

Cartas ao Editor

RBCCV 44205-691

História das mulheres médicas na cirurgia cardiovascular brasileira

A primeira brasileira a diplomar-se médica foi no Brasil foi Maria Augusta Generoso Estrela, nascida em 1860, que anteriormente à reforma seguiu para Nova York a fim de freqüentar o curso médico no New York Medical College and Hospital for Women. Completou o curso em 1879 e retornou ao Brasil em 1882, montando um pequeno consultório onde clinicou por muitos anos.

A primeira brasileira a inscrever-se e freqüentar uma Faculdade de Medicina no Brasil foi a gaúcha Rita Lobato Velho Lopes. Iniciou seu curso médico em 1883 no Rio de Janeiro, transferiu-se para Salvador em 1885 e matriculou-se na Faculdade de Medicina da Bahia. Diplomou-se em 1887 e clinicou até 1925, quando abraçou a carreira política.

Foi na década de 50 que as mulheres passaram a gravitar pelo universo da Cirurgia Cardiovascular Brasileira.

Em 1948 diplomava-se Dirce da Costa Zerbini, pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Em 1949 casava-se com o Dr. Euryclides de Jesus Zerbini, seu professor de Clínica Cirúrgica e futuramente responsável pelo primeiro transplante cardíaco no Brasil. Após viagem a Minneapolis, a fim de estagiar no departamento de Cirurgia da Escola Médica de Minnesota, na qual o Dr. Lillehei iniciava a utilização da circulação extracorpórea para correção das cardiopatias a céu aberto, retorna o casal extremamente interessado na nova abordagem cirúrgica.

Dra. Dirce dedicava-se à pesquisa e desenvolveu o primeiro circuito de extracorpórea em nosso meio. Idealizou as primeiras máquinas de perfusão na oficina experimental do Hospital das Clínicas em São Paulo.

A partir de 1958, ano em que se realizou a primeira cirurgia com circulação extracorpórea, até 1968, quando ocorreu o primeiro transplante cardíaco no Brasil, a Dra. Dirce foi

a responsável pela perfusão da equipe cirúrgica do Prof. Zerbini e sua principal colaboradora.

As acadêmicas brasileiras começaram a se interessar pela cirurgia cardíaca na década de 70, estimuladas por professores, cirurgiões cardíacos, e pela euforia e expectativa que a nova especialidade dinâmica e de alta complexidade causava no momento. Desenvolvia-se rapidamente com técnicas operatórias inovadoras, acompanhando o desenvolvimento da cardiologia e da hemodinâmica, cujos novos métodos invasivos esclareciam e confirmavam os diagnósticos, além dos cuidados aos pacientes nas modernas unidades de terapia intensiva e pós-operatório que melhoravam constantemente.

Em São Paulo, a acadêmica Vera Lucia Amaral Molari Piccardi e em Porto Alegre a gaúcha Gueisha Barbosa Moreira já acompanhavam e participavam de cirurgias cardíacas e implantes de marcapasso desde 1973.

Vera Lucia acompanhava o Dr. Hélio Pereira de Magalhães, seu professor de técnica cirúrgica na Faculdade de Medicina de Santo Amaro, onde o auxiliava em operações e acompanhava os pacientes no pós-operatório. Diplomou-se em dezembro de 1975.

Gueisha Barbosa iniciou a residência médica em Porto Alegre e posteriormente foi trabalhar em São Paulo.

Em 1976 as duas médicas ingressaram na residência de cirurgia cardiovascular do Instituto Dante Pazaneze de Cardiologia, o qual era dirigido pelo Prof. Adib Domingos Jatene. Obtiveram a formação especializada nesta instituição em janeiro de 1979, sendo as primeiras mulheres a exercer a atividade na especialidade.

Em 1978, formadas pela Faculdade de Medicina de Santo Amaro, iniciam a residência em cirurgia cardiovascular: Ana Maria Rocha Pinto Silva e Beatriz Helena Sanches Furlanetto. Ana Maria na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, sob orientação do Prof. Hugo Felipozzi e Beatriz Helena Sanches Furlanetto no Instituto

do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob orientação do Prof. Euryclides de Jesus Zerbini e Prof. Adib Domingos Jatene.

Em 1985 completa a residência médica no Hospital do Coração da Associação do Sanatório Sírio a Dra. Nadja Cecília Kraychete de Castro.

Atualmente, exceção feita a Dra. Gueisha Barbosa, a qual não atua como cirurgiã cardiovascular, todas estão atuantes e constituem grupos de importância para a cirurgia cardiovascular brasileira.

A Dra. Vera mantém suas atividades profissionais no Hospital São Joaquim da Real Benemerita Sociedade de Beneficência Portuguesa de São Paulo. A Dra. Ana Maria na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. A Dra. Beatriz no Hospital São Joaquim da Real e Benemerita Sociedade de Beneficência Portuguesa de São Paulo. A Dra. Nadja em vários centros cardiológicos de Salvador (BA).

A Dra. Beatriz atua exclusivamente em cardiopatias congênitas e adquiridas na infância e as Dras. Ana Maria e Nadja dedicam-se a cirurgia cardiovascular geral e às cardiopatias congênitas.

