



CONGRESSO DE CARDIOLOGIA DA BAHIA TRAZ COMO TEMA CENTRAL NOVAS TECNOLOGIAS

**NOVO SECRETÁRIO DE SAÚDE FALA SOBRE AS PERSPECTIVAS E OS
PROJETOS PARA A SAÚDE NA BAHIA**

**PARCERIA ENTRE SBC-BA E DUKE UNIVERSITY RESULTA EM
MAIS UM SIMPÓSIO INTERNACIONAL**

**ERGOESPIROMETRIA E SEU PAPEL NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**



27 a 30 de maio de 2015
Bahia Othon Palace Hotel
Salvador - BA

AGORA É O SEU CORAÇÃO QUE VAI ACELERAR!

OPORTUNIDADES ESPECIAIS PARA CARDIOLOGISTAS.
FORMAS DE PAGAMENTO DIFERENCIADAS PARA ASSOCIADOS DA SBC.

DE FRENTE
PRO MAR.
AO LADO
DO PARQUE.

140, 142, 165 e 200m²
NO MELHOR DE PITUAÇU



4 SUÍTES
COM VARANDA.
330m² COM VISTA
PARA O MAR.

**NO MORRO DO
IPIRANGA**



**CORRETORA
EXCLUSIVA**

**IVANA VILAS BOAS
71 9239-4773**

Para morar.
Para viver.

 **queiroz galvão**
DESENVOLVIMENTO
IMOBILIÁRIO



Editorial

Caros sócios,

Esta edição do jornal foi essencialmente destinada à divulgação do nosso 27º Congresso de Cardiologia do Estado da Bahia e todas as atividades que o compõe como o III Simpósio Internacional em parceria com a Duke University, Cardio Corrida e festa de encerramento.

O envolvimento e compromisso da diretoria foram fundamentais para superar a complexidade de realizar um evento de tamanha importância científica e social num período de intensas adversidades econômicas enfrentadas atualmente no país. Tal desafio nos coloca com uma responsabilidade ainda maior em garantir que o nosso maior evento esteja em conformidade com as expectativas dos sócios.

Espero encontrar todos nos dias 27, 28, 29 e 30 de maio para trocarmos experiências, conhecimentos, vivências clínicas e usufruirmos do reencontro com os amigos.

Desde o ano passado, a classe médica vivencia momentos de extrema adversidade no que diz respeito à defesa profissional. A SBC-BA vem cumprindo o seu papel na busca de alternativas viáveis para que o nosso exercício tenha o reconhecimento, ainda que tenhamos clara a certeza do longo caminho a percorrer para atingirmos tal objetivo.

A unidade de nossas ações resultará em grandes conquistas!

Um cordial abraço,

Mário de Seixas Rocha
Presidente da SBC-BA



**ESTA É UMA PUBLICAÇÃO DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA
SEÇÃO BAHIA**

DIRETORIA DA SBC-BA

Presidente: Mário de Seixas Rocha

Vice-presidente: Isabel Cristina Britto Guimarães

Diretor Administrativo: Mateus dos Santos Viana

Diretor Financeiro: Luiz Eduardo Fonteles Ritt

Diretor Representante FUNCOR: Joberto Pinheiro Sena

Diretora de Qualidade Profissional: Emerson Costa Porto

Diretor de Comunicação: Nivaldo Menezes Filgueiras Filho

Diretor Científico: Gilson Soares Feitosa-Filho

Comissão Científica:

Claudio Marcelo Bittencourt das Virgens

Edval Gomes dos Santos Júnior

Marcos Silva Araujo (In Memoriam)

ENDEREÇO

Avenida Anita Garibaldi, 1815, CME
Sala 06, Bloco B - Ondina
Telefax: (71) 3245-6320
geral.sbc.ba@cardiol.br
www.sbc-ba.org.br

TEXTOS, FOTOS E EDIÇÃO

Cinthy Brandão - Jornalista DRT/BA 2397
www.cinthybrandao.com.br

CRIAÇÃO

D27 Design
www.d27.com.br

IMPRESSÃO

Gensa Soluções Gráficas
www.gensagrafica.com.br



27º

CONGRESSO DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DA BAHIA

NOVAS TECNOLOGIAS E AVANÇOS SÃO DESTAQUES DO 27º CONGRESSO DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DA BAHIA

Os cardiologistas baianos terão mais uma oportunidade de atualização do conhecimento durante o 27º Congresso de Cardiologia do Estado da Bahia, de 27 a 30 de maio, no Bahia Othon Palace Hotel, no bairro de Ondina, em Salvador.

A iniciativa da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Seção Bahia viabiliza o incremento científico e a oportunidade de contato social entre os participantes como explica o presidente da SBC-BA, Dr. Mário de Seixas Rocha. “A Comissão Científica mantém-se totalmente imbuída em tornar este encontro ainda mais agregador e produtivo para os colegas da capital e do interior. Nossa proposta desde a escolha do eixo temático “Novas Tecnologias” e da programação como um todo é proporcionar ao cardiologista baiano atualização e aprimoramento de novas condutas, procedimentos e terapias em prol dos pacientes cardiopatas. A conduta médica aplicada em consultórios, ambulatórios, centros cirúrgicos e emergências demanda de conhecimento e prática, e isso é viabilizado justamente num momento como este de troca de experiências e disseminação de novas técnicas e protocolos”, reitera.

