros em todo o território brasileiro para atender a demanda desses bebês com doenças tão complexas”, lembra Cristiane Martins, que parabenizou a parlamentar pela iniciativa.

Um texto sobre o assunto escrito pela especialista pode ser acessado no link: <http://jornal.cardiol.br/setembro/taqui-news.html>

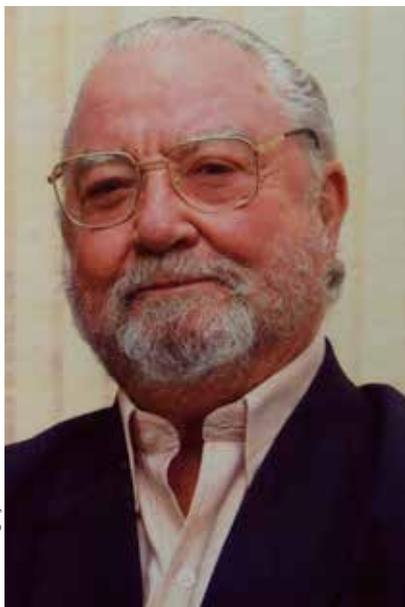


Foto: Arquivo pessoal

Cristiane Martins

## Nota de falecimento

Foto: Divulgação FMRP/ISP



Sergio Ferreira

Em 17 de julho perdemos um de nossos mais brilhantes cientistas em pesquisa farmacológica brasileira. O paulista de Franca, Sergio Henrique Ferreira, era médico formado pela USP e doutor em farmacologia pela Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto. Tornou-se mundialmente famoso após a publicação do estudo que identificou a substância derivada do veneno da jararaca que ativa o efeito redutor da pressão arterial – ou “fator de potencialização da bradicinina”. O trabalho sobre a síntese de BPF permitiu o desenvolvimento de vários medicamentos indicados para o controle da pressão.

Durante um período de exílio fez pós-doutorado no Royal College of Surgeons, em Londres, onde participou dos estudos que deram ao seu orientador, John Robert Vane, o Nobel de medicina em 1982 pela

descoberta dos processos bioquímicos de drogas analgésicas. Junto com Vane, Sergio Ferreira publicou vários livros que se tornaram referência como *Inflammation e Anti-inflammatory Drugs*.

Sergio Ferreira foi um dos fundadores da Brazilian Medical and Biological Research e presidente da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência por duas vezes, entre 1995 e 1999. Recebeu diversos prêmios, entre eles o *Ciba de Hipertensão*, outorgado pela American Heart Association e, em reconhecimento pela sua contribuição em pesquisa e ciência, a Sociedade Norueguesa de Hipertensão instituiu o “*Ferreira Award*”.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia e toda Comunidade Científica está em luto por essa perda irreparável.

## Regionais

### SBC/SC

A Sociedade Catarinense de Cardiologia está finalizando a programação científica de seus últimos dois eventos do ano, que serão em Chapecó e Blumenau, em outubro e novembro. O primeiro abrangerá temas como valvopatias, arritmias e síndrome coronariana, e o segundo, imagem cardiovascular. A gestão atual da SBC/SC vem cumprindo com um de seus projetos, que é levar eventos de qualidade a todas as regiões do estado.

### SBC/SE

Sérgio Tavares, presidente da SBC/SE, participou de uma entrevista do programa *Você em Dia* da TV Atalaia (Rede Record), quando falou sobre morte súbita em jovens, além de tirar dúvidas dos telespectadores a respeito de doenças cardiovasculares.



Foto: Divulgação SBC/SE

### SBC/ES

A Regional Espírito Santo agradece os participantes do XXVIII Congresso. A presença de todos foi crucial para mais um evento de sucesso!

### SBC/SP

A Socesp adotou um modelo de gestão que engloba um programa de *Compliance*. No site, o associado pode acompanhar resultados das reuniões de Diretoria, dados, prestação de serviço contábil e diversas informações. De acordo com o presidente da entidade, Ibraim Masciarelli Pinto, o programa corrobora com o cenário atual que exige transparência em todos os processos organizacionais. “Sabemos que é fundamental nos comunicar com sinceridade e clareza, o programa é mais uma prestação de serviço aos nossos associados, realçando os processos de governança corporativa”.

### SBC/BA

A capital baiana sediará em 15 de outubro, no Hotel São Salvador, o IX Simpósio Internacional de Trombose e Anticoagulação – ISTA. As inscrições podem ser feitas via web e a programação contempla novos agentes terapêuticos em desenvolvimento, assim como ferramentas na área de inovação em diagnóstico. O evento é uma iniciativa da SBC/BA, do BCRI e do Duke Clinical Research Institute (DCRI), um encontro científico agregador e de grande notoriedade mundial.

### SBC/RS

O Congresso da Sociedade de Cardiologia do RS foi marcado pela interatividade e pelo uso de novas tecnologias. “Agregamos a transmissão ao vivo das salas e também a TV Socergs, onde as principais lideranças da Cardiologia foram entrevistadas e deram a sua opinião sobre os diversos assuntos”, destacou o diretor Daniel Silveira. Também houve uma expressiva participação de especialidades não médicas e um grande envio de temas livres. O Congresso reuniu mais de 1.700 profissionais entre os dias 19 e 21 de maio, em Gramado.

### SBC/PI

Está definida a data do VIII Congresso Piauiense de Cardiologia, que será realizado no período entre 27 e 29 de abril de 2017.



### SBC/PR

O *Pecha Kucha*, formato nascido no Japão de palestras de apenas 6 minutos e 40 segundos utilizando 20 imagens, que ocorre em Curitiba desde 2011, atraiu a atenção dos diretores da Sociedade Paranaense de Cardiologia. O motivo é simples: o formato reduzido das apresentações pode colaborar para os simpósios e congressos desenvolvidos pela SPC. A ideia está sendo avaliada e poderá ser posta em prática já no segundo semestre, durante colóquio em Maringá.

### SBC/NNE

Presidida por Maurício Nunes, com o apoio da SBC/BA e da SBC/NNE, a 36ª edição do Congresso Norte-Nordeste foi em Salvador, Bahia, nos dias 11 e 14 de maio, juntamente com o 28º Congresso Cardiologia do Estado da Bahia. Com números de destaque, o evento consagrou-se pela qualidade científica e participação de profissionais de diversos estados brasileiros. Foram 1.100 inscritos, 235 Temas Livres e 186 palestrantes, sendo três internacionais.



Foto: Divulgação SBC/NNE

## Departamentos

### SBC/DCC/GEMCA

O tema Espiritualidade será destaque no 71º CBC. A programação do Gemca incluirá o II Simpósio Pré-Congresso - Espiritualidade e Medicina Cardiovascular na Prática Clínica, discutindo questionários, aspectos culturais, placebo e nocebo, prece intercessória e terminalidade.

O tema “Experiências de Quase-morte” será debatido no inédito Fórum de ideias - Muito além da ciência, com reflexões sobre a existência de vida após a morte e a mesa “Espiritualidade em cardiologia” abordará religiosidade e espiritualidade, desfechos clínicos, Takotsubo e evidências clínicas da espiritualidade.

### SBC/DA

A FH Foundation, uma organização voltada às pessoas com hipercolesterolemia familiar, conseguiu a inclusão de dois novos códigos para a doença: E78.01 Hipercolesterolemia familiar e Z 83.42 História familiar de hipercolesterolemia. O DA propõe as mesmas alterações à AMB em sua próxima revisão em 2017, diferenciando aqueles com necessidades adicionais de utilização de fármacos hipolipemiantes.

Não perca o Simpósio do DA no 71º CBC, dia 23 de setembro, às 9h, com a presença de Peter Libby, Jennifer Robinson e Jonathan Cohen.

