

Sociedade Portuguesa de
CARDIOLOGIA

Boletim

Nº 115 • Setembro 2005

SUMÁRIO

<i>O Dia Mundial do Coração e a Prevenção Cardiovascular</i>	3
<i>Doença Cardiovascular: Factos e Números</i>	4
<i>Background Doença Cardiovascular</i>	5
<i>AVC e Fibrilhação Auricular</i>	7
<i>Peso Saudável, Corpo Saudável: Um Coração Para a Vida</i>	9
<i>Luxembourg Declaration</i>	10
<i>SPC</i>	12
<i>Secretário-Geral</i>	13
<i>XXVII Congresso Português de Cardiologia</i>	15
<i>Grupos de Estudo e Associações Especializadas</i>	17
<i>A Nova Revista Portuguesa de Cardiologia</i>	18
<i>Regulamento da Revista Port. de Card.</i>	19
<i>Reuniões Nacionais e Internacionais</i>	20





**The Portuguese Society of Cardiology
supports
the European Society of Cardiology
Fellowship Programme**

Learn more about the Fellows Community
at the Fellowship Information Desk:
ESC Village, Hall C

www.escardio.org/fellowship



Dia Mundial do Coração



O Dia Mundial do Coração e a Prevenção Cardiovascular



A entrada no século XXI coincidiu com uma preocupação cada vez maior com a prevenção das doenças cardiovasculares, bem como um maior investimento das Sociedades Científicas na implementação do estudo e prevenção dos factores de risco. Esta preocupação terá tido uma maior expressão nos Estados Unidos da América, com a *American Heart Association* e o *American College of Cardiology* desenvolvendo programas de formação médica e de divulgação junto do público, sobre a prevenção do risco cardiovascular. O *National Cholesterol Educational Program* e o mais recente *Go Red for Women* (programa de prevenção das doenças cardiovasculares na mulher) são disso exemplo.

Embora com algum atraso, também a Sociedade Europeia de Cardiologia e as Sociedades Nacionais nela afiliadas, vêm desenvolvendo programas nesta área, de que os Registos Nacionais e os *Euro Heart Surveys* se têm mostrado um instrumento importante para se compreender melhor como somos, como fazemos e o que é necessário implementar ou corrigir.

A Sociedade Portuguesa de Cardiologia tem vindo a dar particular atenção a este problema. A criação do Centro Nacional de Colecção de Dados em Cardiologia (CNDC) e o empenhamento posto por alguns Grupos de Estudo nos Registos Nacionais expressam a necessidade de conhecermos melhor as nossas actuações e a sua adequação às Recomendações para uma boa prática clínica. Programas como o Passaporte para a Vida e o recentemente lançado BemMeQuero (Programa Educacional para a Prevenção das Doenças Cardiovasculares na Mulher Portuguesa), são bons

exemplos da actuação da Sociedade Portuguesa de Cardiologia junto da comunidade médica e do público em geral. O êxito que estas acções têm constituído e o interesse que têm despertado junto dos médicos, do poder político e da própria comunicação social, indica que nos encontramos no bom caminho e que há que reforçar estas acções de divulgação e prevenção.

Neste sentido a Direcção da Sociedade Portuguesa de Cardiologia tem em preparação um conjunto de Cursos e Seminários sobre o risco cardiovascular, que pretendem constituir uma formação contínua junto dos médicos cardiologistas e de medicina familiar. No próximo número do Boletim serão já apresentados alguns destes Cursos.

A Sociedade Portuguesa de Cardiologia associou-se também à iniciativa da *World Heart Federation*, que elegeu o dia 25 de Setembro como o Dia Mundial do Coração, este ano dedicado à obesidade, um factor de risco cardiovascular cada vez melhor compreendido, cujas consequências negativas na saúde das populações estão hoje bem esclarecidas. O papel do excesso de peso em geral, e da gordura abdominal em particular, na fisiopatologia da doença vascular aterotrombótica, está hoje melhor esclarecida e é campo de vasta investigação. A nível nacional, vários grupos de investigação têm dedicado a sua atenção ao estudo deste problema, em trabalhos que têm vindo a ser apresentados em reuniões nacionais e internacionais. A Direcção da Sociedade Portuguesa de Cardiologia está empenhada em dar a estes estudos uma maior visibilidade, promovendo a sua divulgação junto dos clínicos, cardiologistas ou não, bem como em desenvolver acções junto do público em geral, sempre que tal se mostre adequado ao esclarecimento e tomada de consciência deste para os problemas de saúde cardiovascular. O novo Portal da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, em fase final de implantação, será disto um veículo privilegiado.

A Direcção



Doença Cardiovascular: Factos e Números

Anualmente, por todo o mundo...¹

- A doença cardiovascular é a principal causa de morte
- Uma em cada três mortes é devida a doença cardiovascular
- Aproximadamente 17 milhões de pessoas morrem de doença cardiovascular
- 8.1 milhões de homens e 8.6 milhões de mulheres morrem de doença cardiovascular
- 7.2 milhões de pessoas morrem de ataque cardíaco (enfarte do miocárdio)
- 5.5 milhões de pessoas morrem de AVC (Acidente Vascular Cerebral).

- Na região Oeste do Pacífico, a doença cardiovascular é anualmente responsável por aproximadamente quatro milhões de mortes, o que representa 32% do número total de mortes no mesmo período¹
- Na região asiática do Pacífico, a doença cardiovascular tem mostrado afectar os asiáticos mais cedo (dez anos) do que a população dos países ocidentais³
- Existem evidências de que a incidência da diabetes, da hipertensão e da dislipidemia está a aumentar na população asiática.³

Cada segundo conta...¹

Estima-se que ocorra:

- Uma morte por doença cardiovascular a cada dois segundos
- Um ataque cardíaco a cada cinco segundos
- Um AVC a cada seis segundos.

A doença cardiovascular não conhece fronteiras, o relógio não pára...

Na Europa...

- A doença cardiovascular é anualmente responsável por cerca de cinco milhões de mortes, o que representa 52% do número total de mortes no mesmo período¹
- Morrem quase 13 500 pessoas diariamente de doença cardiovascular, o que dá uma média de nove mortes por minuto¹

Na América do Sul...

- Perto de dois milhões de pessoas morrem anualmente de doença cardiovascular, o que representa 32% do número total de mortes no mesmo período¹

Nos EUA...

- A doença cardiovascular é responsável por aproximadamente 900 000 mortes todos os anos, o que representa 38% do número total de mortes²

Na Ásia...

- No sudeste asiático a doença cardiovascular é anualmente responsável por cerca de quatro milhões de mortes, o que representa quase 30% do número total de mortes no mesmo período¹

Enquanto o tempo passa...⁴

- 1990: 13.1 milhões de mortes por doença cardiovascular - 26.0% do número total de mortes
- 1999: 16.9 milhões de mortes por doença cardiovascular - 30.3% do número total de mortes
- 2020: 24.8 milhões de mortes por doença cardiovascular - 36.3% do número total de mortes

Referências:

1. World Health Report 2004. World Health Organization. <http://www.who.int>
2. American Heart Association. Heart and Stroke Statistics 2004. <http://www.americanheart.org>.
3. Asia Pacific cohort studies collaboration. www.apcsc.info
4. Murray CJL, Lopez AD. eds. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge; Harvard University Press;1996.



Background Doença Cardiovascular

Doença Cardiovascular: Factos e Números

- A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de morte do mundo¹
 - Dados do Relatório Mundial de Saúde da OMS - Organização Mundial de Saúde - de 2004,¹ indicam que aproximadamente uma em cada três mortes é causada por DCV
 - 16,7 milhões de pessoas morrem por DCV em cada ano. Estima-se que a taxa de mortalidade por DCV, nos estados-membros da OMS, seja a seguinte:¹
- | | | |
|--------------|---|-------------------|
| Homens | = | 8 074 000 |
| Mulheres | = | 8 581 000* |
| Total | = | 16 655 000 |
- Na Europa, a DCV é a causa de morte de 52% do número total de mortes: perto de cinco milhões de mortes por ano, o que representa 13 500 mortes por dia e uma média de nove mortes por minuto¹
 - A DCV é também a principal causa de morte nos EUA: o número de mortes por DCV ronda as 900 000 por ano, ou seja, 38% do número total de mortes, o que representa 2 600 mortes por dia e uma média de uma morte a cada 34 segundos.²

* Apesar dos homens se encontrarem em maior risco de sofrerem de DCV, o facto de existirem mais mulheres na população global resulta num maior número de mortes na população feminina

1. O que é a Doença Cardiovascular?

O termo doença cardiovascular (DCV) abrange um espectro alargado de doenças que afectam o coração e os vasos sanguíneos.

