



Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Revista da

ACAMERJ

Ano VIII - nº 16 - Julho - Dezembro/2023
ISSN: 2525-9466

Editorial: Razões de esperança!

*Atualizações e inovações no
tratamento da Doença de Parkinson*

*Transtorno Bipolar: Aspectos
Clínicos e Terapêuticos*

Entrevistas

*- Acadêmico Fundador Salvador
Borges Filho*

*- Acadêmico Fundador Heitor
dos Santos Braga*

Acamerj em Marcha

• Palavras do Presidente

• Solenidade de Posse

Acadêmicos em Destaque



Cartões Unicred Visa

São diferentes modelos e características que se adaptam ao seu estilo de vida, com **vantagens especiais e ofertas exclusivas** para você sair ganhando sempre.



Cartão Visa
Airport Companion



Único - Programa
de recompensas

Saiba mais com um de nossos
Gerentes de Relacionamento.





Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro
Editor-Chefe da Revista da ACAMERJ

Razões de esperança!

Esta Revista é a de número dezesseis, portanto marca oito anos de existência, já que sua tiragem é semestral. Também é marco do final de gestão da Diretoria do período 2022-2023, capitaneada pelo ilustre Confrade Antônio Luiz de Araújo. Portanto, seguindo a tradição, as cores que contornam a fotografia da capa e da contracapa, refletem aquelas dos três últimos números.

O legado deixado pelos gestores que transmitem seus cargos, responsabiliza aos que assumem a Diretoria da Acamerj, para um mandato de três anos, a realizar uma administração, no mínimo, igual a anterior.

Esse é um encargo que eu, como Presidente, em nome de minha Diretoria e dos Conselhos, assumo: trabalhar para realizar o melhor.

A humanidade vive momento marcado por uma transição social, tecnológica e científica nunca antes experimentada com tanta intensidade e velocidade. Conhecimentos geram conhecimentos a cada instante e aqueles que o fazem perdem logo sua validade; um “moto contínuo” que torna difícil ao homem comum acompanhar. Evoluem e transformam-se os costumes, as máquinas e o próprio ser humano. Nesse momento, há necessidade de um grande esforço para evitar que se degradem o Homem e a Natureza.

Assim, todas as forças vivas devem estar atentas e ativas, cabendo às Universidades, Associações, Academias etc, participarem desse processo, procurando agregar valores que consigam conjugar essas conquistas com os preceitos éticos e morais que devem orientar nossa conduta. De nossa parte, em nossa gestão, estaremos norteados para essas prementes necessidades abordando não somente temas científicos, como sociais, culturais, humanísticos e políticos, estes últimos no conceito platônico-aristotélico do termo.

Muitos são os projetos para 2024 e muita é a disposição de desenvolvê-los e concretizá-los.

A grandeza da Acamerj está em seu quadro associativo e esse, certamente, não faltará aos anseios da sociedade, não só de Niterói, onde está a sede, senão que do Estado do Rio de Janeiro e do Brasil.

Segundo Charles Darwin, ao longo do tempo, os or-

ganismos mudam pela seleção natural dos mais adaptados capazes de deixarem descendentes, ainda que com algumas modificações, compartilhando um ancestral comum.

Entretanto, necessário se faz entender que o Homem deve participar e influenciar as transformações. Trata-se de uma via de dupla mão: - o Homem procura adaptar-se às modificações e, ao mesmo tempo, deve influenciá-las. E este é nosso propósito!

Este exemplar da Revista da ACAMERJ traz dois artigos de muita relevância na prática médica atual. Um deles versa sobre “Tratamento da Doença de Parkinson”, em sequência ao Diagnóstico, publicado no número anterior. O outro aborda “Transtornos Bipolares (TB)”, onde o autor se esmera na descrição das fases maníacas e depressivas da patologia, bem como aborda o tratamento.

A Seção Cultural está prestigiada por entrevistas, em “Memória da Acamerj”, de dois conceituados Acadêmicos Eméritos Fundadores, Salvador Borges Filho e Heitor dos Santos Braga, que trouxeram importantes informações sobre a fundação de nossa Academia, em 08/12/1974. Bem como outros relatos de vivências no Sodalício e a participação de ambos na vida médica do Estado do Rio de Janeiro.

Na Seção Social/Eventos damos notícias sobre as realizações da Acamerj e dos Acadêmicos e Acadêmicas, com destaque para a Cerimônia de comemoração dos quarenta e nove anos do Contubérnio, Posse da nova Diretoria, com chamada para, em 2024, comemorarmos o Jubileu de Ouro em grande estilo.

Entre o júbilo por vitórias, conquistas e elaboração de projetos futuros, a se lamentar o falecimento de dois destacados e operosos Confrades, Tarcísio Rivello de Azevedo (Emérito) e Fortunato Benaim (Honorário).

E assim segue a Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, operosa e fértil, distinguida entre as demais Academias Estaduais, filiadas à Federação Brasileira de Academias de Medicina - FBAM.

Com virtuoso orgulho, saudamos nossas congêneres, nossos Confrades, Confreiras, Patrocinadores, e os seletos leitores, com votos de um 2024 pleno de saúde e realizações. Paz e Bem!



Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Fundada em 08/12/1974
Diretoria 2022 / 2023

Presidente:

Acad. Antônio Luiz de Araújo

1º Vice Presidente:

Acad. Luiz José Martins Romêo Filho

2º Vice Presidente:

Acad. Vilma Duarte Câmara

Secretária Geral:

Acad. Selma Maria de Azevedo Sias

1º Secretário:

Acad. Wellington Santos

2º Secretário:

Acad. Maria de Fátima Pombo Sant'Anna

1º Tesoureiro:

Acad. José Luis Reis Rosati

2º Tesoureiro:

Acad. Luiz Sérgio Keim

Diretor de Patrimônio:

Acad. Gesmar Volga Asséf Haddad

Diretor Social:

Acad. Vânia Gloria Silami Lopes

Diretor de Documentação e Biblioteca:

Acad. Solange Artimos de Oliveira

Orador:

Acad. Luiz Alberto Soares Pimentel

Conselho Científico:

Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro
(Presidente)

Acad. Eduardo Nani Silva (Secretário)

Conselheiros:

Acad. Gerson Paulo Goldwasser

Acad. Marcos Raimundo Gomes de Freitas

Acad. Maria da Glória da Costa Carvalho

Acad. Mario Gáspare Giordano

Acad. Mauro Geller

Acad. Vânia Gloria Silami Lopes

Suplentes:

Acad. Antônio Rodrigues Braga Neto

Acad. Nilson Gomes

Acad. Tânia Cristina de Mattos B. Petraglia

Conselho Fiscal:

Acad. Rubens Antunes da Cruz Filho

Acad. Alair A. Sarmet M. D. dos Santos

Acad. Ruy Garcia Marques

Acad. Roberto Campos Meirelles

Acad. Claudio Tinoco Mesquita

Acad. Antônio Rodrigues Braga Neto

Revista da Acamerj:

Editor-Chefe

Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Conselho Editorial:

Acad. Alair Augusto Sarmet dos Santos

Acad. Jocemir Ronaldo Lugon

Acad. Maria da Gloria da Costa Carvalho

Acad. Rubens Antunes da Cruz Filho

Acad. Solange Artimos de Oliveira

Acad. Vânia Gloria Silami Lopes

Acad. Vilma Duarte Câmara

Acad. Evandro Tinoco Mesquita

Secretárias:

Alita Baptista dos Santos

Carolina da Conceição Nascente

Revista da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

ISSN: 2525-9466

A Revista da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (ACAMERJ) é publicação oficial da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

A Revista da ACAMERJ tem por objetivo publicar as atividades da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, além de artigos que contribuam para a cultura e a prática médica em quaisquer áreas do conhecimento médico-científico. Todos os artigos enviados são submetidos a processo de revisão por pares, antes do aceite final pelo Editor.

A Revista da ACAMERJ é editada e publicada pela Editora LL Divulgação Editora Cultural Ltda e está disponível on-line, sendo publicada duas vezes por ano, com eventuais números extras.

Criada pela diretoria da gestão 2016-2017-2018.

Presidente: Ac. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro.

Produção Editorial:

LL Divulgação Editora Cultural Ltda

R. Otávio Carneiro, 100 sl. 1304 - Icarai - Niterói - Tel.: (21) 2714-8896

Jornalista: Raquel Moraes - Registro profissional: 33098/RJ

Supervisora: Kátia Regina Silva Monteiro

Impressão: SmartPrinter / **Tiragem:** 1.000 exemplares

Foto da Capa: Nelma Latham

A versão eletrônica desta revista, com o conteúdo completo, pode ser acessada no seguinte endereço: www.acamerj.org

Endereço: Av. Roberto Silveira, 123, Icarai, Niterói, RJ. CEP: 24230-150

Tel.: (21) 2711-0721; Tel/Fax.: (21) 2612-0970.

E-mail: acamerj.secretaria@gmail.com

Informações Importantes

As matérias assinadas, e todo o conteúdo científico, são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

A Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro não se responsabiliza por quaisquer danos pessoais causados pelo uso de produtos, novas ideias e dosagem de medicamentos propostos nos manuscritos publicados.

As matérias publicadas neste periódico são propriedade permanente da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro e não podem ser reproduzidas por nenhum modo ou meio, em parte ou totalmente, sem autorização prévia por escrito.

Instruções para os autores

Os artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para:

Acadêmico Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Editor Chefe da Revista da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

E-mail: acamerj.secretaria@gmail.com.

Normas para publicação na Revista da ACAMERJ podem ser obtidas no seguinte endereço: www.acamerj.org





Editorial

Razões de esperança!

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Pág. 03



Seções: Científica

Atualizações e inovações no tratamento da Doença de Parkinson

João Paulo Lima Daher, Marina Mordehachvili Burlá, Mauro Geller

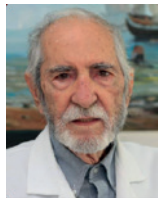
Pág. 07

Transtorno Bipolar: Aspectos Clínicos e Terapêuticos

Alexandre Martins Valença

Pág. 12

Cultural



Acadêmico Fundador Salvador
Borges Filho
Entrevista

Pág. 18



Acadêmico Fundador Heitor dos
Santos Braga
Entrevista

Pág. 22

Social / Eventos

• Palavras do Presidente

Pág. 27



• Acamerj empossa
Acadêmicos Titulares e
homenageia Emérito

Pág. 28

- Simpósio “Obesidade - O Mal da Atualidade”
- Prof. Dr. Alexandre Martins Valença toma posse como Acadêmico Titular

Pág. 29



- Eleição Triênio 2024-2025-2026

Pág. 30

- Semana do Conhecimento e do Saber - Acamerj na Unig



Pág. 31

- Sessão Solene de 49º Aniversário de fundação - POSSE DA NOVA DIRETORIA



Pág. 32



- Acad. Antônio Braga recebe Medalha Tiradentes
- Festividades Comemorativas do Dia do Médico na AMF

Pág. 36

- Homenagem Póstuma

Acadêmico Emérito Tarcísio
Rivello de Azevedo

Pág. 37



Acadêmico Fortunato Benaim

Pág. 38



The UNIG logo is displayed in a large, bold, grey font in the top right corner of the page.

