

CardioLÍPIDES

e risco cardiovascular

Volume 10 - N 3

Revista de Divulgação do Departamento de Aterosclerose da SBC

Atualização

Uso de terapia combinada com estatina potente e ezetimiba: perfis de pacientes

Em debate

Como avaliar o risco residual de eventos cardiovasculares e a indicação de terapia de adição às estatinas?

Cultura e lazer

Ilhas paradisíacas

Realização:



DEPARTAMENTO DE
ATEROSCLEROSE
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

Apoio:

achē
mais vida para você



DEPARTAMENTO DE
ATEROSCLEROSE
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

Atualização



Prof. Dr. José Francisco Kerr Saraiva
Uso de terapia combinada
com estatina potente
e ezetimiba: perfis de
pacientes

4

Em debate



Dra. Adriana Bertolami
Como avaliar o risco residual
de eventos cardiovasculares e a
indicação de terapia de adição
às estatinas?

7

Cultura e lazer



Ana Carolina de Assis
Ilhas paradisíacas

12

Um dos objetivos da Revista *Cardiolípidos*, Órgão Oficial do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia, é contribuir com informações científicas atualizadas, além de levar assuntos úteis do cotidiano aos nossos leitores. Agradecemos o apoio do Laboratório Aché para a realização desta edição. Esperamos proporcionar agradáveis momentos de leitura.

Boa leitura!

Diretoria do Departamento de Aterosclerose
da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Diretoria

Diretoria do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Presidente - Dra. Maria Cristina de Oliveira Izar
Vice-presidente - Dr. José Francisco Kerr Saraiva

Diretora Científica - Dra. Viviane Zorzanelli R. Giraldez
Diretor Financeiro - Dr. Marcelo Heitor V. Assad
Diretora Administrativa - Dra. Adriana Bertolami

Coordenação editorial, criação e diagramação  Atha Comunicação e Editora - 1atha@uol.com.br

Uso de terapia combinada com estatina potente e ezetimiba: perfis de pacientes



Prof. Dr. José Francisco Kerr Saraiva

Professor Titular da Disciplina de Cardiologia da Faculdade de Medicina da PUC-Campinas. Vice-Presidente do Departamento de Aterosclerose da SBC. Presidente da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo - SOCESP



Assista o vídeo do Prof. Dr. José Francisco Kerr Saraiva sobre este artigo.

A ezetimiba foi originalmente desenvolvida como um potencial inibidor da acil-coenzima A aciltransferase de colesterol intracelular. No entanto, o desenvolvimento dessa molécula acabou por levar à identificação da ezetimiba como um inibidor da absorção de colesterol.¹

O alvo molecular da ezetimiba é o transportador de esterol chamado Niemann-Pick C1-like 1 (NPC1L1), localizado na borda em escova do intestino delgado.^{1,2} O transportador NPC1L1 está envolvido na captação intestinal de colesterol e fitoesteróis, e sua ligação com a ezetimiba inibe esse transportador, levando à diminuição da entrega de colesterol intestinal para o fígado. Essa redução na entrega de colesterol resulta no aumento da expressão de receptores de LDL hepático, aumentando, portanto, a capacidade para captar partículas de LDL da circulação. Esse mecanismo de ação é considerado complementar ao das estatinas e dos fibratos e dá suporte ao uso da terapia combinada na redução do colesterol.²

Dessa forma, a ezetimiba proporciona a redução moderada do LDL-C, dos TG e do não-HDL-C e um pequeno aumento do HDL-C. A resposta máxima, em termos do efeito modificador dos lípidos, é geralmente alcançada dentro de duas semanas e mantida durante a continuação da terapia.²

A ezetimiba mostrou-se eficaz na redução do LDL-C como monoterapia ou como terapia combinada com uma estatina

Quando formulada em combinações de dose fixa com estatinas, sendo as mais frequentes a sinvastatina e a rosuvastatina, essa associação está indicada como adjuvante da dieta para reduzir o colesterol total, o LDL-C, a apoB e o colesterol não-HDL elevados tanto na hipercolesterolemia primária (com ou sem estatina) como na hipercolesterolemia mista, particularmente nas populações portadoras de hipercolesterolemia de alto e muito alto risco para eventos cardiovasculares (Tabela 1).

A ezetimiba mostrou-se eficaz na redução do LDL-C como monoterapia ou como terapia combinada com uma estatina. As evidências sobre a progressão da aterosclerose e os principais desfechos clínicos foram variadas. Essas indicações têm como suporte um grande ensaio clínico no qual foram investigados a segurança e o benefício da associação da ezetimiba a uma estatina, o estudo IMPROVE-IT. No IMPROVE-IT, a ezetimiba

associada à sinvastatina foi comparada à sinvastatina isolada em pacientes com síndrome coronariana aguda.³ Após 6 anos de terapia, foi observada uma redução de 2% no desfecho primário composto de morte cardiovascular, infarto não fatal, revascularização coronariana, acidente vascular cerebral não fatal ou angina instável necessitando reinternação. Além de mostrar a segurança da ezetimiba em pacientes de alto risco cardiovascular, o IMPROVE-IT mostrou a relevância clínica da redução agressiva dos níveis de LDL em pacientes de muito alto risco para eventos cardiovasculares. Além do que gerou bases científicas para a associação da ezetimiba a estatinas potentes, entre as quais a rosuvastatina, levando as diretrizes de sociedades de especialidades a recomendar sua associação a estatinas de alta intensidade para essa população de pacientes.