Especificamente, pode ser dividida de acordo com a parte do corpo que afecta:

- Coração: Doença Coronária
 - *Enfarte do miocárdio (ataque de coração)*
 - *Angina pectoris (dores no peito, especialmente com o exercício)*
 - *Algumas arritmias (ritmo cardíaco irregular)*
- Cérebro: Doença Cerebrovascular
 - *Acidente Vascular Cerebral - AVC (lesão ou morte de partes do cérebro provocada pela interrupção prolongada ou permanente da circulação sanguínea)*
 - *Acidente Isquémico Transitório - AIT (perda temporária de visão, fala, sensibilidade ou movimento causada por breves interrupções na irrigação do cérebro)*
- Tronco e Membros: Doença Vascular Periférica
 - *Claudicação intermitente (cãibras e outras dores, particularmente nos músculos das pernas durante o exercício) causadas por uma redução da circulação sanguínea nos músculos envolvidos no exercício.*

A principal causa de DCV é a aterosclerose (um termo geral para designar o endurecimento e o estreitamento das paredes arteriais).³

2. O que é a Doença Coronária (DC)?

A DC é o tipo de doença cardiovascular mais significativo em termos de morte e de invalidez⁴ e é essencialmente causada pela aterosclerose das artérias coronárias, que fornecem oxigénio vital para o músculo cardíaco. As artérias coronárias são particularmente vulneráveis à aterosclerose devido ao seu pequeno diâmetro. O bloqueio das artérias coronárias por um período de tempo prolongado resulta na privação de oxigénio e de nutrientes aos tecidos do músculo cardíaco, o que provoca a morte das áreas afectadas (enfarte do miocárdio ou ataque cardíaco). Em casos graves, quando a zona afectada do músculo cardíaco é grande ou quando a área afectada inclui o sistema condutor eléctrico do coração, pode conduzir a morte súbita.

3. Quem é que está em risco de sofrer de doença cardiovascular?

O termo "factor de risco cardiovascular" é utilizado para descrever qualquer situação existente, desenvolvimento ou acontecimento, que aumente a probabilidade de um indivíduo vir a sofrer de DCV. Existe um número de factores de risco bem identificados que podem ser divididos em dois grupos: modificáveis (aqueles que podem ser alterados) e não modificáveis (aqueles que não podem ser alterados), tal como demonstrado na tabela seguinte.⁵

Em termos de género, os homens são mais susceptíveis à DCV que as mulheres, apesar das mulheres pós menopáusicas



MODIFICÁVEIS	NÃO MODIFICÁVEIS
<ul style="list-style-type: none"> • Tabagismo* • Dislipidemia* (níveis anormais de lípidos no sangue) <ul style="list-style-type: none"> - Elevados níveis de colesterol LDL (LDL-C também conhecido como colesterol "mau") - Elevado índice de triglicéridos - não é globalmente reconhecido como um factor de risco independente ou referido nas guidelines - baixos níveis de colesterol HDL (HDL-C também conhecido como colesterol "bom") • Hipertensão arterial* (pressão arterial alta) • Diabetes Tipo 2* • Obesidade • Dieta rica em gorduras e baixa em fibras • Sedentarismo • Consumo excessivo de álcool 	<ul style="list-style-type: none"> • História pessoal de DCV • História familiar de DCV • Idade • Sexo • Raça

* Factores de risco modificáveis de maior relevo para a DCV

Tabela 1: Factores de risco modificáveis e não modificáveis associados à DCV (não estão listados por ordem de importância).

possuírem um risco acrescido de virem a sofrer de DCV. Determinados grupos étnicos encontram-se também em maior risco - tais como os afro-americanos, os hispânicos e os asiáticos (isto só se aplica aos Estados Unidos). Os factores de risco da DCV raramente surgem isolados: a maioria dos indivíduos tem diversos factores de risco. Quando se regista a coexistência de factores de risco, o aumento de risco de DCV é significativamente superior à soma de cada um dos factores de risco associados.

4. Como é que os factores de risco conduzem à aterosclerose?

A lesão da parede arterial, devido a factores tais como a hipertensão ou o tabagismo, permite que o colesterol se deposite nas paredes arteriais, facto que inicia uma cadeia de acontecimentos que conduz ao estreitamento arterial devido à acumulação do colesterol, conhecido como "placas ateromatosas".



Figura 1: O diagrama mostra a formação da placa, pela acumulação do colesterol na parede arterial. O colesterol chega como uma parte de LDL (colesterol LDL, ou colesterol "mau") e pode ser removido pelas HDL (colesterol HDL, ou colesterol "bom").

5. Qual é a importância da Aterosclerose?

A placa aterosclerótica pode provocar complicações a diversos níveis:

- Ao aumentar de tamanho, leva à diminuição do lúmen do vaso sanguíneo e à gradual redução do fluxo sanguíneo. Apesar de diversas partes do organismo poderem compensar este mecanismo através do desenvolvimento de vias alternativas para o aporte sanguíneo, o coração, o cérebro e os membros inferiores não possuem essa faculdade. Uma irrigação sanguínea insuficiente destes tecidos pode resultar na seguinte sintomatologia:
 - Coração: dores no peito com o exercício, angina pectoris
 - Cérebro: pode originar um AVC ou um Acidente isquémico transitório
 - Membros inferiores: dor na perna com o exercício, conhecida como claudicação intermitente

• Por ruptura da placa de ateroma, expondo o colesterol e outras partes da parede do vaso ao fluxo sanguíneo, provocando uma trombose súbita (trombo sanguíneo) e à súbita obstrução do fluxo sanguíneo, o que pode originar um enfarte do miocárdio (ataque cardíaco).

• Por fragilização da parede do vaso, originando a formação de um aneurisma. A ruptura de um aneurisma pode resultar em hemorragias internas graves e no desencadeamento abrupto de sintomas.

6. Prevenção e tratamento da aterosclerose

A maioria dos eventos cardiovasculares (>60%) ocorrem em três quartos dos indivíduos classificados como tendo "risco baixo a intermédio" de DCV, de acordo com o critério de

avaliação de risco de Framingham. A detecção precoce e o tratamento de aterosclerose sub clínica são, por isso, de elevada importância.⁶

Referências:

1. World Health Report 2004. World Health Organization. <http://www.who.int>
2. American Heart Association. Heart and Stroke Statistics 2004. <http://www.americanheart.org>
3. Luis AJ. Atherosclerosis. Nature 2000;407:233-41.
4. Murray CJL, Lopez AD. Mortality by cause for the eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997;349:1269-76.
5. Burrington P, Mackness MI, Miller JP, Rees JAE. The Year in Dyslipidaemia 2002. Clinical Publishing Services 2002 Ch 9:163-183.
6. Raggi P. The use of electron-beam computed tomography as a tool for primary prevention. American Journal of Cardiology 2001;88(Suppl):28J-32J.
7. Brown BG, Albers JJ, Fisher LD et al. Regression of coronary artery disease as a result of intensive lipid-lowering therapy in men with high levels of apolipoprotein B. New England Journal of Medicine 1990 Nov 8;323(19): 1289-1298.
8. Downs JR, Clearfield M, Weis S et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: Results of AFCAPS/TexCAPS (Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study). JAMA 1998 May 27;279(20):1615-1622.
9. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Second Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel II). JAMA 1993 Jun 16;269(23):3015-3023.
10. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomized trial of cholesterol lowering in 4,444 subjects with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 1994 Nov 19;334:1383-1389.
11. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. New England Journal of

12. Crouse JR 3rd, Byington RP, Bond MG et al. Pravastatin, Lipids, and Atherosclerosis in the Carotid Arteries (PLAC-II). American Journal of Cardiology 1995;75:455-459.
13. de Groot E, Jukema JW, van Swijndregt ADM et al. B-mode ultrasound assessment of pravastatin treatment effect on carotid and femoral artery walls and its correlations with coronary arteriographic findings: A report of the Regression Growth Evaluation Statin Study (REGRESS). Journal of American College of Cardiology 1998;31:1561-1567.
14. Hodis HN, Mack WJ, LaBree L et al. Reduction in carotid arterial wall thickness using lovastatin and dietary therapy. Annals of Internal Medicine 1996;124:548-556.
15. MacMahon S, Sharpe N, Gamble G et al. Effects of lowering average of below-average cholesterol levels on the progression of carotid atherosclerosis: results of the LIPID Atherosclerosis Substudy. LIPID Trial Research Group. Circulation 1998;97:1784-1790.
16. Thompson GR. What targets should lipid-modulating therapy achieve to optimise the prevention of coronary heart disease? Atherosclerosis 1997 Jan 16;131(1):1-5.
17. Smilde TJ, van Wissen S, Wollersheim H et al. Effect of aggressive versus conventional lipid lowering on atherosclerosis progression in familial hypercholesterolaemia (ASAP): a prospective, randomised, double-blind trial. Lancet 2001;357:577-581.
18. Nissen S. Design and methodology of a study to evaluate the effect of rosuvastatin on intravascular ultrasound-derived coronary atheroma burden: The ASTEROID study. Atherosclerosis Supplements 2003;4:27.
19. Crouse III JR, Grobbee DE, O'Leary DH et al. Measuring Effects on Intima Media Thickness: An Evaluation of Rosuvastatin in Subclinical Atherosclerosis - The Rationale and Methodology of the METEOR Study. Cardiovascular Drugs & Therapy 2004;18:231-238.
20. Chu B, Hatsukami T, Polissar N et al. Determination of Carotid Artery Atherosclerotic Lesion Type and Distribution in Hypercholesterolemic Patients With Moderate Carotid Stenosis Using Noninvasive Magnetic Resonance Imaging. Stroke 2004;35:2444-2448.

AVC e Fibrilhação Auricular

- O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a terceira causa de morte e a principal causa de incapacidade / deficiência neurológica grave, nos países industrializados;
- A fibrilhação auricular (FA) está fortemente associada a um maior risco de AVC - a taxa anual de AVC é cinco vezes superior em doentes com fibrilhação auricular, quando comparada com a existente em doentes sem alterações do ritmo cardíaco;
- A prevenção com anticoagulantes reduz substancialmente o risco de AVC em doentes com fibrilhação auricular.

