

## Editorial

### Artigo de Revisão

Detecção de Fibrilação Atrial pelo Marca-Passo e o Manejo da Anticoagulação Oral nos Dias Atuais.

### Relato de Caso

Oclusão de Tronco da Artéria Coronária Esquerda Detectada à Cinecoronariografia em Paciente com Angina Estável: Relato de Caso.

### Artigo Comentado

Um Novo Escore para Avaliação de Risco Cardiovascular Pré-Operatório

### Memórias da SNNC

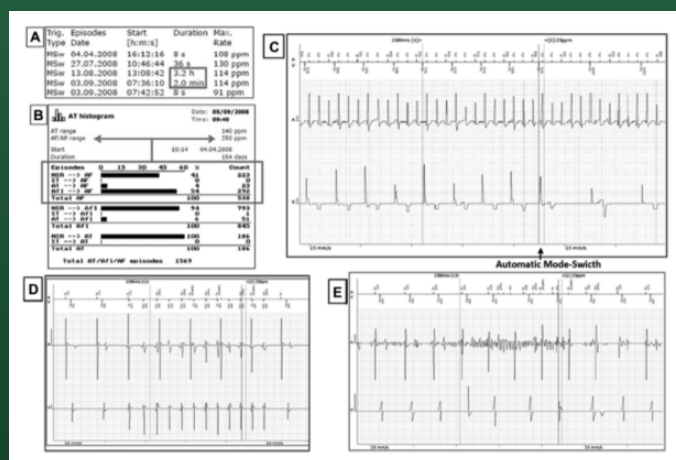


Figura 1 - Registros de eventos de elevada frequência atrial documentados no marca-passos, incluindo eletrogramas característicos de fibrilação atrial (A, B e C) e outros com detecções inapropriadas por taquicardia ventricular (D) e artefatos por ruído no canal atrial (E). Referência: Lima C et al.<sup>1</sup>



Sociedade  
Norte - Nordeste  
de Cardiologia

# Revista Norte Nordeste de Cardiologia

Volume 9, Nº 1, Janeiro/Fevereiro/Março 2019

## Índice Remissivo

### Editorial

CARLOS EDUARDO BATISTA DE LIMA

.....página 1

### Artigo de Revisão

**Deteção de Fibrilação Atrial pelo Marca-Passo e o Manejo da Anticoagulação Oral nos Dias Atuais.**

CARLOS EDUARDO BATISTA DE LIMA E PATRYCK ARAÚJO DANTAS DA SILVA

.....página 2

### Relato de Caso

**Oclusão de Tronco da Artéria Coronária Esquerda Detectada à Cinecoronariografia em Paciente com Angina Estável: Relato de Caso.**

FRANCISCO DE ASSIS COSTA, CLÉBER COSTA DE OLIVEIRA, JORGE INÁCIO PINTO COTTO, MARCOS HENRIQUE ARAUJO MELO, EOLO RIBEIRO DE ALENCAR NETO, PETER CONDE VIDAL, THIAGO RABELLO, CARLOS DORNELS FREIRE DE SOUZA

.....página 5

### Artigo Comentado

**Um Novo Escore para Avaliação de Risco Cardiovascular Pré-Operatório**

FRANCISCO JOSÉ DE ALMEIDA CRUZ JÚNIOR, THIAGO NUNES PEREIRA LEITE, JÔNATAS MELO NETO E CARLOS EDUARDO BATISTA DE LIMA

.....página 8

### Memórias da SNNC

**A Cardiologia do Norte / Nordeste: seu Passado, seu Presente e seu Futuro**

FERNANDO LIANZA DIAS

.....página 11

# 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  
JÔNATAS 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: snnccardiologia.br

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

Nessa edição teremos a participação do Dr. Francisco de Assis Costa que é professor da Universidade Federal de Alagoas com a publicação de um interessante relato de caso elaborado com seu grupo sobre oclusão de tronco da artéria coronária esquerda detectada à cinecoronariografia em paciente com angina estável. Em conjunto com um aluno de graduação elaborei um texto de revisão sobre um assunto palpitante e ainda não consensual nos dias atuais sobre o papel do marca-passo no diagnóstico da fibrilação atrial silenciosa ou sem sintomas e a necessidade de uso da anticoagulação crônica para prevenir eventos tromboembólicos.

Na sequência, elaborei em conjunto com o nosso grupo do Hospital Universitário da UFPI, incluindo o médico residente de cardiologia Dr. Francisco José de Almeida Cruz Júnior e os cardiologistas Dr. Thiago Nunes e Dr. Jônatas Melo, abordando um novo escore para avaliação de risco cardiovascular pré-operatório que pode vir a ser uma ferramenta útil na prática clínica diária. Para a sessão de memórias da sociedade Norte Nordeste contamos com a ilustre participação do Dr. Fernando Lianza com empolgantes lembranças da regional Norte Nordeste de Cardiologia. Boa leitura.

Grande abraço,

**Carlos Eduardo Batista de Lima**

Editor da RNNC

# Detecção de Fibrilação Atrial Pelo Marca-Passo e o Manejo da Anticoagulação Oral nos Dias Atuais

Carlos Eduardo Batista de Lima<sup>1</sup> e Patryck Araújo Dantas da Silva<sup>2</sup>

Professor Adjunto de Cardiologia da Universidade Federal do Piauí<sup>1</sup>; Aluno de graduação em Medicina da Universidade Federal do Piauí<sup>2</sup>.

Os dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI) de marca-passo (MP) e cardiodesfibriladores (CDI) são utilizados no tratamento dos distúrbios do ritmo cardíaco e além da finalidade terapêutica permitem o monitoramento contínuo da atividade elétrica cardíaca possibilitando a detecção de arritmias subclínicas que não são diagnosticadas pelos métodos convencionais.<sup>1,2</sup> Com o aprimoramento dos registros gráficos armazenados nos DCEI com maior acurácia e menor quantidade de artefatos, a detecção da fibrilação atrial (FA) em portadores de dispositivos, sem história prévia de registro eletrocardiográfico de FA e sem sintomas relacionados a essa arritmia tem sua importância aumentada nos dias atuais, principalmente quanto à necessidade ou não do uso de anticoagulante para prevenir eventos tromboembólicos (ETE) sistêmicos ou acidente vascular cerebral (AVC) nesses pacientes.<sup>2</sup> O risco de eventos ETE está bem estabelecido em pacientes com FA clínica, ou seja, em pacientes com FA não valvar para casos com documentação eletrocardiográfica da FA pelos métodos habitualmente utilizados como o eletrocardiograma (ECG) de repouso e o Holter de 24 horas (ECG ambulatorial). Entretanto, a FA subclínica (FASC) detectada pelo DCEI também apresenta associação com acidente vascular cerebral (AVC), ainda que o risco aumente em uma taxa menor quando comparado à FA clínica.<sup>3,4</sup> Essa correlação entre FASC e aumento do risco de eventos já foi demonstrada por diversos estudos sendo o estudo ASSERT o de maior casuística e maior seguimento clínico até o momento. Neste estudo foram incluídos 2580 pacientes com implante recente de CDI ou MP seguidos um tempo de seguimento médio de 2,5 anos, detectando FASC em 35% dos pacientes. Neste estudo a FASC foi definida por episódios de elevada resposta detectados no canal atrial com frequência >190 batimentos por minuto (bpm) e duração ≥6 minutos em monitoramento de 3 meses após o implante do DCEI observando ao longo do seguimento do estudo, aumento de 5 vezes no risco de desenvolver FA clínica e de 2,5 vezes no risco de ocorrência de AVC ou embolia sistêmica.<sup>5,6</sup> No entanto, ainda não está clara a indicação de anticoagulação oral (ACO) nesse perfil de paciente considerando os potenciais benefícios protetores de ETE e os malefícios potenciais pelo

aumento no risco de sangramentos. Ainda sem evidência científica robusta, os *guidelines* da Sociedade Cardiovascular Canadense de 2018 indicam anticoagulação em pacientes com FASC com 65 anos ou mais ou com uma pontuação no CHADS2 ≥ 1 que apresentem episódios de FASC com duração superior a 24 horas contínuas e naqueles pacientes com episódios de menor duração e que são de alto risco (como aqueles com AVC embólico recente de fonte desconhecida).<sup>7</sup> A diretriz da Sociedade Europeia de Cardiologia de 2016 tem uma recomendação mais restrita, orientando a documentação eletrocardiográfica da FASC antes de iniciar qualquer terapia anticoagulante.<sup>8</sup> De qualquer forma, pacientes com FASC correspondem a pequena parcela na inclusão de grandes estudos que abordam a temática do uso de ACO em pacientes com FA, o que não produz, até o momento, evidência forte a respeito da conduta nesses casos.<sup>9</sup> Alguns estudos randomizados estão em andamento para a resolução desta questão com destaque aos estudos “Apixaban for the Reduction of Thrombo-Embolism in Patients With Device-Detected Sub-Clinical Atrial Fibrillation (ARTESiA)” e “The Non-vitamin K antagonist Oral anticoagulants in patients with Atrial High rate episodes (NOAH-AFNET 6) trial”, ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02618577.<sup>10,11</sup>

