

Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro

www.socerj.org.br

SOCERJ



Jan/Fev 2006
Volume 19 Número 1

ISSN 0104-0758

DIRETORIA – Biênio 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

1º Diretor Administrativo

Cynthia Karla Magalhães

2º Diretor Administrativo

Vinício Elia Soares

1º Diretor Financeiro

Rogério Tasca

2º Diretor Financeiro

João Otávio de Queiroz Fernandes Araújo

Diretor Científico

Sérgio Salles Xavier

Diretor de Qualidade Assistencial

Luiz Maurino Abreu

Diretor de Publicações

Lilian Soares da Costa

Editor da Revista

Gláucia Maria Moraes de Oliveira

Co-Editor da Revista

Ronaldo de Souza Leão Lima

Editor do Jornal

José Kezen Camilo Jorge

Editor de Publicação Eletrônica

Maurício Bastos de Freitas Rachid

Diretor SOCERJ/FUNCOR

Sonia Regina Reis Zimbaro

Assessora Pedagógica

Maria Lucia Brandão

Revisão de Textos em Inglês

Teresa Cristina Gomes de Carvalho

Programação Visual

Fernando Coimbra Bueno

Conselho Fiscal

Membros

Cantídio Drumond Neto

Heraldo José VICTER

Igor Borges de Abrantes Júnior

Suplentes

Antonio Farias Neto

Félix Elias Barros Chalita

Geraldo Martins Ramalho

Conselho Editorial

Adriano Mendes Caixeta

Andréa Araújo Brandão

Antonio Alves de Couto

Antonio Cláudio Lucas da Nóbrega

Antonio de Pádua Jazbik

Antonio Felipe Sanjuliani

Aristarco Gonçalves de Siqueira Filho

Armando da Rocha Nogueira

Cantídio Drumond Neto

Carlos Henrique Klein

César Cardoso de Oliveira

Cláudia Caminha Escosteguy

Cláudio Domênico Sahione Schettino

Cláudio Gil Soares de Araújo

Cláudio Pereira da Cunha

Cláudio Tinoco Mesquita

Denílson Campos de Albuquerque

Dora Chór

Edison Carvalho Sandoval Peixoto

Edson Braga Lameu

Edson Rondinelli

Eduardo Sérgio Bastos

Elizabeth Viana de Freitas

Emílio Antonio Francischetti

Evandro Tinoco Mesquita

Fernando Eugênio dos Santos Cruz Filho

Francisco Manes Albanesi Filho

Hans Jurgen Fernando Dohmann

Henrique Murad

Heraldo José VICTER

Humberto Villacorta

Igor Borges de Abrantes Júnior

Jacob Atie

Jayme Barros Freitas

João Mansur Filho

João Vicente Vitola

José Geraldo de Castro Amino

Lilian Soares da Costa

Luciano Mannarino

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Luiz Carlos do Nascimento Simões

