

# MEDICINA



Médico  
Profissional  
de valor

Ano 10 | Edição 36 | Junho | 2013 | [www.amp.org.br](http://www.amp.org.br)

# & CIÊNCIA

QUEM NÃO  
TEM MEDO DO  
INFARTO?

OS RISCOS DA  
HIPERTENSÃO  
ARTERIAL



CORAÇÃO:  
O ÓRGÃO QUE  
MAIS MATA NO  
MUNDO

# PÓS-GRADUAÇÃO UP. APRENDA COM QUEM É REFERÊNCIA.

## CURSOS NA ÁREA DE MEDICINA:

- Cirurgia Minimamente Invasiva
- Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrologia Pediátrica
- Geriatria
- Gerontologia Social Clínica\*
- Oftalmologia
- Psiquiatria
- Psiquiatria Integral

\*Multiprofissional

**INSCRIÇÕES ABERTAS**

INFORMAÇÕES: [www.up.com.br](http://www.up.com.br)

(41) 3250-3737



**UNIVERSIDADE  
POSITIVO**

REFERÊNCIA PARA SEU FUTURO.



OS RISCOS DA  
**HIPERTENSÃO  
ARTERIAL**

3

**CORAÇÃO: O ÓRGÃO  
QUE MAIS MATA NO**



6

11



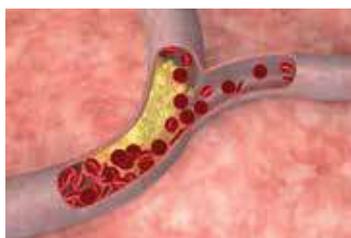
**O TABACO  
COMO CAUSA  
DE DOENÇA  
CARDÍACA**

13

**DROGAS QUE  
AJUDAM A CONVIVER COM  
A DOENÇA**



**QUEM NÃO  
TEM MEDO DO  
INFARTO?**



14

20

**TRATANDO  
DA INSUFICIÊNCIA  
CARDÍACA**



**A VIDA  
DEPOIS DO  
INFARTO**

22

# editorial

## Expediente

Como está seu coração? Nesta edição da revista Medicina e Cia., dedicada à especialidade médica da cardiologia, mostraremos as principais doenças que podem atingir o sistema cardiovascular e as formas de diagnóstico e prevenção. O leitor vai perceber que a doença cardíaca é, de certa forma, inevitável, mas que, com bons hábitos, cuidados com a saúde e visita constante ao médico cardiologista, poderá postergar seus efeitos para uma idade bastante avançada, tendo as primeiras manifestações de problema cardiovascular apenas após os 80 anos de idade.

Mostraremos, também que, mesmo sem cura e sendo a principal causa de mortes no mundo, a cardiopatias podem ser tratadas e acompanhadas a ponto de permitir ao doente uma vida sem restrições. Desfrute das informações da Medicina e Cia. Nº 36, preste atenção aos fatores de risco e, se o seu perfil encaixar em um deles, não hesite em procurar um médico especialista, vinculado à Sociedade Paranaense de Cardiologia: [www.sbc-pr.org](http://www.sbc-pr.org).

#### Créditos das Imagens:

Pág. 2: Andrey\_Kuzmin/Shutterstock. Pág. 3: Pryzmat/Shutterstock, Marcio/Stockxchng. Pág. 6: Kladej/Shutterstock, Lightspring/Shutterstock, Subbotina Anna/Shutterstock. Pág. 11: Oleg Golovnev/Shutterstock, Gem-photo/Shutterstock, Vivek Chugh/Stockxchng. Pág.13: Alexander Raths/Shutterstock. Pág.14: Alila Medical Images /Shutterstock, Eduard Harkonen/Shutterstock. Pág.17: Eduard Harkonen/Shutterstock. Pág. 20: Picsfive/Shutterstock. Pág. 22: altafulla/Shutterstock, Lisa F. Young/Shutterstock

#### MEDICINA & CIA

é uma publicação da  
Associação Médica do Paraná  
Rua Cândido Xavier, 575.  
Água Verde CEP 80240-130  
Curitiba – PR Fone (41)  
3024-1415

#### Jornalista responsável

Roger Pereira – MTB 5867  
[comunicacao@amp.org.br](mailto:comunicacao@amp.org.br)

#### Redação e Edição

Roger Pereira

#### Projeto Gráfico e Diagramação

Leticia Ferreira / Vicente  
Design

#### Conselho Editorial

Dr. João Carlos Baracho  
(Presidente da AMP)

Dr. Osni Moreira Filho  
(Diretor de Comunicação Social)

Dr. Alvaro Moura (Presidente da Sociedade Paranaense de Cardiologia)



# OS RISCOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL



Pressão, como a física explica, é o efeito de uma força sobre uma superfície. Pressão arterial, partindo deste mesmo princípio, é a força com que as moléculas do sangue batem contra a parede dos vasos sanguíneos (artérias). Tal pressão é determinada pela força do batimento cardíaco e pelo tamanho das artérias. E essa força é fundamental, pois é a pressão arterial que faz com que o sangue circule. “Tanto a força do batimento do coração quanto o

tamanho dos vasos sanguíneos são dinâmicos. O nosso corpo tem uma capacidade de fazer um ajuste desses dois fatores para que a pressão se mantenha em níveis adequados”, explica o cardiologista Osni Moreira Filho.

Como a pressão arterial oscila muitas vezes através de muitos ciclos, o que mede-se usualmente é a amplitude dessa pressão em um batimento cardíaco. “Existe um ciclo que a cada batimento atinge o

máximo e atinge o mínimo. Esse máximo é chamado de pressão sistólica e esse mínimo é chamado de pressão diastólica. Esses dois parâmetros são o que normalmente são acompanhados pelos médicos através dos aparelhos de pressão”, esclarece o médico.

Como trabalha-se com um parâmetro e não com a informação exata sobre as variações de pressão a cada ciclo, o cardiologista destaca a importância de se medir a pres-

são sempre em condições iguais, de preferência sentado, com o braço apoiado, com um aparelho que meça a pressão no braço, e não no antebraço.

E por que medir a pressão e mantê-la dentro dos parâmetros?

“Porque se observou, vendo esses parâmetros e acompanhando as populações, que quanto maior a pressão arterial sistólica, por exemplo, que é essa máxima, maior é a chance de problemas”, sustenta Dr. Osni, informando que a pressão arterial acima dos parâmetros adequados aumenta o risco de infarto, e de outras doenças renais, cardíacas e cerebrais, principalmente com o avanço da idade. “É claro que dobrar a chance de um jovem, ainda assim a chance é muito pequena. Se eu pego um grupo de pessoas de 20 anos em que apenas um a cada 100 mil vai ter um infarto

no próximo ano e passar para 2 a cada 100 mil, continua quase ninguém. Mas se eu pegar um grupo de idosos, que ao invés de 20 em 100 o risco passa a ser de 40 em 100, é quase a metade das pessoas”, exemplifica.

Segundo o médico, a hipertensão arterial acelera uma doença que se chama arterosclerose, o acúmulo de placas de gordura nas artérias, que podem causar sua obstrução e, conseqüentemente, o infarto. Outro motivo pelo qual a hipertensão atrapalha, é porque a pressão altera a estrutura dos vasos, tornando os vasos progressivamente mais endurecidos, mais rígidos. “E quando o vaso é mais rígido, ele acaba criando um círculo vicioso. Ele acaba subindo ainda mais a pressão e aumentando o risco”. A hipertensão ainda pode alterar a função renal. “Todos nós

temos uma perda na função renal em razão da idade. Aproximadamente 1% da função renal a cada ano a partir dos 35 anos. Mas nesse ritmo a maior parte de nós vai chegar aos 80, 85 anos com suficiente rim para funcionar. Quando existem certas doenças, entre elas a hipertensão, essa perda de função renal é mais alta e a pessoa pode chegar a uma idade relativamente precoce, 70, 75 anos, já precisando de diálise”, conta.

