



CARDIO PE

Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Pernambuco · Ano II · N°8 · Julho/Agosto 2011

Tecnologia e humanismo de mãos dadas



Ao longo dos últimos anos, a tecnologia vem auxiliando a medicina no diagnóstico e no tratamento de diversas doenças. Porém, ao mesmo tempo em que tem trazido grandes benefícios, tem levantado algumas discussões quanto à prática médica e seu caráter essencialmente humanista. Buscando ampliar as reflexões sobre

esse tema, a seção pernambucana da Sociedade Brasileira de Cardiologia vai realizar, entre os dias 11 e 13 de agosto, o *21º Congresso Pernambucano de Cardiologia (Cardio Pernambuco)*, no Mar Hotel, no Recife, com o tema *Unir Tecnologia e Humanismo – Desafio da Cardiologia Contemporânea*. (Continua na pág. 3)



ENTREVISTA COM BRANCO MAUTNER | PÁG. 5

A RELAÇÃO DO SONO COM OS PROBLEMAS CARDÍACOS | PÁG. 8



A VIDA CRÔNICA DE ANTÔNIO MARIA | PÁG. 11

EDITORIAL

O 21º *Cardio Pernambuco*, que marca os 65 anos da SBC-PE, terá como tema: *Unir Tecnologia e Humanismo – Desafio da Cardiologia Contemporânea*. Com essa escolha, pretende-se debater uma questão fundamental da atualidade, mas ainda pouco discutida, e realmente compreendida pela comunidade médica.

É inegável a importância da tecnologia para o avanço da medicina, porém não se pode esquecer que o humanismo é algo primordial na prática médica, o que torna impossível a substituição do ser humano por uma máquina. Ao mesmo tempo em que os avanços têm facilitado o diagnóstico de várias enfermidades, cada vez mais pacientes se queixam da conduta fria e mecânica de alguns médicos. Vivemos um momento de hedonismo tecnológico, temos uma inflação de técnicos e uma deflação de médicos.

Miguel Unamuno, na sua sabedoria, dizia que o enfermo é um ser humano de carne e osso que sofre, pensa, ama e sonha. Por isso, não podemos ser servos da tecnologia com a convicção ingênua de que só ela possibilita uma medicina de qualidade. A competência do cardiologista apoiada no saber científico é necessária, porém não é suficiente para assegurar uma assistência de qualidade. Precisa-se ter competência e habilidade humana. O paciente não pode ser tratado como uma mera estatística.

É preciso entender que a medicina baseada em evidência pode informar, mas nunca decidir isoladamente a conduta individual de cada paciente, pois a doença não é apenas uma construção biológica, mas também ambiental, psicológica e social. O perfil biopsicossocial interfere diretamente no desenvolvimento da doença e no sucesso do tratamento proposto. A redução da complexidade humana leva a criação de um ser irreal e, portanto, os resultados não podem ser aplicados ao paciente real. Na virtualidade, tudo é possível, na vida real nem tudo.

Embora as diretrizes da medicina baseada em evidências, sejam fundamentais, elas podem gerar certo comodismo. Sua utilização não pode afastar a reflexão crítica do médico e sua experiência clínica. A complexidade do ser humano, a exemplo da arte, precisa ser entendida na sua singularidade e circunstância. Não devemos esquecer que a medicina é a ciência da incerteza e a arte da probabilidade, já dizia William Osler, há 100 anos.

Esperamos despertar a atenção de todos os associados para essas questões, através da entrevista, concedida com exclusividade, pelo conferencista que vai abrir nosso Congresso, Branco Mautner.

Carlos Melo /Wilson de Oliveira Jr.

NOTAS

Sucesso do Curso de Reciclagem 2011

Entre os dias 29 e 30 de junho e 1 e 2 de julho, a Sociedade Brasileira de Cardiologia – Pernambuco (SBC-PE) promoveu mais um Curso de Reciclagem em Cardiologia, no auditório do Procape. O evento fez uma grande revisão de todas as matérias da Cardiologia clínica, além de tópicos da cirurgia cardiovascular, ecocardiografia e Cardiologia pediátrica, seguindo as indicações da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Cerca de 70 médicos, residentes e estudantes de medicina participaram do curso, alguns deles com o objetivo específico de fazer a prova para obtenção do título de especialista em Cardiologia, em setembro, no 66º Congresso Brasileiro de Cardiologia, em Porto Alegre. Segundo os coordenadores Luiz Fernando Salazar, Carlos Melo e Wilson de Oliveira Jr., o número de inscritos manteve-se igual ao do ano passado, dentro da média esperada. Os cardiologistas destacam, ainda, que a realização do curso anualmente foi um compromisso assumido no início da gestão que vem sendo cumprido.

MARIANA OLIVEIRA



EXPEDIENTE

DIRETORIA

Presidente

Dr. Carlos Roberto Melo da Silva

Vice-presidente

Dr. Carlos Henrique Menezes

Presidente Passado (2008/2009)

Dra. Deuzeny Tenório Marques de Sá

Presidente Futuro (2012/2013)

Dra. Sílvia Marinho Martins

Diretor Científico

Dr. Wilson Alves de O. Junior

Diretor Financeiro

Dr. Carlos Japhet M. Albuquerque

Diretor de Comunicação

Dr. Creso Abreu Falcão

Diretora Administrativa

Dra. Sílvia Marinho Martins

Diretor de Promoção de Saúde

Dr. Emanuel Pires Alves de Abreu

Diretor Qualidade Assistencial

Dr. Mario Fernando da Silva Lins

DEPARTAMENTOS

Dr. Afonso Albuquerque (Arritmias Cardíacas); Dr. Joel Pontes Junior (Aterosclerose); Dra. Jéssica Myrian de Amorim Garcia (Cardiogeriatrics); Dr. Luiz Fernando Salazar Oliveira (Cardiologia Clínica); Dra. Clebia Rios Ribeiro (Cardiomiopatias); Dra. Maria do Socorro