O estudo ARTESiA surgiu com o objetivo de determinar se o uso de apixabana em comparação ao uso da aspirina, reduz o risco de AVC e embolia sistêmica em pacientes com FASC e fatores de risco adicionais para AVC. Trata-se de um estudo prospectivo, multicêntrico, duplo-cego e randomizado com a previsão de inclusão de cerca de 4000 pacientes com 55 anos ou mais e FASC detectada por MP, CDI ou monitor cardíaco implantável que tenham fatores de risco para AVC e não preencham requisitos tradicionais para a terapia anticoagulante. O episódio de FASC deve ter duração igual ou superior a 6 minutos, baseado no estudo ASSERT, e o paciente não pode ter tido nenhum episódio com duração superior a 24 horas antes do recrutamento. Os pacientes serão randomizados em dois grupos em uma taxa 1:1. Um grupo será tratado com aspirina na dose padrão de 81 mg, outro grupo receberá apixabana da dose de 10 mg/dia ou 5 mg/dia a depender dos seguintes critérios: idade, peso e creatinina. O seguimento

### Artigo de Revisão

total será de aproximadamente 36 meses. A escolha pela apixabana foi baseada na demonstração da sua segurança em relação aos eventos adversos, como o sangramento maior, avaliado em outros estudos comparativos e a aspirina por ser uma medicação comumente usada na prevenção secundária. O estudo ainda está em fase de recrutamento, estando próximo de completar mil inclusões.<sup>10</sup> Certamente trará muitos esclarecimentos com evidência de qualidade a respeito do manejo de pacientes com FASC e possibilitará uma homogeneização dos guidelines, além de poder explicar com mais acurácia os mecanismos pelos quais ocorrem os eventos cerebrais isquêmicos em pacientes com FASC, que parecem diferir daqueles com FA clínica em relação ao risco de ETE.

O outro estudo é o NOAH-AFNET 6 que tem o objetivo de esclarecer o benefício dos ACO na prevenção de ETE em pacientes com arritmias atriais detectadas por dispositivos implantáveis. O desenho do estudo foi publicado em 2017 e utiliza o termo “device-detected atrial high rate episode (AHRE)” para designar arritmias atriais potencialmente

trombogênicas, características de FA, correspondendo ao termo FASC utilizado por outros autores. O artigo nos lembra que os algoritmos dos dispositivos implantáveis embora apresentem boa sensibilidade para detectar essas arritmias, sua especificidade não é excelente, principalmente se o episódio for de curta duração, portanto passível de erros em diferenciar FA de outras arritmias ou de artefatos, que obviamente não necessitariam de terapia anticoagulante. Alguns exemplos de registros de eventos no marca-passo estão demonstrados na figura 1, incluindo eletrogramas característicos de FA e artefatos. O estudo NOAH é um estudo prospectivo, de grupos paralelos, duplo-cego, multicêntrico, randomizado, fase IIIb e irá testar se o uso da edoxabana é superior à terapia usual (terapia antiplaquetária com ácido acetilsalicílico ou sem terapia, dependendo do risco cardiovascular) para prevenir AVC, embolia sistêmica ou morte cardiovascular em pacientes com AHRE, que não tenham FA clínica ou outra indicação para terapia com ACO, e que tenham pelo menos 2 fatores de risco para AVC considerando o escore de CHA2DS2-VASC.

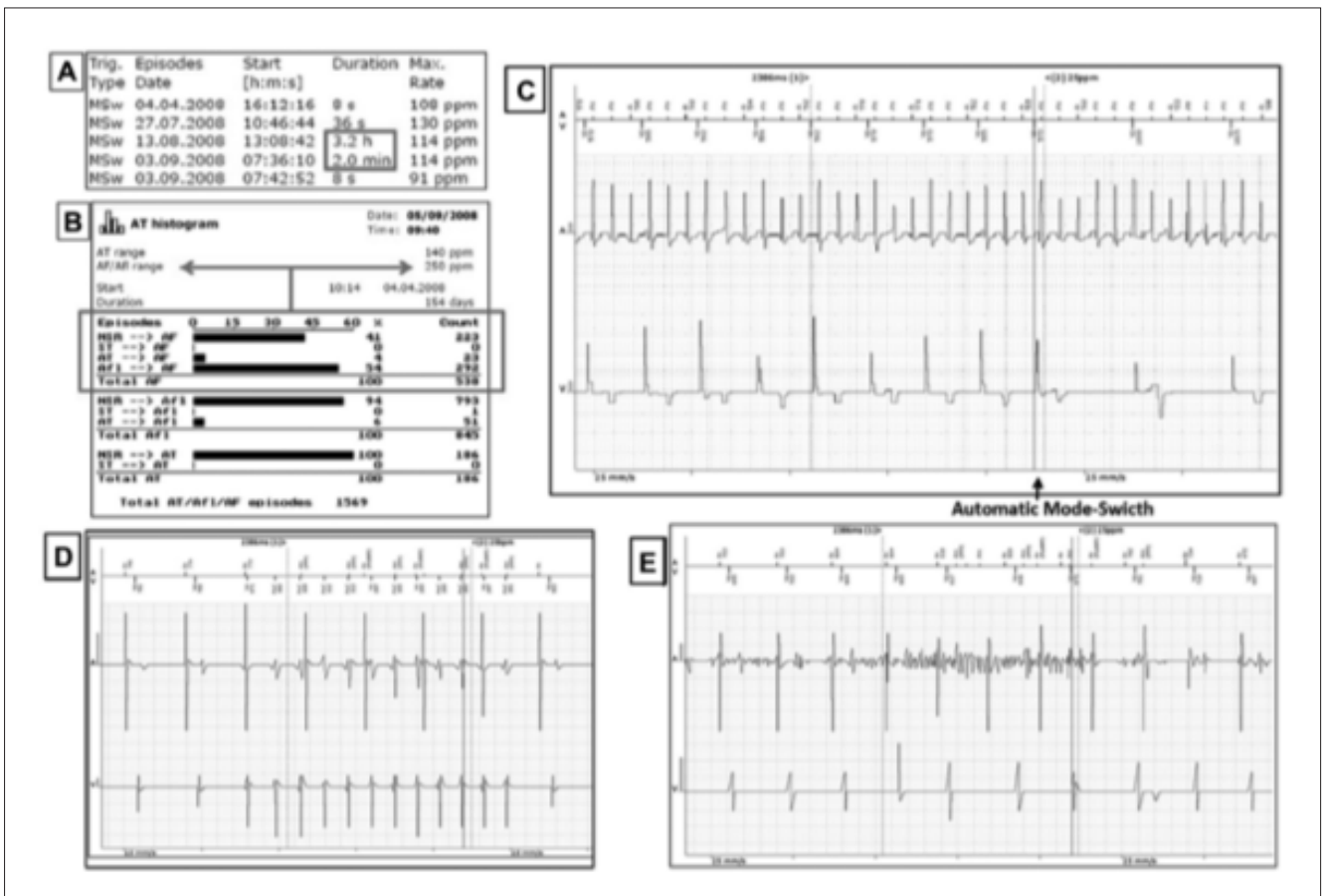


Figura 1 - Registros de eventos de elevada frequência atrial documentados no marca-passo, incluindo eletrogramas característicos de fibrilação atrial (A, B e C) e outros com detecções inapropriadas por taquicardia ventricular (D) e artefatos por ruído no canal atrial (E). Referência: Lima C et al.<sup>1</sup>



## Artigo de Revisão

Também irá avaliar se a intervenção melhora a qualidade de vida e mantém a função cognitiva. O desenho do estudo define AHRE como ritmo atrial  $\geq 180$  bpm e duração igual ou superior a 6 minutos, também baseado no estudo ASSERT apenas para o tempo mínimo em arritmia. Tem previsão de inclusão de 3400 pacientes com idade igual ou superior a 65 anos e que tenham pelo menos mais um fator de risco para AVC definidos nos critérios de inclusão. Os pacientes serão randomizados em dois grupos em uma taxa 1:1. Um grupo receberá edoxabana na dose de 60 mg, sendo reduzida para 30 mg a depender dos seguintes critérios: disfunção renal, baixo peso e uso de inibidores da glicoproteína P que podem apresentar interação medicamentosa. O grupo de tratamento usual receberá

aspirina ou placebo a depender da presença de indicação de terapia antitrombótica. Os autores estimam através da análise de estudos prévios que os pacientes randomizados para edoxaban tenham uma redução de dois terços na taxa de acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório e uma redução de 10% na morte cardiovascular. A estimativa é que os dados estejam completos até março de 2022.<sup>11</sup>

Ambos os estudos citados certamente trarão muitos esclarecimentos com evidência de qualidade a respeito do manejo de pacientes com FASC e possibilitará uma homogeneização das recomendações em diretrizes, além de poder explicar com mais acurácia os mecanismos pelos quais ocorrem os eventos cerebrais isquêmicos e ETE sistêmicos em pacientes com FASC.

