



INTERNATIONAL JOURNAL OF

# Cardiovascular SCIENCES

RESUMO DAS COMUNICAÇÕES  
SIMPÓSIO BRASILEIRO DA MULHER  
RECIFE - PERNAMBUCO



16 a 18 de Maio de 2024  
Beach Class by HôM, Recife/PE

**Editor**

Cláudio Tinoco Mesquita – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

**Assistant Editor**

Marcella dos Santos Lopes da Silva – Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

**Social Media Editor**

Ariane Binoti Pacheco – Multiscan Inteligência Diagnóstica, Vitória, ES – Brazil

**Associated Editors**

Christianne Brêtas Vieira Scaramello (Multiprofessional Area) – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Solange Amorim Nogueira (Multiprofessional Area) – Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), São Paulo, SP – Brazil

Gláucia Maria Moraes de Oliveira (Clinical Cardiology Area) – Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina (FM), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Guilherme Vianna e Silva (Interventionist Cardiology Area) – Texas Heart Institute, USA

Maria Sanali Moura De Oliveira Paiva (Interventionist Cardiology Area) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN – Brazil

Miguel Mendes (Ergometric and Cardiac Rehabilitation Area) – Sociedade

Portuguesa de Cardiologia, Portugal

Pedro Adragão (Arrhythmia and Electrophysiology Area) – Hospital da Luz – Lisboa, Portugal

Ricardo Alkmin (Arrhythmia and Electrophysiology Area) – Hospital Renascentista, Pouso Alegre, MG – Brazil

Renata Castro (Cardiovascular Physiology Area) – Harvard University, Massachusetts – EUA

Ricardo Mourilhe-Rocha (Heart Failure and Myocardopathy Area) – Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Fernando Stuardo Wyss Quintana (Hypertension) – Servicios y Tecnología Cardiovascular de Guatemala – Guatemala

Maria Alexandra Arias Mendoza (Ischemic Heart Disease) – Instituto Nacional de Cardiología – Mexico

Fernando Augusto Alves da Costa (Ischemic Heart Disease) – Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, Clínica Paulista de Doenças Cardiovasculares, São Paulo, SP – Brazil

Thais Rocha Salim (Pediatric Cardiology) – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Isabel Cristina Britto Guimaraes (Pediatric Cardiology) – Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA – Brazil

Sandro Cadaval Gonçalves (Hemodynamics) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Hospital Moinhos de Vento e Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS – Brazil

**EDITORIAL BOARD****Brazil**

Andréia Biolo – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Angelo Amato Vincenzo de Paola – Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brazil

Antonio Cláudio Lucas da Nóbrega – Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Ari Timerman – Unidades de Internação, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brazil

Armando da Rocha Nogueira – Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Carísi Anne Polanczyk – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Carlos Eduardo Rochitte – Departamento de Cardiopneumologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brazil

Carlos Vicente Serrano Júnior – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Instituto do Coração (InCor), São Paulo, SP – Brazil

Cláudio Gil Soares de Araújo – Instituto do Coração Edson Saad, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Cláudio Pereira da Cunha – Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Paraná, PR – Brazil

Cláudio Tinoco Mesquita – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Denílson Campos de Albuquerque – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Denizar Vianna Araujo – Departamento de Clínica Médica, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Esmeralci Ferreira – Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Evandro Tinoco Mesquita – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Fernando Nobre – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo, São Paulo, SP – Brazil

Gabriel Blacher Grossman – Serviço de Medicina Nuclear, Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS – Brazil

Henrique César de Almeida Maia – Governo do Distrito Federal (GDF), Brasília, DF – Brazil

Humberto Villacorta Júnior – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Iran Castro – Fundação Universitária de Cardiologia (FUC), Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC), Porto Alegre, RS – Brazil

João Vicente Vitola – Quanta Diagnóstico e Terapia (QDT), Curitiba, PR – Brazil

José Geraldo de Castro Amino – Sessão Clínica, Instituto Nacional de Cardiologia (INC), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

José Márcio Ribeiro – Clínica Médica (Ambulatório), União Educacional Vale do Aço (UNIVAÇO), Ipatinga, MG – Brazil

Leonardo Silva Roeber Borges – Departamento de Pesquisa Clínica, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), MG – Brazil

Leopoldo Soares Piegas – Fundação Adib Jatene, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brazil

Lúis Alberto Oliveira Dallan – Serviço Coronariopatias, Instituto do Coração (INCOR), São Paulo, SP – Brazil

Marcelo Iorio Garcia – Clínica de Insuficiência Cardíaca, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Marcelo Westerlund Montera – Centro de Insuficiência Cardíaca, Hospital Pró Cardíaco (PROCARDIACO), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Marcio Luiz Alves Fagundes – Divisão de Arritmia e Eletrofisiologia, Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras (INCL), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Marco Antonio Mota Gomes – Fundação Universitária de Ciências da Saúde Governador Lamenha Filho (UNCISAL), Maceió, AL – Brazil

Marco Antonio Rodrigues Torres – Departamento de Medicina Interna, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS – Brazil

Marcus Vinícius Bolivar Malachias – Instituto de Pesquisas e Pós-graduação (IPG), Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, MG – Brazil

Maria Eliane Campos Magalhães – Departamento de Especialidades Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Mário de Seixas Rocha – Unidade Coronariana, Hospital Português, Salvador, BA – Brazil

Maurício Ibrahim Scanavacca – Unidade Clínica de Arritmia, Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP – Brazil

Nadine Oliveira Clausell – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Nazareth de Novaes Rocha – Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense, UFF - Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Nelson Albuquerque de Souza e Silva – Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Paola Emanuela Poggio Smanio – Seção Médica de Medicina Nuclear, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC) São Paulo, SP - Brazil

Paulo Cesar Brandão Veiga Jardim – Liga de Hipertensão Arterial, Universidade Federal de Goiás (UFGO), Goiânia, GO – Brazil

Ronaldo de Souza Leão Lima – Pós-Graduação em Cardiologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Salvador Manoel Serra – Setor de Pesquisa Clínica, Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Sandra Cristina Pereira Costa Fuchs – Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Tiago Augusto Magalhães – Ressonância Magnética e Tomografia Cardíaca, Hospital do Coração (HCor), São Paulo, SP – Brazil

Walter José Gomes – Departamento de Cirurgia, Universidade Federal de São Paulo (UFESP), São Paulo, SP – Brazil

Washington Andrade Maciel – Serviço de Arritmias Cardíacas, Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Wolney de Andrade Martins – Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

#### Exterior

Amalia Peix - Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Havana – Cuba

Amelia Jiménez-Heffernan - Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva – Spain

Ana Isabel Venâncio Oliveira Galrinho - Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Ana Maria Ferreira Neves Abreu - Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Ana Teresa Timóteo - Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Charalampos Tsoumpas - University of Leeds, Leeds – England

Chetal Patel - All India Institute of Medical Sciences, Delhi – Indian

Edgardo Escobar - Universidad de Chile, Santiago – Chile

Enrique Estrada-Lobato - International Atomic Energy Agency, Vienna – Austria

Erick Alexanderson - Instituto Nacional de Cardiología - Ignacio Chávez, Ciudad de México – México

Fausto Pinto - Universidade de Lisboa, Lisboa - Portugal

Ganesan Karthikeyan - All India Institute of Medical Sciences, Delhi – Indian

Guilherme Vianna e Silva - Texas Heart Institute, Texas – USA

Horacio José Faella - Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Caba – Argentina

James A. Lang - Des Moines University, Des Moines – USA

James P. Fisher - University of Birmingham, Birmingham – England

João Augusto Costa Lima - Johns Hopkins Medicine, Baltimore – USA

Jorge Ferreira - Hospital de Santa Cruz, Carnaxide, Portugal

Manuel de Jesus Antunes - Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal

Marco Alves da Costa - Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal

Maria João Soares Vidigal Teixeira Ferreira - Universidade de Coimbra, Coimbra – Portugal