Acidente Vascular Cerebral

Um AVC ocorre quando há obstrução ou ruptura de um vaso sanguíneo, interrompendo-se a passagem de sangue para alguma parte do cérebro. Privadas de oxigénio, as células cerebrais danificam-se ou morrem.

Há dois tipos de AVC:

Isquémico: causado pela obstrução de um vaso cerebral. 83% dos AVC são isquémicos.

Hemorrágico: ocorre quando se dá a ruptura de um vaso cerebral, provocando uma hemorragia cerebral.

O AVC isquémico pode ser o resultado de qualquer uma destas causas:

Trombose cerebral: ocorre quando um coágulo se forma num vaso cerebral, impedindo a passagem do sangue;

Embolismo cerebral: ocorre quando um coágulo se forma noutra parte do corpo e é transportado através da corrente sanguínea para o cérebro;

AVC Lacunar: resulta de uma obstrução nos pequenos vasos cerebrais;

INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA

- O AVC é a terceira causa de morte e de incapacidade no adulto, a nível mundial;
- Cada ano, 20 milhões de pessoas sofrem um AVC e destas, 5 milhões morrem;
- 1/3 dos AVC's não mortais provocam incapacidade grave;
- Entre os sobreviventes, o risco de sofrerem outros AVC's é muito elevado, com pelo menos um em cada seis doentes, sofrendo outro AVC, no prazo de cinco anos;



Contudo, apesar do AVC ser a doença neurológica com maior prevalência, é também das que mais se pode prevenir, já que a prevenção é possível em 80% dos casos. O controlo dos factores de risco modificáveis, tais como, a hipertensão arterial, a fibrilhação auricular, a diabetes e o tabaco, é crucial e pode levar a uma redução muito significativa da incidência de AVC's.

FIBRILHAÇÃO AURICULAR

A FA é a alteração persistente do ritmo cardíaco mais comum e a sua incidência e prevalência aproximadamente duplicam em cada década da vida de uma pessoa.

Ao promover a formação de coágulos na cavidade cardíaca, a FA é sem dúvida um dos principais factores de risco para a ocorrência de um AVC. As pessoas que sofrem de FA têm cinco vezes mais probabilidade de sofrer um AVC, do que aquelas com um ritmo cardíaco normal.

SINTOMAS

A qualidade de vida de uma pessoa é afectada negativamente pela FA. Os sintomas são:

- palpitações
- ritmo cardíaco irregular
- dores no peito
- falta de ar
- tonturas
- desmaios.

DESECADEANTES

Hipertensão arterial e diabetes são factores de risco de FA, cada um aumentando o risco de FA uma vez e meia.

FIBRILHAÇÃO AURICULAR E AVC

A FA pode levar à formação de um coágulo sanguíneo nas câmaras cardíacas. Os problemas surgem quando o coágulo entra na circulação sanguínea. Na maioria das vezes, os coágulos ficam retidos nos vasos intermédios cerebrais, levando a que o doente sofra um AVC.

TRATAMENTO E PREVENÇÃO

Um AVC associado a FA tem um mau prognóstico - O AVC isquémico associado a FA é aproximadamente duas vezes mais fatal, em probabilidade, do que um AVC não associado a FA. Contudo, é aceite que um tratamento anticoagulante eficaz pode reduzir substancialmente o risco de AVC em doentes com FA. Vários estudos demonstraram que a percentagem de doentes tratados com anticoagulantes é muito baixa. Um anticoagulante que proporcione um tratamento simples, conveniente e eficaz, pode alterar as baixas taxas de tratamento.

TERAPÊUTICAS ACTUAIS NA PREVENÇÃO DE AVC'S EM DOENTES COM FA

Há dois tipos de terapêuticas utilizadas na prevenção de AVC's em doentes com FA:

Sintomáticas - tratamento dos coágulos existentes com trombolíticos;

Profiláticas - consistem em medicamentos que previnem a formação de coágulos e que podem ser anti-agregantes plaquetários ou anticoagulantes.

O tratamento com anticoagulantes reduz significativamente o risco de AVC em doentes com FA e tem uma eficácia superior a qualquer dos outros tipos de tratamento.

A Varfarina é a terapêutica standard na prevenção de AVC's em doentes com FA. Contudo, não é o anticoagulante ideal, pois tem muitas limitações e alguns efeitos adversos. A Varfarina tem um esquema posológico complexo, que obriga a uma monitorização regular do sistema de coagulação sanguínea, sofre interacção com alimentos que contenham potássio e com alguns medicamentos, podendo por vezes levar a ocorrência de hemorragias.



Peso Saudável, Corpo Saudável: Um Coração Para a Vida

25 de Setembro de 2005



A nível mundial existem, actualmente, mais mulheres com excesso de peso do que subnutridas¹. O excesso de peso ou a obesidade, particularmente se o peso incide à volta do abdómen, constituem um factor de risco de doenças cardiovasculares e de Acidente Vascular Cerebral (AVC), o que pode contribuir para a redução do primeiro ataque cardíaco entre quatro e oito anos². A conservação de um peso saudável e de uma boa forma física reduz dramaticamente o risco, pelo que o Dia Mundial do Coração, que se comemora em 25 de Setembro, vai focar a importância de se manter um Peso Saudável e um Corpo Saudável.

A obesidade abdominal, medida pelo contorno da cintura, é um indicador de risco cardiovascular. «A saúde do seu coração está em risco não apenas pela quantidade de gordura existente no corpo mas também pela localização dessa mesma gordura. O excesso de gordura na cintura é mais resistente às acções da insulina, porque a dimensão do corpo, e especificamente a largura da cintura relativa ao tamanho da anca, aumenta o risco de diabetes, tensão arterial e doença cardiovascular», afirmou o Dr. Sidney Smith, Presidente Científico da Direcção da World Heart Federation.

«É importante ter conhecimento sobre o seu peso e sobre o potencial de risco que o mesmo pode ter no seu coração saudável. Uma cintura excessiva está associada a um aumento de risco, mesmo em crianças, e agrava os resultados dos doentes já com doença cardíaca. Uma cintura excessiva é semelhante à tensão arterial e aos níveis de colesterol, dados que todos nós devemos conhecer, compreender e observar regularmente», reafirmou Dr. Smith.

Os homens com cintura superior a 94cm e as mulheres com cintura superior a 80cm têm um risco significativo de desenvolverem doença cardíaca e AVC³.

O Dia Mundial do Coração pretende sensibilizar a população mundial a seguir um estilo de vida mais saudável através da prática regular de rastreios médicos e da redução do risco de doença cardíaca, que passa por adquirir hábitos não tabágicos, uma dieta alimentar equilibrada e saudável e um controlo do peso. A adopção de um estilo de vida saudável permite reduzir consideravelmente o risco de doença cardiovascular e de AVC e os estudos mais recentes demonstraram que os benefícios adicionais para a saúde serão sentidos em apenas seis semanas⁴.

Manter um peso saudável consiste num equilíbrio entre a energia ganha (calorias consumidas) e a perda (calorias

queimadas). Nos adultos, uma caminhada diária de apenas 30 minutos permite reduzir os factores de risco, desde que se adopte em simultâneo uma dieta equilibrada com fruta e legumes em abundância, com produtos à base de cereais, com poucas ou nenhuma gordura (margarinas poli-insaturadas e óleos como o de girassol, milho, grão de colza e azeite) e com carne magra e peixe.

«Também os pais são modelos importantes para os seus filhos», afirmou Janet Voûte, CEO da World Heart Federation. «As mães que comem mais frutos e legumes dão um bom exemplo e por isso os seus filhos também consomem mais estes alimentos», reforçou a especialista⁵.

Sob o lema "Peso Saudável, Corpo Saudável: um Coração para a Vida", o Dia Mundial do Coração é assinalado em cerca de 100 países pelas organizações membros do World Heart Federation, que tem como missão ajudar a população mundial a alcançar uma maior longevidade e qualidade de vida.

Em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia não quis deixar de assinalar esta data, lembrando a sua importância para reforçar as mensagens de prevenção cardiovascular. Nas palavras do Presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Professor Cassiano Abreu-Lima «o Dia Mundial do Coração é uma data importante para recordar a população de que deve cuidar da sua saúde, procurando adquirir hábitos de vida saudáveis que contribuam para a redução do risco cardiovascular».

«Os maus hábitos alimentares, o consumo de tabaco, a vida sedentária da população e o aumento da obesidade têm contribuído para o incremento da incidência de problemas cardiovasculares e, conseqüentemente, são responsáveis por uma elevada taxa de mortalidade da nossa população», reforçou o especialista em cardiologia.

Com o objectivo de diminuir os riscos da doença cardiovascular, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia tem contribuído para o desenvolvimento da cardiologia nacional ao serviço da saúde da população portuguesa, promovendo por isso a investigação e o apoio nesta área e a divulgação das medidas preventivas.

Referências

1. Mendez and Popkin, American Journal of Clinical Nutrition, March 2005
2. Mayo Clinic Study, Clinical Cardiology, August 2004
3. Prevention of Coronary Heart Disease in Clinical Practice. Recommendations of the second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. European Heart Journal, (1998): 19, 1434-1503.
4. Aldana S. Journal of the American Dietetic Association, February 2005
5. Galloway A. Journal of the American Dietetic Association, April 2005



Luxembourg Declaration

Cardiovascular disease is the biggest cause of death of men and women in the European Union. More women die of cardiovascular disease than of all cancers combined. In addition there are significant differences and inequalities in cardiovascular health within and between Member States. Some EU countries are experiencing declining rates of mortality from cardiovascular disease, but increasing numbers of men and women are living with cardiovascular disease, the majority of which is preventable.