Luiz José Martins Romêo Filho

Marcelo Westerlund Montera

Maria Eliane Campos Magalhães

Mário Fritsch Toros Neves

Mario Luiz Ribeiro

Maurício da Rocha Pantoja

Mauro Paes Leme de Sá

Nazareth de Novaes Rocha

Nelson Albuquerque de Souza e Silva

Nelson Robson Mendes de Souza

Paola Emanuela P. Smanio

Paulo Ginefra

Paulo Roberto Dutra da Silva

Plínio Resende do Carmo Júnior

Rafael Leite Luna

Ricardo Vivacqua Cardoso Costa

Roberto Bassan

Roberto Esporcatte

Roberto Hugo da Costa Lins

Roberto Soares de Moura

Salvador Manoel Serra

Sérgio Salles Xavier

Washington Andrade Maciel

Wolney de Andrade Martins

Secretário de Expediente

Fernando da Silva Lopes

Departamentos da SOCERJ

Arritmias, Estimulação Cardíaca e Eletrofisiologia

Presidente: Olga Ferreira de Souza

Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista

Presidente: Julio César Machado Andréa

Valvulopatias

Presidente: Clara Weksler

Doença Coronária

Presidente: Ana Cristina Baptista da Silva

Figueiredo

Insuficiência Cardíaca e Miocardiopatia

Presidente: Ricardo Mourilhe Rocha

Hipertensão Arterial

Presidente: Sérgio Emanuel Kaiser

Ergometria, Reabilitação Cardíaca e Cardiologia Desportiva – DERCAD/RJ

Presidente: Ricardo Vivacqua Cardoso Costa

Emergência e Terapia Intensiva em Cardiologia

Presidente: Carlos Cleverson Lopes Pereira

Ecocardiografia – RIOECO

Presidente: César Augusto S. Nascimento

Imagem Molecular e Medicina Nuclear em Cardiologia

Presidente: Ronaldo de Souza Leão Lima

Cardiologia da Mulher

Presidente: Alfredo Martins Sebastião

Cirurgia Cardiovascular

Presidente: Gladyston Luiz Lima Souto

Cardiologia Clínica – DECC

Presidente: Roberto Hugo da Costa Lins

Seções Regionais da SOCERJ

Baixada Fluminense – SEC

Presidente: Aníbal Prata Barbosa

Leste Fluminense

Presidente: Cláudio Vieira Catharina

Norte e Noroeste Fluminense

Presidente: Marco Antonio Teixeira

Serrana

Presidente: Ricardo Luiz Ribeiro

Lagos

Presidente: Élon Luiz Gatto Paulo

Sulfluminense

Presidente: Jorge Luiz Ferreira Brandão

1. A Revista da SOCERJ

A Revista da SOCERJ (Rev SOCERJ) é uma publicação oficial da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, editada bimestralmente e catalogada no *Index Medicus Latino Americano*.

Destina-se a publicar artigos originais e de atualização, relatos de caso, pontos de vista, bem como os resumos dos trabalhos apresentados no Congresso anual da SOCERJ, em um número especial Suplemento.

A Revista da SOCERJ compreende as seguintes seções:

1. Editorial – trata-se de um comentário crítico, usualmente, sobre determinado tema ou artigo(s) publicado(s) no mesmo número da Revista;
2. Artigo original – abrange novas investigações, experiências clínicas ou outras contribuições originais;
3. Artigo de atualização – refere-se a um enfoque atual sobre determinado aspecto da Cardiologia, habitualmente encomendado pela Revista;
4. Relato de caso – abrange a apresentação de casos, imagens, ECG ou outros exames complementares de interesse para o cardiologista clínico e os comentários sucintos pertinentes;
5. Ponto de vista – Aspectos particulares de determinado assunto polêmico, traduzindo apenas a opinião do autor;
6. Carta ao editor – compreende cartas e respostas sucintas, contendo observação sobre aspectos publicados recentemente.

2. Normas para publicação

- 2.1 Os trabalhos enviados para a publicação serão submetidos à análise pelo Conselho Editorial, reservando-se à Revista da SOCERJ o direito de recusar a matéria considerada insuficiente ou que esteja em desacordo com os princípios da ética médica;
- 2.2 Reservados todos os direitos. É proibida a duplicação ou reprodução no todo ou em parte desta Revista, sob quaisquer meios, sem permissão expressa da SOCERJ.
- 2.3 Todas as matérias publicadas são de responsabilidade de seus autores, bem como os conceitos neles emitidos;
- 2.4 Para a publicação dos trabalhos, serão obedecidas as normas adotadas pela Rev SOCERJ, harmonizadas com a 5ª edição do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*, preparado pelo *International Committee of Medical Journals Editors* - N Engl J Med 1997;336(4):309-315 e ainda com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 6023:2002.

- 2.5 Estas Normas para a publicação encontram-se publicadas na Rev SOCERJ. 2005;18(2):148-153 e estão disponíveis no site <<http://www.socerj.org.br/revista/normas.pdf>>
- 2.6 O respeito a essas normas é condição obrigatória para que o trabalho seja considerado para análise;
- 2.7 Os trabalhos serão publicados por ordem de aceitação pelo Conselho Editorial da Rev SOCERJ, e não por ordem de recebimento;
- 2.8 Não serão aceitos trabalhos previamente publicados ou que estejam sendo analisados por outras Revistas, exceto os escritos ou publicados em outro idioma. Os autores devem assumir inteira responsabilidade por esta informação;
- 2.9 Os artigos aceitos para publicação poderão sofrer nova revisão editorial, de modo a garantir a unidade, a coesão e a coerência dos textos a serem publicados, sem interferência no significado dos textos.

3. Procedimentos para publicação

- 3.1 Os artigos devem ser encaminhados à Rev SOCERJ por meio da internet, através do email: socerj@socerj.org.br
- 3.2 É necessário informar:
 - 3.2.1 Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor principal;
 - 3.2.2 Descrição do “consentimento por escrito” dos pacientes submetidos a procedimentos de estudo terapêutico ou por droga(s), pela qual o(s) autor(es) assume(m) inteira responsabilidade;
 - 3.2.3 Categoria da seção na qual o trabalho deverá ser incluído;
 - 3.2.4 Declaração do autor, responsabilizando-se pelo trabalho em seu nome e dos co-autores.