## Prevenindo e tratando

A hipertensão arterial também é uma doença cuja frequência vem crescendo junto com a idade, a ponto de, por volta dos 80 anos, 90% das pessoas estarem com sua pressão máxima acima dos 14. “Mas mesmo que a gente esteja, ‘destinado’ a ter pressão alta, ela pode aparecer mais tarde na nossa vida. Se eu nasci com uma determinada tendência, minha pressão arterial vai começar a subir com 50 anos. Mas se eu usar excesso de sal, se eu for sedentário, consumir muito álcool, se eu tiver obesidade, todos esses quatro fatores vão fazer com que a minha pressão arterial suba mais precocemente. Então, através de uma moderação no sal, através de uma moderação no álcool, atra-



vés de uma atividade física sistemática, através de um controle de peso eu consigo otimizar a minha chance. Quer dizer, eu consigo postergar o que der”, diz o médico

O tratamento inicial para a pressão arterial passa pela mudança de hábitos de vida. O controle do peso, a prática de exercícios e a redução do consumo de sal e álcool são a primeira medida que o paciente precisa tomar. “Em uma fase inicial, se nós formos considerar uma pressão arterial que esteja perto do nível de corte de tratamento (sistólica em 14), a maioria vai conseguir controlar apenas com essas medidas, sem remédio”, diz o médico, comentando que com o avanço da idade e da pressão, po-

derá ser necessária a introdução de tratamento medicamentoso. “Existe um número bastante grande de remédios e o cardiologista vai determinar qual a medicação ideal para cada tipo de paciente”.

O médico lembra que a hipertensão arterial é uma doença silenciosa, que, se não medirmos a pressão, poderemos viver anos sem saber que temos a doença e só descobriremos quando tivermos algum complicação em decorrência da pressão. “Como ela é uma doença que não gera sintomas, existe uma facilidade muito grande em a pessoa não considerar importante tratar. Então ela acaba deixando de fazer o seu tratamen-

to, não vai sentir absolutamente nada, porque na maior parte das vezes não se sente nada, mas vai estar com pressão alta. Então ela acaba tendo consequências sobre o seu corpo antes da hora”. Assim, monitore sua pressão arterial com frequência e, ao constatar qualquer alteração, procure um cardiologista. “O tratamento da pressão arterial não é uma apólice de seguro. O tratamento da pressão arterial é uma conduta de proteção. Então é importante que sendo hipertenso, que se tenha o acompanhamento de um médico, que esse médico determine uma frequência, e que a pessoa faça um tratamento regular”.

## Pressão baixa não assusta

Apesar de também ocorrer com alguma frequência, principalmente em mulheres, com alguns sintomas como mal estar e tonturas, a pressão baixa é vista na cardiologia como uma situação neutra, sem maiores consequências para a saúde da pessoa. “A hipotensão, hoje, é um termo que reservamos para aquelas pessoas com sintomas, que atrapalham a vida da paciente. Aí, nestes casos, avaliamos a variação da pressão e estudamos o melhor tratamento. Mas, em regra geral, se a pessoa tem pressão baixa e vive bem com isso, não há malefício nenhum. O risco cardíaco é neutro”, explica Dr. Osni.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

# CORAÇÃO: O ÓR QUE MAIS MATA

Ao contrário das demais doenças, mortes por problemas cardiovasculares estão crescendo em todo o planeta

Enquanto a maioria das doenças que mais matam no mundo está reduzindo o número de casos fatais, as mortes por doença cardiovascular continuam crescendo e já representam praticamente um terço das causas de morte por doença no mundo. Esta informação pode até ser interpretada de maneira positiva, pois, com as curas, tratamentos e controle das demais doenças, as pessoas estão aumentando sua expectativa de vida e acabam morrendo, em uma idade mais avançada, do coração. O problema é que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), na América Latina, 43% das mortes por doença cardiovascular são de indivíduos em idade produtiva, o que causa um grande impacto socioeconômico.

“As principais causas de morte

no mundo e no Brasil são doença vascular coronária (coração) e doença vascular cerebral (AVC, derrame). E o que faz desenvolver a doença: colesterol elevado, vida sedentária, tabagismo, obesidade, herança familiar e falta de detecção de algumas doenças, como diabetes e hipertensão arterial. Isso tudo faz com que a doença vaso coronária se manifeste mais cedo e, muitas vezes, de maneira mais grave e, às vezes, sem aviso”, explica o presidente da Sociedade Paranaense de Cardiologia, Dr. Álvaro Moura.

O médico explica que tanto as doenças que atingem o coração quanto o cérebro têm a mesma origem. “A pessoa desenvolve uma placa na artéria, que chamamos de placa de arteriosclerose, que, basicamente é composta de gordura. Estas placas começam a obstruir as artérias, causando os problemas”, diz. “As placas vão crescendo e, quanto maior tiverem, mais espalhadas tiverem, pior vai ser para o tratamento. Vão causar a angina, que é a dor, o infarto e, depois, a insuficiência cardíaca”.

Para o presidente da Sociedade de Cardiologia, o crescimento de casos de doenças cardiovasculares entre adultos produtivos deve-se à mudança de hábitos da sociedade contemporânea, principalmente no que diz respeito à alimentação e ao sedentarismo. “Além da hereditariedade, os



# ÇÃO NO



# MUNDO

principais fatores de risco são o tabagismo, o sedentarismo, a hipertensão arterial, a obesidades, o diabetes e o colesterol. De todos esses fatores, o único que vem diminuindo na sociedade é o tabagismo”, comenta.

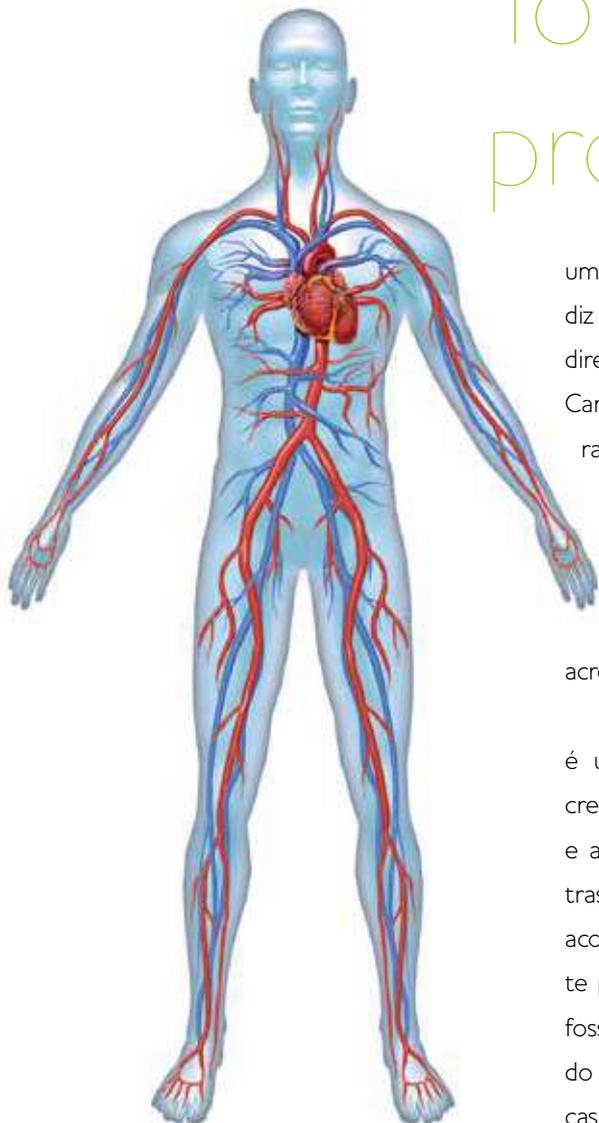
Ainda de acordo com a OMS, morrem, no mundo, 17 milhões de pessoas por ano por doença cardiovascular, 300 mil só no Brasil. E a previsão é que, até 2030, esse número chegue a 23 milhões. No Brasil, as doenças não comunicáveis causam 72% das mortes, sendo que

as cardiovasculares contribuem com 31% do total. Em termos de comparação, as mortes por câncer são 16,3%, por diabetes 5,2% e por doenças respiratórias 5,8%.