Leite (Cardiologia da Mulher); Dra. Lúcia Maria Vieira de Oliveira Salerno (Cardiologia Pediátrica); Dr. Pedro Salerno (Cirurgia Cardiovascular); Dr. Aydano Pinheiro (Coronariopatias); Dr. Roberto Pereira (Ecocardiografia); Dr. Antonio Carlos Toscano (Ergometria e Reabilitação); Dr. Fernando Sales (Emergência-pós-operatório/UTI); Dr. Marcos José Gomes Magalhães (Fisiologia Cardiorrespiratória); Dr. Edgard Pessoa de Melo Jr. (Hipertensão Arterial); Dr. Flavio Roberto (Hemodinâmica e Cardio. Intervencionista); Dra. Ângela Bandeira (Doenças da Circulação Pulmonar);

Dra. Diana Patrícia Lamprea Sepúlveda (Valvulopatias); Grupo de Estudo das Doenças Negligenciadas: Dr. Wilson de Oliveira Jr. (Doença de Chagas); Dra. Cleusa Cavalcanti Lapa Santos (Febre Reumática); Dr. Adriano Assis Mendes (Esquistossomose); Dr. Claudio Renato Pina Moreira (História da Cardiologia de Pernambuco); Dr. Carlos Melo (Deptº de Cardiologia para a Comunidade).

SUB-REGIONAIS

Arcoverde: Dr. Waldemar Arcoverde; Garanhuns: Dr. Lamberto Oliveira Sales Neto; Caruaru: Dr. Luiz

Marcelo Santos Bagetti; Petrolina: Dr. Anderson da Costa Armstrong

REDAÇÃO

Rua das Pernambucanas, 282, Sl. 502, Graças, Fone: 81 3221.5743 Fax: 81 3421.8631 CEP 52011-010, Recife, PE Email: sbcpe@truenet.com.br

Edição: Mariana Oliveira DRT 3181-PE

Diagramação e arte: Luiz Arrais DRT 3091-PE

Tiragem: 1.500 exemplares Impressão: CCS Gráfica

EVENTO

Congresso debate humanismo e tecnologia

O 21º *Cardio Pernambuco* discutirá o tema, que é um dos grandes desafios da medicina no século 21 | Mariana Oliveira

FLORA PIMENTEL

(Cont. da pág. 1) Segundo o Dr. Carlos Melo, presidente da SBC-PE, não se pode negar a relevância da tecnologia para a Cardiologia, mas é preciso repensar sua articulação com a prática clínica, já que com o intenso uso desses avanços houve um distanciamento visível entre o médico e o paciente. “Acreditamos que a temática do Congresso está bastante atualizada e vai tentar propor uma prática médica que alie a tecnologia ao humanismo”, afirma.

A conferência de abertura do evento será feita pelo cardiologista argentino, integrante da Fundação Favarolo, Branco Mautner (Confira entrevista na próxima página), que tratará justamente da relação entre a tecnologia e a prática humana da medicina. Além do convidado internacional, o 21º *Cardio Pernambuco* vai contar com a participação de Adib Jatene, Onório Palma, Marcelo Jatene, entre outros. Mas o presidente da SBC-PE, Dr. Carlos Melo, ressalta que, essencialmente, a programação pretende privilegiar os cardiologistas locais e os trabalhos que eles têm desenvolvido – uma tradição nas suas últimas edições. “Queremos valorizar os profissionais locais”, diz.

Paralelamente ao Congresso, acontecerão os simpósios de temas específicos: Cirurgia Cardíaca (7ª edição), Cardiologia Pediátrica (5ª), Cardiologia na Mulher (2ª), e, pela primeira vez, acontecerá o *Simpósio de Doenças Cardiovasculares Negligenciadas* (Cardiopatía chagásica, febre reumática e esquistossomose). Segundo o diretor científico da instituição, Dr. Wilson de Oliveira Jr., a criação desse simpósio é mais uma ação da gestão, que também criou um departamento dedicado a essas doenças. “Muitos médicos acreditam que essas doenças não existem mais. Precisa-



A edição de 2010 marcou o retorno do evento ao Recife e reuniu, no Mar Hotel, mais de 400 participantes

mos destacá-las, pois em nosso país elas ainda acometem muita gente. Pernambuco, por exemplo, é um dos estados onde mais se faz reposição de válvulas em crianças. Isso ocorre devido à sequência da febre reumática”, detalha.

Outro destaque do evento será a realização do *II Encontro de Cardiologia com a Comunidade*, que acontecerá na tarde do dia 11 de agosto. Segundo Dr. Carlos Melo, a proposta é aproximar a SBC-PE da população levando informações sobre as doenças do coração. “Na edição do ano passado, as 160 vagas disponíveis foram todas ocupadas. Foi um sucesso”, afirma o presidente da instituição. Este ano, o tema do Encontro será a doença cardíaca na mulher. “Em 2010, nosso público foi quase todo feminino. Por isso, decidimos dar um foco mais específico nesse segundo encontro”, diz Dr. Wilson de Oliveira Jr.

O evento – que marca o 65º ani-

versário da SBC-PE, comemorado este ano – também prestará homenagens em sua cerimônia de abertura. O legado deixado pelos médicos Ovídio Montenegro, Luiz Tavares da Silva e Fernando Moraes, primeiro presidente da SBC-PE, para a Cardiologia pernambucana será lembrado. “Naturalmente sinto-me lisonjeado com a homenagem. Meu pai foi um dos pioneiros da Cardiologia pernambucana, professor e fundador da Faculdade de Ciências Médicas da qual era catedrático de Cardiologia”, conta Dr. Carlos Moraes, filho de Dr. Fernando Moraes.

Já o cardiologista Jarbas Malta, receberá pessoalmente a homenagem por sua trajetória na Cardiologia, sobretudo por sua atividade ligada à edição de livros e às doenças negligenciadas. A instituição prestigiada será o Hospital Pedro II, berço da moderna Cardiologia pernambucana.