A partir da década de 80, a procura pela especialidade por cirurgiãs foi se intensificando, acompanhando o movimento natural do incremento à atividade médica feminina como um todo no Brasil. Esta procura não se restringiu apenas a São Paulo, mas estendeu-se a outros Estados, confirmando a bem-vinda pulverização e descentralização dos serviços de Cirurgia Cardíaca.

As cirurgiãs filiaram-se à Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV), participando ativamente de congressos e submetendo-se aos exames teórico-práticos e aprovação para título de especialista e membro titular. Em 2004, a Dra. Valquiria Pelisser Campagnucci foi aprovada para Membro Titular da SBCCV, sendo a primeira cirurgiã a conseguir esta titulação, discorrendo sobre aneurismectomia de ventrículo esquerdo sem pinçamento da aorta.

Durante o 31º Congresso Nacional de Cirurgia Cardíaca, em Curitiba, oficializou-se o Fórum Feminino da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular pelo Presidente da SBCCV, o Dr. Jarbas Jakson Dinkhuysen, comemorando os 25 anos de história das cirurgiãs cardíacas no Brasil. A SBCCV tem 30 mulheres filiadas em diversas categorias:

- Membro aspirante: 9
- Membro associado: 16
- Membro especialista: 4
- Membro titular: 1

Representam apenas 3,84% dos 780 membros da SBCCV, número ainda pequeno, mas expressivo pela coragem e determinação em executar tarefas delicadas e ao mesmo

tempo audaciosas em um espaço muitas vezes masculino. Apesar das grandes dificuldades que a especialidade enfrenta e a política de saúde desestimulante existente no País, é o amor à profissão e a luta pela vida que nos faz caminhar em frente.

É o momento da união, organização, auxílio mútuo e do incentivo àquelas que estão iniciando o caminho, a fim de que as mulheres cirurgiãs do Brasil também venham a brilhar neste universo maravilhoso que é a cirurgia cardiovascular.

Vera Lúcia Amaral Molari Piccardi

Remodelamento e reconstrução ventricular

When the facts change, I change my mind.

What do you do?

M. Keynes

No recente Congresso Nacional de Cirurgia Cardiovascular, realizado em Curitiba, PR, observamos que deu-se grande importância aos aspectos epidemiológicos e tratamentos da Insuficiência Cardíaca. Tal fato deve-se com certeza à nossa percepção de que tal síndrome é o estágio final da grande maioria das doenças do coração, e que continua sendo a maior responsável por internamentos hospitalares e óbitos, relacionados às doenças cardíacas em todo o mundo, com impacto social imensurável.

A compreensão crescente da fisiopatologia desta doença tem proporcionado grandes avanços na área terapêutica clínica e cirúrgica, revertendo-se em significativos benefícios aos nossos pacientes. Certamente, ainda temos muito a avançar também no sentido de preveni-la, o que é possível, mas ainda distante da prática diária, sobretudo no Brasil.

Vimos também que inúmeros trabalhos apresentavam, como alternativas de tratamento da Insuficiência Cardíaca, o remodelamento cirúrgico do ventrículo esquerdo, por diferentes técnicas operatórias, tais como a ressecção de aneurismas, pacopexia, cirurgia de Randas, uso de Laser, ressincronização elétrica, infusão de mioblastos, células tronco, etc.

Gostaríamos de chamar a atenção que, embora as idéias apresentadas sejam em sua maioria pertinentes e algumas já com comprovação clínica de sucesso, o termo REMODELAMENTO CIRÚRGICO DO VENTRÍCULO ESQUERDO, voltamos a dizer, exaustivamente usado neste congresso como técnica operatória de tratamento da Insuficiência Cardíaca, não se aplica, por desacordo com a conceituação fisiopatológica. REMODELAMENTO

VENTRICULAR aplica-se à mudança da arquitetura ventricular, originalmente elíptica, para qualquer outra forma, o que significa perda da disposição normal das fibras musculares do coração, mais por falência muscular – inclusive evidente acentuação da apoptose de miócitos, sem substituição paralela - que por algum processo compensatório, como inicialmente pensou-se.

Portanto o REMODELAMENTO VENTRICULAR traduz avanço dessa gravíssima doença e deve ser evitado, tanto quanto possível, por todos nós. São exatamente esses pacientes, que já sofreram REMODELAMENTO deletério intenso e aos quais os cardiologistas não têm mais nada a oferecer, que chegam às nossas mãos, tendo a cirurgia como última possibilidade de tratamento. Portanto, seguramente, não estamos fazendo remodelamento quando operamos nossos pacientes.

Assim, o que todos nós na realidade fazemos, ao operarmos

o coração em estágio final de evolução da Insuficiência Cardíaca – ou seja, um coração que já sofreu REMODELAMENTO, é RECONSTRUIR cirurgicamente uma nova cavidade ventricular, que desejamos, e para isso utilizamos várias técnicas, seja a mais próxima possível de sua arquitetura elíptica original e capaz de suprir as demandas metabólicas.

Naturalmente, consideramos este acontecimento ser apenas um erro semântico, um vício de linguagem até, usado pelos cirurgiões; mas que deve ser, imediatamente, corrigido, frente à enorme diferença entre o que estamos falando de errado e efetivamente fazemos de correto.

Muito obrigado,

J. Lira Filho, Teresina, PI