Da mesma forma, a ezetimiba como terapia adjuvante às estatinas também pode ser uma opção de tratamento benéfico quando se deseja redução adicional de LDL-C no caso de o paciente não tolerar uma estatina de alta intensidade.

De acordo com as diretrizes do *American College of Cardiology (ACC)* e da *American Heart Association* para o uso de medicamentos associados às estatinas, bem como as diretrizes do Departamento de Aterosclerose da SBC, a ezetimiba associada a estatinas está indicada para aqueles pacientes de alto ou muito alto risco que não conseguem atingir as metas de LDL-C com doses altas de estatinas ou mesmo não toleram doses altas de estatinas.⁴ Ressalte-se que modificações do estilo de vida, adesão ao tratamento e combate a outros fatores de risco são imprescindíveis em paralelo a essas estratégias.

A ezetimiba associada a estatinas é administrada uma vez por dia, na dose de 10 mg (além da dose de estatina), com ou sem alimentos, não sendo necessária a titulação da dose. Os resultados de maior redução do LDL-C relacionam-se ao uso da ezetimiba associada a estatinas potentes (rosuvastatina e atorvastatina).

Apresentamos abaixo alguns exemplos de casos clínicos em que se aplica a associação entre ezetimiba e estatinas. A ezetimiba é recomendada em todos os quatro grupos como primeira linha com estatina máxima tolerante (Tabela 2).⁵

Muitas vezes, a utilização de estatinas potentes em

Tabela 1. Ação da ezetimiba nos parâmetros lipídicos (% de alterações do basal).

	TG	LDL-C	HDL-C	Total-C	Non-HDL-C	ApoB
Ezetimiba	-8%	-18%	+1%	-13%	-16%	-16%
Ezetimiba com estatinas	-14%	-25%	+3%	-17%	-23%	-19%

Tabela 2 - Escolha de um medicamento não estatina de acordo com as diretrizes do Departamento de Aterosclerose da SBC 2017.

		Uso de estatina	Critérios para consideração de associação de ezetimiba	Observações
1. Paciente adulto com diagnóstico clínico de Doença Aterosclerótica Clinicamente Manifesta (DACL)	A. Sem comorbidades	Prevenção secundária	Redução < 50% LDL-C ou	Considerar associar a ezetimiba
	B. Com comorbidades	Prevenção secundária		
	C. LDL-C basal \geq 190 mg/dL	Prevenção secundária	LDL-C \geq 50 mg/dL	Considerar adicionar um inibidor de PCSK9 após a associação estatina/ezetimiba
2. Paciente \geq 21 anos de idade com LDL-C \geq 190 mg/dL (sem DACL)		Prevenção primária	Redução < 50% LDL-C	Considerar associação com ezetimiba
			LDL-C \geq 100 mg/dL	
3. Pacientes entre 40 e 75 anos de idade com LDL-C 70-189 mg/dL e diabetes (sem DACL)		Prevenção primária	Redução < 50% LDL-C	Considerar associação com ezetimiba
			LDL-C \geq 100 mg/dL	
			Não-HDL-C \geq 130 mg/dL	
4. Pacientes entre 40 e 75 anos com LDL-C 70-189 mg/dL sem DACL e com fatores de risco \geq 7.5% para DACL em 10 anos		Prevenção primária	Redução < 50% LDL-C	Considerar associação com ezetimiba
			LDL-C \geq 100 mg/dL	

doses intermediárias associadas à ezetimiba permite que as metas para a prevenção de eventos cardiovasculares possam ser atingidas.

Ressalte-se que a ezetimiba associada a estatinas não é recomendada para pacientes com insuficiência hepática moderada a grave devido aos efeitos desconhecidos da exposição aumentada ao fármaco.

A associação da ezetimiba a estatinas não está

associada à elevação de creatinina fosfoquinase (CPK) ou miosite, em comparação com o uso de estatina em monoterapia. É necessária atenção a algumas interações medicamentosas clinicamente significativas, a saber: colestiramina, colestipol, varfarina, ciclosporina e fibratos. Se a ezetimiba for iniciada em pacientes que recebem varfarina, aconselha-se a monitorização adicional do RNI.

Referências

- Gryn SE, Hegele RA. Ezetimibe plus simvastatin for the treatment of hypercholesterolemia. *Expert Opin Pharmacother*. 2015;16(8):1255-62.
- Rosenson RS, Underberg JA. Systematic review: evaluating the effect of lipid-lowering therapy on lipoprotein and lipid values. *Cardiovasc Drugs Ther*. 2013;27(5):465-79.
- Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP, McCagg A, White JA, Theroux P, et al. Ezetimibe added to statin therapy after acute coronary syndromes. *N Engl J Med*. 2015;372(25):2387-97.
- Lloyd-Jones DM, Morris PB, Ballantyne CM, Birtcher KK, Daly DD Jr, DePalma SM, et al. 2016 ACC expert consensus decision pathway on the role of non-statin therapies for LDL-cholesterol lowering in the management of atherosclerotic cardiovascular disease risk: a report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *J Am Coll Cardiol* 2016;68:92-125.
- Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afuine Neto A, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017. *Arq Bras Cardiol*. 2017;109(2Supl.1):1-76.

Como avaliar o risco residual de eventos cardiovasculares e a indicação de terapia de adição às estatinas?



Dra. Adriana Bertolami

Médica Assistente da Seção de Dislipidemias e do Laboratório do Sono do IDPC, São Paulo, SP.