ENTREVISTA



O cardiologista faz parte da Fundação Favarolo, importante polo de estudo da Cardiologia na Argentina

“O uso da tecnologia deve ser regido pelo humanismo médico”

Convidado internacional do 21º Congresso, o cardiologista argentino Branco Mautner, falou com exclusividade ao **Cardio PE** | Mariana Oliveira*

Como você entende a relação entre tecnologia e humanismo?

São dois elementos que não se opõem, mas que se complementam. A tecnologia é uma ferramenta, hoje, indispensável na medicina, e que ajudou a prolongar e melhorar a qualidade de vida da humanidade no último século. Ser boa ou ruim não depende da sua existência, mas de como ela é usada. Tomemos

como exemplo o martelo, uma das ferramentas mais simples e primitivas, que serve para se defender de uma agressão ou para agredir, serve também para colocar pregos na parede, na construção de móveis e casas. O martelo é sempre o mesmo, é seu uso que o faz bom ou ruim. Na medicina, o uso adequado da tecnologia deve ser regido pelo humanismo médico. O problema está na

formação dos futuros médicos, no profissionalismo, cujos componentes principais são a caridade e a empatia, ou, de maneira mais simples, o interesse, o respeito e o amor ao outro ser humano que é o paciente. Os enormes avanços na neurociência e melhoria na formação médica permitirão uma melhor adequação e integração de ambos.

Como você percebe a relação médico/paciente hoje?

Uma das queixas mais frequentes dos pacientes é a falta de atenção e o pouco tempo dedicado à consulta. Esse último elemento é um problema que transcende o médico, pois faz parte do desenho dos sistemas de saúde, que seguiram um caminho econômico à custa dos interesses dos pacientes. É possível solucionar isso adequando os tempos previstos para a consulta e as necessidades de cada caso individualmente. O não prestar atenção (ou seja, não conversar e, sobretudo, não escutar atentamente) geralmente radica a falta de empatia, o desinteresse do médico por seu paciente. Isso não é raro devido à frustração do médico por excesso de trabalho, remuneração insuficiente e inadequada formação profissional, entre outras causas. Também é frequente os médicos jovens de centros altamente tecnológicos prestarem mais atenção a seu instrumento de registro, o computador, do que ao paciente. Isso aponta, outra vez, o problema da formação profissional e humana equivocada. A insatisfação da população com os médicos é um tema que deve ser entendido e atendido de forma urgente pelos responsáveis pela seleção e formação de profissionais.

Quais são os desafios da Cardiologia contemporânea na América Latina?

Acredito que não se pode generalizar, já que os problemas variam entre os países. Uma coisa essencial são os problemas básicos que constituem os sistemas de saúde, cujo papel é implementar a atenção médica. Nenhum deles, em meu critério, é bom. Outro é a inferioridade de recursos em comparação com regiões mais desenvolvidas, tanto em disponibilidade de elementos de diagnóstico e tratamento, como na desigualdade que faz com que uma parte da população não tenha acesso à medicina adequada.

Na maior parte dos casos, é necessária a adequação da educação médica, a qual muitas vezes não contempla elementos básicos do mundo moderno, tais como os conhecimentos relacionados com o custo-benefício dos diagnósticos e tratamentos a aplicar a cada paciente, assim como a educação da população e do seu entorno. Não deixa de ser preponderante o problema do acesso à educação continuada numa época como hoje, onde se incorporam inovações médicas de importância de forma quase diária, tornando difícil para o médico manter-se em dia. Isso implica em tempo de estudo e recursos econômicos para cursos, livros, internet...

De que forma as cardiopatias negligenciadas podem ser combatidas?

Esses são problemas sanitários que não dependem apenas do médico ou da medicina, mas da sociedade e, especialmente, dos políticos. Na medida em que a sociedade identifica um problema, se conscientiza e o enfrenta com técnicas modernas, com honestidade. A paralisia infantil e a varíola puderam ser erradicadas devido ao desenvolvimento de vacinas (tecnologia) e sua aplicação massiva (educação da comunidade). Já propunha René Favalaro, há 20 anos: menos gastos em armamentos, menos gastos em cosméticos, mais recursos para educação e saúde, e menos desigualdade social mudariam o mundo. É fácil dizer, mas ele terminou se suicidando.

Quais são os limites e as possibilidades da medicina baseada em evidências na prática clínica?

A medicina baseada em evidências reside em grandes estudos e enormes bases de dados de seguimento. Isso começou realmente faz uns 30 anos e, no princípio, foi uma mentira, já que se publicavam os estudos que mostravam que as novas drogas estudadas eram úteis, enquanto os la-



Segundo Mautner, a tecnologia pode ser aliada ao humanismo, tudo depende do uso que se faz dela

boratórios bloqueavam a publicação dos estudos que eram desfavoráveis. Faltava uma parte importante da informação e, por tanto, essa resultava falsa. Há cerca de três anos, se introduziu a exigência internacional de registrar todos os grandes estudos e a obrigação de publicá-los independentemente dos resultados. Em consequência, a medicina baseada em evidência acaba de começar. Esse tipo de enfoque é estatístico. Com isso, eu sei que em 90% dos casos meu paciente poderá ter uma determinada doença e necessitar de tal tratamento, o que é útil, mas não suficiente. Juan Pérez é um indivíduo, é único, pode ser distinto de outro que pareça igual e, além disso, não é uma porcentagem pela qual a medicina deva ser individualizada. A medicina baseada em evidências é o começo, mas não tudo. Para isso, é necessário a experiência e o bom critério do médico. Se não fosse assim, poderíamos colocar um computador adequadamente preparado no consultório e deixar que a máquina fizesse o

diagnóstico e o tratamento do paciente, mas isso nunca será aceitável.

Qual o impacto das questões psicossociais nas enfermidades do coração?