Este ano, os congressistas contarão com uma novidade na programação. “Teremos uma nova concepção de atividade, à semelhança do Programa Roda-Viva, da TV Cultura, mas com um tema pré-definido, um entrevistado e 6 entrevistadores de grande experiência no tema. Na quinta-feira (dia 28), o Prof. Renato Lo-

pes será o entrevistado sobre detalhes e aplicações práticas dos grandes trials em anticoagulação e, na sexta-feira (dia 29), o Prof. Gilson Feitosa será o entrevistado sobre evidências e condutas práticas acerca da doença arterial coronariana crônica”, explica o Diretor Científica da sociedade, Dr. Gilson Feitosa-Filho.

Destaque também para o número de trabalho científicos enviados que bate um novo recorde. “Este ano daremos ainda mais destaque aos temas-livres. No congressos anteriores, habitualmente tínhamos cerca de 100 trabalhos submetidos. No ano passado, obtivemos o maior recorde de todos os eventos: 212 trabalhos. Neste ano, novo recorde foi alcançado: 216 submissões. Lamentamos não termos espaço para todos, por isso, uma Comissão de 20 cardiologistas experientes em publicações destacou os 12 melhores trabalhos para apresentação oral e outros melhores 108 trabalhos para apresentação pôster. T tamanha seleção muito nos orgulha e eleva cada vez mais o nível científico dos trabalhos apresentados”, comemora Dr. Gilson Feitosa-Filho.

Além da programação voltada ao público médico, o congresso mantém o caráter multidisciplinar com as atividades dos departamentos. Nos dias 28 e 29/05, acontecerão o XII Simpósio de Educação Física, o XXIV Simpósio de Enfermagem e o VII Simpósio de Fisioterapia. Toda a programação, valores de inscrição e demais informações estão disponíveis no site do evento: <http://sociedades.cardiol.br/ba/congresso2015/>

Programação

Quinta-feira (28/05)

Sala Adriano Pondé

08:30 10:00 Mesa Redonda DAC crônica
Lesão do TCE: Em que situações devemos preferir angioplastia à cirurgia cardíaca?
Ainda devemos usar betabloqueadores na DAC estável sem insuficiência cardíaca?
No mundo real, vale à pena adicionar marcadores de risco cardiovascular para a tomada de decisão?
Quais as certezas e incertezas na avaliação da viabilidade miocárdica?
Discussão

10:00 10:30 Discussão de Pôsteres/Visita aos Stands

10:30 11:15 Solenidade de Abertura

11:15 12:00 Conferência Magna: Tecnologia Cardiovascular: Inovação, desafios e cidadania.

12:10 13:50 Simpósio Satélite (Hospital Santa Izabel- Santa Casa de Misericórdia da Bahia)

14:00 15:30 Mesa Redonda: Fibrilação Atrial
CHADS, CHADSVASC, HASBLED: Como integrá-los?

Sangramento associado aos novos anticoagulantes orais: qual o manejo ideal?

Após hemorragia digestiva, qual a melhor estratégia para prevenção de AVC?

Ablação da fibrilação atrial: qual o momento e como selecionar o paciente?

Discussão

15:30 16:00 Discussão de Pôsteres/Visita aos Stands

16:00 17:30 Roda-Viva: Trials em anticoagulação na Fibrilação Atrial: dos bastidores à aplicação clínica

18:00 19:30 Simpósio Satélite Fleury- Diagnoson

Sala Gerson Pinto

08:30 10:00 Mesa Redonda: Avanços em Dislipidemias

Ezetimiba: Os resultados do IMPROVE-IT podem mudar condutas?

Hipercolesterolêmica: Tratar apenas com base nas doses de estatina?

Novos fármacos na redução do LDL-C: quais são as perspectivas para os inibidores da PCSK9?

Qual o conceito e evidências para uso precoce das estatinas nas SCA?

Discussão

Discussão de Pôsteres/Visita aos Stands

14:00 15:30 Colóquio: HAS

– Mitos nas estratégias da redução de Sódio.

– Cafeína e HAS.

– Atividade física e HAS.

– Perda de peso e HAS

– Tratamento anti-hipertensivo acima dos 80 anos

– Peculiaridades das principais classes de fármacos utilizados no tratamento da HAS

Discussão de Pôsteres/Visita aos Stands

16:00 17:30 Colóquio: Emergência & UTI

Paciente admitido na emergência em PCR. Como Tratar?

Ao retornar o pulso, apresentava ao ECG com alteração de onda T em parede anterior. O que fazer?

Ao chegar à UTI- Cardíaca, quais os cuidados específicos devem ser tomados?

Sala Jorge Torreão

08:30 09:15 Sessão bate-volta: Cardiogeriatría

Tema 1: Doença coronariana crônica

Tema 2: IC em nonagenário

Tema 3: FA e novos anticoagulantes

Tema 4: Diabetes em idosos

09:15 10:00 Colóquio Cirurgia Cardíaca

– Como as novas tecnologias auxiliam o tratamento cirúrgico atual?