## Referências

1. Lima C, Martinelli Filho M, Peixoto G L, et al. Silent atrial fibrillation in elderly pacemaker users: a randomized trial using home monitoring. *Ann Noninvasive Electrocardiol* 2016; 21:246–255.
2. Dilaveris PE and Kennedy HL. Silent atrial fibrillation: epidemiology, diagnosis, and clinical impact. *Clin Cardiol*. 2017;40:413–418. <https://doi.org/10.1002/clc.22667>
3. Glotzer T.V., Hellkamp A.S., Zimmerman J. Atrial high rate episodes detected by pacemaker diagnostics predict death and stroke: report of the Atrial Diagnostics Ancillary Study of the MObility Selection Trial (MOST) *Circulation*. 2003;107(12):1614–1619.
4. Glotzer T.V., Daoud E.G., Wyse D.G. The relationship between daily atrial tachyarrhythmia burden from implantable device diagnostics and stroke risk: the TRENDS study. *Circ Arrhythm Electrophysiol*. 2009;2(5):474–480.
5. Healey JS, Connolly SJ, Gold MR, et al. Subclinical atrial fibrillation and the risk of stroke. *N Engl J Med* 2012;366:120-9.
6. Kaufman E.S., Israel C.W., Nair G.M. Positive predictive value of device-detected atrial high-rate episodes at different rates and durations: an analysis from ASSERT. *Heart Rhythm*. 2012;9(8):1241–1246.
7. Andrade, Jason G. et al. 2018 Focused Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation. *Canadian Journal of Cardiology*, Volume 34, Issue 11, 1371 - 1392.
8. Kirchhof P, Benussi S., Kotecha D. 2016 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2016;37(38):2893–2962.
9. Ruff C.T., Giugliano R.P., Braunwald E. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet*. 2014;383(9921):955–962.
10. Lopes RD, Alings M, Connolly SJ, et al. Rationale and design of the Apixaban for the Reduction of Thrombo-Embolism in Patients With Device-Detected Sub-Clinical Atrial Fibrillation (ARTESiA) trial. *American Heart Journal*, Volume 189, 2017, Pages 137-145; [doi: 10.1016/j.ahj.2017.04.008](https://doi.org/10.1016/j.ahj.2017.04.008).
11. Paulus Kirchhof, MD,a,b,c,d,e,\* Benjamin F. Blank,d Melanie Calvert, PhD, Probing oral anticoagulation in patients with atrial high rate episodes: Rationale and design of the Non-vitamin K antagonist Oral anticoagulants in patients with Atrial High rate episodes (NOAH-AFNET 6) trial. *Am Heart J*. 2017 Aug; 190: 12–18. [doi: 10.1016/j.ahj.2017.04.015](https://doi.org/10.1016/j.ahj.2017.04.015).



# Oclusão de Tronco da Artéria Coronária Esquerda Detectada à Cinecoronariografia em Paciente com Angina Estável: Relato de Caso

*Left Main Coronary Artery Occlusion Detected on Coronary Angiography in a Patient With Stable Angina: Case Report*

Francisco de Assis Costa<sup>1,2,3</sup>, Cléber Costa de Oliveira<sup>1</sup>, Jorge Inácio Pinto Cotto<sup>1</sup>, Marcos Henrique Araújo Melo<sup>1</sup>, Eolo Ribeiro de Alencar Neto<sup>1</sup>, Peter Conde Vidal<sup>1</sup>, Thiago Rabello<sup>1,3</sup>, Carlos Dornels Freire de Souza<sup>2</sup>

Hospital Veredas, Maceió – AL<sup>1</sup>, Universidade Federal de Alagoas – UFAL<sup>2</sup>, Centro Universitário Tiradentes – UNIT-AL<sup>3</sup>

## Resumo

A obstrução total e aguda do tronco da artéria coronária esquerda (TCE) é uma situação rara e de prevalência desconhecida, provavelmente devido ao alto índice de morte súbita, não havendo tempo hábil para o diagnóstico e tratamento adequados do problema. Nos processos mais lentos, de oclusão crônica, as manifestações clínicas mais comuns são insuficiência cardíaca, angina do peito e infarto agudo do miocárdio. O caso aqui relatado é de um paciente com provável oclusão crônica, clinicamente manifesta por angina estável, uma condição não habitual. Também se discute a importância da existência de circulação colateral, fundamental para a proteção miocárdica, para a preservação da função ventricular esquerda e da sobrevivência.

## Abstracty

*Acute total obstruction of the left main coronary artery (LMCA) is a rare condition of unknown prevalence, probably due to the high rate of sudden death, and there is not enough time for proper diagnosis and treatment of the problem. In the slowest processes of chronic occlusion, the most common clinical manifestations are heart failure, angina pectoris and acute myocardial infarction. The case reported here is a patient with probable chronic occlusion clinically manifested by stable angina, an unusual condition. The importance of the existence of collateral circulation, fundamental for myocardial protection, for the preservation of left ventricular function and survival, is also discussed.*

## Introdução

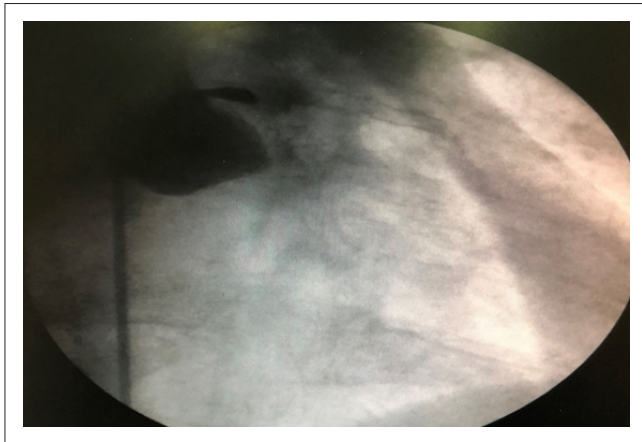
A obstrução completa e aguda do tronco da artéria coronária esquerda (TCE) é uma situação rara. Sua prevalência é desconhecida, provavelmente em virtude do alto índice de morte súbita, não havendo tempo hábil para o diagnóstico e tratamento adequados, sobretudo nas oclusões agudas<sup>1</sup>. Nos processos mais lentos, de oclusão crônica, as apresentações mais comuns são insuficiência cardíaca, angina do peito e infarto agudo do miocárdio. Relata-se, aqui, um caso de provável oclusão crônica, clinicamente manifesta por angina estável, condição inusual.

