



Balanço de 2010, planos para 2011

Com a chegada do fim do ano, a SBC-PE fez um retrospecto das ações e atividades desenvolvidas pela instituição, desde a posse da atual diretoria em janeiro de 2010, e mostrou um esboço daquilo que está sendo planejado para 2011. Tanto os projetos já desenvolvidos como aqueles que ainda serão realizados foram apresentados, no último dia 25 de novembro, à indústria farmacêutica, com o intuito de garantir apoio futuro. [Cont. na pág. 3]



A FORMAÇÃO DO
ECOCARDIOGRAFISTA | PÁG. 5

ESQUISTOSSOMOSE: UMA
DOENÇA NEGLIGENCIADA
| PÁG. 6



OS 70 ANOS DE JOHN, O MAIS
GENIAL DOS BEATLES | PÁG. 8

EDITORIAL

O final do ano é sempre um momento de reflexão e análise sobre ações desenvolvidas ao longo dos últimos meses. Seguramente, 2010 foi um ano bastante profícuo para a SBC-PE. A instituição recebeu uma nova diretoria que, além de dar continuidade aos projetos que já vinham sendo desenvolvidos, criou novos departamentos e novas ações. Nesta edição do **Cardio PE**, trazemos um balanço dessas atividades e adiantamos parte do que já está sendo programado para 2011 e, até, 2012.

A criação deste informativo, por exemplo, é um dos feitos que merece destaque este ano. O **Cardio PE** é o grande divulgador das nossas ações e está contribuindo sobremaneira para aproximar os sócios e a instituição. Temos registrado, com muita satisfação, a excelente acolhida do material por todos. As palavras de estímulos e os comentários sempre positivos, a cada nova publicação, nos motivam a continuar. Na verdade, este **Cardio PE**, hoje na 4ª edição, vem funcionando como um verdadeiro cartão de visitas. Sempre que possível, colocamos nosso informativo como peça de apresentação da nossa regional, tanto nos encontros locais como nos encontros em outros estados. O sucesso dessa empreitada só é possível com os apoios que conseguimos angariar ao longo do ano. Por isso, gostaríamos de agradecer a todos os nossos patrocinadores, que de forma efetiva vem viabilizando esse encontro bimestral com todos os integrantes da SBC-PE.

Além do balanço, esta edição traz uma entrevista com Dr. Carlos Antônio da Mota Silveira, um artigo sobre a esquistossomose, assinado pelo Dr. Adriano Assis Mendes, a já tradicional coluna sobre a história da Cardiologia pernambucana e, para descontrair, um artigo sobre John Lennon. Boa leitura e boas festas!

NOTAS

Mudança de conta

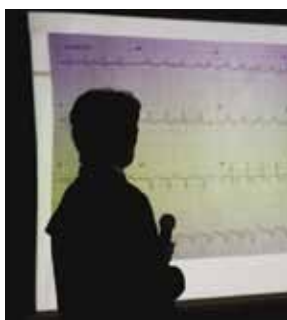
A diretoria da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Pernambuco decidiu transferir a sua conta do banco Real/Santander para o Unicred, desde o último mês de outubro. A cooperativa ofereceu diversas vantagens, incluindo maior rendimento nas aplicações financeiras da instituição. Além dos benefícios comprovados, a migração foi mais uma ação que firma a constante parceria entre a Unicred e a SBC-PE, que vem trazendo diversas vantagens para todos os sócios.

Doença negligenciada

Alguns avanços relacionados à esquistossomose, uma das doenças negligenciadas que recebe especial atenção da SBC-PE (ver artigo à pág. 6), têm chamado atenção de médicos e profissionais da área da saúde. Foi o caso da pesquisa desenvolvida pelo engenheiro de sistemas André Caetano Alves Firmo, da Universidade de Pernambuco, divulgada recentemente no *Diário de Pernambuco*. A nova técnica permite um diagnóstico mais rápido da doença, realizando a contagem dos ovos de *Schistosoma mansoni*, encontrados nas fezes humanas contaminadas, de forma automatizada. Hoje o resultado sai em 20 minutos, mas esse tempo pode cair pela metade. O novo método ainda garante uma menor possibilidade de erro, reduzindo de 40% para 12% o número de diagnósticos errados.

Quem é?

A capa da última edição do **Cardio PE** despertou a curiosidade da comunidade médica. Na foto, em



contraluz, não era possível identificar quem era a médica que palestrava em uma das mesas do 20º *Cardio Pernambuco*, realizado em agosto, no Mar Hotel. Para esclarecer a dúvida, os editores informam aos curiosos de plantão: quem está na capa é a Dra. Clébia Rios Ribeiro.

EXPEDIENTE

DIRETORIA

Presidente

Dr. Carlos Roberto Melo da Silva

Vice-presidente

Dr. Carlos Henrique Menezes

Presidente Passado (2008/2009)

Dra. Deuzeny Tenório Marques de Sá

Presidente Futuro (2012/2013)

Dra. Sílvia Marinho Martins

Diretor Científico

Dr. Wilson Alves de O. Junior

Diretor Financeiro

Dr. Carlos Japhet M. Albuquerque

Diretor de Comunicação

Dr. Creso Abreu Falcão

Diretora Administrativa

Dra. Sílvia Marinho Martins

Diretor de Promoção de Saúde

Dr. Emanuel Pires Alves de Abreu

Diretor Qualidade Assistencial

Dr. Mario Fernando da Silva Lins

Diretor Qualidade Assistencial

Dr. Mario Fernando da Silva Lins

DEPARTAMENTOS

Dr. Afonso Albuquerque (Arritmias Cardíacas); Dr. Joel Pontes Junior (Aterosclerose); Dra. Jéssica Myrian de Amorim Garcia (Cardiogeriatrics); Dr. Luiz Fernando Sallazar Oliveira (Cardiologia Clínica); Dra. Clébia Rios Ribeiro (Cardiomiopatias); Dra. Maria do Socorro