– Qual o papel do cirurgião na TAVI?

– Procedimentos híbridos?

– Cirurgia robótica e minimamente invasiva

– Novidades em relação à CEC

– Dispositivos de Assistência Ventricular

Discussão de Pôsteres/Visita aos Stands

14:00 15:30 Mesa Redonda: Sessão Interdisciplinar

Qual o papel da PCR-alta sensibilidade na avaliação de risco cardiovascular

Drogas nefrotóxicas e procedimentos contrastados

Anabolizantes e termogênicos versus risco cardiovascular

Manejo do paciente com alergia a aspirina – estado da arte

Discussão

Discussão de Pôsteres/Visita aos Stands

Colóquio: Estratificação coronariana não-invasiva: Quais as vantagens e desvantagens de cada método?

Eco estresse

Cintilografia

Teste ergométrico

Escore de Cálcio

Ressonância cardíaca

– Sensibilidade, Especificidade, Acurácia

– Custos

– Riscos envolvidos

– Variabilidade intra e interobservador

– Subgrupos e Situações especiais

– Combinação de Métodos

Discussão de Pôsteres/Visita aos Stands

Sexta-feira (29/05)

07:30 08:20 Reunião do Conselho Consultivo / Reunião dos Sócios Cardiologistas do Interior

Sala Adriano Pondé

08:30 10:00 Mesa Redonda: Antiplaquetários na prática clínica

Dupla antiagregação plaquetária após implante de stents: qual a melhor combinação e o tempo de uso?

É seguro trocar o antiplaquetário no seguimento? Como fazer?

Manutenção ou suspensão de antiagregantes plaquetários no perioperatório de cirurgias?

Angioplastia coronariana em portador de FA: como selecionar a combinação ideal de anticoagulante oral e antiplaquetários?

Discussão

10:00 10:30 Discussão de Pôsteres/Visita aos Stands

10:30 12:00 Mesa Redonda: Prevenção Primária

Qual o papel dos novos e velhos escores de risco?

Como prescrever exercícios para prevenção de eventos cardiovasculares?

AAS deve ser usado na prevenção primária?

Devemos pesquisar aterosclerose coronariana subclínica?

Discussão

12:10 13:50 Simpósio Satélite Megamed- Abbot

14:00 15:30 Mesa Redonda: Insuficiência cardíaca

PARADIGMA: Inibidor da Neprilisina muda o tratamento da IC?

Estratégias para o tratamento da IC aguda perfil B: Diuréticos e/ou Serelaxina?

Tratamento guiado por BNP/NT-ProBNP melhora resultados na IC Crônica?

Tratamento da IC com fração de ejeção preservada: o que aprendemos com os ensaios clínicos?

Discussão

15:30 16:00 Discussão de Pôsteres/Visita aos Stands

16:00 17:30 Roda-Viva: Doença Arterial Coronária Crônica: da Prevenção às mais modernas formas de tratamento

17:30 18:40 Simpósio- Sabin

18:40 Assembleia Geral Ordinária

Sala Gerson Pinto

08:30 10:00 Mesa Redonda: Cardiologia Clínica

Desafios no diagnóstico e tratamento da cardiotoxicidade por quimioterápicos

Interconexão Religião, Espiritualidade e Saúde: Quais as evidências científicas?

Sobrepeso/Obesidade: Maior fator de risco cardiovascular do século 21

O que mudou no tratamento da embolia pulmonar nos novos guidelines

Discussão

Discussão de Pôsteres/Visita aos Stands

10:30 12:00 Mesa Redonda: Valvopatias

Papel dos biomarcadores na avaliação da progressão da doença valvar

Importância dos testes de estresse na avaliação da gravidade

Prevenção Primária de Endocardite: De volta para o passado?

Como manejar valvopatias graves antes da cirurgia não-cardíaca?

Discussão

14:00 15:30 Sessão Pinga-Fogo: Ergometria & Reabilitação

1) Jogador de futebol, 25 anos, sofreu PCR abortada em campo, ECG padrão de Síndrome de Brugada

2) Pac 25 anos, assintomático, TE:BRD ao esforço. Qual significado clínico?

3) Pac 60 anos, passado de IAM, FE 40%, em NYHA II, tratamento otimizado, ergoespirometria sem isquemia. É seguro treinamento intervalado no programa de reabilitação supervisionado? E se for não supervisionado?

4) Pac feminina 40 anos. TE: infradesnível ascendente lento com 1,5 mm no ponto Y em CM5, V5, V6. Recupera ao padrão basal ao 1o minuto após esforço. 10 mets. Como laudar?

5) Pac masculino, 50 anos, TE: infradesnível de ST retificado com até- 1,5 mm em CM5, DII, DIII, AVF, V5, V6 a partir do 3o minuto da recuperação e com retorno ao basal ao 6o minuto. Qual a conclusão?

6) Atleta negro, 22 anos, assintomático. ECG: inversão de T em V1-V4. Qual o significado clínico?

