



Sociedade  
Norte - Nordeste  
de Cardiologia

# Revista Norte Nordeste de Cardiologia

Sociedade Norte-Nordeste de Cardiologia • ISSN 2446-838X • Volume 8, Nº 3, Julho/Agosto/Setembro 2018

## Editorial

### Artigo Comentado

Angiotomografia de Coronárias e o Risco de Infarto ao Longo dos Próximos 5 Anos

Temas Livre Premiados no Congresso Norte-Nordeste de Cardiologia 2018

### Espaço Cultural

O Peão de Branco



Figura 1 - Peão branco. A situação do trabalho médico atual.



Sociedade  
Norte - Nordeste  
de Cardiologia

# Revista Norte Nordeste de Cardiologia

Volume 8, Nº 3, Julho/Agosto/Setembro 2018

## Índice Remissivo

### Editorial

CARLOS EDUARDO BATISTA DE LIMA

.....página 01

### Artigo Comentado

**Angiotomografia de Coronárias e o Risco de Infarto ao Longo dos Próximos 5 Anos**

OTÁVIA VERÍSSIMO MELO E SILVA E CARLOS EDUARDO ELIAS DOS PRAZERES

.....página 02

### Temas Livre Premiados no Congresso Norte-Nordeste de Cardiologia 2018

.....página 04

### Espaço Cultural

**O Peão de Branco**

NEWTON NUNES DE LIMA

.....página 09

# Editor da Revista da Sociedade Norte e Nordeste de Cardiologia: Carlos Eduardo Batista de Lima - PI

## Coeditores

Cardiologia Clínica	Edval Gomes dos Santos Junior	CE
Cirurgia Cardíaca	José Teles de Mendonça	SE
Cardiologia Intervencionista	João Luiz de Alencar Araripe Falcão	CE
Cardiologia Pediátrica	Sandra da Silva Mattos	PE
Métodos Diagnósticos por Imagem	Rui Alberto de Faria Filho	RN
Arritmias e Dispositivos Eletrônicos Implantáveis	Alexsandro Alves Fagundes	BA
Cardiologia do Exercício	Luiz Eduardo Fonteles Ritt	BA
Memórias da Cardiologia do NNE	José Itamar Abreu Costa	PI

## Conselho Editorial

ADRIANO DOURADO - BA  
MARIA ALAYDE MENDONÇA - AL  
ALEXSANDRO ALVES FAGUNDES - BA  
ANDRÉ ALMEIDA - BA  
ÂNGELA MARIA PONTES BANDEIRA DE OLIVEIRA - PE  
ANTENOR PORTELA - PI  
ANTÔNIO CARLOS SALES NERY - BA  
ANTONIO CARLOS SOUSA - SE  
ANTONIO LOUREIRO GOMES - PB  
ARISTÓTELES COMTE DE ALENCAR - AM  
ARMÊNIO GUIMARÃES - BA  
AUDES FEITOSA - PE  
BRIVALDO MARKMAN - PE  
CARLOS EDUARDO BATISTA DE LIMA - PI  
CARLOS ROBERTO MARTINS - CE  
CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE MORAES - PE  
CESIMAR SEVERIANO DO NASCIMENTO - RN  
CEZÁRIO MARTINS - CE  
DÁRIO SOBRAL - PE  
DINALDO CAVALCANTI DE OLIVEIRA - PE  
EDGARD VICTOR - PE  
EDVAL GOMES DOS SANTOS JUNIOR - BA  
EDMUNDO CAMARA - BA  
EDUARDO DARZÉ - BA  
FÁBIO VILAS BOAS - BA  
FRANCISCO DAS CHAGAS MONTEIRO JÚNIOR - MA  
GENILDO FERREIRA NUNES - TO  
GEODETE BATISTA - SE  
GILSON SOARES FEITOSA - BA

GILSON SOARES FEITOSA FILHO - BA  
GILVAN DOURADO - AL  
GUSTAVO FEITOSA - BA  
HILTON CHAVES JÚNIOR - PE  
ISABEL CRISTINA BRITTO GUIMARÃES - BA  
ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO - PI  
IVAN ROMERO RIVERA - AL  
JADELSON ANDRADE - BA  
JOÃO DAVID DE SOUZA NETO - CE  
JOÃO LUIZ DE ALENCAR ARARIPE FALCÃO - CE  
JOEL ALVES PINHO FILHO - BA  
JONATAS MELO NETO - PI  
JOSÉ ALBUQUERQUE DE FIGUEIREDO NETO - MA  
JOSÉ AUGUSTO SOARES BARRETO FILHO - SE  
JOSÉ BONIFÁCIO BARBOSA - MA  
JOSÉ CARLOS BRITO - BA  
JOSÉ GLAUCO LOBO FILHO - CE  
JOSÉ LIRA MENDES FILHO - PI  
JOSÉ MARIA PEREIRA GOMES - PE  
JOSÉ NOGUEIRA PAES JUNIOR - CE  
JOSÉ SEBASTIÃO ABREU - CE  
JOSÉ WANDERLEY NETO - AL  
JOSÉ XAVIER DE MELO FILHO - MA  
JOSMAR CASTRO ALVES - RN  
JULIO BRAGA - BA  
KERGINALDO TORRES - RN  
LUCÉLIA MAGALHÃES - BA  
LUIZ CLÁUDIO LEMOS CORREIA - BA  
LUIZ CARLOS SANTANA PASSOS - BA  
LUIZ EDUARDO FONTELES RITT - BA

