



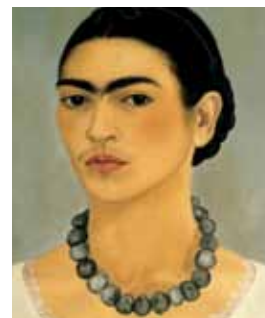
A hora e a vez das mulheres

Até 1879, as faculdades de medicina brasileiras não aceitavam mulheres. Aquelas que quisessem persistir no seu sonho tinham que deixar o país e estudar no exterior. Em 1879, Maria Augusta Geroso Estrela se tornou a primeira brasileira a graduar-se em Medicina. Ela estudou no New York Medical College and Hospital for Women e regressou ao Brasil, em 1882, para iniciar a prática clínica em consultório. Já a primeira brasileira a inscrever-se e frequentar uma faculdade de medicina no Brasil, foi a gaúcha Rita Lobato Velho Lopes, que, em 1885, ingressou na Faculdade de Medicina da Bahia, tendo clinicado até 1925. As duas pioneiras enfrentaram preconceitos e venceram muitas barreiras para conseguir exercer a profissão com dignidade, num ambiente dominado por homens. E hoje, qual a rotina e quais as dificuldades enfrentadas pelas médicas brasileiras? [Continua na pág. 3]



COOPERCÁRDIO EM PLENA
ATIVIDADE | PÁG. 5

A DOENÇA CARDIOVASCULAR
NA MULHER | PÁG. 6



A PINTURA
SOFRIDA
DE FRIDA
KAHLO
| PÁG. 11

EDITORIAL

No dia 8 de março foi comemorado o Dia Internacional da Mulher. Aproveitando esse gancho, esta edição do **Cardio PE** presta uma homenagem a todas as médicas pernambucanas, em especial às cardiologistas. Atualmente, a Sociedade Brasileira de Cardiologia – Pernambuco conta com 162 sócias, que, apesar de estarem em minoria em relação ao número de homens, estão sendo grandes protagonistas na prática clínica, na pesquisa e no ensino da Cardiologia.

Nesta edição especial, trazemos uma reportagem que aponta o crescimento do número de mulheres na Medicina e que tenta apresentar ao leitor as barreiras enfrentadas por elas para garantir seu espaço na profissão. O texto também descreve a dura rotina de vários expedientes da maioria das médicas, que, além da sua atuação profissional, são donas de casa e mães.

O texto sobre a história da Cardiologia pernambucana destaca a fundação da SBC-PE, sem esquecer de nos apresentar as primeiras médicas do estado que se dedicaram à Cardiologia. O artigo, assinado pelo Dr. Wilson de Oliveira Jr. e pela Dra. Isly Lucena, propõe uma reflexão sobre a doença cardiovascular na mulher, desmistificando alguns mitos. A SBC-PE aproveita também para prestar uma última homenagem à fundadora da Sociedade Brasileira de Bioética – Pernambuco. Fechando a edição dedicada às mulheres, um texto de Luiz Arrais sobre a pintora mexicana Frida Kahlo.

Boa Leitura.

NOTAS

Arcoverde sedia evento

Depois do *Cardiovale*, em Petrolina, é a vez da cidade de Arcoverde receber um importante evento, entre os dias 29 e 30 de abril. O *III Simpósio de Cardiologia do Sertão*, que conta com o apoio da SBC-PE, vai trabalhar temas de muito interesse entre os profissionais da Medicina, tais como doença arterial coronária, febre reumática, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, cirurgia cardíaca e doença cardiovascular na gravidez. Segundo o coordenador do evento, Dr. Waldemar Arcoverde, a expectativa para o encontro é a melhor possível, já que, desde 2005, a cidade não recebe um simpósio de relevância na área. Espera-se atrair profissionais de 18 municípios situados nas proximidades de Arcoverde. As inscrições são gratuitas e poderão ser feitas na hora.

Doenças negligenciadas

No final de março, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) firmou uma cooperação técnica com a Organização Pan-Americana de Saúde e o Ministério da Saúde para tentar controlar as chamadas doenças negligenciadas, como a doença de Chagas, tuberculose, febre reumática e esquistossomose. Ficou estabelecido no acordo que a SES iria reorganizar a rede de saúde do Estado, das Unidades de Saúde da Família às grandes emergências, para melhor atender aos pacientes que sofrem dessas enfermidades. O Departamento de Doenças Negligenciadas da SBC-PE está atento a esse compromisso.

Blog

Entrou no ar, no início do mês de março, o blog *Enfermagem em Cardiologia*, vinculado ao Funcordis. Lá os internautas vão encontrar assuntos relacionados à prática da Cardiologia na enfermagem, com discussão de casos e ECG, valorizando a prática, mas sem esquecer a fundamentação teórica e as diretrizes nacionais da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Quem está no comando do blog é a cardiologista Márcia Cristina Amélia da Silva. “O objetivo é que possamos discutir assuntos interessantes para a prática cardiológica diária, tirar dúvidas, estimular o aprimoramento profissional e incentivar a boa prática de enfermagem em Cardiologia”, escreve a médica. O endereço é: <http://enfermagemfuncordis.blogspot.com/>.

