



Prezados colegas,

Este ano que se inicia é muito especial para todos nós. A SOCERJ estará comemorando 50 anos de existência. Não podemos deixar este momento passar sem uma grande comemoração, mais do que merecida. Todas as nossas atividades terão a marca dos 50 anos e nos esforçaremos para que tenham sempre um brilho especial.

Neste, que é o primeiro jornal do ano, poderemos consultar e nos agendar para a programação anual das Reuniões Científicas Mensais e o Programa de Educação Médica Continuada do interior, que completa 5 anos. O nosso Curso de Reciclagem (6 a 10 de agosto no CBC), também preparatório para a prova de título de especialista, será reestruturado para atender melhor às expectativas de todos.

O nosso maior evento, o Congresso, será mais cedo, de 28 a 30 de abril, já agendado desde o ano passado de acordo com a disponibilidade de datas do Riocentro. Estamos tratando com muito zelo e carinho este Congresso nos seus mínimos detalhes. Uma das novidades é um site só para o Congresso:  
<[www.socerj.org.br/congresso](http://www.socerj.org.br/congresso)>, através do qual serão enviados os temas livres, feitas as inscrições antecipadas e poderão se obter informações em geral.

Por fim, não poderia deixar de lembrar que neste ano teremos

**22º Congresso  
de Cardiologia da SOCERJ**

**28 A 30 DE ABRIL DE 2005**  
**RIOCENTRO**

**2ª Jornada Sudeste  
de Cardiologia da SOCERJ**

**VI Simpósio de Cardiologia Intervencionista**  
Hotel Glória

**Jornadas Simultâneas**  
Educação Física  
Enfermagem  
Fisioterapia  
Nutrição  
Psicologia

eleições para a presidência da SBC biênio 2008/2009. Quatro colegas da região sudeste, todos altamente qualificados, com credenciais para presidir a SBC, apresentaram seus nomes para o pleito, e o Rio de Janeiro tem um representante. Denílson Albuquerque, Professor Adjunto de Cardiologia da UERJ, Chefe do Serviço de Cardiologia do Hospital Pedro Ernesto e ex-Presidente da SOCERJ com um mandato de grandes realizações, é

candidato. A diretoria da SOCERJ acredita estar na hora de termos novamente um representante deste estado na presidência da SBC.

Um grande 2005 para todos.

SOCERJ 50 anos

Eduardo Nagib Gaudi  
Presidente da SOCERJ



Prezado Colega da SOCERJ,

Está chegando nossa vez!!!

Como é do conhecimento de todos, a primeira fase do processo eleitoral para eleição à Presidente da SBC biênio 2008-2009 iniciar-se-á no próximo dia 15 de fevereiro e se estenderá até o dia 15 de abril. A votação será realizada inteiramente pela Internet, bastando o sócio entrar no site <[www.cardiol.br](http://www.cardiol.br)>, usando a sua senha e indicar o nome do seu candidato nesta primeira etapa.

Temos uma longa trajetória pela frente, porém com o seu voto e o de todos os nossos amigos, marcharemos juntos à vitória!!!!

Antes de me lançar candidato, tive o cuidado de ouvir a minha Sociedade Estadual, a SOCERJ, e de submeter o meu nome aos diferentes ambientes institucionais em que transito, sendo acolhido por todos com grande apoio e estímulo.

Pedimos seu apoio e mais ainda, **pedimos seu empenho e seu engajamento nesta campanha**, conquistando o apoio de outros colegas que façam parte do seu círculo de trabalho.

Precisamos chegar entre os 3 candidatos mais votados, para



passarmos ao segundo turno da eleição, e desta maneira, com a participação de todos, estaremos concluindo nossa proposta de trabalho e formando os componentes da nossa Diretoria de maneira ampla, abrangente e representativa de todo nosso país.