Foto real em
nosso Laboratório de
Habilidades e Simulações.

INFRAESTRUTURA DE ÚLTIMA GERAÇÃO, GARANTINDO A MELHOR EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGEM EM MEDICINA!

A Universidade Iguazu vem investindo no que há de mais moderno em infraestrutura e tecnologia para uma formação atualizada e de excelência em Medicina e nos demais cursos da área da Saúde.



NOVO LABORATÓRIO DE HABILIDADES E SIMULAÇÕES

ACOMPANHE A ABERTURA DOS PRÓXIMOS VESTIBULARES EM WWW.UNIG.BR

UNIG
UNIVERSIDADE IGUAÇU

55 anos

Campus Nova Iguaçu - RJ
Av. Abílio Augusto Távora, nº 2134

Campus Itaperuna - RJ
BR-356, nº 02 - Cidade Nova



0800 021 2013
21 96588-6273



Atualizações e inovações no tratamento da Doença de Parkinson

João Paulo Lima Daher¹, Marina Mordehachvili Burlá², Mauro Geller³

RESUMO

A doença de Parkinson (DP) é uma condição neurodegenerativa crônica, tradicionalmente considerada como uma desordem do sistema motor, mas que também inclui manifestações neuropsiquiátricas e não-motoras. Bradicinesia, tremor de repouso, rigidez e instabilidade postural são alguns dos sintomas motores classicamente apresentados. A história clínica e o exame neurológico são fundamentais para o diagnóstico da DP, que requer a presença de parkinsonismo motor, além de critérios de suporte, e obediência a critérios de exclusão. Devido à sua progressão ser variável, a determinação de seu curso preciso, em diferentes pacientes, é dificultada, assim como a sua distinção de outras síndromes parkinsonianas. No entanto, essa diferenciação é fundamental para uma farmacoterapia efetiva. A levodopa é o fármaco mais eficaz para o tratamento sintomático da doença de Parkinson, sendo o medicamento de primeira escolha caso os sintomas motores se tornarem problemáticos. Porém, já existem outros fármacos que permitem o início precoce do tratamento, enquanto os procedimentos cirúrgicos ficam reservados para as formas mais avançadas da doença.

PALAVRAS-CHAVE

Doença de Parkinson. Diagnóstico. Tratamento.

ABSTRACT

Parkinson's disease (PD) is a chronic neurodegenerative condition that is traditionally considered a motor disorder, but that also includes neuropsychiatric and non-motor manifestations. Bradykinesia, resting tremor, rigidity, and postural instability are some classically presented symptoms. The clinical history and neurologic exams are crucial for PD diagnosis, which requires motor parkinsonisms, supporting symptoms, and compliance with exclusion criteria. Due to its variable progression, it is difficult to determine the precise course of this condition among different patients, as well as your distinction between other Parkinsonian syndromes. However, this differentiation is important for effective pharmacotherapy. Levodopa remains the most effective treatment for PD, being the first choice for the alleviation of motor symptoms. Nevertheless, other treatments allow an earlier management of the condition, while surgical procedures are reserved for advanced stages.

KEYWORDS

Parkinson Disease. Diagnosis. Treatment.

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é uma desordem neurodegenerativa progressiva caracterizada por bradicinesia, tremor de repouso, rigidez e instabilidade postural em estágios avançados. Atinge principalmente pessoas acima de 60 anos, sendo a idade média, no diagnóstico, de 70,5 anos⁽¹⁾. Embora tradicionalmente considerada uma desordem do sistema motor, a DP é atualmente reconhecida como uma condição complexa, que inclui manifestações neuropsiquiátricas e outras não-motoras, além de sua sintomatologia clássica⁽²⁾.

Não existindo testes diagnósticos para distinguir precisamen-

te a DP de outras formas de parkinsonismo, o seu diagnóstico continua sendo por critérios clínicos. Nesse contexto, a habilidade de reconhecer sinais característicos e sintomas associados, especialmente nos estágios iniciais, é fundamental para a eficácia da farmacoterapia. Ao mesmo tempo, as outras formas de parkinsonismo tendem a responder mal às drogas antiparkinsonianas, uma importante peculiaridade para diferenciar as patologias^(2,3,4).

Atualmente, existem diferentes tratamentos para DP. Apesar da levodopa ser a mais utilizada, outros medicamentos como agonistas de dopamina (ADs), inibidores de catecol-O-metil transferase (COMT), anticolinérgicos, inibidores

¹Professor de Neurologia da Universidade Federal Fluminense - UFF. Departamento de Patologia do Hospital Universitário Antonio Pedro - HUAP.

²Bolsista no Projeto de Iniciação Científica "Perfil imunológico em pacientes com câncer e COVID-19". Estagiária bolsista na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Municipal Miguel Couto.