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

Cardiovascular – SBC/Funcor

Dr. Emanuel Pires Alves de Abreu

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 (Cardiogeriatría); Dr. Luiz Fernando Sallazar Oliveira (Cardiologia Clínica); Dra. Clebia 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 (Dept° 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: 1.500 exemplares

Impressão: CCS Gráfica

FOCO

A sensibilidade feminina ganha espaço

O número de médicas cresce no país e também o de cardiologistas | Mariana Oliveira

FOTOS: DIVULGAÇÃO



FLORA PIMENTEL



As cardiologistas Suzana Ferraz, Marlene Rau e Diana Lampreia têm uma rotina agitada

[Cont. da pág. 1] Em abril do ano passado, um levantamento publicado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) dava conta de que, entre 2000 e 2009, a proporção de profissionais do sexo feminino no universo de médicos registrados no Brasil subiu quase quatro pontos percentuais – de 35,5% para 39%. Esses números comprovam a tendência de aumento no número de mulheres na Medicina em todo o país. Segundo dados do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco, hoje, existem 5928 médicas registradas e 7120 homens, uma diferença bem menor do que a existente em outras décadas. Algumas especialidades continuam sendo as preferidas das mulheres. São elas: pediatria, ginecologia e obstetrícia, médico do trabalho, anestesiologia, clínica médica, dermatologia, ginecologia e, em oitavo lugar, Cardiologia.

Na SBC-PE, dos 465 sócios apenas 162 são mulheres. Porém, apesar de estarem em minoria, as cardiologistas têm ganhado cada vez mais espaço dentro da

instituição e se destacou no comando de vários departamentos. Na última década, a SBC-PE foi presidida em dois momentos por mulheres – Dra. Marly Maria Uellendahl (biênio 2004/2005) e Dra. Deuzeny Tenório Marques de Sá (biênio 2008/2009). No próximo ano, a Dra. Sílvia Martins assume a presidência da instituição, na gestão 2012/2013.

Contudo, além do aumento no número de profissionais, outras questões relacionadas à prática da Medicina por mulheres têm avançado. Segundo a Dra. Marlene Rau, anteriormente havia um grande preconceito em relação às médicas, tanto dos pacientes que achavam sempre que se tratavam de enfermeiras, quanto dos colegas de faculdade. “Segundo eles, nós estávamos gastando dinheiro do governo a toa, pois achavam que não iríamos exercer a profissão, dedicando-nos aos afazeres domésticos”, lembra.

Também era constante a ideia de que algumas especialidades não deveriam ser exercidas por mulheres. Em alguns ca-

sos, como na urologia, existe certo tabu entre os pacientes do sexo masculino em procurar uma médica. “Hoje há bem menos preconceito que antes. Entretanto, é inegável, em algumas especialidades, o favorecimento da sua praxia a um gênero ou ao outro”, pontua Dra. Maria de Lourdes C. de Araújo, presidente da Unimed Recife. Segundo a Dra. Diana Lampreia, também é possível sentir esse “incômodo” do paciente em especialidades como ortopedia e cirurgia cardíaca. Mas ela acredita que esse quadro está mudando. “É cada vez mais frequente a prática de algumas dessas especialidades, que antes eram exercidas exclusivamente por homens, pelas mulheres com reconhecido merecimento e competência”, destaca. A cardiologista Suzana Ferraz acredita que os pacientes estão se conscientizando que o mais importante é a intenção do profissional e a sua capacidade técnica.

Mas haveria alguma distinção entre o médico e a médica? “Acredito que, independentemente do sexo de quem a prati-

ca, a profissão médica exige muita sensibilidade e compreensão não somente da doença que estamos tratando, mas, principalmente, do doente como um todo. Talvez, por ser mulher, os sentimentos de carinho, de compreensão sejam mais aflorados, principalmente, quando os pacientes são crianças ou idosos”, explica Dra. Diana Lampreia. Para a Dra. Marlene Rau, a maior sensibilidade feminina garante um relacionamento mais forte com os pacientes. “A capacidade de ouvir com paciência e o instinto maternal do cuidar são diferenciais femininos sim”, finaliza a Dra. Suzana Ferraz.

DIA A DIA

A rotina dessas médicas não termina quando elas deixam seus plantões, ambulatórios ou consultórios, diferentemente do que acontece com boa parte dos médicos homens. Como a grande maioria das mulheres brasileiras, elas precisam ainda dar o seu expediente em casa, seja organizando a logística de manutenção de uma residência, seja cuidando dos filhos. “Tenho uma extensa rotina diária de trabalho comum a maioria dos médicos, pois divido o meu tempo entre as

atividade profissionais em dois hospitais e no consultório Além disso, tenho, igual a qualquer outra mulher, que executar diversas tarefas relacionadas à família e ao lar como, por exemplo, cuidar de dois filhos ainda pequenos que exigem muita atenção e dedicação, assim como administrar tudo o que envolve a rotina de uma casa”, detalha Dra. Diana Lampreia.

Para enfrentar tantas demandas distintas, o importante, segundo as profissionais, é buscar um equilíbrio. Segundo a Dra. Suzana Ferraz, entrar no mercado de trabalho e escolher uma profissão que dá a possibilidade de minorar o sofrimento de outrem é um motivo nobre o suficiente para gerir o conflito interno de dividir a atenção entre a profissão e a família. A cardiologista acorda todos os dias bem cedo, organiza o café, vai deixar seu filho menor na escola, segue para a ginástica e depois inicia seu expediente. “Tento sempre almoçar em casa, pois considero sagrado o momento da refeição em família. Volto, à tarde, para o trabalho. À noite, procuro verificar como foi o dia de todos, planejo o que deve ser feito no dia seguinte. Enfim, com disciplina e organização vou traçando as metas diá-

Sensibilidade feminina é um dos fatores que ajudam na relação com as pacientes

rias com a certeza de estar dando o meu melhor no que faço. Tenho uma família harmonizada e isso facilita tudo”, detalha Dra. Suzana.