4. Orientação para digitação / datilografia

- 4.1 A redação do texto deverá ser feita em português, de acordo com a ortografia vigente. A Rev SOCERJ receberá trabalhos em inglês ou espanhol procedentes de instituições estrangeiras, a critério do Conselho Editorial;
- 4.2 Os trabalhos deverão ser digitados em Word for Windows versão 98 ou superior (inclusive Tabelas e Quadros e as Figuras) na fonte Arial, corpo 12, espaço duplo, respeitando a formatação de página A4 ou Letter. As figuras devem também ser encaminhadas em separado, com resolução de 300 dpi (imagens .jpg ou .tif);
- 4.3 As Tabelas, os Quadros e as Figuras deverão ser apresentados ao final de todo o trabalho digitado quando então, na diagramação, serão inseridos no corpo do texto, em preto e branco.
- 4.4 Deverá ser respeitada a margem esquerda e superior de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm.

- 4.5 As páginas serão numeradas em algarismos arábicos: a folha de rosto é a página 1, a do resumo é a página 2 e assim por diante.

5. Estrutura das seções

5.1 Folha de rosto

É a fonte principal de identificação. Deve conter: Título em português; Título em inglês; Nome completo de todos os autores e respectivos títulos e/ou filiação científica; Nome da cidade; Nome da instituição onde foi realizado; 3 palavras-chave em português; 3 palavras-chave em inglês (key words); Nome e endereço do autor principal para correspondência. O título principal deve ser claro e preciso, identificando o seu conteúdo; se houver subtítulo, deve ser evidenciada a sua subordinação ao título principal, precedido de dois pontos.

5.2 Resumo

É a condensação do artigo, que delinea e/ou enfatiza os pontos mais relevantes do trabalho. Devem constituir cabeçalhos: objetivo, casuística e método, resultados e conclusões.

O resumo deve ser informativo, dando uma descrição clara e concisa do conteúdo, de forma inteligível, escrito em português e com um limite de 250 palavras nos Artigos originais, e 150 palavras nos Relatos de caso, nos Pontos de vista e nos Artigos de atualização. Não se utilizam ilustrações.

5.3 Abstract

É a versão do resumo em inglês, encimado pelo título também em inglês e obedecendo à mesma ordem apresentada no Resumo.

5.4 Artigo original

Os elementos essenciais de um artigo original são: folha de rosto, resumo, abstract, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusões e referências bibliográficas, limitando-se a 3000 palavras.

5.4.1 Introdução

É a primeira seção do texto; define brevemente os objetivos do trabalho e as razões de sua elaboração, bem como as relações existentes com outros trabalhos. Deve ser concisa, transmitindo ao leitor os aspectos essenciais, necessários para situar o tema do trabalho. A introdução não deve repetir ou parafrasear o resumo, nem dar detalhes sobre a teoria, ou método ou os resultados, nem antecipar as conclusões ou as recomendações.

5.4.2 Metodologia

Esta seção inclui a descrição da estrutura do estudo, o critério de seleção e a descrição do(s) grupo(s) estudado(s), os métodos relacionados às etapas da pesquisa (equipamentos, procedimentos, drogas utilizadas, etc) e o tratamento estatístico.

5.4.3 Resultados

Os resultados podem ser subdivididos em itens para maior clareza de exposição e apoiados em número não-excessivo de gráficos, tabelas, quadros e figuras. Orienta-se evitar a superposição dos dados como texto e como tabelas.

5.4.4 Discussão

A discussão está relacionada diretamente ao tema, à luz da literatura, salientando os aspectos novos e importantes do estudo, suas implicações e limitações.

5.4.5 Conclusões

As conclusões representam a seção final do texto, na qual se apresentam as deduções tiradas dos resultados do trabalho ou levantadas ao longo da discussão do assunto. Estão em relação direta com os objetivos do estudo e/ou hipóteses levantadas. Devem ser elaboradas de forma clara e objetiva. Dados quantitativos não devem aparecer nas conclusões, nem tampouco resultados comprometidos e passíveis de discussão.

5.4.6 Agradecimentos

Os agradecimentos são opcionais mas, se presentes, devem ser apresentados ao final do texto. São dirigidos, em geral, àqueles que contribuíram de maneira relevante na elaboração do trabalho.