³Professor Titular de Imunologia e Microbiologia da Faculdade de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos-Unifeso e do Curso de Pós-Graduação em Imunologia Clínica do Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas. Professor da Pós-Graduação em Clínica Médica da UFRJ. Professor da New York University Medical School. Membro Titular da Academia de Medicina ABMM. Acadêmico Titular da ACAMERJ. Endereço para correspondência: Av. Ataulfo de Paiva, nº 135 Gr 1104. Email: gellermauro@gmail.com



de monoaminoxidase do tipo B (MAO-B) estão disponíveis, juntamente com os tratamentos cirúrgicos. Para a escolha do fármaco mais adequado, deve-se avaliar criteriosamente os sintomas apresentados e os fatores individuais de cada paciente^(5,6,7). Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo primário descrever os tratamentos da DP, e como objetivos específicos, o detalhamento de doses, critérios para escolha e efeitos colaterais de cada terapia.

METODOLOGIA

Foi realizada revisão narrativa de literatura com base em 31 artigos, publicados entre 1981 e 2022. O material utilizado na realização desta revisão foi pesquisado nas páginas do Pubmed (www.pubmed.com) e do Uptodate (www.uptodate.com) entre dezembro de 2022 e janeiro de 2023. Os idiomas contemplados foram português, inglês e espanhol e os descritores utilizados foram “Parkinson”, “Parkinson’s disease” e “treatment”.

DISCUSSÃO

Existem tratamentos farmacológicos e cirúrgicos para a DP. A abordagem exige uma análise cuidadosa dos sintomas como idade, estágio da doença, grau de incapacidade funcional, nível de atividade física e de produtividade. Os principais medicamentos disponíveis para o tratamento de sintomas motores da DP incluem a levodopa, os agonistas de dopamina (ADs), os inibidores de monoaminoxidase B (MAO-B), os agentes anticolinérgicos, a amantadina e os inibidores de catecol-O-metil transferase (COMT)^(5,6,7).

Levodopa.

A levodopa está bem estabelecida como a droga mais efetiva para o tratamento sintomático da DP idiopática⁽⁵⁾. É particularmente eficaz no tratamento de sintomas bradicinéticos, quando estão proeminentes e ameaçam o estilo de vida do paciente. Tremor e rigidez também podem responder à terapia com levodopa, a qual é principalmente indicada para pacientes acima de 60, enquanto pacientes com idade menores que 60 anos iniciam a terapia com ADs^(5,6).

A levodopa é tipicamente combinada com um inibidor de descarboxilase periférica, a fim de bloquear sua conversão em dopamina na circulação sistêmica e no fígado, antes de atravessar a barreira hematoencefálica. É recomendado que o tratamento se inicie com pequenas doses, por exemplo, meio comprimido de 25/100 mg (de inibidores de descarboxilase periférica e levodopa, respectivamente), duas a três vezes ao dia. Na ausência de efeitos colaterais, a dose diária pode atingir até um comprimido completo de 25/100 mg, três a quatro vezes ao dia. A maioria dos pacientes com DP idiopática têm uma resposta terapêutica significativa a doses moderadas de levodopa, de 300 a 600 mg por dia. Assim, caso não exista redução de sintomas com doses maiores, supõem-se que o diagnóstico é de outra síndrome parkinsoniana⁽⁶⁾.

Náuseas, sonolência, tonturas e dor de cabeça estão entre os efeitos adversos iniciais mais comuns⁽⁶⁾. Reações adversas mais graves, principalmente em pacientes com idade avançada, podem incluir confusão, alucinações, delírios, agitação, psicose e hipotensão ortostática⁽⁶⁾. Além disso, evidências sugerem

que a exposição à levodopa em pacientes com DP está associada a baixos níveis séricos de vitamina B12 e níveis elevados de ácido metilmalônico, o que justifica a maior incidência de neuropatia periférica sensorial⁽⁸⁾. Após 5 a 10 anos de tratamento, cerca de 50% dos pacientes estão sujeitos ao desenvolvimento de complicações motoras relacionadas ao uso de levodopa, principalmente flutuações, discinesias e distonias^(6,9). Por isso, apesar de existirem opiniões contrárias, estudos prévios defendem que a droga deve ser introduzida somente quando a capacidade funcional e a qualidade de vida estão suficientemente comprometidas, pois os benefícios do tratamento devem ser contrabalanceados aos efeitos adversos citados⁽⁶⁾.

Agonistas de dopamina

Com o objetivo de adiar o início do tratamento com a levodopa, os ADs são uma alternativa de monoterapia na DP precoce. Tratam-se de estimuladores diretos de receptores de dopamina, disponíveis como bromocriptina, pramipexol, ropinirole, rotigotina e apomorfina injetável. Os ADs foram inicialmente utilizados como tratamento adjuvante para DP avançada, complicada por efeitos adversos motores da levodopa. No entanto, atualmente são também utilizados em pacientes com idade menor que 60 anos, como terapia inicial, já que estão associados a menores flutuações motoras, comparados à levodopa^(5,6).

Evidências apontam que a monoterapia com ADs tem menor potência sobre as funções motoras, o que adia o início de suas complicações futuras. No entanto, dificilmente a monoterapia com ADs mantém um controle de sintomas satisfatório à medida que a DP progride, o que exige o início da terapia com levodopa após alguns anos^(5,6). É importante ressaltar, também, que os ADs são ineficazes em pacientes que não apresentam resposta à levodopa^(5,6).