Atualmente a Dra. Marlene Rau consegue conciliar bem suas obrigações como médica e como mãe, mas nem sempre foi assim. “Quando era jovem e tinha filhos pequenos, me preocupava muito em deixá-los com babás. Me desdobrava para sempre que possível passar em casa para ver como estavam. Então posso dizer que não é apenas uma dupla jornada de trabalho, e sim tripla: a mulher trabalha fora, trabalha em casa e ainda cuida da família, principalmente as médicas ou profissionais da área de saúde”, destaca.

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.



www.gilsoncidrim.com.br

CENTRAL - ☎ 2137.2000 SAC - ☎ 2137.2002

BALANÇO

A experiência da Coopecárdio

Entidade se consolida como aliada dos cardiologistas em defesa do mercado de trabalho | Carlos Japhet da Matta Albuquerque*

A Coopecárdio – Cooperativa de Trabalho dos Médicos Cardiologistas de Pernambuco foi criada em 14 de março de 1995. Depois de 16 anos de sua fundação, a cooperativa funciona em sua plenitude, como entidade representativa dos cardiologistas, hemodinamicistas e cirurgiões cardiovasculares e torácicos pernambucanos, atendendo a



vários convênios e entidades públicas e privadas.

A vitoriosa experiência da Coopecárdio congrega 330 médicos cardiologistas de todas as áreas de atuação e nove colaboradores. A entidade funciona na Av. Agamenon Magalhães nº 4.775, Ed. Empresarial Thomas Edison, 14º andar, salas 1404, 1407 e 1408, Ilha do Leite, fazendo parte do grande cenário empresarial do segundo maior polo médico do Brasil, consolidando-se como forte aliada dos cardiologistas em defesa do mercado de trabalho para a especialidade.

No último dia 28 de março, a entidade realizou sua assembleia geral ordinária, apresentando aos seus cooperados marca recorde de faturamento, próximo dos onze milhões de reais, revelando grande crescimento nos últimos dois anos, algo em torno de 190%.

Ressaltamos o crescimento da Coopecárdio, a aglutinação de cooperados por áreas de atuação, como o Departamento de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, que agrega 30 cooperados e ao Departamento de Cirurgia Cardiovascular e Torácica, que conta com 34 cooperados, ambos com resultados expressivos para seus integrantes. Vale salientar que esse crescimento se deu por conta

de novos convênios firmados pela cooperativa, aumentando significativamente o mercado de trabalho para os cardiologistas clínicos e seus métodos complementares, sendo responsável por 68% do faturamento da cooperativa.

* Diretor Presidente da Coopecárdio

Coopecárdio Cooperativa de Trabalho dos Médicos Card. de PE CNPJ 00.599.741/0001-30 Demonstração de Resultado em 31 de Dezembro (em Reais)			
	2010	2009	
RECURSOS RECEBIDOS			
Produção de Convênios	10.367.355,70	6.204.020,78	
Rateio dos Cooperados	485.553,12	383.113,02	
Fecem	44.474,64	44.474,64	
	<u>10.897.383,46</u>	<u>6.631.608,44</u>	
DEDUÇÕES DE RECURSOS RECEBIDOS			
Impostos Incidentes sobre Recursos Recebidos	379.016,89	207.950,68	
	<u>379.016,89</u>	<u>207.950,68</u>	
Custo de produção Cooperados			
Custo de Produção de Cooperados	8.429.676,51	5.977.679,72	
Serviços Glosados	46.547,72	42.559,42	
	<u>8.476.224,23</u>	<u>6.020.239,14</u>	
Sobra Bruta	2.042.142,34	403.418,62	
Despesas com Pessoal	199.671,90	152.580,15	
Ocupação	38.541,04	33.191,97	
Utilidades e Serviços	20.034,30	18.322,20	
Honorários	68.807,28	59.043,00	
Despesas Gerais	186.210,61	125.429,80	
Impostos e Taxas	7.573,11	7.627,23	
Despesas Financeiras - Receitas Financeiras	(13.877,34)	(7.852,47)	
	<u>506.960,90</u>	<u>388.341,88</u>	
Resultado Social	1.535.181,44	15.076,74	
Fundo de Reserva	(153.518,14)	(1.507,67)	
Fates	(76.759,07)	(753,84)	
Sobras ou Perdas	1.304.904,22	12.815,23	

Coopecárdio Cooperativa de Trabalho dos Médicos Card. de PE CNPJ 00.599.741/0001-30 Balancos Patrimoniais em 31 de Dezembro (em Reais)					
	2010	2009		2010	2009
Ativo Circulante					
Caixa	228,19	75,37	Fornecedores	5.800,22	4.340,46
Bancos	280.945,76	265.654,26	Obrigações Fiscais	1.399.046,20	928.697,31
Aplicações	202.425,55	155.396,96	Outras obrigações	80.336,75	37.743,72
Convênios a Receber	1.749.416,27	222.462,27	Outras Provisões	15.929,51	13.442,79
Impostos a Recuperar	870.219,13	773.310,74	Adiantamentos de Clientes	0,00	126.352,86
	<u>3.203.234,90</u>	<u>1.418.099,60</u>		<u>1.431.162,68</u>	<u>1.110.577,14</u>
Não Circulante					
Realizável a Longo Prazo	576.568,53	467.370,03	Depósito Judicial	315.764,70	315.764,70
Investimento	1.300,00	1.300,00		<u>315.764,70</u>	<u>315.764,70</u>
Imobilizado	12.956,37	8.960,73			
	<u>590.824,90</u>	<u>477.630,76</u>			
Patrimônio Líquido					
Capital Social			Capital Social	130.686,53	116.229,68
Reservas			Reservas	583.435,66	199.696,19
Resultados à Disp. da Assembleia			Resultados à Disp. da Assembleia	1.332.808,03	153.462,45
Ajuste de Exercícios Anterior			Ajuste de Exercícios Anterior	27.903,81	254.897,41
Resultado Social Acumulado			Resultado Social Acumulado	9,08	(14.281,98)
			Resultado Social	<u>1.394.904,22</u>	<u>12.815,23</u>
				<u>2.047.132,42</u>	<u>467.308,52</u>
Total do Ativo	3.794.059,80	1.895.730,36	Total do Passivo	3.794.059,80	1.895.730,36