O aspecto psicossocial da doença foi negado durante muito tempo. Isso nos custou quase 30 anos para que fosse reconhecido na Cardiologia, para se ter uma ideia no começo da década de 1980 essa questão não figurava entre os fatores de risco. Em 1985, entramos no tema através de Robert Elliot, um pioneiro na área e, por sorte, atualmente esses conceitos mudaram e não creio que ninguém possa discutir seu papel na produção tanto da enfermidade, como seu papel de gatilho no desenvolvimento dos aspectos agudos da doença. Basta recordar que o importante estudo INTERHEART mostrou que os fatores psicossociais aumentam 267% a possibilidade de produção de um infarto agudo e estão presentes como fator importante em 33% dos pacientes que o desenvolvem.



GLOBO HOSPITALAR
Comércio e Representações

HISTÓRIA

A Cardiologia Pernambucana (VIII)

Os avanços da especialidade no Estado
a partir da década de 1960 | Dr. Claudio Renato Pina Moreira*

Além da criação e do funcionamento do Instituto de Cardiologia no Hospital Pedro II, outra iniciativa importante foi a fundação do Centro de Patologia Torácica do Hospital Oswaldo Cruz, obra do professor Joaquim Cavalcanti, docente livre da Faculdade de Medicina e professor fundador da Faculdade de Ciências Médicas, cuja pedra fundamental foi lançada em 12 de abril de 1955. Além das cirurgias pulmonares, principalmente aquelas relacionadas com a tuberculose, foram ali realizados procedimentos cardíacos sob a chefia daquele cirurgião de fama nacional.

O Recife voltou a sediar um novo congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia em 1956, tendo como presidente o Dr. Fernando Simões Barbosa. Outro congresso ocorreu em 1966, desta vez, presidido pelo Dr. Paulo de Queiroz Borba que, como clínico geral, publicou o primeiro caso em Pernambuco de cardiopatia pelo Lupo Eritematoso. Em meados da década de 1960, ele era o médico pernambucano mais ligado à Sociedade Brasileira de Cardiologia. Curioso é que nem um dos presidentes dos primeiros congressos nacionais realizados no Recife dedicava-se exclusivamente à Cardiologia.

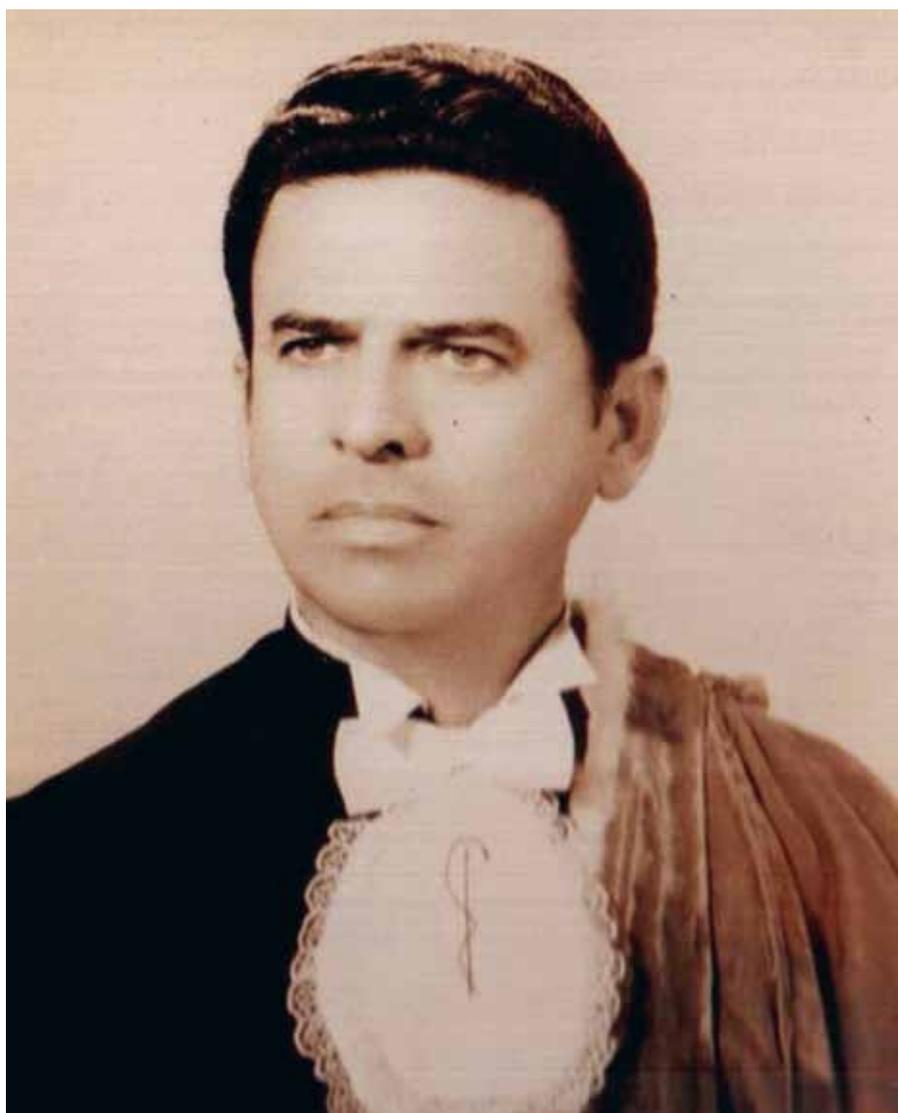
Nos primeiros anos da década de 1960, o Dr. José Costa Rocha, após estágio no Instituto de Cardiologia do México, dinamizou a eletrocardiografia no Recife, principalmente no Instituto de Cardiologia, bem como deu os primeiros passos da vectocardiografia.

De volta de um estágio no Hospital Deborah, na Califórnia, por volta de 1965, o Dr. Fernando da Rocha Carvalho conseguiu do Dr. Luiz Tavares da Silva, então diretor do Instituto de Cardiologia, a compra de um aparelho DR-8, de inscrição fotográfica, que permitia, também, o registro das curvas de

pressões intra-cardíaca, do ECG e do vectocardiograma. Com o DR-8, Dr. Fernando Rocha começou a realizar os estudos fonomecanocardiográficos, não se limitando simplesmente a descrever os ruídos, mas, através deles e do registro gráfico dos pulsos arterial e venoso, diagnosticar e estimar a gravidade das lesões, e estabelecer os parâmetros hemodinâmicos de forma incruenta.