## Relato do caso

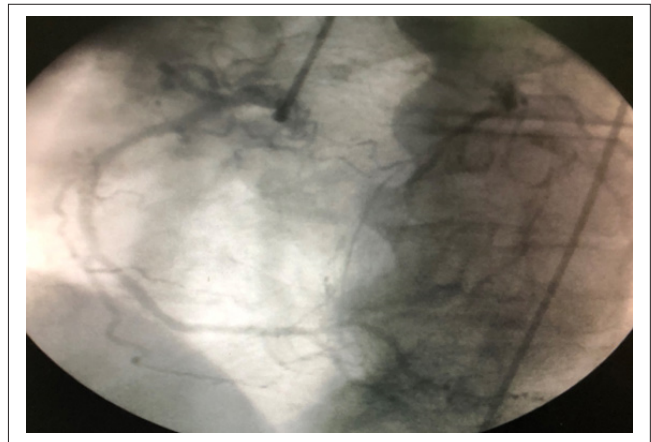
EAV, homem, branco, 61 anos, aposentado, natural e procedente de Maceió – AL. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e doença arterial coronariana (DAC), tendo-se submetido, 10 anos antes, a angioplastia com implante de dois stents farmacológicos em artéria coronária direita (CD) com resultado ótimo. Fazia uso regular da medicação prescrita por seu cardiologista: aspirina + betabloqueador

+ bloqueador do receptor de angiotensina 1 + estatina. Também fazia acompanhamento médico periódico, cerca de duas consultas cardiológicas anuais. Na última consulta queixava-se de angina progressiva há aproximadamente quatro meses, culminando com dor limitante, angina estável classe funcional III-IV (Canadian Cardiovascular Society). O exame físico era normal, glicemia de jejum e perfil lipídico controlados. Ecocardiograma: ventrículo esquerdo (VE) = 54/32; aorta = 32 mm; átrio esquerdo = 33 mm; septo interventricular = parede posterior = 10 mm; fração de ejeção do VE = 71%, valvas normais, disfunção diastólica tipo I. Apesar dos antecedentes, como o quadro era estável, optou-se por cintilografia miocárdica com técnica tomografia (teste ergométrico + MIBI), que revelou grande alteração da perfusão miocárdica (32%) em toda a parede ântero-lateral, exame interrompido já no primeiro estágio do protocolo de Ellestad. Solicitada cinecoronariografia de imediato que demonstrou: CD com estenose de 80% intra-stent (reestenose proliferativa) e TCE ocluído (figura 1), com ampla circulação colateral intercoronária, grau III (figura 2). Via-se toda a árvore

## Relato de Caso



**Figura 1** - TCE ocluído na porção média, projeção pósterio-anterior.



**Figura 1** - Artéria coronária direita em OAE. Toda a árvore coronariana esquerda contrastando por circulação colateral grau III.

coronariana esquerda. Paciente internado e submetido a cirurgia cardíaca para revascularização miocárdica (artéria mamária interna esquerda-artéria descendente anterior esquerda + ponte de veia safena-ramo diagonal + ponte de veia safena-ramo marginal esquerdo + ponte de veia safena-artéria coronária direita). Evoluiu sem intercorrências e obteve alta hospitalar no oitavo dia de pós-operatório.

### Discussão

Sabe-se que as lesões obstrutivas do TCE são extremamente graves e relacionadas com altas taxas de mortalidade. Chaitman et al.<sup>2</sup> demonstraram que em até quatro anos metade dos pacientes com diâmetro de estenose > 60% no TCE morria, quando tratados clinicamente. A exata prevalência da oclusão crônica do TCE é desconhecida. Alguns estudos têm apontado uma prevalência entre 0,04% e 0,1%<sup>3-4</sup>. As manifestações clínicas são variáveis, mas em geral o quadro predominante é de insuficiência ventricular esquerda, angina instável e infarto agudo do miocárdio, sendo o prognóstico e a função do VE dependentes da existência de circulação colateral intercoronária (direita-esquerda) e do padrão de dominância da artéria coronária direita<sup>5-6</sup>. Algumas séries de casos reforçaram a importância da presença de circulação colateral e mostraram que metade dos pacientes com oclusão do TCE apresentava estenose significativa da artéria coronária direita (diâmetro de estenose > 50%), como no caso ora relatado.

Em pacientes com lesões do TCE  $\geq$  50%, segundo o clássico estudo CASS<sup>7</sup>, em seguimento de 15 anos, pacientes revascularizados cirurgicamente tiveram sobrevida média de 13,3 anos, em contraposição com apenas 6,6% de sobrevida

daqueles abordados clinicamente. Cabe ressaltar a importância de testes funcionais, como a ergometria, cintilografia miocárdica e ecocardiograma de estresse, sobretudo quando há evidência de isquemia miocárdica relevante induzida por baixas intensidades de exercício, infusão de drogas, duplo-produto ou evidentes sinais eletrocardiográficos ao teste ergométrico, como supradesnível de segmento ST isolado na derivação aVR; concomitância de supradesnível de ST em aVR + infradesnível em V5 ou supradesnível de ST em aVR e V1 simultaneamente<sup>8-9</sup>.

No caso aqui discutido o TCE encontrava-se totalmente obstruído e o paciente evoluía com angina estável, fato raro. Em tais situações é de se ressaltar o papel fundamental da circulação colateral na proteção miocárdica e na sobrevida. Em humanos, entre 30% e 50% das oclusões silenciosas não são acompanhadas de disfunções mecânicas do VE, o que sugere a preservação miocárdica conferida pela circulação colateral<sup>10</sup>. O caso em discussão é de apresentação não habitual, com o paciente mantendo-se clínica e hemodinamicamente estável até o diagnóstico do problema. A progressão da lesão inicial até a completa obstrução deve ter sido lenta, permitindo o desenvolvimento de abundante circulação colateral, capaz de manter a viabilidade miocárdica, a estabilidade clínico-hemodinâmica e a vida do paciente.

### Conclusão

Embora de ocorrência rara, dadas a alta e precoce morbimortalidade, a oclusão do TCE tem sido relatada e deve ser suspeitada diante dos sintomas típicos de DAC ou seus equivalentes, principalmente quando acompanhados de proeminentes alterações nos testes funcionais.

## Referências

1. Rosa LF, Kaufman R, Montenegro M, Assumpção C, Serra S. Contribuição do teste de exercício na suspeita de lesão coronariana grave: um caso de oclusão total de tronco da artéria coronária esquerda. *Rev DERC*. 2014; 20(4): 114-116.
2. Chaitman BP, Fisher LD, Bourassa MG. Effects of coronary by-pass surgery on survival patterns in subsets of patients with left main coronary artery disease. Report of the Collaborative Study in Coronary Artery Surgery (CASS). *Am J Cardiol*. 1981; 48: 765-77.
3. Saraon T, Chadow HL, Castillo R. The power of collateral Circulation: a case of asymptomatic chronic total occlusion of the left main coronary artery. *J Invasive Cardiol*. 2012; 24(9): E196-E198.
4. Ward DE, Valantine H, Hui W. Occluded left main stem coronary artery. Report of five patients and review of published reports. *Br Heart J*. 1983; 49(3): 276-279.
5. Topaz O, Disciascio G, Cowley MJ, Lanter P, Soffer A, Warner M, et al. Complete left main coronary artery occlusion: angiographic Evaluation of collateral vessel patterns and assessment of hemodynamic correlates. *Am J Cardiol*. 1991; 121: 450-6
6. Zimmern SH, Rogers WJ, Bream PR, et al. Total occlusion of left main artery: the Coronary Artery Surgery Study (CASS) experience. *Am J Cardiol*. 1982; 49(8): 2003-10.
7. Caracciolo EA, Davis KB, Sopko G, Kaiser GC, Corley SD, Schaff H, et al. For the CASS Investigators. Comparison of surgical and medical group survival in patients with left main coronary artery disease. Long-term CASS experience. *Circulation*. 1995; 91: 2325-34.
8. Rostoff P, Wnuk M, Piwowarska W. Clinical significance of exercise-induced ST segment elevation in lead aVR and V1 in patients with chronic stable angina pectoris and strongly positive exercise test results. *Archiwum Medycyny Weenertrnej*. 2005; 114: 1180-9
9. Goelzer LS, Miyahira MT, Tamazato E, Bueno RHM, Flecher G. Supradesnível do segmento ST em aVR e V1 no teste de exercício como preditor de lesão obstrutiva da artéria descendente anterior. *Rev DERC* 2012; 18(3): 89-91.
10. Luz PL, Favarato D. Doença coronária crônica. *Arq Bras Cardiol*. 1999; 72: 5-38.

# Um Novo Escore para Avaliação de Risco Cardiovascular Pré-Operatório

Francisco José de Almeida Cruz Júnior<sup>1</sup>, Thiago Nunes Pereira Leite<sup>1</sup>, Jônatas Melo Neto<sup>1</sup> e Carlos Eduardo Batista de Lima<sup>1</sup>

Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)<sup>1</sup>

Dakik A. H., Chehab O., Eldirani M. Et al. *A New Index for Pre-Operative Cardiovascular Evaluation*. *J Am Coll Cardiol*. 2019 Jun, 73 (24) 3067-3078

Ocorrem milhares de cirurgias não cardíacas em todo mundo anualmente e a incidência de complicações cardiovasculares depende do perfil clínico do paciente e do tipo de cirurgia que será realizada. Nos Estados Unidos são realizados anualmente 25 milhões de procedimentos cirúrgicos não cardíacos, com taxa de mortalidade em torno de 0,5%<sup>1</sup>. No Brasil são realizadas cerca de 3 milhões de cirurgias anualmente com taxa de mortalidade cirúrgica mais relevante, em torno de 2,65%<sup>2</sup>.