7) Pac feminina, 56 anos, HAS e dislipidêmica, com desconforto precordial atípico. Como triar DAC?

8) Pac Masculino, 35 anos, Chagas, FE40% e NYHA II. Ergoespiro: Slope 40, recuperação de FC 4 bat, OUES 1,3 L/min, PeTCO2 30 mmHg e VO2 pico 18 ml/kg/min. Qual a classe de prognóstico deste paciente?

9) Paciente coronariopata, TE: infra de ST- 2,00 mm em V4, V5, V6. CATE prévio: lesões em DA distal (vaso fino) não passível de RM. Qual o limite para prescrição de exercício?

Discussão de Pôsteres e Visita aos Stands

16:00 17:30 Mesa Redonda: HAS: Formas de aferição da Pressão Arterial além do consultório – O que sabemos sobre elas?

Pressão Aórtica Central – Medidas não Invasivas

Variabilidade da Pressão Arterial

MAPA – Pressão matinal e no período do sono

MRPA na prática clínica

Discussão

Sala Jorge Torreão

08:30 10:00 Mesa Redonda: Novas intervenções que todos devem conhecer

Diferentes tipos de Ablação em Fibrilação Atrial Persistente

Ressincronização e CDI

Tratamento percutâneo Valvar Mitral

Tratamento percutâneo valvar aórtico

Discussão

Discussão de Pôsteres/Visita aos Stands

10:30 12:00 Colóquio: Políticas públicas para a cardiologia e Defesa profissional

1- Condições de trabalho e o exercício profissional: infra-estrutura hospitalar pública, remuneração, recursos humanos e materiais, jornada de trabalho, segurança

2- Papel e responsabilidade dos governos nas esferas municipal, estadual e federal

3- Papel da SBC-BA e organizações médicas

4- Luta contra a progressiva desvalorização da atividade médica

12:10 13:50 Simpósio Satélite – Megamed/Abbot

14:00 15:30 TL Orais (6 temas) – 7 min apresentação; 7 min discussão

Discussão de Pôsteres/Visita aos Stands

16:00 17:30 TL Orais (6 temas) – 7 min apresentação; 7 min discussão

Sala Marcos Araújo

08:30 10:00 MESA REDONDA: Cardiologia Pediátrica: Encontro com o especialista

Exercício físico x Cardiopatia: como orientar?

Tratamento da dislipidemia em população com risco cardiovascular: aspectos atuais

Profilaxia na endocardite infecciosa: qual a orientação atual?

Anticoagulação na faixa etária pediátrica. Como orientar?

Discussão

14:00 15:30 CONTROVÉRSIA: No tratamento da comunicação interventricular perimembranosa

O fechamento percutâneo é o mais indicado

O fechamento cirúrgico é o mais indicado

Réplica

Tréplica

Discussão com a plateia

Sábado (30/05)

06:00 07:30 7ª Cardio Corrida (5Km)

06:00 Concentração e aquecimento

06:30 Largada

07:00 7:30 Congraçamento e Café

Sala Adriano Pondé

09:00 10:30 Principais estudos dos últimos 12 meses em:

ICC

Coronária

Dislipidemia

Arritmias

Hipertensão Arterial

Dúvidas e comentários

10:30 12:00 Discussão Casos Clínicos

Caso Clínico 1

Caso Clínico 2

12:00 Encerramento

Sala Gerson Pinto

09:00 10:30 II Desafio do Conhecimento – Uma revisão das principais emergências cardiovasculares

Ligas de Cardiologia:

LACOPA – UFBA

LAC – Bahiana

LACPUL – UEFS

12:00 Encerramento

Sala Jorge Torreão

09:00 10:30 Mesa Redonda: CardioPediatria

Cirurgia de Fontan- Aspectos Atuais

Anticoagulação tardia. Quando indicar?

Falência: Opções de tratamento no laboratório de hemodinâmica

Take-Down do Fontan. Quando indicar?

Dispositivos de assistência ventricular e transplante

Discussão

12:00 Encerramento



PARCERIA SBC-BA E DUKE UNIVERSITY REALIZA MAIS UMA EDIÇÃO DO SIMPÓSIO INTERNACIONAL NO CONGRESSO DE CARDIOLOGIA DA BAHIA

A iniciativa de criar a parceria entre a Sociedade Brasileira de Cardiologia – Seção Bahia e a Duke University, a cada ano, comprova sua importância e aprovação entre os congressistas baianos. O Simpósio Internacional que acontecerá dia 27 de maio, no Bahia Othon Palace Hotel, na sua terceira edição ganha destaque durante a programação do maior evento de cardiologia do Norte Nordeste e, certamente, atrairá muitos participantes, como aconteceu ano passado.

Dr. Mário de Seixas Rocha, presidente da SBC-BA, explica a temática escolhida para este ano. “O 3º Simpósio Internacional em parceria com a Duke University abordará casos clínicos com metodologias praticadas na Bahia e na Duke, apresentando decisões com base na melhor evidência possível”.