ARTIGO

Doença cardiovascular na mulher: uma pausa para reflexão

É preciso desconstruir o mito de que as enfermidades do coração não atingem as mulheres | **Wilson de Oliveira Jr*** e **Isly Lucena****

As mulheres e o seu coração. Esse com todo o seu simbolismo, ao longo da história, têm sido cantado em versos e prosas. No entanto, no que se refere à área da saúde cardiovascular, o coração da mulher foi negligenciado por décadas. Recentemente, com o advento da medicina de gênero, volta-se o olhar científico para o sistema cardiovascular feminino no sentido de conhecê-lo nas suas peculiaridades e, conseqüentemente, estabelecer condutas terapêuticas mais adequadas para o tratamento. A aceitação pela comunidade médica de que as doenças cardiovasculares não causam sofrimento e morte apenas entre o gênero masculino foi da maior importância, ainda que tenha ocorrido tardiamente.

A evolução sócio-econômica e cultural das mulheres no século 20 foi surpreendente, assim como a incorporação de hábitos e exposição a fatores de risco – tabagismo, alcoolismo, estresse, jornada de trabalho excessiva, sedentarismo, obesidade, hipertensão, dentre outros – anteriormente quase exclusivo do gênero masculino. As comparações de dados nacionais com aqueles obtidos em países desenvolvidos demonstram que tanto a doença cerebrovascular como a doença arterial coronária apresentam taxas maiores entre as mulheres brasileiras com idade entre 45 e 64 anos. Se nos países desenvolvidos da Europa a razão de taxas masculinas/femininas varia entre 5,5 (Finlândia) e 3,6 (Portugal), nas cidades brasileiras a variação é de 3,3 (Belo Horizonte) a 2,3 (Salvador) e na nossa cidade 2,72 (Recife).

Daí porque, ao contrário do que muitos pensam, hoje, a maior causa de morte entre as mulheres não seja o câncer de mama ou do colo uterino, mas sim as doenças cardiovasculares. Recentemente, tendo em vista a relevância

FOTOS: DIVULGAÇÃO



do problema, a Associação Americana de Cardiologia (AHA) elencou novos fatores de riscos, tais como as doenças autoimunes (lupus, artrite reumatóide), complicações da gravidez (hipertensão induzida pela gestação e diabetes gestacional), além de incluir como fator de risco importante a depressão.

O climatério marca uma nítida mudança no perfil de risco das mulheres para as DCV. Vários fatores parecem estar envolvidos na gênese e no desenvolvimento da doença aterosclerótica entre as mulheres a partir desta fase das suas vidas. A deficiência estrogênica, a alta

prevalência de tabagismo, a obesidade e a hipertensão arterial são fatores que parecem determinantes nas altas taxas de mortalidade e morbidade observadas no Brasil com prevalência significativa no gênero feminino.

Além disso, existem doenças como a síndrome do coração partido (*broken heart*), relacionada ao estresse agudo, que ocorre em mulheres, sobretudo na faixa etária de 50 a 60 anos, e que apresenta uma sintomatologia semelhante ao infarto agudo do miocárdio, porém com um bom prognóstico quando tratada adequadamente.

A relação de mortalidade por DAC entre homens e mulheres no ano de 1970 era de 10/1, atualmente atinge patamares de 3/1, demonstrando claramente o impacto da doença cardiovascular com a mudança no estilo de vida. As mulheres com DAC apresentam um pior prognóstico, quando comparado ao seu equivalente masculino, sugerindo-se que diferenças relacionadas ao sexo podem influenciar a detecção e o prognóstico da doença. A falta do conhecimento ou entendimento nas diferenças da fisiopatologia da doença, na sua apresentação e prognóstico, associado ao número insuficiente de diretrizes para o diagnóstico e tratamentos adaptadas às diferenças fenotípicas das mulheres, podem justificar este fato.

Infelizmente as mulheres brasileiras apresentam um dos maiores coeficientes de mortalidade por doença cardiovascular do mundo. Em que pese os dados alarmantes sobre a doença cardíaca nas mulheres, elas não têm sido foco de campanhas de educação preventiva, a exemplo do que ocorre com o câncer de mama.

Não há bases científicas que sustentem que as mulheres não necessitam receber a mesma atenção que os homens na condução das doenças cardiovasculares. Precisamos de mais trabalhos específicos para as mulheres, uma vez que, durante muitos anos, as pesquisas voltadas à DAC eram realizadas praticamente só com o gênero masculino. Apenas na década de 90, começaram a ser desenvolvidos os primeiros trabalhos incluindo o gênero feminino, mas ainda hoje são insuficientes. O cardiologista tem um papel importante na desconstrução do mito de que mulheres não têm doença cardíaca e na conscientização da necessidade de mudança do estilo de vida para prevenir a ocorrência de tais enfermidades.

Não há dúvida que o controle de fatores de risco é fundamental. Mulheres

tabagistas possuem um risco seis vezes maior de apresentar doença cardiovascular quando comparadas com as não fumantes. Na verdade, a diminuição da exposição a situações de risco, associada a programas preventivos e educativos, poderá impactar positivamente na redução da doença cardíaca em mulheres, sobretudo naqueles que pertencem a estrato sócio-econômico e educacional mais desfavorável, no qual se observa maior prevalência de fatores de risco como tabagismo e obesidade.