Mesmo com os avanços em tratamentos das principais complicações e aprimoramento das técnicas operatórias, ainda existem complicações com taxas significativas, acarretando em um problema de saúde pública e motivando o desenvolvimento de estudos científicos que visam encontrar melhores estratégias para avaliação mais precisa dos riscos cardiovasculares<sup>3,4</sup>.

Vários indicadores de risco multifatorial e algoritmos foram propostos e são utilizados na prática clínica diária na tentativa de prever complicações cardiovasculares. Entre eles os mais utilizados no mundo estão o Índice Cardíaco Revisado de LEE (ICRL), o Algoritmo do *American College of Physicians* (ACP), *American College Surgeons* (ACS) que usa a Calculadora de Risco do Programa Nacional de melhoria da qualidade Cirúrgica (NSQIP) e no Brasil também faz parte da diretriz o algoritmo do Estudo Multicêntrico de Avaliação Perioperatória (EMAPO).

Em Junho de 2019 foi publicado no *Journal of the American College of Cardiology* (JAAC) um artigo cujo título é "*A New Index for Pre-operative Cardiovascular Evaluation*", conhecido como AUP-POCES STUDY. Este artigo apresenta um novo escore proposto para avaliação de risco cardiovascular perioperatório em cirurgias não cardíacas.

O estudo AUB-POCES (*American University of Beirute – Pre-Operative Cardiovascular Evaluation Study*) é um estudo prospectivo que envolveu pacientes adultos ( $\geq 40$  anos de idade) submetidos a cirurgia não cardíaca no Centro Médico da Universidade Americana de Beirute a partir de 1 de julho de 2016 até o dia 30 de dezembro de 2017<sup>5</sup>.

Os dados foram coletados a partir de entrevistas diretas com pacientes e registros médicos, incluindo relatórios cirúrgicos e

registros de anestesiologia. Os pacientes foram acompanhados por 30 dias após a cirurgia para documentar a ocorrência dos desfechos. O desfecho primário do estudo foi a ocorrência de morte por todas as causas, infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC) em 30 dias após a cirurgia<sup>5</sup>.

A análise inicial envolveu 3824 pacientes com desfecho primário positivo em 38 pacientes. Os preditores relacionados com os desfechos analisados que apresentaram significância estatística ( $p < 0,05$ ) foram: idade  $>75$  anos, hemoglobina  $<12$ , história de doença cardíaca, angina ou dispneia, cirurgia vascular e cirurgia de urgência. Cardiopatia era definida como a presença de qualquer um dos seguintes: infarto prévio, história de angioplastia coronariana, cirurgia cardíaca, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial ou valvopatia moderada a importante evidenciada ao ecocardiograma. Angina era definida como dor torácica opressiva aos esforços e dispneia era definida pela presença de falta de ar aos esforços habituais<sup>5</sup>.

A análise de acurácia do novo índice foi comparada com o ICRL e NSQUIP demonstrando uma área sobre a curva ROC de 0,90, sendo significativamente maior quando comparado ao índice de LEE (0,78), e semelhante ao Algoritmo NSQUIP (0,89) respectivamente<sup>5</sup>.

O novo índice foi então validado através da aplicação do mesmo ao registro de dados da ACS NSQUIP com mais de um milhão de pacientes, evidenciando uma acurácia de 0,82 (área sob a curva ROC). Observa-se então que o novo índice pode rapidamente estratificar os pacientes submetidos à cirurgia não-cardíaca em grupos de baixo, intermediário e alto risco, com base em 6 elementos de dados facilmente adquiridos. Obteve-se assim um novo algoritmo de avaliação perioperatória que possui aplicabilidade simples e uma poderosa capacidade discriminatória para prever eventos cardiovasculares após cirurgias não-cardíacas<sup>5</sup>.

## Comentários

O novo escore desenvolvido apesar de ter evidenciado uma excelente acurácia quando comparado com outros algoritmos, possui a limitação de ter sido desenvolvido e validado em um centro único, sendo necessário sua validação em populações geográficas diferentes. Quando compara-se a acurácia do

mesmo com algoritmos consagrados na literatura como o do *American College of Physician* (ACP) com acurácia de 0,66, EMAPO de 0,65, ICRL 0,79 e NSQIP 0,88, percebe-se a importância e o potencial desse novo algoritmo<sup>5,6,7,8,9</sup> (Figura 1).

Quando comparado com o escore do NSQIP no artigo, observa-se que não houve diferença entre os mesmos quanto aos desfechos analisados, com área sobre a curva ROC semelhante de 0,90 e 0,89, respectivamente. No entanto quando se avalia a aplicabilidade dos mesmos, observa-se que o segundo possui 19 variáveis a serem analisadas com certo grau de complexidade, enquanto no primeiro utiliza-se apenas 6 variáveis, sendo portanto de mais fácil aplicação<sup>5,9</sup>.

O ICRL foi elaborado em 1999 e foi derivado de um estudo de 4.315 pacientes submetidos à cirurgia não-cardíaca em um hospital de ensino terciário<sup>6</sup>. Estudos recentes de grande coorte sugeriram que o ICRL pode subestimar o risco de eventos cardiovasculares na prática cirúrgica contemporânea e quando

comparado ao novo índice no AUP-PAUCES STUDY; observa-se na avaliação das áreas sobre a curva ROC que o mesmo tem acurácia menor que o novo algoritmo com significância estatística (0,90 vs 0,78;  $p = 0,02$ )<sup>5</sup>.

O novo índice é similar em sua simplicidade ao índice de LEE, mas tem um poder discriminatório melhor (áreas sob a curva ROC de 0,90 e 0,78, respectivamente), além disso, o AUB-PAUCES STUDY envolveu todos os pacientes submetidos à cirurgia não-cardíaca, incluindo pacientes de baixo risco e cirurgias de emergência que não estavam inscritos no estudo ICRL, portanto, este índice possui maior aplicabilidade à população geral de pacientes submetidos à cirurgia não-cardíaca<sup>5</sup>.

Quando se compara o novo algoritmo com o EMAPO validado no Brasil, observa-se que o algoritmo brasileiro possui 27 variáveis, envolve uma considerável quantidade de exames laboratoriais, incluindo gasometria venosa/arterial, sendo