Por volta de 1975, ele passou, também, a atuar no Hospital Oswaldo Cruz, trabalhando em um aparelho

Elema-Schonander, de inscrição direta por meio de galvanômetros de tinta (que funcionou conosco até pouco antes do ano 2000, quando fomos obrigados a abandoná-lo por falta de peças de reposição), desenvolvendo o Setor de Métodos Gráficos daquele hospital. Além de publicar o livro *Fonomecanocardiografia clínica*, o Dr. Fernando Rocha foi um dos grandes responsáveis pelos interesses dos alunos das faculdades de medicina do Recife pela Cardiologia, dirigindo um curso



O Dr. Fernando Rocha utilizou o DR-8 para realizar os estudos fonomecanocardiográficos

gratuito que funcionava no Hospital Pedro II, no antigo Instituto de Cardiologia. Tanto em suas aulas teóricas, como na discussão dos casos clínicos, os estudantes eram de tal modo preparados, que não eram infrequentes as suas aprovações nos primeiros lugares dos concursos para residência médica, principalmente no Instituto de Cardiologia de São Paulo. Apesar de trabalhar com método gráfico, seu lema era: “É necessário correlacionar todo o perfil clínico de um paciente, antes de supor que um exame complementar forneça o diagnóstico.”

Atuando no Instituto de Medicina Infantil de Pernambuco (IMIP), a Dra. Fernanda Wanderley foi a primeira profissional e única durante vários anos a se dedicar à Cardiologia pediátrica, especialidade que teve grande desenvolvimento na última década do século 20, graças às Dras. Cleusa Lapa, Catarina Cavalcanti, Sandra Matos, Roberta Villachan, entre outras.

Ao final dos anos 1960, surgiram os primeiros hospitais particulares de Cardiologia no Recife: o Procárdio, na Rua Epaminondas de Melo, tendo à frente

São dos anos 1960 os primeiros hospitais voltados para a Cardiologia na rede privada

os Drs. Ovídio Montenegro, Newton de Souza, José Costa Rocha, Norma Palmeira, Genival Japiassu, entre outros; e o Prontocor, na Rua das Creoulas, com a equipe médica formada por Rostand Paraíso, Gilvan Tompson, Euler Mesquita, José Henrique Mota, Fernando Rocha, Luiz Vilar, Wilkie Simão, ambas unidades fundadas em 1969. Sete anos depois surgia o Unicordis, na Avenida Rosa e Silva, grupo liderado por Ênio Cantarelli, Luiz Fernando Salazar, Fernando Vianna, Ricardo Coutinho, Ariolando Bueno, entre outros, profissionais, em sua maioria, que atuavam no Procárdio.

Curioso é que as três unidades tiveram seu início em antigas residências

que foram adaptadas para funcionar como hospitais. Não havia unidade de dor torácica; as unidades de terapia intensiva estavam começando e entendia-se ser uma temeridade se submeter um paciente na fase aguda do enfarte do miocárdio a uma cinecoronariografia. Usavam-se doses altas de Dolantina para combater a dor, além do repouso, e só quando o processo “esfriava”, o que se dava em torno de uma semana, é que se pensava num cateterismo. Não se prescreviam os trombolíticos, até porque não estavam disponíveis. Os mais velhos lembram-se das famosas soluções polarizantes para diminuir a área de enfarte.

Hoje, o Prontocor foi anexado ao Memorial São José; a equipe do Procárdio atua no Hospital Português; e o Unicordis tem o seu hospital próprio, fundado no ano 2000, o único exclusivamente cardiológico no Recife, na Avenida Agamenon Magalhães.

*Médico graduado pela UFPE em 1974.

Presidente da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores – Sobrames-PE. Membro do Instituto Pernambucano de História da Medicina.

Gilson Cidrim

A maior rede de laboratórios do nordeste

Vencedor do Marcas Que eu Gosto - 2010





A crescente modernização de seus equipamentos, a implantação de novas unidades e o constante aprimoramento da sua equipe, faz do Gilson Cidrim a maior rede de laboratórios do nordeste.



Laboratórios

Gilson Cidrim

Qualidade e eficiência ao seu diagnóstico

www.gilsoncidrim.com.br

CENTRAL - ☎ 2137.2000 SAC - ☎ 2137.2002

Resp. Médico Dr. Gilson Cidrim CRF.: 0769

ARTIGO

Consequências da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

Dr. Rodrigo Pinto Pedrosa*

Desde as descrições iniciais, foi reconhecido que a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) está associada a várias doenças cardiovasculares. Essa associação pode ser em função da sobreposição de fatores de risco comuns tanto para SAOS como para doença cardiovascular, incluindo obesidade, homens de meia idade e mulheres após a menopausa, sedentarismo e tabagismo. De fato, a prevalência da SAOS entre pacientes com diagnóstico de doença cardiovascular já estabelecida é alarmante. Por exemplo, entre os enfermos com hipertensão e hipertensão refratária, a prevalência da SAOS gira em torno de 30 e 70%, respectivamente. Entre os com fibrilação atrial, a prevalência estimada é de 50%. É importante destacar que a maior parte dos pacientes com doença cardiovascular permanece sem diagnóstico. Esse fato pode ser explicado por um baixo grau de suspeita diagnóstica da SAOS, além da dificuldade de acesso à polissonografia noturna. A SAOS pode contribuir para o estabelecimento ou piora de várias doenças cardiovasculares, o que torna o cenário de falta de reconhecimento e tratamento adequado dessa doença ainda mais dramático.