Leite (Cardiologia da Mulher); Dra. Lúcia Maria Vieira de Oliveira Sallazar (Cardiologia Pediátrica); Dr. Pedro Salerno (Cirurgia Cardiovascular); Dr. Aydano Pinheiro (Coronariopatias); Dr. Roberto Pereira (Eccardiografia); Dr. Antonio Carlos Toscano (Ergometria e Reabilitação); Dr. Fernando Sales (Emergência-pós-operatório/UTI); Dr. Marcos José Gomes Magalhães (Fisiologia Cardiorrespiratória); Dr. Edgard Pessoa de Melo Jr. (Hipertensão Arterial); Dr. Flavio Roberto

(Hemodinâmica e Cardio. Intervencionista); Dra. Ângela Bandeira (Doenças da Circulação Pulmonar);

Dra. Diana Patrícia Lamprea Sepúlveda (Valvulopatias); Grupo de Estudo das Doenças Negligenciadas;

Dr. Wilson de Oliveira Jr. (Doença de Chagas); Dra. Cleusa Cavalcanti Lapa Santos (Febre Reumática);

Dr. Adriano Assis Mendes (Esquistossomose); Dr. Claudio Renato Pina Moreira (História da Cardiologia de Pernambuco); Dr. Carlos Melo (Deptº de Cardiologia para a Comunidade).

SUB-REGIONAIS

Arcoverde: Dr. Waldemar Arcoverde; Garanhuns: Dr. Lamberto Oliveira Sales Neto; Caruaru: Dr. Luiz

Marcelo Santos Bagetti; Petrolina: Dr. Anderson da Costa Armstrong

REDAÇÃO

Rua das Pernambucanas, 282, Sl. 502, Graças, Fone: 81 3221.5743

Fax: 81 3421.8631

CEP 52011-010, Recife, PE

Email: sbcpe@truenet.com.br

Edição: Mariana Oliveira

DRT 3181-PE

Diagramação e arte: Luiz Arrais

DRT 3091-PE

Tiragem: 1.000 exemplares

Impressão: CCS Gráfica

BALANÇO

A SBC-PE avalia 2010 e planeja ações para 2011

A instituição anuncia as atividades para o próximo ano | Mariana Oliveira



A instituição apoiou, entre outros eventos, o Realcor-Procadio

[Cont. da pág. 1] O maior evento realizado pela instituição, este ano, que teve um saldo bastante positivo e 92% de aprovação, foi o 20º *Cardio Pernambuco*. Por isso, a edição de 2011 já tem data e local definidos. Será realizado mais uma vez no Mar Hotel, entre os dias 11, 12 e 13 de agosto, com o tema *O desafio de unir tecnologia e humanismo*. A escolha da temática tomou como base, de acordo com o presidente da SBC-PE, Dr. Carlos Melo, um compromisso assumido desde o início de sua gestão: trazer sempre a informação mais atualizada para o clínico, ressaltando a prática humanizada sem dispensar os avanços tecnológicos contemporâneos.

Segundo o diretor científico, Dr. Wilson de Oliveira Jr., outra inovação será a realização do *Simpósio de Doenças Negligenciadas*, tema com pouca visibilidade em eventos no Brasil. Essa proposta está diretamente vinculada à criação, nesta gestão, do Departamento de Doenças Negligenciadas (Chagas, Esquistossomose e Febre Reumática), pioneiro no Brasil.

Os preparativos para o *Congresso Brasileiro de Cardiologia*, que se realizará no Recife, em 2012, já estão em andamento. A assembleia da SBC-PE escolheu o nome do Dr. Brivaldo Markman para coordenar o evento. Segundo ele, o tema ainda não foi escolhido, mas deve ser definido em breve, em consonância com as comissões local e nacional. “Quanto à parte científica, entendo que um congresso deste nível deva contemplar os mais recentes avanços nas áreas de pesquisa, diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças cardiovasculares, bem como ressaltar questões práticas que o cardiologista enfrenta no dia a dia em seu local de trabalho”, detalha Dr. Brivaldo, destacando que o sucesso do Congresso vai garantir mais força política para a regional.

Outro evento de peso este ano, já marcado no calendário de 2011, é o *Curso de Reciclagem* agendado para os dias 29 e 30 de junho, 1 e 2 de julho, no auditório Enio Cantarelli, do Procape. “Realizamos o Curso reafirmando aqui o nosso compromisso de torná-lo anual nesses dois

anos de nossa gestão. Registramos uma presença muito boa de médicos, além de estudantes em fase de graduação. Envolvermos 56 professores, todos com título de especialista pela SBC nacional, e revisamos toda a Cardiologia de forma simples e objetiva”, recorda Dr. Carlos Melo.

Segundo ele, já está sendo planejada a realização de atividades nos finais de semana, principalmente, nas cidades do interior do Estado. “Mesclar profissionais locais com integrantes da SBC-PE é uma forma de equalizar ideias e, assim, atualizar o conhecimento, principalmente, dos profissionais que estão mais distantes da capital”, explica o presidente.

