

O Coração

Informativo da Sociedade Brasileira de Cardiologia - Seção Paraíba

Número 02, Ano 2 - Maio de 2007

João Pessoa sedia XXVII Congresso Norte-Nordeste de Cardiologia

Temos o prazer de convidar a todos os cardiologistas, cirurgiões cardíacos, clínicos gerais, estudantes de medicina, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas para participar do XXVII Congresso Norte-Nordeste de Cardiologia, em João Pessoa, de 07 à 09 de junho de 2007.

Estamos trabalhando com muita dedicação para proporcionar um Congresso de alto nível científico e organizacional. A programação científica foi concebida procurando congrega o maior número possível de colegas da nossa região, visando um maior desenvolvimento científico de nossa especialidade. A produção científica, com aproximadamente duzentos temas livres,

terá o destaque devido no nosso evento.

Serão realizados simpósios de atualização nas áreas de cardiologia intervencionista, arritmia, ergometria e reabilitação cardiovascular. O simpósio multiprofissional abordará temas relevantes de enfermagem, fisioterapia e nutrição, aplicados à cardiologia.

Estão confirmados os convidados internacionais Eberhard Grube, Alemanha; Manoel Antunes, Portugal; e Michael Gammage, Inglaterra; além de expoentes nacionais, inclusive de nossa região.

As inscrições, de maneira pioneira, estão sendo realizadas pela *internet* através de boleto bancário disponível no *site*

congresso.cardiol.br/nn-2007

com preços promocionais até o dia 31 de maio.

Por último, gostaríamos de apresentar mais um motivo para que compareçam ao nosso Congresso: João Pessoa, segunda cidade mais verde do mundo e terceira mais antiga do Brasil. Cidade tranqüila e aconchegante, com um povo alegre e hospitaleiro.

Venha participar deste grande encontro científico e desfrutar as belezas de nossa terra. O sucesso do Congresso depende da sua participação!

Helman Campos Martins
Presidente do XXVII Congresso N/NE de
Cardiologia e XII Congresso PB Cardiologia

Maurílio Onofre Deininger
Presidente do XXIX Congresso N/NE de
Cirurgia Cardiovascular

Agenda SBC/PB

XXVII CONGRESSO NORTE NORDESTE DE CARDIOLOGIA

Data: de 07 a 09 de junho
Local: Hotel Tambaú, João
Pessoa / PB

II SIMPÓSIO DE CARDIOGERIATRIA

Data: 10 e 11 de agosto
Local: Hotel Littoral, João
Pessoa / PB

Mensagem do Presidente

Prezados colegas

Aproxima-se o Congresso Nordeste de Cardiologia, que será presidido por Dr. Helman Campos Martins. Sendo este o maior encontro de cardiologia desta região, nossa expectativa é grande e o trabalho é enorme, mas estamos confiantes que faremos um excelente evento, com a participação de renomados palestrantes da região, alguns convidados do sudeste e três colegas estrangeiros. É fundamental a participação dos paraibanos neste conclave, recebendo e

acolhendo bem todos os colegas de fora, com a simpatia peculiar dos paraibanos. Portanto, participemos!!!

Eleições: Este ano a Sociedade Brasileira de Cardiologia está promovendo eleições gerais em todos os níveis: presidente futuro da brasileira (2010-2011), presidente das regionais e das especialidades, e também eleições locais para presidente da paraibana e norte-nordeste, e delegado-associado junto

à SBC, para o biênio 2008-2009. Todo o processo será via **internet**, portanto, os sócios adimplentes receberão uma senha de votação (on line). As eleições acontecerão de 02 a 16 de junho. É essencial que todos sufraguem o seu voto, pois os destinos da cardiologia estão em nossas mãos.

Um forte abraço e aguardo a todos no Congresso.

Fábio Medeiros

CARDIOPATIA GRAVE: UMA VISÃO MÉDICO-PERICIAL

O termo “cardiopatia grave” assume importância na área médica por sua utilização na área jurídica, com implicações em múltiplos campos do direito, particularmente o trabalhista, o previdenciário e o tributário, com importantes repercussões no âmbito sócio-econômico do nosso país.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia elaborou o CONSENSO NACIONAL SOBRE CARDIOPATIA GRAVE em 1993, revisado e aperfeiçoado com a elaboração da II DIRETRIZ BRASILEIRA DE CARDIOPATIA GRAVE, publicada em 2006.