5.4.7 Referências bibliográficas

Representam o conjunto padronizado de elementos descritivos retirados de documentos, que permitem a sua identificação individual. É um elemento obrigatório, devendo ser limitadas ao máximo de 30 referências por artigo. Devem ser elaboradas segundo as normas adotadas pela Rev SOCERJ, que se encontram descritas na Rev SOCERJ. 2005;18(2):148-153. Disponível em:

<http://www.socerj.org.br/revista/02_2005/art08.pdf>.

5.4.8 Apêndice(s) (opcional)

Apêndices são textos ou documentos elaborados pelo autor, a fim de complementar a sua argumentação, sem prejuízo da unidade nuclear do trabalho.

Os apêndices são identificados por letras maiúsculas consecutivas e seus respectivos títulos. Suas páginas são numeradas consecutivamente ao texto e se seguem ao glossário (se houver) e/ou às referências bibliográficas.

5.4.9 Anexo(s) (opcional)

Anexos são textos ou documentos não elaborados pelo autor, que servem de fundamentação, de comprovação e de ilustração.

Normalmente o conteúdo dos anexos se refere a material de acompanhamento, à descrição pormenorizada de equipamentos, ou ainda a modelos de formulário ou impressos citados, que são destacados do texto para evitar descontinuidade da seqüência lógica das seções.

Os anexos são identificados através de letras maiúsculas consecutivas e seus respectivos títulos. Suas páginas são numeradas consecutivamente ao texto e se seguem ao apêndice (se houver) e/ou às referências bibliográficas.

5.5 Editorial

Comentário crítico e aprofundado, preparado por pessoas com notória vivência sobre o assunto abordado. Por solicitação da revista e relacionado ou não a artigo em publicação, contendo no máximo 1000 palavras e 15 referências bibliográficas.

5.6 Atualização

Enfoque atual de determinado aspecto da cardiologia, encomendado pela revista compartilhando dados originais, com no máximo 3000 palavras e 30 referências bibliográficas.

5.7 Relato de Caso ou Imagens

Apresentação de casos de interesse peculiar e comentários sucintos pertinentes, no máximo 1000 palavras e 10 referências bibliográficas.

5.8 Ponto de vista

Aspectos particulares de determinado assunto, principalmente os polêmicos, traduzindo apenas a opinião do autor, sempre que possível fundamentada em experiência própria já divulgada ou da literatura disponível, com no máximo 1500 palavras e 15 referências bibliográficas.

5.9 Carta ao Editor

Observações sobre aspectos publicados recentemente, podendo ou não gerar resposta do autor questionado, ou comentários sintéticos sobre algum assunto cardiovascular de interesse coletivo.

6 Informações complementares

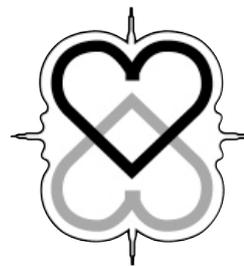
6.1 Organização de ilustrações (Tabelas, Quadros e Figuras)

As normas de organização e apresentação das ilustrações que acompanham os artigos também se encontram disponíveis na página da web da Rev SOCERJ e no artigo Rev SOCERJ 2005; 18(2):148-153. Disponível em:

<http://www.socerj.org.br/revista/02_2005/art08.pdf>.

6.2 Sumário (obrigatório)

É a enumeração das principais divisões / seções na mesma ordem e grafia em que são apresentados no documento. O sumário deverá estar presente por menor que seja o tamanho do documento.



Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro

Dados de Catalogação

REVISTA DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Rio de Janeiro - RJ - BRASIL V 1 - 1988

1988, 1: 1,2
1989, 2: 1,2,3,4
1990, 3: 1,2,3,4
1991, 4: 1,2,3,4
1992, 5: 1,2,3,4
1993, 6: 1,2,3,4
1994, 7: 1,2,3,4
1995, 8: 1,2,3,4
1996, 9: 1,2,3,4
1997,10: 1,2,3,4
1998,11: 1,2,3,4
1999,12: 1,2,3,4
2000,13: 1,2,3,4
2001,14: 1,2,3,4
2002,15: 1,2,3,4
2003,16: 1,2,3,4
2004,17: 1,2,3,4
2005,18: 1,2,3,4,5,6
2006,19: 1
ISSN 0104-0758

Suplemento e Suplemento A
Suplemento A, Suplemento B, Suplemento C
Suplemento A, Suplemento B, Suplemento C
Suplemento A, Suplemento B
Suplemento A
Suplemento A, Suplemento B, Suplemento C
Suplemento A, Suplemento B, Suplemento C
Suplemento A