As últimas diretrizes da Associação Americana de Cardiologia dão conta de que a depressão é um fator de risco importante para a DAC. A doença, ainda negligenciada pelos cardiologistas, tem maior prevalência nas mulheres levando a modificações neuro hormonais, assim como comportamentais, o que dificulta a adoção de mudanças de estilos de vida, como o abandono de tabagismo e sedentarismo, e a adesão ao tratamento. Essa mesma diretriz chama atenção de que medidas como a suplementação com substâncias antioxidantes como a vitamina E precisam de maior comprovação científica para serem adotadas.

Há uma necessidade premente da inclusão da prevenção da doença cardiovascular como prioridade nos programas governamentais de saúde da mulher, numa visão abrangente, na qual não devem ser considerados apenas os fatores de risco biológicos, como o aumento do colesterol, por exemplo, mas também aqueles relacionados à esfera psicossocial – estresse crônico e depressão – fatores mais prevalentes no gênero feminino.

Diante do cenário atual, aqui sumariamente comentado, fica evidente que as mulheres são susceptíveis sim às doenças cardiovasculares, sendo a principal causa de morte, especialmente na pós-menopausa, reforçando que é ape-

As brasileiras apresentam um dos maiores coeficientes de mortalidade por doença cardiovascular

nas um grave e perigoso mito que ainda habita alguns profissionais acreditar que mulheres não sofrem do coração. As lacunas de conhecimento sobre a doença arterial coronária no que se refere ao diagnóstico, à terapêutica e à prevenção nas mulheres têm despertado interesse em pesquisas e trabalhos desenvolvidos na área. Porém, pouco tem sido feito no sentido de levar essas informações para o público feminino, sendo esse um papel não só dos órgãos públicos, como das sociedades e profissionais da saúde. Talvez esse seja nosso maior desafio.

Com o objetivo de minimizar a falta de informação da população feminina em relação às peculiaridades da prevenção e do tratamento da DAC, o *II Encontro com a Comunidade*, dentro do *Congresso Pernambucano de Cardiologia*, a ser realizado em agosto, abordará essa questão com o tema *Doença cardiovascular na mulher – fatos e mitos*.



*Prof. adjunto de Cardiologia da UPE. Coordenador do Ambulatório de doença de Chagas e Insuficiência Cardíaca do HUOC/Procape da UPE



**Médica, doutoranda da USP, com o projeto de Avaliação do Risco Cardiovascular em Mulheres no Climatério



GLOBO HOSPITALAR
Comércio e Representações

HISTÓRIA**A Cardiologia Pernambucana (VI)**

A fundação da SBC-PE e o ingresso das mulheres na especialidade | **Dr. Claudio Renato Pina Moreira***

Em meados dos anos 40, com alguns médicos do Recife interessando-se pela Cardiologia, foi fundada em reunião realizada no Hospital do Centenário (hoje, infelizmente denominado como Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco), na Avenida Rosa e Silva, a Sociedade de Cardiologia de Pernambuco, tendo como sede a Sociedade de Medicina de Pernambuco, na Rua Osvaldo Cruz, número 393. Tinha como finalidade congregar os interessados em Cardiologia, estimular o estudo e as pesquisas neste campo e dar parecer quando solicitada. É a segunda sociedade mais antiga do país ligada à Sociedade Brasileira de Cardiologia. Estavam presentes e foram considerados membros fundadores: Aguinaldo Lins, Augusto Fernandes Vianna, Paulo de Queiroz Borba, Avelino Cardoso, Hoel Sette, Waldir Cavalcanti (doutorando), Fernando Ribeiro de Moraes, Metódio Maranhão e Diógenes Vieira Brasil. Também foram considerados fundadores por mandarem representantes à reunião: Geraldo de Andrade, Milton de Aquino, Edson Vitor, Edson Brígido, Clóvis dos Santos Pereira, Tomás Edson e Djalma Vasconcelos.

Percebe-se que grande parte daqueles profissionais não se ocupava da Cardiologia; eram clínicos gerais, gastroenterologistas, radiologistas. Na ocasião, foi eleita a primeira diretoria: Fernando Ribeiro de Moraes, presidente; Paulo



FOTOS: REPRODUÇÃO

Foi no antigo Hospital Centenário, hoje Hospital dos Servidores, que ocorreu a reunião para fundação da SBC-PE

de Queiroz Borba, secretário; Aguinaldo Lins, tesoureiro; Augusto Fernandes Vianna, Diógenes Vieira Brazil e Avelino Cardoso, como membros da Comissão de Redação e Estatutos. Curiosamente não apareceram os nomes de Ovídio Montenegro e Newton de Souza.

Durante muitos anos, a Cardiologia em nosso Estado foi uma especialidade formada em sua quase totalidade por médicos. A primeira médica a se dedicar a esse ramo da medicina em Pernambuco foi Norma Palmeira, graduada pela Universidade do Recife em 1953, seguida por Maria da Conceição Távora (FMUR 1955, e que atuou no ambulatório do INSS, no Hospital Osvaldo Cruz), Fernanda Wanderley

(FMUR 1959, e que se dedicou integralmente às atividades de ensino e de pesquisa no Instituto de Medicina Infantil de Pernambuco, sendo a pioneira a atuar na área pediátrica). A elas se seguiram, entre outras: Rosaurea Wanderley e Marlene Rau (ambas UFPE 1968), Deuzeny Tenório (Faculdade de Ciências Médicas, 1971, com atuação no Hospital Osvaldo Cruz, no Procape e no Hospital Português), Aurileide Correia (UFPE, 1972), Vandete Laranjeiras (UFPE 1973, atuando no Prontocor, no Hospital Osvaldo Cruz e no Procape), Maria do Socorro Leite, Maria Inês Labanca e Nadja Arraes (todas, UFPE 1974), Catarina Cavalcanti (UFPE, 1975), Sílvia Castro (CCS UFPE 1976),



**CARDIOLOGIA
ESPERANÇA**

Cleusa Lapa Santos (FCM, 1977), Maria do Socorro Lira Costa (CCS UFPE 1977) e Carmen Haig Toscano (CCS UFPE 1978.2).