### SBC/DERC

O próximo 23º Congresso do DERC, 1º a 3 de dezembro, no Rio de Janeiro, será a última oportunidade para realização da prova de habilitação em Ergometria em 2016. A qualificação em Ergometria valoriza o cardiologista que atua nesta área de atuação da nossa especialidade. Além de se atualizar nas áreas do DERC com a sua participação no Congresso, o grande evento terminará com a realização da prova na manhã do dia 3 de dezembro. Inscreva-se no Congresso, envie seu tema livre e realize a prova de Ergometria. Após aprovação, acrescente no seu carimbo: cardiologista e ergometrista.

## Parceiros da Cardiologia

# Reunião de comercialização será em 6 de outubro

## *Congresso Brasileiro de Cardiologia volta a São Paulo em 2017*

A reunião de comercialização para o 72º Congresso Brasileiro de Cardiologia já está agendada para 6 de outubro, no período da manhã, em horário que ainda será definido. O encontro vai acontecer na capital paulista, onde também será realizado o Congresso de 2017.

Na ocasião, a Diretoria e a Gerência da SBC receberão os Parceiros da Cardiologia para a cerimônia do Prêmio Empresarial. “Contamos com a presença dos executivos das empresas que receberão os convites nas próximas semanas”, adianta o gerente geral da SBC, Fernando Palauso.

O São Paulo Expo, a 10 minutos do aeroporto de Congonhas, é o maior Centro de Exposições, Congressos e Convenções da América Latina em área coberta, com 100 mil m². A modernização do espaço contou com investimentos de R\$ 410 milhões. Os recursos foram para a reforma do pavilhão existente, construções de nova área de exposição e centro de convenções, além de um edifício garagem com 4,5 mil vagas cobertas.



Foto: Divulgação São Paulo Expo

# A experiência de quase morte e a espiritualidade

**Tema será abordado pela primeira vez, com profundidade, no Congresso Brasileiro de Cardiologia**

O assunto espiritualidade tem crescido entre os médicos e já faz parte da grade curricular de quase todas as faculdades de Medicina dos Estados Unidos. No Brasil ainda é pouco difundido, mas o interesse vem crescendo e os estudantes têm formado ligas acadêmicas para estudar o que as universidades ainda não oferecem. O número de pesquisas pelo mundo também está aumentando. Por isso, o tema será abordado durante o 71º Congresso Brasileiro de Cardiologia.

O Fórum de Ideias “Muito além da Ciência – espiritualidade, experiência de quase morte” apresentará os conceitos sobre a Experiência de Quase Morte (EQM). “Debateremos todas as hipóteses levantadas para justificar a EQM, como a hipóxia, o efeito de medicação ou efeito de epilepsia. Os estudos demonstram que não é isso o que acontece”, afirma o secretário do Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (Gemca) da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Mário Borba.

O que intriga a medicina é: quando o paciente vive a EQM, ele vivencia uma experiência extracorporal – em geral decorrente de uma parada cardíaca, derrame ou

em situações de anestesia em cirurgia, por exemplo – preservando sua consciência, mesmo sem atividade cerebral. “Como estas pessoas sem nenhuma atividade elétrica têm capacidade de memória enorme, lembrando de tudo com uma clareza muito maior do que quando estão ‘vivas’?”, questiona Borba.

Estudos já publicados são *unânimes* em relatar essas vivências. “Hoje existem escalas que avaliam quão profunda e intensa é a EQM. É a chamada Escala de Greyson”, complementa o palestrante.

## **Conclusões**

“Os médicos que atendem pacientes que passaram por essa situação não param para ouvir o que eles têm para relatar. E pior, muitos especialistas ministram antipsicóticos para pessoas muito mais lúcidas do que em outros momentos”, alerta *Mário Borba*.

Sobre o ceticismo dos profissionais de saúde, o secretário do Gemca tem uma posição: “O que chamamos de *céticos* são colegas que ainda não analisaram os dados. Porque todos os médicos que estudam as pesquisas passam a se interessar pelo tema”.

# NEBLOCK®

## cloridrato de nebivolol

O betabloqueador que oferece vários benefícios aos pacientes.<sup>1,2</sup>



REDUZ A MORTALIDADE E A HOSPITALIZAÇÃO EM PACIENTES COM IC.<sup>3,4</sup>

MENOR INTERFERÊNCIA NA FUNÇÃO SEXUAL DO QUE OS OUTROS BETABLOQUEADORES.<sup>5,6</sup>

ADEQUADO PARA FRACIONAMENTO DE DOSE.<sup>7</sup>



Apresentação 5 mg com 30 e 60 comprimidos.

### 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. MEDICAMENTO SIMILAR EQUIVALENTE AO MEDICAMENTO DE REFERÊNCIA. 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  $\geq 70$  anos. **Contraindicações:** Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a algum dos excipientes, 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. **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. **Posologia:** Os comprimidos podem ser tomados junto com as refeições. Podem ser partidos em 4 partes iguais. Hipertensão: Adultos – recomenda-se 5 mg/dia. 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. **(Out 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. Pereira Barretto AC. Nebivolol na Insuficiência Cardíaca de Pacientes Não Idosos. *RBM Mar* 12 V 69 N 3. 4. Flather MD, et al. Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS). *Eur Heart J* 2005; 26:215-225. 5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. "VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão." *Arq Bras Cardiol* 2010; 95 (1 supl. 1): 1-51. 6. Doumas M, Tsakiris A, Douma S, Grigorakis A, Papa-dopoulos A, Hounta A, et al. Beneficial effects of switching from betablockers to nebivolol on the erectile function of hypertensive patients. *Asian J Androl.* 2006;8:177-82. 7. Bula do Neblock.



**SBC faz alerta sobre aumento de risco de infarto no inverno**

A reportagem exibida no *Jornal Hoje* da TV Globo constatou um aumento de 30% no risco de infarto durante os dias de inverno. “Com o frio, o organismo trabalha mais para manter a temperatura do corpo e o processo exige mais do coração”, orientou o repórter, que completou: “alimentos leves, sopas, caldos, bebidas quentes, uma roupa adequada para temperatura ajuda a reduzir os riscos. Os médicos também lembram que pacientes com doenças crônicas não podem se esquecer dos medicamentos de rotina. E a vacina contra a gripe também é uma aliada importante”.

**Reportagens sobre o 71º Congresso são publicadas**

Desde meados de julho que o 71º Congresso Brasileiro de Cardiologia tem sido noticiado entre os portais do setor de saúde e na imprensa de Fortaleza. Os dois principais jornais da capital cearense vêm dando destaque ao evento. *O Povo* informou sobre a participação da *chef* de cozinha e apresentadora Rita Lobo no Fórum de Ideias. Já o *Diário do Nordeste* publicou a vinda de Paul Whelton para a abertura do evento.

**Diário do Nordeste**

VIDA

**Alerta vermelho para os hipertensos**

Fortaleza recebe expertises para discutir sobre o maior fator de risco que ateta o coração e a circulação

**Redução de sal não foi suficiente para diminuir mortes**

A versão *online* da revista *Veja* publicou reportagem sobre o acordo entre o Ministério da Saúde e a Associação das Indústrias da Alimentação que retirou mais de 14.000 toneladas de sódio dos alimentos processados desde 2011. Apesar da iniciativa, não houve alteração no número de pessoas com hipertensão no Brasil e a diminuição poderia ter sido ainda maior. Segundo cálculos da SBC, citada na matéria, a diminuição do consumo excessivo de sal poderá reduzir em até 15% os óbitos por AVC e em 10% as mortes por infarto.