Aproveito para convidá-los a visitar nosso site:

<[www.denilsonalbuquerque.com.br](http://www.denilsonalbuquerque.com.br)>, manifestar seu apoio e apresentar suas sugestões para nossa proposta de trabalho na SBC.

Volto a repetir nossa proposta: **RENOVAR**, porém preservando as tradições.

Contamos com Você!!!  
Muito Obrigado e Até Breve.

Cordialmente,  
Denilson Albuquerque



**SOCERJ**

Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro

Praia de Botafogo, 228 - conj. 708 / B  
Centro Empresarial Rio  
CEP: 22359-900 - Rio de Janeiro - RJ  
Tel.: (21) 2552 0864 / 2552 1868 Fax.: (21) 2553 1848  
e-mail: [socerj@rio.com.br](mailto:socerj@rio.com.br) site: <[www.socerj.org.br](http://www.socerj.org.br)>

**DIRETORIA 2004 / 2006**

- Presidente** Eduardo Nagib Gaudi
- Presidente Passado** Luiz Antonio de Almeida Campos
- Vice-Presidente** Reinaldo Mattos Hadlich
- Vice-Presidente da Integração Regional**  
Anderson Wilnes Simas Pereira
- 1ª Diretora Administrativa** Cynthia Karla Magalhães
- 2º Diretor Administrativo** Vinício Elia Soares
- 1º Diretor Financeiro** Rogerio Tasca
- 2º Diretor Financeiro** João Otávio Queiroz de Araújo
- Diretor Científico** Sérgio Salles Xavier
- Diretor de Qualidade Assistencial**  
Luiz Maurino Abreu
- Diretora FUNCOR/RJ** Sonia Regina Reis Zimbaro
- Diretora de Publicações** Glaucia Moraes de Oliveira
- Editora da Revista** Lillian Soares da Costa
- Editor do Jornal** José Kezen Camilo Jorge
- Editor de Publicação Eletrônica**  
Maurício Bastos de Freitas Rachid
- Conselho Fiscal**  
Cantídio Drumond Neto  
Heraldo José Victor  
Igor Borges de Abrantes Junior
- Suplentes**  
Antonio Farias Neto  
Félix Elias Barros Chalita  
Geraldo Martins Ramalho



**Jornal da SOCERJ**

**EXPEDIENTE**

- Jornalista Responsável**  
Maurício Rabello - MT nº 9767
- Arte e Diagramação**  
Fernando Bueno - [cbf@infolink.com.br](mailto:cbf@infolink.com.br)
- Fotolitos e Impressão**  
Gráfica Barbieri
- Edição Jornalística**  
Maurício Rabello Assessores  
Rua das Marrecas, 36 - 4º / 405 - RJ  
Tel.: (21) 2240 1071  
Fax: (21) 2240 0351  
e-mail: [mraassessores@uol.com.br](mailto:mraassessores@uol.com.br)



## Curso Intensivo de Revisão em Cardiologia Clínica

Reciclagem e preparação para prova de TEC-SBC Modelo perguntas e respostas discutidas e comentadas

Inscrições até 28 de fevereiro de 2005  
Tela.: (21) 2438-1894 / 3325-8252 / 8988-3596

Duração:  
5 de março a 10 de setembro  
Todos os sábados das 10h às 13h

**Vagas limitadas**



80% de aprovação em Título de Especialista (TEC-SBC)

# Morte Cardíaca Súbita (MCS), o desafio público da prevenção

Fernando Eugênio dos Santos Cruz Filho<sup>1</sup>, Lutgarde Magda Suzanne Vanheusden<sup>2</sup>

A morte cardíaca súbita (MCS) é a causa-mortis mais comum em países desenvolvidos. A incidência mundial atinge 3.000.000 de mortes anuais<sup>1</sup> com uma sobrevida de < 1%. As estatísticas americanas totalizam 456.076 vítimas de mortes súbitas no ano de 1998 em adultos com idade  $\geq$  35 anos, que corresponderam a 63% das mortes totais<sup>2</sup>. Entre indivíduos entre 35 e 44 anos, 74% das mortes cardíacas foram súbitas.