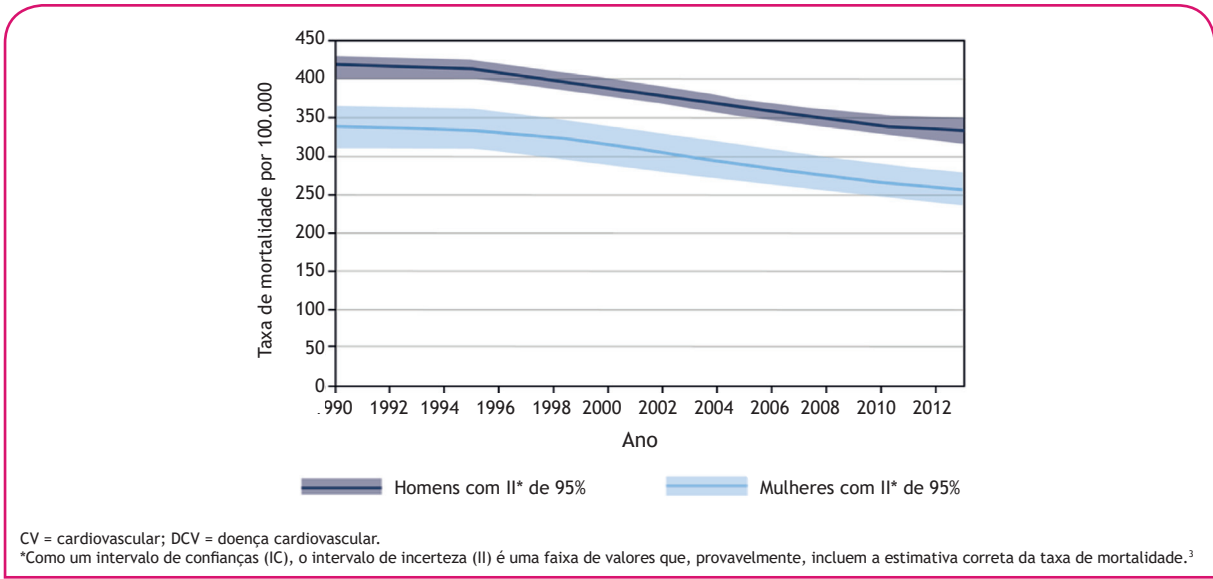
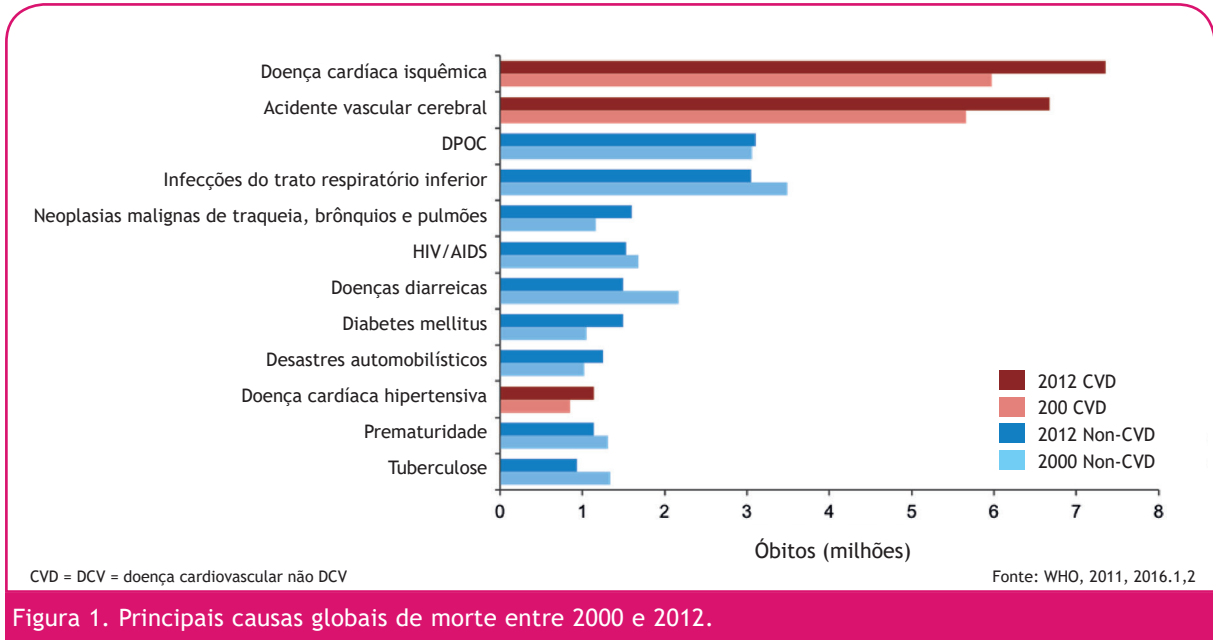
Assista o vídeo da Dra. Adriana Bertolami sobre este artigo.

A doença cardiovascular é a principal causa de morte, responsável por 1,3 milhões de eventos fatais no mundo. É a principal causa de morte prematura atingindo mais indivíduos que todas as formas de neoplasias combinadas^{1,2} (Figura 1). Apesar das taxas de mortalidade cardiovascular terem sido reduzidas de forma dramática nas últimas duas décadas, continuam bastante elevadas, principalmente às custas do chamado risco residual³⁻⁵ (Figura 2).