Para o Diretor Científico, Dr. Gilson Feitosa-Filho, a presença dos conhecidos palestrantes agrega ainda mais valor ao simpósio. “Mais uma vez, contaremos com a qualidade internacionalmente reconhecida de dois dos pesquisadores mais experientes em MegaTrials no mundo: Prof. Dr. Renato Lopes e Profa. Dra. Kristin Newby”. E resalta a ampla programação do 27º Congresso de Cardiologia do Estado da Bahia. “No nosso Congresso muitas outras atividades estão divididas entre mesas-redondas, colóquios, sessões de perguntas e respostas rápidas, discussões de casos clínicos, roda-viva (uma novidade deste congresso), entre outras, todas projetadas para dar dinamismo e interação com todos que quiserem manifestar-se para uma rica troca de experiências”, complementa.

PROGRAMAÇÃO

27/05 (quarta-feira)

15:00 15:45 Discussão de Caso Clínico: Caso de Fibrilação atrial na Bahia: decisões com base na melhor evidência possível

15:45 16:30 Discussão de Caso Clínico: Caso de Síndrome Coronária Aguda na Duke: decisões com base na melhor evidência possível

16:30 17:00 Intervalo

17:00 18:30 Colóquio: Como desenvolver a pesquisa clínica em nosso meio

- # A construção de idéias factíveis
- # O conceito do “Protected Time”
- # Pesquisa clínica como especialidade
- # A importância de uma correta orientação
- # A pesquisa acessível a todos: o treinamento de estudantes e residentes
- # Como estimular e manter uma equipe de pesquisa
- # A busca de recursos para viabilizar bons estudos
- # Os desafios durante a execução de pesquisas
- # Dicas para a redação de um tema-livre e do artigo
- # Como escolher a revista ideal para publicação

Diretor Médico - Dr. Danilo Noya Fonseca - CRMBA: 7599

DN HEALTH CARE

Saúde Global

No ar e na terra zelando pela vida.

UTI Aérea e Terrestre

Atendimento 24 horas

71 2109.2999 • 8221.0021

www.dnuti.com.br



Novo secretário de saúde fala sobre as perspectivas e os projetos para a saúde na Bahia

Dr. Fábio Vilas-Boas
Secretário Estadual de Saúde

O cardiologista sócio da SBC e SBC-BA, Dr. Fábio Vilas-Boas, assumiu a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Em entrevista ao Jornal da SBC-BA, o Secretário revelou os projetos para ampliação e reestruturação da assistência à saúde, e como pretende expandir os serviços de Cardiologia na capital e no interior.

Jornal SBC-BA: O senhor já ocupou diversos cargos associativos na SBC e na regional Bahia, agora assume um cargo político à frente da Secretaria de Saúde do Estado. Sua vivência clínica e científica colaboram, de alguma forma, nessa administração da saúde?

Dr. Fábio Vilas-Boas: Pode-se enxergar uma secretaria como um cargo eminentemente político, ou como um cargo eminentemente técnico, mas o componente político vai existir nos dois. Eu fiz questão de dizer a todas as pessoas as quais convidei para compor a SESAB que esse não seria um cargo essencialmente político. A diferença é que quando se exerga a secretaria como um cargo político, das ações serão dirigidas com objetivos políticos, para agradar a determinados segmentos políticos. Quando se assume um cargo com a visão técnica, as ações terão como foco o melhor para sua secretaria, mesmo que isso custe algum prejuízo político. Minha experiência clínica e científica judam muito. Eu tive a oportunidade de almoçar com o Prof. Adib Jatene, há pouco menos de um ano, em São Paulo, e eu o questionei se, atualmente, ainda havia espaço para um médico ser secretário de saúde. Prof. Adib foi secretário de saúde por duas vezes e disse que nada substituiria a sensibilidade de um médico à frente de uma secretaria, o difícil seria encontrar algum que quisesse ocupar tal cargo. Eu acho que ser médico e vivenciar a experiência de cuidar de pacientes em hospitais, conhecendo o lado da prática, qualifica muito mais um gestor para cuidar da saúde pública.

Jornal da SBC-BA: Quais são suas impressões iniciais da Secretaria de Saúde do Estado? Quais problemas o senhor avalia como os mais preocupantes?

F.V.B.: Eu tenho um convívio com o governador de quase 25 anos e, ao longo desse tempo, tivemos a oportunidade de discutir a visão de cada um sobre o sistema de saúde e, assim, estabelecer um alinhamento de ações e projetos. Atualmente, o maior problema do sistema de saúde do mundo é o subfinanciamento. Faltam recursos para que se possa fazer o que é necessário. Cada país precisa descobrir qual saúde quer oferecer à sua população, porque está muito claro de que não se pode dar tudo para todos. Os custos da medicina evoluíram, a população envelheceu mais, houve incorporação de tecnologia e tudo isso está sendo pago pela sociedade do mundo inteiro. As cicatrizes do subfinanciamento são globais. Numpais como o nosso que é mais pobre, em particular a Bahia, essas manifestações são muito maiores. Pouco se investiu em saúde na Bahia e essa falta de investimento histórica resultou numa alta concentração da assistência, com 80% da assistência de alta e média complexidade na capital. Diante desse diagnóstico, defendemos a descentralização e a regionalização da assistência de saúde. Serão feitos 28 consórcios de saúde estabelecidos em cada micro região da Bahia. Cada consórcio com, aproximadamente, 20 municípios que vão se unir e constituir uma pessoa jurídica de direito público e contratar um diretor administrativo. Vamos inclusive oferecer capacitação para esses gestores. Os recursos terão participação de 40% do Estado e 60% dos municípios, rateados proporcionalmente à população de cada local. E esses consórcios vão gerir, inicialmente, policlínicas. Cada uma terá 16 especialidades médicas e outros serviços complementares com todos os exames de média e alta complexidade, e de laboratório.