A bromocriptina é geralmente iniciada em doses de 1,25 mg duas vezes ao dia, aumentada no intervalo de 2 a 4 semanas em 2,5 mg por dia. Doses diárias de até 90 mg podem ser utilizadas, mas para a maioria dos pacientes, doses de 20 a 40 mg por dia são adequadas. Já o pramipexol, é iniciado com doses de 0,125 mg, três vezes ao dia. A dose deve ser aumentada gradualmente e a maioria dos pacientes pode receber até 1,5 a 4,5 mg diariamente. O ropinirole geralmente é iniciado em 0,25 mg três vezes ao dia, aumentado progressivamente até um total diário de 3 mg. Após isso, pode ser aumentado semanalmente até 24 mg ao dia. Tanto o pramipexol quanto o ropinirole estão disponíveis em formulações de liberação sustentada, úteis para evitar picos e reduções nos níveis plasmáticos do medicamento, ingeridos uma vez ao dia^(5,6).

Já a apomorfina, pode ser administrada para tratar episódios de flutuações motoras relacionadas à levodopa. Uma dose de teste deve preceder o uso rotineiro, com uma injeção subcutânea de 2 mg sob supervisão médica e monitoramento de pressão arterial em diferentes posições, devido ao risco de hipotensão ortostática. Três dias antes de usá-la, é indicada a terapia antiemética. A dose habitual para o uso intermitente de apomorfina, após o teste terapêutico, é de 2 mg iniciais até o máximo de 6 mg por dose. A frequência média de dosagem é de três vezes ao dia, com administrações maiores que cinco vezes ao dia ou doses diárias



superiores a 20 mg não recomendadas⁽¹⁰⁾. A amantadina é um antiviral que pode ser útil no tratamento de pacientes jovens com DP leve. Foi demonstrado que o mecanismo antiparkinsoniano está relacionado com o aumento da liberação da dopamina, gerando resposta semelhante aos ADs⁽⁶⁾.

A rotigotina é outro exemplo de agonista dopaminérgico, com uso disponível como adesivo transdérmico. Devido à manutenção de níveis séricos constantes com apenas uma aplicação diária, a rotigotina apresenta menores índices de flutuações motoras e discinesia comparadas à administração de múltiplas doses. Pelo seu efeito estimulante contínuo na liberação da dopamina, a rotigotina já é considerada como uma opção para monoterapia ou concomitante à levodopa. No entanto, são necessárias mais evidências, avaliando a utilidade da droga para a discinesia e para sintomas não-motores da DP⁽¹¹⁾.

Ademais, os efeitos adversos causados por ADs são similares aos da levodopa, como náuseas, vômitos, sonolência, hipotensão ortostática, confusão e alucinações. Também diminuem a concentração de prolactina, sendo contraindicados em mulheres que estão amamentando. Porém, eventos mais graves podem se desenvolver com o uso compulsivo de drogas dopaminérgicas, denominados síndrome da desregulação dopaminérgica (SDD), e distúrbios de controle de impulsos, incluindo jogabilidade patológica, comportamento sexual compulsivo ou compras compulsivas^(12,13).

Os ADs não devem ser interrompidos abruptamente, já que a retirada súbita é associada a uma manifestação rara da síndrome neuroléptica maligna, também já relatada com uso de levodopa⁽¹⁴⁾. Denominada síndrome de parkinsonismo-hiperpirexia, essa condição potencialmente fatal, deve ser rapidamente reconhecida e tratada, com posterior retorno da dose completa de ADs⁽¹⁴⁾. Além disso, os pacientes devem ser admitidos em unidade de terapia intensiva para cuidados de suporte, podendo ser necessário incluir o dantroleno ou a bromocriptina em seu manejo⁽¹⁴⁾.

A síndrome de abstinência do agonista da dopamina, também, já foi descrita em alguns pacientes que cessaram o AD de forma súbita⁽¹⁵⁾. Os sintomas são semelhantes aos da retirada de cocaína e incluem ansiedade, ataques de pânico, depressão, transpiração, náuseas, dor, fadiga e tonturas⁽¹⁵⁾.

Inibidores de MAO-B

Os inibidores da monoamino oxidase do tipo B (MAO-B) incluem selegilina, rasagilina e safinamida. A selegilina é modestamente eficaz como tratamento sintomático da DP e mostra propriedades neuroprotetoras⁽¹⁶⁾. Em muitos indivíduos, a selegilina em regime de monoterapia não produz um benefício funcional significativo^(6,16). No entanto, em associação, aumenta os efeitos terapêuticos da levodopa, mas também os seus efeitos colaterais. A dose utilizada é de 5 mg duas vezes ao dia e, se aumentada, impõe risco de crise hipertensiva, sem benefícios terapêuticos adicionais⁽⁶⁾.

A rasagilina, como monoterapia para DP, é iniciada com 1mg por dia. Já em terapia adjuvante para a levodopa, é iniciada a 0,5 mg ao dia, aumentada para 1 mg por dia com base na resposta e tolerabilidade^(6,16). A safinamida, por sua vez, é geralmente adjuvante à terapia com levodopa, iniciada com 50

mg uma vez por dia e aumentada para 100 mg ao dia com base na tolerabilidade. Náuseas e cefaleia estão associadas ao uso de inibidores da MAO-B, assim como confusão e alucinações⁽¹⁶⁾.

Fármacos anticolinérgicos

Os fármacos anticolinérgicos de ação central, como triexifenidil e bengtropina, são utilizados há anos na DP⁽¹⁷⁾. A depleção da dopamina na doença gera um estado de hipersensibilidade colinérgica, decorrente da perda do equilíbrio eletroquímico fisiológico nos gânglios basais entre dopamina e acetilcolina. Por isso, fármacos anticolinérgicos melhoram os sintomas parkinsonianos⁽¹⁸⁾, sendo úteis como monoterapia para pacientes com idade inferior a 60 anos e com tremor pronunciado, mas sem bradicinesia significativa ou perturbação da marcha⁽⁶⁾.