Massimo Francesco Piepoli - Ospedale “Guglielmo da Saliceto”, Piacenza – Italy

Nuno Bettencourt - Universidade do Porto, Porto – Portugal

Raffaele Giubbini - Università degli Studi di Brescia, Brescia – Italy

Ravi Kashyap - International Atomic Energy Agency, Vienna – Austria

Roberto José Palma dos Reis - Hospital Polido Valente, Lisboa – Portugal

Shekhar H. Deo - University of Missouri, Columbia – USA

## BIENNIUM BOARD 2024/2025

### ADMINISTRATIVE COUNCIL – MANDATE 2022 (BRAZILIAN SOCIETY OF CARDIOLOGY)

#### North/Northeast Region

Nivaldo Menezes Filgueiras Filho (BA)

Sérgio Tavares Montenegro (PE)

#### Eastern Region

Denilson Campos de Albuquerque (RJ)

Andréa Araujo Brandão (RJ)

#### Paulista Region

João Fernando Monteiro Ferreira (SP)

Ricardo Pavanello (SP)

#### Central Region

Carlos Eduardo de Souza Miranda (MG)

Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO) –

President of the Administrative Council

#### South Region

Paulo Ricardo Avancini Caramori (RS)

Gerson Luiz Bredt Júnior (PR) – Vice President  
of the Administrative Council

### PRESIDENTS OF STATE AND REGIONAL BRAZILIAN SOCIETIES OF CARDIOLOGY

SBC/AL - Roberta Rodrigues Nolasco Cardoso

SBC/AM - Marcia Regina Silva

SBC/BA - Claudio Marcelo Bittencourt das  
Virgens

SBC/CE - Ulysses Vieira Cabral

SBC/DF - João Poeys Junior

SBC/ES - Jorge Elias Neto

SBC/GO - Alberto de Almeida Las Casas Junior

SBC/MA - Maria Jacqueline Silva Ribeiro

SBC/MG - Luiz Guilherme Passaglia

SBC/MS - Amanda Ferreira Carli Benfatti

SBC/MT - Danilo Oliveira de Arruda Junior

SBC/NNE - Gentil Barreira de Aguiar Filho

SBC/PA - Edson Roberto Silva Sacramento

SBC/PB - Glauco de Gusmão Filho

SBC/PE - Anderson da Costa Armstrong

SBC/PI - Thiago Nunes Pereira Leite

SBC/PR - Willyan Issamu Nazima

SBC/RN - Carla Karini Rocha de Andrade Costa

SBC/SC - Guilherme Loureiro Fialho

SBC/SE - Wersley Araújo Silva

SBC/TO - Daniel Janczuk

SOCERGS - Luis Beck da Silva Neto

SOCERJ - Marcelo Heitor Vieira Assad

SOCERON - Marcos Rosa Ferreira

SOCESP - Maria Cristina de Oliveira Izar

### PRESIDENTS OF DEPARTAMENTOS AND STUDY GROUPS

SBC/DA - José Francisco Kerr Saraiva

SBC/DCC - João Ricardo Cordeiro Fernandes

SBC/DCC/CP - Ana Paula Damiano

SBC/DCM - Glauca Maria Moraes de Oliveira

SBC/DECAGE - Jessica Myrian de Amorim  
Garcia

SBC/DEIC - Lídia Ana Zytyński Moura

SBC/DEMCA - Ibraim Masciarelli Francisco  
Pinto

SBC/DERC - Luiz Eduardo Fonteles Ritt

SBC/DHA - João Roberto Gemelli

SBC/DIC - Silvio Henrique Barberato

SBCCV - Vinicius José da Silva Nina

SBHCI - Rogerio Eduardo Gomes Sarmento  
Leite

SOBRAC - Alexsandro Alves Fagundes

DCC/GAPO - Luciana Savoy Fornari

DCC/GECETI - Alexandre de Matos Soeiro

DCC/GECO - Wolney de Andrade Martins

DCC/GEDORAC - Luciana Sacilotto

DCC-CP/GECCA - Vivian De Biase

DEIC/GEICPED - Estela Azeka

DEIC/GEMIC - Evandro Tinoco Mesquita

DEIC/GETAC - Fabiana Goulart Marcondes  
Braga

DERC/GECESP - Rodrigo Otavio Bougleux Aló

DERC/GECCN - Adriana Soares Xavier de Brito

**Volume 37, Supplement 7 / November 2024**

Indexing: Index Medicus Latino-Americano (LILACS);  
Scientific Electronic Library Online (SciELO); Latindex;  
Scopus

**Commercial Department**

Telephone Number: (11) 3411-5500  
e-mail: comercialsp@cardiol.br

**Editorial Production**

SBC – Scientific Department

**Graphic Design and Diagramming**

SBC – Scientific Department

Former SOCERJ Magazine (ISSN 0104-0758) up to  
December 2009; Revista Brasileira de Cardiologia  
(print ISSN 2177-6024 and online ISSN 2177-7772)  
from January 2010 up to December 2014.

International Journal of Cardiovascular Sciences  
(print ISSN 2359-4802 and online ISSN 2359-5647)  
from January 2015.

ÓRGÃO OFICIAL DA  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC  
**PUBLICAÇÃO BIMESTRAL / PUBLISHED  
BIMONTHLY**  
INTERNATIONAL JOURNAL OF CARDIOVASCULAR  
SCIENCES  
(INT J CARDIOVASC SCI)



This work is available per  
guidelines from the Creative  
Commons License. Attribution  
4.0 International. Partial or total  
reproduction of this work is  
permitted upon citation.



INTERNATIONAL JOURNAL OF

**Cardiovascular  
SCIENCES**

The International Journal of Cardiovascular Sciences (ISSN 2359-4802)

is published bimonthly by SBC:

Av. Marechal Câmara, 160 - 3º andar - Sala 330

20020-907 • Centro • Rio de Janeiro, RJ • Brazil

Tel.: (21) 3478-2700

e-mail: [revistaijcs@cardiol.br](mailto:revistaijcs@cardiol.br)

<http://ijcscardiol.org/>

TEMAS LIVRES - 17/05/2024  
SIMPÓSIO BRASILEIRO DA MULHER

**SMC007****AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PUÉRPERAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL DE DIFÍCIL CONTROLE EM MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE PERNAMBUCO**

FABRÍCYA HARIEL PEREIRA DE LIMA, FRANCIBERTO DYEGO DE SOUZA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA / UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**Introdução:** As síndromes hipertensivas da gestação configuram patologia de elevada prevalência, com impacto na morbimortalidade materna e perinatal. Parte das pacientes apresenta dificuldade do controle dos níveis tensionais no período puerperal mesmo com o uso otimizado de anti-hipertensivos, dessa forma, conhecer o perfil dessas mulheres assume importância na identificação de fatores de risco, principalmente os de caráter mutável, visando a melhoria da assistência. **Objetivos:** Descrever o perfil sociodemográfico e clínico, obstétrico e não obstétrico, de puérperas com quadro de hipertensão arterial de difícil controle em maternidade de alto risco em Recife/PE. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, descritivo, desenvolvido a partir da aplicação de questionário elaborado pelos pesquisadores junto a análise dos prontuários das participantes do estudo que estiveram internadas na maternidade entre 2022/2023, totalizado 58 puérperas com hipertensão arterial de difícil controle. Pacientes com diagnóstico de hipertensão secundária e idade inferior a 18 anos foram excluídas. **Resultados:** A idade média das pacientes foi de  $30 \pm 07$  anos. Cerca de 41,3% da amostra era proveniente do Agreste pernambucano, 67,2% possuía como ocupação cuidadora do lar, e 77,6% autodeclaradas pardas. Em torno de 43,1% das pacientes apresentavam diagnóstico de hipertensão crônica, e 53,3% de obesidade. Apenas 13,9% delas obtiveram acesso ao pré-natal de alto risco. Cerca de 44,8% das gestantes não utilizavam anti-hipertensivos no período gestacional, e 81% não utilizaram ácido acetilsalicílico na gravidez, embora 56,8% delas possuíssem indicação formal de uso, objetivando a prevenção de pré-eclâmpsia. Aproximadamente 84,4% das pacientes fizeram uso de sulfato de magnésio, devido identificação de critérios de gravidade durante admissão. A mediana da idade gestacional no parto foi de 35,8 semanas (IIQ = 2,7). Cerca de 86,2% evoluiu com interrupção por cesariana, principalmente pela refratariedade de picos pressóricos. Todas as pacientes realizaram uso de, no mínimo, quatro classes de anti-hipertensivos para início de controle pressórico, 60,3% delas iniciando no primeiro dia pós-parto por elevação pressórica refratária. Em 81% da amostra foi utilizada a associação entre captopril, nifedipino, clonidina e hidroclorotiazida, e 8,6% necessitou do uso de vasodilatadores com necessidade de permanência em UTI. **Conclusões:** Conhecer o perfil das pacientes atendidas no serviço permite prestar assistência baseada em dados locais, além de favorecer o planejamento de estratégias para equipe assistencial. Além disso, é evidente a necessidade de melhorias na assistência pré-natal, com identificação precoce dos fatores de risco, diagnóstico correto e manejo adequado das síndromes hipertensivas.