Essas policlínicas resolverão uma lacuna que existe entre a atenção básica e o serviço de alta complexidade nos hospitais. O consórcio resolverá também o problema do desequilíbrio da falta de atenção de assistência que os municípios pequenos enfrentam com a escassez de recursos, de médicos e acabam mandando os pacientes para cidades maiores pagando pouco ou não pagando por isso. Nesse sistema, essas despesas serão rateadas de forma proporcional e representando efetivamente o gasto que foi feito. A gestão do caixa será feita pelo Governo do Estado que reterá o recurso e pagará os custos do consórcio, distribuindo de forma democrática as despesas, a fim de garantir a assistência na micro região. Os consórcios também vão poder gerir os hospitais, o SAMU e as UPAs, várias foram construídas no interior e ainda estão fechadas. O consórcio permitirá que as UPAs passem a funcionar para desafogar os hospitais que são estruturas equipadas para atender a região, mas são sobrecarregados com o excesso de pacientes.

“Os custos da medicina evoluíram, a população envelheceu mais, houve incorporação de tecnologia e tudo isso está sendo pago pela sociedade do mundo inteiro. As cicatrizes do subfinanciamento são globais.”

Jornal da SBC-BA: Como o senhor avalia o atual processo de regulação no Estado e o gerenciamento dos leitos de UTI?

F.V.B.: Os problemas da regulação serão resolvidos neste ano. A nossa meta é colocar 100% dos pacientes cadastrados pela central. Enquanto não tivermos o controle de todos os doentes das emergências e hospitais que aguardam atendimento, esse problema não será sanado. Quanto às UTIs, não adianta ampliar indefinidamente o número de leitos, eles estarão sempre cheios de pacientes. Nós precisamos atuar para que esses pacientes não precisem ir para essas unidades. 70% dos pacientes internados nos hospitais do interior são vítimas de acidentes de moto ou carro, e os que mais ocupam leitos de UTI são os motociclistas. Precisamos reduzir esses acidentes. Uma campanha estadual e algumas ações federais estão sendo estruturadas. Temos que mudar também a forma que se contratam os leitos de UTI suplementares na rede privada. Eles têm um racional de ocupação que é perverso para o Estado, onde é pago um valor por diária. Para a instituição que vende o serviço, quanto menos complexo e crônico for, melhor porque eles gastam menos. Precisamos inverter essa lógica e buscar um mecanismo que se pague mais pelos primeiros dias e o custo caia quando o paciente cronifica para que estimule a alta precoce, dando mais possibilidade de giro nos leitos de UTI.

“Já autorizamos a estruturação de uma hemodinâmica em Ilhéus e Jequié. Em breve, também em Barreiras. Vamos abrir um centro de cirurgia cardíaca no Hospital da Criança, em Feira de Santana, ainda este ano. O serviço de cirurgia cardíaca do Hospital Martagão Gesteira será significativamente ampliado com a inauguração de uma UTI pediátrica dedicada à cirurgia cardíaca.”

Jornal da SBC-BA: Especificamente referente à Cardiologia, existe algum projeto de criação de novos centros de referência de prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares?

F.V.B.: Já está na hora do Estado da Bahia ter hospitais vocacionados para que seja oferecido um atendimento de excelência. Nós estamos estudando formas de vocacionar alguns hospitais de Salvador para deixarem de ser hospitais gerais para serem especializados. Providenciaremos algumas alterações na condução do Hospital Ana Nery, e vamos descentralizar a assistência cardiológica de alta complexidade no Estado da Bahia. Já autorizamos a estruturação de uma hemodinâmica em Ilhéus e em Jequié. Em breve, será montada uma também em Barreiras. Vamos abrir um centro de cirurgia cardíaca no Hospital da Criança, em Feira de Santana, ainda este ano. O serviço de cirurgia cardíaca do Hospital Martagão Gesteira será significativamente ampliado com a inauguração de uma UTI pediátrica dedicada à cirurgia cardíaca. Com essas medidas resolveremos definitivamente o problema de cirurgia cardíaca pediátrica no Estado da Bahia. Vamos acabar essa história de mandar paciente para São Paulo. Nosso principal projeto na área de cardiologia será lançado ainda esse semestre e posso adiantar que nós teremos um programa direcionado ao tratamento imediato com angioplastia primária para paciente IAM com Supra na rede do SUS, no interior do Estado, onde for possível fazer. E um amplo programa de prevenção de saúde cardiovascular, não apenas de conscientização, porque hoje a população tem esclarecimento sobre o consumo controlado de sal, gordura, necessidade de usar corretamente a medicação, mas existe um hiato entre ter a informação e colocar em prática esses conhecimentos. Nós estamos trabalhando em parceria com a Sociedade Brasileira de Cardiologia um programa de implementação de medidas que impactem nos indicadores de morbimortalidade cardiovascular. Vamos começar inicialmente pelo alto risco com investimento do Estado para que se possa ter, em curto prazo, a redução de indicadores de morbimortalidade.