O triexifenidil é o agente anticolinérgico mais prescrito, com dose inicial de 0,5 a 1 mg duas vezes ao dia, aumentada gradualmente para 2 mg três vezes ao dia⁽⁶⁾. Já a bengtropina é a droga mais empregada no parkinsonismo induzido por antipsicóticos, com a dose habitual de 0,5 a 2 mg duas vezes ao dia⁽⁶⁾.

Os efeitos adversos dos anticolinérgicos, como comprometimento da memória, confusão e alucinações, são frequentes e limitam seu uso, principalmente na presença de idade avançada e problemas cognitivos, que os potencializam. Recomenda-se um uso cauteloso de anticolinérgicos em pacientes com hipertrofia prostática conhecida ou glaucoma de ângulo fechado, já que podem agravá-los⁽⁶⁾.

A interrupção dos fármacos anticolinérgicos deve ser realizada gradualmente, para evitar sintomas de abstinência como a exacerbação aguda do parkinsonismo⁽⁶⁾. Os seus efeitos colaterais incluem xerostomia, visão turva, constipação, náuseas, retenção urinária, taquicardia e alucinações⁽⁶⁾.

Inibidores da catecol-O-metil transferase

Os inibidores da catecol-O-metil transferase (COMT), tolcapone e entacapone, são administrados juntos à levodopa para prolongar seu efeito e são ineficazes em monoterapia⁽¹⁹⁾. O tolcapone e o entacapone agem de forma central e periférica, respectivamente, reduzindo a função da COMT de metilação da levodopa e dopamina, o que aumenta as suas concentrações plasmáticas e prolonga o seu efeito terapêutico^(6,19). Esses medicamentos são utilizados principalmente para tratar pacientes com flutuações motoras, com dose inicial de tolcapone de 100 mg, três vezes ao dia, e de entacapone 200 mg, ingerida junto a levodopa⁽⁶⁾.

Os efeitos adversos mais comuns incluem discinesia, alucinações, confusão, náuseas e hipotensão ortostática, controlados pela redução da dose de levodopa. Dados sugerem que o risco de hepatotoxicidade grave ou potencialmente fatal do tolcapone é potencialmente reduzido com o monitoramento da função hepática durante seis meses após o início da sua administração, o que desencorajou o seu uso em diversos países⁽²⁰⁾.

Tratamento Cirúrgico

Cerca de 50 % dos pacientes em uso de levodopa por cinco anos irão experimentar flutuações motoras e discinesia⁽⁶⁾.



As flutuações motoras são alterações entre períodos “on”, de uma boa resposta à medicação, e períodos “off”, com o retorno dos sintomas do parkinsonismo. A discinesia, que geralmente aparece quando o paciente está “on”, consiste em movimentos involuntários anormais que geralmente são coréicos ou distônicos ou até balísticos e mioclônicos. Além disso, a deficiência de dopamina e a redução da atividade talamocortical medeia os sintomas de acinesia e rigidez. Nesse contexto, o tratamento cirúrgico é uma alternativa para alívio de sintomas⁽⁶⁾.

A palidotomia é capaz de reverter tal excesso de efeito inibitório palidal, melhorando o parkinsonismo^(6,21). Já a estimulação cerebral profunda (Deep Brain Stimulation; DBS), suprime a atividade neuronal e ativa as vias eferentes. A talamotomia e a palidotomia produzem efeitos imediatos, mas irreversíveis, enquanto a DBS produz um efeito fisiológico seguro e reversível, sem destruição do tecido cerebral. Por isso, essa também é uma alternativa para suprimir a atividade excessiva do globo pálido interno ou núcleos subtalâmicos, aliviando a discinesia e as flutuações motoras^(6, 21). Atualmente, a DBS é o procedimento cirúrgico mais realizado para o tratamento de DP avançada⁽²²⁾, com evidências de superioridade aos medicamentos na função motora e na qualidade de vida e, ainda, com efeito antiparkinsoniano persistente por três a cinco anos após a implantação do eletrodo^(7, 23, 24).

No entanto, os benefícios do procedimento devem ser balanceados aos riscos de complicações cirúrgicas, devendo ser utilizado quando sintomas motores típicos relacionados ao uso de levodopa, já em altas doses, não são gerenciados com medicações⁽²⁴⁾. Os eventos adversos mais comuns atribuídos à cirurgia DBS são confusão transitória e hemorragia intracerebral, além de infecções, convulsões e embolia pulmonar⁽²⁵⁾.

Além disso, ajustes intensivos no pós-operatório e manutenção constante são necessários. Em casos de problemas de hardware pós-implantação do DBS, deve-se substituir o eletrodo ou fio, verificar defeitos no dispositivo, presença de infecção ou migração⁽²⁶⁾. As complicações relacionadas à estimulação da DBS incluem parestesia, disartria, apraxia de abertura das pálpebras, hemibalismo, tonturas, discinesia e contrações faciais, as quais são geralmente leves e resolvidas com o ajuste dos parâmetros de estimulação⁽²⁶⁾.

Devido à disponibilidade limitada de DBS pelo alto custo, a subtalamotomia foi implementada como opção cirúrgica na DP⁽⁶⁾. A principal preocupação com a subtalamotomia tem sido os efeitos neurológicos adversos, como a hipercinesia e o hemibalismo⁽⁶⁾.