Para reduzir esses números, principalmente na população com idade ativa, a Sociedade Brasileira de Cardiologia estabeleceu uma série de metas de prevenção, com o objetivo de reduzir em 25% a mortalidade até 2025. Para isso, será necessário diminuir em 10% a prevalência do sedentarismo nos adul-

tos, aumentar em 25% o controle da pressão alta, limitar a ingestão de sal a menos de 5 gramas por dia, reduzir em 30% o número de fumantes e em 10% o consumo excessivo de álcool, diminuir a ingestão de gorduras saturadas em 15%, deter o aumento da obesidade, reduzir em 20% o nível de colesterol total na população, disponibilizar medicamentos para metade das pessoas que precisam prevenir ataque cardíaco e derrame e disponibilizar medicamentos para pelo menos 80% da

# Todos teremos problema cardíaco?



uma doença cardíaca é bastante alta”, diz o cardiologista Osni Moreira Filho, diretor da Sociedade Paranaense de Cardiologia. “Se nós formos considerar 80 anos como um nível de corte, até os 80 anos, mais ou menos um terço das pessoas, ou ela vai ter um infarto ou derrame, ou vai ter se tratado para não ter”, acrescenta.

Para o médico, no entanto, este é um fator positivo, que indica o crescimento da expectativa de vida e a diminuição das mortes por outras doenças. “Provavelmente, isso acontece porque o perfil de morte por doença infecciosa, que talvez fosse mais importante até a metade do século XX, deixou de existir graças aos antibióticos”. Assim, segundo o cardiologista o cuidado deve ser para adiar ao máximo o surgimento da doença. “Antes da menopausa na mulher e antes dos 45 anos no homem, a doença cardíaca aterosclerótica, o infarto ou a angina, são exceção. Só se manifestam quando existe uma grande propensão genética e se lida muito mal com os fatores de risco como tabagismo, diabetes, obesidade, hipertensão, entre outros”.

Apesar de não se poder prever uma doença cardíaca como o infarto, por exemplo, é possível prevenir, controlando esses fatores de risco.

“A comparação que dá para fazer é como prevenir acidentes de trânsito. Não existe nada que possa te vacinar contra um acidente de trânsito. Mas se você for um bom motorista, seguir as regras do trânsito, e na cidade que você está a maior parte é bom motorista, teu risco se torna mínimo. Então mesmo que não se possa prevenir 100%, ou prevenir em 100% das pessoas, um grande número vai se beneficiar cuidando desses fatores”.

Como, muitas vezes, a primeira manifestação de um problema cardíaco é o infarto ou a morte súbita, o médico alerta para a necessidade de se fazer exames periódicos. “Em termos de achar a doença, se nós formos considerar que até os 80 anos aproximadamente um terço vai ter a doença, isso nos traz algumas estratégias. Existem pacientes que antes de uma manifestação mais aguda da doença, sentem dor, desconforto. Esses são privilegiados, pois receberam um aviso. Mas existem várias situações em que a doença se desenvolve de forma silenciosa. Por isso precisamos fazer alguns testes com determinada frequência”, diz, orientando a visitarmos o cardiologista anualmente após os 40 anos. “Os dois principais fatores de risco, não conseguimos controlar: a idade e a genética. Mas todos os outros são

população que precisam deles.

Se chegarmos a uma idade avançada, passando dos 80 anos, provavelmente teremos uma doença cardíaca ou passaremos por algum procedimento para evitá-la. “A doença cardíaca é uma doença mais tardia. Então como regra ela costuma aparecer um pouco mais tarde na vida. Mas ela é bastante frequente. Se a pessoa chega em uma idade mais tardia, quer dizer, se ela não tem uma doença grave de outra área antes, a chance dela ter

## Previna doenças cardíacas controlando os fatores de risco

- Fuja do cigarro – pare de fumar ou não comece a fumar
- Controle sua pressão arterial – meça com frequência sua pressão, reduza o sal de sua alimentação
- Controle seu peso
- Pratique esporte ou faça uma atividade física regular
- Controle o colesterol
- Reduza o consumo de álcool
- Coma menos gordura – principalmente as saturadas
- Previna ou controle o diabetes – reduza o consumo de açúcar

Prevenção

controláveis”, lembra.

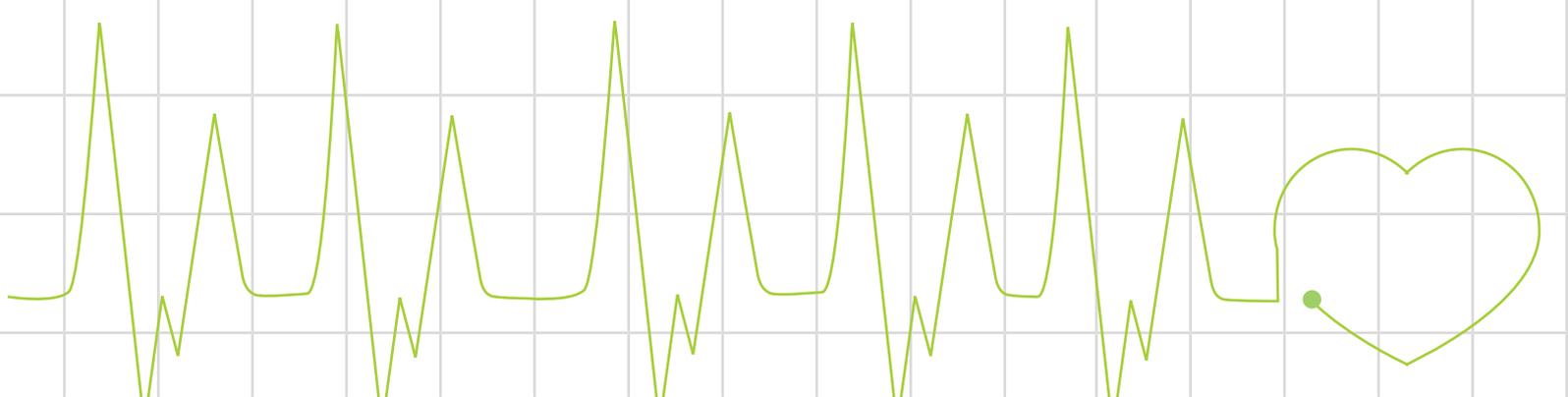
Como é uma doença multifatorial, entidades médicas e universidades têm se esforçado para calcular a influência de cada fator de risco na manifestação de doenças cardiovasculares. O referencial mais aceito atualmente é o Escore de Framingham, que faz um cálculo, a partir de dados como sexo, idade, nível de colesterol, pressão arterial e comportamentos de risco, inferindo um risco em 10 anos. “Ele não diz que

você vai ter, e nem o momento que vai acontecer. Então ele apenas diz que o teu risco. Se for de 50%, por exemplo, quer dizer que, se pegasse um grupo com a tua característica, e acompanhasse durante 10 anos, possivelmente metade deles não ia ter problema”, explica Dr. Osni.

Se neste escore o paciente se depara com um risco baixo, a recomendação do cardiologista é, apesar de saber que o risco existe, levar a vida como se ele fosse praticamente

zero. “Se o risco está baixo, é porque os fatores de risco estão controlados. Então, se o paciente mantiver seus hábitos de vida, dificilmente desenvolverá a doença precocemente”, disse. Se o risco for moderado ou alto, é hora de procurar o médico especialista, submeter-se a exames e tentar diagnosticar a doença, em um estágio inicial, que aumenta consideravelmente as chances de reversão, seja com tratamento farmacológico ou cirúrgico, seja apenas





# Conheça mais doenças cardíacas

Além das doenças coronárias, as mais comuns no sistema cardiovascular, outras doenças, com bem menos frequência, afetam o coração. Dr. Osni Moreira Filho explica as mais conhecidas:

- Existem várias linhas de doenças do coração. Existem doenças que são congênitas, são má formações que a pessoa já nasce com ela, por um motivo qualquer, familiar ou não, exposição à radiação, exposição a uma substância tóxica, mas de qualquer forma já estão presentes no momento do nascimento. O grau de gravidade dessas doenças é variável. Aquelas que são extremamente graves não permitem nem que a criança nasça, existe uma morte no útero. E aquelas que são simples podem passar durante toda uma vida útil e a pessoa chegar aos 60, 70, 80 anos e aquilo não trazer uma consequência.
  - Além das doenças congênitas, existem doenças em vários órgãos, como, por exemplo, doenças na parte externa do coração, chamada pericárdio, são as pericardites. Normalmente essas pericardites são de cunho inflamatório. Essa inflamação pode ser infecciosa, e pode ser por um mecanismo imunológico. É uma situação relativamente incomum.
  - Existem as doenças que são do próprio músculo do coração, que podem ser originadas, por exemplo por uma infecção, como no caso da doença de Chagas, ou elas podem ser originadas por uma doença imune, como a doença Lupus Eretematoso Sistêmico, que pode fazer uma lesão no músculo cardíaco e gerar uma miocardite.
  - Além disso também existem doenças que afetam a parte mais interna do coração, que se chama endocárdio. Seja o endocárdio que reveste as cavidades, seja o endocárdio que reveste as válvulas. Quando nós temos o revestimento das cavidades, pode haver, por exemplo, um endurecimento do coração, que faz com que o coração tenha uma menor elasticidade, uma menor capacidade de se dilatar.
  - Quando se trata de válvula, existem muitos mecanismos diferentes. Talvez o mais comum, menos nessa fase agora, mas há alguns anos atrás, era uma doença chamada febre reumática ou moléstia reumática. Esta moléstia reumática é uma reação imune a uma infecção por uma determinada bactéria, que se chama Streptococcus, e devido a essa infecção, inflama-se algumas válvulas do coração. Então essas válvulas podem ou não abrir, ou não fechar. Quando elas não abrem perfeitamente é uma coisa chamada Estenose. Quando elas não fecham perfeitamente é uma coisa chamada insuficiência.
- 

# O TABACO COMO CAUSA DE DOENÇA CARDÍACA

Todos já sabemos que o cigarro é altamente perigoso para o aparelho respiratório, sendo o principal responsável por várias doenças nos nossos pulmões, brônquios, laringe e faringe, entre outros órgãos. Mas o tabagismo também é um dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares, como infarto, derrame, AVC e angina instável. Por conta de uma série de componentes químicos, o cigarro acaba reduzindo o HDL, que é o colesterol bom, aumenta o LDL, que é o colesterol ruim.

“Além disso, existe uma vasoconstrição, as artérias ficam mais constrictas quando a pessoa fuma

a nicotina e o cigarro acaba instabilizando as placas de gordura que ficam dentro dos vasos sanguíneos e quando elas se rompem é que forma o coágulo, fecha o vaso e existe o infarto”, explica o médico André Ribeiro Leogowiski. “O cigarro é considerado pela Organização Mundial da Saúde a maior causa de morte evitável no mundo, a segunda é a bebida alcoólica e a terceira, é o tabagismo passivo”, acrescenta.

O médico cita trabalhos realizados para avaliar os efeitos das leis antifumo em diversas localidades para mostrar os efeitos do cigarro no coração. Um trabalho realizado na Escócia, em 2008, apontou

a diminuição de 17% nas internações por doenças cardíacas após a aprovação da lei antifumo. “Recentemente, nos Estados Unidos, no estado de Minnesota, conseguiu-se uma redução de 34% nas internações por infarto após a aprovação da mesma lei”, conta.

Segundo o cardiologista, a combinação do cigarro com outro comportamento de risco, como a obesidade, a hipertensão arterial sem controle ou o sedentarismo, representa o maior risco para o coração. “No Brasil temos 15% de adultos que fumam, e no máximo 20% de ativos fisicamente. Vivemos num país de sedentários, o que faz com

que a gente tenha o aumento de doenças crônicas, como o diabetes. O cigarro, combinado com algum destes fatores, é uma bomba”, alerta.

O médico lembra que o tabagismo não é apenas um comportamento de risco que pode levar a uma doença. O vício no cigarro, por si só, já é considerado uma doença. “É importante lembrar que tabagismo não deve ser encarado como um hábito. É uma doença, classificada pelo Código Internacional de Doenças, ‘transtornos mentais em decorrência de substância psicoativa – nicotina’. Então, a pessoa fuma porque tem uma dependência forte de nicotina. E, para isso, tem tratamento, em muitos casos, até medicamentoso. O importante é a pessoa querer parar de fumar e buscar a ajuda do médico para isso”.

Com a doença cardíaca manifestando-se com grande frequência nas pessoas com idade mais avançada, um dos principais problemas do tabaco é a antecipação desta manifestação. “Se a pessoa está relativamente controlada nos seus fatores de risco, haveria uma expectativa de um infarto com 70, 80 anos.

Com o uso do tabaco, ela pode ter esse infarto entre os 40 e 50 anos de idade. Ainda numa fase muito ativa, produtiva, com suas responsabilidades familiares”, lembra o médico.

O cardiologista também lembra que, apesar das restrições com as leis antifumo, o tabagismo passivo ainda é uma ameaça para as pessoas que vivem com fumantes. “Vale lembrar que o cigarro tem na composição de sua fumaça duas fases, a gasosa e a particulada. A fase particulada é formada pela nicotina e alcatrão. Se uma pessoa fuma, em um ambiente, a fumaça sai, se mistura com o ar, mas a fase particulada se deposita no ambiente. Então, quando se fuma em casa, ou no carro, mesmo que sem outras pessoas não estejam no local no momento em que se fuma, elas terão contato com as partículas posteriormente”.

O tratamento do tabagismo é baseado em dois pilares: a abordagem cognitiva comportamental, onde o médico vai saber dos hábitos do fumante e tentar alterá-los, e o tratamento medicamentoso. “Existe uma série de questões que você precisa saber, como pro exemplo, qual o cigarro mais prazeroso para o fumante, se é o que fuma quan-



do acorda, o de depois do almoço, ou do cafezinho da tarde, se ele ingere bebida alcoólica, se faz alguma atividade física, se mais alguém da casa fuma, se ele já tentou parar de fumar alguma vez, entre outras, para que você tente ajudá-lo a construir novos hábitos de vida”, comenta, explicando que, paralelamente à mudança de hábitos, faz-se o tratamento medicamentoso, para reduzir os sintomas da síndrome de abstinência, “pois a pessoa pode ter dor de cabeça, irritabilidade, insônia, mal estar, uma série de efeitos que podem fazer a pessoa voltar a fumar. Então, existem medicamentos para que a pessoa passe esse primeiro período de tratamento, que dura até três meses, com menos sofrimento”.



# DROGAS QUE AJUDAM A CONVIVER COM A DOENÇA

Outro campo da saúde que vem avançando no tratamento de doenças cardíacas é o da farmacologia. Novas drogas já estão sendo receitadas para o controle de arritmias cardíacas, prevenção de derrames, redução do colesterol e, até para tratamento da insuficiência cardíaca.

O cardiologista Olympio França destaca como uma das principais novidades farmacológicas dos últimos anos o lançamento de drogas capazes de reduzir o risco de derrames e acidentes vasculares cerebrais (AVC) em pacientes com arritmia cardíaca. “São novos anticoagulantes. Eles, basicamente, evitam a formação de coágulos dentro do coração nessas pessoas com arritmia. Esses coágulos podem se desprender do coração, e, por exemplo, ir para o cérebro, causando o AVC”.

As novas drogas substituem os anticoagulantes antigos no mercado, da década de 1950, cuja efetividade precisava ser medida frequentemente em exames de sangue. “É um exame chamado de Tempo de Atividade de Protombina, que flutua muito. Quando está elevado, aumenta o risco de

efeitos colaterais como hemorragias; quando está baixo, o medicamento não está fazendo efeito. A faixa terapêutica é muito estreita e é isso que as novas drogas corrigem”, explica.