**SMC009****TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL EM MULHERES : INDICAÇÕES E CONSIDERAÇÕES**

JULIANYPINTO DELIMAGOMES, ERCÍLIA LORENADO SHUMILDES COELHO, LÍCIA MAIARA SANTOS LUIZ, MARIA CLARADA SILVA BARROS, TAYNARA SANDRA DE SOUZA FREITAS, GISELI MARIA DE ARAÚJO, SARA TAVARES VASCONCELOS LEMOS, ALÍRIO VIRGOLINO DA NÓBREGA JÚNIOR

FACULDADE TIRADENTES- FITS GOIANA

**Introdução:** A menopausa corresponde ao último ciclo menstrual da mulher, marcado pelo fim da fase reprodutiva que evidencia a redução hormonal fisiológica dos níveis de estrogênio e progesterona que ocorre devido a insuficiente ação ovariana. Durante essa fase, ocorrem diversas mudanças como alterações psicológicas, reprodutivas, infertilidade, atrofia da vulva e ressecamento da mucosa vaginal, a associação desses sintomas e sinais, é descrita como Síndrome Climatérica. Como alternativa para melhorar a saúde tem-se na terapia de reposição hormonal (TRH) um tratamento que restitui a qualidade de vida das mulheres, especialmente quando apresentam sintomas mais graves no climatério. Em alguns casos, ela é contraindicada, entretanto, a TRH pode promover prevenção de doenças relacionadas à menopausa, como acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), osteoporose e atrofia urogenital, destacando a importância da disseminação de maiores informações sobre esse tratamento. **Objetivo:** O estudo tem o propósito de mostrar quais perfis femininos são mais indicados a fazer a TRH e quais são contraindicados. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa desenvolvida nas plataformas eletrônicas PUBMED, BVS e SCIELO. Foram selecionados artigos publicados nos anos de 2018 a 2022, utilizando os descritores: "menopausa", "climatério", "declínio hormonal" e "terapia de reposição hormonal". Para selecionar os artigos, foi necessário seguir os critérios de inclusão e exclusão, no qual foram incluídos os textos completos disponíveis gratuitamente, sendo excluídos os estudos pagos e duplicados nas bases de dados. **Resultados:** De acordo com as literaturas, a TRH deve ser iniciada ainda na 'janela de oportunidade', que trata dos primeiros dez anos a contar da última menstruação, porém, após os 60 anos de idade, deve ser bem avaliada, para não aumentar o risco cardiovascular. Quanto aos critérios de adesão à TRH, a FEBRASGO elenca quatro principais que são: presença de sintomas vasomotor (fogachos), sinais de atrofia urogenital, como secura vaginal e dor na relação sexual; prevenção da osteoporose e na insuficiência ovariana precoce confirmada, sendo essa última mandatória a TRH até no mínimo a idade normal de menopausa, caso não haja contraindicações. Quanto às contraindicações, temos mulheres com história pessoal ou familiar de câncer de mama, endométrio, de ovário ou história de IAM ou AVC. **Conclusão:** Diante do exposto, entender a menopausa e em quais circunstâncias o médico pode orientar a TRH vai muito além de apenas tratar os sintomas, é um processo individualizado que requer atenção holística à saúde física, mental e emocional da mulher, além disso, deve ser feito acompanhamento frequente, para controle de efeitos colaterais.

## SMC010

### ENDOMETRIOSE E ATEROSCLEROSE: UMA PERSPECTIVA FISIOPATOLÓGICA

ANAKAROLLINYDASNEVESSOUTOSILVA, AMANDACOSTARESENDE, GUSTAVO GARCIA CARRACENA, MAIKON LUCIAN MADEIRA QUARTI, MARIA ALICE SANTOS OLIVEIRA, MAIKON LUCIAN MADEIRA QUARTI

AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA; FACULDADE ZARNS, ITUMBIARA-GO; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC); HOSPITAL MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN; FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE

**Introdução:** A endometriose (EN) é uma doença ginecológica dependente de estrogênio em mulheres na menarca, caracteriza-se pela presença de tecido endometrial ectópico, enquanto a aterosclerose condiz com o acúmulo de gordura nas artérias. Estudos estabelecem uma relação entre a EN e a doença coronariana aterosclerótica, subjacente a mecanismos fisiopatológicos em comum, como a disfunção endotelial coronariana, perfil lipídico aterogênico e estado inflamatório sistêmico. Esta revisão explora a associação entre as duas condições, destacando os mecanismos patológicos sinérgicos. **Objetivo:** Explorar as correlações fisiopatológicas da endometriose e a aterosclerose. **Metodologia:** Revisão de literatura a partir da base de dados National Library of Medicine e da Biblioteca virtual em saúde. A pesquisa foi estruturada utilizando a estratégia PICO e a pergunta norteadora obtida foi "A base fisiopatológica da endometriose é um fator de risco para a aterosclerose?". A seleção dos artigos foi dividida em etapas, na primeira foram utilizados os descritores "endometriosis" AND "atherosclerosis" e aplicação de filtros: texto completo, 2019 - 2024, com isso, o total de artigos encontrados foi de 132 e, após os filtros, 42. A segunda etapa consistiu na leitura do resumo e destes 21 foram excluídos por fuga do tema e 07 por indisponibilidade. Por fim, 14 artigos foram elegíveis para esta revisão. **Resultados:** A soma de fatores genéticos, inflamatórios, ambientais e a disfunção endotelial presentes nas mulheres com endometriose parece contribuir para a formação das placas ateroscleróticas que podem obstruir parcial ou totalmente uma artéria causando estenose e/ou infarto agudo do miocárdio. Estudos experimentais com murinos para apolipoproteína E, demonstraram que camundongos com endometriose possuíam altos níveis séricos das citocinas inflamatórias (IL-1 $\alpha$ , IL-6, IFN- $\gamma$  e VEGF), quando comparados aos sem endometriose. Ademais, exibiram também maiores níveis de aterosclerose e redução de área luminal aórtica. Não somente, a vitamina B12 e o folato, relacionadas ao nível de homocisteína, estão diminuídas e isso resulta em hipercoagulabilidade, inflamação sistêmica e aumento do risco de doença arterial coronariana, especialmente para pacientes em uso de terapia hormonal. A ativação de genes inflamatórios e variações genéticas como no cromossomo 9p21 contribuem para disfunção endotelial e aterosclerose. **Conclusão:** Evidencia-se, portanto, que mulheres com endometriose apresentam perfil lipídico desfavorável, sustentados pela inflamação sistêmica dessa condição, assim como fatores genéticos. Dessa forma, é clara a importância da triagem cardiovascular precoce nessas mulheres, com abordagem multidisciplinar para evitar aterosclerose subclínica.