Podem ser conceituadas como cardiopatia grave, segundo as diretrizes, as cardiopatias agudas que cursam com rápida evolução, assumindo caráter de cronicidade, caracterizado por perda da capacidade física e funcional do coração; as cardiopatias crônicas, quando limitam, progressivamente, a capacidade física e funcional do coração, apesar do tratamento adequado; aquelas que apresentam dependência total de suporte inotrópico farmacológico ou mecânico e a denominada cardiopatia terminal, forma de cardiopatia em que a expectati-

va de vida se encontra extremamente reduzida, sem resposta a qualquer terapia. A limitação da capacidade física e funcional é definida pela presença de uma ou mais das seguintes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, arritmias complexas, bem como hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope), secundárias a uma cardiopatia. Já a avaliação da capacidade funcional do coração é baseada fundamentalmente na classificação funcional da *New York Heart Association*.

Podem ser relacionadas ao diagnóstico de cardiopatia grave: cardiopatia isquêmica; cardiopatia hipertensiva; miocardiopatias; valvopatias; cardiopatias congênitas; arritmias; pericardiopatias; aortopatias e *cor pulmonale crônico*, devendo-se observar sempre os elementos específicos (clínicos e de exames complementares) inerentes à evolução de cada uma delas.

Para o diagnóstico de uma cardiopatia grave, podem ser utilizados, além da história clínica e exame físico, os mais diversos recursos disponíveis no arsenal de exames complemen-

tares da cardiologia contemporânea, observando-se, porém que, os achados isolados em exames diagnósticos não são, por si só, suficientes para o enquadramento legal de cardiopatia grave. Apesar disso, em condições selecionadas, um determinado item pode configurar cardiopatia grave, como fração de ejeção < 0,35.

É fundamental observar que, quando o tratamento adequado – clínico, intervencionista ou ainda cirúrgico - melhorar ou abolir as alterações características da gravidade da cardiopatia, o conceito de gravidade deve ser reavaliado.

Portanto, deve-se considerar que um trabalhador é portador de cardiopatia grave quando existir uma doença cardíaca que acarrete a incapacidade total e definitiva (invalidez) para o seu labor, existindo implicitamente uma redução da expectativa de vida. Essa conclusão deverá ser amparada em uma avaliação de cunho médico-judicial, onde o profissional médico utilizar-se-á dos conhecimentos clínicos, aliados a uma postura, raciocínio e julgamento aplicados às exigências das normas legais vigentes.

Dr. Augusto Clementino de Oliveira
Cardiologista Clínico
Perito Médico da Previdência Social

Contribuição da Ergoespirometria no diagnóstico de DAC

Dr. Antonio Eduardo Monteiro de Almeida

O Teste de Esforço Cardiopulmonar (TECP) ou Ergoespirometria tem um maior espectro de indicações clínicas que o clássico Teste Ergométrico (TE) entretanto, a sua popularidade é menor para o diagnóstico de Doença Arterial Coronariana (DAC). As razões são diversas, tais como: maior investimento financeiro, profissional qualificado com experiência no método e até mesmo desconhecimento médico sobre o assunto. O TECP é o TE acrescido das medidas de variáveis ventilatórias que permitem investigar a integridade dos sistemas cardiovascular, pulmonar e periférico (muscular). Algumas variáveis medidas no TECP, como consumo máximo de O_2 , limiar anaeróbico, pulso de O_2 e os equivalentes ventilatórios de O_2 e CO_2 estão alterados em doenças cardiovasculares, como na ICC.

Na DAC, o infra de ST e angina são fenômenos mais tardios do que a disfunção miocárdica regional provocada pela diminuição da perfusão, que leva a um menor volume sistólico. O Pulso de O_2 (VO_2 / FC) significa o volume de O_2 extraído pelo metabolismo periférico a cada batimento cardíaco. Relembrando a Equação de Fick ($DC = VO_2 / C(a-v)O_2$) se o DC é o VS x FC deduzimos que o Pulso de O_2 é diretamente proporcional ao VS e a diferença arteriovenosa de O_2 . Assim, a análise morfológica do Pulso de O_2 nos permite diagnosticar, mesmo antes da angina ou alterações no ECG, isquemia miocárdica esforço induzida.