LURILDO SARAIVA - PE  
MARCELO QUEIROGA - PB  
MARCO ANTONIO ALMEIDA SANTOS - SE  
MARCO ANTONIO DE VIVA BARROS - PB  
MARCO ANTONIO MOTA GOMES - AL  
MARCOS AURÉLIO LIMA BARROS - PI  
MARCUS VINICIUS ANDRADE - BA  
MARIANO BRASIL TERRAZAS - AM  
MAURICIO BATISTA PAES LANDIM - PI  
MAURÍLIO ONOFRE - PB  
NEWTON NUNES DE LIMA FILHO - PI  
NILZO RIBEIRO - BA  
ODWALDO BARBOSA E SILVA - PE  
PAULO MÁRCIO SOUSA NUNES - PI  
PAULO ROBERTO PEREIRA TOSCANO - PA  
PAULO JOSÉ BASTOS BARBOSA - BA  
PEDRO FERREIRA ALBUQUERQUE - AL  
PEDRO NEGREIRO - CE  
RAIMUNDO FURTADO - MA  
RICARDO ELOY PEREIRA - BA  
RICARDO LIMA - PE  
ROBERTO PEREIRA - PE  
ROQUE ARAS - BA  
RUI ALBERTO DE FARIA FILHO - RN  
SANDRA NÍVEA FALCÃO - CE  
SÉRGIO MONTENEGRO - PE  
THIAGO NUNES PEREIRA LEITE - PI  
WANEWMAN ANDRADE - BA  
WESLEY DÚLIO SEVERINO DE MELO - PA  
WILSON OLIVEIRA JUNIOR - PE

## Diretoria da Sociedade Norte e Nordeste Biênio 2018/2019

### **PRESIDENTE**

MARIA ALAYDE MENDONÇA

### **VICE-PRESIDENTE**

BRIVALDO MARCKMAN FILHO

### **DIRETOR ADMINISTRATIVO**

MAURO JOSÉ OLIVEIRA GONÇALVES

### **DIRETOR FINANCEIRO**

RUI ALBERTO DE FARIA FILHO

### **DIRETOR DE COMUNICAÇÃO**

CARLOS EDUARDO BATISTA LIMA

### **DIRETOR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL**

REGINA COELI MARQUES

### **DIRETOR CIENTÍFICO**

ISABEL CRISTINA BRITTO GUIMARÃES

### **CONSELHO FISCAL:**

IVAN ROMERO RIVERA; FRANCISCO DE ASSIS COSTA;

ALEXSANDRO FAGUNDES

## Relação de Ex-Presidentes da SNNC

FREDERICO AUGUSTO L. E SILVA - CE  
GESTÃO 87-88

PEDRO J. NEGREIROS DE ANDRADE - CE  
GESTÃO 89/90

RICARDO ANTÔNIO ROSADO MAIA - PB  
GESTÃO 91/92

MÚCIO GALVÃO DE OLIVEIRA FILHO - RN  
GESTÃO 93/94

JOSÉ WANDERLEY A. NETO - AL  
GESTÃO 95

ANTÔNIO CARLOS SOBRAL SOUSA - SE  
GESTÃO 96

FERNANDO JOSÉ LIANZA DIAS - PB  
GESTÃO 97/98

ÁLVARO JOSÉ DA COSTA BARROS - RN  
GESTÃO 99/00

PEDRO FERREIRA DE ALBUQUERQUE - AL  
GESTÃO 01/02

JOSÉ BENEDITO BUHATEN - MA  
GESTÃO 03/04

ANTONIO SALES NERY  
GESTÃO 2005

MARLY MARIA UELLENDahl  
GESTÃO 06/07

JOSMAR DE CASTRO ALVES  
GESTÃO 08/09

JOSÉ XAVIER DE MELO FILHO  
GESTÃO 10/11

ARISTÓTELES COMTE DE ALENCAR FILHO  
GESTÃO 12/13

JOSE ITAMAR ABREU COSTA - PI  
GESTÃO 14/15

## Presidentes Estaduais 2018/2019

### **REGIÃO NORDESTE**

#### **ALAGOAS**

EDVALDO FERREIRA XAVIER JÚNIOR

#### **BAHIA**

EMERSON DA COSTA PORTO

#### **CEARÁ**

MARIA TEREZA SÁ LEITÃO RAMOS BORGESS

#### **MARANHÃO**

ALDRYN NUNES CASTRO

### **PARAÍBA**

FÁTIMA ELIZABETH FONSECA DE OLIVEIRA NEGRI

### **PERNAMBUCO**

AUDES MAGALHÃES FEITOSA

### **PIAUI**

LUIZA MAGNA DE SÁ CARDOSO JUNG BATISTA

### **RIO GRANDE DO NORTE**

SEBASTIÃO VIEIRA DE FREITAS FILHO

### **SERGIPE**

SHEILA CRISTINA TONHEIRO FERRO DA SILVA

### **REGIÃO NORTE**

#### **AMAZONAS**

JOÃO MARCOS BEMFICA BARBOSA FERREIRA

#### **PARÁ**

MOACYR MAGNO PALMEIRA

## Contato

### **CORRESPONDÊNCIA:**

**Carlos Eduardo Batista de Lima**  
Departamento de Clínica Geral –  
Universidade Federal do Piauí –  
DCG 86-3215-5853  
Diretoria do Centro de Pesquisa  
CARDIOLIMA PIAUÍ.