## SMC011

### EMERGÊNCIAS CARDIOVASCULARES NA GESTAÇÃO: DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO E MANEJO DA DISSECÇÃO AGUDA DE AORTA

ANAKAROLLINYDASNEVESSOUTOSILVA, EDMILSON MONTENEGRO FONSECA, ISABEL APEDROS AVIEIRA LIMA, BEATRIZ PEREIRA DE FREITAS, MAIKON LUCIAN MADEIRA QUARTI

AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA; HOSPITAL MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN

**Introdução:** O processo fisiológico da gravidez aumenta o risco de diversas condições cardiovasculares, incluindo a dissecção aguda de aorta (DAA), é um evento raro, mas com alta letalidade para a mãe e o feto. Caracteriza-se pela separação das camadas da parede arterial, criando um falso lúmen que favorece o acúmulo de sangue. De acordo com a classificação de Stanford divide-se em: Tipo A - aorta ascendente e Tipo B - porção inferior da aorta. No entanto, os sintomas podem simular outras condições comuns no período gestacional, isso corrobora com o atraso do diagnóstico e aumento da morbimortalidade materna e fetal. Consoante a isso, algumas condições genéticas podem favorecer a ocorrência desse quadro durante a gestação, como a Síndrome de Marfan e a Síndrome de Loeys-dietz. O risco cirúrgico é muito alto e a mortalidade fetal varia entre 25-40%. Esta revisão destaca a importância do reconhecimento precoce e do manejo adequado. **Objetivo:** Investigar o manejo de dissecção de aorta em gestantes, elencando fatores prognósticos. **Metodologia:** Revisão de literatura a partir da base de dados National Library of Medicine e da Biblioteca virtual em saúde. A seleção dos artigos foi sumarizada em etapas, na primeira foram utilizados os descritores "aortic dissection" AND "pregnant" AND "management" e aplicação de filtros: texto completo, 2019 - 2024, com isso, o total de artigos encontrados foi de 240 e após a filtragem foi de 61. A segunda etapa consistiu na leitura do resumo e destes 28 foram excluídos por fuga do tema, 04 por indisponibilidade e 05 por duplicidade. Por fim, 24 artigos foram elegíveis para a construção desta revisão. **Resultados:** Entrementes, o período gestacional conta com inúmeras alterações há hiperatividade do sistema nervoso parassimpático e ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, por conseguinte há um aumento do débito cardíaco e do volume sanguíneo, por sua vez há um aumento da pressão nos vasos, sobretudo na aorta. Na gestação é mais comum a dissecção tipo A e nesses casos há necessidade de intervenção cirúrgica, as do Tipo B podem ser manejadas clinicamente. A cirurgia, geralmente, é mal tolerada pelo feto, devido ao estresse cirúrgico. Não há um consenso para guiar o manejo na gestação, mas considerações incluem a idade gestacional e a maturidade fetal, bem como a realização de uma cesariana e o reparo cirúrgico poucos dias depois. **Conclusão:** Em suma, o tratamento da DAA na gestação é um desafio, tanto diagnóstico, quanto para a decisão de quando reparar cirurgicamente. Assim, urge que estudos sejam feitos visando abordar a apresentação clínica na gestação e técnicas cirúrgicas mais assertivas para garantir um desfecho mais favorável para a mãe e o feto.

**SMC015****TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL EM MULHERES : INDICAÇÕES E CONSIDERAÇÕES**

JULIANYPINTODELIMAGOMES, ERCÍLIA LORENADO SHUMILDES COELHO, LÍCIA MAIARA SANTOS LUIZ, MARIA CLÁRA DA SILVA BARROS, TAYNARA SANDRA DE SOUZA FREITAS, GISELI MARIA DE ARAÚJO, SARA TAVARES VASCONCELOS LEMOS, ALÍRIO VIRGOLINO DA NÓBREGA JÚNIOR

FACULDADE TIRADENTES- FITS GOIANA

**Introdução:** A menopausa corresponde ao último ciclo menstrual da mulher, marcado pelo fim da fase reprodutiva que evidencia a redução hormonal fisiológica dos níveis de estrogênio e progesterona que ocorre devido a insuficiente ação ovariana. Durante essa fase, ocorrem diversas mudanças como alterações psicológicas, reprodutivas, infertilidade, atrofia da vulva e ressecamento da mucosa vaginal, a associação desses sintomas e sinais, é descrita como Síndrome Climatérica. Como alternativa para melhorar a saúde tem-se na terapia de reposição hormonal (TRH) um tratamento que restitui a qualidade de vida das mulheres, especialmente quando apresentam sintomas mais graves no climatério. Em alguns casos, ela é contraindicada, entretanto, a TRH pode promover prevenção de doenças relacionadas à menopausa, como acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), osteoporose e atrofia urogenital, destacando a importância da disseminação de maiores informações sobre esse tratamento. **Objetivo:** O estudo tem o propósito de mostrar quais perfis femininos são mais indicados a fazer a TRH e quais são contraindicados. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa desenvolvida nas plataformas eletrônicas PUBMED, BVS e SCIELO. Foram selecionados artigos publicados nos anos de 2018 a 2022, utilizando os descritores: "menopausa", "climatério", "declínio hormonal" e "terapia de reposição hormonal". Para selecionar os artigos, foi necessário seguir os critérios de inclusão e exclusão, no qual foram incluídos os textos completos disponíveis gratuitamente, sendo excluídos os estudos pagos e duplicados nas bases de dados. **Resultados:** De acordo com as literaturas, a TRH deve ser iniciada ainda na 'janela de oportunidade', que trata dos primeiros dez anos a contar da última menstruação, porém, após os 60 anos de idade, deve ser bem avaliado, para não aumentar o risco cardiovascular. Quanto aos critérios de adesão à TRH, a FEBRASGO elenca quatro principais que são: presença de sintomas vasomotor (fogachos), sinais de atrofia urogenitais, como secura vaginal e dor na relação sexual; prevenção da osteoporose e na insuficiência ovariana precoce confirmada, sendo essa última mandatório a TRH até no mínimo a idade normal de menopausa, caso não haja contraindicações. Quanto às contraindicações, temos mulheres com história pessoal ou familiar de câncer de mama, endométrio, de ovário ou história de IAM ou AVC. **Conclusão:** Diante do exposto, entender a menopausa e em quais circunstâncias o médico pode orientar a TRH vai muito além de apenas tratar os sintomas, é um processo individualizado que requer atenção holística à saúde física, mental e emocional da mulher, além disso, deve ser feito acompanhamento frequente, para controle de efeitos colaterais.

**SMC016****O IMPACTO DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NA INCIDÊNCIA DE ANOMALIAS CONGÊNITAS EM NASCIDOS VIVOS NO ESTADO DE PERNAMBUCO: UM ESTUDO TRANSVERSAL DE 2018 A 2022**

LUIZADUBEUX PARANHOS FERREIRA, SARAHLAPENDAPEDROSA DE LUCENADA FONSECA, GABRIELA ESPÓSITO TABOSA, MARIANAMIRELLY ALVES BRANDÃO, MARIA JÚLIA FREIRE ARAÚJO

UNINASSAU; FPS - FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

**INTRODUÇÃO:** Anomalias congênitas são alterações estruturais ou funcionais que ocorrem durante a gestação, podendo ser identificadas antes do nascimento. Atualmente, o Ministério da Saúde preconiza pelo menos 6 consultas de pré-natal (PN). Visto que o número de consultas é inversamente proporcional à incidência de anomalias dos nascidos vivos, torna-se essencial que a atenção primária incentive o cumprimento do PN adequado, incluindo medidas profiláticas para o melhor desenvolvimento fetal.