Outros procedimentos cirúrgicos foram estudados em DP avançada. O gel intestinal de levodopa / carbidopa (LCIG) é uma estratégia para reduzir as flutuações nas concentrações do fármaco dopaminérgico, o que minimiza as flutuações motoras na DP avançada⁽²⁷⁾. O LCIG é administrado em infusão contínua de até 16 horas por dia, por meio de um tubo de gastrojejunoestomia percutânea em bomba alimentada por bateria⁽²⁸⁾. Pode substituir a medicação oral, diminuindo o tempo “off” do medicamento, sendo uma alternativa à DBS em pacientes com flutuações motoras e discinesias^(26,28). Porém, suas desvan-

tagens incluem a necessidade de colocação cirúrgica do tubo percutâneo e eventos adversos relacionados, como infecção da pele, peritonite, refluxo gástrico e aspiração do dispositivo⁽²⁶⁾.

Outros Tratamentos

A educação é essencial para fornecer ao paciente com DP e à sua família o entendimento e compreensão da doença⁽⁶⁾. O exercício regular e várias modalidades de fisioterapia parecem oferecer benefícios para melhorar a função motora em pacientes com DP^(6,27). A terapia da fala pode ser útil para manter seu volume e a qualidade da voz, em casos de disartria e hipofonia^(6,27). Dietas ricas em fibras e hidratação adequada reduzem a constipação na DP, enquanto as refeições grandes e com alto teor de gordura, retardam o esvaziamento gástrico e interferem na absorção de medicação, devendo ser evitadas. Outras consequências da DP, como disfunção autonômica e disfunção sexual devem ser tratadas com avaliações para cada paciente, individualizando seu cuidado^(6, 27).

As queixas algícas na DP, relacionadas à rigidez musculoesquelética e bradicinesia, podem melhorar com medicação dopaminérgica e com estimulação cerebral profunda^(6, 27,28,29). Já distonia focal dolorosa, induzida por levodopa, pode ser tratada com ajuste do regime de medicamentos dopaminérgicos ou injeções de toxina botulínica^(6, 29). Dores leves a moderadas são manejadas com analgésicos não-opioides, como o acetaminofeno e os anti-inflamatórios não esteroidais. Porém, dores mais severas exigem analgésicos opioides em doses individualizadas⁽²⁹⁾.

Técnicas neuromodulatórias são estudadas paralelamente à terapia medicamentosa, incluindo a Estimulação Elétrica transcraniana (EET), técnica não-invasiva que aplica correntes elétricas de baixa intensidade no couro cabeludo do paciente. Trata-se de uma abordagem segura na tentativa de eliminar estímulos neuronais anormais e deletérios. Apesar da redução de sintomas motores e não motores com a EET, o efeito isolado da terapia ainda é incerto. Devido à sua aplicação concomitante à terapia farmacológicas, diferenças entre o quadro clínico de pacientes e dificuldades de monitorar os efeitos comportamentais da EET de forma precisa, são necessárias mais evidências para respaldar seu uso⁽³⁰⁾.

A Estimulação Magnética transcraniana (EMt) também é alvo de estudos, com efeitos sobre a hipocinesia e sintomas motores quando aplicada de forma repetida. Essa terapia é importante em se tratando de sintomas pouco controlados com medicações, como o “freezing”, caracterizado por redução ou ausência do movimento dos pés, mesmo que haja intenção de iniciar a marcha. Possivelmente, os pulsos de EMt influenciam a excitabilidade do córtex e modulam o potencial transmembrana a nível celular. O efeito fisiológico depende da frequência e intensidade dos pulsos, mas já mostrou benefícios em sintomas motores da DP. No entanto, amostras pequenas em ensaios clínicos e dificuldades de avaliação a longo prazo da técnica continuam sendo um empecilho para provar a sua eficácia⁽³¹⁾.

CONCLUSÃO

O diagnóstico da doença de Parkinson é baseado na história e no exame neurológico do paciente. A abordagem terapêu-