Rua Governador Raimundo Artur de  
Vasconcelos, número 670.  
Bairro Centro / Sul - Teresina, PI.  
CEP: 64001-450.  
E-mail: carlos.lima@ufpi.edu.br;  
carlooseduardo\_lima@yahoo.com.br;  
cardiolima.medicalcenter@hotmail.com.br.  
Fone: +5586-98180-5000 / 3085-3048

### **Sociedade Norte e Nordeste de Cardiologia**

Avenida Antônio Basílio, 3025, Sala 410, 4º  
andar, CEP 59054-380, Centro Empresarial  
Beatrice Bonacci Lagoa Nova, Natal – RN.  
Tel/fax: (84)3201-5936.  
E-mail: snnccardi@cardiol.br

Caros amigos da Sociedade Brasileira de Cardiologia / Regional Norte-Nordeste,

Nessa edição teremos a participação da Dra. Otávia Veríssimo que é médica do Setor de imagem cardiovascular do Hospital São Marcos e do Hospital São Paulo em Teresina e do Dr. Carlos Eduardo Elias dos Prazeres que é médico do departamento de imagem cardiovascular do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e do Hospital do Coração de SP abordando o tema sobre o risco de infarto ao longo do tempo com a utilização da angiotomografia de coronárias como estratificador de risco cardiovascular comentando os dados do estudo SCOT-HEART.

Na sequência um texto cultural que expressa ainda os dias atuais da atuação médica com o artigo “peão de branco” do Dr. Newton Nunes de Lima que é médico anestesiológico e médico do trabalho em Teresina-PI.

Por fim, apresentamos os temas livres que foram premiados no XXXVIII Congresso da Sociedade Norte-Nordeste de Cardiologia e 23º Congresso Paraibano de Cardiologia, que ocorreu em agosto de 2018, em João Pessoa na Paraíba.

Grande abraço a todos,

**Carlos Eduardo Batista de Lima**

Editor da RNNC

# Angiotomografia de Coronárias e o Risco de Infarto ao Longo dos Próximos 5 Anos

Otávia Veríssimo Melo e Silva<sup>1,2</sup> e Carlos Eduardo Elias dos Prazeres<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Médica cardiologista do Departamento de Imagem Cardiovascular do Hospital São Marcos, Teresina-PI

<sup>2</sup> Médica cardiologista do Hospital São Paulo, Teresina-PI

<sup>3</sup> Médico do Departamento de Imagem Cardiovascular do Instituto Dante Pazzanese, São Paulo-SP

<sup>4</sup> Médico do Departamento de Imagem Cardiovascular do Hospital do Coração, São Paulo-SP

## Coronary CT Angiography and 5-Year Risk of Myocardial Infarction

*The SCOT-HEART Investigators*

*The New England Journal of Medicine, August 25, 2018.*

DOI: 10.1056/NEJMoa1805971

A doença arterial coronariana (DAC) crônica é um processo patológico caracterizado pelo acúmulo de placas ateroscleróticas nas artérias coronárias epicárdicas, podendo ou não causar obstrução. Trata-se de um processo dinâmico, podendo cursar com um longo período de estabilidade clínica, ou tornar-se instável a qualquer momento, principalmente devido a um evento aterotrombótico causado por ruptura ou erosão da placa de ateroma.

Os pacientes com quadro de dor torácica estável sugestiva de doença coronariana podem ser investigados com uma variedade de testes não invasivos: teste ergométrico, cintilografia miocárdica, ecocardiograma, ressonância nuclear magnética e angiotomografia de coronárias (TCCor).

A angiotomografia de coronárias é um método que possui alta sensibilidade e especificidade e vem sendo usado progressivamente na investigação de pacientes com dor torácica estável sugestiva de DAC. No estudo Scottish Computed Tomography of the Heart (SCOT-Heart) de 2015 foi demonstrado que pacientes que foram investigados com TCCor apresentaram melhores desfechos clínicos quando comparados aos pacientes do grupo de tratamento padrão em um seguimento de 20 meses.

A atual publicação visa avaliar se o impacto nos desfechos cardiovasculares do grupo submetido à TCCor persistiu por um período mais longo, no caso 5 anos de seguimento.

Trata-se de um estudo randomizado e controlado, não cego, envolvendo 12 centros da Escócia, que incluiu 4146 pacientes de 18 a 75 anos de idade com queixa de dor torácica crônica sugestiva de DAC. Os pacientes foram randomizados na razão 1:1 a receberem cuidado padrão associado à TCCor ou somente cuidado padrão, e o *end point* primário foi morte secundária à DAC ou infarto miocárdico não fatal. Ao final do

período de 4,8 anos, obteve-se dados de 98,4% dos pacientes, compreendendo 20.254 pacientes/ano de seguimento.

O estudo revelou que os pacientes do grupo submetido à TCCor receberam mais terapia de prevenção primária (19,4% versus 14,7%, OR 1,4 IC: 1,19 – 1,65) e terapia antianginosa (13,2% versus 10,7%, OR 1,27 IC: 1,05 – 1,54) quando comparado ao grupo de cuidado padrão. Apesar de no início do estudo ter sido observado uma tendência maior no número de revascularizações no grupo da TCCor, ao final dos 5 anos, não houve diferença entre os grupos no número de pacientes submetidos à cinecoronariografia (CATE), tampouco no número de revascularizações coronarianas (13,5% versus 12,9%, HR 1,07 IC:0,91 – 1,27). Inclusive após o primeiro ano de seguimento, os pacientes do grupo TCCor tiveram menores taxas de CATE (HR 0,7 IC:0,52 – 0,95) e de revascularizações coronárias (HR 0,59 IC:0,38 – 0,9).