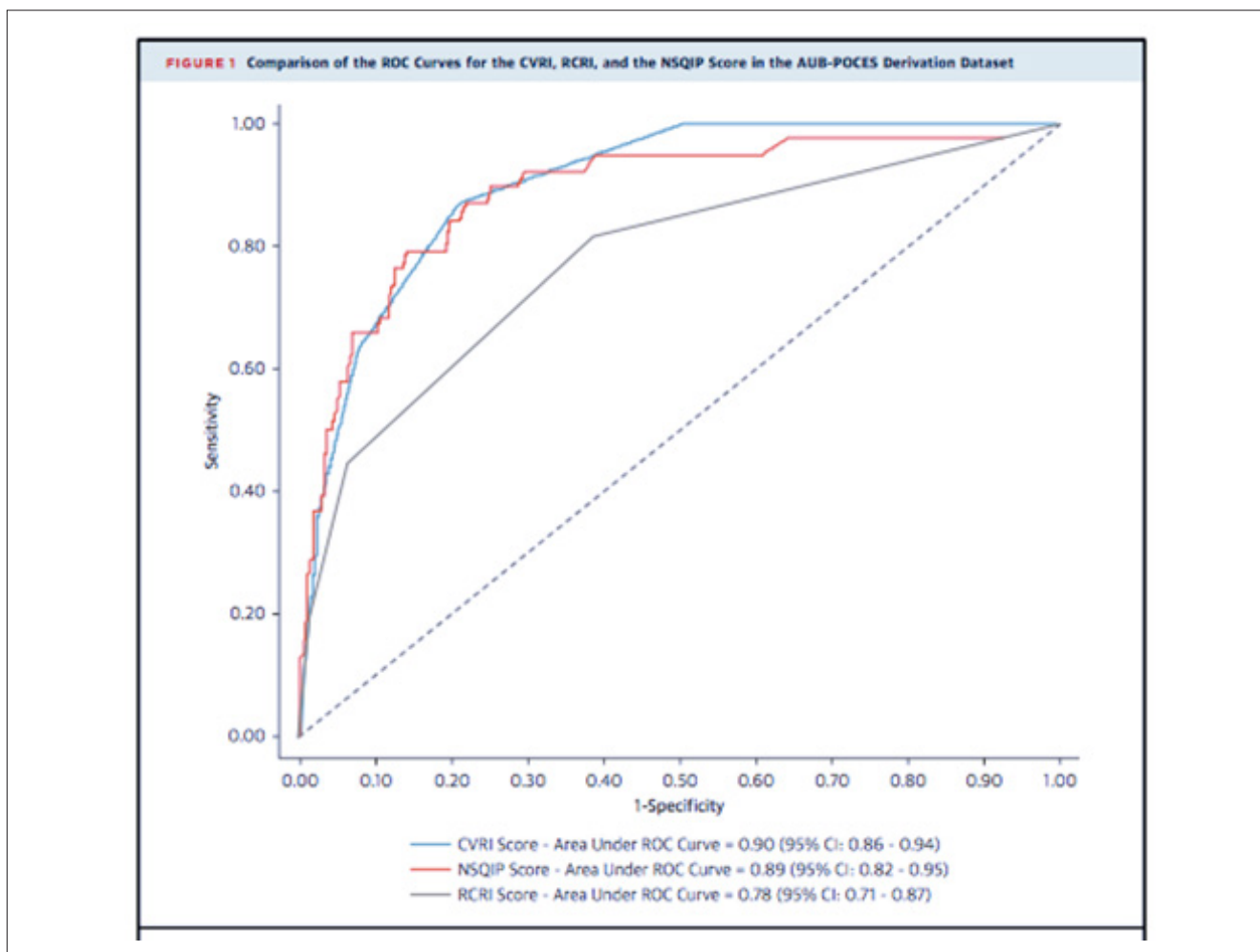


Figura 1 - Comparação da curva ROC para o novo índice, o NSQIP e o índice revisado de LEE.

## Artigo Comentado

---

portanto bem mais complexo quanto a sua aplicabilidade. Além disso, também possui uma acurácia menor<sup>5,8</sup>.

Diante dos fatos observados, percebe-se o desenvolvimento de um novo índice de avaliação de risco cardiovascular de

simples aplicabilidade, com excelente acurácia, e que traz boas perspectivas para o aprimoramento da avaliação de risco cardiovascular perioperatório, restando apenas a necessidade de sua validação em populações geográficas diferentes.

## Referências

1. BASH, D; EAGLE, K; Perioperative evaluation and Management of patients with know or suspected cardiovascular disease who undergo non cardiac surgery in hurt's the heart. 10. ed. New York: Mcgraw-Hill; 2001. p. 2129-42.
2. BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria executiva. SUS-Datasus. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>
3. WEISER, TG; REGENBOGEN, SE; THOPSOM, KD; et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet* 2008;372:139-44.
4. YU, PC; ET ALL. Non-Cardiac Surgery in developing countries: epidemiological aspects and economical opportunities-the case one Brazil. *Plus one* 2010;5:e106087.
5. DAKIK, HABIB.A; et all. A New Index for pre-operative Cardiovascular Evaluation. *Journal of American College of Cardiology*. Vol 73, N. 24, 2019.
6. LEE, TH; et all. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999;100: 1043-9.
7. FLEISHER, L. A. et al. 2014 ACC / AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery: Executive Summary. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, v. 130, n. 24, p. 278-333, Dec. 2014.
8. PINHO, C. et all. Multycenter Study of Perioperative Evaluation for Non-Cardiac Surgeries in Brazil (EMAPO). *Clinics* 2007; 62 (1):17-22.
9. User Guide for the 2016 ACS NSQIP Procedure Targeted Participant Use Data File (PUF). December 2017. Available at: [https://www.facs.org/w/media/files/quality%20programs/nsqip/nsqip\\_puf\\_userguide\\_2017.ashx](https://www.facs.org/w/media/files/quality%20programs/nsqip/nsqip_puf_userguide_2017.ashx). Accessed January 5, 2019.



### A Cardiologia do Norte / Nordeste: seu Passado, seu Presente e seu Futuro

*Fernando Lianza Dias*

*Presidente da SNNC (Biênio 97/98)*

Foi com muita honra que recebemos o convite do caro amigo Carlos Eduardo Batista de Lima, editor-chefe da revista Norte e Nordeste de Cardiologia objetivando escrever no pergaminho da memória alguns tópicos da cardiologia do Norte e Nordeste (NNE), como principal ênfase na nossa passagem pela presidência da Sociedade Norte e Nordeste de Cardiologia (SNNC), ficamos sensibilizados, profundamente honrados e agradecidos. Confessamos que de início, o nosso coração bateu mais forte, produzindo palpitações intermitentes, advindas naturalmente dos respingos sublimes da emoção e dos mais profundos sentimentos, emanados do âmage de um cardiologista paraibano que aprendeu e cultivou da forma mais candente, abrigar em seu sangue nativo, um amor indescritível e sem limites pela cardiologia do NNE, estendendo-se evidentemente a entidade maior dos cardiologistas da região, que não é outra senão a SNNC, vetusta instituição científica e associativa, que nos propiciou cravar nos seus anais, o nosso nome na galeria de honra como um dos protagonistas, com o cunho da perenidade.

Movidos pelo exposto acima, aceitamos mais esse desafio, marcado por tantos outros, que nos propiciou um rico engrandecimento interior, próprio dos idealistas e sonhadores, binômio que tem marcado toda nossa existência, de homem e de médico. Passamos agora para a parte mais importante desse depoimento, que voltamos a enfatizar, foi concebido muito mais pelos neurônios cerebrais do que por documentos, incluindo o desaparecimento do livro de ata. Portanto, qualquer falha no que se refere a nomes, fatos e datas, pedimos nossas desculpas antecipadas.

Foi no ano de 1988 que tivemos o primeiro contato com a SNNC. Mais precisamente em Fortaleza, no VIII Congresso da instituição. Se não me falha a memória, o conclave foi presidido por Frederico Lima e Silva, o nosso grande Fred. Foi durante esse congresso que a minha mente já começava a buscar novos horizontes, especificamente falando, o espírito de congregar e interagir, tantos no conhecimento de novos colegas como também de uma aproximação maior com entidades científicas/associativas. E nesse citado congresso, ocorreram fatos de suma relevância, podemos até dizer proféticos, no que se refere aos novos caminhos que tínhamos a trilhar. Consideramos o mais importante, uma conversa informal que tivemos com o grande líder da cardiologia da região NNE, o valoroso Pernambucano Ênio Cantarelli, que se não me foge a memória, ocupava naquele tempo, a presidência da SBC. Respalado numa amizade, respeito e admiração que já existia entre nós, Ênio, com aquele vozeirão, de forma sintética, nos mostrou os princípios básicos, diretrizes e direcionamentos, para que adentrássemos, o mais breve possível, nos meandros das sociedades científicas/associativas. Vislumbrando ele naquele momento, uma antecipação de um futuro luminoso na nossa trajetória na cardiologia do NNE.

Voltando do congresso, nossa mente fervilhava de ideias, de como iríamos proceder para o norteamento de novos horizontes. Na época, o nosso pai ocupava a presidência da Sociedade Paraibana de Cardiologia, portanto, foi mais fácil do que pensávamos. Sem ocupar nenhum cargo diretivo, passamos a ajudá-lo informalmente, participando de toda a engrenagem no desenrolar de sua gestão. Quando ele deixou o cargo, abriam-se portas para tornar realidade, a nossa introdução definitiva, dentro do contexto médico/científico/associativo, da Cardiologia da Paraíba e do NNE.

De forma meteórica, ocupamos as funções de secretário geral, vice-presidente e finalmente, o sonho realizado de ser o presidente da Sociedade Paraibana de Cardiologia (SPC) no período de 1993 a 1995. Fizemos profundas transformações em toda sua estrutura, nos seus mais diversos âmbitos e segmentos. Impossível enumerar as proficientes realizações de nossa gestão, citando apenas a fixação de uma sede própria provisória com secretária e todo o aparato para seu funcionamento, situada nas dependências do Hospital Prontocor; programa de educação médica continuada de forma mensal e o coroamento maior com a realização do I Congresso Paraibano de Cardiologia em 1995, salientando-se que a Paraíba constava como um dos três estados da região que ainda não tinha realizado o seu congresso. Paralelamente a nossa atividade administrativa a frente da SPC, desenvolvíamos contatos, tanto nos eventos que ocorriam na instituição, como em várias viagens e telefonemas, com as maiores lideranças da cardiologia do NNE, destacando nessa época o grande relacionamento com a SNNC, através do seu presidente Múcio Galvão, no sentido de sedimentar o nosso caminho para chegar ao posto máximo da cardiologia do NNE. Nesses intercâmbios, foi aumentando, cada vez mais, a interação com os nomes que faziam a diferença na cardiologia da



# Memórias da SNNC

---

região. Por fim, no XIV Congresso Norte Nordeste de Cardiologia, realizado em Maceió, na festa de confraternização, acreditem, reunimos ao mesmo tempo em torno da nossa pessoa, numa roda informal, à beira da piscina onde se realizava a festa, nomes como: José Wanderley Neto, na época presidente da SNNC, Gilson Feitosa, Múcio Galvão, José Teles de Mendonça, Antônio Carlos Sobral de Sousa, Sérgio Montenegro, Brivaldo Marckman Filho, José Xavier de Melo Filho e Aristóteles Alencar. Dessa conversa informal, mas séria e produtiva, sentimos que estava sedimentada nossa candidatura.