A definição de risco residual cardiovascular proposta por Hermans e Fruchart é a seguinte: Risco residual de eventos cardiovasculares incidentes ou a progressão de doença cardiovascular estabelecida em pacientes tratados de acordo com as evidências científicas disponíveis, incluindo o risco de fatores de risco já estabelecidos como dislipidemias, hipertensão arterial, hiperglicemia, inflamação, estilo de vida não saudável e o risco relacionado aos fatores de risco emergentes ou novo.⁶

O risco residual é composto por fatores de risco modificáveis, como alterações lipídicas, diabetes, hipertensão, sedentarismo e tabagismo, e não modificáveis, como idade, sexo, doença cardiovascular prévia e fatores genéticos.⁷

A redução da doença cardiovascular pela identificação dos fatores de risco e ação sobre eles mostrou bons resultados nos últimos anos, principalmente no campo das dislipidemias. Assim, a identificação e as ações sobre o risco residual, são uma necessidade



para a real redução do risco cardiovascular para aqueles pacientes que se beneficiam das condutas estabelecidas pelas diretrizes. As diretrizes recomendam que o controle adequado dos lípides, glicemia, hipertensão e demais fatores de risco seja sempre buscado. A importância na determinação do risco residual na população de muito alto risco é baseada em alguns fatores⁶:

- Uma fração substancial do risco residual permanece modificável.
 - Os maiores componentes do risco residual estão relacionados à dislipidemia e à hipertensão.
 - A redução do risco residual pode ser incrementada com mudanças no estilo de vida, associadas à terapia medicamentosa habitual.
- Com foco no risco cardiovascular relacionado aos

lípides, as diretrizes de dislipidemias focam na redução do colesterol ligado à lipoproteína de baixa densidade (LDL-C).^{8,9} Assim, as estatinas são a primeira escolha e a base do tratamento da hipercolesterolemia, sendo sua eficácia comprovada em prevenção primária e secundária por grandes estudos randomizados¹⁰ (Figura 3). A redução do risco residual pelas estatinas é de 25-35%, dependendo do valor basal do LDL-C e do risco cardiovascular do paciente. Entretanto, muitos pacientes não atingem as metas recomendadas para o tratamento da hipercolesterolemia e necessitam da associação de outros medicamentos como a ezetimiba e os inibidores de PCSK9.

Apesar do tratamento com as estatinas, o risco residual permanece importante nos diversos estudos clínicos randomizados (Figura 4), independentemente do uso de estatinas de alta potência.¹¹

O risco residual relacionado à dislipidemia resulta, em parte, além da elevação mantida do LDL-C, do excesso de partículas ricas em triglicérides ou seus remanescentes e da redução numérica e de funcionalidade das HDLs.⁶

A identificação de pacientes em maior ou menor risco de um novo evento após a ocorrência de uma síndrome coronária aguda foi avaliada por Bohula e colaboradores em 2017.¹² Nesse estudo, foi testada a hipótese de que o escore TRS2^oP seria eficaz na identificação de pacientes com maior risco de apresentar recorrência de um evento cardiovascular após um episódio de síndrome coronária aguda na população do estudo IMPROVE-IT.¹³ Esse escore havia sido desenvolvido previamente para a predição de risco de eventos em pacientes com doença coronária estável no estudo

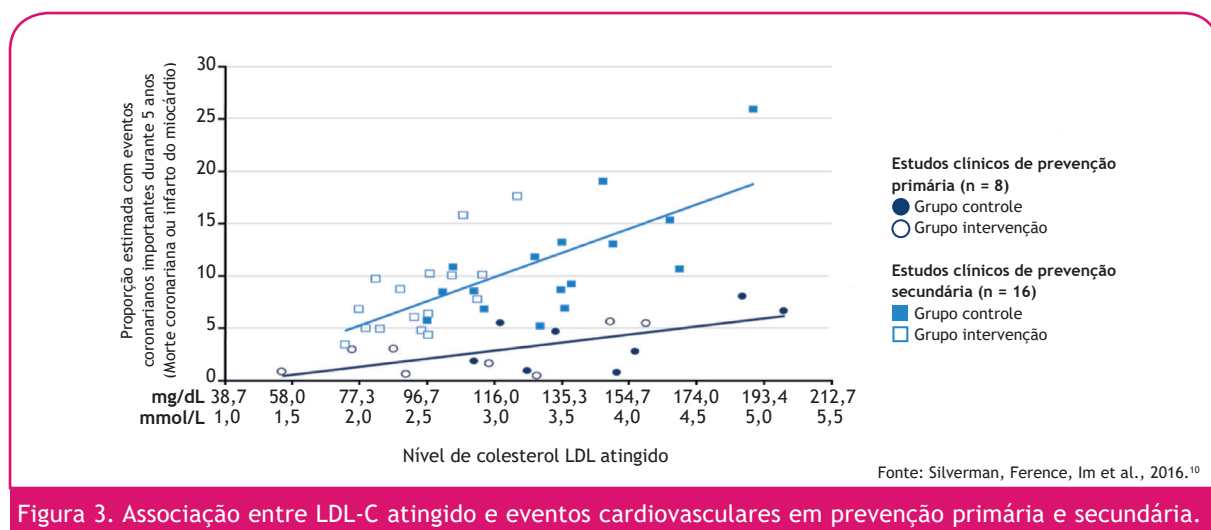


Figura 3. Associação entre LDL-C atingido e eventos cardiovasculares em prevenção primária e secundária.