REVISTA DA SOCERJ
ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – SOCERJ

PUBLICAÇÃO BIMESTRAL / PUBLISHED BIMONTHLY
INDEXADA NO INDEX MEDICUS LATINO AMERICANO – LILACS desde 1988

IMPRESSA NO BRASIL - PRINTED IN BRAZIL
TIRAGEM: 3.000 EXEMPLARES
REVISTA DA SOCERJ - (REV SOCERJ)

A Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro (ISSN 0104-0758) é editada bimestralmente pela SOCERJ, Telefax: (21) 2552 0864 ou 2552 1868, Fax: (21) 2553 1841, e-mail: <socerj@socerj.org.br> <<http://www.socerj.org.br/revista>>



Sumário

• Diretoria da SOCERJ _____	1
• Normas de Publicação _____	2
• Editorial _____	6
• Carta ao Editor _____	8
• Artigos _____	9
1 Valor Prognóstico da Cintigrafia de Perfusão Miocárdica em Mulheres Comparado com Homens com Suspeita Clínica de Doença Coronariana Aurora Felice Castro Issa, Maurício da Rocha Pantoja _____	9
2 Perfil Clínico-Epidemiológico da Fibrilação Atrial Espontânea em Cães Gustavo Luiz Gouvêa de Almeida, Luciane Ximenes de Freitas, Marcelo Barbosa de Almeida, Maria Teresa de Oliveira, Fabrício Braga, Gustavo Luiz Gouvêa de Almeida Jr. _____	20
3 Concordância Interobservador na Avaliação da Hipertrofia, da Massa e da Função Ventricular Esquerdas pelo Ecocardiograma na Hipertensão Arterial Sistêmica Gláucia Maria Moraes de Oliveira, Rogério Tasca, Laila Maria Abi-Chaiben Spanó, Isabel Cristina Silva do Nascimento, Luiz Augusto Ferrão Candau, Ronir Raggio Luiz _____	29
4 Infarto do Miocárdio da Parede Inferior Associado ao Hemibloqueio Esquerdo Anterior: Um dilema na clínica cardiológica Paulo Ginefra, Eduardo Correa Barbosa, Ricardo Ribeiro, Alfredo Bomfim, Silvia Helena Cardoso Boghossian, Paulo Roberto Benchimol Barbosa, Henrique Veloso _____	35
5 Aplicação de um Novo Método Ecocardiográfico para a Avaliação de Pacientes Submetidos à Terapia de Ressincronização Miocárdica – TSI (<i>Tissue Synchronization Imaging</i>) Silvia Martello, André d'Avila, Luis Eduardo Camanho, Fabiola Veronese, Paulo Maldonado, Fernanda Ferreira, Luciano Belém, Arnaldo Rabischoffsky, Eduardo Saad _____	47
6 Sensibilidade, Especificidade, Valor Preditivo Negativo e Positivo, para o Conhecimento da Condição de Hipertenso frente à Medida Pressórica, em Motoristas de Ônibus Nelson Robson Mendes de Souza, Nelson Albuquerque de Souza e Silva _____	54
7 Pedagogia Médica – Tema: Resumo ou Sumário? Maria Lucia Brandão _____	60
8 Endocardite Infecciosa: Perfil 2004 Cynthia Karla Magalhães, Wagner de Almeida Alves, Fernanda Barbosa Sampaio, Marisa Santos, Giovanna Ferraiouli, Clara Weksler, Renato Kaufman, Silvana Rachell Pereira Machado, José Oscar Reis Brito _____	62
9 Tratamento Não-Farmacológico da Fibrilação Atrial: Sua evolução e estado da arte Washington Andrade Maciel, Jacob Atié _____	66
10 Padrão da Função Diastólica e Relação com a Gravidade da Forma Clínica em 902 Pacientes na Fase Crônica da Doença de Chagas Ana Paula dos Reis Velloso Siciliano, Alejandro Hasslocher-Moreno, Andréa Silvestre de Sousa, Pedro Emanuel Alvarenga Americano do Brasil, Marcelo Teixeira de Holanda, Marcelo Yorio Garcia, Sergio Salles Xavier _____	74
11 Sessão de Eletrocardiografia – Eletrocardiograma do Mês Daniel Zilio Novaes, Felipe Saddy, Luiz Henrique Carlos Loyola, Luiz Claudio Maluhy Fernandes _____	84
12 Angiossarcoma Cardíaco Primário Michele da Silva Cataldi, Danny David Kruczan, Gilza Rocha de Melo, Cláudio Cavalcanti Assumpção, Maria Cristina de Petrosemoló, Andréa Cordovil Pires, Roberto Bassan, Hélves Daniel da Silva, Caroline Bacca, Thaís Lips de Oliveira, Patrícia Nunes Barbieri, Marcelo Ferreira da Silva, Vítor André Romão _____	87
13 Comparação entre a Atenuação de Sinal nos Mapas Eletroanatômicos de Voltagem e a Presença de Bloqueio de Condução em Istmo Atrial Direito durante Ablação por Radiofrequência em Pacientes com Flutter Atrial Nilson Araujo de Oliveira Junior, Washington Andrade Maciel, Hecio de Carvalho Filho, Rodrigo Periquito Cosenza, Cláudio da Fontoura Tavares, Leonardo Resende de Siqueira, Mônica Nery Shinsato, Jacob Atié _____	92