De todas as mortes súbitas ocorridas em 1998, 62% foram devidas à doença arterial coronária. Apesar do baixo índice de sobrevida (<5%) foi observado um declínio nos índices de MCS no período de 10 anos compreendido entre 1989 e 1998. As cifras em alguns países da Europa Ocidental apontam para 1 caso de MCS para cada 1000 pessoas entre 20 e 75 anos de idade sendo que estas contribuíram com 19% das mortes totais para a faixa etária de 25 a 75 anos. Em homens entre 55 e 64 anos o percentual foi de 27 % de MCS em relação à mortalidade total. A idade média entre o Infarto Agudo do Miocárdio e a MCS foi de 6.5 anos com mais de 50% tendo uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo >30%.<sup>3</sup>

No Brasil estima-se que 300.000 pessoas sejam vítimas de uma morte súbita. Os índices de morte cardíaca súbita superam individualmente todas as mortes devidas à síndrome de imunodeficiência adquirida, câncer de mama e pulmão e acidente vascular encefálico.<sup>4</sup> A MCS ocorre predominantemente no lar<sup>5</sup> e tem uma causa cardiovascular em 70 a 80% e neurovascular em 10 a 15% dos casos.

Em 88% dos casos ela ocorre devido a uma arritmia. Dentre esses em 60-80% ocorre por um ritmo desfibrilável incluindo uma taquicardia e/ou fibrilação

ventricular e torsade de pointes<sup>6</sup>. Entretanto em torno de 20-40% dos pacientes apresentam uma bradiarritmia que pode ser a causa da parada cardiorrespiratória ou a consequência de uma morte por outra causa, como exemplo a embolia pulmonar. Outro fator de risco é que a taxa de recorrência de arritmias quase fatais (morte súbita abortada) é alta.

**A morte cardíaca súbita é responsável por 50% da mortalidade cardiovascular total com uma sobrevida menor que 5%.**

Outra discussão diz respeito a MCS ocorrer de uma forma realmente inesperada ou ser em realidade uma crônica de uma morte anunciada. Esta segunda hipótese é corroborada pelas estatísticas demonstrando que a MCS em mais de 50% dos casos se apresenta como ocorrendo em indivíduos previamente sintomáticos<sup>6</sup>. Entretanto, ela é o primeiro sintoma em 20 a 50% dos cardiopatas. Somente 3 a 10% têm chances de alta com vida e isso se deve a um acesso inexistente da vítima à desfibrilação pública<sup>7</sup>.

Dentre as doenças cardiovasculares que determinam a ocorrência da MCS em adultos estão a cardiopatia isquêmica, com incidência em torno de 80% dos casos, seguida das miocardiopatias e das canalopatias (doenças herdadas geneticamente em coração estruturalmente normal)<sup>8</sup>. O grupo mais prevalente representado pelas cardiopatias isquêmicas inclui os pacientes com doença coronariana trivascular em 70%, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) em 20% e uma cicatriz

de infarto prévio em 10% dos casos. Setenta e cinco por cento dos indivíduos tem um antecedente de IAM prévio confirmado por necropsia<sup>6</sup>. Este aumenta o risco de MCS em um ano em cerca de 5% como fator de risco único. O risco de MCS em 5 anos para pacientes com antecedentes de IAM, TV não sustentada e fração de ejeção do ventrículo esquerdo deprimida (FEVE abaixo de 40%) é de 24%.

No grupo das cardiomiopatias em fase dilatada (incluindo a Chagásica no Brasil), mais que 50 % das mortes são por arritmias e o risco de morte súbita aumenta na medida que diminui a FEVE<sup>9</sup>. A síncope inexplicada tem valor preditivo de MCS na Insuficiência Cardíaca com classe funcional II a IV da NHA.