Pier Agostoni e cols¹ demonstraram com elegância uma excelente correlação entre o volume sistólico quando estimado pelo VO_2 medido no limiar anaeróbico e pico do esforço em pacientes com ICC. Klainman e cols² estudando pacientes com DAC, através de TECP e Tc com radionuclídeos, determinaram quatro padrões morfológicos na curva do Pulso de O_2 concluindo que este é um bom parâmetro não invasivo ($R=0,89$) para distinguir pacientes com função normal ou alterada. Romualdo Belardinelli e cols³ demonstraram uma sensibilidade de 87% e especificidade de 74% para diagnóstico de isquemia miocárdica do TECP quando comparado com a Cintilografia. Karlman Wasserman⁴ descreve uma resposta paradoxal no Pulso de O_2 (aumentando na fase de recuperação) relacionado com disfunção miocárdica por isquemia regional. No Kuopio Study, Laukkanen e cols⁵, estudaram 1.596 homens, num *follow up* de 13 anos, demonstrando ser o Pulso de O_2 um preditor de risco para DAC naqueles com valores < 13,5 ml/bpm.

O TECP ou Ergoespirometria pode ser uma alternativa a um método de imagem, principalmente relacionado a custo, no diagnóstico de DAC.

Bibliografia

1. Agostoni, P G e cols - Clinical Science 2000; 98: 545-551
2. Klainman, E e cols - CHEST 2002; 121: 841-845
3. Belardinelli, R e cols - European Heart Journal 2003; 24: 1304-1313
4. Wasserman, K e cols - Principles of Exercise Testing and Interpretation 4ª Edition. 2005
5. Laukkanen, J A e cols - Heart 2006; 92: 1219-1224

Medicina humanizada é tese de doutorado na USP

Psicóloga da USP, Ana Rosa Sancovski, 50 anos, concedeu entrevista à jornalista Lia Ham (revista Emoção & Inteligência, edição nº 12, ed. Abril) sobre a *humanização da medicina*, tema de sua tese de doutorado. Em “Efeitos da Visita Médica nos Pacientes da Enfermaria da Clínica Geral do Hospital das Clínicas”, a psicóloga constata que uma boa conversa com o médico altera positivamente o quadro de um paciente, reduzindo a ansiedade e a depressão.

Na entrevista Ana Rosa cita Maimônides, médico e filósofo da Idade Média, para o qual “mais do que auscultar os órgãos do paciente, um médico deve sondar-lhe a alma”, máxima que atualmente parece estar em segundo plano, numa época em que a medicina prioriza cada vez mais a técnica. Na tese de doutorado a psicóloga afirma que em cerca de 70% dos casos, os pacientes apresentam fatores psíquicos que desempenham um papel importante, às vezes determinante, no contexto da doença, por isso é necessário que sejam realmen-

te ouvidos com atenção e sem pressa. Ela explica: “Às vezes médicos discutem o caso usando termos técnicos na frente do paciente, que por não entender nada fica ainda mais ansioso. Os pacientes precisam ser tratados como indivíduos, isso faz toda a diferença e auxilia a cura da doença”.

De acordo com a psicóloga, ao ser atendido como doente (um indivíduo) e não como doença (um caso de), o paciente reconhece uma relação de empatia com o médico e se sente acolhido. Assim, orientações e medicação são mais bem aproveitadas. Ou seja: relacionamento mais satisfatório, tratamento mais eficaz.

Ana Rosa estudou 95 pacientes, entre 16 e 65 anos, divididos em 3 grupos: um recebia a visita dos médicos e via (sem entender) a equipe discutir o caso ao lado do leito; o segundo grupo recebia a visita mas o caso era discutido pela equipe em uma sala separada; já o terceiro grupo era apresentado a cada integrante da equipe médi-

ca (que não usava termos técnicos quando estava com o paciente) e além de ser informado sobre exames e procedimentos, podia fazer todas as perguntas que desejasse. Questionários que medem a variação do grau de ansiedade e depressão foram respondidos antes e depois das visitas médicas. Os pacientes do terceiro grupo afirmaram que se sentiram tratados “como gente” e apresentaram resultados positivos tanto no índice de satisfação com a internação, quanto em relação à diminuição dos níveis de ansiedade e depressão.