Outras novidades estão para ser lançadas no mercado farmacêutico, como medicações redutoras de colesterol, que estão em processo de aprovação pelas autoridades médicas e sanitárias. “Atualmente, para tratamento das dislipidemias, alterações do colesterol, hipercolesterol e colesterolemia, a gente utiliza Estatina, que é uma droga que inibe a produção do colesterol. Mas, frequentemente, a gente atende pacientes que têm intolerância à estatina e outros que, com uma doença congênita, mesmo com a redução proporcionada pela estatinina continuam com níveis muito alto de colesterol, é uma doença que chamamos de hipercolesterolemia familiar”, diz o médico, explicando que a nova droga atenderá esses dois grupos de pacientes: substituindo a estatinina nos intolerantes e sendo combinada com a estatinina para os que precisam de uma redução ainda maior. Ainda sem nome comercial, a medicação é cha-

mada de inibidora de PCSK9 – uma enzima que degrada os receptores do colesterol no fígado. “Inibindo essa enzima você terá mais receptor para o colesterol no fígado, o que vai tirar mais colesterol de circulação no sangue, conseguindo baixar o colesterol”, esclarece. Até o momento os estudos mostraram uma redução de até 50% nos níveis de LDL, o colesterol ruim, num tratamento de 12 semanas.

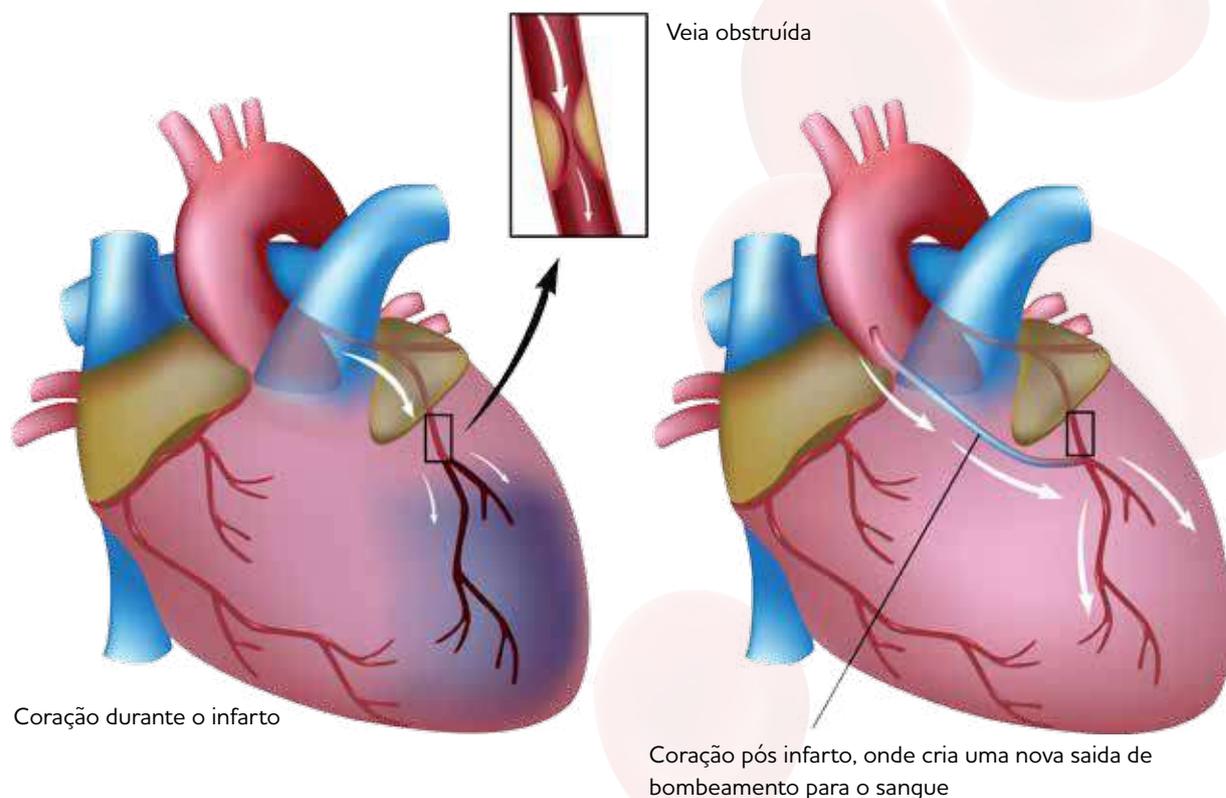
Olympio França também destaca o desenvolvimento de uma medicação que pode ser utilizada para insuficiência cardíaca grave. “É para uma situação bem específica, para pacientes que já estão tratados com as drogas tradicionais e continuam apresentando uma frequência cardíaca elevada”, diz o médico. Estudos que mostram que a medicação, chamada Ivabradina, reduz as hospitalizações cardíacas por atuar no mecanismo de redução do ritmo cardíaco.





# QUEM NÃO TEM

Ataque cardíaco é principal consequência da obstrução de artérias



Um dos maiores temores que temos em relação a nosso aparelho circulatório é o do infarto. Uma dor súbita no peito, que chega sem avisar e que, dependendo da gravidade e do tempo que levamos para recebermos atendimento médico, pode ser fatal. O infarto é um processo de morte celular, que ocorre por déficit de energia, por falta de oxigênio. “Isso acontece, como regra, por uma interrupção do fluxo de sangue. Se eu tenho uma interrupção do fluxo

de sangue na artéria que leva o sangue para a parte esquerda do coração, eu vou ter um infarto na parte esquerda do coração. Se eu tenho um infarto na artéria que vai para a parte esquerda do cérebro, eu vou ter um infarto cerebral, ou derrame. Também pode ocorrer a interrupção de fluxo de sangue na artéria principal da perna, que chamamos de gangrena”, explica o médico Osni Moreira Filho.

A gravidade do infarto varia de

acordo com a artéria afetada, podendo ocorrer desde situações tão pequenas que passam despercebidas, que só são detectadas posteriormente em um exame de controle realizado até muitos anos depois, como pode ser algo que mate subitamente. “O importante é prevenir, evitando todos aqueles fatores de risco (tabagismo, consumo de álcool, obesidade, hipertensão, diabetes, colesterol, sedentarismo) e tentar diagnosticar a formação de placas

# MEDO DO INFARTO?

de gordura nas artérias que poderão, posteriormente, causar a obstrução e, conseqüentemente, o infarto”, explica o médico, lembrando que, na maioria dos casos, o infarto pode ser revertido, mesmo que parcialmente, sobrando função cardíaca suficiente para uma vida normal.

“Para diagnóstico do infarto, é feito o cateterismo e, se confirmado que o paciente está com uma artéria fechada, parte-se para a angioplastia. A chance de sobrevivência depende do tamanho do infarto e de quantas artérias foram comprometidas, mas o mais importante é chegar rápido ao hospital, na primeira manifestação de dor no peito, que pode ser aliada a palidez ou suor, deve procurar o hospital imediatamente, para ter menos dano na fibra do músculo cardíaco. Quanto mais tempo demorar, mais fibra vai morrer”, lembra o presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia no Paraná, Dr. Álvaro Moura.

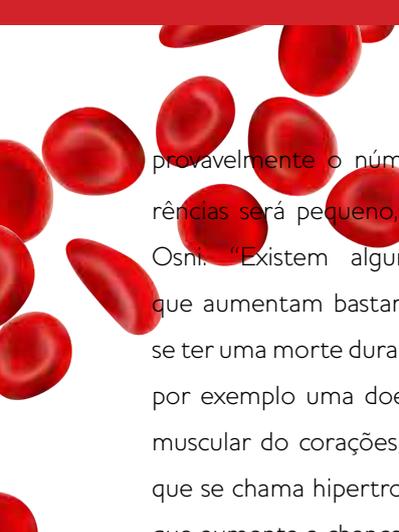
## O estresse como desencadeador do infarto

O estresse no trabalho, ou na vida pessoal, pode colaborar para um processo de infarto. Primeiro porque o estresse pode ser determinante para um comportamento de risco. Com uma vida agitada, atarefada, com pressão e sem tempo para lazer, a pessoa acaba ficando sedentária, não atenta para uma alimentação saudável e não controla a pressão arterial e o colesterol, por exemplo, se é fumante, pode fumar mais que o de costume, aumentando significativamente o risco da doença, se algum desses fatores saírem de controle. “A outra maneira que o estresse pode interferir é como gatilho. Se eu tenho um processo longo de vários anos de obstrução de artéria coronária, um momento de estresse agudo pode ser

o suficiente para desencadear o processo, que ocorreria mais cedo ou mais tarde, mas foi antecipado pela situação de estresse”, explica Dr. Osni.