Essas foram as pioneiras que lutaram pelo seu espaço tanto na área de ensino como na área de assistência, pleiteando pelos lugares de plantonistas nas unidades de emergência pública ou privada e abrindo caminho para aquelas que hoje atuam. Curioso é que quando da inauguração dos primeiros prontos-socorros cardiológicos, e durante muitos anos, as equipes de plantão eram formadas por profissionais do sexo masculino. Talvez se acreditasse que as mulheres não tinham força suficiente ou agilidade durante as manobras de ressuscitação; ou que as unidades não estavam adaptadas para recebê-las (acomodações apropriadas).

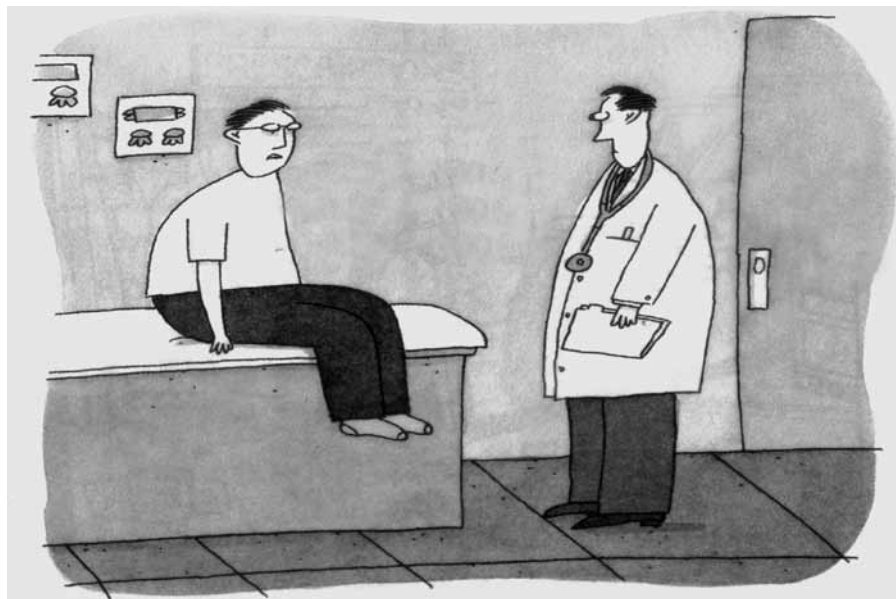
Com a criação da Sociedade de Cardiologia de Pernambuco (que passou a ser denominada Sociedade Pernambucana de Cardiologia a partir de 1965), foi possível a realização no Recife da *IV Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Cardiologia*, entre os dias 5 e 9 de julho de 1949, tendo como presidente o professor Arnaldo Marques, catedrático de Semiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife. Durante a reunião, o Dr. Fernando Ribeiro de Moraes, docente livre da mesma faculdade, por concurso realizado em 1945, quando defendeu a tese *A importância clínica do registro gráfico dos batimentos aneurismáticos*, comunicou que vinha realizando o cateterismo cardíaco no Recife com apreciáveis resultados, medindo as pressões intracavitárias e tomando eletrocardiogramas intraventriculares pela introdução de um eletrodo. Era uma época que podemos dizer heróica, pois os ventriculogramas eram realizados não através de dissecação ou punção arterial ou venosa, mas por punção do *ictus cordis*. Algumas destas imagens radiográficas foram mostradas, como curiosidade, pelo Dr. Granville Costa, quando ministrava suas aulas no Hospital Pedro II, no início da década de 70.

*Médico graduado pela UFPE em 1974.

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

CARPE DIEM

Pílulas de humor



—Seja franco, doutor: por quanto tempo poderei ignorar suas recomendações?

Sobre a mulher

As mulheres brasileiras obtiveram direito ao voto em 1932, quando o novo Código Eleitoral, sancionado pelo presidente Getúlio Vargas, dava às mulheres o direito de votarem e serem votadas. Em 1933, um ano depois da implantação do sufrágio feminino no Brasil, foram eleitas oito deputadas em todo o País.

Em 1937, Bertha Lutz apresenta o primeiro projeto de lei do Estatuto da Mulher do País.

Em 1980, é criado, em São Paulo, o primeiro grupo de combate à violência contra a mulher, o “SOS Mulher”.

Em 1984, surge o primeiro Conselho Nacional de Defesa da Mulher

Em 1986, é fundada a primeira Delegacia Especializada de

Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência (DEAM), em São Paulo.

Em 1994, é criada a primeira lei de cotas, que estabelece 20% de candidatas mulheres nas listas partidárias para as eleições de 1996 (Lei 9.100/95)

Em 1997, nova lei eleitoral estabelece 30% de candidatas mulheres nas listas partidárias para as eleições de 2000.

Fonte: *Uma história do feminismo no Brasil*, de Céli Regina Jardim Pinto

Curtas

Rapaz para um amigo em um shopping
— Como vai a vida?
— Tá braba. Minha geladeira está igual a um abajur. Só tem lâmpada.

Papo de duas caixas de supermercado:
— Qual o código da maçã argentina?
— Puxa, esse eu sei de cabeça, mas sempre esqueço...

FRASE

“A maneira mais rápida de acabar com uma guerra é perdê-la.”