**Redução de sal nos alimentos não alterou a hipertensão no Brasil**



**Ecocardiograma fetal no pré-natal em reportagem no Conexão Tocantins**

A presidente do XXIV Congresso Brasileiro de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, Cristiane Martins, elogiou em reportagem publicada no portal *Conexão Tocantins* o projeto de lei que torna obrigatório o exame de ecocardiograma fetal no pré-natal. As cardiopatias ficam em terceiro lugar no ranking de óbito após o nascimento. “A maioria das cardiopatias congênitas é tratável. E se o médico consegue diagnosticar antes do nascimento, ele poderá planejar o parto em local adequado para evitar o óbito”, afirmou Cristiane.



**Projeto de Lei da deputada Dulce Miranda quer diminuir mortes de bebês por doenças cardíacas congênitas, as anomalias no coração, é o objetivo da deputada federal Dulce Miranda (PMDB-TO) com o Projeto de Lei (PL) nº 5713/2016. A parlamentar apresentou o projeto na Câmara dos Deputados, pedindo a obrigatoriedade do exame de ecocardiograma fetal, o ultrassom no coração, no pré-natal de gestantes que estejam com idade gestacional entre 16 e 28 semanas.**

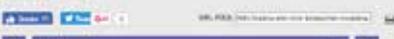


**Risco de interrupção no fornecimento de radiofármacos**

O presidente da SBC, Marcus Bolívar Malachias, encaminhou nota de apoio à Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear por conta do risco de interrupção no fornecimento de radiofármacos necessários para a realização de seis mil exames/dia, cerca de 1,5 milhão/ano. “Destaco a preocupação com a dificuldade de disponibilização de radiofármacos no país, na expectativa de sensibilizar as autoridades responsáveis para uma urgente solução de seu fornecimento, imprescindível ao manejo clínico e preservação da vida de milhares de cidadãos brasileiros”, afirmou. O posicionamento da SBC mobilizou a mídia que publicou reportagens em jornais e sites. Marcus Malachias e Claudio Tinoco Mesquita ainda concederam entrevistas para as rádios Nacional e CBN.



Os radiofármacos são necessários para a realização de exames para detectar diversas doenças, entre elas, cânceres e doenças cardiovasculares



Com a interrupção do fornecimento de radiofármacos, o risco de interrupção de exames de diagnóstico por imagem, a Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear (SBMN) alerta que há risco de interrupção do fornecimento de radiofármacos necessários para a realização de seis mil exames por dia, cerca de 1,5 milhão por ano.



# O melhor da Música Popular Brasileira

Nesta coluna iremos abordar a música popular brasileira, a MPB. Começamos com o disco *Acabou chorare* dos Novos Baianos (eleito pela *Rolling Stone* como o maior disco brasileiro da história). Aliás, não faltam abaixo obras-primas da Bahia, como o *Expresso 2222* de Gil, o *Transa* de Caetano (no exílio) e o grande disco ao vivo de Gal com Lanny Gordin na guitarra. Os mesmos artistas também contribuem juntamente com Mutantes,

R. Duprat e Tom Zé, dentre outros, no clássico *Tropicália*, outra obra máxima de nossa música. Sugiro também o disco *Construção* de Chico Buarque (para mim maior disco brasileiro da história) e os álbuns inesquecíveis *Clube da Esquina* e *Falso brilhante*. Finalmente, não poderia faltar a maravilhosa mistura, promovida por Jorge Benjor e Tim Maia, de nossa música popular com a *black music* americana.



Novos Baianos  
*Acabou chorare*



Chico Buarque  
*Construção*



Gilberto Gil  
*Expresso 2222*



Milton Nascimento e  
Vários Artistas  
*Clube da Esquina*



Caetano Veloso  
*Transa*



Elis Regina  
*Falso brilhante*



Gal Costa  
*A todo vapor*



Jorge Ben  
*A Tábua de Esmeralda*



Vários Artistas  
*Tropicália Ou  
Panis Et Circencis*



Tim Maia  
*Racional Vol I e Vol II*



# Um exemplo para os gaúchos e para o Brasil

*Jorge Pinto Ribeiro, uma perda prematura para a Cardiologia*

Recentemente solicitei ao Jorge Ilha Guimarães, presidente da SBC (biênio 2010/2011), que prestasse uma homenagem à Cardiologia do Rio Grande do Sul lembrando alguém que tivesse colaborado com o desenvolvimento da nossa especialidade. Imediatamente ele citou o professor Jorge Pinto Ribeiro, um exemplo para os gaúchos e para o Brasil. A seguir, o relato de Jorge Ilha.



Jorge Pinto Ribeiro



Jorge Ilha Guimarães

*“Jorge Pinto Ribeiro foi um cardiologista brilhante, um orador excepcional, um professor dedicado, um pesquisador respeitável e minha admiração está ligada ao seu conjunto de realizações. Foi alguém que construiu, que sempre procurou um*

*patamar de excelência para a Cardiologia brasileira. Dessa forma, empenhou-se em fazer e exigir o melhor no seu entorno. Era um líder inovador e produtivo, sempre procurando a verdade científica.*

*Fez uma grande carreira acadêmica: “Fellow” em Cardiologia, Brigham and Women’s Hospital, pela Harvard University (1982-1985); Doutor em Ciências, pela Boston University (1985); entre os vários cargos que ocupou na USP, UFRGS, Hospital Moinhos de Vento e na SBC (vice-presidente 1999-2001). Pesquisador do CNPq, desenvolveu linhas de pesquisa em várias áreas da Cardiologia. Ao longo da carreira de orientador de pós-graduação, formou 31 mestres e 26 doutores. (o currículo completo está no link: <http://jornal.cardiol.br/setembro/historias-da-cardiologia.html> .*

*Jorge foi incansável no desenvolvimento da pesquisa na Faculdade de Medicina da UFRGS e no Hospital de Clínicas. Foi coordenador da Pós-Graduação em Cardiologia e coordenador do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG). Sua gestão foi caracterizada pela enorme expansão destas pesquisas, pelos desafios aos conceitos estabelecidos, pela sua postura ética e renovação de valores.*

*Ele sempre dizia que suas maiores paixões eram sua carreira acadêmica e sua família. Mas sua atuação ia muito além disto. Era um desportista: foi nadador quando jovem, fazia esqui aquático e surfava. Tinha grande inserção social, frequentando e fazendo parte das atividades sociais de Porto Alegre. Toda esta atividade só era possível pela sua imensa energia, sua vontade de fazer coisas, sua curiosidade pelas várias facetas da vida e pela sua inteligência.*

*Jorge faleceu em 23 de agosto de 2012, aos 57 anos, no auge de sua carreira, de um tumor raro. Uma morte prematura e sem sentido para todos os seus amigos. Muito cedo perdemos todos, porque Jorge ainda iria fazer muito”,*

*Jorge Ilha Guimarães.*



# Atividade Especial SBCCV

Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular no 71º Congresso da SBC

Dando sentido aos novos conceitos internacionais a respeito da indispensável ação conjunta dos profissionais da área cardiológica, cristalizada na expressão "Heart Team", cardiologistas e cirurgiões cardiovasculares estarão reunidos na "Atividade Especial SBCCV & SBC".

A reunião ocorrerá no dia 23 de setembro 2016, das 9h às 12h45, no Auditório Institucional nº 19, do Centro de Eventos do Ceará, durante o 71º Congresso de Cardiologia.

Serão tratados temas de alto interesse das áreas tangentes entre as especialidades nas quais a atuação multidisciplinar é mui-

to importante para obtenção de resultados consistentes com o atual estado da arte.