Editorial

Doença Arterial Coronariana: Uma causa líder de mortalidade também em mulheres

Coronary Artery Disease: A leading cause of mortality in women as well

João Vitola

O artigo publicado neste volume da Revista da SOCERJ, de autoria dos Drs. Aurora Felice Castro Issa e Maurício da Rocha Pantoja, sob o título *Valor prognóstico da cintilografia de perfusão miocárdica em mulheres comparado com homens com suspeita clínica de doença coronariana*, traz uma oportunidade preciosa de discutir um tópico atual de grande interesse e relevância para a cardiologia, não só brasileira como mundial.

Acreditava-se que a doença cardiovascular (DCV) era doença de homens, e que a preocupação principal das mulheres devesse ser o câncer de mama. Isso é um mito. Na verdade a DCV é um líder de mortalidade tanto em homens quanto em mulheres. As estatísticas americanas demonstram que acima dos 65 anos de idade, a mortalidade por DCV é no mínimo cinco vezes maior que a mortalidade por câncer de mama. Nas mulheres, o câncer de mama mata mais que a DCV, porém isso ocorre apenas nas mulheres com idade inferior a 50 anos. A DCV, em mulheres, mata duas vezes mais que todas as formas de cânceres combinadas. Estes dados, apesar de serem americanos, possivelmente sejam semelhantes na população brasileira, portanto há uma necessidade urgente na mudança de paradigma também aqui no Brasil.

A crença anterior, de que DCV é doença do sexo masculino, fez com que médicos e a própria população feminina se preocupassem menos com as doenças cardíacas em mulheres. Associado a isto, nas últimas décadas, as mulheres passaram a ter um estilo de vida diferente, sendo submetidas a uma vida profissional mais estressante, semelhante à dos homens, e também adotaram hábitos prejudiciais como o tabagismo. Este conjunto de fatores resultou em um aumento da mortalidade nas mulheres ao longo das décadas, enquanto houve uma redução expressiva da mortalidade em homens neste mesmo período. A mortalidade anual por DCV nas mulheres é 10% maior do que nos homens,

sendo que 50000 mulheres mais do que homens morrem anualmente por DCV nos Estados Unidos. É verdadeiro que as DCV afetam as mulheres com idade mais avançada e que a mortes por DCV ocorrem mais tardiamente em mulheres.

A estratificação de risco cardíaco é extremamente importante também em mulheres. Além dos dados mencionados, há outros que indicam que uma vez estabelecida a DCV em mulheres, ela se comporta de forma mais agressiva. A mortalidade no primeiro ano após o infarto agudo do miocárdio (IAM) é de 38% nas mulheres comparada a 25% nos homens. Os registros americanos demonstram que, após um IAM, as mulheres têm uma probabilidade menor de receber aspirina, betabloqueadores e inibidores da ECA, e que 35% delas têm um IAM recorrente em 6 anos, comparado a 18% dos homens.

O estudo de perfusão miocárdica é uma ferramenta preciosa de avaliação prognóstica. O artigo publicado na Revista da SOCERJ ajuda a lembrar que é importante ser agressivo na investigação, no tratamento e na prevenção de DCV em mulheres, e que se deve cuidar melhor do coração das mulheres brasileiras.