A taxa de *end point* primário foi menor no grupo da TCCor do que no grupo de cuidado padrão (2,3% versus 3,9%, HR 0,59 IC:0,41 – 0,84,  $p=0,004$ ). Este resultado foi devido a redução na taxa de infartos não fatais em cerca de 40%.

Os autores evidenciaram que o uso da TCCor resultou em modificação na terapêutica, sobretudo otimizando medidas de prevenção primária, o que pode ter levado a menores taxas de infarto.

A chave para entender os resultados do estudo SCOT-Heart é revisar a variedade de abordagens diagnósticas utilizadas na investigação de dor torácica estável. Há basicamente duas abordagens: uma baseada na anatomia e outra na avaliação funcional, sendo esta a mais comumente utilizada. Estas duas abordagens são bastante diferentes não somente pelos testes *index*, mas também no modo pelos quais as estratégias de cuidado se desdobram para o paciente. Enquanto a detecção

de DAC é a primeira e principal avaliação na angiotomografia de coronárias, nos testes funcionais a determinação do status da doença é o elemento final dentro da cascata diagnóstica.

Os testes funcionais tem sua abordagem focada na detecção de estenoses coronarianas funcionalmente significantes (isquemia), e sabe-se que cerca de 50% das estenoses obstrutivas não causam isquemia, porém possuem relevância prognóstica.

A TCCor, por ser um método anatômico, detecta a doença arterial coronariana em todos os seus estágios, conseguindo identificar de modo mais acurado os pacientes de risco, independente das variáveis clínicas e do grau de obstrução da doença. Em 2016, uma análise do SCOT-Heart revelou o uso significativamente maior de estatinas e AAS nos pacientes que seguiram TCCor. Resultados similares foram observados no estudo PROMISE que também avaliou as duas abordagens. Os pesquisadores pontuam que a redução de 50% no risco relativo de infarto nos pacientes do braço da TCCor se deve à

otimização terapêutica que se seguiu após o resultado do exame. Desta forma, a abordagem guiada pela imagem consegue detectar acuradamente os pacientes de risco e prontamente tratá-los, reduzindo o risco predito para o respectivo paciente. Quando o padrão de cuidado guiado pela imagem é colocado em um número significativo de pacientes, então o risco da população é positivamente impactado e se observa redução na taxa de eventos. Em contrapartida, sabendo-se da relevância prognóstica do padrão de distribuição da DAC, morfologia e carga de placas, independente do seu grau de obstrução, ao não se diagnosticar a doença coronária não obstrutiva ou funcionalmente significativas isso pode impactar em desfechos cardiovasculares adversos.

Desta forma, este estudo nos mostra a importância do conhecimento da anatomia coronariana como elemento central na abordagem e cuidado dos pacientes, impactando na boa evolução dos pacientes tanto a curto quanto a médio prazo.

## Referências

1. The SCOT-HEART Investigators. Coronary CT Angiography and 5-Year Risk of Myocardial Infarction. *N Engl J Med* 2018;379:924-33.
2. The SCOT-HEART Investigators. CT coronary angiography in patients with suspected angina due to coronary heart disease (SCOT-HEART): an open-label, parallel-group, multicentre trial. *Lancet* 2015;385:2383-91.
3. Williams MC, Hunter A, Shah A, et al., on behalf of the Scottish COmputed Tomography of the HEART (SCOT-HEART) Trial Investigators. Symptoms and quality of life in patients with suspected angina undergoing CT coronary angiography: a randomised controlled trial. *Heart* 2017;103:995-1001.
4. Hoffmann U, Ferencik M, Udelson JE, et al. Prognostic value of noninvasive cardiovascular testing in patients with stable chest pain: insights from the PROMISE trial (Prospective Multicenter Imaging Study for Evaluation of Chest Pain). *Circulation* 2017;135:2320-2332.

## PRÊMIO QUINTILIANO MESQUITA – MELHOR TEMA LIVRE



### CATEGORIA TEMA LIVRE ORAL

#### 1º lugar – R\$ 1.500,00

### CARAVANA DO CORAÇÃO: O IMPACTO DE UM PROGRAMA VOLUNTÁRIO NO CENÁRIO DA SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA

Instituições: Círculo do Coração de Pernambuco

Autora: Ana Beatriz Petrucci Ramalho Leite

Coautores: Pedro Antonio Lima de Holanda Marques,  
Sandra da Silva Mattos, Felipe Alves Mourato,  
Juliana Sousa Soares de Araújo.

**Introdução:** As Cardiopatias Congênitas consistem é uma importante causa de mortalidade infantil em todo o mundo. Contudo, os países subdesenvolvidos enfrentam uma grande escassez de profissionais especializados na área da cardiologia pediátrica, o que resulta em um elevado índice de subdiagnósticos dessas desordens. Diante dessas circunstâncias, percebeu-se a necessidade de realizar-se busca ativa pelos pacientes em suas cidades de origem, no interior do estado, de forma que eles não precisem se locomover até cidades maiores em busca de atendimento médico especializado. Assim, desenvolveu-se a Caravana do Coração, com o intuito de modificar o cenário da saúde pública no estado da Paraíba. O presente estudo visa relatar os resultados dessa busca ativa durante o ano de 2017.