No programa constam apresentações "direto ao ponto" como:

- Estenose Aórtica e Insuficiência Mitral no idoso: TAVI? Mitral Clip?
- Angina Estável: DEFER, SYNTAX, FAME, COURAGE, MASS, ISCHEMIA ETC.

*Contamos com a presença dos cardiologistas para que esses assuntos sejam discutidos para benefício dos pacientes que merecem todo nosso esforço e dedicação.*



# Ensino médico e medicina translacional

A lentidão na transformação de conhecimentos básicos em instrumentos de aplicação clínica tem sido problema constante em medicina. Por exemplo, entre as pesquisas básicas sobre o colesterol na aterosclerose (1908) e o primeiro grande estudo clínico de Framingham (1961) transcorreram mais de 50 anos. Hoje a medicina translacional procura encurtar esse período. Recentemente fundamos a Associação Brasileira de Cardiologia Translacional (ABCT) cujo objetivo fundamental é difundir o conceito translacional e aproximar áreas básicas e clínicas com interesses comuns. Realizamos o primeiro Simpósio conjunto no Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão em julho de 2016, com grande sucesso. Em setembro teremos outros simpósios conjuntos, no Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia, em Fortaleza.

As instituições de ensino, na graduação e pós-graduação, precisam se adaptar ao conceito translacional. Essa tarefa

não é simples. Necessita-se dos pesquisadores, das instituições com laboratórios modernos e de excelência clínica, de orçamento específico, mas, sobretudo necessita-se de uma cultura de integração que aproxime pesquisadores das áreas básicas e os clínicos. Todos são importantes, mas a formação científica dos professores é a necessidade dominante.

As instituições de ensino têm o dever de criar ambiente de geração do conhecimento, e não apenas de transmissão do conhecimento. A geração de novos conhecimentos é o que realmente impulsiona o progresso. Dada a complexidade dos avanços médicos em geral, especialmente da genética e da biologia molecular, só a associação entre investigadores básicos e pesquisadores clínicos poderá oferecer bases científicas sólidas para novas conquistas. Nesse cenário é que se insere a contribuição de medicina translacional.

# **Cardiologista que perdeu a visão antes de concluir a residência trabalha em dois hospitais de Fortaleza**



Col. Roberto Cleidson Chaves

*“Nunca tive grandes problemas de não aceitação ou depressão. Vivo cercado de amigos.”*

*O cearense Roberto Cleidson Chaves aprendeu cedo que viver é superar-se. Ele tinha 26 anos, estava no último ano de residência em Cardiologia – fazia subespecialização em Ecocardiograma – quando teve descolamento de retina nos dois olhos e perda total da visão, em decorrência de uma colisão traseira, na BR 116, próximo a Fortaleza. Voltava para casa depois de um dia de trabalho.*

Passou por cirurgias nos melhores hospitais de oftalmologia do Brasil e dos Estados Unidos, mas só recuperou um quarto da visão direita. “Depois do diagnóstico definitivo, iniciei a fase de adaptação. Nunca tive grandes problemas de não aceitação ou depressão. Comecei a adaptação no

Instituto dos Cegos em Fortaleza, onde, entre outras coisas, aprendi Braille. Mas a tecnologia me ajudou muito”, explica Chaves, que faz acompanhamento periódico com um ex-colega de medicina que se especializou em oftalmologia, Leria Andrade Neto.

## ***Um coração valente e dois corações solidários***

Com a ajuda dos amigos Eudesio Nobre e Fátima Pinto, que sempre estudavam com ele, Chaves terminou a residência e, em 1992, prestou concurso para trabalhar no Hospital de Messejana, em Fortaleza. Passou em primeiro lugar e atende no Ambulatório de Cardiologia até hoje. Rotina que ele também cumpre no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Ceará. “Faço ambulatório com residentes de Clínica Médica e de Cardiologia. Eles ficam ao meu lado e vão anotando tudo, além de me auxiliarem com os equipamentos”, ressalta.

E a rotina não para por aí. Também orienta estudantes internos (do 6º ano de Medicina), dá aula, promove

atividades científicas e participa de sessões clínicas nos hospitais, onde são apresentados os casos mais interessantes para todo o corpo clínico. “Este encontro é fundamental para a troca de experiência, apresentação de temas atuais e discussão de condutas.”

O médico conta até hoje com a parceria dos amigos Eudesio e Fátima para se atualizar. Eles se encontram toda semana para a leitura de textos, trabalhos científicos e diretrizes. “Vou a dois congressos por ano, o da Socesp e o da SBC. Não pretendo parar tão cedo. Gosto muito de dar aulas, aprendo com os alunos. Sem contar que eles pesquisam tudo para mim. A gente tem que ser humilde”, conclui.

# rosucor®

## rosuvastatina cálcica

A ROSUVASTATINA DO CORAÇÃO COM EFICÁCIA COMPROVADA NA REDUÇÃO DE LDL-c.<sup>1,2,3</sup>

A **Rosuvastatina** tem **menor interação** medicamentosa do que a **Atorvastatina**.<sup>3,4</sup>

A **Rosuvastatina** é a estatina **mais potente** na redução de LDL-c.<sup>2,5,6</sup>



**Contraindicação:** hipersensibilidade aos componentes da fórmula. **Interação Medicamentosa:** antagonista da vitamina K.