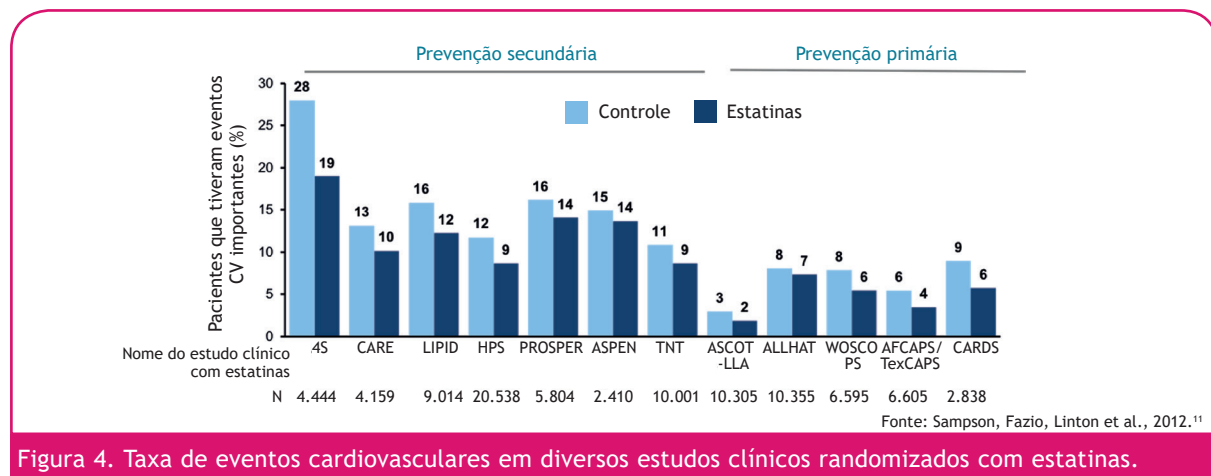


Figura 4. Taxa de eventos cardiovasculares em diversos estudos clínicos randomizados com estatinas.

*Thrombin receptor antagonist in secondary prevention of atherothrombotic ischemic events-thrombolysis in myocardial infarction - timi 50.*⁴ Também conhecido como escore de Bohula, o escore TRS2oP foi composto por 9 variáveis, que classificam os pacientes em categorias de baixo (0-1 pontos), intermediário (2 pontos) e alto (≥ 3 pontos) riscos de morte cardiovascular, por infarto e por acidente vascular encefálico em 7 anos após síndrome coronária aguda, sendo capaz de discriminar ao longo do tempo os pacientes com maior ou menor risco de novo evento (Figura 5).

O mesmo estudo avaliou se a adição de ezetimiba, de acordo com as categorias de risco estabelecidas pelo escore de Bohula, seria eficaz na redução de eventos

cardiovasculares. Para a população considerada de alto risco, a adição de ezetimiba à sinvastatina mostrou redução de 19% do risco relativo e 6,3% do risco absoluto de eventos, com número necessário para tratar (NNT) de 16 pacientes para prevenir 1 evento em 7 anos (Figura 6). Já para a população de risco intermediário, a adição de ezetimiba reduziu em 11% o risco relativo e em 2,2% o risco absoluto de eventos. Para a população de baixo risco, não houve redução adicional de risco (Figura 6).

Já a associação de inibidores de PCSK9 ao tratamento com estatinas, evolucumabe¹⁵ e alirocumabe¹⁶, mostrou redução de risco de mortalidade cardiovascular, por infarto agudo do miocárdio, AVC e angina instável requerendo hospitalização (Figura 7).

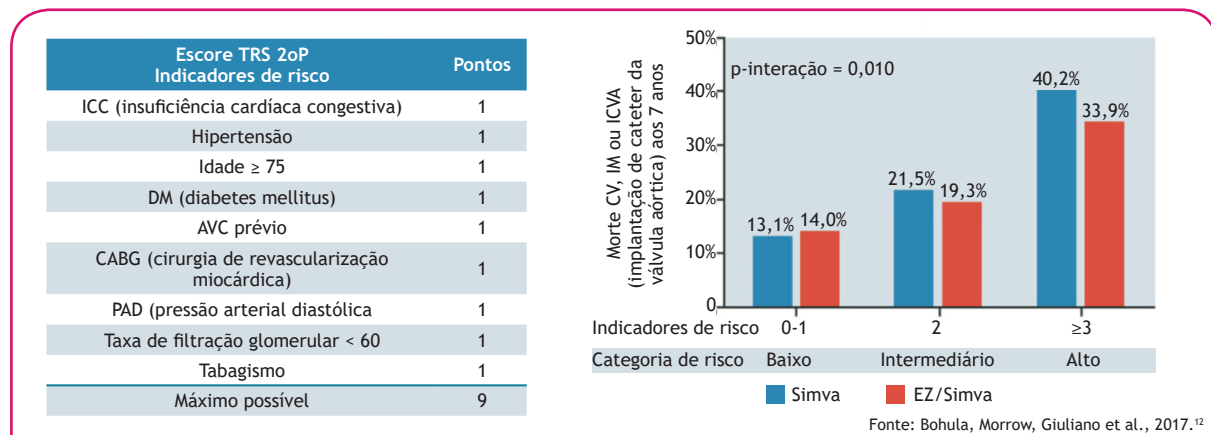


Figura 5. Variáveis do escore TRS2oP e risco de eventos cardiovasculares nas categorias de baixo, intermediário e alto riscos.