Today, 29 June 2005, we (representatives of the Ministries of Health of the Member States of the European Union, the European Society of Cardiology, National Cardiac Societies, the European Heart Network, National Heart Foundations and the UEMS Cardiology section), participants of the Heart Health Conference agree that:

1. We reiterate the importance of the Council Conclusions on Heart Health¹ and the necessity to put them into action.
2. Necessary measures, giving priority to lifestyle oriented interventions, should be considered by each Member State to reduce the burden of cardiovascular disease. We agree to work towards the following, realising that these measures will also favourably impact other non-communicable diseases like chronic lung disease, diabetes, osteoporosis and cancer:
 - a. raising awareness among European population of those characteristics associated with cardiovascular health:
 - Avoidance of tobacco consumption (0)
 - Adequate physical activity (at least 30 minutes per day)
 - Healthy food choices
 - Avoiding overweight
 - Blood pressure (below 140/90)
 - Blood cholesterol (below 5 mmol/L)²
 These characteristics can be summarised as the European Heart Health Number: 0-30-5-140-90.
 - b. implementing strategies to help individual Europeans to achieve these characteristics.
 - c. acknowledging the importance of starting early in life.
 - d. using the above mentioned characteristics (tobacco, blood pressure, etc) as indicators of successful national programmes aiming for improved prevention and care.

3. As of today, we have identified that the following factors are essential to ensure an efficient implementation process. These factors have been agreed upon based on past experiences that we have shared and debated today:

- a. the need for a combined, strong and devoted partnership between health care professionals, non-governmental organisations, governments and public health authorities.
 - b. the need to involve and mobilize all stakeholders, including:
 - the World Health Organisation
 - partner medical organisations with shared objectives
 - policy makers for agriculture, transport, environment, social policy, education, etc
 - patients' organisations, organisations involved in raising awareness among the general population, relevant foundations such as the European Heart Network
 - the media
 - the relevant industries (agro-food, pharmaceuticals, etc)
 - universities
 - local authorities.
 - c. further development of evidence based tools to reduce the cardiovascular risk factor burden in individuals and populations, adapted to individual countries' conditions.
4. We agree that we want to see cardiovascular prevention and care improved across Europe and therefore we consider this conference as another important step to ensure a comprehensive action plan in each individual country. The contacts that were made today should facilitate the creation of national taskforces to ensure, or further develop such a plan.
 5. We reiterate the need for continued European Commission, European Parliament and Council endorsed activities within the general framework of a heart healthy Europe.
 6. We intend to share progress in 2006 and to work towards a European Charter on Heart Health.

1. 2586th Council Meeting Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs, 1-2 June 2004
 2. 5 mmol/l is approx 200 mg/dl



Declaração do Luxemburgo

No dia 29 de Junho passado realizou-se no Luxemburgo a *Heart Health Conference*. Esta conferência foi organizada conjuntamente pela Comissão Europeia e pela Sociedade Europeia de Cardiologia e tinha, como objectivos, definir estratégias para implementar as conclusões do Conselho Europeu de Junho de 2004 sob a prevenção de doenças cardiovasculares e métodos de actuação. Para esta conferência foram convidados os Presidentes ou os seus representantes das sociedades nacionais de cardiologia e representantes das fundações de cardiologia e das autoridades sanitárias (ministérios da saúde) dos vários países europeus. Na qualidade de Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, fui o único representante de Portugal presente na Conferência.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte na maior parte dos países europeus e embora a sua incidência tenha diminuído ligeiramente na última década, ainda há grandes assimetrias no espaço europeu, em que os países de Leste continuam a ter uma taxa crescente de mortalidade por doença cardiovascular. Para além da mortalidade, as doenças cardiovasculares têm consequências económicas muitíssimo importantes. E, no entanto, elas podem ser prevenidas, reduzindo o sofrimento e poupando custos. Vários factores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares são conhecidos, ocupando o tabaco, a obesidade, a diabetes e a hipertensão os lugares cimeiros como factores de risco. A associação destes quatro factores num único doente, o que não é infrequente, aumenta a possibilidade de risco para acidentes cardiovasculares em cerca de 750 vezes.

Por todas estas razões, pretende-se fomentar uma participação estratégica dos países europeus, que seria despoletada pela liderança das Sociedades Nacionais de Cardiologia. Durante a Conferência vários exemplos foram ilustrados como o da Finlândia que conseguiu uma redução de 75% da mortalidade por doenças cardiovasculares através da diminuição da incidência da obesidade, hipertensão e consumo do tabaco. Na Irlanda, a política de locais de trabalho isentos de fumo, que o Ministério da Saúde encarou como uma "necessidade moral", levou a uma diminuição de 10% da incidência de acidentes cardiovasculares. De grande notoriedade foi o êxito conseguido apenas na proibição do fumar nos "pubs" Irlandeses, com a finalidade de libertar os frequentadores não fumadores dos efeitos perniciosos do fumo passivo. Outros exemplos foram referidos, como o da República Checa, que nos últimos 10 anos conseguiu uma diminuição significativa da hipertensão, obesidade, fumo do tabaco nos homens e do colesterol, com redução paralela do

risco de doença cardiovascular. Foi ainda ilustrado o início da venda livre de Sinvastatina ao balcão das farmácias na Grã-Bretanha com vista à diminuição dos níveis de colesterol da população em geral, e o exemplo da colaboração com os média, especialmente a rádio e a televisão, na Polónia, com efeitos espectaculares.

A questão dos hábitos saudáveis nas crianças foi desenvolvida por um representante da *European Heart Network*, com sede na Dinamarca, que versou a questão das dietas não saudáveis e dos "soft drinks" em crianças e recomenda a proibição de publicidade dirigida especialmente às crianças, com indicação de que estas não devam beber mais do que 500ml destas bebidas por semana.

Dos vários gráficos e tabelas apresentadas com incidência de doenças cardiovasculares e dos respectivos factores de risco, sobressaiu a ausência quase total de dados sobre o nosso País, o que é também indicador de muito trabalho que há para fazer no campo da prevenção das doenças cardiovasculares. Foi salientada a necessidade da actuação conjunta e concertada dos profissionais e dos responsáveis sanitários de cada país. Dada a especificidade do assunto, foi deliberado que as sociedades nacionais deveriam assumir a liderança deste tipo de projectos, criando *taskforces* que trabalhassem nos princípios da prevenção cardiovascular, que pudessem depois ser transmitidos aos responsáveis governamentais. Foi de consenso geral que se deveria elaborar uma Carta da Saúde Cardiovascular Europeia, até ao Outono de 2006. Entretanto, ficou deliberado que a Sociedade Europeia de Cardiologia organizaria uma reunião que se debruçaria sobre os progressos obtidos neste campo nos vários países, a realizar provavelmente em Março de 2006.

Finalmente, a Conferência encerrou com aquilo que claramente me transpareceu como sendo a principal finalidade da reunião, a aprovação da Declaração do Luxemburgo que se anexa, e que basicamente inicia o processo de implementação das determinações aprovadas unanimemente no Conselho Europeu de 2004 sobre a prevenção das doenças cardiovasculares. A Declaração do Luxemburgo, previamente preparada pela Presidência desta Conferência, a cargo do Professor Lars Rydén, foi largamente debatida durante a reunião, tendo sido sujeita a várias emendas que tiveram como finalidade obter a unanimidade da sua aprovação pelos elementos presentes, o que foi conseguido.

Manuel Antunes
Vice-Presidente do Centro



Sociedade Portuguesa de Cardiologia

Admissão de Novos Sócios

Na Reunião de Direcção da Sociedade Portuguesa de Cardiologia de 24 de Setembro foi aprovada a admissão dos seguintes novos sócios.

Agregados médicos

Javier Gallego Poveda
Interno do Internato Complementar de Cirurgia Cardio-Torácica do Hospital de Santa Maria

Luís Miguel da Rocha Lopes
Interno do Internato Complementar de Cardiologia do Hospital Garcia de Orta

Mafalda Vieira Sampaio Pimentel
Licenciada em Microbiologia, Mestrado em Medicina Molecular, Doutorada em Ciências Clínicas

Mónica Santana Rebelo Abrantes Pires
Interna do Internato Complementar de Cardiologia do Hospital de Santa Marta

Otilia Ferreira Simões
Interna do Internato Complementar de Cardiologia do Hospital Garcia de Orta

Propostas de Sócios Recebidas para serem consideradas na Próxima Reunião

Dando cumprimento ao disposto no Regulamento de Admissão de Sócios da SPC, aqui publicamos a lista dos candidatos a Sócios, recebidos na SPC, e que serão avaliados na próxima Reunião da Direcção da SPC. Podem, deste modo, os Sócios da SPC pronunciar-se sobre estas candidaturas, se assim o entenderem.

Ana Rita Fancaria Henriques Ferreira
Interna do Internato Complementar de Cardiologia do Hospital Fernando Fonseca

Agregados não médicos

Ana Cristina Genro Feijão
Técnica de Cardiopneumologia

Célia Natália Alves Durães
Técnica de Cardiopneumologia

Joana Sofia Dias Pereira de Sousa
Enfermeira

Em nome de todos os Sócios, a Direcção da SPC dá as Boas-vindas aos novos Sócios agora aceites.