Bibliografia recomendada:

1. Mieres J. Role of noninvasive testing in clinical evaluation of women with suspected coronary artery disease. *Circulation*. 2005;111:682-96.
2. Mieres JH, Cacciabauda JM, Levin M. Application of myocardial perfusion in special populations. In: Vitola JV, Delbeke D. *Nuclear cardiology and correlative imaging*. New York: Springer-Verlag; 2004: Chapter 12.
3. American Heart Association Statistical Update. Disponível em: <<http://www.americanheart.org>>

Carta ao Editor

Gostaríamos de tecer alguns comentários sobre o artigo: *Associação de Marcadores Inflamatórios e Níveis Tensionais em Indivíduos Hipertensos com Diabetes Mellitus Tipo 2*, publicado na Revista da SOCERJ, volume 18, número 5, setembro/outubro de 2005.

(...) “Acredita-se que qualquer intervenção possa determinar impacto importante na redução da morbimortalidade desses pacientes”¹. O entusiasmo expresso talvez esteja ligado a uma frase mal formulada ou relacionada ao ambiente da pesquisa (hospital terciário) - a gravidade da apresentação da doença leva a uma distorção na real utilidade das intervenções. Mas, mesmo para esse ambiente, a importância dada à intervenção foi exagerada, ficando a decisão clínica, subestimada.

Usaremos a afirmação acima como pretexto para discutir o valor real das intervenções. Ainda há muitas dúvidas a sanar em relação ao diabetes tipo 2 - daí a importância de artigos sobre o tema, como o citado. Mesmo a triagem da doença, comumente feita, carece de base científica². As complicações dessa doença ocorrem após dez anos do diagnóstico que, em média, é feito após seis anos da sua instalação². Assim, não há dados, até o presente, da utilidade da triagem na melhora do prognóstico do diabetes tipo 2². Pior, o UKPDS^{3,4,5} não conseguiu demonstrar a diminuição da morbimortalidade cardiovascular (a não ser em diabético obeso em uso de metformina) quando do uso de hipoglicemiantes - apesar da ação nas lesões microvasculares.

A intervenção é uma das opções do clínico, mas há outras⁶. Muitas das vezes é melhor não intervir, ou só intervir após uma avaliação prévia da condição. Infelizmente, nem sempre a intervenção é benéfica. Mesmo quando optamos por uma intervenção, há várias decisões a serem tomadas: melhor intervenção para o caso, momento de iniciá-la, intensidade. E, ainda, devem existir evidências científicas do benefício da intervenção para uma população de características semelhantes àquela em que será aplicada⁶ - o que restringe as possibilidades a poucas intervenções. Mas só isso não basta, há necessidade de dados deste benefício no local em que a intervenção será realizada. Pesquisa recente, em nosso meio, estimulou um debate que se fazia necessário, quando observou alta letalidade da cirurgia cardíaca e da angioplastia, quando comparadas aos trabalhos internacionais que serviram de base para essas indicações^{7,8}.

Outros aspectos, que não os biológicos, são importantes para a tomada de decisão. A intervenção será feita para alguém, e este alguém apresenta características

individuais, sociais, socioeconômicas e culturais, que o levarão a aceitar, ou não, determinados procedimentos - no artigo em análise não há valorização desses aspectos na descrição da população estudada.

As melhores intervenções têm, no máximo, uma moderada ação sobre os desfechos clinicamente relevantes^{9,10,11}, daí a necessidade de procurar os subgrupos que mais se beneficiarão da intervenção (o que a pesquisa em questão em princípio se propõe). Exemplo: ensaio clínico em infarto do miocárdio e disfunção ventricular esquerda em relação ao uso de captopril ou placebo. Esse estudo demonstrou uma redução de risco relativo de 19% para todas as causas de mortalidade e uma queda de risco absoluto de 5% (25% x 20%) a favor do captopril em pacientes acompanhados por 42 meses¹². Um resultado ótimo, mas poderíamos ler de outra maneira. A maioria das pessoas que usou a medicação (80%) não se beneficiou - mas pode ter sofrido algum malefício. Além disso, 20% do grupo de intervenção faleceu, ou 4 vezes mais pessoas do que as que foram protegidas. Assim teríamos que tratar 20 pessoas em 42 meses para proteger uma pessoa - um resultado excepcional, devido à alta mortalidade da população (subgrupo de alto risco) mas, mesmo assim, 19 pessoas que usaram a medicação não se beneficiaram. Esses resultados pioram para a população com fatores de risco para uma doença, pois ela tem somente uma maior probabilidade de vir a ter, a qualquer tempo, a doença a que estes fatores estão associados. Assim, na dependência da idade, do sexo e de outros fatores de risco e de proteção, mesmo com níveis moderados de um ou mais fatores, poderemos caracterizar a população no máximo em moderado risco de ter a doença, não havendo indicação de intervenção agressiva - mudanças de hábito de vida sempre devem ser estimuladas independentemente do risco.