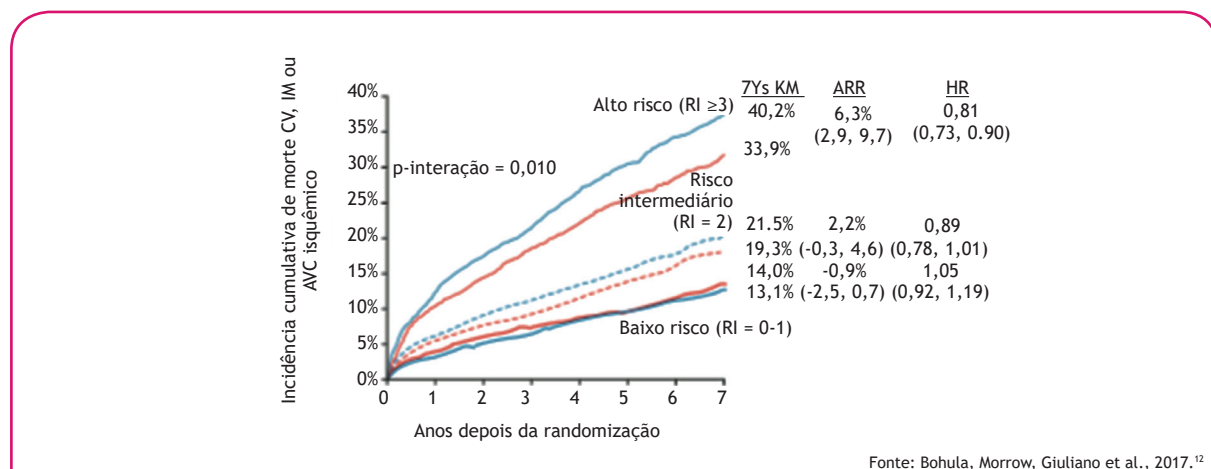


Figura 6. Variáveis do escore TRS2oP e risco de eventos cardiovasculares nas categorias de baixo, intermediário e alto riscos.

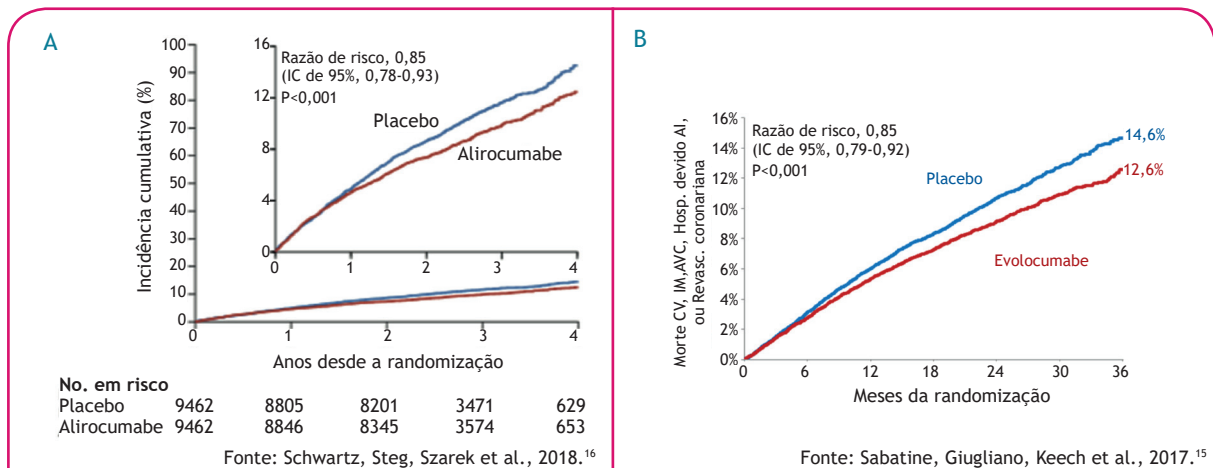


Figura 7. Incidência acumulada de eventos cardiovasculares maiores em 4 anos com o alirocumabe (A) e em 36 meses com o evolocumabe (B).

A Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017⁸ recomenda a adição da ezetimiba quando a meta do LDL-C com o tratamento com estatinas na dose máxima tolerada não é alcançada em pacientes com doença arterial coronariana (Grau de recomendação: I; Nível de evidência: B) ou em pacientes em prevenção primária (Grau de recomendação: IIb; Nível de evidência: C). Quanto à indicação dos inibidores da PCSK9 (evolocumabe e alirocumabe) no tratamento das dislipidemias, a atualização recomenda a utilização

somente em pacientes com risco cardiovascular elevado, em tratamento otimizado com estatinas na maior dose tolerada, associada ou não à ezetimiba, e que não tenham alcançado as metas de LDL-C ou não HDL-C recomendadas.

Assim, a redução do risco cardiovascular residual é ainda um grande desafio na prática clínica do cardiologista. A estratificação de risco dos pacientes em prevenção secundária auxilia na identificação daqueles em que o risco residual ligado à dislipidemia deve ser controlado de forma mais agressiva.