Os mecanismos primários da SAOS que são deletérias ao sistema cardiovascular são: hipóxia intermitente, microdespertares e geração de pressão intratorácica negativa durante os eventos respiratórios obstrutivos (apneias ou hipopneias). Um conceito importante é que as complicações advindas dos eventos respiratórios não se restringem ao período noturno, mas podem se estender ao longo do dia. Uma lista crescente de alterações bioquímicas, inflamatórias, metabólicas e vasculares associadas, de forma independente, à SAOS foram descritas e incluem aumento da atividade simpática, aumento nos níveis plasmáticos de proteína C reativa, elevações de citocinas, fibrinogênio, resistência à insulina, leptina, produtos



IMAGENS: REPRODUÇÃO

derivados de estresse oxidativo e disfunção endotelial.

Contribuem para demonstrar a relação causal entre SAOS e doença cardiovascular os estudos que demonstram que o tratamento da síndrome com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) reduzem ou normalizam várias dessas disfunções, incluindo redução da atividade simpática, proteína C reativa, resistência à insulina e melhora da disfunção endotelial.

A relação mais bem estudada entre SAOS e doença cardiovascular é com a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Os potenciais mecanismos que ligam ambas são múltiplos e incluem ativação simpática, diminuição da sensibilidade dos barorreceptores, hiperresponsividade vascular e alteração no metabolismo do sal e água. Pacientes com SAOS apresentam aumentos cíclicos da pressão arterial associados aos episódios de apneia. Eles frequentemente não apresentam o descenso noturno da pressão arterial e são considerados como “non-dippers”. A confirmação da relação causal entre SAOS e HAS é baseada em estudos experimentais em vários modelos animais, estudos epidemiológicos e estudos de tratamento da SAOS.

De acordo com o relatório do Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressu-

re (JNC-7), a SAOS é a primeira de uma lista de causas identificáveis de HAS.

Diversos estudos avaliaram o efeito do tratamento da SAOS no controle da pressão arterial. Uma recente meta-análise avaliou 818 pacientes e demonstrou redução da pressão arterial de apenas 2,46 mmHg na pressão arterial sistólica e 1,83 mmHg na pressão arterial diastólica após o uso do CPAP. Entretanto, a escolha dos trabalhos incluídos nessa meta-análise é

sujeita a críticas e pode contribuir para o resultado modesto da queda da pressão arterial. Estudos mais recentes têm demonstrado uma diminuição da pressão arterial de maior magnitude em pacientes com HAS resistente, o que sugere um maior benefício do tratamento da SAOS nesse subgrupo de indivíduos. Além disso, a redução da pressão arterial pode não ser o único ou mesmo o maior efeito do uso de CPAP no sistema cardiovascular, já que têm sido descritos benefícios cardiovasculares outros conforme descrito anteriormente.

Existem evidências de que a SAOS está associada de forma independente com fibrilação atrial e batimentos ventriculares ectópicos. Por exemplo, em um estudo transversal com 2911 em homens idosos que realizaram polissonografia encontrou uma associação entre a gravidade de apneia com fibrilação atrial e batimentos ventriculares ectópicos. Mais importante, existem evidências de que, após a reversão de fibrilação atrial, a SAOS está associada a um aumento de risco de recorrência de fibrilação atrial após um ano e que o tratamento da SAOS com CPAP reduz esse risco. Em um estudo recente, em 73 indivíduos com e sem SAOS pareados para fatores de confusão mostraram que a síndrome estava associada ao aumento do diâmetro do atrio esquerdo que por

sua vez se correlacionou com o aumento da rigidez da aorta. Considerando-se que o tamanho do átrio esquerdo é um fator de risco para fibrilação atrial esse estudo sugere que o aumento da rigidez da aorta observado em pacientes com SAOS possa contribuir para remodelamento atrial devido a um aumento da pós-carga do ventrículo esquerdo.

A SAOS grave não tratada está associada ao aumento da mortalidade cardiovascular causada por acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Esses trabalhos sugerem que a SAOS contribui para o desenvolvimento de aterosclerose. Essa hipótese é reforçada pela demonstração que pacientes com SAOS sem co-morbidades, quando comparados com controles adequados, apresentam vários marcadores de aterosclerose alterados, incluindo maior rigidez arterial e espessamento médio-intimal da carótida. A aterosclerose observada na prática pode ser ainda pior, pois soma-se o efeito da SAOS ao de várias co-morbidades frequentemente presentes, incluindo a HAS e a síndrome metabólica.

De forma semelhante, a calcificação coronariana tem sido atribuída de forma independente a marcadores de gravidade da SAOS em pacientes com co-morbidades. Evidência recente suporta a hipótese de que mais do que uma associação, a SAOS parece ser uma causa para a ocorrência e progressão da aterosclerose. Em um importante estudo envolvendo pacientes com SAOS grave randomizados para tratamento com CPAP e conduta expectante, quatro meses de tratamento foram suficiente para reduzir marcadores de aterosclerose, incluindo a espessura intima-média da carótida e a rigidez arterial, medida pela velocidade de onda de pulso carótida-femoral.

A SAOS é uma condição comum entre pacientes com doença cardiovascular. O diagnóstico precoce e o correto tratamento podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida e também para redução de eventos cardiovasculares.



*Pesquisador do Laboratório do Sono e Coração do Procape-Universidade de Pernambuco – UPE.

CARPE DIEM

Pílulas de humor

Pior que a Série D

Duas mortes, dezenas de enfermos e três meses de uma aventura arriscada. Parece história de exploradores, mas faz parte do que seria uma simples excursão do Santa Cruz, o clube tricolor do Arruda à Amazônia, em 1943.

A saída do Recife parecia prenunciar o que viria pela frente. Com a II Guerra Mundial em curso, navios alemães pipocavam no litoral brasileiro. A embarcação com a equipe teve de ser escoltada às escuras pela Marinha até Belém, onde o Santa faria três amistosos. Depois dos jogos, seguiram para Manaus num navio que rebocava um batelão com alimentos. A viagem era para ser rápida, mas durou 15 dias – um grupo de índios, nada simpáticos, e bem armados sequestrou a tripulação para roubar a comida.