A história da medicina apresenta casos de intervenções realizadas “para o bem” dos pacientes, que se apresentaram estaremcedoras atualmente. Provavelmente, muitas das condutas atuais causarão o mesmo efeito em gerações futuras.

Apesar de os conhecimentos fisiopatológicos serem importantes e as intervenções que levem esses dados em consideração tenham probabilidade de êxito, estas só devem ser realizadas se, pelo menos, houver ensaios clínicos, bem feitos e realizados, que demonstrem a sua utilidade sobre os desfechos clinicamente relevantes e não intermediários - ver caso cerivastatina.

Dessa forma, é prudente ter cuidado com as intervenções, principalmente quando novas (pouco testadas e sem

dados de longo prazo), realizadas por pessoal e/ou instituição pouco experiente ou com ganhos secundários e sem um forte embasamento científico (epidemiológico). Além disso, é essencial o pleno conhecimento do paciente dos riscos e possíveis benefícios das abordagens existentes para que ele possa exercer sua autonomia¹¹.

Talvez a nossa prepotência e pré-conceitos, algumas vezes, levem a intervenções desnecessárias, que a um alto custo, causem mais morbimortalidade que a própria história natural da doença.

Casos de exceção usados na argumentação de intervenções caras, dolorosas e sabidamente de resultados pífios (visto o estágio da doença), apesar de tocantes, devem ser analisados dentro de um contexto científico. Não podemos nos furtar à responsabilidade social inerente à profissão.

Saber fazer a melhor escolha para cada paciente, em cada momento particular de sua vida, com os conhecimentos científicos atuais e do serviço que em este fará a intervenção, exercitando os princípios éticos da medicina é o difícil papel dos bons clínicos.

Nelson Robson Mendes de Souza

Referências

1. Junqueira CLC, Sant'Anna PRP, Junqueira ASM, Oliveira JMF, Romêo Filho LJM. Associação de Marcadores Inflamatórios e Níveis Tensionais em Indivíduos Hipertensos com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev SOCERJ*. 2005;18(5):392-96.
2. Harris R, Donahue K, Rathore SS, Frame P, Woolf SH, Lohr KN. Screening adults for type 2 diabetes: A Review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. [acesso em janeiro 2005]. *Ann Int Med*. 2003;138:215-29. Disponível em <<http://www.preventiveservices.ahrq.gov>>
3. Laakso M. Lessons from the UK prospective diabetes study. Benefits of strict glucose and blood pressure control in type 2 diabetes. *Circulation*. 1999;99:461-62.
4. UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*. 1998;352:837-53.
5. UK Prospective Diabetes Study Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet*. 1998;337:854-65.
6. Forrow L, Wartman AS, Brock DW. Science, ethics, and the making of clinical decisions. *JAMA*. 1988;259(21):3161-167.
7. Godoy PH, Klein CH, Souza e Silva NA, Oliveira GMM, Fonseca TMP. Letalidade na cirurgia de revascularização do miocárdio no Estado do Rio de Janeiro – SIH/SUS – no período de 1999-2003. *Rev SOCERJ*. 2005;18(1):23-29.
8. Godoy PH, Klein CH, Souza e Silva NA, Oliveira GMM, Cascão AM, Zedane JL. Letalidade entre o diagnóstico de doença isquêmica do coração, sexo, faixas etárias e hospitais vinculados ao SUS nas angioplastias coronarianas no Estado do Rio de Janeiro, 1999-2003. *Rev SOCERJ*. 2005;18(supl A):66.
9. Tura BR, Souza e Silva NA, Pereira BB. Avaliação crítica e limitações dos ensaios clínicos. [acesso em janeiro 2005]. Disponível em: <http://www.socerj.org.br/revista/abr_2003/art03.pdf>
10. Califf RM, DeMets DL. Principles from clinical trials relevant to clinical practice. Part I. *Circulation*. 2002;106:1015-1021.
11. Califf RM, DeMets DL. Principles from clinical trials relevant to clinical practice. Part II. *Circulation*. 2002;106:1172-175.
12. Pfeffer MA, Braunwald E, Moyé LA, Basta L, Brown Jr EJ, et al, on behalf of the SAVE Investigators. Effect of captopril on mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction: results of the survival and ventricular enlargement trial. *N Engl J Med*. 1992;327(10):669-77.