No balanço daquilo que foi feito em 2010, a diretoria acha importante destacar a homenagem prestada ao Procape, a criação deste informativo, e o apoio aos seguintes eventos: *I Cardiovale – Simpósio de Cardiologia do Vale do São Francisco*, *Simpósio Internacional de Cardiologia – Continuum Cardiovascular*, *III Curso de Cardiologia Intervencionista para o Cardiologista Clínico*, *Simpósio da Rede*

D'Or – Novas Estratégias de Tratamento nas Síndromes Coronarianas Agudas, 2ª Reunião Internacional das Associações de Pessoas com Chagas, PrECon – Programa de Educação Continuada em Arritmias Cardíacas, XIX Simpósio Nacional e IV Simpósio Internacional de Cardiologia – Funcordis e I Simpósio de Hipertensão Arterial Pulmonar do Vale do São Francisco.

Além disso, a SBC-PE acredita que a criação do Departamento de Cardiologia para a Comunidade foi uma das ações mais marcantes. Com ele a instituição quebrou barreiras e se aproximou da população. “No Congresso, reunimos 130 participantes leigos e, durante três horas, com uma linguagem simples e de forma educativa discutimos diretamente com a plateia sobre as principais doenças que acometem o sistema cardiovascular”, lembra o médico, reforçando ainda a ativa participação de integrantes da instituição na grande imprensa, sempre esclarecendo as dúvidas da população.

As campanhas, desenvolvidas pela SBC nacional, como *Sou 12 por 8*, podem colaborar com a pretendida aproximação com o público leigo. Porém, segundo a diretoria local, é preciso afinar essa parce-

FOTOS DIVULGAÇÃO



Sou 12 por 8, evento realizado no Parque da Jaqueira em parceria com a SPC nacional

ria. “Seguimos a orientação da SBC, mas acredito que houve pouca efetividade. As características de cada local sempre deverão ser respeitadas e, para isso, é preciso mais sintonia. Um dos pontos falhos é

A SPC-PE participou da *Cardiovale* na cidade de Petrolina, do semi-árido pernambucano

que a indústria farmacêutica se compromete com a nacional e quando chega às regionais, ou seja, no final da linha para a sua execução, a logística está exaurida”, detalha o presidente da SBC-PE. Como não há mais campanhas este ano, ele já articula formas de torná-las mais eficientes, envolvendo ainda mais profissionais e buscando sempre uma aproximação com a comunidade. “Manteremos o mesmo empenho e dedicação que dispensamos neste ano e colocaremos toda essa força para o próximo”, finaliza.

Gilson Cidrim

A maior rede de laboratórios do nordeste

Vencedor do Marcas Que eu Gosto - 2010



A crescente modernização de seus equipamentos, a implantação de novas unidades e o constante aprimoramento da sua equipe, faz do Gilson Cidrim a maior rede de laboratórios do nordeste.

Laboratórios
Gilson Cidrim
Qualidade e eficiência ao seu diagnóstico

www.gilsoncidrim.com.br

CENTRAL - ☎ 2137.2000 SAC - ☎ 2137.2002

VISEA-VORTICE

Resp. Técnico Dr. Gilson Cidrim CRE: 0769

ENTREVISTA



A ecocardiografia em Pernambuco

O cardiologista Carlos Antonio da Mota Silveira, chefe do setor no Procape, fala sobre os avanços na área | **Depoimento a Mariana Oliveira***

Como anda a formação dos ecocardiografistas em Pernambuco?

Atualmente, temos dois centros que formam ecocardiografistas, com cursos regulares de um ano. No Procape, com doze estagiários e a residência (R3), e no Hospital das Clínicas da UFPE. No Procape, o processo seletivo exige que os candidatos tenham concluído residência médica ou título de especialista em Cardiologia. Têm surgido alguns cursos intensivos de caráter privado, com menor tempo de duração. O nosso estágio era, há alguns anos, de seis meses. Porém, observamos que alguns alunos concluíam o curso ainda um pouco inseguros na performance do exame e optamos, então, pelo período de um ano para o ecocardiograma transtorácico. A partir do próximo ano (2011), pretendemos iniciar mais dois módulos específicos para ecocardiograma transesofágico e ecocardiograma com estresse, ambos com duração de um ano. Gostaria de ressaltar o empenho, dedicação e desprendimento de todos os médicos que compõem o departamento de eco-

cardiografia, tanto os que já fazem parte do departamento, como os voluntários. Sem eles este curso seria impossível.

O método tem evoluído?

O ecocardiograma tornou-se um método extremamente importante no diagnóstico de doenças cardiovasculares, pela sua acurácia, sem riscos para o paciente, fácil realização e baixo custo. Creio que o impacto do surgimento do ecocardiograma na década de 1970 é comparável ao surgimento do eletrocardiograma. Acrescentando que, desde o seu início, ele vem sistematicamente incorporando novas tecnologias, iniciando-se com o modo unidimensional, bidimensional e, atualmente, com o tridimensional. Além de novas técnicas de doppler tissular e tissue tracking, e nas formas transtorácica, transesofágica e a ecocardiografia com estresse. Claramente ainda temos muito a evoluir.

O Brasil está sintonizado com esses avanços?

Nós já dispomos destas tecnologias no

país, desde seus lançamentos. Especificamente o Procape foi o segundo centro no Brasil a adquirir a tecnologia tridimensional transesofágica.

Os hospitais do Estado estão bem aparelhados?