**ROSUCOR®** (rosuvastatina cálcica). Registro MS nº 1.0525.0043. Medicamento Similar Equivalente ao Medicamento de Referência. USO ORAL. USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 10 ANOS. Composições, Forma farmacéutica e Apresentações: Rosucor® 10 mg: cada comprimido contém 10 mg de rosuvastatina; embalagem com 10, 30 ou 60 comprimidos revestidos e sulcados. Rosucor® 20 mg: cada comprimido contém 20 mg de rosuvastatina; embalagem com 30 ou 60 comprimidos revestidos. **Indicações:** como adjuvante à dieta quando a resposta à dieta e aos exercícios for inadequada. Em pacientes adultos: com hipercolesterolemia é indicado para: redução do LDL-colesterol, colesterol total e triglicérides elevados; aumento do HDL-colesterol em pacientes com hipercolesterolemia primária (familiar heterozigótica e não familiar) e dislipidemia combinada (mista) (Fredrickson tipos IIa e IIb). ROSUCOR® também diminui ApoB, não-HDL-C, VLDL-C, VLDL-TG, e as razões LDL-C/HDL-C, Ctotal/HDL-C, não-HDL-C/HDL-C, ApoB/ApoA-I e aumenta ApoA-I nestas populações. Tratamento da hipertrigliceridemia isolada (hiperlipidemia de Fredrickson tipo IV). Redução do colesterol total e LDL-C em pacientes com hipercolesterolemia familiar heterozigótica, tanto isoladamente quanto como um adjuvante à dieta e a outros tratamentos de redução de lipídios (por ex.: aférese de LDL), se tais tratamentos não forem suficientes. Retardar ou reduzir a progressão da aterosclerose. Em crianças e adolescentes de 10 a 17 anos de idade: é indicado para redução do colesterol total, LDL-C e ApoB em pacientes com hipercolesterolemia familiar heterozigótica (HeFH). **Contraindicações:** para pacientes com hipersensibilidade à rosuvastatina cálcica ou aos outros componentes da fórmula; com doença hepática ativa; durante a gravidez, na lactação e a mulheres com potencial de engravidar, que não estão usando métodos contraceptivos apropriados. **Gravidez:** Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou que possam ficar grávidas durante o tratamento. **Precauções e advertências:** cautela em pacientes que consomem grandes quantidades de álcool, com história de doença hepática, com mialgia, miopatia ou rabdomiólise, que estejam recebendo ciclosporina, genfibrozila, ácido nicotínico, antifúngicos (do grupo azóis) e macrolídeos, em pacientes com insuficiência renal, com hipotireoidismo e em idosos. Assim como com outros inibidores da HMG-CoA redutase, foi observado aumento dos níveis de HbA1c e da glicose sérica e em alguns casos, estes aumentos podem exceder o limiar para o diagnóstico do diabetes, principalmente em pacientes com alto risco de desenvolvimento do diabetes mellitus. Deve ser usado com cautela por pacientes com intolerância à lactose. **Interações medicamentosas:** varfarina/antagonistas da vitamina K, inibidores da protease, ciclosporina, fenofibratos e genfibrozila, antiácidos. **Reações Adversas:** geralmente é bem tolerado e as reações geralmente são leves e transitórias. As mais comuns são: cefaleia, mialgia, astenia, constipação, vertigem, náuseas e dor abdominal. Foram observados, em pequeno número, casos de aumento de transaminases hepáticas, CK, HbA1c e proteínaúria. **Posologia:** pode ser ingerido a qualquer hora do dia, com ou sem alimentação. Comprimidos de 10 mg podem ser partidos, os de 20 mg não devem ser partidos. A faixa de dose recomendada é de 10 mg a 40 mg, administrados por via oral, em dose única diária, a qualquer hora do dia, com ou sem alimento. A dose máxima diária é de 40 mg. A dose deve ser individualizada de acordo com a meta da terapia e a resposta do paciente. A maioria dos pacientes é controlada na dose inicial. Entretanto, se necessário, o ajuste de dose pode ser feito em intervalos de 2 a 4 semanas. Adultos: Hipercolesterolemia primária (incluindo hipercolesterolemia familiar heterozigótica), dislipidemia mista, hipertrigliceridemia isolada e tratamento da aterosclerose: a dose inicial habitual é de 10 mg uma vez ao dia. Para pacientes com hipercolesterolemia grave (incluindo hipercolesterolemia familiar heterozigótica), ou aqueles que necessitem meta agressiva de redução de LDL-c, pode-se considerar uma dose inicial de 20 mg. Hipercolesterolemia familiar heterozigótica: recomenda-se uma dose inicial de 20 mg uma vez ao dia. Crianças e adolescentes de 10 a 17 anos: para hipercolesterolemia familiar heterozigótica, dose de 5 a 20 mg ao dia, e a dose deve ser apropriadamente titulada. Para hipercolesterolemia familiar heterozigótica a experiência é limitada a um pequeno número de pacientes (idade igual ou maior que 8 anos). Populações Especiais: - Idosos: a faixa de doses habitual. - Pacientes com insuficiência renal: a faixa de doses habitual se aplica a pacientes com insuficiência renal de leve a moderada. Para pacientes com insuficiência renal grave, a dose não deve exceder 10 mg uma vez ao dia. - Pacientes com insuficiência hepática: a faixa habitual de doses se aplica a pacientes com insuficiência hepática de leve a moderada. Foi observado aumento da exposição sistêmica à rosuvastatina em pacientes com insuficiência hepática grave; portanto, o uso de doses superiores a 10 mg deve ser cuidadosamente considerado. Raça: tem sido observada uma concentração plasmática aumentada de rosuvastatina em asiáticos, devendo ser considerada uma dose inicial de 5 mg. O aumento da exposição sistêmica deve ser levado em consideração no tratamento de pacientes asiáticos cuja hipercolesterolemia não é adequadamente controlada com doses diárias de até 20 mg. Terapia concomitante: O risco de miopatia é maior quando rosuvastatina é administrada concomitantemente com medicamentos que podem aumentar a concentração plasmática da rosuvastatina, por exemplo, a ciclosporina e alguns inibidores da protease. Em situações que a coadministração é inevitável, o benefício, o risco e o ajuste de posologia devem ser cuidadosamente considerados. (Ago 15) **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

**Referências:** 1. Strandberg TE, et al. Twelve-week, multicenter, randomized, open-label, comparison of the effects of rosuvastatin 10mg/d and atorvastatin 10mg/d in high-risk adults: A DISCOVERY Study. Clinical Therapeutics, 2004; 26(11): 1821-34. 2. Jones PH, et al. STELLAR Study Group. "Comparison of the efficacy and safety of rosuvastatin versus atorvastatin, simvastatin, and pravastatin across doses" (STELLAR Trial). Am J Cardiol. 2003;93(2):152-160. 3. Fonseca FAH. Farmacocinética das Estatinas. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2005;85(Supl IV):9-14. 4. Rabbani SA, Mahlab S. Rosuvastatin: a review of pharmacodynamics and pharmacokinetic properties. Br J Med Health Res. 2014; 2(4):1-20. 5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. "V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose." Arq Bras Cardiol 2013; 101 (4 Supl. 3):1-22. 6. Stone NJ, et al. "2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines." J Am Coll Cardiol 2013.

# UMA TERAPIA HIPOLIPEMIANTE REVOLUCIONÁRIA QUE PROPORCIONA REDUÇÕES INTENSAS E PREVISÍVEIS DO LDL-C COM SIMPLES ADMINISTRAÇÃO