Referências

- WHO. 2011. *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization.
- WHO. 2016. *World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs*. Geneva: World Health Organization.
- Roth GA, Huffman MD, Moran AE, et al. Global and regional patterns in cardiovascular mortality from 1990 to 2013. *Circulation*. 2015;132(17):1667-8.
- Vanuzzo D. The epidemiological concept of residual risk. *Intern Emerg Med*. 2011;6 Suppl 1:45-51.
- IHME. Frequently asked questions. Available at <http://www.healthdata.org/gbd/faq>. Accessed January 4, 2017.
- Hermans MP, Fruchart JC. Reducing Residual Vascular Risk in Patients with Atherogenic Dyslipidemia: Where do we go from here? *Clin Lipidology*. 2010;5(6):811-26.
- WHO. 2011. *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization.
- Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017. *Arq Bras Cardiol*. 2017 Jul;109(2 Supl 1):1-76.
- Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APHA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol. *Circulation*. 2018 Nov 10;138(22):e251-510.
- Silverman MG, Ference BA, Im K, et al. Association Between Lowering LDL-C and Cardiovascular Risk Reduction Among Different Therapeutic Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2016;316(12):1289-97.
- Sampson UK, Fazio S, Linton MF. Residual cardiovascular risk despite optimal LDL cholesterol reduction with statins: the evidence, etiology, and therapeutic challenges. *Curr Atheroscler Rep*. 2012;14(1):1-10.
- Bohula EA, Morrow DA, Giuliano RP, et al. Atherothrombotic Risk Stratification and Ezetimibe for Secondary Prevention. *J Am Coll Cardiol*. 2017 Feb 28;69(8):911-21.
- Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP, et al. Ezetimibe added to statin therapy after acute coronary syndromes. *N Engl J Med*. 2015;372: 2387-97.
- Bohula EA, Bonaca MP, Braunwald E, et al. Atherothrombotic risk stratification and the efficacy and safety of vorapaxar in patients with stable ischemic heart disease and previous myocardial infarction. *Circulation*. 2016;134: 304-13.
- Sabatine MS, Giugliano RP, Keech AC, et al. Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease. *N Engl J Med*. 2017 May 4;376(18):1713-22.
- Schwartz GG, Steg M, Szarek DL, et al. Alirocumab and Cardiovascular Outcomes after Acute Coronary Syndrome. *N Engl J Med*. 2018 Nov 29;379(22):2097-107.

Ilhas paradisíacas

Ana Carolina de Assis
Jornalista

Quem nunca idealizou estar apenas com pessoas amadas rodeado de águas cristalinas, natureza verde e mar azul, imerso em muito sol e sossego, abrigado em uma rústica hospedaria, se alimentando de alimentos frescos e bem temperados? Uma ilha paradisíaca. Um cenário dos sonhos. Seleccionamos algumas das ilhas mais deslumbrantes do mundo. Esse sonho não depende de mais do que um bom planejamento de férias. Talvez um pouco de coragem e disposição para aventuras, visto que, em alguns casos, a própria natureza parece querer exclusividade, oferecendo acessos difíceis, e convivência constante com flora e fauna abundantes em vida.

Fernando de Noronha, o Havai brasileiro

O arquipélago de Fernando de Noronha, em Pernambuco, é um dos destinos mais paradisíacos do Brasil. A beleza das águas calmas e transparentes e a riqueza da flora marítima é comparada a Galápagos, e a semelhança com o Havai vem pela perfeição das temidas ondas que se formam no verão.

A visibilidade de mais de 100 metros de profundidade torna esse ecossistema um dos destinos mais extraordinários do mundo para mergulho com cilindro e *snorkel*. São 21 ilhas no arquipélago para explorar em passeios de barco. Dois lugares indispensáveis aos olhos são: a Baía dos Golfinhos, que leva o nome pela presença dos “mamíferos acrobatas” acompanhados por tartarugas gigantes, e a Baía dos Porcos, perfeita para banho, com o mar calmo e relaxante.

Já no período de dezembro a março a perfeição das ondas atrai surfistas do mundo inteiro. Nessa época,



conhecida como mar de dentro, parte do litoral se direciona para o continente, transformando verdadeiras piscinas naturais, em um temido e admirado cenário do *surf*. A face mais radical do esporte se apresenta nessa paisagem estonteante atraindo grande número de admiradores, que sentem frio na barriga apenas por apreciar o espetáculo da areia. As ondas podem chegar a cinco metros de altura, por isso é preciso estar preparado pra cair nesse mar. A praia mais famosa de Noronha é a Cacimba do Padre, onde as ondulações são sempre ocas, cavadas, tubulares sobre um raso fundo de areia e um visual deslumbrante ao lado do Morro dos Dois Irmãos.

A 545 km de Recife, capital de Pernambuco, e a 340 km de Natal, capital do Rio Grande do Norte, é possível acessar o arquipélago partindo de avião das duas cidades e desembarcando na ilha principal.

Pegar um avião com destino a Fernando de Noronha pode ser uma viagem rústica. Boa parte das pousadas não oferece televisão, isso porque casas transformaram-se em pousadas; são as opções mais econômicas, mas que trazem a oportunidade única de conhecer comunidades com hábitos singulares e de sentir o clima simples da natureza selvagem desta região. Para os que não abrem mão do conforto e do luxo, existe infraestrutura, hospedagens luxuosas com quartos equipados por *home theater* e TV de plasma. Sem dúvida, o investimento é bem mais alto.

O segredo de manter esse universo quase intocado é o controle do ingresso de turistas: só 450 visitantes podem entrar em Noronha por dia, desembolsando para isso a Taxa de Preservação Ambiental (TPA); por isso, é imprescindível reservar um pacote com antecedência.

Fiji, onde mora a felicidade

São 330 ilhas que formam o arquipélago de Fiji, situado no centro do Pacífico Sul, entre a Austrália e a Nova Zelândia. Se considerássemos as pequenas ilhotas, seriam milhares, mas a contagem baseia-se apenas nos espaços de terra suficientes para a habitação do homem, visto que algumas são tão pequenas que em 20 minutos é possível dar a volta em todo seu território. A maior ilha do arquipélago é Viti Levu, onde está a capital, Suva. Apesar da importância, a cidade não é das mais turísticas, perdendo para Nadi e para as praias que sediam luxuosos *resorts*.