No grupo de jovens atletas a causa de morte súbita mais prevalente é a miocardiopatia hipertrófica em torno de 36% dos casos, seguida das anomalias congênitas em 19% e da hipertrofia de ventrículo esquerdo leve. Causas mais raras, com incidência que variam de 1 a 5%, incluem: rotura de aorta, ponte intramiocárdica, estenose aórtica, miocardite, miocardiopatia dilatada, displasia arritmogênica de ventrículo direito (mais prevalente no nordeste da Itália), prolapso de válvula mitral<sup>10</sup>. Menos que 2% das vítimas de morte súbita são devidas a mutações genéticas herdadas como a síndrome do QT longo, a taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica, fibrilação ventricular idiopática, síndrome de Brugada e síndrome do QT curto<sup>11,12</sup>. Na população infantil pediátrica é frequente o diagnóstico equivocado de epilepsia<sup>13-15</sup>, isto é explicado pela frequência cardíaca muito elevada das taquicardias ventriculares polimórficas (>250 bpm). Ademais é frequente o sintoma como a síncope e/ou convulsão com ou sem relaxamento esfinteriano.



# Vinho e Coração: desvendando o paradoxo francês

Fabício Braga

*"O vinho é bebida excelente para o homem, tanto sadio como doente, desde que usado adequadamente, de maneira moderada e conforme seu temperamento." Hipócrates (460-370 a.C.)*

A frase acima, atribuída a Hipócrates, o pai da medicina, nos traz duas informações importantes. A primeira é que a humanidade possui uma relação milenar com o vinho (as primeiras evidências históricas datam de 5000 AC, oriundas da região onde hoje se encontra o Irã). A segunda informação, mais importante que a primeira, é que já naquela época, se atribuía ao vinho um efeito medicinal quando moderadamente bebido, denotando com isso uma preocupação com a ingestão excessiva de álcool.

Durante séculos se aventou o benefício à saúde de se beber vinho, e por isso, são inúmeros os relatos históricos, recomendando e estimulando esse hábito. Esses relatos não são necessariamente médicos, como os de Thomas Jefferson, que antes de se tornar o terceiro presidente americano, foi embaixador na França, onde adquiriu um verdadeiro amor pelo vinho, sendo um dos responsáveis pelo advento da produção de vinho nos EUA (homenageado hoje com *Cabernet Sauvignon Jefferson Cuvée*). Jefferson dizia que o vinho era essencial à sua saúde e taxar rigorosamente o vinho era taxar a saúde do cidadão. Todavia, os dados históricos não são apenas românticos. William Heberden, em sua clássica descrição de angina, relata que o vinho aliviava consideravelmente os sintomas.

As especulações continuam até que, no final da década de 60 o Framingham Heart Study revelou que consumidores moderados de bebidas alcoólicas apresentavam mortalidade 50% menor por doença coronariana. Contudo, esse estudo não foi considerado significativo para o Instituto Nacional de Saúde (NIH).

Em 1991, o programa de TV "60 Minutes", da rede CBS, revelou o Paradoxo Francês, que se referia ao fato da taxa de ingestão de gordura saturada na população do sul da França ser muito próxima da americana (que é muito alta), embora a incidência de doenças cardiovasculares fosse muito menor (78x182 mortes de origem

coronariana /100.000 indivíduos), sugerindo que a alta ingestão de vinho nessa região da França pudesse ser responsável pela diferença de eventos cardíacos, estimulando uma discussão milenar, dando origem a vários estudos epidemiológicos.

Os estudos que relacionam a magnitude da ingestão de álcool e prevalência de doença cardiovascular, de uma maneira geral, apresentam resultados muito semelhantes, com um padrão de curva em "J", favorecendo o uso moderado de álcool, em comparação com abstinências e os bebedores pesados.

tornando o risco de morte muito semelhante ao dos abstinências, para os consumidores de vinho e um aumento de 40% no risco de morrer para os consumidores de outras bebidas alcoólicas.