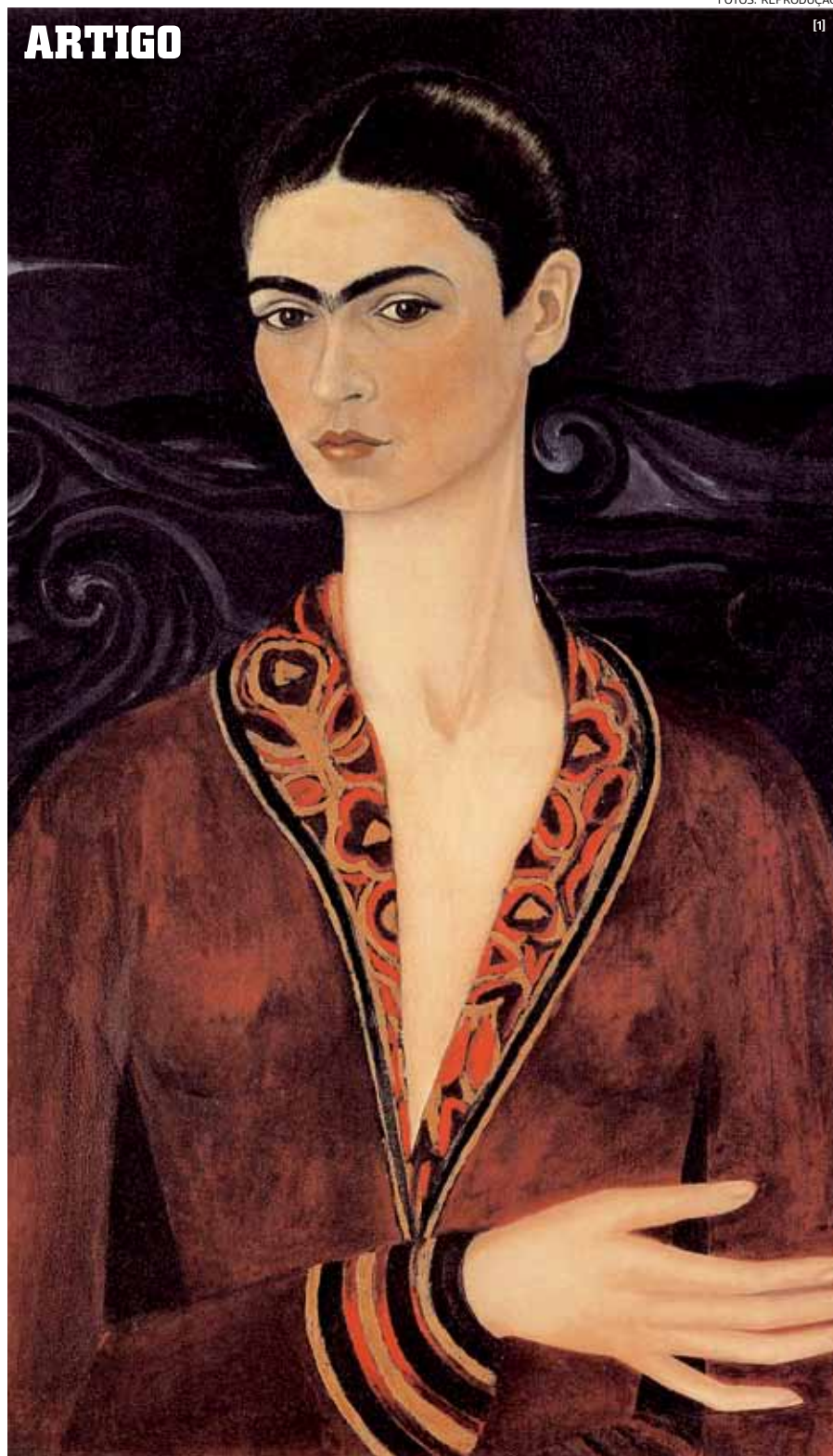
George Orwell, escritor inglês



ARTIGO

[1]

[1] *Autorretrato com vestido de veludo.* Considerada a primeira pintura séria de Frida. Seu estilo lembra obras de Modigliani



A estética do desamparo

A pintora mexicana Frida Kahlo, apesar da vida marcada por golpes físicos e emocionais, foi uma mulher à frente de seu tempo | Luiz Arrais*

Magdalena Carmen Frieda Kahlo y Calderon, conhecida como Frida Kahlo, nasceu em 6 de julho de 1907, em Coyoacan, subúrbio da Cidade do México, para uma vida cheia de dificuldades. Aos seis anos, contraiu poliomielite e permaneceu longo tempo acamada. Recuperou-se, mas sua perna direita ficou afetada. Teve de conviver com um pé atrofiado e uma perna mais fina que a outra e, ainda, com um apelido que a irritava profundamente, “Frida da perna de pau”. Daí o uso constante de compridas saias mexicanas.

Desde cedo, estudou em boas escolas e esperava tornar-se médica. Mas, ironicamente, a vida mudou seus planos de forma veemente. Vítima de um terrível acidente que a prendeu sob coletes ortopédicos por toda a vida, a dor de Frida foi retratada em sua pintura e marcou sua obra. Em 1925, aos 18 anos, o ônibus em que Frida e o seu noivo Alejandro Gómez Arias estavam chocou-se com um bonde. A pancada foi no meio do ônibus, onde estava sentado o jovem casal. Frida receberia todo o choque do acidente. Ela foi varada por uma barra de ferro que lhe atravessou o abdome, a coluna vertebral, a pélvis e saiu pela vagina. Segundo os médicos que a socorreram, escapou da morte por um milagre. Sofreu múltiplas fraturas, fez várias cirurgias e ficou muito tempo presa em uma cama.