Não. O Procape é um oasis nesta área. Há uma carência grande em outros hospitais públicos e podemos avaliar pelo grande número de solicitações que recebemos diariamente de todo o Estado. Apesar de realizarmos cerca de 1500 exames /mês, a demanda é enorme e crescente.

Os planos de saúde bancam todos os tipos de eco?

O modo tridimensional não faz parte da tabela de procedimentos dos planos de saúde. Além do que os preços estão defasados há pelo menos cinco anos. Isto está dificultando muito o investimento da rede privada em novas tecnologias.

O Sr. atua como clínico e ecocardiografista. Esses dois polos se completam?

Acho essencial esta conjunção. É o que se chama de ecocardiologista. Quando realizamos um ecocardiograma e associamos o raciocínio clínico, ambos se complementam.

Que pesquisas vocês têm desenvolvido?

Temos participado em congressos com apresentação de trabalhos em diversas áreas. Porém, atualmente, temos dado enfoque especial a estudos com ecocardiografia tridimensional, doença de Chagas, hipertensão arterial pulmonar esquistoossômica e avaliação hemodinâmica pelo ecocardiograma de pacientes críticos em unidade de terapia intensiva.

Como o Sr. analisa a relação entre a tecnologia e a medicina?

A tecnologia tem sido um dos principais responsáveis pelo grande desenvolvimento da medicina nas últimas décadas. Contudo a formação, o raciocínio e a prática clínica ainda são os principais pilares no diagnóstico e tratamento das doenças. A tecnologia é importante, mas ainda é coadjuvante, e não protagonista.

*Jornalista

ARTIGO

Esquistossomose

Uma doença secular

A enfermidade continua atingindo os brasileiros devido às precárias condições de vida da população

Dr. Adriano Assis Mendes*

A infecção humana causada pelo *Shistosoma mansoni* atinge cerca de 200 milhões de pessoas (20 milhões com a doença em estágio grave), em 75 países tropicais e subtropicais. Em torno de um bilhão de pessoas vivem em áreas endêmicas e, entre 40% e 60% delas, excretam ovos de esquistossomo, mostrando que a prevalência desta infecção pode ser muito maior. Apesar dos avanços no controle e na diminuição substancial da morbidade e da mortalidade em nosso país, a esquistossomose continua a se expandir por novas áreas mundialmente.

Em 1851, no Cairo, o Dr. Theodore Bilharz descobriu um trematódio de sexos separados, que estava associado a extensas lesões nos intestinos, causando disenteria e alterações no aparelho urinário. Bilharz lhe deu uma denominação de origem latina, chamando-o de *Distomum*, por possuir duas ventosas, *Haematobium*, pelo *habitat* sanguíneo e a doença distomíase. Posteriormente, Von Siebold e Mekel Von Hemsbach propuseram a denominação *Bilharzia*. Por fim, prevaleceu o nome genérico de origem grega *Schistosoma*, sugerido por Weinland, em 1858.

A primeira referência sobre a esquistossomose no Brasil foi publicada em 1908, na revista *Brazil Médico*, em um artigo do baiano Manuel Augusto Pirajá da Silva. Com o intenso tráfico de escravos

FOTOS: REPRODUÇÃO



trazidos da África, haveria uma alta probabilidade de ocorrer a importação da esquistossomose e, desde 1902, a doença já havia sido assinalada em outros países. Em nossa região, o primeiro trabalho sobre Hipertensão Arterial Pulmonar Esquistossomótica (HAPE) deve-se à Coutinho, em 1934, e a Marques, em 1951.

A doença encontrou um meio favorável para sua evolução no Brasil: condições inadequadas de moradia, saneamento e educação. Pouco depois, os exames anatomopatológicos começaram a definir a magnitude do problema, e, na década de 1920, as observações de Heraldo Maciel, realizadas em marinhairos, revelaram a rapidez com que a endemia havia se alastrado. Porém, a quantificação do problema ocorreu so-

mente em 1950, com o inquérito coprológico nacional em escolares, realizado na Divisão de Organização Sanitária. Calculou-se que cerca de dois milhões e meio de amostras de fezes continham ovos de *Shistosoma mansoni* no Brasil. Em 1960, a estimativa era de seis milhões de portadores no país.

Entre 1996 e 1997, a Fundação Nacional de Saúde estimou entre seis a sete milhões o número de infectados pelo *S. mansoni*, com base em resultados de exames parasitológicos de fezes, principalmente na Bahia, em Pernambuco, Minas Gerais, Alagoas e Sergipe. Hoje, o Brasil continua sendo uma das áreas mais importantes no mundo quanto à presença de esquistossomose, principalmente nas suas formas clínicas complicadas.



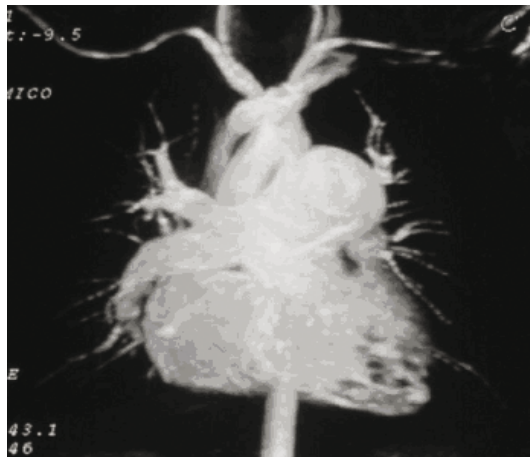
GLOBO HOSPITALAR
Comércio e Representações

O número de casos graves tem apresentado uma redução importante devido às campanhas de tratamento instituídas pelo Ministério da Saúde, mas tem sido observado um aumento das áreas endêmicas da doença no país. No litoral de Pernambuco, recentemente, foram descritos surtos de casos agudos em áreas urbanas, e 82 municípios dos 185 do Estado são endêmicos para esquistossomose. Os problemas de saneamento tornam viável o ciclo do parasito na região.