Mas, se epidemiologicamente parece saudável beber vinho moderadamente, do ponto de vista biológico, o que explica esse benefício?

**1) Aumento do HDL-Colesterol:** Se até hoje nenhum medicamento parece proporcionar aumento do HDL-Colesterol, o consumo moderado de



Mas o que beber e quanto beber? Será o vinho melhor que outras bebidas alcoólicas? Vejamos o que mostra um estudo dinamarquês, com 13.064 homens e 22.459 mulheres, avaliando o tipo e quantidade de bebida alcoólica e o risco de morrer por qualquer causa. Quando comparados aos abstinências, os consumidores leves (1 a 7 taças/semana) de vinho apresentaram um resultado 44% melhor, enquanto de consumidores leves de outras bebidas apenas 10%. Essa diferença foi ainda mais expressiva quando avaliada a morte por doença coronariana. Entretanto, quando avaliamos consumidores maiores (22 a 35 taças/semana) de vinho ou qualquer bebida alcoólica, esse benefício começa a se perder,

álcool parece promover aumento significativo, dessa forma de colesterol, e inclusive de suas frações anti-ateroscleróticas (2 e 3).

**2) Redução da Agregabilidade Plaquetária.** As plaquetas têm papel fundamental na gênese dos eventos cardiovasculares. O vinho tinto parece reduzir a sua capacidade de agregar, e consequente formação de trombos, num efeito semelhante ao da Aspirina.

**3) Redução da oxidação do LDL-Colesterol:** O LDL antes de entrar nos macrófagos para formar as células espumosas que se depositam no endotélio vascular, dando origem à doença aterosclerótica, necessita ser

## Vinho e Coração: desvendando o paradoxo francês (cont.)

oxidado. O vinho possui uma série de substâncias com um efeito antioxidante, conhecidas como flavonóides, sendo o mais estudado as *Procianidinas*. Essas substâncias estão presentes predominantemente na casca da uva (também nas sementes), motivo pelo qual só vão existir consistentemente no vinho tinto (dizem que em maior quantidade na Cabernet Sauvignon), pois este tem contato com a casca durante a fase de fermentação, diferentemente do branco.

- 4) **Aumento da síntese de Óxido Nítrico (ON):** O ON é um potente vasodilatador.
- 5) **Redução da síntese de Endotelina (E1):** A E1 é um potente vasoconstritor.
- 6) **Redução da atividade inflamatória na placa aterosclerótica.**

**“O fogo põe à prova a dureza do ferro; o vinho bebido em excesso revela o coração dos orgulhosos, mas bebido com cuidado é como a vida para os homens” (Eclesiástes).**

Portanto parecem bastante significativos (ou interessantes!) os dados a favor do benefício do vinho nas doenças cardiovasculares, embora o seu mecanismo seja complexo e não completamente compreendido. Entretanto o médico deve prudentemente conversar com seu paciente sobre os efeitos deletérios (físicos e psíquicos) do álcool em excesso, sem

desencorajá-lo à prática saudável da ingestão moderada de vinho junto às refeições, excetuando indivíduos com passado de dependência química. Dessa maneira o consumo moderado de vinho, pode ser incluído nas estratégias de prevenção primária ou secundária de doenças cardiovasculares, junto com o antitabagismo, o controle da pressão arterial, dislipidemia e diabetes, o exercício físico e a perda de peso. É esse amigo de 7000 anos orientando a humanidade a um estilo de vida mais saudável.

Saúde!!