### Infarto durante a atividade física

Outro gatilho para a manifestação de um infarto é a atividade física intensa. Por exigir mais do sistema cardiovascular, há o risco de, já havendo alguma artéria obstruída, a pessoa sofrer infarto após, ou mesmo durante a atividade física. Por isso, já é lei em diversos estados brasileiros, inclusive no Paraná, a exigência de um atestado médico para a prática de atividade física em academias e clubes. “Não é possível uma prevenção total. Mas tomando certos cuidados, o número de atletas expostos será pequeno. E



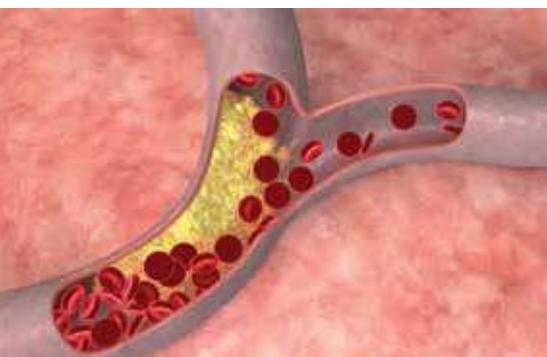
provavelmente o número de ocorrências será pequeno, comenta Dr. Osni. “Existem algumas doenças que aumentam bastante o risco de se ter uma morte durante o esporte, por exemplo uma doença na parte muscular do coração, uma doença que se chama hipertrofia miocárdica, que aumenta a chance da pessoa vir a ter um evento durante o esforço”, cita, lembrando o caso do atleta Serginho, do São Caetano, que teve morte súbita em campo, em 2004.

Para quem não é atleta profissional, com um exame cardiológico anual e a atenção para os fatores de risco, o médico salienta que o risco é muito baixo. “Para a atividade física não competitiva, não é preciso que se seja tão rigoroso na pesquisa, porque o grau de exposição do coração, o grau de sobrecarga, é relativamente pequeno. Então é necessário uma consulta com o seu médico, que, através de alguns exames mais simples, vai poder determinar se é uma pessoa que tem

um risco maior, ou se tem um risco menor. Sendo um risco menor, não tem porque deixar de fazer atividade física”, diz. “Quando se trata de esporte competitivo, aí muda um pouco de figura. Porque daí a pessoa vai lidar com limites. Então, essa pessoa deve ser submetida a alguns exames mais aprofundados, para que ela seja testada sob um estresse maior. Se ela tiver um comportamento normal sob um estresse maior, ela pode fazer atividade com um risco muito pequeno de problemas”, conclui.

---

## Diganosticando e tratando – a experiência do cateterismo cardíaco



Um dos procedimentos mais comuns para o diagnóstico e, até, o início do tratamento das obstruções das coronárias, que desencadeiam o infarto, é o cateterismo cardíaco. “É o melhor exame para ver se tem ou não obstrução. É feito com anestesia local, é pulsionada uma artéria do corpo, ou a radial ou a femoral, depende do paciente, e, por lá, é avançado um cateter até as coronárias para ele injetar contraste e ver se tem obstrução ou não”, explica o Dr. Alvaro Moura. “Diagnosticada a doença, é feita uma avaliação. Dependendo do local e da quantidade das obstruções, ou o paciente faz tratamento clínico, ou angioplastia ou cirurgia cardíaca”, acrescenta.

No caso do infarto, após locali-

zar a artéria comprometida através do cateterismo, o paciente é submetido a uma angioplastia. “É um procedimento semelhante ao cateterismo, usamos o cateter para pulsionar uma artéria, mas, por dentro do cateter, a gente passa um balão e implanta um stent, que é uma prótese dentro da artéria e serve para desobstruí-la. Às vezes, como faz coágulo, utiliza-se o cateter para retirar o coágulo”, explica.

Em outros casos, o tratamento indicado pode ser a cirurgia cardíaca. A famosa ponte de safena. “Neste procedimento, é feita uma incisão no tórax do paciente, com anestesia geral. É retirada uma veia da perna para fazer uma ponte sobre a placa de arteriosclerose que está obstruindo a artéria. Assim, o sangue passa a circular por essa ponte. A cirurgia também pode ser feita com o uso da artéria mamária”, conta o médico.

Dr. Alvaro salienta que nem a angioplastia nem a cirurgia cardíaca sig-

nificam cura da doença. “O paciente tem que seguir com as mesmas medidas de prevenção, com o controle dos fatores de risco, porque, apesar de estar resolvido naquele local, a doença pode ocorrer em outra artéria, ou, até mesmo, voltar a se manifestar no mesmo local”.

Os procedimentos são altamente seguros e com um processo de recuperação relativamente rápido. Na angioplastia, o paciente volta para casa no dia seguinte e pode retomar as atividades normais em dois ou três dias. A cirurgia é um pouco mais demorada, geralmente requer cerca de uma semana de hospital e a volta às atividades ocorrem entre 15 dias a um mês de pós-operatório.

Segundo o médico, o risco de uma angioplastia é fazer um infarto na hora deslocando a placa na tentativa de desobstruir, mas o risco é de 0,5% e o infarto pode ser controlado. Na cirurgia há um risco de em torno de 2% de mortalidade por alguma complicação.

# NOVIDADES TECNOLÓGICAS PARA DIAGNÓSTICO DE CARDIOPÁTIAS



A característica silenciosa da doença cardiovascular que, muitas vezes, tem como sua primeira manifestação o infarto, ou, até, a morte súbita, exige uma estratégia avançada de diagnóstico e as novas tecnologias, com exames de imagens altamente precisos são as grandes aliadas neste processo de detecção de doenças cardíacas antes mesmo de qualquer manifestação de sintoma. Assim, quanto mais fatores de risco uma pessoa apresentar, mais cedo se recomenda que realize um check-up.

“Os pacientes que sentem um sintoma são ‘privilegiados’. E devem levar esse aviso muito a sério procurando logo um cardiologista quando sentir qualquer tipo de dor no peito, principalmente se associada à falta de ar posterior à atividade física, com alívio durante o repouso”, diz o cardiologista João Vicente Vitola, especialista em diagnóstico por imagem. “Mas nem todos receberão este aviso. Então, precisamos de uma estratégia que é quanto maior o número de fatores



de risco presentes em um paciente, mais precoce deverá ser a procura pelos exames de diagnóstico, após uma consulta com o cardiologista”.

O médico conta que hoje, com o avanço tecnológico, pode-se detectar, sem métodos invasivos de exame, até 90% dos problemas cardíacos em um paciente. “Temos avanço tanto na parte de tecnologia nuclear, usando radioisótopos para fazer cintilografia do miocárdio, que estuda a quantidade de fluxo de sangue que passa pelas artérias coronárias; como na tomografia cardíaca ultrarápida, com baixa dose de radiação, que, muitas vezes, em um ou dois batimentos cardíacos, obtém milhares de imagens do coração em três dimensões, estudando a árvore coronária e a parte anatômica do coração”.

Com esses exames, pode-se diagnosticar tanto a existência de

arteriosclerose, quanto a quantidade de esquemia (a deficiência de fluxo de sangue) existente. “Assim, o médico poderá, seguramente, decidir se adotará um tratamento mais conservador, com o uso de medicamentos, ou uma intervenção mais invasiva, como a hemodinâmica (cateterismo e angioplastia) ou a cirurgia cardíaca”, sustenta João Vitola

“A tecnologia nuclear, com o uso da cintilografia de perfusão do miocárdio é chave para definir os pacientes de maior ou menor risco. E guia o médico no tratamento mais adequado para o paciente. A tecnologia de tomografia é vista principalmente por dois aspectos: ela nos ajuda a quantificar a carga de arteriosclerose que existe nos vasos sanguíneos, através de pontos de calcificação, e também ajuda a avaliar as obstruções em si”.

O médico comenta que estudos científicos mostram que os indivíduos que têm uma baixa carga de arteriosclerose (pouca calcificação), têm um prognóstico excelente ao longo prazo. “Quando o teste dá negativo, pode ficar tranquilo que, em 99% das vezes, o paciente não tem nada e isso é feito de uma forma completamente não invasiva, graças ao avanço tecnológico”.