A eleição seria nos próximos 2 anos, no congresso a ser realizado em João Pessoa. Porém, até chegar lá, a nossa caminhada não somente ocorreu em berço esplêndido. Sofremos também atalhos e percalços pelo fato do crescimento muito rápido e bem sedimentado da nossa candidatura. Surgiram então algumas divergências que consideramos normal, em qualquer disputa que tenha contexto político. Ao se aproximar a eleição, surgiram candidaturas: da Bahia, Pernambuco, Maranhão, mas, enfatizamos aqui, que essas outras candidaturas foram desfeitas, através de dois grandes líderes, que abraçaram a minha candidatura de forma irrefutável. Foram eles: Gilson Soares Feitosa e Ênio Cantarelli.

Cometeríamos uma omissão histórica se não citássemos outro grande cabo eleitoral que não tinha poder de voto, por pertencer a região sudeste do país, mas precisamente São Paulo, o meu grande amigo e eminente cardiologista, professor José Antônio F. Ramires, que de seu estado, através de telefonemas, cabalava votos com seus inúmeros amigos e ex-alunos da região NNE.

Depois dessa longa peregrinação, chega enfim a época da eleição, ocorrida durante o XVI Congresso Norte Nordeste de Cardiologia, sediado na cidade de João Pessoa, de 11 a 13 de junho de 1996. Durante a assembleia geral e extraordinária do conclave, confessamos como uma das mais emocionantes, vibrantes e recordista, em número de participantes. Havia no auditório cerca de 400 colegas. Quero destacar aqui a presença de um nome que não costumava frequentar assembleias, mas que nessa, abrilhantou com sua presença, o professor Armênio Guimarães.

De forma solene, nosso grande amigo, ilustre colega José Wanderley Neto vai à tribuna, depois de um bonito preâmbulo, coloca em votação a chapa encabeçada por nossa pessoa, para dirigir os destinos da SNNC no próximo biênio. Foi um dos momentos mais tocantes, no que tange a emoção, ocorrido em nossa vida, ao vislumbrar todos os componentes presentes àquela assembleia, de pé, aplaudindo e consagrando o nosso nome como novo presidente da SNNC.

Sem maiores delongas, passamos agora para o tópico final que nos foi solicitado pelo ilustre editor Gilson Feitosa, ou seja, o que ocorreu em nossa gestão à frente da SNNC, no biênio 96/98. Antes de mais nada, se torna muito gratificante referendar que todo o nosso discurso de campanha, em termos de ações, renovações e mudanças estruturais nos diversos segmentos que se faziam necessárias, foram realizadas.

Era nosso desejo fazer uma narrativa minuciosa de tudo o que foi feito. Porém, o espaço nos permitido não será possível, uma narrativa enriquecida de detalhes. Faremos então uma exposição dos tópicos principais.

Quando iniciamos nosso mandato, nossa grande preocupação foi resolver uma situação de extrema dificuldade, acredito que, desconhecida tanto por parte dos sócios como dos nossos antecessores. Pasmem, tomamos conhecimento que a entidade permanecia desagregada a SBC, ou seja, não tinha sido ainda oficializada perante a instituição maior, denominada na época, como um conglomerado.

Para resolver essa grave situação, com ajuda de muitos amigos e intermediações das mais diversas, afinal chegava às nossas mãos, quando já estávamos há um ano de mandato, um convite oficial da SBC para participar da reunião do seu intransponível Conselho Deliberativo que iria ocorrer no LIII Congresso Brasileiro de Cardiologia, na cidade de São Paulo. Finalmente chega o grande dia. Adentramos à sala de reunião, num clima de muita expectativa, mas também de confiança, com uma sala repleta de nomes, dos mais tutelares da cardiologia nacional, que formavam esse importante conselho. Tomei assento em uma de suas cadeiras e após algumas decisões gerais entre eles, de súbito, fomos convocados a tribuna, e durante meia hora, fizemos uma exposição da importância da SNNC, não somente dentro do contexto regional, como o nacional. Em termos de valores humanos, como também, nos seus aspectos científicos e culturais. Ao final, fomos aplaudidos calorosamente, com veredicto final da concessão da oficialização, como também, da garantia que no próximo número da revista da SBC, o nome da nossa entidade, já constaria na sua página editorial. Não podemos omitir os nomes daqueles que representaram o nosso sustentáculo para obtenção do tão importante pleito, são eles: Ênio Cantarelli, José Antônio Ramires, Hélio Germiniani, Ely Toscano, Iran Castro, e ainda muitos outros que contribuíram em deliberar o que antes era considerado praticamente impossível, pelo estigma do conservadorismo da região sudeste.

Como já foi dito, traduzir um assunto de tal relevância para a história da SNNC, consideramos impossível, fazê-lo em poucas

linhas, assim sendo, ficaremos impossibilitados de detalhar, com minúcias, todo o projeto de realizações das mais profícuas desenvolvidas em nossa gestão, faremos apenas citações sintéticas, ações relevantes que pontificaram o nosso mandato.

Escolhemos como lema de campanha, o slogan Trabalho – Modernidade e Ação. Lema que se constitui a essência de todo o nosso mandato. Os encontros da diretoria com os sócios ocorriam, como hoje ainda ocorre, nos congressos da NNE, em caráter de assembleias. E com a conotação de reunião nos congressos da SBC. Nosso primeiro encontro, ou seja, da diretoria executiva com os sócios, ocorreu em uma reunião realizada no LII Congresso da SBC em Salvador, Bahia. A sala estava repleta. Iniciamos nossas palavras, fazendo um relato do nosso projeto de ações, realizações e modificações que se faziam necessárias.

Primeiro tópico: a ratificação de um discurso de quando éramos candidatos. Introduzir a SNNC no seu verdadeiro patamar, ou seja, transformar o nosso congresso como um conclave da sociedade e não a sociedade como uma circunstância do congresso. Era assim que vislumbrávamos esse aspecto. Exemplificamos, o presidente da SNNC antes da nossa investidura, apenas discursava nos dois congressos anuais da entidade, e presidia as assembleias e reuniões. Portanto, nessa exposição inicial, já instituíamos uma comissão científica permanente com um presidente, e composta ao todo, por dez participantes da mesma. Antes a SNNC tinha apenas um diretor científico, sem a existência de uma comissão de apoio, o que transformava em um cargo sem autonomia, e conseqüentemente sem possibilidades de realizações.

Como presidente da comissão, designamos o Dr. Pedro Albuquerque de Alagoas. Os demais membros não me vêm agora à memória, por falta de acervo.

Essa decisão inovadora, causou grande impacto por uma minoria dos participantes, justamente, aqueles já acostumados com o modelo antigo, ou seja, o Estado que sediava o congresso tomava todas as decisões, sem nenhuma participação da SNNC. Conseguimos acalmar os ânimos, a partir daquele instante, a entidade teria total ingerência, conjuntamente com as comissões executiva e científica do Estado, onde iria ser realizado o Congresso.

Anunciamos tentativa de ativação da revista oficial da sociedade denominada Revista Norte-Nordeste do Coração. Tornamos ciente a implantação de um programa de educação médica continuada, representando novas vertentes de atividades dentro do seu contexto estrutural, científico e administrativo. Referendamos também, outra medida visando fortalecer e congregar mais ainda a entidade. De forma enfática, definíamos a partir daquele momento, a presença do presidente da SNNC em todos os congressos regionais incluindo, eventualmente, em outros eventos como: jornadas, simpósios, que tivessem o cunho da regionalidade.

Finalizando, a narrativa dessa reunião inicial, focalizamos o mais importante, tudo foi aceito e aprovado de forma unânime, com um tópico comovente, um caloroso aplauso a nova diretoria. Quero frisar que ocupava a vice-presidência o Dr. Aristóteles de Alencar, do Amazonas, que caminhava comigo em plena sintonia, contribuindo fortemente nas vitórias alcançadas. O mesmo ocorreu em gênero, número e grau, com o nosso secretário geral, o Dr. Paulo Barbosa, da Bahia, cumprindo impecavelmente a sua missão.