NO LAPLACE-2

## Repatha<sup>™</sup> + ESTATINA\*

PROPORCIONOU ATÉ

# 75% DE REDUÇÃO ADICIONAL DO LDL-C

EM COMPARAÇÃO AO PLACEBO + ESTATINA<sup>1, \*</sup>

E PERMITIU QUE ATÉ

# 94%

dos pacientes atingissem LDL-C < 70 mg/dL<sup>1,2</sup>

Resultados de um estudo clínico de 12 semanas, multicêntrico, duplo-cego, randomizado e controlado por placebo em pacientes com hipercolesterolemia primária ou dislipidemia mista. O desfecho primário foi a alteração percentual média em relação ao período basal no LDL-C até a semana 12 para a dose de estatina tolerada, ou isoladamente ou em combinação a outras terapias hipolipemiantes em pacientes que são intolerantes à estatina, ou para aqueles cujo a estatina é contraindicada. Hipercolesterolemia Familiar Homozigótica: indicado em adultos e adolescentes com 12 anos de idade ou mais com hipercolesterolemia familiar homozigótica em combinação a outras terapias hipolipemiantes. O efeito de REPATHA<sup>™</sup> sobre a morbidade e mortalidade cardiovascular ainda não foi determinado. **CONTRAINDICAÇÕES:** contraindicado em pacientes com hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer excipiente. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** Terapias Hipolipemiantes Concomitantes: Quando usar REPATHA<sup>™</sup> em combinação às estatinas ou outras terapias hipolipemiantes (por exemplo, ezetimiba), o médico prescritor deve consultar as seções Contraindicações e as Advertências e Precauções da bula para aquelas medicações. Interferência em Testes Laboratoriais e Diagnósticos: Não conhecido. Gravidez: Não há dados ou dados limitados do uso de REPATHA<sup>™</sup> em mulheres grávidas. Estudos em animais não indicam direta ou indiretamente efeitos relacionados à toxicidade reprodutiva. REPATHA<sup>™</sup> não deve ser usado durante a gravidez a menos que a condição clínica da mulher necessite de um tratamento com evolucumabe. Categoria B para gravidez: Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. Lactação: Não se sabe se evolucumabe é excretado no leite humano. O risco de amamentar recém-nascidos não pode ser excluído. Fertilidade: Não há dados disponíveis sobre o efeito de evolucumabe sobre a fertilidade humana. Pediatria: A segurança e eficácia de REPATHA<sup>™</sup> em combinação com dieta e outras terapias de redução do LDL-C em adolescentes com hipercolesterolemia familiar homozigótica (FHfho) que necessitam de reduções adicionais de LDL-C foram estabelecidas com base nos dados de 12 semanas, em um ensaio controlado por placebo, que incluiu 10 adolescentes (de 13 a 17 anos de idade) com FHfho. O perfil de segurança de REPATHA<sup>™</sup> nestes adolescentes foi similar ao descrito para pacientes adultos com FHfho. A segurança e eficácia de REPATHA<sup>™</sup> não foi estabelecida em pacientes pediátricos com FHfho menores de 13 anos. A segurança e eficácia de REPATHA<sup>™</sup> não foi estabelecida em pacientes pediátricos com hiperlipidemia primária (hipercolesterolemia familiar heterozigótica (FHhe), não familiar e dislipidemia mista. Geriatria: Do número total de 6.026 pacientes nos estudos clínicos de REPATHA<sup>™</sup>, 1.779 (30%) tinham ≥ 65 anos de idade, enquanto 223 (4%) tinham ≥ 75 anos de idade. Não foram observadas diferenças globais na segurança ou eficácia entre esses pacientes e os pacientes mais jovens. Insuficiência Renal: Pacientes com comprometimento renal grave (definido como [TFGe] < 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) não foram estudados. REPATHA<sup>™</sup> deve ser usado com cautela em pacientes com insuficiência renal grave. Insuficiência Hepática: Em pacientes com insuficiência hepática moderada, uma redução na exposição total de evolucumabe foi observada que pode levar a um efeito reduzido sobre a redução do LDL-C. Portanto, um acompanhamento de perto deve ser garantido para esses pacientes. Pacientes com comprometimento hepático grave (Child-Pugh C) não foram estudados. REPATHA<sup>™</sup> deve ser usado com cautela em pacientes com insuficiência hepática grave. Limitações de uso: O efeito de REPATHA<sup>™</sup> na morbidade e mortalidade cardiovascular não foi determinado. Reações Alérgicas: Reações de hipersensibilidade (por exemplo, erupção cutânea, urticária) foram relatadas em pacientes tratados com REPATHA<sup>™</sup>, incluindo alguns que levaram a descontinuação da terapia. Se sinais e sintomas de reações alérgicas graves ocorrerem, interromper o tratamento com REPATHA<sup>™</sup>, proceder de acordo com o tratamento padrão e monitorar até que os sinais e sintomas sejam resolvidos. Borracha natural seca: A proteção da agulha da caneta preenchida SureClick é feita de borracha natural seca (um derivado do látex), que pode causar reações alérgicas. Teor de sódio: Este medicamento contém menos de 1 mmol de sódio (23mg) por dose, ou seja, é praticamente "livre de sódio". Efeitos sobre a capacidade de dirigir e operar máquinas: REPATHA<sup>™</sup> não possui influência na capacidade de dirigir ou operar máquinas. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Não foram conduzidos estudos de interação medicamentosa para REPATHA<sup>™</sup>. A interação farmacocinética entre estatinas e evolucumabe foi avaliada nos estudos clínicos com REPATHA<sup>™</sup>. Foi observado um aumento de aproximadamente 20% no clearance de evolucumabe em pacientes que receberam concomitantemente estatinas. Esse aumento do clearance é em parte mediado pelas estatinas aumentando a concentração de Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin Type 9 (PCSK9) que não teve impacto adverso no efeito farmacodinâmico de evolucumabe sobre os lipídios. Não são necessários ajustes nas doses de estatina quando usadas em combinação ao REPATHA<sup>™</sup>. Não há estudos sobre a interação farmacocinética e farmacodinâmica entre REPATHA<sup>™</sup> e outras drogas hipolipemiantes além de estatinas e ezetimiba que foram realizados. **POSOLOGIA:** Hipercolesterolemia Primária (Familiar heterozigótica e não familiar) e Dislipidemia Mista em adultos: A dose recomendada de REPATHA<sup>™</sup> é de 140 mg a cada duas semanas ou de 420 mg uma vez a cada duas semanas; ambas as doses são clinicamente equivalentes. Hipercolesterolemia Familiar Homozigótica em adultos e adolescentes de 12 anos de idade e acima: A dose recomendada é de 420 mg uma vez a cada duas semanas. Pacientes com Insuficiência Renal: Não é necessário ajuste de dose em pacientes com comprometimento renal leve a moderado. Dose em Pacientes com Insuficiência Hepática: Não é necessário ajuste de dose em pacientes com comprometimento hepático leve. Dose em Pacientes Idosos (≥ 65 anos de idade): Não é necessário ajuste de dose em pacientes idosos. População pediátrica: A segurança e eficácia de REPATHA<sup>™</sup> em crianças menores de 18 anos não foram estabelecidas na indicação para hipercolesterolemia primária familiar heterozigótica e não familiar e dislipidemia mista. Não há dados disponíveis. A segurança e eficácia de REPATHA<sup>™</sup> em crianças menores de 12 anos não foi estabelecida para hipercolesterolemia familiar homozigótica. Não há dados disponíveis. Método de Administração: Uso subcutâneo. REPATHA<sup>™</sup> é uma injeção subcutânea administrada no abdômen, coxa ou na parte superior do braço. Os locais de injeção devem ser alternados e as injeções não devem ser administradas em áreas onde a pele seja machucada, vermelha ou rígida. REPATHA<sup>™</sup> não deve ser administrado por via intravenosa ou via intramuscular. A dose de 420 mg uma vez a cada duas semanas deve ser administrada utilizando-se 3 canetas preenchidas SureClick consecutivamente dentro de 30 minutos. REPATHA<sup>™</sup> destina-se à autoadministração após treinamento apropriado. A administração de REPATHA<sup>™</sup> deve ser também realizada por um indivíduo que tenha sido treinado para administrar o produto. Contém apenas uma dose. Para instruções de administração ver "Instruções de Uso". Instruções Especiais para Uso e Manipulação: Antes da administração, a solução deve ser verificada. Não use a solução se conter partículas ou se estiver turva ou com descoloração. Para evitar desconforto no local da injeção, deve-se usar a caneta preenchida SureClick em temperatura ambiente (até 30°C) antes da injeção. Utilize o conteúdo inteiro da caneta preenchida SureClick. Qualquer medicamento não utilizado ou resíduos devem ser descartados de acordo com as exigências locais. Instruções detalhadas para a administração de REPATHA<sup>™</sup> são fornecidas com o produto. **REAÇÕES ADVERSAS:** Resumo do perfil de segurança: As reações adversas mais comumente reportadas durante os estudos pivô de hipercolesterolemia primária e dislipidemia mista, nas doses recomendadas, foram nasofaringite (4,8%), infecção do trato respiratório superior (3,2%), dor nas costas (3,1%), artralgia (2,2%), gripe (2,3%) e náuseas (2,1%). O perfil de segurança na população com hipercolesterolemia familiar homozigótica foi consistente com o demonstrado na hipercolesterolemia primária (familiar heterozigótica e não familiar) e na dislipidemia mista. Descrição das reações adversas selecionadas: Reações no local da injeção: As reações mais frequentes no local da injeção foram eritema, dor no local e hematomas. População pediátrica: Existem poucos dados disponíveis sobre o uso de REPATHA<sup>™</sup> na população pediátrica. Quatorze pacientes entre 12 e 18 anos de idade com hipercolesterolemia familiar homozigótica foram incluídos nos estudos clínicos. Não foram observadas diferenças globais na segurança ou eficácia entre os pacientes adultos e adolescentes com hipercolesterolemia familiar homozigótica. A segurança e eficácia de REPATHA<sup>™</sup> em pacientes pediátricos com hipercolesterolemia primária e dislipidemia mista não foi estabelecida. População geriátrica: Embora problemas de segurança não tenham sido observados em pacientes com mais de 75 anos, os dados são limitados neste subgrupo de idade. Do total de 6.026 pacientes nos estudos clínicos de REPATHA<sup>™</sup>, 1.779 (30%) foram ≥ 65 anos de idade, enquanto 223 (4%) foram ≥ 75 anos de idade. Não foram observadas diferenças globais em segurança ou eficácia entre esses pacientes e pacientes mais jovens. Imunogenicidade: Nos estudos clínicos, 0,1% dos pacientes (7 de 4.846 pacientes com hiperlipidemia primária e dislipidemia mista e 0 de 80 pacientes com hipercolesterolemia familiar homozigótica) tratados com pelo menos uma dose de REPATHA<sup>™</sup> tiveram teste positivo para desenvolvimento de anticorpos de ligação (4 desses pacientes tiveram anticorpos transitórios). Os pacientes cujo sororo foi positivo para anticorpos de ligação foram avaliados adicionalmente para anticorpos neutralizantes e nenhum dos pacientes foi positivo para anticorpos neutralizantes. A presença de anticorpos de ligação antievolucumabe não teve impacto sobre o perfil farmacocinético, a resposta clínica, ou a segurança de REPATHA<sup>™</sup>. Atenção: este produto é um medicamento novo e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis, mesmo que indicado e utilizado corretamente, podem ocorrer eventos adversos imprevisíveis ou desconhecidos. Nesse caso, notifique os eventos adversos através do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária – NOTIVISA, disponível em <http://www.anvisa.gov.br/hotline/notivisa/index.htm>, ou para a Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal. Informe também a empresa através do seu serviço de atendimento. MS 1.0244.0007. **Venda sob prescrição médica.** AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. **Distribuição exclusiva à classe médica.** (MB-REP 1-0).