**OBJETIVO:** O estudo visa analisar o impacto do acompanhamento do PN na incidência de anomalias congênitas em Pernambuco entre 2018 e 2022, avaliando como a qualidade e a frequência das consultas influenciam na redução desses agravos.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal com coleta de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) de 2018 a 2022. Foram analisados os registros de PN das gestantes em Pernambuco e suas implicações. Justifica-se a ausência da apreciação de um Comitê de Ética, em conformidade com as Resoluções nº 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

**RESULTADOS:** Entre os anos de 2018 até 2022 houveram 649.799 mulheres gestantes em Pernambuco, dentre essas 6.729 tiveram bebês com anomalias congênitas. Constatou-se que 470.068 das gestantes nesse período tiveram pelo menos 7 consultas de PN. Das crianças nascidas com essa condição houveram 1658 mães que não fizeram o PN ou o realizaram de forma inadequada. A faixa etária com maior incidência de anomalias congênitas foi dos 20 aos 24 anos com 1616 nascidos vivos apresentando alguma alteração estrutural ou funcional. Porém, percentualmente o grupo mais afetado foi dos 50 aos 54 anos onde de 82 crianças, 3 nasceram com alguma anomalia. Dentre as mais comuns foram identificadas as deformidades congênitas do aparelho osteomuscular, geniturinário e malformações congênitas dos pés. Percentualmente, o grupo mais afetado foi o que teve a gravidez interrompida entre 28 e 31 semanas, onde apenas 1919 das 6315 mulheres fizeram pelo menos 7 consultas de PN.

**CONCLUSÃO:** Percebe-se que as consultas de pré-natal compõem uma importante prevenção para a incidência de anomalias congênitas. Estratégias de incentivo ao PN adequado e seu acompanhamento são essenciais para alcançar esse objetivo, visando a melhoria da qualidade de saúde especializada na gestante e no futuro recém nascido. Desse modo, os resultados destacam a necessidade de políticas de saúde pública para aprimorar o bem estar materno-infantil e reduzir a incidência de anomalias congênitas em Pernambuco.

## SMC022

### MANEJO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA GRAVE NA GESTANTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

BRUNOSOARESFREIRE, MATHEUS CASTELO BRANCO FALCÃO ALBUQUERQUE, MARCELAMARIA CAVALCANTI LIRA, MARINA ALBANEZ ALBUQUERQUE DE MEDEIROS LOPES, JULIANÓBREGA DE BRITO, MARINA ALBANEZ ALBUQUERQUE DE MEDEIROS, HEITOR NICEAS ALBANEZ ALBUQUERQUE DE MEDEIROS, MARIA EDUARDA RAMOS MAGALHÃES

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO; REAL HOSPITAL PORTUGUÊS - REAL CARDIOLOGIA

#### Introdução

A gravidez e o período pós-parto estão associados a adaptações que podem desmascarar nova Insuficiência Cardíaca (IC) ou exacerbar os sintomas em mulheres com cardiomiopatia. Durante a gravidez, a IC pode se desenvolver por inúmeras causas, como a Cardiomiopatia Periparto (CMPP), uma complicação cardíaca rara grave, de início recente, definida como fração de ejeção reduzida, a qual se desenvolve no final da gravidez ou nos meses seguintes ao parto. A doença cardiovascular é a principal causa de mortalidade relacionada à gravidez nos Estados Unidos, por isso, a importância de entender o atual manejo diante de um cenário de IC aguda em gestantes.

#### Objetivo

Compreender o atual manejo farmacológico intensivo da insuficiência cardíaca aguda grave na gestante.

#### Materiais e métodos

Revisão integrativa, com vistas a responder à questão. Buscou-se artigos disponíveis nas bases de Dados: PUBMED, LILACS e SciELO, utilizando os seguintes termos para estratégia de busca: Gestational Mothers AND Heart Decompensation AND Shock, Cardiogenic. 13 artigos foram selecionados

#### Resultados

Se for necessário suporte inotrópico durante a gravidez milrinona, dobutamina, dopamina e levosimendan são geralmente considerados seguros. Há preocupação sobre a vasodilatação excessiva com milrinona no contexto de resistência vascular sistêmica já diminuída na gravidez. A dopamina tem como colateral a redução da produção láctea, além disso, possíveis efeitos adversos foram relatados com dobutamina em pacientes com CMPP grave. Ao contrário da epinefrina (que geralmente é evitada na gravidez), o levosimendan, um inodilatador e sensibilizador de cálcio, não é conhecido por aumentar a demanda miocárdica de oxigênio e é recomendado pela Sociedade Europeia de Cardiologia como o inotrópico preferido para uso em mulheres grávidas com choque cardiogênico. Se a terapia vasodilatadora for necessária, a nitroglicerina é preferida ao nitroprussiato devido a possíveis preocupações relacionadas aos níveis tóxicos de cianeto. Caso infusões contínuas não sejam necessárias, alternativas orais como nitratos orais, metildopa e hidralazina também são seguras. O uso de bromocriptina e cabergolina parece ter resposta imediata e tardia na recuperação da disfunção ventricular da CMPP.

#### Conclusões

A dobutamina, salvo em casos de CMPP e levosimendan parecem ser drogas vasoativas com os menores efeitos adversos à saúde materna no contexto de insuficiência cardíaca aguda. Dentre os vasodilatadores, a nitroglicerina parece ser a melhor opção de droga intravenosa e se dúvidas diagnóstica de CMPP, a bromocriptina e cabergolina são boas opções no contexto agudo. A dopamina e milrinona podem ser utilizadas conforme o contexto clínico.

## SMC024

### ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS MORTES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO SEXO FEMININO DURANTE OS ANOS DE 2018 A 2022

MATHEUS CASTELO BRANCO FALCÃO ALBUQUERQUE, BRUNO SOARES FREIRE, MARCELA MARIA CAVALCANTI LIRA, MARINA ALBANEZ ALBUQUERQUE DE MEDEIROS LOPES, HEITOR NICEAS ALBANEZ ALBUQUERQUE DE MEDEIROS, MARIA EDUARDA RAMOS MAGALHÃES, JULIA NOBREGA DE BRITO, MARIA ANTONIETA ALBANEZ ALBUQUERQUE DE MEDEIROS LOPES

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO (UNICAP); REAL HOSPITAL PORTUGUÊS

**Introdução:** O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, e o seu manejo tempo-dependente é essencial para evitar danos cardíacos graves. Portanto, é importante preconizar o atendimento efetivo dos pacientes com IAM nas redes de atenção em todo o estado de Pernambuco. **Objetivo:** Avaliar os índices de mortalidade dessa doença no estado para analisar futuras medidas de assistência e prevenção, no que tange a saúde da mulher. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo de base populacional transversal, em que se utilizou dados secundários registrados através do Sistema de Informação de Agravos e Notificação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Foram analisados dados de 2018 a 2022 de óbitos confirmados, sendo estudados os seguintes aspectos: raça, faixa etária, escolaridade, números de casos confirmados pelas Gerências Regionais de Saúde (GERES) e o local da ocorrência. **Resultados:** O número de casos notificados em Pernambuco no período analisado foi de 10.401 casos, sendo os anos mais prevalentes os de 2019 com 2.400 casos (23.07%) e 2018 com 2.366 (22.75%). A I GERES apresentou a maior quantidade de notificações, cerca de 35.89% (3733), seguida da IV GERES com 15.14% (1575). A cidade do Recife se mostrou como a mais prevalente durante esse período de tempo analisado, representando aproximadamente 14.51% (1509) dos casos. Em relação à faixa etária mais acometida, notou-se o aumento crescente ao longo das idades analisadas, como podemos observar que 50.09% (5210) dos óbitos ocorreram a partir dos 75 anos, enquanto 49.86% (5186) dos óbitos restantes ocorreram na faixa etária de 5 a 69 anos. No que se refere a raça, a parda foi a mais acometida com 56.27% (5853), e no que tange à escolaridade, 35.39% (3681) não frequentaram estabelecimentos de ensino. **Conclusões:** Diante disso, a necessidade de medidas para diminuir o agravamento é necessária principalmente nas populações em que o IAM é mais prevalente. Nota-se, além disso, a prevalência da mortalidade do infarto em mulheres acima de 75 anos, em nossa casuística, e a importância de medidas preventivas para melhorar o manejo, que tem como ponto mais importante a realização de intervenções médicas. Dessa forma, poderão ocorrer melhores prognósticos e menores números relacionados a óbitos por IAM em Pernambuco.