Pedro Magno de Castro e Santos
Interno do Internato Complementar de Cardiologia do Hospital Fernando Fonseca

Secretário-Geral

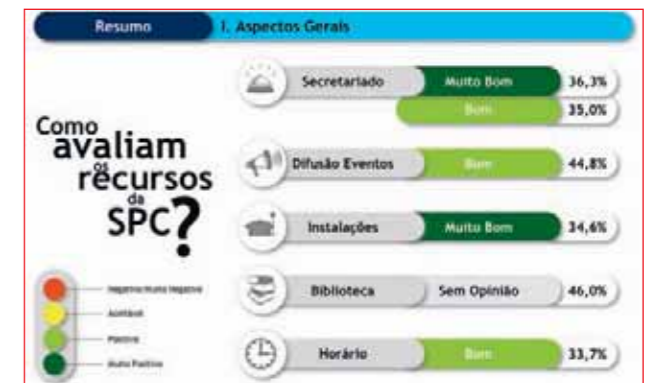
Tal como prometido, aqui vimos dar conta dos resultados do inquérito efectuado, em Julho passado, junto dos Sócios da SPC e que resumimos nos gráficos anexos.

Destes resultados excluímos os resultados obtidos junto dos sócios colectivos, que nos mereceram cuidada análise e que nos permitiram apurar o sentimento dos mesmos em relação a questões tão importantes como as relacionadas com o apoio que recebem do Secretariado da SPC, o Congresso, a Revista e o Boletim.

Da análise dos gráficos podemos verificar que apenas 6,1% dos sócios responderam ao inquérito. Mesmo tendo em consideração que o mesmo decorreu em período "pré-férias", temos todos que reflectir sobre este reduzido número de respostas que poderá indiciar que os Sócios da SPC estão algo desinteressados ou "alheados" da vida da Sociedade. É esta reflexão que nos incita a fazer mais e melhor no sentido de virar a SPC para os seus Sócios e promover iniciativas de índole vária que conduzam ao maior envolvimento dos Sócios nas actividades da Sociedade que é de todos nós.



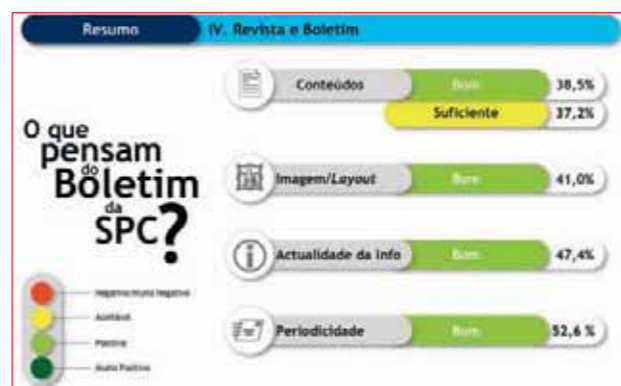
Deixam as respostas dos Sócios a ideia que a SPC dispõe dum Secretariado e instalações de boa qualidade, deixando idêntica impressão em relação à Revista e ao Boletim.



Já em relação ao Site da SPC na Internet confirmamos a impressão que já tínhamos de que o Site é visitado (embora raramente) por um grande número de Sócios mas que os conteúdos, a rapidez de acesso e a navegação têm um largo espaço para melhoria.



Os Congressos e Reuniões Científicas são, naturalmente, as actividades pelas quais os Sócios demonstram mais interesse, especialmente as promovidas pela SPC. De notar o menor interesse que é demonstrado pelas sessões promovidas pela Indústria Farmacêutica e as sessões de comunicações livres (orais e posters), deixando a ideia de que talvez deva ser revisto o formato das mesmas no futuro.



Ainda em relação ao Congresso, salienta-se o facto da maior parte das respostas indicar que os Sócios preferem que o Congresso se realize sempre na mesma localidade e que o local mais assinalado foi Vilamoura. Fica ainda a ideia que a componente social do Congresso é apreciada pelos Sócios, pelo que deve ser sempre motivo de especial atenção por parte das Comissões Organizadoras dos Congressos. Partilhamos, também, desta opinião de que o Congresso Português de Cardiologia se deve manter como a grande festa da Cardiologia Portuguesa, pelo que o ambiente festivo do mesmo deve ser cuidadosamente planeado.

Finalmente, registámos algumas sugestões muito construtivas na rubrica "Aspectos em que a SPC poderia contribuir" e das quais salientamos que a SPC deve manter o apoio à formação dos seus Sócios, deve promover a actualização e divulgação das *guidelines*, a investigação, a divulgação de informação actualizada e finalmente, melhorar a inserção da SPC na comunidade.

Está a Direcção da SPC empenhada em contribuir para reforçar a boa imagem que os Sócios detêm da Sociedade e em desenvolver um conjunto de iniciativas, que visam a manutenção e reforço dos sectores que funcionam bem, e a melhoria daqueles nos quais existe ainda hoje um bom espaço de melhoria. Com estas iniciativas, repito, pretendemos, em primeiro lugar, motivar os Sócios para um maior envolvimento na vida da SPC. O Portal da SPC na Internet que será lançado em

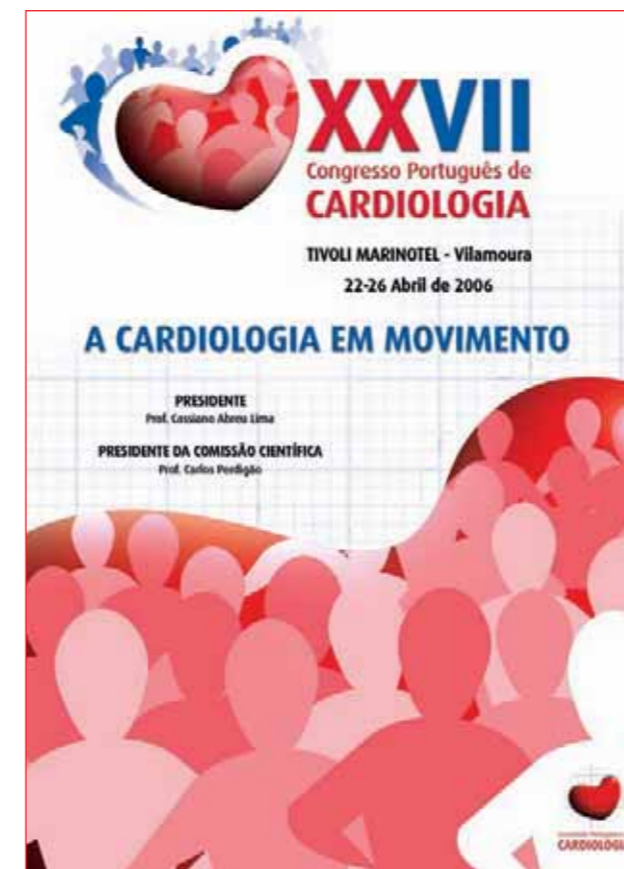
1 de Janeiro de 2006 constituirá o elo de ligação mais imediato entre a SPC e os seus Sócios. Nele teremos espaço para trocarmos impressões e efectuarmos novos questionários aos vários aspectos abordados neste inquérito, bem como a outros aspectos da vida da nossa Sociedade.

Não queria deixar de terminar, como iniciei, chamando a atenção de que os resultados deste inquérito têm uma baixa representatividade (apenas 6,1% de respostas). A SPC será aquilo que os Sócios quiserem que ela seja, cabendo à Direcção o cumprimento do programa de acção que foi sufragado ao ser eleita, mas também a execução das directrizes que resultarem da opinião da **maioria** dos Sócios. O facto da maior parte das respostas, em relação aos vários itens do inquérito, terem uma classificação de Bom (quando os limites iam de Mau a Excelente), demonstram que não estamos mal, mas que temos ainda um caminho a percorrer, se queremos alcançar aquele que penso ser o desejo de todos os Sócios - o de tornar a SPC cada vez maior e melhor e de se manter como uma referência de qualidade no panorama das sociedades científicas portuguesas.

Daniel Ferreira
Secretário-Geral da SPC

XXVII Congresso Português de Cardiologia

"A Cardiologia em Movimento"



que se pretende mais voltada para a reflexão sobre o papel da Cardiologia e do Cardiologista na comunidade civil em geral e médica em particular. O Congresso propriamente dito decorrerá das 8:30 horas de segunda-feira, 24, às 18:30 horas de quarta-feira, 26. O Congresso decorrerá, assim, ao longo de três dias completos, ao contrário dos dois dias que vinha sendo o formato mais habitual.

Três grandes razões motivaram esta decisão. Em primeiro lugar a necessidade de aumentar o espaço de intervenção científica. A Cardiologia, quer na área do diagnóstico, quer na área da terapêutica, cresce a cada ano. Era sentida a dificuldade de, em dois dias, expressar o que ao longo de um ano necessitou de actualização, se estabeleceu em controvérsia, se converteu em recomendação. E também de dar voz aos grupos nacionais que investigam, que desejam apresentar os dados do seu trabalho, de discutir as suas necessidades. Não podemos esquecer que, as apresentações em reuniões nacionais são, muitas vezes, um teste que conduzirá, mais tarde, a propostas de admissão a reuniões internacionais.