O impacto econômico da esquistossomose no Estado foi calculado por Barbosa e Pereira da Costa que, na forma hepatoesplênica, constataram uma redução de produtividade dos trabalhadores de cana-de-açúcar de 35,1%, correspondendo a uma perda anual estimada em dois milhões de dólares para Pernambuco. Além da perda econômica, a doença apresenta-se como um indicativo socioeconômico importante, estando relacionada à pobreza.

O *cor pulmonale* esquistossomótico é considerado uma condição clínica importante em áreas endêmicas, e sua incidência em autópsias de pacientes com comprometimento hepatoesplênico tem variado nas diferentes séries entre 11% e 33%. A prevalência do acometimento cardíaco e/ou pulmonar pode variar amplamente, devido a vários fatores: local geográfico, idade, carga parasitária dos pacientes. Nos casos de HAP associada à esquistossomose que evoluem para *cor pulmonale*, a incidência varia entre 1,5% a 9,6%.

A história natural da HAPE não é ainda bem estabelecida. Alguns casos menos avançados têm sido estudados prospectivamente, mas com prognóstico reservado. Alguns pacientes poderão permanecer estáveis durante anos, mas, quando em sua evolução, inicia-se o quadro de *cor pulmonale* e falência ventricular direita, a taxa de mortalidade é muito elevada.



Radiografia de paciente de 22 anos com hipertensão pulmonar grave de etiologia esquistossomótica

Devido o Nordeste brasileiro ser a área de maior endemicidade para a esquistossomose no Brasil, houve um crescente interesse em estudar a HAPE em nosso serviço. O Pronto Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco (Procape) vem, desde 2001, estudando a HAPE e outras etiologias, com publicações na área, temas de defesa de teses e pesquisas, tornando-se um importante centro de referência no país. Oferece desde o atendimento ambulatorial ao paciente até o diagnóstico com cateterismo cardíaco e pulmonar. Atualmente, a HAPE apresenta uma incidência em nosso serviço acima de 40% em relação a outras etiologias de HAP.

No que tange às medidas preventivas, seria fundamental um esforço na ampliação da cobertura de diagnóstico, tratamento e investigação de casos humanos e incremento dos trabalhos para o conhecimento detalhado das áreas ocupadas pelos hospedeiros intermediários de *S. mansoni*. Melhorias ambientais da população com instalação de água encanada nas casas e educação de base são medidas fundamentais para o controle da doença.

Com os estudos atuais sobre a fisiopatologia da HAP e a descoberta de novas drogas na última década, a HAPE iniciou um novo ciclo de pesquisa e tratamento, com o pioneirismo mundial

A HAPE apresenta uma incidência acima de 40% em relação a outras etiologias

de trabalhos sobre o tema apresentado em 2004 no congresso da American Heart Association, tendo como principais pesquisadores Dra. Ângela Bandeira e Dr. Adriano Mendes.

Assim como outras doenças negligenciáveis, para a prevenção e o tratamento da esquistossomose, é necessária uma abordagem multidisciplinar, com profissionais de saúde e familiares. Não poderia deixar de citar os professores que iniciaram o estudo da HAP esquistossomótica em nosso Estado, com pesquisa e artigos como o Prof. Ivan Cavalcanti, Gilvan Tompson, Jarbas Malta, Luiz Fernando Salazar, Wilson de Oliveira Jr. entre tantos outros.

Mestre em Cardiologia pela Faculdade de Ciências Médicas da UPE

Médico do Ambulatório de Hipertensão Pulmonar do Procape

Médico da Sociedade Brasileira de Cardiologia



Saúde para uma vida melhor



O homem que queria ser mais famoso que **Jesus Cristo**

Líder da maior banda de rock de todos os tempos, o beatle John Lennon faria 70 anos em 2010, se, há 30 anos, não tivesse sido baleado por um fã lunático | **Luiz Arrais**

Fruito da relação de uma noite de sábado regada a whisky, conforme diria mais tarde, o futuro beatle, John Winston Lennon nasceu em 9 de outubro de 1940, em Liverpool, cidade portuária a leste de Londres, debaixo de um dos terríveis bombardeios aéreos efetuados pela Luftwaffe alemã no começo da II Guerra Mundial. Seu sobrenome foi uma homenagem da mãe, Julia, ao primeiro ministro inglês Winston Churchill que exortou a população inglesa a derramar sangue, suor e lágrimas para preservar a democracia naquele pedaço de Europa, descontaminado pelo vírus do nazismo que infestou quase todo o continente.

Podemos dizer que John Lennon foi a consciência crítica do rock. Agudo, sofrido, instigante, ele questionou tudo, desde os dogmas religiosos (*God*), aos freudianos (*Mother; Julia*), debateu a luta de classes (*Working Class Hero*), o feminismo (*Woman is the Nigger of the World*), a amizade (*In my Life*) e a utopia ou socialismo (*Imagine*). Talvez, por isso, tenha dito a famosa frase que causou revolta entre fãs e dissidentes da maior banda de rock do mundo: “Nós somos mais populares que Jesus Cristo”.