Após os jogos em Manaus, parte dos jogadores foi acometida por uma infecção estomacal das brabas. O goleiro King e o centroavante Papeira foram diagnosticados com febre tifoide no barco, que seguia de volta a Belém. Os dois atletas voltaram a campo num jogo contra o Remo. Mas viria o pior. Dois dias depois, King morreria; no dia seguinte, seria a vez de Papeira.

Era hora de voltar para casa. Contudo, devido à guerra, somente três semanas depois a viagem foi liberada e a delegação conseguiu se encaixar num navio para Pernambuco, com escala em São Luís. Com pouco dinheiro, os jogadores viajaram de 3ª classe, ao lado de 35 perigosos homicidas deportados para o Maranhão. Em São Luís, o clube se viu obrigado a entrar em campo para levantar alguma grana. Até o cozinheiro teve de vestir camisa de titular para compensar as baixas. Jogo feito, zarparam rumo ao lar, doce lar. Só que, quase no litoral do Ceará, o



— *Eu bem que avisei que essa dieta só de fibras era muito arriscada.*

comandante recebeu a notícia de que submarinos alemães impediriam a passagem, e decidiu retornar ao Maranhão. Os exauridos jogadores resolveram então voltar por terra, pegando carona num trem de carga até Teresina – que atrasou a viagem por descarrilar duas vezes. Na capital do Piauí, fizeram um amistoso em troca de comida. Um dos jogadores foi esfaqueado na zona do meretrício. Só então entraram num ônibus até Fortaleza, de onde conseguiram, enfim, chegar a Pernambuco, dando fim à aventura. Hoje, apesar de ter sido o campeão estadual de 2011, o Santa Cruz vive um momento de vacas magras – disputa a série D do campeonato brasileiro. Torçamos para que saia este ano.
Fonte: *Almanaque Brasil*

Curtas

Dois homens conversando em rua do centro da cidade:
“O senhor toma algum remédio?”
“Não. Só tomo ônibus”.

Segurança em shopping avisando que sairia para tomar água:
“Vou proceder um H²O com o máximo de brevidade, ok?”

FRASE

“Se você tem medo da solidão, não se case.”

Anton Tchecov, escritor e dramaturgo russo



ARTIGO



O cronista do coração partido

Antônio Maria, recifense da Rua da União, também compositor de sucesso, fez da vida boêmia carioca sua segunda moradia

Luiz Arrais

“Com vocês, Antônio Maria, brasileiro, cansado, cardisplicente (isto é: homem que desdenha do próprio coração). Profissão: esperança”.

Era desta forma que o cronista, locutor esportivo, produtor de rádio e televisão, cartunista e cardiopata, se autointitulava aos que conheciam.

Filho de Inocêncio Ferreira de Moraes e Diva Araújo de Moraes, Antônio Maria de Araújo Moraes nasceu no Recife, em 17 de março de 1921. *Tombinha*, como era chamado pelos irmãos Rodolfo, Maria das Dores e Consuelo, teve uma infância privilegiada, brincando com os muitos primos, entre banhos de rio, aulas de piano e francês. Em uma de suas crônicas, *Lembranças do Recife*, ele descreve: “Vamos à missa das seis e meia, todos os domingos, no Colégio Marista. Quando comungávamos,

tínhamos direito a várias xícaras de café, pão e manteiga. Das nove às onze, jogo de botão. Ao meio-dia, violento almoço de feijoada, com porco assado”. Até que o pai, dono de uma usina de cana-de-açúcar perdeu toda a bufunfa ao especular erradamente com o preço da substância e, da noite para o dia, a pobreza bateu às portas da família.

Ainda adolescente, precisou trabalhar para ajudar na renda familiar e para bancar as já frequentes noitadas no Gambirinus, bar e restaurante fundado na década de 1930, localizado no térreo do Ed. Chanteclair, reduto de prostitutas e marinheiros de várias nacionalidades que infestavam as noites boêmias recifenses, na época. Aos 17 anos, conquistou seu primeiro emprego: apresentador de programas na Rádio Clube de Pernambuco. Em 1940, chega ao Rio “com quatro roupas novas e cinco contos no bolso” para trabalhar como locutor esportivo na Rádio Clube Ipanema. O emprego durou pouco e ele voltou para o Recife, casando-se com Maria Gonçalves Ferreira que lhe deu dois filhos. Trabalhou ainda no Ceará e na Bahia até retornar definitivamente ao Rio, onde passou a trabalhar como dire-

tor de produção da Rádio Tupi e cronista de *O Jornal*.

Antônio Maria escreveu crônicas diárias durante mais de 15 anos. Depois de *O Jornal*, mudou-se para *O Globo*, onde ficou até 1959, quando transferiu-se para a *Última Hora*, passando a assinar duas colunas diárias, uma de crônicas e outra de reportagens policiais. Foi, ainda, o primeiro diretor de produção da TV Tupi, inaugurada em janeiro de 1951.

Notívago, seu dia era uma correria sem fim. Autor de jingles comerciais, também compôs belas músicas, tais como o *Frevo nº 1 do Recife* e a música *Ninguém me ama*, eterno clássico da dor de cotovelo, que, na voz da cantora Nora Ney, despontou com grande sucesso na

programação radiofônica. Este samba-canção logo viraria motivo de disputa entre ele e seu parceiro Fernando Lobo. É que com o sucesso, Maria revelou que a canção era só sua. E, depois de Fernando Lôbo afirmar que teria testemunhas que tinham visto quando ele escrevera a letra, Maria desdenhou do fato, dizendo que se Fernando tivesse escrito a mesma, o trecho no qual aparece “de fracasso em fracasso...” teria sido escrito com ç.

CIUMEIRA

Apesar da extrema feiúra e o corpanzil de elefante, Maria fazia relativo sucesso com as mulheres. Em uma ocasião, conquistou uma mulher fazendo-se passar por Carlos Heitor Cony. Ao narrar ao escritor, que tinha levado a moça pra cama, Cony lhe perguntou “E aí?” “E aí, você brochou, Cony, você brochou!” repetia às gargalhadas, balançando o barrigão de chope.