Assim, o médico tem, basicamente, duas opções de exames de imagem para seu paciente. “Quando se está buscando um valor negativo, descartar a doença, usamos a tomografia, evitando muitas vezes, o cateterismo cardíaco. Um paciente com uma tomografia negativa não precisa se submeter ao incômodo de um cateterismo”, diz. “Já quando a probabilidade da existência da doença é grande e quer se buscar onde há a obstrução do flu-

xo de sangue e em qual intensidade, o mais indicado é o exame de perfusão do miocárdio”, completa.

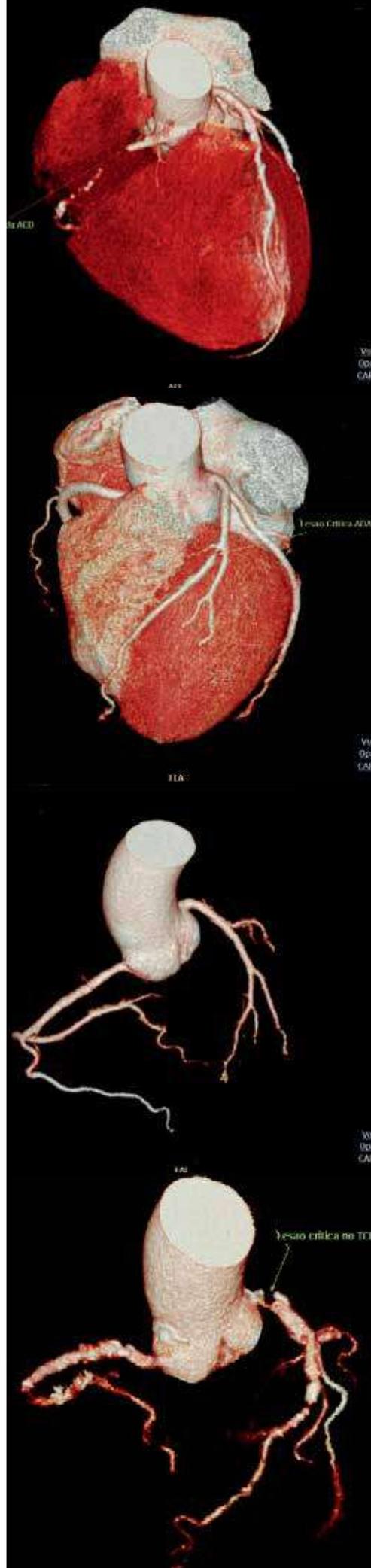
O médico acredita que o avanço da tecnologia de diagnóstico por imagem permitirá exames e, até, tratamentos bem menos agressivos que os utilizados atualmente. “Há um movimento para que a tecnologia da imagem se desenvolva a ponto de que o cateterismo cardíaco seja uma forma de tratamento do paciente, pela revascularização, e, não mais, de diagnóstico. Hoje já temos tecnologia suficiente para que nenhum paciente seja submetido a um cateterismo e depois seja diagnosticado que ele não tem nada. Se bem usada a tecnologia, hoje, só vai para o cateterismo o paciente que realmente precisa de intervenção”, explica.

Toda essa tecnologia é, também, muito cara e, para se tornar viável no sistema de saúde brasileiro, precisa de uma política de utilização. “A única forma que temos de viabilizar a utilização desta tecnologia de maior custo para uma população que vem crescendo, e um problema que vem crescendo dentro desta população, é se utilizarmos as indicações apropriadas e, principalmente, o que hoje enfatizamos muito, que é o custo-efetividade”, diz o médico, explicando que, se bem utilizados, os exames de imagem, apesar de caros, podem gerar economia futura. “Se, com um diagnóstico preciso, decidimos que

vamos tratar um paciente de forma mais conservadora, com medicamentos, é muito mais custo-efetivo que fazer uma cirurgia de revascularização em um paciente em que a indicação não é precisa. Ao mesmo tempo que é caro, o exame pode evitar custos desnecessários com a cirurgia e todas as suas conseqüências, como o internamento e a utilização de UTI”.

Assim, como a doença arteriosclerótica é um processo biológico contínuo, que aumenta conforme a idade, a recomendação é que todo indivíduo passe por uma avaliação cardiológica aos 40 anos de idade. Se houver a presença de algum dos fatores de risco (diabetes, hipertensão, colesterol alto, obesidade, tabagismo) essa avaliação pode ser adiantada, assim como se ocorrer qualquer manifestação de sintomas.

“Temos dois problemas: situação de pacientes tendo morte súbita por doença não identificada, em que precisamos de recursos financeiros para montar estratégias de investigar esses pacientes que tenham esse problema hibernante, e temos outra situação de uma população já com a doença conhecida, que temos que usar a tecnologia. Então, se não indicarmos de forma apropriada essa tecnologia, é muito difícil equalizarmos a viabilidade econômica daquilo que todos queremos que é o avanço tecnológico”, avalia o Dr. Vitola.



# TRATANDO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Insuficiência cardíaca é a fase avançada de quase todas as doenças cardíacas. É a consequência das doenças isquêmicas, do infarto, das doenças coronarianas, e, até, da hipertensão. “Todas essas doenças levam a um enfraquecimento do músculo do coração, ao que chamamos miocardiopatias. Assim, o coração mais fraco tem dificuldade ou de contração, para bombear o sangue, ou de relaxamento”, explica a médica cardiologista Lídia Moura.

Apesar de ser uma fase avançada da doença cardiovascular e, muitas vezes, a etapa terminal da doença, a insuficiência cardíaca pode ser tratada. “Não quer dizer que ela não tenha tratamento. Cura, nenhuma das doenças cardíacas tem, mas não quer dizer que ela não tenha manejo, não quer dizer que você não possa ter uma melhora de qualidade de vida com tratamento, mas ela é considerada uma fase avançada”, diz a médica.

A cardiologista conta que há uma classificação internacional da

insuficiência cardíaca que varia de estágio “A” a estágio “D”. Estágio A é usado para classificar o paciente que não tem absolutamente nada no coração, mas tem algum dos fatores de risco, como diabetes, colesterol alto, hipertensão ou tabagismo. É um doente com risco de desenvolver uma doença que vai vir a lesar o músculo cardíaco. Nos estágios B e C, já há algum comprometimento cardiovascular que, se não tratado ou controlado, evoluirá para a insuficiência cardíaca grave. No estágio C, já há a manifestação de sintomas, como dor e falta de ar. Já o estágio D é o paciente em estado mais avançado, é a insuficiência cardíaca grave. É o paciente em que o tratamento não está mais tendo resultado e será necessária alguma intervenção cirúrgica, ou a colocação de um marca passo, ou, até mesmo, o transplante.

Assim, a médica reforça que a melhor forma de se tentar evitar, ou, ao menos, adiar ao máximo a mani-

festação da doença é a atenção já no estágio A. “É o grande macete, a prevenção de todas as demais doenças vai acabar levando à prevenção da doença cardíaca. Exceto por aquelas virais, e alguns padrões familiares que estão sendo descobertos, todo o restante é passível de prevenção”, comenta.

A médica também alerta para o risco da insuficiência cardíaca após o infarto. “O infarto é a oclusão de uma artéria coronariana. A área que era vascularizada por essa artéria deixa de receber sangue abruptamente, e vai morrendo. O infarto é a morte daquela área muscular. Então, quanto maior o tempo que se leva para reverter um infarto, maior a quantidade de músculo morto e a perda de parte da função”, explica

Lídia Moura lembra que a medicina tem evoluído bastante nos últimos anos, a ponto de cada vez menos pacientes chegarem ao estado de insuficiência grave. “A grande causa de morte da deficiência car-



díaca, como um todo, não é a falência de ventrículo. O doente não vai morrer definhando no hospital. O grande problema é a arritmia. Eles têm um coração muito debilitado e uma arritmia acaba sendo letal, mas com os cardiodesfibriladores implantáveis, que temos hoje, à disposição, conseguimos, de uma certa forma, abortar uma arritmia”.