## SMC025

### PREVALÊNCIA DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

NICOLLE INTERAMINENSE GATTÁS, RENATO HIDEKI SHINOZAKI MENDES, LETÍCIA FERREIRA LEAL, MARCUS VINÍCIUS DE ARAÚJO RÊGO FILHO, MARIA JÚLIA SAMPAIO ANGELIM, LUCAS ZACCHÊ DE SÁ ARAGÃO, ELLIS INTERAMINENSE GATTÁS, DANIELE SOFIA DE MORAES BARROS GATTÁS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO/ UPE; CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO/ UFPE

**Introdução** - Durante muito tempo, a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) foi considerada uma entidade clínica relacionada quase exclusivamente a pacientes do sexo masculino. Contudo, trabalhos recentes evidenciam que mulheres inseridas na pós-menopausa apresentam risco elevado para eventos cardiovasculares, como a SCA. A diminuição dos níveis de estrogênio, associada a outras mudanças endoteliais e hormonais, são fatores primordiais para esse desfecho.

**Objetivo** - Analisar a prevalência de SCA em mulheres em período pós-menopausal.

**Materiais e Métodos** - Através de revisão de literatura vigente e disponível nas plataformas PubMed, SciELO e Lilacs, buscou-se quantificar a prevalência da SCA em pacientes do sexo feminino após a menopausa. Foram utilizados os descritores "Acute coronary syndrome", "women postmenopause" "prevalence", sendo selecionados estudos observacionais retrospectivos, nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos de 2014 a 2024.

**Resultados** - A análise bibliográfica de estudos sobre a prevalência da SCA em mulheres após a menopausa incluiu um total de 6 artigos, totalizando 21357 pacientes avaliados clinicamente. Dessa amostra, 1876 avaliados apresentaram quadro coronariano - incluindo hospitalizações por síndrome coronariana aguda e óbitos por infarto agudo do miocárdio - no período de 01 a 05 anos após a cessação menstrual. Esse número corresponde a uma prevalência aproximada de 8,78% dos casos.

**Conclusões** - Através desta revisão, foi possível evidenciar que a SCA em mulheres na pós-menopausa ocorre em número considerável, destacando as alterações fisiológicas características do período como importante fator de risco para o surgimento da doença. No entanto, é válido ressaltar que ainda são necessários mais estudos acerca dessa associação, a fim de ampliar os cuidados na saúde cardiovascular das mulheres e prevenir os desfechos negativos nestas pacientes.

## SMC027

### ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS MORTES EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO ESTADO DE PERNAMBUCO DURANTE OS ANOS DE 2022 E 2024

MARCELA MARIA CAVALCANTI LIRA, MARIA ANTONIETA ALBANEZ A DE MEDEIROS LOPES, JULIA NOBREGA DE BRITO, BRUNO SOARES FREIRE, MATHEUS CASTELOBRANCO FALCÃO ALBUQUERQUE, HEITORNICE ASALBANEZ ALBUQUERQUE DE MEDEIROS, MARIA EDUARDA RAMOS MAGALHÃES, MARINA ALBANEZ ALBUQUERQUE DE MEDEIROS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO; REAL HOSPITAL PORTUGUÊS - REAL CARDIOLOGIA

**Introdução:** O câncer de mama é um problema de saúde pública de alta relevância, pois corresponde a neoplasia mais incidente em mulheres no Brasil. Em relação ao tratamento oncológico, a cardiotoxicidade é uma das causas do aumento da incidência de doenças cardiovasculares, como a insuficiência cardíaca (IC), quando comparado com mulheres sem neoplasia. **Objetivo:** Avaliar o índice de mortalidade, através da associação entre essas comorbidades, no estado de Pernambuco, com o intuito de aperfeiçoar futuras medidas de assistência e prevenção, no que tange a saúde da mulher. **Materiais e Métodos:** Refere-se a um estudo de base populacional transversal, em que utilizou-se dados secundários registrados através do Sistema de Informação de Agravos e Notificação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Foram analisados dados de janeiro de 2022 a fevereiro de 2024. As variáveis analisadas foram faixa etária, raça, números de casos confirmados pelas Gerências Regionais de Saúde (GERES) e o local da ocorrência. **Resultados:** No período analisado, no estado de Pernambuco, foram registradas 633 mortes por câncer de mama. Dentre essas, 151 (23,85%) apresentavam IC, nota-se um aumento de 7,3% entre os anos de 2022, com 32,4% (49), e 2023, com 39,7% (60). Ao estabelecer a associação entre essas comorbidades, observa-se que 31,7% (48) dos casos eram entre mulheres com 70-79 anos, porém, acima dos 80 anos, correspondiam a 14,5% (22). A I GERES apresentou a maior quantidade de notificações, com cerca de 87,4% (132) e na análise dos municípios, Recife apresentou maior prevalência, com 86% (130) casos. Em relação a raça, a parda com 59,6% (90) e a preta com 27,1% (41) foram as mais acometidas. **Conclusões:** Dessa forma, na atualidade, é imprescindível compreender o impacto da associação entre câncer de mama e a IC, relacionado, especialmente, à cardiotoxicidade do tratamento oncológico. Nesse viés, é necessário analisar os fatores de riscos cardiovasculares dessas mulheres, antes, durante e depois da terapia proposta. A intervenção nos fatores de riscos modificáveis, de forma efetiva, o diagnóstico precoce e o estabelecimento do tratamento adequado irão impactar no prognóstico dessas pacientes a curto, médio e longo prazo.

**SME004****RELATO DE CASO: IMPACTOS DA OBESIDADE NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

NIVIA MARIA SIQUEIRA PINHEIRO

AFYA-FCM

**INTRODUÇÃO**

A obesidade é uma doença crônica, caracterizada pelo excesso de gordura corporal, tanto por acúmulo localizado como generalizado.(MARCIO C. 2020, p.05). Esse acúmulo se dá porque a ingestão dos alimentos tende a ser maior do que o gasto energético correspondente. Sua etiologia é complexa e multifatorial, envolvendo fatores como a carga genética, questões emocionais, o ambiente e estilo de vida. Essa patologia além de apresentar diversos fatores de risco, se apresenta como um fator predisponente para diversas doenças, dentre elas, a hipertensão arterial(HAS). A HAS é caracterizada por uma força elevada dos vasos contra as artérias, impedindo que a circulação ocorra normalmente. O excesso de peso eleva o débito cardíaco, ocasionando alterações hemodinâmicas, as quais posteriormente podem gerar mecanismos compensatórios. Dessa forma, tem-se que a hipertensão e obesidade estão estritamente ligadas, sendo ambas fatores de risco para os seus desenvolvimentos e agravamentos.

**RELATO DE CASO**

A paciente A.M.S, 40 anos, sexo feminino, parda, foi ao ambulatório de clínica médica desejando um encaminhamento para o oftalmologista e cardiologista. Referiu ser hipertensa, tendo apresentado picos hipertensivos nos últimos dias. No entanto, negou qualquer sinal ou sintoma associado. Relatou histórico familiar de hipertensão, diabetes e acidente vascular cerebral. Durante o exame físico, o índice de massa corporal configurou obesidade grau I e a pressão arterial detectada foi de 180X100mmHg. Os aparelhos cardiovascular e respiratório não apresentaram alterações. Diante do caso, a paciente foi orientada sobre a importância da perda de peso associada à melhoria da alimentação e estímulo da atividade física para o controle da pressão arterial. Ainda, foram solicitados exames cardiológicos e um encaminhamento para o oftalmologista. Ademais, foi encaminhada para unidade de pronto atendimento devido ao pico hipertensivo que apresentou durante toda a consulta.