**Métodos:** Um total de 100 profissionais se voluntariaram para o projeto e viajaram por 13 cidades do interior da Paraíba entre 26 de junho a 8 de julho de 2017. Em cada uma dessas cidades, pacientes de 0 a 12 anos foram pré-selecionados pelos serviços locais para participarem da busca ativa. Cada criança passou por um processo de triagem, exame clínico e exames complementares. Ao final do atendimento cada paciente foi orientado em relação à conduta apropriada. Além disso, foram capacitados profissionais locais para diagnosticar precocemente os casos

de CC e realizar adequadamente o seguimento clínico dos pacientes. Também foram implantados ambulatórios virtuais em cada cidade que, através de um sistema de telemedicina, conecta esses profissionais à cardiologistas pediátricos do centro de referência. **Resultados:** Ao longo dos 13 dias, foram atendidas 1415 crianças com suspeita de CC. Dessas crianças, 900 apresentaram algum defeito cardíaco, dos quais 73 eram críticas, 553 eram moderadas e 274 eram simples. Um total de 210 pacientes já haviam sido operados, 29 foram encaminhados para cirurgia e 169 tiveram novos exames solicitados para confirmar a necessidade de cirurgia. Ainda 10% das crianças na faixa etária de risco para febre reumática (5 a 15 anos) foram identificadas como portadoras do *Streptococcus pyogenes*. Além disso, cerca de 500 profissionais locais foram capacitados e 13 ambulatórios virtuais foram implantados. **Conclusões:** O projeto em questão apresentou um alto impacto no cenário da saúde desse estado, uma vez que a busca ativa promoveu atendimento para pacientes cardiopatas e com suspeita para cardiopatia, principalmente das áreas menos desenvolvidas.

#### 2º lugar – R\$ 1.000,00

### RISCO CARDIOVASCULAR EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: COMPARAÇÃO DE ESCORES

Instituições: Hospital de Doenças Infectocontagiosas  
Clementino Fraga Universidade Federal  
da Paraíba

Autor: Amira Rose Costa Medeiros

Coautores: Israel Cavalcante Nunes, Igor Bronzeado  
Cahino Moura de Almeida, Amanda de  
ASSUNÇÃO Santiago Fernandes, Emanuel  
Nascimento Nunes, Rafaela Lira Formiga  
Cavalcanti de Lima, Ronei Marcos de Moraes,  
Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.



**Introdução:** Com o uso da terapia antirretroviral (TARV), distúrbios metabólicos em pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) os tornaram vulneráveis para doenças cardiovasculares. Apesar disso, existem controvérsias quanto à melhor forma de estimar o risco cardiovascular (RCV) nesse grupo, visto que o Protocolo Clínico de Diretrizes e Condutas para manejo de PVHA orienta o uso do Escore de Risco de Framingham (ERF), enquanto que a Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular recomenda o Escore de Risco Global (ERG) para a população geral. Comparou-se a estratificação do RCV em PVHA, utilizando o ERF, o ERG e a Calculadora de RCV do American College of Cardiology. **Métodos:** Trata-se de subanálise descritiva do estudo Nutricárdio, que avaliou 400 PVHA em uso de TARV, acompanhadas em 2015 em serviço de infectologia de João Pessoa, PB. Realizou-se o cálculo do RCV utilizando-se os 3 escores. O cálculo do ERG e o conceito de síndrome metabólica seguiram a Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. A reclassificação para indivíduos com risco intermediário no ERG baseou-se em fatores agravantes acessíveis e de baixo custo. **Resultados:** A amostra apresentava predomínio do sexo masculino (61,5%), idade média de 44,3 e tempo médio de uso de TARV de 7 anos. Das 400 PVHA envolvidas no estudo, foi possível estratificar o RCV em 393, pois 7 não dispunham de informações suficientes. O ERF classificou 80,7% das PVHA como de baixo risco e apenas 7,9% de alto risco. Já o ERG classificou 40,7% como de alto risco e 33,6% como de baixo risco, diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). A utilização da Calculadora de RCV estratificou apenas 225 PVHA (56,25%) devido a peculiaridades específicas do aplicativo, sobretudo não ser aplicável a indivíduos com menos de 40 anos, e classificou 58,2% como baixo risco, 20,4% como risco intermediário e 21,3% como alto risco, recomendando estatina de alta intensidade para 21,3% e estatina de moderada intensidade para 23,6%. **Conclusões:** Observaram-se diferenças importantes entre os escores de RCV avaliados. Embora seja o mais utilizado em PVHA, o ERF classificou a maioria como baixo risco, provavelmente subestimando o risco real, assim como descrito em outros estudos com PVHA. A Calculadora de RCV apresentou limitação em PVHA pela faixa etária desse grupo. A utilização do ERG parece ser mais consistente em PVHA, porém apenas estudos longitudinais poderiam definir o que melhor prediz eventos cardiovasculares nessa população.

**Tabela 1** – Estratificação do risco cardiovascular pelo Escore de Risco Global (ERG), Escore de Framingham e Calculadora de Risco do ACC/AHA\* em 400 pessoas vivendo com HIV/Aids acompanhadas, no ano de 2015, em serviço de infectologia de João Pessoa, PB, Brasil.

Risco Cardiovascular	n	%
<b>Risco cardiovascular pelo ERG (n<sub>1</sub>=393)**</b>		
Risco baixo	132	33,6
Risco intermediário	101	25,7
Risco alto	160	40,7
<b>Risco cardiovascular Framingham (n<sub>1</sub>=393)**</b>		
Risco baixo	317	80,7
Risco intermediário	45	11,5
Risco alto	31	7,9
<b>Calculadora de RCV do ACC/AHA (n<sub>2</sub>=225)***</b>		
Risco baixo ( $\leq 5\%$ )	131	58,2
Risco intermediário ( $>5$ a $<7,5\%$ )	46	20,4
Risco alto ( $\geq 7,5\%$ )	48	21,3

\*ACC=American College of Cardiology. AHA=American Heart Association. \*\*O n<sub>1</sub> envolveu 393 PVHA (98,25% das 400) para as quais foi possível classificar o RCV pelo respectivo método. \*\*\*O n<sub>2</sub> para a calculadora de RCV foi menor, equivalendo a 56,25% das PVHA envolvidas no estudo, sobretudo pela exclusão daqueles com menos de 40 anos.