THE BEATLES

Quando John Lennon conheceu Paul McCartney, em 1956, sentiu que a partir dali “as coisas iam começar a acontecer”. Durante dez anos, eles produziram ao lado de George Harrison e Ringo Starr verdadeiras obras-primas da música pop.

John tinha um gênio autoritário e orgulhava-se de sua condição de líder. Porém, depois da morte do empresário da banda, Brian Epstein, por overdose de barbitúricos, Paul arvorou-se em tentar preencher o espaço deixado pelo falecimento inesperado do *manager*. A banda, envolvida também com drogas, dependia do gênio de Epstein para os negócios. Essa ausência e os detalhes da vida de cada um fizeram com que entrasse em parafuso, indo quase à falência. Foi nessa época que criaram o selo Apple e montaram uma boutique em Carnaby Street, logo fechada, por má administração. Essa disputa de egos teria sido justamente a gota d’água que resultaria no fim do grupo, em 1970.



John com os Beatles na sua vitoriosa visita aos EUA no começo da carreira

Ao lado: com Yoko, a artista contemporânea japonesa, pivô de suas separações: da mulher, Chyntia e do parceiro, Paul McCartney

“Não acredito que haja alguma causa pela qual valha a pena levar um tiro”

John Lennon

Também contribuiu para a desagregação do grupo a entrada em cena de Yoko Ono, japonesa, misto de bruxa e *cumadre fulozinha*, que praticamente enfeitiçou John, com uma marcação cerrada em cima dele, fazendo-o separar-se de Chyntia, sua namorada de antes da fama, com quem casou e teve o filho Julian. Comparecendo aos ensaios da banda, dando pitacos nas gravações, seguindo o beatle até no banheiro e irritando os outros três companheiros, criou um clima de desavença que culminou com um soco de John em George, uma noite. Mas isso era pouco.

A partir daí, John ficou livre para sua intensa viagem musical/conjugal com Yoko. Os dois lançaram o disco *Two Virgins*, em que apareciam nus de frente e de costas. O problema não era só estético. O conteúdo era lixo. Ainda viriam duas porcarias chamadas *Life with the Lions* e *Wedding Album*, até aparecer *Live in Peace in Toronto* com a Plastic

Ono Band, formada com Eric Clapton, Alan White e Klaus Voorman, no qual cantou o velho e bom rock’n’roll.

A partir daí, depois de umas besteiras políticas cometidas com Yoko, John fez tratamento com o psicólogo Artur Janov, na chamada “terapia do grito” e lançou diversos álbuns, que oscilavam entre ótimos e regulares. Em uma das músicas, decretou: “The dream is over” (“O sonho acabou”), cortando o barato de uma geração, ao escrever seu descrédito, numa canção cheia de dor e amargura. Fez ainda, *Imagine*, a canção que virou hino de pacifistas. Melosa, um veneno para diabéticos, mas bonita.

Então mergulhou em um retiro de cinco anos, para cuidar do filho Sean — nascido coincidentemente no mesmo dia e mês do pai. Encantado com a paternidade, fazia o pão que o filho comia, trocava suas fraldas e iniciava-o nos segredos do mundo, enquanto a mulher, cuidava dos negócios e administrava a grandiosa fortuna amealhada em direitos autorais. Aproveitou para fazer muitas viagens ao redor do mundo. Quando partia para algum país, John se precavia, comprando todos os lugares da 1ª classe, só para ele, Sean e Yoko. Isso para livrar-se da pergunta inevitável de algum fã inoportuno: “Quando os Beatles vão tocar de novo?”

A DAY IN THE LIFE

Morador do *Dakota*, edifício sombrio, de arquitetura vitoriana, construído por volta de 1900, localizado na Rua 72, em frente ao Central Park, mais conhecido por ter servido de locação para as filmagens de *O bebê de Rosemary*, filme de terror dirigido por Roman Polanski, John Lennon estava em momento mágico. Tinha lançado o disco *Double Fantasy*, com a parceria de Yoko Ono, em canções suaves que destacavam a vida junto a ela e ao filho Sean, longe das antigas gravações experimentais com as gritarias infernais da japonesa.

Na noite de 8 de dezembro de 1980, depois de entrevistas e idas ao estúdio, John voltava com Yoko para casa. Ao entrar no pátio do edifício, foi abordado por um fã desmiolado e gordote, Mark Chapman, que lhe desferiu quatro tiros à queima-roupa. Apesar do atendimento rápido, não foi possível conter a hemorragia interna resultante dos ferimentos na cabeça, no peito e no braço esquerdo. O beatle estava morto. Infelizmente, há trinta anos completados neste mês ainda ressoa a pergunta que todos gostaríamos de fazer, sintetizada nos versos da *Canção do Novo Mundo* de Beto Gedes e Ronaldo Bastos: “Oh, minha estrela amiga/Por quê você não fez a bala parar?”

HISTÓRIA

A Cardiologia Pernambucana (IV)

Ao final da década de 1940, métodos semiológicos já eram praticados nos consultórios e nos hospitais do Recife | **Dr. Claudio Renato Pina Moreira***

Ao retornarem a Pernambuco, Ovídio Montenegro e Newton de Souza provocaram modificações importantes no tratamento das doenças do coração. Inteiramente dedicados à especialidade, passaram a ser consultados sobre os assuntos diversos e logo estabeleceram uma grande clientela que lotava a sala de espera de seus consultórios no Recife. Eram muito amigos, mas tinham temperamentos diferentes. Ovídio mais brincalhão, Newton mais reservado.