Outro caso que causor estupor foi o seu casamento com Danuza Leão, bela modelo profissional, casada com o todo poderoso Samuel Wainer, dono da *Última Hora*, jornal que pagava os melhores salários da época, e que foi traído pela mulher, apaixonada pelo empregado

Antônio Maria não se cuidava. Apesar de três enfartes seguidos, continuou com o mesmo ritmo de vida

bom de lábia do seu jornal. O casório durou pouco, pois Antônio Maria tinha ciúmes até da televisão, como conta Danuza no seu livro de memórias, *Quase tudo* – imagina se tudo fosse mesmo contado. Achava que os atores ou apresentadores estavam a flertá-la. Tinha ciúmes dele mesmo, da própria sombra rechonchuda no espelho, mais de 100 kg de sentimentalismo a correr nas veias carregadas de álcool, possessividade e colesterol.

Danuza acabou se cansando por causa da ciumeira e abandonou o gordo chato, voltando aos braços de Wainer.

Muitos amigos do cronista dizem que sua morte, pouco depois, foi causada pela separação, quando entrou numa depressão de dar dó. Voltou a trabalhar, depois de cinco meses desempregado, sua primeira crônica, *O bom caráter*, começava assim: “Aqueles que dizem que mulher de amigo meu pra mim é homem estão enganados; porque mulher de amigo meu é mulher mesmo”.

Para os companheiros de farra, como Vinicius de Moraes, sua marca maior, foi a boemia. E foi, como boêmio que Maria morreu fulminado por um infarto do miocárdio na madrugada de 15 de outubro de 1964, na calçada da rua Fernando Mendes, em Copacabana, quando se encaminhava para o restaurante Le Rond Point. Amigos que estavam na boate O Cangaceiro, defronte do restaurante, viram quando ele caiu, e tentaram, em vão, aplicar-lhe os primeiros socorros. Foi enterrado no mesmo dia no Cemitério São João Batista, em Botafogo, no Rio, longe da sua cidade natal, que mostrava tão bem como nos versos da música *Frevo nº 2 do Recife*:

*“Ai que saudade eu tenho do meu Recife
Da minha gente que ficou por lá
Vou-me embora
Vou-me embora
Vou-me embora pra lá”.*



FRASES DE ANTÔNIO MARIA

“Solidão é quando o coração, se não está vazio, sobra lugar nele que não acaba mais”.

“A ausência total de livros nos descompromete de maneira definitiva com a cultura”.

“Menino só sabe que é feio, no colégio, quando o padre escolhe os que vão ajudar à missa”.

“Ninguém me ama, ninguém me quer, ninguém me chama de Baudelaire”.

“É perigoso ter muitas mulheres. Quem tem seis, por exemplo, tem cinco oportunidades de ser enganado”.

“Só há uma vantagem na solidão: poder usar o banheiro de porta aberta”.

“Só creio em dois estados de lucidez: o dos bêbados e o dos poetas”.

“A gente vive, passa por milhares de experiências (as mais intensas) para, afinal, convencer-se de que as melhores coisas na vida são comer e dormir”.

“Nada é de tão mau gosto quanto a morte”.

“O Brasil é um país sem caricatura. Por isso, um país triste. A caricatura é mais importante que o retrato”.

“Medo de morrer só tem quem é feliz. Os infelizes estão aí, atravessando as ruas sem olhar pros lados”.

“Morrer é muito mais que a simples palidez, o enterro e as saudades. Morrer é não precisar de mais ninguém. É ser, até que enfim, independente mesmo”.

AÇÃO



SBC-PE leva combate ao fumo às escolas

Atividades marcam Dia de Combate ao Tabaco

No último dia 31 de maio, dia Mundial de Combate ao Tabaco, a Sociedade Brasileira de Cardiologia – Pernambuco mais uma vez se engajou na proposta lançada pela SBC nacional. Sob coordenação do seu presidente, Dr. Carlos Melo, e do Dr. Emmanuel de Abreu (representante do

Funcor), foram impressas 700 cópias da cartilha *Um dia sem fumar é um dia a mais de saúde*, preparada pela SBC para ser entregue à população.

O material explana, de forma divertida e bem humorada, os benefícios de deixar de fumar, curiosidades, dicas para não desistir e para dar o primeiro

passo. Esse aspecto lúdico levou a direção da SBC-PE a optar por fazer sua distribuição em escolas da rede pública, com o intuito de levar a informação aos jovens antes deles começarem a fumar. No dia 31, a Escola Estadual José Vilela, recebeu o cardiologista Emmanuel de Abreu, que passou nas salas entregando a cartilha e tirando as dúvidas dos alunos. Segundo ele, pesquisas mostram que as crianças começam a fumar quando têm entre 8 e 13 anos. “Queremos desenvolver uma prevenção primária, antes deles começarem a fumar. Por isso escolhemos as turmas entre a quinta e a sétima série”, detalha.

Para Dr. Carlos Melo, a ação não se encerrou na escola, muito provavelmente as cartilhas chegaram a outras pessoas. “Fazer uma ação junto às crianças é uma forma de evitar que elas passem a fumar no futuro e um incentivo para que levem essas informações às suas casas e estimulem seus pais e familiares a pararem de fumar”, explica. A ação chamou a atenção da mídia local, que a registrou nos jornais impressos, em sites, programas de rádio e televisão.

**A GENTE REALIZA DOIS
SONHOS QUE FAZEM
O SEU CORAÇÃO BATER
MAIS FORTE.**

Na Unicred Recife, todo cardiologista cooperado tem crédito fácil, com as melhores taxas do mercado, para investir em equipamentos cardiológicos ou veículos. Você que decide. Só não tenha dúvidas quando quiser realizar. Fale sempre com a Unicred Recife.

UNICRED
RECIFE

Cooperativa de Crédito dos Profissionais da Saúde

**A GENTE
PREFERE
REALIZAR.**