A segunda razão que nos levou a formatar o Congresso em três dias foi a necessidade sentida e expressa com frequência por muitos participantes no nosso Congresso anual, de não sobrepôr demasiadas actividades. As temáticas cardiológicas são cada vez mais vastas e interessam cada vez mais a um maior número de cardiologistas. Obviamente que teremos sempre várias sessões em simultâneo, mas pensamos, com esta formatação, corresponder a muitas solicitações já expressas.

A Cardiologia, quer na área do diagnóstico, quer na área da terapêutica, cresce a cada ano.

A terceira razão, não tanto de carácter científico, mas que sempre incomodou a organização dos Congressos, é o (mau) aspecto de feira desmontada que a 4ª feira de manhã apresentava em toda a área do Congresso, com os stands da indústria a serem desmontados, o secretariado esvaziado de funcionários e o congressista a querer regressar a casa, como que a fugir daquela "balbúrdia". Estaremos talvez a dar uma imagem demasiado dura, mas que cremos realista, de uma situação que já todos presenciaram. Neste XXVII Congresso, a indústria tem indicação, expressa, de que os stands só poderão ser

Formatação, Estrutura e Comissão Científica

Estando em fase avançada a formatação e a estrutura desenvolvidas para o próximo Congresso da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, queremos aqui dar nota de algumas das alterações introduzidas, sendo que a linha geral será, em boa parte, mantida.

As actividades decorrerão entre os dias 21 e 26 de Abril de 2006.

Nos dois primeiros dias (21 e 22 de Abril), terão lugar os Cursos Pré Congresso, com objectivos e autonomia próprios, embora promovidos pela Comissão Organizadora e enquadrados no programa e orientações gerais do Congresso. No Domingo, dia 23, ao fim da tarde, teremos a Abertura Oficial do Congresso, com a tradicional Sessão de Abertura,



desmontados na 5ª feira de manhã.

Uma outra componente científica do Congresso, que em nosso entender cada vez mais se deverá articular com o restante programa científico, são os Simpósios da Indústria.

A Comissão Organizadora privilegiou, com particular atenção, esta componente. Na verdade, os Simpósios organizados pela Indústria desde há muito que se transformaram numa das mais valiosas manifestações científicas, com apresentação de novas áreas de investigação, de novos estudos, com a possibilidade de ouvirmos e questionarmos os mais destacados investigadores estrangeiros em áreas de grande interesse. A elevada participação que os Simpósios da Indústria em regra apresenta é disto clara demonstração. Por isso, neste XXVII Congresso, definimos duas áreas físicas distintas para a realização de Simpósios: a Fénix e a Áries. Em qualquer destas áreas não decorrerá mais do que

um simpósio no mesmo horário. Pretendemos, com isto, dignificar os Simpósios organizados pela Indústria, evitando situações menos éticas de concorrência entre actividades científicas.

Não podemos esquecer que as apresentações em reuniões nacionais são muitas vezes um teste que conduzirá, mais tarde, a propostas de admissão a reuniões internacionais.

Este é, pois, a formatação desenvolvida e as grandes linhas organizativas traçadas para o próximo Congresso. No quadro que se segue apresentamos a Comissão Científica do XXVII Congresso Português de Cardiologia.

No próximo número do Boletim desenvolveremos a programação dos Cursos Pré-Congresso.

Carlos Perdigão

Presidente da Comissão Científica do XXVII Congresso Português de Cardiologia

Os Simpósios organizados pela Indústria desde há muito que se transformaram numa das mais valiosas manifestações científicas, com apresentação de novas áreas de investigação, de novos estudos, com a possibilidade de ouvirmos e questionarmos os mais destacados investigadores estrangeiros em áreas de grande interesse.



22 - 26 de Abril de 2006
Tivoli Marinotel, Vilamoura

**Data limite para o envio de comunicações:
15 de Janeiro de 2006**

Grupos de Estudo e Associações Especializadas

A força científica da Sociedade Portuguesa de Cardiologia

A promoção da investigação e da formação científica tem sido eleita um dos principais objectivos de sucessivas Direcções da Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Desse facto, resultaram múltiplas iniciativas que, ao longo dos anos, muito têm contribuído para a evolução positiva que a quantidade e qualidade da investigação básica e clínica em Cardiologia levada a cabo no nosso País tem sofrido. Entre as iniciativas com maior visibilidade podemos, a título de exemplo, citar a criação de múltiplas Bolsas de Estudos e Prémios, a organização de Congressos e Reuniões Científicas, bem como, a criação dos Grupos de Estudos e Associações Especializadas e, mais recentemente, do Centro Nacional de Colheita de Dados em Cardiologia (CNCDC).

A presente Direcção não foge à regra e elegeram este também como um dos seus principais objectivos. A qualidade e diversidade das iniciativas tomadas anteriormente constituem uma herança que nos consciencializa do longo caminho a percorrer e de que esta será sempre uma missão inacabada e em contínua evolução. É por isso fundamental o empenho de todos para aproveitar todo o potencial que a Sociedade Portuguesa de Cardiologia pode oferecer. Esta é, de facto, uma tarefa na qual todos os sócios devem participar, sendo que a sua mobilização e envolvimento deve passar, em grande parte, por acções levadas a cabo pelos Grupos de Estudos e Associações (GEA).

Neste contexto inserem-se, nomeadamente, a organização de reuniões científicas, a divulgação e implementação de normas de actuação, bem como, a identificação e promoção de áreas prioritárias para a formação e investigação. Temos consciência

que fruto de múltiplas circunstâncias, onde se incluem o dinamismo dos seus coordenadores, o número de sócios inscritos e, obviamente, a facilidade em obter financiamento para as suas iniciativas, alguns GEA apresentam um volume de actividades e iniciativas que se destacam claramente dos restantes, enquanto no extremo oposto outros, felizmente poucos, têm a sua actividade limitada quase exclusivamente à participação numa mesa redonda ou simpósio do Congresso Português de Cardiologia. A diminuição desta assimetria, entre os GEA, é assim um dos grandes desafios que se coloca para atingir os nossos objectivos. Para o efeito, a actual Direcção pretende sensibilizar os GEA para as potencialidades que a Revista Portuguesa de Cardiologia e o *sítio na Internet* da Sociedade Portuguesa de Cardiologia apresentam na promoção da investigação e da formação científicas. Os GEA deverão aproveitar a sua maior proximidade com os sócios para os mobilizar a utilizar e a contribuir com os seus trabalhos e opiniões para a Revista e para o *sítio na Internet*. Este último vai, na realidade, receber uma atenção muito especial da actual Direcção, que, como explicado neste boletim pelo Secretário-Geral Dr. Daniel Ferreira, passará pela sua reestruturação completa. A participação dos GEA nesta reestruturação vai ser imprescindível, sendo que essa contribuição será, em nosso entender, fundamental para que eles se possam efectivamente afirmar como a força científica da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Adelino Leite-Moreira
Vice-Presidente (Norte) da SPC

NÚCLEO DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA

Em resposta a um convite endereçado pela Ordem dos Enfermeiros, o Núcleo de Enfermagem em Cardiologia da SPC, tem estado a colaborar com a Comissão de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica na definição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.



A Nova Revista Portuguesa de Cardiologia

A actual Direcção da Sociedade Portuguesa de Cardiologia decidiu encetar uma mudança radical da imagem da Sociedade. As motivações por detrás desta mudança foram explicadas aos sócios em anterior edição do Boletim.

A Revista Portuguesa de Cardiologia, órgão oficial da Sociedade e uma das suas faces mais visíveis, foi, naturalmente, englobada nesta mudança. Não se trata, neste caso como nos restantes, apenas de uma mudança de carácter meramente estético. Ela inclui uma alteração profunda da estrutura da Revista, especialmente no que respeita ao seu Regulamento, publicado nesta edição do Boletim e para o qual chamo a vossa atenção, e do formato e composição dos seus órgãos editoriais. As principais serão, certamente, a criação das posições de Editor Principal e de editores Associados e a extinção da posição de Director. Com estas alterações pretende-se dar à Revista uma estrutura rejuvenescida, mais moderna e mais dinâmica, semelhante às de outras revistas internacionais congéneres, que lhe permita um salto qualitativo tanto no panorama nacional como no panorama internacional.

Naturalmente, estas alterações não implicam qualquer juízo de valor em relação ao trabalho da actual e anteriores direcções da Revista. A Sociedade Portuguesa de Cardiologia e a sua Direcção, sentem-se profundamente reconhecidos pela colaboração que ao longo dos últimos anos, foi prestada à Revista por muitos dos seus sócios e alguns convidados. Mas os actuais Conselhos da Revista têm uma composição

profundamente desajustada dos panoramas científicos nacional e internacional, incluindo muitos nomes que há muito estão desligados de qualquer ligação à Revista.

Uma outra modificação significativa reside no grau de autonomia que se pretende dar-lhe. Embora a Revista seja o órgão oficial da Sociedade, e inclua no seu conteúdo as informações que esta entenda através dela dar aos seus sócios, a sua linha editorial e conteúdo científico não podem estar dependentes das sucessivas direcções da Sociedade. Ao concretizar estes objectivos, a Direcção da Sociedade decidiu que o lugar de Editor Principal deveria ser ocupado através de um processo de concurso público, publicando-se neste número do Boletim o respectivo aviso de abertura.

Competirá, depois, ao Editor Principal que vier a ser seleccionado a escolha da nova equipa editorial, bem como a composição dos Conselhos Editorial e Científico.

No início desta nova fase da sua vida, a Revista necessita de toda a nossa colaboração. A Direcção da Sociedade espera uma grande mobilização dos seus sócios na prossecução destes objectivos.