Em Nadi, a paisagem é preservada e relaxante, mas as opções de lazer são muitas, como *rafting*, mergulho e trilhas para cachoeiras. Apesar do turismo intenso e de o idioma inglês ser a língua oficial, mesmo sob muitos dialetos locais, a cultura da região está altamente preservada. Em Nadi há passeios culturais, como assistir



a danças típicas, visitar vilarejos nativos, e igrejas para ouvir os corais. Também é possível conhecer algumas tribos de Beqa. Os habitantes da ilha surpreendem ao caminhar sobre o fogo; a tradição virou atração turística, e habitualmente é apresentada em *shows*. Além disso, os fijianos, considerados o povo mais feliz do mundo, recebem os visitantes sempre com um branco sorriso.

Quem não se recorda do deslumbrante cenário do clássico *A Lagoa Azul*? Viti Levu, o lugar que fez Emeline e Richard descobrirem o amor, continua atraindo casais em lua de mel.

Os hotéis são bem mais calmos e reservados. O clima intimista é criado pelo baixo número de quartos e pela simpatia dos fijianos, os mais sofisticados estão localizados na Coral Coast, no sudoeste de Viti Levu.

Ao sul de Viti Levu está uma atração desafiadora: o mergulho com tubarões. Os mergulhadores corajosos e viciados em adrenalina se aventuram para conhecer mais de oito espécies do animal que habita a região. As praias com mar azul-claro, os rochedos vulcânicos e as ondas ainda atraem um verdadeiro contingente de caçadores por paisagens exóticas e experiências inesquecíveis.

Mykonos, a mais charmosa

Mykonos significa magia em grego. O nome atrai, sua beleza encanta. Localizada no mar Egeu, essa pequena ilha grega possui águas cristalinas, temperaturas agradáveis e uma arquitetura charmosíssima, composta por casas caiadas de branco e azul. Por isso, entre diversos lugares para visitar, Mykonos continua sendo único, um cenário perfeito para lua de mel e procurado por famosos.

Belos dias podem ser desfrutados. Lazer não vai faltar: existem interessantes *tours* que enriquecem a

visão dos visitantes sobre a região e sua história, o palco da famosa batalha de Zeus e os gigantes é uma das faces de Mykonos. Além dos tradicionais roteiros pela ilha, diversos passeios pelo mar mudam a perspectiva de quem se hospeda na cidade. A comida é farta e deliciosa e o povo, encantador. Esportes também trazem vida e agito durante o verão. Aventureiros investem nos esportes radicais da ilha, que vão desde a prática de *windsurf*, aluguel de lanchas e *jet skis*.

Um lugar peculiar que parece ter saído da tela do cinema é Little Venice, ou Pequena Veneza. Nesta parte da cidade o mar fica praticamente dentro das construções, lembrando a romântica Veneza. Durante os séculos XVI e XVII a história registra a presença de piratas que usavam a região para carregar e descarregar seus navios rapidamente.

Uma peculiaridade dessa ilha é o famoso Petro, um pelicano que vive pelas ruas fazendo graça para os turistas. Em 1954, durante uma tempestade, o pelicano apareceu na ilha e nunca mais deixou a região, tornando-se símbolo do lugar. O apego pelo gracioso animal foi tanto que, após sua morte, há alguns anos os moradores se mobilizaram para buscar um antecessor que carrega o mesmo nome.

As noites são badaladas. Após a curtição das praias, o agito começa no centro. Madrugada a dentro os *clubs* ficam abertos até as manhãs e tardes dos dias seguintes. *Cavo Paradiso* está entre os mais famosos, e já ficou entre as 10 melhores baladas do mundo. Para completar a noite, o Space e o Paradise Club atraem milhares de pessoas todos os anos em busca dos melhores *Djs* do planeta. Para se hospedar a dica é optar por hotéis e pousadas que conseguem unir o charme da simplicidade grega com o conforto e modernidade em instalações rústicas.



A queridinha dos europeus

A Croácia é o carro-chefe do turismo no Leste Europeu. Conquistou a elite europeia tornando-se um dos destinos mais cobiçados do mundo. O turismo nacional desponta um crescimento de cerca de 10% a cada ano.

Após sua recente independência da antiga Iugoslávia, em 1991, o cenário é de progresso. Apenas no verão são mais de 800 cruzeiros turísticos aportando nas pequenas cidades, e o país já completa uma década com o título de “melhor praia da Europa”. O posto é resultado de sua exuberante costeira cercada por um mar azul-turquesa que ganha desenho e charme por causa das 1.200 ilhas que se espalham pela região. Com o Mar Adriático coroadando o lugar, foi preciso apenas remodelar cidades já atrativas como Dubrovnik e Split, que agora recebem os turistas de gosto mais refinado. Outro motivo de tanto sucesso é que, apesar de mais cara que outros países do leste do continente, a Croácia ainda apresenta preços convidativos em relação à Europa Ocidental. Além do clima e dos cenários paradisíacos, as cidades têm uma noite agitada com restaurantes e cafés estilosos. Butiques trazem charme e bom gosto combinados às vielas de arquitetura medieval. Dubrovnik, de apenas 50 mil habitantes, é cercada por muralhas construídas há séculos, e a vista da imensidão do mar do alto da muralha que circunda a cidade é de incomparável beleza. Vale a pena alugar um carro e visitar as cidades menores, andar pelas estradas à beira-mar e conhecer as pequenas praias, penhascos e recantos. Os encantos do Mar Adriático são o grande atrativo do país, mas o conjunto de lagos que forma o Parque Nacional de Plitvice Lakes, ou a vida cultural da capital Zagreb, não deixam por menos. O paradoxo entre a modernidade do progresso e a tradição histórica transformou a cidade. As vielas cheias de vida, a Praça Josip Jelacic e a Catedral de São Marcos conquistam qualquer viajante.