\* Repatha<sup>™</sup> + atorvastatina 80 mg proporcionaram uma redução 75% maior do LDL-C em comparação ao placebo + atorvastatina 80 mg.<sup>1</sup>  
† O valor basal foi medido após o período de estabilização lipídica e antes da administração da primeira dose da droga em estudo.<sup>1</sup>

**Referências:** 1. Robinson JG, Nedergaard BS, Rogers WJ, et al. Effect of evolucumab or ezetimibe added to moderate or high-intensity statin therapy on LDL-C lowering in patients with hypercholesterolemia: the LAPLACE-2 randomized clinical trial. JAMA. 2014;311:1870-1882.  
2. REPATHA<sup>™</sup> (evolucumabe). Bula aprovada pela ANVISA em 18/04/2016.

**REPATHA<sup>™</sup> (evolucumabe). INDICAÇÕES:** Hipercolesterolemia e Dislipidemia Mista: indicado para adultos com hipercolesterolemia primária (familiar heterozigótica e não familiar) ou dislipidemia mista, como adjuvante à dieta: em combinação à estatina ou à estatina mais outras terapias hipolipemiantes em pacientes incapazes de atingir os níveis da lipoproteína de baixa densidade (LDL-C) com o máximo de dose de estatina tolerada, ou isoladamente ou em combinação a outras terapias hipolipemiantes em pacientes que são intolerantes à estatina, ou para aqueles cujo a estatina é contraindicada. Hipercolesterolemia Familiar Homozigótica: indicado em adultos e adolescentes com 12 anos de idade ou mais com hipercolesterolemia familiar homozigótica em combinação a outras terapias hipolipemiantes. O efeito de REPATHA<sup>™</sup> sobre a morbidade e mortalidade cardiovascular ainda não foi determinado. **CONTRAINDICAÇÕES:** contraindicado em pacientes com hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer excipiente. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** Terapias Hipolipemiantes Concomitantes: Quando usar REPATHA<sup>™</sup> em combinação às estatinas ou outras terapias hipolipemiantes (por exemplo, ezetimiba), o médico prescritor deve consultar as seções Contraindicações e as Advertências e Precauções da bula para aquelas medicações. Interferência em Testes Laboratoriais e Diagnósticos: Não conhecido. Gravidez: Não há dados ou dados limitados do uso de REPATHA<sup>™</sup> em mulheres grávidas. Estudos em animais não indicam direta ou indiretamente efeitos relacionados à toxicidade reprodutiva. REPATHA<sup>™</sup> não deve ser usado durante a gravidez a menos que a condição clínica da mulher necessite de um tratamento com evolucumabe. Categoria B para gravidez: Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. Lactação: Não se sabe se evolucumabe é excretado no leite humano. O risco de amamentar recém-nascidos não pode ser excluído. Fertilidade: Não há dados disponíveis sobre o efeito de evolucumabe sobre a fertilidade humana. Pediatria: A segurança e eficácia de REPATHA<sup>™</sup> em combinação com dieta e outras terapias de redução do LDL-C em adolescentes com hipercolesterolemia familiar homozigótica (FHfho) que necessitam de reduções adicionais de LDL-C foram estabelecidas com base nos dados de 12 semanas, em um ensaio controlado por placebo, que incluiu 10 adolescentes (de 13 a 17 anos de idade) com FHfho. O perfil de segurança de REPATHA<sup>™</sup> nestes adolescentes foi similar ao descrito para pacientes adultos com FHfho. A segurança e eficácia de REPATHA<sup>™</sup> não foi estabelecida em pacientes pediátricos com FHfho menores de 13 anos. A segurança e eficácia de REPATHA<sup>™</sup> não foi estabelecida em pacientes pediátricos com hiperlipidemia primária (hipercolesterolemia familiar heterozigótica (FHhe), não familiar e dislipidemia mista. Geriatria: Do número total de 6.026 pacientes nos estudos clínicos de REPATHA<sup>™</sup>, 1.779 (30%) tinham ≥ 65 anos de idade, enquanto 223 (4%) tinham ≥ 75 anos de idade. Não foram observadas diferenças globais na segurança ou eficácia entre esses pacientes e os pacientes mais jovens. Insuficiência Renal: Pacientes com comprometimento renal grave (definido como [TFGe] < 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) não foram estudados. REPATHA<sup>™</sup> deve ser usado com cautela em pacientes com insuficiência renal grave. Insuficiência Hepática: Em pacientes com insuficiência hepática moderada, uma redução na exposição total de evolucumabe foi observada que pode levar a um efeito reduzido sobre a redução do LDL-C. Portanto, um acompanhamento de perto deve ser garantido para esses pacientes. Pacientes com comprometimento hepático grave (Child-Pugh C) não foram estudados. REPATHA<sup>™</sup> deve ser usado com cautela em pacientes com insuficiência hepática grave. Limitações de uso: O efeito de REPATHA<sup>™</sup> na morbidade e mortalidade cardiovascular não foi determinado. Reações Alérgicas: Reações de hipersensibilidade (por exemplo, erupção cutânea, urticária) foram relatadas em pacientes tratados com REPATHA<sup>™</sup>, incluindo alguns que levaram a descontinuação da terapia. Se sinais e sintomas de reações alérgicas graves ocorrerem, interromper o tratamento com REPATHA<sup>™</sup>, proceder de acordo com o tratamento padrão e monitorar até que os sinais e sintomas sejam resolvidos. Borracha natural seca: A proteção da agulha da caneta preenchida SureClick é feita de borracha natural seca (um derivado do látex), que pode causar reações alérgicas. Teor de sódio: Este medicamento contém menos de 1 mmol de sódio (23mg) por dose, ou seja, é praticamente "livre de sódio". Efeitos sobre a capacidade de dirigir e operar máquinas: REPATHA<sup>™</sup> não possui influência na capacidade de dirigir ou operar máquinas. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Não foram conduzidos estudos de interação medicamentosa para REPATHA<sup>™</sup>. A interação farmacocinética entre estatinas e evolucumabe foi avaliada nos estudos clínicos com REPATHA<sup>™</sup>. Foi observado um aumento de aproximadamente 20% no clearance de evolucumabe em pacientes que receberam concomitantemente estatinas. Esse aumento do clearance é em parte mediado pelas estatinas aumentando a concentração de Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin Type 9 (PCSK9) que não teve impacto adverso no efeito farmacodinâmico de evolucumabe sobre os lipídios. Não são necessários ajustes nas doses de estatina quando usadas em combinação ao REPATHA<sup>™</sup>. Não há estudos sobre a interação farmacocinética e farmacodinâmica entre REPATHA<sup>™</sup> e outras drogas hipolipemiantes além de estatinas e ezetimiba que foram realizados. **POSOLOGIA:** Hipercolesterolemia Primária (Familiar heterozigótica e não familiar) e Dislipidemia Mista em adultos: A dose recomendada de REPATHA<sup>™</sup> é