Foi nessa dolorosa recuperação que Frida começou a pintar freneticamente, estimulada pelo pai, Guillermo, um judeu alemão, imigrante que trabalhava com fotografia e pintava nas horas vagas. Sua mãe, Matilde Calderón y González, pendurou um espelho em cima de sua cama. Dessa situação, vieram os autorretratos e as representações de cenas do hospital ou de procedimentos médicos feitos de forma a fazer o observador partilhar da sua dor. Inclusive, retratou, a lápis, a cena do acidente. Ela dizia que “a tragédia é o mais ridículo que há e nada vale mais do que uma risada”.



[2] *O hospital Henry Ford ou A cama voadora*

Obra feita após aborto sofrido pela pintora, mostra cena de fragilidade e sofrimento

[3] "O sapo gordo e a pomba meiga", conforme apelido da sogra de Diego Rivera ao casal

[4] *As duas Fridas*

O quadro revela os auto-retratos que constituem o centro da obra da pintora

homens jovens, quanto com mulheres. Entre eles, o perseguido ex-dirigente comunista da URSS, o já idoso Leon Trotski, hóspede de sua casa, com quem socializou coletivamente, os seus lençóis revolucionários.

FAMA

O reconhecimento do seu trabalho começou nos EUA com uma exposição, em 1938. Uma mostra, em Paris, um ano depois, apesar de fracasso financeiro, iniciou o interesse por sua obra, a ponto do Louvre adquirir um quadro seu. No México, somente um ano antes de sua morte é que realizou a primeira individual. Chegou ao *vernissage* deitada em uma cama, sob aplausos. Nessa época, sua saúde piorou muito, teve a perna direita amputada até o joelho. Depois de algumas tentativas de suicídio com facas e martelos, em 13 de julho de 1954, Frida Kahlo, que havia contraído uma forte pneumonia, foi encontrada morta. Seu atestado de óbito registra embolia pulmonar como a causa da morte. A última anotação em seu diário, diz "Espero que minha partida seja feliz, e espero nunca mais regressar — Frida", deixando aberta a hipótese de suicídio.

*Designer e jornalista.

Surgia, assim, uma pintora de cores fortes, herdeira da cultura mexicana, que viveu intensamente — apesar das dores que não a abandonaram. Simpatizante da Revolução de 1910, era militante comunista e agitadora cultural. Ao contrário da elite de sua época, ela gostava de tudo que dizia respeito ao país natal: jóias e roupas índias, objetos de devoção a santos populares, mercados de rua e comidas carregadas de pimenta.

O SAPO GORDO E A POMBA MEIGA

Em suas telas, expôs seu sofrimento físico, suas convicções políticas e seu amor inebriante pelo celebrado muralista Diego Rivera, com quem se casou e teve um relacionamento tumultuado.

Frida quebrou tabus com suas imagens pessoais, que diziam respeito ao corpo e à sexualidade feminina

Os dois se casaram e se divorciaram mais de uma vez, moraram quatro anos nos Estados Unidos, e tiveram muitos amantes. Diego, mulherengo obstinado, traçava todas e, inclusive, foi pego no flagra com a irmã da pintora, Cristina. Frida, inconformada, não fazia distinção de gênero, teve casos tanto com

HOMENAGEM

Um vazio afetivo

O adeus à fundadora da Sociedade Brasileira de Bioética – Pernambuco | Raquel Roffé*



REPRODUÇÃO

É sempre difícil falar de alguém que partiu, principalmente quando sua ausência deixa uma grande carência naqueles acostumados a sua companhia, atenção, carinho e compartilhamento nas coisas da vida, tanto na área do conhecimento científico, como nas artes e no lazer.

Maria Clara Feitosa Albuquerque (01.07.51 – 30.01.11) era uma dessas profissionais responsáveis e dedicadas,

sempre à disposição, atenciosa a qualquer hora. A pediatria foi uma vocação desde os anos de faculdade. Sua carreira acadêmica foi brilhante, destacando-se em todas as suas etapas: especialização em Neonatologia, em Buenos Aires; Bioética, na Universidade de Brasília; mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, na UFPE; doutorado em Ciências da Saúde, na Universidade de Brasília onde, sua tese teve como tema *Enfoque Bioético da Comunicação na Relação Médico-Paciente nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica*.

Ao retornar de Brasília, após seu doutorado, em 2002, Clara reuniu um grupo de renomados profissionais e formou um núcleo de estudos de Bioética, que tornou-se o embrião da futura Sociedade Brasileira de Bioética - Regional Pernambuco, formalizada em 2003, tendo-a como sua primeira presidente.

Com a liderança, ousadia, confiança e a disposição que lhe era peculiar, Clara conseguiu o compromisso dos companheiros pernambucanos para a realização do *Congresso Nacional de Bioética* em 2004, no Recife. Assim, com apenas um ano de existência, a SBB-PE realizou um dos Congressos, até então, com maior participação, recebendo representantes de todo o país e estrangeiros.

Ninguém poderia avaliar a força e coragem que seu pequeno corpo agasalhava. Até o fim foi uma batalhadora. Nem mesmo a fragilidade imposta pela grave doença lhe impedia de sair com os amigos e participar de eventos. Seu amor pela vida e pela humanidade se revelava das mais diversas formas. Pela criação dos filhos, sempre companheiros em viagens e aventuras. Hoje são todos profissionais responsáveis e ligados à mãe na luta por uma sociedade mais ética e justa. Clara se foi deixando um vazio afetivo, o desejo da convivência precocemente interrompida. Mas, com certeza, herdamos todos uma grande lição de humanidade.

*Advogada. Presidente da Comissão de Bioética OAB/PE. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos/HUOC/Procape



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.