*Manuel J Antunes
Vice-Presidente do Centro
Responsável pelo Pelouro da Revista*



1955



1966



1983



1999



2005

ANÚNCIO

Dando cumprimento ao ponto 1 do Artigo 3º do novo Regulamento da Revista Portuguesa de Cardiologia, publicado neste número do Boletim (pág. 18), vem a Direcção da SPC colocar a concurso público o lugar de Editor-Principal da Revista Portuguesa de Cardiologia.

Os candidatos deverão enviar as suas propostas para a Sede da SPC até ao próximo dia 15 de Novembro, devendo as mesmas ser elaboradas de acordo com o estipulado no referido artigo do Regulamento. A escolha do candidato vencedor será baseada no Curriculum Vitae e no projecto dos candidatos para a Revista.



Regulamento da Revista Portuguesa de Cardiologia

I. Objectivos e Direcção da Revista

Artigo 1º - Objectivos

1. A Revista Portuguesa de Cardiologia (Revista) é o órgão científico oficial da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC) e, em conjunto com o Boletim, órgão da Direcção da SPC, porta-voz das suas actividades.
2. A Revista receberá e publicará trabalhos científicos dos membros da Sociedade e de outros que ofereçam a sua colaboração à mesma, que deverá ser previamente aceite, em cada caso, por uma comissão editorial. A Revista poderá ainda solicitar colaboração científica a elementos destacados do panorama cardiológico nacional e internacional.
3. A Revista será portadora de informações sobre o movimento cardiológico nacional e internacional e poderá manter o intercâmbio com outras publicações congéneres nacionais e estrangeiras.

Artigo 2º - Direcção

1. A Direcção da Revista será constituída por um Editor Principal e 3 a 5 Editores Associados (editores de área) e será coadjuvada por um Conselho Editorial e um Conselho Científico.
2. A Direcção da Revista deverá reunir regularmente (pelo menos bianualmente) a fim de discutir os assuntos referentes à análise de artigos, definição de políticas editoriais, estratégias de expansão e outros assuntos de interesse global da gestão da Revista.

II. Regime dos órgãos directivos

Artigo 3º - Editor Principal

1. O Editor Principal será nomeado por um período de 4 anos, renovável uma vez, pela Direcção da SPC, sob proposta dum Júri de Selecção para o efeito, nomeado pela Direcção da SPC. Para o efeito serão solicitadas candidaturas e feita uma pré-selecção baseada no Curriculum Vitae e no projecto para a Revista dos candidatos.
2. Cabe ao Editor Principal a responsabilidade pela gestão e coordenação técnica e científica da Revista. Os Editores Associados coadjuvarão o Editor Principal nestas actividades.
3. O Editor Principal responde directamente junto da Direcção da SPC pela gestão da Revista, e poderá ser chamado a participar nas reuniões da Direcção em que se discutam problemas directamente relacionados com a Revista.
4. O Editor Principal proporá à Direcção da SPC a nomeação ou a cessação de funções dos Editores Associados.

5. A Direcção da SPC poderá, em qualquer altura, deliberar a cessação de funções do Editor Principal, quando tal se justificar por dissensões graves com a linha editorial da Revista ou quando se considere que exista negligência ou incapacidade. Nestas condições, a Direcção da SPC encarregará um dos Editores Associados da manutenção da Revista até à eleição de um novo Editor Principal.

Artigo 4º - Editores Associados

1. Sob proposta do Editor Principal, a Direcção da SPC nomeará os 3 a 5 Editores Associados, de acordo com o que for considerado conveniente. Poderão ainda ser designados Editores de Suplementos específicos.
2. Os Editores Associados são nomeados para diferentes áreas do conhecimento e, em conjunto com o Editor Principal, assumirão a responsabilidade pela execução da linha editorial da Revista e terão a seu cargo a decisão sobre a publicação dos artigos que lhe forem submetidos.
3. Em caso de incapacidade do Editor Principal, um dos Editores Associados poderá ser encarregado, pela Direcção da SPC, para assumir interinamente as suas funções, até à nomeação de um novo Editor Principal.
4. O período de funções dos Editores Associados corresponde ao período de funções do Editor Principal e cessará automaticamente com a cessação de funções deste, sem prejuízo de poderem ser novamente escolhidos por quem lhe venha a suceder.

Artigo 5º - Conselho Editorial e Conselho Científico

1. Os elementos do Conselho Editorial e do Conselho Científico serão escolhidos e nomeados pelo Editor Principal no início de cada mandato.
2. Os elementos do Conselho Editorial e do Conselho Científico não têm período específico de funções, que terminará quando for julgado conveniente pelo Editor Principal.
3. A função do Conselho Editorial consistirá em colaborar com a Direcção da Revista na elaboração das directrizes científicas e da estratégia da publicação e distribuição da Revista.
4. O Conselho Científico terá por missão própria colaborar com a Direcção da Revista na revisão dos artigos submetidos para publicação.

Artigo 6 - Disposições finais

Os casos omissos no presente Regulamento serão resolvidos pela Direcção da SPC.



Reuniões Nacionais promovidas pela SPC

2005

05 / Novembro / 2005 **Curso de Arritmologia para Internos (2º módulo - Electrofisiologia)**
Casa do Coração, Lisboa apape@spc.pt

26 / Novembro / 2005 **APAPE - Reunião Anual da Área de Electrofisiologia: "Controvérsias em Electrofisiologia"**
Convento do Espinheiro, Évora apape@spc.pt

2006

07 / Janeiro / 2006 **Curso de Arritmologia para Internos (3º módulo - Pacing)**
Casa do Coração, Lisboa apape@spc.pt

21 / Janeiro / 2006 **APAPE - Reunião da Área da Arritmologia: "Estratificação de Risco; Fármacos Antiarrítmicos - o que há de novo?"**
Hotel Miragem, Cascais apape@spc.pt

28 / Janeiro / 2006 **Reunião do Grupo de Estudos de Insuficiência Cardíaca**
Casa do Coração, Lisboa

17 / Fevereiro / 2006 **Reunião Anual do Grupo de Estudos de Fisiopatologia do Esforço e Reabilitação Cardíaca**
Hotel Melia, Gaia

4 / Março / 2006 **Curso de Arritmologia para Internos (4º módulo - Cardioversores-desfibriladores Implantáveis e Ressincronização Ventricular)**
Casa do Coração, Lisboa apape@spc.pt

22 - 26 / Abril / 2006 **XXVII Congresso Português de Cardiologia**
Tivoli Marinotel, Vilamoura congresso@mail.spc.pt

21 - 22 / Abril / 2006 **Ecocardiografia à Cabeceira - Da Imagem à Decisão Clínica**
Curso Satélite do XXVII Congresso Português de Cardiologia
Tivoli Marinotel, Vilamoura geral@ideiasaoquadrado.com
geral@factorchave.pt



Reuniões Nacionais patrocinadas pela SPC

2005

13 - 14 / Outubro / 2005 **18ªs Jornadas de Cardiologia do Hospital Egas Moniz**
Hotel Vila Galé Ópera, Lisboa **Informações Adicionais:** Organização: Serviço de Cardiologia, Hospital Egas Moniz, Rua da Junqueira, 1340-019 Lisboa (Dir. Prof. J. Pinto Carmona) • Fax: 213 650 198

14 - 15 / Outubro / 2005 **7º Encontro Internacional de Doenças Cardiovasculares de Coimbra**
Anfiteatro dos HUC, Coimbra **Informações Adicionais:** Organização: Serviço de Cardiologia do Hospital Universitário de Coimbra, Praceta Prof. Mota Pinto, 3000-075 Coimbra • Tel. 239 400 414 • Fax: 239 780 552

14 - 15 / Outubro / 2005 **IV Jornadas de Cardiologia da Medicina Familiar de Aveiro Norte**
Hotel Solverde, Espinho fpinto@hospitalfeira.min-saude.pt
Informações Adicionais: Organização: Serviço de Cardiologia do Hospital São Sebastião, Santa Maria da Feira • www.jornadascardiologiaaveiro.com • Telefone: 256 379 700 - dect. 1111

21 - 22 / Outubro / 2005 **5th International Symposium "Arrhythmias in 2005: machines in our heart"**
Penha Longa, Sintra **Informações Adicionais:** 5th International Symposium - Organização: Serviço de Cardiologia, Hospital Fernando da Fonseca, Amadora

21 / Outubro / 2005 **XI Jornadas de Cardiologia de Santarém**
Estação Zootécnica Nacional, Vale de Santarém cardiologia@hds.min-saude.pt
Informações Adicionais: Secretariado: Serviço de Cardiologia, Hospital Distrital de Santarém (Directora: Drª Graça Ferreira da Silva)

28 - 29 / Outubro / 2005 **XX Jornadas de Cardiologia do Sul e Regiões Autónomas**
Hotel Vila Sol, Vilamoura **Informações Adicionais:** Secretariado: Farmalux: Grupo Tecnifar. R. Tierno Galvan, Torre 3 - 12º, 1070-274 Lisboa • Tel: 210 330 700 • Fax: 210 330 709 • Mail: farmalux@tecnifar.pt

28 - 29 / Outubro / 2005 **Jornadas de Hipertensão Arterial do CHC**
Auditório do Hospital Geral, Coimbra cardiologia@chc.min-saude.pt
Informações Adicionais: Secretariado: Serviço de Cardiologia do Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra, Apartado 7001, 3041-801 Coimbra • Telefone: 239 800 072 Fax: 239 814 779 • e-mail: cardiologia@chc.min-saude.pt