**CONCLUSÃO**

Diante do exposto, entende-se que obesidade é uma doença crônica, resultante da interação entre os fatores genéticos, ambientais e emocionais. representa um fator predisponente a várias doenças, dentre elas, a hipertensão arterial. Essa relação se dá devido a alguns mecanismos associados ao acúmulo de tecido adiposo. Por exemplo, o funcionamento do sistema nervoso simpático, sistema renina-angiotensina-aldosterona e alterações hormonais. Ademais, ressalta-se que os impactos da obesidade podem ser minimizados para o melhor controle da hipertensão arterial.

**SME005****RELATO DE CASO: RASTREIO DO DIABETES MELLITUS II NO CONTROLE DAS COMPLICAÇÕES**

NIVIA MARIA SIQUEIRA PINHEIRO, ANA LUIZA MELO DOS SANTOS, INGRID GISELE SOUZA DOS SANTOS, MELISSA EVELLYN ALBUQUERQUE BARBOSA

AFYA-FCM

**INTRODUÇÃO**

O diabetes mellitus(DM)é uma doença crônica, de caráter metabólico, a qual representa uma das enfermidades mais comuns no Brasil, principalmente entre os idosos. É classificada de acordo com sua etiologia, dentre elas há o tipo II. O DM 2 é causado pela resistência periférica à insulina e consequente produção ineficiente do hormônio pelas células beta. Está associado a diversos fatores de riscos, dentre eles a obesidade, idade >40 anos, síndrome dos ovários policísticos, histórico familiar e prévio da doença.

Na fase mais precoce da doença, é comum alguns pacientes se apresentarem assintomáticos ou referirem sintomas inespecíficos como tonturas e alterações visuais. O diagnóstico é baseado na história e quadro clínico do paciente associado aos exames laboratoriais. Dentre eles, glicemia plasmática de jejum, teste oral de tolerância à glicose e hemoglobina glicada. Em relação ao tratamento, se dá pela mudança nos hábitos de vida associada ao tratamento medicamentoso.

O rastreo do diabetes mellitus tipo 02 é de extrema importância, pois a hiperglicemia crônica ocasiona complicações sistêmicas. Dentre elas, a retinopatia diabética é uma das mais comuns e específicas associadas à doença descompensada. Ademais, os portadores do DM2 apresentaram maiores riscos em desenvolver doenças cardiovasculares e doença hepática gordurosa.

**RELATO DE CASO**

O paciente R.M.C, sexo masculino, 59a, viúvo, aposentado, foi ao ambulatório de endocrinologia para a consulta de rotina por acompanhamento do diabetes mellitus tipo 2. Referiu dor nos membros inferiores, com característica em queimação há mais ou menos 01 mês. Relatou que há 01 ano realizou amputação do antepé direito e que há 01 semana realizou uma cirurgia de glaucoma no olho direito. Ainda, referiu uso de insulina NPH 12 UI a noite e Metformina 850mg, pela manhã. Diante disso, foi solicitado novos exames laboratoriais e um retorno ao oftalmologista com um documento de esclarecimento se há associação do glaucoma com o diabetes. Além disso, o paciente foi encaminhado para o médico vascular e orientado a manter a dieta e o uso dos medicamentos até a próxima consulta.

**CONCLUSÃO**

Diante do caso relatado, entende-se que o diabetes mellitus tipo 02 é uma doença de caráter metabólico, a qual pode apresentar algumas complicações sistêmicas. Dessa forma, ressalta-se a importância do diagnóstico precoce e o rastreo em pacientes assintomáticos e sintomáticos. Ademais, é necessário que os pacientes portadores do DM 2 mantenham um acompanhamento rotineiramente para manter o controle glicêmico.

x

## SME006

### RELATO DE CASO: TRANSTORNO DEPRESSIVO PRÉVIO E PÓS-PARTO

NIVIAMARIASIQUEIRAPINHEIRO, ANALUIZAMELODOSANTOS, INGRID GISELE SOUZADOSANTOS, MELISSAEVELLYNALBUQUERQUEBARBOSA, INACLESIA MARIA DA SILVA PAIXÃO

AFYA-FCM

#### Introdução

A depressão pós-parto corresponde a um transtorno psiquiátrico caracterizado por um episódio depressivo, presente nos primeiros meses após o nascimento. Apresenta vários fatores de risco, dentre eles, cesariana de emergência, suporte social inadequado e o transtorno depressivo prévio ou durante a gestação. As principais manifestações envolvem a tristeza excessiva, humor deprimido, além de alterações no apetite e no sono associadas a dificuldade de concentração e desinteresse nas atividades relacionadas ao bebê. Atualmente, é preconizado um rastreio mensal no pós-parto com a utilização do questionário, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). É composto por 10 perguntas de múltipla escolha e o resultado esperado é maior ou igual a 10 pontos. Diante disso, reforça-se a importância do acompanhamento psiquiátrico durante a gestação e no pós-parto, principalmente as mulheres que já apresentaram transtorno depressivo previamente.

#### Relato de caso

A paciente MGMN, 16 anos, G1P0A0, estudante, foi ao ambulatório acompanhada da genitora para o pré-natal. A genitora relatou que a jovem foi encaminhada ao pré-natal de risco habitual devido ao transtorno psiquiátrico e adolescência. Além disso, apresentou encaminhamento de sintomas de depressão, ansiedade e intenção suicida. Negou outras comorbidades, cirurgias, etilismo e tabagismo. Apresentou cartão de vacinação atualizado, relatou alimentação balanceada e ainda, referiu realizar caminhadas durante a semana. A paciente não apresentou alterações durante o exame físico e nem nos exames laboratoriais apresentados. Diante do caso, foi orientado sobre os primeiros sinais do trabalho de parto e quais necessidades devem seguir a maternidade imediatamente. Ademais, foi reforçado a importância de manter o acompanhamento psiquiátrico, principalmente durante o pós-parto.

#### Conclusão

Diante do que foi exposto, entende-se que a depressão pós-parto está associada a diversos comprometimentos na qualidade de vida da mãe e na relação com o bebê. Ainda, é importante ressaltar a necessidade de manter o acompanhamento psiquiátrico das mulheres que apresentaram transtorno depressivo previamente. Ademais, é de extrema importância que a depressão pós-parto seja rastreada e diagnosticada corretamente para minimizar os impactos na vida da mãe e do bebê.

## SME012

### CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA E FORAME OVAL PATENTE EM GESTANTE

LUCAS GUIMARÃES DA ROCHA, CAROLINE SOUZA COSTA, CELI MARQUES SANTOS, RODRIGO CARVALHO MELO LIMA, CLAUDIA PATRÍCIA SOUZA TELES, EMERSON SANTANA SANTOS, LIBIA MARCIA COSTA SOARES, TELMA MARIA OLIVEIRA

UNIVERSIDADE TIRADENTES; MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE LOURDES

Cardiomiopatia Hipertrofica (CMH) é uma afecção cardíaca primária caracterizada pela hipertrofia ventricular assimétrica com predominância septal, excluindo outra causa justificável. Com caráter genético, os 3 principais genes envolvidos são: Cadeia Pesada da  $\beta$ -miosina (MYH7), Proteína C de Ligação da Miosina (MYBPC3) e Troponina T (TNNT2). Trata-se de uma entidade com potencial de gravidade que necessita de diagnóstico precoce e adequada condução clínica.