## 3° lugar – R\$ 500,00

### EFEITO DA PERDA DE PESO NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA

Instituições: Clínica Santa Clara UNIFACISA

Autor: Vitor Camboim Nobre

Coautores: Rafaela Alves de Souto, Breno de Alencar Antão, Valdez Cartaxo de Sá Cabral, Lorena Sátiro de Araújo, Alerrandro Mikael Santos de Brito, Ana Carolina Brandão de Sousa Barbosa, Eduardo Pachu Raia dos Santos, Guilherme Veras Mascena.

**Introdução:** A prevalência de obesidade cresce no Brasil e no mundo e não é surpreendente que a prevalência de hipertensão arterial (HA) acompanhe essa tendência. Há relação linear entre peso corporal e as cifras tensionais nos grupos estudados. Nos pacientes com obesidade grau III nenhuma intervenção apresenta a relevância que a cirurgia bariátrica (CB) exhibe nesse cenário. Poucos são os estudos de pacientes do pré ao pós-operatório que analisam a influência da CB no controle da pressão arterial (PA). Este estudo teve por objetivo avaliar a ação da CB no controle pressórico numa série de casos. **Metodologia:** Estudo tipo série de casos de pacientes acompanhados do pré ao pós-operatório (POSOP) por equipe multidisciplinar.

Dados clínicos, laboratoriais e antropométricos foram obtidos e os pacientes acompanhados por 6 meses no POSOP. Variáveis quantitativas foram expressas por médias e desvio padrão e as qualitativas pelas frequências absoluta e relativa. Teste t de Student foi utilizado para comparar médias e o qui-quadrado para avaliar diferenças entre variáveis categóricas. O nível de rejeição para a hipótese de nulidade foi  $\leq$  a 0,05 (5%). Utilizado o software Graphpad Prism. Pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e o trabalho foi submetido ao comitê de ética em pesquisa.

**Resultados:** Acompanhados 81 pacientes submetidos a CB (gastroplastia com derivação intestinal), 42 mulheres e 39 homens, em que 55 apresentavam obesidade grau III e 26 grau II. Índice de massa corpórea (IMC) médio de  $43,9 \pm 8,8$  Kg/m<sup>2</sup> no pré-operatório (PREOP) e  $38,5 \pm 9,1$  Kg/m<sup>2</sup> no POSOP ( $p = 0,036$ ). Idade média foi de 43 anos variando de 21 a 59. No PREOP 93,8% eram hipertensos, 56 (73,7%) utilizavam duas ou mais medicações e 20 utilizavam uma medicação. Menos da metade da amostra (29 pacientes) tinham controle adequado da pressão arterial ( $PA \leq 140/90$  mmHg) no PREOP. Após seguimento médio de 6 meses observou-se que 15 pacientes (19,7%) continuavam hipertensos e controlados com uma medicação. A maioria (80,3%) mantém o controle pressórico adequado sem medicamentos. **Discussão:** Estudos prévios demonstraram impacto da CB no controle metabólico e pressórico dos pacientes. Este é um dos primeiros registros no estado da Paraíba. A amostra continua em acompanhamento e mostrará no futuro se o controle pressórico será mantido. **Conclusão:** A CB exibe impacto notável do controle da PA e a obesidade talvez deva ser considerada uma verdadeira causa de hipertensão secundária.

## CATEGORIA PÔSTER

1° lugar – R\$ 1.000,00

### AVALIAÇÃO PRÉ OPERATÓRIA EM PACIENTES SEPTUAGENÁRIOS

Instituições: UNIFACISA

Autor: Breno de Alencar Antão

**Coautores:** Guilherme Veras Mascena, Israel Avelino Diniz Gonzaga, Bruno Mariano Ribeiro Garcia de Medeiros, Karine Lopes de Figueirêdo, Maria Júlia Alves de Carvalho, Maria Luiza Ximenes de Aragão Fernandes, Hianny Ribeiro Cabral, Matheus Alencar de Oliveira.