Teste de Esforço Cardiopulmonar (Ergoespirometria) e seu papel na avaliação de pacientes com Insuficiência Cardíaca

O teste cardiopulmonar de esforço (TCPE) tem papel preponderante na avaliação prognóstica de pacientes com insuficiência cardíaca (ICC) avançada sendo classe de recomendação Ia para seleção de pacientes para transplante cardíaco. Trabalhos clássicos da década de 90 mostraram que pacientes com um $VO_2 < 10 \text{ mL.kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$ tem prognóstico reservado em 1 anos e são os principais candidatos a transplante cardíaco. A classificação de Weber, com base no VO_2 pico, divide os pacientes em classes de risco crescentes: classe A $VO_2 > 20 \text{ mL.kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$; classe B $VO_2 16-20 \text{ mL.kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$; classe C $VO_2 10-15 \text{ mL.kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$ e classe D $VO_2 < 10 \text{ mL.kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$.

Nos últimos anos outras variáveis do TCPE mostraram-se de valor prognóstico, até maior que o próprio VO_2 pico, na avaliação de pacientes com

ICC: eficiência ventilatória (VE/VCO₂ slope), OUES (eficiência na captação de O₂), recuperação de frequência cardíaca (RFC), tempo de recuperação do VO_2 à metade após esforço (T meio), pressão de CO₂ expirada em repouso (PeTCO₂), presença de ventilação periódica, presença de ventilação periódica ao esforço, pulso de O₂, por exemplo, são variáveis que em si demonstram a interação do sistema cardiovascular com outros sistemas que também estão comprometidos pela ICC. O valor do VE/VCO₂ slope, inclusive, pode ser categorizado em 4 diferentes classes de risco crescente em ICC - A sobrevida livre de eventos (morte, transplante ou implante de assistência ventricular mecânica) em 2 anos para as classes I-IV foram respectivamente 97,2%; 85,2%; 72,3% e 44,2% (P < 0,0001). A tabela 1 resume o significado clínico e prognóstico de cada variável.

Tabela 1. Principais variáveis do TCPE para prognóstico em ICC

Variável	Significado clínico	Informações prognósticas
VE/VCO ₂ slope	correlação linear entre a ventilação e capacidade de expirar CO ₂ . Esta aumentada sempre a eficiência dos pulmões em eliminar o CO ₂ esta comprometida - área perfundidas e não ventiladas (congestão pulmonar, por exemplo)	> 35 denotam pior prognóstico ≤ 29,9 classe I 30-35,9 classe II 36-44,9 classe III ≥ 45 classe IV
OUES	correlação entre a ventilação e a captação de O ₂ . Reflete a quantidade de O ₂ capaz de ser captada por litro de ar. Valores reduzidos estão relacionados a menor eficiência da respiração	< 1,47 L/min denotam pior prognóstico
RFC	a diferença entre a FC 1 minuto após esforço e de pico. Reflete disautonomia (balanço simpático x parassimpático)	< 16 bpm relacionada a pior prognóstico
T meio	Tempo de recuperação do VO_2 a metade do atingido no pico do esforço. Tempos alargados denotam uma débito cardíaco reduzido e maior tempo de regenerar ATPs.	> 90 segundos reflete pior prognóstico
PeTCO ₂ repouso	Pressão do CO ₂ no ar expirado (média em 2 minutos de repouso). Reflete eficiência respiratória	> 33 mmHg reflete pior prognóstico
Pulso de O ₂	Razão entre o VO_2 pico e a FC no pico do esforço. Está diretamente relacionado ao volume sistólico. A sua representação gráfica reflete indiretamente o comportamento do volume sistólico no esforço	< 12 ml/batimento reflete pior prognóstico
Ventilação periódica	Varição ampla na ventilação durante o esforço (variação de amplitude > 15%). Padrão análogo ao Cheyne-Stokes que ocorre em repouso	A sua presença é relacionada a pior prognóstico

RFC, recuperação da frequência cardíaca; FC, frequência cardíaca

Neste sentido a análise conjunta destas variáveis pode agregar informações na tomada de decisão clínica. Porém, o uso destas variáveis isoladamente pode não ser intuitivo para quem não lida com o método diariamente. Neste sentido, foi desenvolvida um escore que combina os resultados das principais variáveis em um único número. São atribuídos pontos as variáveis VE/VCO₂ slope (≥ 34), RFC (≤ 6 batimentos/minuto), OUES (≤ 1.4), PeTCO₂ (< 33 mmHg), VO_2 pico (≤ 14 mL.kg⁻¹.min⁻¹) com as seguintes respectivas pontuações 7, 5, 3, 3, 2. O escore varia de 0 a 20, tendo como referência o grupo 0-5 os demais se correlacionaram com risco de morte/transplante ou implante de dispositivo de assistência ventricular crescente: 6-10 (HR 2,74 IC 95% 2,16-3,48 p < 0,001), 11-15 (HR 4,6 IC 95% 3,55-5,98 p < 0,001) e > 15 (HR 9,25 IC 95% 5,75-14,88 p < 0,001). A mortalidade em pacientes com escores >15 foi de 12,2% contrastando com 1,2% naqueles com escore < 5.