Passamos agora para as considerações finais. Importante ressaltar que tudo o que foi narrado na primeira reunião, contida nas linhas acima, tornaram-se realidade absoluta. Fazendo um parêntese, com relação ao tópico da revista, quero aqui enaltecer o seu editor, Dr. Wilson de Oliveira Júnior, o eminente cardiologista pernambucano, com o qual tínhamos reuniões mensais na edição da revista, na cidade do Recife. Conseguimos publicar dois números que corresponderam aos dois anos quatro meses de mandato.

Com relação ao item da participação do presidente em conclaves paralelos ao congresso, registramos a nossa participação em dois grandes eventos: III Congresso do Departamento de Ergometria da SBC (DERC), evento, que conseguimos com o nosso empenho trazer para ser sediado em João Pessoa, razão pela qual, discursamos e recebemos homenagens na sua solenidade de abertura, ocorrido em outubro de 1996. Outro, de cunho internacional, II Congresso Franco-Brasileiro de Ritmologia e Marca-passo em novembro de 1996, onde também, participamos da mesa oficial dos trabalhos, em sua abertura, proferindo discurso de recepção a todos os presentes em nome da SNNC.

Como fato inédito, em nossa gestão outorgamos o primeiro título e único até hoje outorgado de sócio honorário da SNNC ao professor José Antônio Franchini Ramires, pelos relevantes serviços prestados a cardiologia do SNNC. Essa solenidade ocorreu em 18 de dezembro de 1996, durante a I Jornada Norte-Nordeste de Cardiologia, realizada em João Pessoa, fazendo parte do nosso programa de educação médica e continuada.

Impossível de omitir um acontecimento, também marcado pelo ineditismo, que nos emocionou e sensibilizou profundamente,

# Memórias da SNNC

---

que foi o recebimento de uma correspondência intitulada voto de aplauso, vindo da SBC, na época presidida pelo Dr. Iran Castro, parabenizando e enaltecendo a nossa gestão, como também, a representatividade da SNNC dentro do cenário científico nacional. Esse fato, nos fez lembrar o quanto foi importante a nossa luta de oficializar a entidade dentro do complexo político administrativo científico da SBC, fato minuciosamente narrado nesse comentário histórico. A correspondência veio assinada pelo primeiro secretário na época Dr. Ricardo Vivacqua Cardoso Costa. Elaboramos ainda, conjuntamente com os doutores Ricardo Maia e Demóstenes da Cunha Lima, o arcabouço dos novos estatutos da SNNC, que era exigência imperativa, no sentido de se adequar aos novos estatutos já em vigência. Confeccionamos todo o material gráfico necessário para o funcionamento da estrutura administrativa. É importante ressaltar que os diplomas de sócio honorário da SNNC já existiam anteriormente.

Sem mais espaço para um prolongamento mais detalhado, importante salientar que muitos acontecimentos que ocorreram durante nossa gestão ficaram impossibilitados de expor nessa narrativa em respeito às normativas solicitadas pelo editor.

Por fim, uma realização de grande vulto, que foi a edificação de todo o acervo histórico da sociedade em nossa gestão, contendo toda a prestação de contas, material de tesouraria, documentos dos mais diversos, fotografia importantes (um verdadeiro manancial), reportagens da imprensa focalizando todos os eventos, salientando-se entrevistas e matérias, tanto sobre a entidade propriamente dita, como também focalizando temas científicos, entre outros.

Enfim, um conteúdo histórico dos mais ricos em valores para sua perpetuação na posteridade. Para armazenar e conservar todo esse acervo, adquirimos uma grande valise, moderna, revestida de veludo no seu interior, onde foi colocado todo o material organizado, dentro de rígidos padrões técnicos, com apoio de bibliotecários. Esse extenso documentário, para nossa tristeza, e porque não dizer, perplexidade desapareceu nas gestões que nos sucedera. Seria omissão de nossa parte, não relatar o momento histórico, ao qual passamos esse vasto e rico acervo, para as mãos dos dirigentes que iam nos suceder. Foi um momento inesquecível, com as presenças do ilustre professor Gilson Feitosa, editor desse documentário, e do cardiologista paraibano, Grimberg Botelho. Esse instante histórico foi documentado por um fato inusitado que no momento em que passávamos, todo esse manancial para as mãos doutores Álvaro Costa Barros (presidente que iria assumir) e ao seu secretário geral Alberto Nicodemus.

O período total de nossa gestão, ultrapassou em dois anos. Por motivos pessoais e estruturais da realização do XVIII Congresso da Sociedade Norte Nordeste de Cardiologia, quando deveria passar o cargo, para o nosso sucessor, nosso mandato se estendeu por mais três a quatro meses.

Finalmente, chegava o dia em que nossa mente e o nosso coração borbulhava da forma mais candente, com um pensamento da consciência tranquila do dever cumprido. Foi com esse espírito que viajamos para a cidade de Natal, Rio Grande do Norte, onde sediaria o último congresso de nossa gestão, ou seja, o VXIII Congresso da Sociedade Norte Nordeste de Cardiologia, realizado no período de 03 a 05 de setembro de 1998. Consequentemente, onde também faríamos a transmissão do cargo de presidente da SNNC.

O congresso foi um sucesso em todos os sentidos e aspectos. No nosso discurso de recepção e despedida, profundamente emocionado, fizemos um relato sintético de nossas realizações e profundas transformações, que ocorreram ao longo de todo o mandato. Finalizamos, dizendo que foi uma honra incontestável, presidirmos a SNNC. Na quietude daquela noite memorável e inesquecível, tocada fortemente pela emoção, vaticinamos: minha alma toma asas na alvorada para um novo destino, retiro-me da cena política com serenidade, triunfante de um sonho realizado, com a simples tranquilidade do dever cumprido em toda a sua plenitude. E assim, escrevíamos nosso nome para a posteridade como sétimo presidente da brios e gloriosa Sociedade Norte Nordeste de Cardiologia.

O presente, tanto a cardiologia do NNE como a SNNC não sobrevivem mais de dúvidas, expectativas e de esperar uma luz no fim do túnel. A nossa cardiologia consolidou-se de tal forma, nos seus aspectos mais diversos, enfatizando principalmente, a presença marcante do alto nível de profissionais que dispomos, uma verdadeira plêiade de expoentes, verdadeiros cientistas, que honram a nossa região, com seu prestígio, cultura e saber. Evidentemente, com um reconhecimento nacional irrefutável.

Com relação a SNNC, seria redundante um comentário maior, respaldado pelo exposto acima. Queremos apenas ressaltar que o crescimento fantástico da informática, propiciou maiores vertentes para o seu progresso e sedimentação para o futuro. O ponto alto do presente, foi a integração de corpo e alma do professor Gilson Feitosa, dentro do contexto científico e administrativo da entidade. Antevejo que com sua presença e obstinação, que tomou conta do seu âmago, um processo evolutivo, difícil de medir nos diversos seguimentos que formam o bojo da instituição.

E o futuro? Por todo o histórico de lutas e vitórias do passado aqui narrados, e um presente realisticamente promissor, no que tange aos seus avanços e conquistas, fica fácil profetizar o seu futuro. Para uma instituição que já possui uma sede própria, situada em Natal, no Rio Grande do Norte, uma estrutura científica/administrativa, caminhando a passos longos, com um grupo de sócios, dos mais ilustres, e eminentes, em termos de valores científicos, uma cardiologia de ponta, praticada em toda a região, sem nada a dever aos centros maiores, antevemos um futuro dos mais luminosos e promissores.

Por fim, parafraseando o grande José Américo de Almeida quando fundava a Universidade Federal da Paraíba: “Eu vos dei as raízes e outros vos darão asas e o selo da perpetuidade”. E nós dizemos: os fundadores deram as raízes e as asas, que continuam ainda levantando voos, e os jovens cardiologistas do futuro, certamente, darão o selo da perpetuidade.

Aí estão as nossas considerações sobre o tema que nos foi confiado. Importante salientar, a coparticipação do caríssimo amigo e ilustre colega, Aristóteles Comte Alencar, ex-presidente da Sociedade Norte Nordeste de cardiologia, possuidor de um verdadeiro manancial de fotos históricas da instituição maior da cardiologia do NNE, que prestou uma contribuição inestimável, nos enviando o acervo fotográfico que vem anexo ao trabalho.



*Fotos do acervo da Norte-Nordeste. Alguns registros de memórias das atividades da Sociedade Norte-Nordeste de Cardiologia.*