Feminino, 34 anos, com antecedente de Hipertensão Arterial Crônica com Antecedente familiar (AF) materno de CMH, além de Forame Oval Patente (FOP). Realizou Ecocardiograma Transesofágico com impressão diagnóstica de CMH não obstrutiva e FOP (shunt esquerda-direita) com diagnóstico confirmado de CMH não-obstrutiva, fibrose mesocárdica ántero e infero-septal e médio-basal (12%) com função biventricular preservada à Ressonância Magnética Cardíaca. Realizado teste genético positivo para CMH Sarcomérica com mutação do gene MYBPC3. Tem antecedentes de primeiro grau de CMH. A paciente apresentava antes da gestação queixa de palpitação esporádica em situações de crise hipertensiva, sem relato prévio de lipotímia, síncope e morte súbita familiar. Em 03/06/2023 compareceu a maternidade referindo em alto risco com queixa de dor pélvica, dispnéia aos médios esforços, palpitações, pico hipertensivo (205 x 120 mmHg), sem iminência do parto. Em uso domiciliar de Metoprolol e Metildopa. Realizou ecocardiograma fetal normal. Exames admissionais sem evidência de pré-eclâmpsia e sofrimento fetal. Eletrocardiograma com sobrecarga de átrio esquerdo. Na ocasião, foram otimizadas medicações em uso e acrescentado Hidralazina, Ácido Acetilsalicílico e Enoxaparina (dose profilática), com melhora dos sintomas e do controle pressórico. No 5º dia de internamento apresentou feto com centralização hemodinâmica e restrição do crescimento intrauterino estágio 3, quando foi indicado o parto, realizado sem intercorrências e indicada laqueadura tubária devido ao alto risco cardiovascular materno. Paciente evoluiu com melhora da sintomatologia em relação à admissão. Apresenta risco 17,5% de morte súbita pelo CARPREG Score e sem atualmente preencher critérios de indicação de terapia com Cardiodesfibrilador.

Rastrear CMH em pacientes com AF positivo é de suma importância, principalmente em menacmes. O diagnóstico precoce e condução clínica eficaz podem reduzir riscos cardiovasculares e materno-fetal.

## SME019

### OSTIUM SECUNDUM ASSOCIADO À INSUFICIÊNCIA MITRAL E À HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR SEM DIAGNÓSTICO PRÉVIO NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

MARCOS VINÍCIUS FERREIRA FAUSTO, CLARISSA MARIA DE ALBUQUERQUE PONTES

FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA

**INTRODUÇÃO:** Levando em conta a ocorrência de gravidez associada à HAP e a noção ainda pobre do seu manejo nessa situação, mais conhecimento de casos é necessário para melhor compreender os caminhos fisiopatológicos dessa entidade complexa a fim de traçar estratégias para garantia de desfechos exitosos na sobrevivência materna e fetal quando HAP soma riscos a outras cardiopatias como Ostium secundum (OS) e Insuficiência Tricúspide (IT). **RELATO DE CASO:** Paciente de sexo feminino, 14 anos, G3P0A2, comparece ao serviço de assistência terciária de alto risco com idade gestacional de 34s6d relatando dor em baixo ventre, do tipo em peso, com corrimento vaginal sanguinolento, sendo admitida como trabalho de parto prematuro. Foi realizado protocolo para o quadro com ampicilina e dexametasona 6mg por 2 dias, culminando em sua superação. Ao leito de Alto Risco, flagrado sopro sistólico em foco tricúspide 4+/6+, sendo submetida à Eco. Paciente sem conhecimento de enfermidade cardíaca prévia, mas história de cansaço aos pequenos esforços. Em seu PN houveram 8 consultas com pressão arterial mantendo-se em valores de 90x60mmHg. Ao Eco, evidenciou-se FEVE de 76%, PSAP estimada de 47-52mmHg, aumento moderado de VD/AD, IT moderada com sinais de HAP moderada, além de CIA do tipo OS com diâmetro aproximado de 11mm, apresentando, ao exame, repercussão hemodinâmica. Aos exames laboratoriais: anemia fisiológica e sorologias não reagentes. À USG OB, não houve achados de sofrimento fetal, evidenciando GUT, concepto vivo com peso de 2593g (P79) com BCF de 132bpm. Iniciou-se Furosemida 20mg/dia e alta hospitalar, com paciente estável, para reinternamento com 38s. Às 38s1d, paciente evolui para parto vaginal com necessidade de protocolo para HPP. RN com Apgar 9/9 e sem intercorrências. Encaminhamento da paciente a seguimento cardiológico. **DISCUSSÃO:** A gestante do caso apresenta, como surpresa diagnóstica, uma cardiopatia congênita (CC) do tipo OS, com a qual ainda há a preocupação da hereditariedade, pois filhos de mulheres com CC têm 5-7% de chance de desenvolver uma CC. Sobre a HAP, esta demarca contra-indicação estabelecida na literatura à gravidez por representar risco ao binômio no seguimento desta, mas ainda é situação crescente. No exposto, paciente apresenta 3 condições que se correlacionam e somam riscos à vida da gestante e do feto, entretanto, estudos apontam melhores desfechos quando optado por parto de via vaginal quando comparado às cesarianas. **CONCLUSÃO:** Apesar do muito alto risco quando combinam-se entidades como CIA, IT e HAP, uma equipe multidisciplinar capacitada é imprescindível para o manejo da gestação com elaboração de estratégias com foco em otimizar a performance das câmaras direitas e para prestar assistência durante o trabalho de parto e o pós-parto.

## SME020

### ABORDAGEM CLÍNICA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE COMPENSAÇÃO DE CORRENTE DE DUPLA LESÃO VALVAREM CONSEQUÊNCIA DE FEBRE REUMÁTICA: RELATO DE CASO

SAMUEL ASAFE DA SILVA, MARCELA VIEIRA LEITE

UFPE

**Introdução:** A Insuficiência Cardíaca (IC) caracteriza-se como síndrome clínica marcada pela incapacidade cardíaca de suprimento das demandas metabólicas do organismo, sendo em 12% dos casos, no Brasil, explicada pelo acometimento valvar. Analisando-se o acometimento da valva mitral, percebe-se que cerca de 90% dos casos de estenose, no Brasil, estão relacionados à febre reumática, a partir da qual há uma cascata inflamatória, com dano direto às células intersticiais e endoteliais constituintes da valva. Instalado o quadro de IC, sua descompensação envolve sinais e sintomas de congestão e hipoperfusão, levando à necessidade de rápida intervenção à depender da classificação hemodinâmica do paciente. Relatamos então o caso de uma paciente com IC descompensada gerada a partir de estenose mitral importante e estenose aórtica leve de prováveis origens reumáticas submetida a manejo clínico inicial com posterior abordagem cirúrgica da valvopatia. **Descrição do Caso:** Mulher de 70 anos, com diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica controlada, deu entrada no pronto-socorro de hospital terciário por dispnéia progressiva, ortopneia, edema nos membros inferiores e palpitações. Exames iniciais revelaram derrame pleural bilateral e, ao Eletrocardiograma (ECG), evidenciou-se ritmo de fibrilação atrial, sem outras alterações significativas nos exames laboratoriais. A paciente foi abordada com furosemida, enalapril, carvedilol e digoxina, sendo realizado ecocardiograma que evidenciou aumento do átrio esquerdo e lesões mitral e aórtica com estenose mitral importante e aórtica discreta, sugerindo doença reumática crônica. Após estabilização clínica, um cateterismo cardíaco revelou artérias coronárias livres de aterosclerose significativa, evidenciando presença de ponte miocárdica na artéria descendente anterior. Os dados clínicos levaram à decisão de realização de cirurgia de substituição da valva mitral por uma prótese biológica, que ocorreu com sucesso em janeiro de 2024 por parte da cirurgia cardiotorácica. A paciente teve boa recuperação pós-operatória e permaneceu estável hemodinamicamente na unidade. **Discussão:** A paciente em questão foi classificada como NYHA III e perfil hemodinâmico B (bem perfundida, porém com presença de congestão sistêmica). O tratamento inicial da IC aguda perfil B, então, envolveu o uso de furosemida e inotrópicos para controle da sobrecarga de volume e reversão do ritmo de fibrilação atrial, já que a acetazolamida não estava disponível no serviço. A partir disso, a decisão de troca valvar ou manejo clínico depende da avaliação do grau de comprometimento valvar, presença de sintomas, complicadores e resposta ao tratamento clínico, sendo optada a troca por prótese biológica pela idade da paciente, que seguiu aos cuidados da equipe.







INTERNATIONAL JOURNAL OF

---

# Cardiovascular SCIENCES