Outra grande inovação, segundo a médica, são os dispositivos de assistência ventricular, conhecidos como ventrículos artificiais, que, em alguns casos, já vêm sendo utilizados como alternativa ao transplante. “Hoje eles estão sendo utilizados temporariamente, enquanto se o paciente espera por um transplan-

te, mas já está sendo estudada sua utilização permanente, em pacientes que têm contraindicação para o transplante”, explica.

Mas, em grande parte dos casos, a indicação continua sendo o transplante. “É importante ressaltar que o transplante não é cura. Isso é uma ilusão. Transplante é uma doença pela outra. A diferença é que realmente a doença que o transplante trás tem uma qualidade de vida muito melhor. É um paciente que caminha, um paciente que faz as suas coisas, não é um paciente tão restrito. Mas existe ainda um risco grande, principalmente no primeiro ano pós-transplante de rejeição e de infecção”, diz a médica. “Mas lógico, para esses pacientes que já não es-

tão respondendo a nada, que você já fez o tratamento na dose máxima, esse é um doente que para ele o procedimento transplante é só lucro”, prossegue.

Mas o transplante ainda esbarra na ausência de uma melhor estrutura. “O Brasil é um grande transplantador de alguns órgãos. Entre eles rim e fígado. Córnea também, o Brasil exporta córnea. Mas coração e pulmão exigem muito cuidado com o doador. Precisa de alguns procedimentos especiais com esses pacientes que entram em morte cerebral, que muitas UTIs ainda não praticam. Por isso, nosso aproveitamento de corações é baixo”, lamenta a médica.



# A VIDA DEPOIS DO INFARTO

## Reabilitação cardiovascular

A reversão de um infarto não é a cura da doença. Normalmente, toda pessoa que sofre um infarto sofre de arteriosclerose, que causa a obstrução nas artérias coronárias e, apesar de ter passado por uma angioplastia e solucionado o problema no local onde houve o infarto, a doença permanece e o paciente segue sujeito a novas manifestações. A arteriosclerose é uma doença crônica, que, apesar da existência de tratamentos para controlá-la e retardar seus efeitos, não tem cura.

“Após o infarto, a pessoa vai tomar medicamentos, que é a base do tratamento dela, mas vai cuidar, também, de seus hábitos, que originaram a doença e que, se não alterados, continuarão a expondo a sérios riscos. Assim ela vai cuidar da alimentação, vai diminuir o estresse e vai, sim, fazer atividade física”, recomenda a fisioterapeuta Heloísa Hanna, especialista em reabilitação cardiovascular. “Você não pode mudar o seu pai e a sua mãe. E parte do risco da doença cardíaca você herdou deles. Mas outras atitudes você pode mudar. E dentro do tratamento dessa doença, e da prevenção que ela volte a acontecer, você pode fazer o exercício físico. Está comprovado cientificamente que a atividade física vai melhorar a qualidade desse indivíduo, até a qualidade do sangue dele, para não deixar que ocorra de novo essa obstrução”, emenda.

A fisioterapeuta explica que a reabilitação do coronariopata precisa misturar exercícios aeróbios (que envolve grandes grupos musculares), como caminhadas, pedaladas e corridas e anaeróbios (localizados), principalmente de força, flexibilidade e alongamento, pois melhoram o metabolismo do indivíduo. “Até pouco tempo atrás, dava-se ênfase apenas para os exercício aeróbios. Mas constatou-se que, quanto maior for a minha massa muscular, melhor vai ser o metabolismo do meu organismo e isso também vai fazer prevenção. Então, hoje, a gente associa também a recuperação com os exercícios de musculação”.

A fisioterapeuta explica que a reabilitação é, na verdade, um trabalho de prevenção. “A gente fala em prevenção primária e secundária. A primária é para o indivíduo que ainda não desenvolveu uma coronariopatia, mas que tem um ou mais fatores de risco: hipertensão, diabetes, colesterol alto. A secundária é para quem já teve o evento, ou infartou, ou colocou stent, ou fez cirurgia cardíaca. Mas, basicamente, nos dois casos, eles farão o mesmo tipo de exercícios”, conta, lembrando que sempre antes de se iniciar uma atividade física é necessária uma avaliação do cardiologista, até para quantificar o exercício, “você pode estar, inclusive, fazendo menos exercício do que o necessário, o que não trará efeitos na prevenção”, comenta.

Heloísa Hanna destaca, ainda que o início da atividade física como tratamento cardiovascular pode ser imediato após o evento. “Saiu do

hospital já pode estar fazendo exercício. Claro que não vai jogar uma partida de futebol, mas pode fazer atividades de menor intensidade e ir progredindo de acordo com a orientação do médico e do fisioterapeuta. Eu tenho cardiopatas aqui com teste de esforço melhor do que o de uma pessoa sedentária que não tem doença”, provoca.

A reabilitação do cardiopata que passa por cirurgia cardíaca é dividida em quatro fases: a primeira é no hospital, nos cerca de 7 dias de internamento; a segunda, é imediata após a alta hospitalar e dura cerca de dois meses e já deve fazer alguns exercícios leves; na sequência ele entra na fase de condicionamento físico, em que se aumenta a intensidade; e a quarta, é a de manutenção, que deve durar por toda a vida. “Ele já está condicionado, faz um teste de esforço, está com aptidão cardiorrespiratória excelente para sua idade. Aí, sim, ele pode jogar futebol, pode, até, competir em alto nível, se for o caso”.

A profissional reforça a necessidade de uma avaliação física antes de se iniciar qualquer atividade e elogia a lei estadual que vem exigindo exame médico para o ingresso em academias e clubes esportivos. “Mesmo que não se tenha fator de risco nenhum, pode-se ter uma doença hereditária e não saber, então, essa avaliação médica é fundamental, uma vez que o exercício sobrecarrega o músculo cardíaco e, se houver uma doença hibernante, pode desencadear sua manifestação que, às vezes, é o infarto ou, até, a morte súbita”, comenta. “Nas academias e

clubes isto está bem controlado o maior problema, agora, é a pessoa que resolve começar, sem essa avaliação, a correr, sozinha, na rua, por exemplo”, alerta. “Mas não podemos deixar que essa exigência de um exame médico seja um empecilho para iniciarmos uma atividade física”.

A fisioterapeuta conclui dizendo que os cardiopatas, sejam as vítimas de infarto ou os pacientes que passaram por cirurgia cardíaca podem ter uma vida normal após o evento, desde que mude os hábitos que geraram a doença. “Não é porque ele infartou que ele vai morrer, que ele vai ter que fazer restrição. O importante é saber que vai ter que mudar hábitos de vida. Se ele não mudar isso ele não vai mudar o curso da história dele. A doença existe. Ela está lá, você não cura essas doenças, você trata. Se você tratar você tem uma longevidade boa. Se você não tratar você diminui”.



# Sou Médico Referenciado.

Somente os médicos da Associação Médica do Paraná são referenciados para fazer parte do Sistema Nacional de Atendimento Médico – SINAM. Um sistema que já conta com mais de 600 mil usuários em todo o Paraná e que a cada dia incorpora mais e mais adeptos, numa demonstração clara de credibilidade e confiança que a instituição goza junto ao mercado.



Se você ainda não é, não perca mais tempo. Filie-se ainda hoje a AMP e descubra, além dessa, uma série de outras vantagens. Seja você também um médico

referenciado e descubra todas as vantagens de trabalhar para um sistema onde não existem intermediários entre você e o seu paciente.



## A solução ideal para não depender do SUS ou plano de saúde.

O Sinam é um sistema de atendimento médico que a Associação Médica do Paraná – **AMP** oferece para quem não quer depender do SUS e não deseja ou não pode pagar um plano de saúde. Sem mensalidades, carências, condicionantes de idade ou limitadores de doenças preexistentes, o usuário pode gozar de descontos em exames e procedimentos médicos. Mas as vantagens não param por aí. Só o Sinam

proporciona ao usuário a comodidade de escolher, dentre os mais de 1400 médicos cadastrados, aquele da sua preferência, para então receber atendimento particular, sempre com valor diferenciado e mais acessível.

Acesse o nosso site e descubra porque milhares de usuários elegeram o Sinam como a solução ideal para ter acesso aos médicos referenciados pela AMP.