Na tese de doutorado fica claro que quando o médico explica, conta com a ajuda do psiquismo do paciente para que o tratamento seja bem-sucedido. Diante disso, Ana Rosa conclui: “Médicos não devem ser idolatrados, devem buscar a empatia do paciente, porque ou eles se aliam ao lado produtivo do paciente, ou este vai destruir todo o bem que a equipe poderia lhe dar. O médico sempre deve se aliar ao paciente de todas as maneiras possíveis”.

O QUE HÁ DE NOVO???

Courage Trial - Optima medical therapy with or without PCI for stable coronary disease

(The New England Journal of Medicine, 2007. 356:1503)

O Courage foi um estudo randomizado que incluiu pacientes de 50 centros americanos e canadenses com diagnóstico de insuficiência coronária estável. No período de 1999 a 2004, 2.287 pacientes foram randomizados para: Angioplastia coronária (PTCA) + tratamento clínico ótimo (n=1149) x tratamento clínico ótimo (MED) (n=1138). Os desfechos clínicos foram ocorrência de óbito por qualquer causa ou IAM não fatal, em um acompanhamento médio de 4 anos.

Resultados: Ocorreram 211 eventos no grupo PTCA e 202 no grupo MED, não houve diferenças nos desfechos compostos de óbito, IAM ou AVC, ou na ocorrên-

cia de internações por síndromes coronárias agudas.

Comentários: Assim como os grandes estudos que compararam angioplastia com balão x cirurgia, ou stent x cirurgia em multiarteriais, o estudo Courage incluiu menos de 10% dos pacientes inicialmente avaliados, e dos randomizáveis quase 30% não foram incluídos por variados motivos. Ou seja, trata-se de uma população altamente selecionada. Além disto, houve crossover do grupo MED para o PTCA de 33%. A perda de acompanhamento (*lost to follow-up*) foi de quase 10% de pacientes em cada grupo. Assim, como outros estudos demonstraram (ACME, MASS etc), a PTCA não

reduz infarto ou morte, porém apresenta benefício em relação ao controle de sintomas e conseqüentemente na qualidade de vida. Vale ressaltar a importância exercida pelo tratamento clínico com abordagem agressiva do LDL colesterol e controle adequado dos fatores de risco, melhorando a função endotelial, com certeza um peso importante nos resultados encontrados. Considerando que o percentual de pacientes incluídos dos considerados elegíveis é extremamente baixo, os índices de cross-over e de perda de acompanhamento foram relativamente altos e os resultados devem ser analisados neste contexto.

Dr. Marco Antônio de Vivo Barros

APOIO:

A diretoria

Presidente: Dr. Fábio Medeiros
Vice-presidente: Dr. Cícero Emanuel
Diretor científico: Marco Antônio de Vivo Barros
Diretor administrativo: Dr. Hélio Malheiros
Diretor financeiro: Dr. Alexandre Negri
Diretor de comunicação: Dr. Benedito Sávio Gomes
Diretor de qualidade assistencial e Diretor do Funcor: Dr. Demóstenes Cunha Lima
Delegado: Dr. Ricardo Rosado Maia
Suplente: Dr. Manoel Leonardo

Informativo trimestral da Sociedade Brasileira de Cardiologia / Paraíba

Editoria: Dr. Fábio Medeiros, Dr. Roberto Nóbrega e Dr. Marco Antônio Barros
Texto e diagramação: Renata Maia
Revisão: Dr. Fábio Medeiros e Renata Maia
Contato comercial: SBC/PB 3241-5787
Jornalista responsável: Renata Maia
DRT/PB 1.609
Tiragem: 700 exemplares
Impressão: Gráfica JB
Distribuição gratuita

O conteúdo dos textos assinados é de total responsabilidade dos autores.

Contatos:
Redação: Renata Maia 8849-6807 / 3235-3206
E-mail: renatamaiajorn@hotmail.com
SBC/PB: (83) 3241-5787
E-mail: sbcpb@terra.com.br
Site da SBC: www.cardiol.com.br