Fabrizio Braga  
Coordenador Científico do Hospital Samaritano.  
Médico da Casa de Saúde São José

**ACESSE REGULARMENTE O PORTAL DA SOCERJ NA INTERNET, AGORA COM NOVA APRESENTAÇÃO.**

Todos os artigos das Revistas da SOCERJ e os números do Jornal da SOCERJ estão disponíveis integralmente em

**[www.socerj.org.br](http://www.socerj.org.br)**



**Data limite para envio dos Temas Livres/22º Congresso da SOCERJ:**

**20 de fevereiro de 2005**

**[www.socerj.org.br/congresso](http://www.socerj.org.br/congresso)**



**PROGRAMA DE EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA - 2005**

**A SOCERJ ESTÁ PRESENTE EM TODO O ESTADO.**

Seguindo com o Programa de Educação Médica Continuada, a SOCERJ está atuando em todo o território fluminense. Nesses encontros, temas e questões relevantes para o aprimoramento profissional são disponibilizados para a comunidade médica através de conferências, colóquios, mesas redondas e debates. Consulte nosso calendário para confirmar-se da data do evento na cidade mais próxima de você.

**Calendário 2005**  
 18 e 19 de março, Cabo Frio  
 20 e 21 de maio, São Gonçalo  
 24 e 25 de junho, Campos dos Goytacazes  
 29 e 30 de julho, Teresópolis  
 26 e 27 de agosto, Volta Redonda  
 30 de setembro e 1 de outubro, Nova Iguaçu  
 28 e 29 de outubro, Petrópolis  
 25 e 26 de novembro, Macaé

## Programa de Educação Médica Continuada Calendário 2005

- 18 e 19 de março, Cabo Frio
- 20 e 21 de maio, São Gonçalo
- 24 e 25 de junho, Campos dos Goytacazes
- 29 e 30 de julho, Teresópolis
- 26 e 27 de agosto, Volta Redonda
- 30 de setembro e 1 de outubro, Nova Iguaçu
- 28 e 29 de outubro, Petrópolis
- 25 e 26 de novembro, Macaé

**REUNIÕES CIENTÍFICAS MENSAS DA SOCERJ**

**Agenda 2005**

- 31 de março
- 19 de maio
- 30 de junho
- 28 de julho
- 25 de agosto
- 29 de setembro
- 27 de outubro
- 24 de novembro

Quinta-feira, às 19:30h

**Coquetel ao final**

Edifício Argentina  
Praia de Botafogo, 228  
Auditório do andar "P"

## Reuniões Científicas Mensais

### Agenda 2005

- 31 de março
  - 19 de maio
  - 30 de junho
  - 28 de julho
  - 25 de agosto
  - 29 de setembro
  - 27 de outubro
  - 24 de novembro
- Quinta-feira, às 19:30h



1

1. Eduardo Nagib Gai, Presidente da SOCERJ, Denilson Campos Albuquerque, ex-Presidente da SOCERJ e candidato à presidência da SBC e Roberto Horcades, recém eleito Presidente do Fluminense Football Club

2. Confraternização de final do ano da SOCERJ



2



# Literatura e medicina

Ana Luisa Rocha Mallet

A atividade médica exige um contato permanente com o outro. Muitas outras atividades permitem também um relacionamento estreito entre o profissional que a exerce e o público atingido. A medicina, no entanto, apresenta uma particularidade: a figura do paciente. Ao profissional médico é dada a oportunidade de conhecer um número infindável de experiências de vida sob um aspecto bastante privilegiado: assim com em uma confissão, o paciente encontra-se, mesmo sem qualquer juramento, sob a responsabilidade de contar a verdade àquele que teoricamente pode ajudá-lo.

No entanto, os pacientes encontram-se insatisfeitos com seus médicos, reclamam da falta de tempo nas consultas e da falta de atenção, o que não pode ser justificado inteiramente pela progressiva atuação de "intermediários" na relação médico-paciente. Em contra-partida, a excessiva modernização dos exames diagnósticos e das possibilidades terapêuticas não tem garantido uma melhora na qualidade de atendimento.