Já em 1946, durante a XIV Reunião Anual da Sociedade de Medicina de Pernambuco, ambos apresentaram um trabalho intitulado *Sobre um caso de sopro de Graham-Steel*, descrevendo os achados encontrados em um paciente portador de estenose mitral internado na Enfermaria Santana, do Hospital Pedro II, Serviço do Professor Fernando Simões Barbosa; a observação foi documentada com o fonocardiograma, eletrocardiograma e radiografia do tórax, e foi esclarecido o diagnóstico diferencial com a insuficiência aórtica. Na ocasião, o Dr. Ernani Granville Costa comentou a raridade do achado. No mesmo congresso, o Dr. Clóvis Paiva chamou a atenção para as lesões dos vasos da retina em casos de arterioesclerose e doenças hipertensivas, ouvindo comentário de Newton de Souza sobre a classificação destas lesões na indicação cirúrgica da hipertensão arterial.

Ovídio Montenegro publicou artigo em 1944, em colaboração com Dante Pazzanese, na revista *O Hospital*, descrevendo as formas de dor (ou a sintomatologia premonitória) do enfarte do miocárdio.

Progressivamente, mas de forma lenta, os trabalhos ou comunicações pessoais relacionadas com a Cardiologia iam surgindo. Os mesmos médicos já citados apresentam em reuniões científicas e congressos os trabalhos *Estenose pulmonar e Válvula tricúspide-bicúspide*;

o Dr. Granville Costa, *Flutter auricular paroxístico e bloqueio sino-auricular*; e o Dr. Bastos Lima, *Anestesia em cardíacos* (todos na XV Reunião Anual da SMP, em 1947). Em 1948: Fernando Moraes: *Modificações do eixo elétrico nos pneumotoraces*; e Ivan Dowsley de Amorim: *Sífilis cardio-vascular – valor e critério para o diagnóstico*. Em 1949: Fernando Moraes e Barros Coelho: *Cardiopatía chagásica*; Ivan Amorim: *Coração e gravidez*; e o estudante José Costa Rocha: *Sobre um caso de bigeminismo extrasistólico*. Em 1951: Jorge Moraes: *Nota prévia sobre um artifício de técnica para o estudo clínico-radiológico de ictus cordis*; Aristides de Paula Gomes: *Cardiopatía chagásica*; e Metódio Maranhão Neto: *A hemodinâmica no diagnóstico e terapêutica cirúrgica das cardiopatias congênitas, Casos de aspectos eletrocardiográficos raros de bloqueio de ramo e suas interpretações dentro do critério estabelecido pela Escola do professor Sodi Palhares; e Valores semiológicos das angiocardiografia, eletroquimografia, balistocardiografia e fonocardiografia nas cardiopatias*.

Verifica-se, assim, que, ao final da década de 1940, os citados métodos semiológicos já eram praticados nos

Na década de 1940, o Hospital Pedro II (foto) utilizava o fonocardiograma e o eletrocardiograma

consultórios e nos hospitais do Recife. Seguramente, o fonocardiograma servia apenas para registrar o sopro e não para estimar gravidade de lesão.

E como se tratava um paciente portador de enfarte agudo do miocárdio? Em repouso completo na própria residência, procurando suprimir a dor, impedir a destruição do tecido miocárdio, agir contra o desfalecimento circulatório iminente e prevenir a fibrilação ventricular. No repouso completo se incluía a total imobilidade do paciente, inclusive dos membros, encostado em almofadas e em cama aquecida com bolsas de água quente. Para a dor usavam-se os derivados do ópio (morfina), os barbitúricos (Gardenal, Amital, Nembutal). Os nitritos serviam para diferenciar a dor do enfarte da dor da angina. Oxigenoterapia. Para prevenir a destruição



Fachada do Hospital Pedro II, hoje totalmente restaurado, com projeto que manteve a arquitetura original

do miocárdio, paraverina, derivados da xantina (aminofilina por via endovenosa ou retal) e cardiotônicos. Para os ditos colapsos periféricos, os analépticos sucedâneos da cânfora e a cafeína. Como último recurso em caso de extrema gravidade: adrenalina, efedrina e efetonina por via subcutânea. Não haveria razão para o uso de soluções glicosadas por poderem provocar hiperglicemia súbita, seguida de hipoglicemia. Para a fibrilação auricular utilizava-se digital e quinidina. Para os bloqueios atrioventriculares, considerados raros, agentes vasodilatadores e anti-espasmódicos, associados a sulfato de quinidina em pequenas doses. Para a Síndrome de Stoke-Adams, adrenalina e outras drogas simpaticomiméticas. Ultrapassada a fase aguda (se o paciente conseguisse sobreviver), vinha a síndrome ombro-mão (congelamento das articulações dos membros superiores). Entre as três e cinco semanas após o enfarte, aplicavam-se pequenas massagens nas extremidades inferiores. Somente depois de três semanas o paciente podia ficar em decúbito lateral; cinco semanas depois, lhe era permitido sentar no leito durante cinco minutos, não importando o grau das dores que surgissem. Alimentação pobre em calorias, sem sal, com aspecto repugnante.; a subnutrição diminuía o metabolismo basal e atuava favoravelmente sobre a circulação dos coronariopatas (acreditava nisto!): no máximo 800 calorias por dia e ingestão máxima de 1.200 ml de líquidos.