29 / Outubro / 2005 **Estratégias de reperfusão no tratamento do enfarte agudo do miocárdio. Como influenciar a realidade nacional**
Hotel Vila Galé Ópera, Lisboa joaomoraes@hsaleiria.min-saude.pt
Informações Adicionais: Serviço de Cardiologia, Hospital Santo André, Leiria Tel.: 244 817 065 • Fax: 244 817 008 • e-mail: joaomoraes@hsaleiria.min-saude.pt

5 / Novembro / 2005 **Simpósio Actualização em Cardiologia**
Fundação Calouste Gulbenkian - Audit. 2, Lisboa **Sessão Científica Comemorativa dos 25 anos do Hospital de Santa Cruz**
Informações Adicionais: Organização: Serviço de Cardiologia, Serviço de Cirurgia Cardiorrástica, Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Cruz e Instituto do Coração



2006

09 - 12 / Fevereiro / 2006 **III Reunião Científica da Sociedade Portuguesa de Hipertensão**
 Hotel Montebelo, Viseu
 Comissão organizadora: mesquitabastos@vianw.pt • Comissão científica: resumos.sph@sapo.pt
 Informações Adicionais: Organização: Sociedade Portuguesa de Hipertensão, Campo Grande, 28 - 13º • 1700-093 Lisboa • e-mail: paula.sph@sapo.pt

Outras Reuniões Nacionais

2005

05 - 07 / Novembro / 2005 **X Congresso Nacional de Medicina Nuclear**
 Corintia Alfa Hotel, Lisboa
spmn@spmn.org

25 / Novembro / 2005 **2º Curso de Cardiologia Pediátrica para Enfermeiros**
 Auditório do Hospital dos Covões, Coimbra
 Informações Adicionais: Organização: Serviço de Cardiologia do Hospital Pediátrico e da Secção de Enfermagem da ASIC - Associação de Saúde Infantil de Coimbra
 ASIC - Hospital Pediátrico • Av. Bissaya Barreto, 3000-076 Coimbra • Fax: 239 482 918
 Tel. 239 484 464 • Email: asic.hp@mail.telepac.pt

Reuniões Internacionais

2005

13 - 16 / Outubro / 2005 **III Central-European Meeting on Hypertension**
 Sopron, Hungary
congress@motesz.hu
 Informações Adicionais: Organiser: MOTESZ Congress and Travel Agency, Contact: Alice Sipos, H-1443 Budapest, POB 145 • Tel. 36 1 311 66 87 • Fax: 36 1 383 79 18
 e-mail: congress@motesz.hu • internet: www.motezs.hu

25 - 28 / Outubro / 2005 **22 International Conference ISQUA**
 Vancouver, Canada
isqua@isqua.org
 Informações Adicionais: 22 International Conference of ISQUA • e-mail: isqua@isqua.org or fax to ISQua+61 3 9417 6851

26 - 29 / Outubro / 2005 **El Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares-Sociedade Espanhola de Cardiologia**
 Barcelona, Espanha
info@cardiologiacongresos.org
 Informações Adicionais: El Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares-Organização Sociedade Espanhola de Cardiologia, c/ntra. Sra. de Guadalupe, 5 y 7, 28028 Madrid
 Tel. 902 112 629 • Fax: 902 113 630 • e-mail: info@cardiologiacongresos.org
www.secardiologia.es

27 - 29 / Outubro / 2005 **5th International Course on Carotid Angioplasty and other Cerebrovascular Interventions**
 Frankfurt, Germany
nkoebke@convents.biz
 Informações Adicionais: Contact: Ms Nadine Koebke: nkoebke@convents.biz - Website: <http://www.iccaonline.org/>



03 - 06 / Novembro / 2005 **16th Great Wall International Congress of Cardiology, ACC Symposium: Cardiology Update**
 Beijing, China
heart@gw-icc.org
 Informações Adicionais: GWICC secretariat, 16th Great Wall International Congress of Cardiology
 Tel. 86-10-88381733 • Fax: 86-10-68792845 • e-mail: heartgw-icc.org; scientificcspe.org.cn

13 - 16 / Novembro / 2005 **78th Scientific Sessions**
 Dallas, Texas
sessions@heart.org
 Informações Adicionais:
 78th Scientific Sessions - Further information: Telephone: 00 1 214/706-1543
 Fax: 00 1 214/706-5262 • e-mail: sessions@heart.org • <http://www.americanheart.org>

25 - 26 / Novembro / 2005 **GCI-Global Cardiovascular Interventions - XVth International Course**
 Frankfurt/Germany
wissenschaft@kardiocentrum-ffm.de
 Informações Adicionais:
 Red Cross Hospital Cardiology Center, Frankfurt/Main, Germany, Final program and registration:
www.gci-frankfurt.de • Phone: 0049-69-944434-153 • Fax: 0049-69-493276

05 - 09 / Dezembro / 2005 **4th World Assembly on Tobacco Counters Health**
 New Delhi, India
bhuvana.r@hyattintl.com
 Informações Adicionais: For details please visit our website: www.watch-2000.org

07 - 10 / Dezembro / 2005 **EUROECHO 9**
 Florence, Italy
euroecho@escardio.org

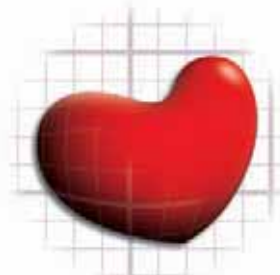
2006

18 - 21 / Janeiro / 2006 **XVI Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie**
 Palais des Congrès, Paris
vmorel@cardio-sfc.org
 Informações Adicionais:
 Societe Française de Cardiologie, 15, Rue Cels - 75014 Paris - France • Tel. 33 1 43 22 33 33,
 Secrétariat scientifique: Tel: 33 1 43 22 24 15 • Fax: 33 43 22 63 61 • vmorel@cardio-sfc.org

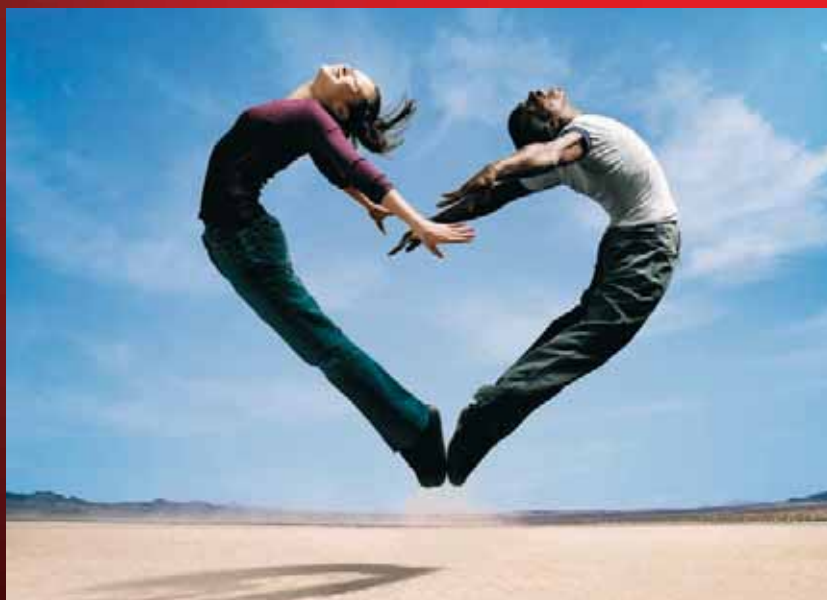
12 - 16 / Março / 2006 **55th Annual Scientific Sessions**
 Atlanta, Georgia
 Informações Adicionais:
 55th Annual Scientific Sessions, Further information: phone: 00 1800/253-4636-5400
 Fax: 00 1 301/897-9745 • <http://www.acc.org/>

04 / Junho - 04 / Julho / 2006 **4th European Conference on Management of Coronary Heart Disease**
 Nice, France
conferences@markallengrouop.com
 MA Healthcare LTD, St Jude's Church, Dulwich Road, Herne Hill, London SE24 0PB, UK
 Tel: 44(0)20 7501 6747 • Fax: 44(0)20 7978 8322 • e-mail: conferences@markallengrouop.com,
www.mahealthcareevents.co.uk

18 / Junho - 22 / Julho / 2006 **XIV International Symposium on Atherosclerosis**
 Rome, Italy
info@isa2006.org
 Main Office: ISA 2006, Fondazione Giovanni Lorenzini, Medical Science Foundation, Via A. Appiani 7, 20121 Milan Italy • Phone (39) 02 29006267 • Fax:(39) 02 29007018
 e-mail: info@isa2006.org • website: www.isa2006.org



Sociedade Portuguesa de
CARDIOLOGIA



Ficha Técnica

Boletim | Nº 115 | Setembro 2005

Uma publicação Sociedade Portuguesa de Cardiologia

Periodicidade: Mensal • **Tiragem:** 1500 Exemplares

Coordenação: Carlos Perdigão, Candida Fonseca

Secretariado de Redação: Isabel Carmona Rodrigues, Sílvia Gonçalves Silva

Sede: Campo Grande 28, 13º • 1700-093 Lisboa • www.spc.pt • secretariado@mail.spc.pt

Produção Gráfica: JRS - Marketing, Comunicação • geral@jrs.pt

Isento de Inscrição no ICS N1, art.12, DR nº8, 99