Dentro de uma realidade de abundância de informações, desgaste da relação médico-paciente e escassez de capacidade crítica, o estudo de Literatura e Medicina tem se desenvolvido como uma disciplina independente nos últimos 20 anos nos Estados Unidos. A literatura pode enriquecer a prática médica em vários aspectos. Aspectos morais podem, por exemplo, ser explorados na discussão de 2 famosos livros em que a figura do médico aparece de forma contrastante: "O médico e o monstro" de Robert Louis Stevenson e "A peste" de Alberto Camus, sem dúvida despertam questionamentos bastante atuais.

Dentre os aspectos emocionais explorados na arte, a empatia é um dos mais fortemente relacionados à profissão médica. Em "A morte de Ivan Ilych", de Tolstói, é retratada a experiência de um homem que, sabendo que vai morrer, é tratado por médicos, universitários bem

*"a ciência é grosseira, a vida é sutil, e é para corrigir essa distância que a literatura nos importa". Roland Barthes*

**Uma pessoa não consegue estabelecer empatia com a outra se não consegue no seu imaginário "entrar" no mundo do outro. Para que essa relação seja estabelecida existe o pressuposto da possibilidade de identificar a perspectiva do outro.**

**A função exercida pela literatura moderna, em seus grandes momentos, foi a de dizer "não" a uma realidade inaceitável e de sugerir a possibilidade de outras histórias através da ampliação do imaginário.**

formados, que consideram sua doença interessante mas que não demonstram nenhuma empatia pelo paciente enquanto um empregado de Ilych, de origem humilde, é capaz de perceber a complexidade da situação e de se colocar do lado do paciente. O saber e a sabedoria não se encontram, nesse caso, do mesmo lado.

Uma pessoa não consegue estabelecer empatia com a outra se não consegue no seu imaginário "entrar" no mundo do outro. Para que essa relação seja estabelecida existe o pressuposto da possibilidade de identificar a perspectiva do outro. Essa capacidade de outras vivências no imaginário pode ser

estimulado pela literatura, que possibilita ao leitor ir além de sua experiência imediata e perceber a importância de determinados contextos para determinadas atitudes. O desenvolvimento da imaginação é assim fundamental para o desenvolvimento desse "ser o outro" possibilitando uma maior entendimento e aceitação da subjetividade humana. Livros textos de medicina e cursos médicos geralmente não levam em consideração essa subjetividade, principalmente na era da Medicina Baseada em Evidências.

A leitura do cânone ocidental pode representar uma papel aparentemente pequeno no contexto da sobrevivência humana, mas sua manutenção ou demolição, como a manutenção ou demolição de outras tábuas de valores de outras culturas, afetará certamente a qualidade dessa sobrevivência. A função exercida pela literatura moderna, em seus grandes momentos, foi a de dizer "não" a uma realidade inaceitável e de sugerir a possibilidade de outras histórias através da ampliação do imaginário além de possibilitar o encontro com o outro e o auto-conhecimento, a capacidade de impressão e expressão, a visão crítica do real e a emoção estética.

Essa emoção estética e o amor à leitura é lembrado num sonho "tenho sonhado às vezes que quando amanhecer o Dia do Julgamento e os grandes conquistadores, advogados e estadistas se apresentarem para receber sua recompensa - suas coroas, seus lauréis, seus nomes esculpidos em mármore imperecível - o Todo-Poderoso voltará para Pedro e dirá, não sem uma certa inveja, quando nos vir aproximando-nos com nossos livros debaixo dos braços: "Vede, esses não precisam de recompensas. Nada temos aqui para dar a eles. Amaram ler."

Médica do Hospital Pró-Cardíaco e da Prefeitura do Rio de Janeiro  
Doutoranda em Cardiologia - UFRJ  
Graduação em Letras - UERJ

## Remetente

SOCERJ – Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro  
Praia de Botafogo, 228 - sala 708  
Centro Empresarial Rio - CEP: 22359-900 - Rio de Janeiro - RJ  
Tels.: 2552-0864 / 2552-1868