E quando indagávamos ao Dr. Ovídio: “E os pacientes sobreviviam?” Ele abria um sorriso e dizia: “claro que sim”. E prosseguia: acompanhávamos clinicamente utilizando meios propedêuticos, como palpar o *ictus cordis* e verificar a amplitude da onda “a”. E muitas vezes os clínicos, para avaliar uma complicação, como por exemplo, tromboembolismo arterial, puncionavam às cegas a aorta abdominal através da parede dorsal. Época heróica!

*Médico graduado pela UFPE em 1974.

Presidente da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores - Sobrames-PE. Membro do Instituto

CARPE DIEM

Pílulas de humor



REPRODUÇÃO INTERNET

Tempo ocupado

Durante longo período de ócio, para não dizer de preguiça, pelo qual atravessava

Nasresdinn, um sábio islamita, um de seus amigos perguntou-lhe:

– Mas o que você faz, de manhã até a noite? Com que você se ocupa?

Nasreddin respondeu:

– Procuo uma maneira de não morrer.

– E isso funciona?

– Por enquanto, sim..

O avarento

Um dia, um homem rico e muito avarento – avareza, sem dúvida, razão de sua riqueza – caiu num rio. A correnteza o estava levando, e ele não sabia nadar.

Algumas pessoas vieram em seu socorro às margens do rio e começaram a gritar:

– Dê-nos sua mão! Dê-nos sua mão!

Mas o homem não estendia a mão e se deixava afogar.

Conta-se que ele deve sua vida a

Nasreddin, que na última hora,

aproximou-se da água e gritou:

– Pegue minha mão! Pegue minha mão!

Tradições natalinas

•A Missa do Galo foi criada por S. Francisco de Assis, em 1224 na cidade de Greccio, na Itália. Ele construiu o primeiro presépio e o exibiu à meia-noite para lembrar o ambiente em que Jesus nasceu. O ato era seguido por uma missa. Como os galos cantavam às primeiras horas da madrugada...

• O primeiro cartão de Natal surgiu na Inglaterra em 1845. John Calcott Horsley desenhou uma família ao redor de uma mesa farta e colocou um rico, ao lado, dando comida a crianças pobres. Foram impressos mil cópias.

•O panetone teria surgido na cidade de Milão, no ano 900, inventado por um padeiro chamado Tone. Por isso, ficou conhecido como pane-di-Tone. No Brasil, a tradição surgiu após a Segunda Guerra, trazido por imigrantes italianos.

FRASE

“A curiosidade é a cura para o tédio. Mas não há cura para a curiosidade.”

Dorothy Parker, escritora e humorista norte-americana



ÚLTIMAS

SBC apóia Federação de Chagas

Mariana Oliveira

No começo do último mês de outubro, a Sociedade Brasileira de Cardiologia – Pernambuco, através do Departamento de Doenças Negligenciadas, participou e apoiou a 2ª Reunião Internacional das Associações de Pessoas com Chagas. Representantes de 15 associações de pacientes chagásicos, das cerca de 20 que se espalham por vários países do mundo, reuniram-se para fundar a primeira Federação Internacional de Pessoas com doença de Chagas.

O objetivo da nova organização é dar mais respaldo às reivindicações dos pacientes portadores da doença. “A Federação foi criada para dar mais força política, para combater o estigma que ainda cerca a enfermidade. Essa patologia é considerada extremamente negligenciada, isso significa que ela não dispõe de tratamento adequado”, explica Dr. Wilson de Oliveira Jr. O médico lembrou a importância do trabalho desenvolvido



Representantes de 15 associações se reuniram no Recife

pelos ONGs ligadas à AIDS na luta pelo direito de tratamento dos portadores da enfermidade. A Federação vai tentar atuar da mesma forma. Mas, segundo ele, no caso da doença de Chagas, a briga será ainda mais difícil. “A AIDS é uma doença global, o que gera mais apelo, já a de Chagas não é mundial o que gera muito menos interesse no desenvolvimento de pesquisas da indústria farmacêutica”, pontua.

Durante o evento, foram eleitos o presidente e o vice-presidente da Federa-

ção. A presidência ficou com o representante da associação espanhola, e a vice com o atual presidente da Associação dos Portadores de Doença de Chagas de Pernambuco, José Pedro Silva. A próxima reunião, que, este ano contou com o apoio da OMS, da organização Médicos Sem Fronteiras, e da Associação e do Ambulatório de Doença de Chagas da UPE, deve acontecer na Espanha.

Outra discussão iniciada no evento foi a criação do *Dia Mundial de Combate à Doença de Chagas*, assim como existe um vinculado à AIDS. Segundo Dr. Wilson de Oliveira Jr., a data ainda não foi escolhida. Há duas sugestões: 8 de novembro, dia da morte de Carlos Chagas, ou 14 de abril, dia em que o pesquisador descobriu a doença.



A UNICRED
CUIDA DA SAÚDE
FINANCEIRA DE
QUEM SÓ PENSA
NA SAÚDE

TÁ FÁCIL

Quem é profissional da área de saúde já pode contar com crédito rápido e fácil.

A Unicred Recife tem ótimas taxas de juros e vantagens perfeitas para você organizar o orçamento ou, até mesmo, aproveitar uma boa oportunidade.

TÁ NA MÃO*

- O crédito que você precisa, na hora que você precisa.
- Financiamento de equipamento cardiológico.
- Empréstimo consignado para profissionais de saúde do Governo de Pernambuco.
- Financiamento de veículos com as melhores taxas.
- Desconto de cheques pré-datado.
- Participação nos resultados.

*Crédito sujeito à aprovação cadastral.