de 140 mg a cada duas semanas ou de 420 mg uma vez a cada duas semanas; ambas as doses são clinicamente equivalentes. Hipercolesterolemia Familiar Homozigótica em adultos e adolescentes de 12 anos de idade e acima: A dose recomendada é de 420 mg uma vez a cada duas semanas. Pacientes com Insuficiência Renal: Não é necessário ajuste de dose em pacientes com comprometimento renal leve a moderado. Dose em Pacientes com Insuficiência Hepática: Não é necessário ajuste de dose em pacientes com comprometimento hepático leve. Dose em Pacientes Idosos (≥ 65 anos de idade): Não é necessário ajuste de dose em pacientes idosos. População pediátrica: A segurança e eficácia de REPATHA<sup>™</sup> em crianças menores de 18 anos não foram estabelecidas na indicação para hipercolesterolemia primária familiar heterozigótica e não familiar e dislipidemia mista. Não há dados disponíveis. A segurança e eficácia de REPATHA<sup>™</sup> em crianças menores de 12 anos não foi estabelecida para hipercolesterolemia familiar homozigótica. Não há dados disponíveis. Método de Administração: Uso subcutâneo. REPATHA<sup>™</sup> é uma injeção subcutânea administrada no abdômen, coxa ou na parte superior do braço. Os locais de injeção devem ser alternados e as injeções não devem ser administradas em áreas onde a pele seja machucada, vermelha ou rígida. REPATHA<sup>™</sup> não deve ser administrado por via intravenosa ou via intramuscular. A dose de 420 mg uma vez a cada duas semanas deve ser administrada utilizando-se 3 canetas preenchidas SureClick consecutivamente dentro de 30 minutos. REPATHA<sup>™</sup> destina-se à autoadministração após treinamento apropriado. A administração de REPATHA<sup>™</sup> deve ser também realizada por um indivíduo que tenha sido treinado para administrar o produto. Contém apenas uma dose. Para instruções de administração ver "Instruções de Uso". Instruções Especiais para Uso e Manipulação: Antes da administração, a solução deve ser verificada. Não use a solução se conter partículas ou se estiver turva ou com descoloração. Para evitar desconforto no local da injeção, deve-se usar a caneta preenchida SureClick em temperatura ambiente (até 30°C) antes da injeção. Utilize o conteúdo inteiro da caneta preenchida SureClick. Qualquer medicamento não utilizado ou resíduos devem ser descartados de acordo com as exigências locais. Instruções detalhadas para a administração de REPATHA<sup>™</sup> são fornecidas com o produto. **REAÇÕES ADVERSAS:** Resumo do perfil de segurança: As reações adversas mais comumente reportadas durante os estudos pivô de hipercolesterolemia primária e dislipidemia mista, nas doses recomendadas, foram nasofaringite (4,8%), infecção do trato respiratório superior (3,2%), dor nas costas (3,1%), artralgia (2,2%), gripe (2,3%) e náuseas (2,1%). O perfil de segurança na população com hipercolesterolemia familiar homozigótica foi consistente com o demonstrado na hipercolesterolemia primária (familiar heterozigótica e não familiar) e na dislipidemia mista. Descrição das reações adversas selecionadas: Reações no local da injeção: As reações mais frequentes no local da injeção foram eritema, dor no local e hematomas. População pediátrica: Existem poucos dados disponíveis sobre o uso de REPATHA<sup>™</sup> na população pediátrica. Quatorze pacientes entre 12 e 18 anos de idade com hipercolesterolemia familiar homozigótica foram incluídos nos estudos clínicos. Não foram observadas diferenças globais na segurança ou eficácia entre os pacientes adultos e adolescentes com hipercolesterolemia familiar homozigótica. A segurança e eficácia de REPATHA<sup>™</sup> em pacientes pediátricos com hipercolesterolemia primária e dislipidemia mista não foi estabelecida. População geriátrica: Embora problemas de segurança não tenham sido observados em pacientes com mais de 75 anos, os dados são limitados neste subgrupo de idade. Do total de 6.026 pacientes nos estudos clínicos de REPATHA<sup>™</sup>, 1.779 (30%) foram ≥ 65 anos de idade, enquanto 223 (4%) foram ≥ 75 anos de idade. Não foram observadas diferenças globais em segurança ou eficácia entre esses pacientes e pacientes mais jovens. Imunogenicidade: Nos estudos clínicos, 0,1% dos pacientes (7 de 4.846 pacientes com hiperlipidemia primária e dislipidemia mista e 0 de 80 pacientes com hipercolesterolemia familiar homozigótica) tratados com pelo menos uma dose de REPATHA<sup>™</sup> tiveram teste positivo para desenvolvimento de anticorpos de ligação (4 desses pacientes tiveram anticorpos transitórios). Os pacientes cujo sororo foi positivo para anticorpos de ligação foram avaliados adicionalmente para anticorpos neutralizantes e nenhum dos pacientes foi positivo para anticorpos neutralizantes. A presença de anticorpos de ligação antievolucumabe não teve impacto sobre o perfil farmacocinético, a resposta clínica, ou a segurança de REPATHA<sup>™</sup>. Atenção: este produto é um medicamento novo e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis, mesmo que indicado e utilizado corretamente, podem ocorrer eventos adversos imprevisíveis ou desconhecidos. Nesse caso, notifique os eventos adversos através do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária – NOTIVISA, disponível em <http://www.anvisa.gov.br/hotline/notivisa/index.htm>, ou para a Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal. Informe também a empresa através do seu serviço de atendimento. MS 1.0244.0007. **Venda sob prescrição médica.** AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. **Distribuição exclusiva à classe médica.** (MB-REP 1-0).

**CONTRAINDICAÇÕES:** CONTRAINDICADO EM PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE AO PRINCÍPIO ATIVO OU A QUALQUER EXCIPIENTE. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** NÃO SÃO NECESSÁRIOS AJUSTES NAS DOSES DE ESTATINA QUANDO USADAS EM COMBINAÇÃO AO REPATHA<sup>™</sup>.

0800 264 0800  
**SAC**  
sacbrasil@amgen.com

AMG 145-BRA-AMG-119-2016-May-P  
Material promocional aprovado de acordo com regulamentação local, destinado apenas a profissionais de saúde prescritores e dispensadores.  
A Amgen recomenda o uso dos seus medicamentos de acordo com a aprovação regulatória local. Todas as referências citadas neste material estão disponíveis mediante solicitação dos referidos profissionais de saúde no SIC (Serviço de Informações Científicas), de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, através do número gratuito 0800 742 0800 e/ou e-mail sacbrasil@amgen.com.  
Bula aprovada pela ANVISA em 18/04/2016. Material aprovado em Julho de 2016.

**AMGEN**<sup>®</sup>  
Cardiovascular