**Introdução:** A avaliação pré-operatória é mandatória entre pacientes idosos. O risco de complicações durante e depois das cirurgias aumenta com a idade e os eventos cardiovasculares contribuem decisivamente para sua morbimortalidade. Vários escores validados são utilizados para estratificar a probabilidades de eventos, mas nenhum dos principais foi particularmente delineado para a população idosa. Este estudo tem por objetivo avaliar o risco de complicações trans e pós-operatórias através dos quatro principais escores validados: ASA, índice de risco cardíaco revisado (IRCR), Goldman e Detsky. **Métodos:** Trata-se de um estudo tipo série de casos onde pacientes a partir de 70 anos foram examinados em avaliação pré-operatória. Durante 2 meses todos os pacientes que foram admitidos para cirurgia por fraturas no Hospital de Trauma de Campina Grande foram entrevistados antes das cirurgias. Um questionário dirigido foi preenchido e os escores de risco foram aplicados. Os dados foram analisados através do software GraphPad Prism 7. Foi considerado significativo  $p < 0,05$ . **Resultados:** Quarenta pacientes foram avaliados com média de idade de  $83,9 \pm 7,1$  anos (amplitude de 70 a 103) sendo 10 homens e 30 mulheres. Houve 3 pacientes ASA 1 (7,5%), 15 ASA 2 (37,5%), 21 ASA 3 (52,5%) e 1 ASA 4 (2,5%). Segundo o IRCR, 15 (37,5%) eram classe 1, 14 (35,0%) classe 2, 9 (22,5%) classe 3 e 2 (5,0%) classe 4. Na escala de Goldman, 21 pacientes (52,5%) foram classe 1, 13 (32,5%) classe 2 e 6 (15,0%) classe 3. Segundo Detsky, 34 pacientes (85,0%) eram de baixo risco (Detsky 1) e 6 (15,0%) eram de alto risco (Detsky 2). A análise agrupada dos quatro escores demonstrou que houve concordância na estratificação de risco em 16 pacientes (40,0%) e discordância em 24 (60,0%). Houve 14 diabéticos (35,0%) na amostra, subgrupo de risco particularmente elevado, embora nos escores da ASA e de Goldman nenhum deles foi classificado como de alto risco. **Conclusão:** A análise de risco calculada pelos escores subestimou a gravidade da amostra apresentada possivelmente por terem sido construídos com base em pacientes mais jovens. Novas formas de estratificação de risco devem ser formuladas para uma melhor predição de eventos neste subgrupo.

### 2º lugar – R\$ 500,00

## AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DE CONSTRUCTOS CLÍNICOS E PSICOMÉTRICOS EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

**Instituições:** Universidade Federal de Uberlândia; Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Autor:** Omar Pereira de Almeida Neto

**Coautores:** Paula Cristina Silva, Elmiro Santos Resende, Poliana Rodrigues Alves Duarte, Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa.

**Introdução:** A Insuficiência Cardíaca (IC) impacta negativamente à qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e pode estar relacionado à constructos como consumo de sódio e aptidão cardiorrespiratória (ACR). Este estudo buscou avaliar o impacto da ACR e da adesão ao baixo consumo de sódio sobre a QVRS de pacientes com IC, assim como caracterizar o perfil clínico, eletrocardiográfico, ecocardiográfico e socioeconômico dos mesmos. **Métodos:** Inquérito longitudinal, quantitativo e analítico. Participantes foram avaliados semestralmente em três momentos distintos, em âmbito ambulatorial (T0;T2) e via monitorização telefônica (T1), com aplicação dos instrumentos: Questionário de caracterização Clínica e Socioeconômica; Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), Dietary Sodium Restriction Questionnaire (DSRQ) e Veterans Specific Activity Questionnaire (VSAQ). Procedeu-se à análise estatística no ambiente R: A Language and Environment for Statistical Computing. **Resultados:** Um total de 81 pacientes foram incluídos em T0, 74 em T1 e 72 em T2, predominantemente do sexo feminino (51,85%) e idade média de 66,75(±10,84) anos. A Classe Funcional NYHA III foi a mais prevalente (50,63 %) de etiologia chagásica (53,10%) sendo a HAS principal comorbidade (82,72%). Os escores de adesão ao baixo consumo de sódio evidenciaram estar abaixo do ponto de corte proposto para boa adesão, assim como os valores de ACR, os quais indicaram VSAQ = 3 METs. Os índices de óbito aumentaram de 8,64% em T1 para 11,11% em T2, e de internação de 4,94% em T1 para 7,4% em T2. O MLHFQ evidenciou piora da QVRS ao longo do tempo. A condição de trabalho ativa indicou 16,5 vezes chances a mais de ir a óbito. No modelo de regressão, o domínio

físico do MLHFQ estabeleceu relação significativa ( $p < 0,01$ ) com as variáveis: sexo ( $r = 0,25$ ), obesidade ( $r = -0,22$ ), Classe Funcional NYHA ( $r = 0,23$ ), Classificação da Gravidade da Cardiopatia ( $r = -0,44$ ) e VSAQ corrigido para idade ( $r = -0,37$ ). O VSAQ estabeleceu relações ( $p < 0,01$ ) com as variáveis: Idade ( $r = -0,49$ ), estado civil ( $r = -0,26$ ), escolaridade ( $r = 0,29$ ), uso de Antitrombóticos ( $r = 0,23$ ), medida ecocardiográfica quantitativa da aorta ( $r = -0,23$ ), alteração anatômica e funcional da válvula aórtica ( $r = 0,24$ ), classificação da gravidade da cardiopatia ( $r = 0,65$ ) e domínio físico do MLHFQ ( $r = -0,37$ ). **Conclusões:** Intervenções específicas relacionadas aos constructos podem ser alicercadas com os resultados deste estudo, o qual até o momento, é insólito na literatura.

## CATEGORIA RELATO DE CASO

### 1º lugar – R\$ 1.000,00

## FIBRILAÇÃO ATRIAL DETERMINANDO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE FABRY

**Instituições:** Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

**Autora:** Amanda Sá de Almeida Cavalcanti

**Coautores:** João Cavalcanti de Albuquerque Neto, Murillo de Oliveira Antunes, Allan Piffer Silvestrucci e Silva, Marcel de Paula Pereira, Carla Soffiatti, Natália Lins Cavalcanti de Albuquerque, Edmundo Arteaga-Fernandez, Charles Mady.