A avaliação funcional com base nas classes da New York Heart Association é muito útil no dia a dia do consultório mas esta sujeita a um grau de subjetividade, principalmente em pacientes de classes intermediárias II e III. A classe funcional II representa um grupo mais heterogêneo e a adequada avaliação de prognóstico pode ser um desafio. Assim o uso de dados complementares para uma adequada avaliação e seleção dos pacientes de maior risco dentre aqueles em classe funcional II se faz necessária.

Com o objetivo de avaliar a performance do TCPE na avaliação de risco em pacientes com ICC e classe funcional II estudamos pacientes, provenientes de um banco de dados internacional multicêntrico, com ICC que realizaram TCPE como parte de um avaliação de prognóstico rotineira (n 2635). Estes foram divididos com base no VO_2 pico nas classes de Weber. O escore do TCP foi aplicado aos pacientes em classe de Weber B. Pacientes em classe B e escore TCP < 10 foram reclassificados com classe B1, pacientes com escore ≥ 10 compuseram a classe B2. Apesar de VO_2 pico médio semelhante entre as classes B1 e B2 (17,5 ± 1,1 versus 17,8 ± 1,2 mL.kg⁻¹.min⁻¹, respectivamente; p = 0,99) a ocorrência de eventos maiores (morte, transplante ou implante de assistência ventricular esquerda) foi praticamente o dobro no pacientes em classe B2 comparados a B1 (12,1% versus 6,1%; p < 0,01). Ademais a sobrevida livre de eventos dos pacientes na classe B1 foi semelhante aos da classe A de Weber e os da classe B2 semelhante aos da classe C (p = 0,69). A correlação com prognóstico da classe B2 foi mantida na análise multivariada, comparando-se com Weber A estar na classe B2 esteve relacionada de forma independente a um risco em torno de 3 vezes maior de eventos (HR 2,64 IC 95% 1,38-5,05; p < 0,01).

Com base nestes dados, concluímos que em pacientes na classe funcional B de Weber (análoga a uma NYHA II) a aplicação do escore TCPE foi capaz de melhor estratificar pacientes em grupos de maior e menor risco.

O TCPE vem se demonstrando útil não só para avaliação de pacientes com ICC avançada mas também em um espectro mais amplo da doença.

Referências

- Balady GJ, Arena R, Sietsema K, Myers J, Coke L, Fletcher GF, Forman D, Franklin B, Guazzi M, Gulati M, Keteyian SJ, Lavie CJ, Macko R, Mancini D, Milani RV; on behalf of the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee of the Council on Clinical Cardiology; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Peripheral Vascular Disease; and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. Clinician's guide to cardiopulmonary exercise testing in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;122:191-225.
- Bacal F, Souza-Neto JD, Fiorelli AI, Mejia J, Marcundes-Braga FG, Mangini S, et al. II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. *Arq Bras Cardiol*. 2009;94 (1 supl.1):e16-e73
- Arena R, Myers J, Abella J, Peberdy MA, Bensimhon D, Chase P, Guazzi M. Development of a ventilatory classification system in patients with heart failure. *Circulation*. 2007;115:2410-2417
- Myers J1, Oliveira R, Dewey F, Arena R, Guazzi M, Chase P, Bensimhon D, Peberdy MA, Ashley E, West E, Cahalin LP, Forman DE. Validation of a cardiopulmonary exercise test score in heart failure. *Circ Heart Fail*. 2013 Mar;6(2):211-8. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.112.000073. Epub 2013 Feb 7.
- Ritt LE, Myers J, Stein R, Arena R, Guazzi M, Chase P, Bensimhon D, Ashley E, Cahalin LP, Forman DE. Additive prognostic value of a cardiopulmonary exercise test score in patients with heart failure and intermediate risk. *Int J Cardiol*. 2015 Jan 15;178:262-4. doi: 10.1016/j.ijcard.2014.10.025. Epub 2014 Oct 12.

Dr. Luiz Eduardo Ritt
Diretor Financeiro da SBC-BA
Presidente do Departamento de Ergometria e
Reabilitação Cardiovascular da SBC-BA



**7^a CARDIO
CORRIDA**

30 de maio de 2015 (sábado)

Corrida/Caminhada

Percurso de 5km

Clube Espanhol / Farol da Barra / Clube Espanhol

Concentração: 6h

Saída: 6h30

Café da Manhã

Estacionamento gratuito

Informações: 71 3245-6320

www.sbc-ba.org.br

 www.facebook.com/sbc.bahia