**Introdução:** A doença de Fabry (DF) é uma doença rara ligada ao X, que é provocada pela deficiência da enzima  $\alpha$ -Galactosidase A (Gal A) levando a um acúmulo de glicoesfingolipídeos (GL-3) em vários tecidos corporais conduzindo à falência e manifestações renais, cardiológicas, neurológicas, oculares e da pele. Embora a DF seja relativamente rara, 1:50.000, muitas vezes ela é reconhecida tardiamente devido a grande diversidade de apresentação clínica, assim como o não reconhecimento da doença por parte dos médicos. **Descrição do caso:** Paciente 52 anos, sexo feminino, portadora de doença renal crônica em diálise, vem encaminhada para

avalição cardiológica devido ter apresentando episódio de fibrilação estável, com frequência cardíaca em torno de 175 bpm, durante sessão de hemodiálise e que foi revertido com uso de amiodarona. Eletrocardiograma na consulta apresentava ritmo sinusal com intervalo PR curto e bloqueio de ramo direito. Solicitado ecocardiograma com átrio esquerdo dilatação discreta (volume = 35 ml/m<sup>2</sup>), septo 21 mm, parede posterior 14 mm, fração de ejeção preservada e sem gradiente em via de saída esquerda. Investigando os antecedentes familiares paciente referiu que dois irmãos do sexo masculinos também faziam hemodiálise e que uma irmã apresentava também insuficiência renal não dialítica. Desta forma, devido a história familiar e comprometimentos renal e cardíaco foi suspeitado de DF, sendo realizado dosagem

enzimática e genotipagem confirmando o diagnóstico e encaminhada o paciente para terapia de reposição enzimática. **Conclusões:** O comprometimento cardíaco é constante na DF e as manifestações mais comuns são: hipertrofia do ventrículo esquerdo, insuficiência mitral e arritmias. Reconhecer as manifestações em diversos órgãos da doença é de fundamental importância devido a possibilidade da reposição parenteral da enzima Gal A, que resulta em melhora de qualidade de vida e reduz complicações crônicas dos doentes. Pacientes com comprometimentos renal e cardíaco, sobretudo na presença de hipertrofia ventricular esquerda, a DF é um importante diagnóstico diferencial que de ser lembrado e investigado.

---

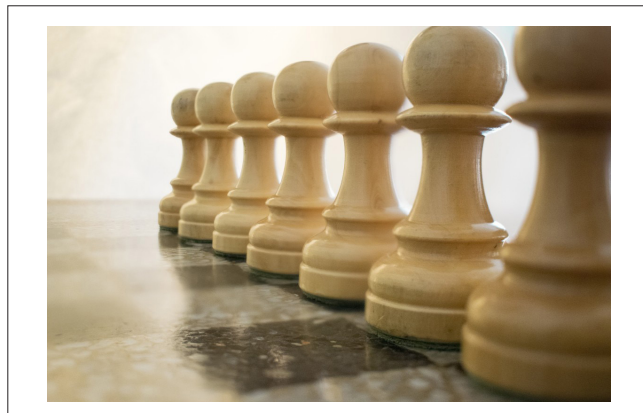
## O Peão de branco

*Newton Nunes de Lima*

*Médico Anestesiologista e Médico do Trabalho, Maternidade Dona Evangelina Rosa, Teresina-PI*

O Dr. Newton Nunes de Lima, anestesista e médico do trabalho, de Teresina - PI, em 01/02/2005 publicou um artigo sobre o trabalho médico e mesmo após 14 anos dessa primeira publicação essa situação alarmante ainda é uma realidade no exercício profissional de muitos médicos brasileiros. O título do artigo “peão de branco” simboliza o desprestígio progressivo que vem sofrendo a carreira médica ao longo dos anos. Está cada vez mais difícil exercer a medicina no Brasil. O médico está sendo exigido além dos seus limites. A população quer transformá-lo num mágico. Trabalhando com uma ciência não exata, sujeito a intercorrências decorrentes da própria doença ou de procedimentos realizados, o médico é excessivamente cobrado no seu dia a dia profissional. Ao contrário de épocas anteriores, o médico de hoje tem sua respeitabilidade e dignidade constantemente afetadas pelo usuário da sua profissão. O médico brasileiro é o campeão de trabalhar sem garantias trabalhistas, sendo bastante explorado em seus direitos tanto em nível estatal como na iniciativa privada. Existe, hoje, uma dicotomia entre a grande exigência de formação longa na especialização, subespecialização e na pós-graduação, levando à formação de médicos bem preparados que saem para um mercado de trabalho bastante adverso, com a sociedade não oferecendo a contrapartida desejável para uma relação médico-paciente harmônica. São visíveis as intenções de prejudicar o médico brasileiro. O SUS pagava até recentemente uma consulta médica com o irrisório valor. Os concursos públicos ultimamente oferecem salário para

o médico em valores bem abaixo de outras categorias profissionais, inclusive de nível médio. Há mais de 15 anos, as entidades médicas nacionais tentam a aprovação de piso salarial mínimo nacional decente, com os presidentes de plantão vetando o que foi aprovado no Congresso Nacional. Também as relações com os planos de saúde (medicina de grupo) são traumáticas, estando hoje o médico brasileiro com dificuldade de escapar da exploração dessas empresas mercantilistas, de voracidade espantosa no tocante a seus lucros financeiros. Juntando a tudo isso carga horária excessiva de trabalho, a começar da formação acadêmica, passando pela especialização e desembocando no exercício rotineiro da profissão e, acrescentando, o aumento da violência contra o médico nos serviços de urgência, não temos dúvida em afirmar que, infelizmente, hoje no Brasil o médico é um peão de branco.



**Figura 1 – Peão branco.** Fonte: Imagem disponível na internet, Google Imagens.