tica deve ser definida após uma análise cuidadosa dos sintomas e sinais do paciente, idade, estágio da doença e grau de incapacidade funcional, assim como os potenciais efeitos adversos de cada medicamento ou procedimento cirúrgico. A Levodopa continua sendo a droga mais utilizada, mas a ampla disponibilidade de medicações para DP possibilitam o início precoce do tratamento com outras drogas e o uso combinado. O tratamento cirúrgico é reservado para os casos avançados, nos quais os benefícios do procedimento sobre flutuações motoras e discinesia são significativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van Den Eeden SK. Incidence of Parkinson's Disease: Variation by Age, Gender, and Race/Ethnicity. *American Journal of Epidemiology*. 2003 Jun 1;157(>11):1015–22.
2. Langston JW. The Parkinson's complex: Parkinsonism is just the tip of the iceberg. *Annals of Neurology*. 2006 Apr;59(4):591–6.
3. Gelb DJ, Oliver E, Gilman S. Diagnostic Criteria for Parkinson Disease. *Archives of Neurology*. 1999 Jan 1;56(1):33.
4. Adler CH, Beach TG, Zhang N, Shill HA, Driver-Dunckley E, Mehta SH, et al. Clinical Diagnostic Accuracy of Early/Advanced Parkinson Disease. *Neurology: Clinical Practice*. 2020 Oct 30;11(4):e414–21.
5. Connolly BS, Lang AE. Pharmacological Treatment of Parkinson Disease. *JAMA*. 2014 Apr 23;311(16):1670.
6. Olanow CW, Watts RL, Koller WC. An algorithm (decision tree) for the management of Parkinson's disease (2001): Treatment. *Neurology*. 2001 Jun 12;56(Supplement 5):S1–88.
7. Weaver FM, Follett K, Stern M, et al. Bilateral Deep Brain Stimulation vs Best Medical Therapy for Patients With Advanced Parkinson Disease: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2009. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19126811/>
8. Ceravolo R, Cossu G, Bandettini di Poggio M, Santoro L, Barone P, Zibetti M, et al. Neuropathy and levodopa in Parkinson's disease: Evidence from a multicenter study. *Movement Disorders*. 2013 Jul 8;28(10):1391–7.
9. Calabresi P, Filippo MD, Ghiglieri V, Tambasco N, Picconi B. Levodopa-induced dyskinesias in patients with Parkinson's disease: filling the bench-to-bedside gap. *The Lancet Neurology*. 2010 Nov;9(11):1106–17.
10. Rossi P, Colosimo C, Moro E, Tonali P, Albanese A. Acute Challenge with Apomorphine and Levodopa in Parkinsonism. *European Neurology*. 2000;43(2):95–101.
11. Raeder V, Boura I, Leta V, Jenner P, Reichmann H, Trenkwalder C, Klingelhöfer L, Chaudhuri KR. Rotigotine Transdermal Patch for Motor and Non-motor Parkinson's Disease: A Review of 12 Years' Clinical Experience. *CNS Drugs*. 2021 Feb;35(2):215–231.
12. Giovannoni G. Hedonistic homeostatic dysregulation in patients with Parkinson's disease on dopamine replacement therapies. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2000 Apr 1;68(4):423–8.
13. Moore TJ, Glenmullen J, Mattison DR. Reports of Pathological Gambling, Hypersexuality, and Compulsive Shopping Associated With Dopamine Receptor Agonist Drugs. *JAMA Internal Medicine*. 2014 Dec 1 ;174(12):1930. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1916909>
14. Newman EJ, Grosset DG, Kennedy PGE. The Parkinsonism-Hyperpyrexia Syndrome. *Neurocritical Care*. 2008 Aug 20;10(1):136–40.
15. Ponal M, Marras C, Miyasaki J, Moro E, Armstrong MJ, Strafella AP, et al. Clinical features of dopamine agonist withdrawal syndrome in a movement disorders clinic. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 2013 Feb 1;84(2):130–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22933817>
16. Olanow CW. Selegiline: Current perspectives on issues related to neuroprotection and mortality. *Neurology*. 1996 Dec 1;47(Issue 6, Supplement 3):210S216S.
17. Katzenschlager R, Sampaio C, Costa J, Lees A. Anticholinergics for symptomatic management of Parkinson's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002 Jul 2;
18. Duvoisin RC. Cholinergic-Anticholinergic Antagonism in Parkinsonism. *Archives of Neurology*. 1967 Aug 1;17(2):124–36.
19. Nutt JG. Catechol-O-methyltransferase inhibitors for treatment of Parkinson's disease. *The Lancet*. 1998 Apr;351(9111):1221–2.
20. Borges N. Tolcapone in Parkinson's disease: liver toxicity and clinical efficacy. *Expert Opinion on Drug Safety*. 2005 Jan 1;4(1):69–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15709899/>
21. Follett KA, Weaver FM, Stern M, Hur K, Harris CL, Luo P, et al. Pallidal versus Subthalamic Deep-Brain Stimulation for Parkinson's Disease. *New England Journal of Medicine*. 2010 Jun 3;362(22):2077–91
22. Fasano A, Daniele A, Albanese A. Treatment of motor and non-motor features of Parkinson's disease with deep brain stimulation. *The Lancet Neurology*. 2012 May;11(5):429–42.
23. Weaver FM, Follett KA, Stern M, Luo P, Harris CL, Hur K, et al. Randomized trial of deep brain stimulation for Parkinson disease. *Neurology*. 2012 Jul 3;79(1):55–65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3385495/>
24. Krack P, Batir A, Van Blercom N, Chabardes S, Fraix V, Ardouin C, et al. Five-Year Follow-up of Bilateral Stimulation of the Subthalamic Nucleus in Advanced Parkinson's Disease. *New England Journal of Medicine*. 2003 Nov 13 ; 349(20):1925–34. Available from: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa035275>
25. de Souza R-M, Moro E, Lang AE, Schapira AHV. Timing of Deep Brain Stimulation in Parkinson Disease: A Need for Reappraisal? *Annals of Neurology*. 2013 May 1;73(5):565–75. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4065356/>
26. Pahlwa R, Factor SA, Lyons KE, Ondo WG, Gronseth G, Bronte-Stewart H, et al. Practice Parameter: Treatment of Parkinson disease with motor fluctuations and dyskinesia (an evidence-based review). *Neurology*. 2006 Apr 2;66(7):983–95.
27. Lang AE, Rodriguez RL, Boyd JT, Chouinard S, Zadikoff C, Espay AJ, et al. Integrated safety of levodopa-carbidopa intestinal gel from prospective clinical trials. *Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society*. 2016 Apr 1;31(4):538–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26695437/>
28. Zesiewicz TA, Sullivan KL, Arnulf I, Chaudhuri KR, Morgan JC, Gronseth GS, et al. Practice Parameter: Treatment of nonmotor symptoms of Parkinson disease. *Neurology*. 2010 Mar 15;74(11):924–31.
29. Ha AD, Jankovic J. Pain in Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2011 Sep 23;27(4):485–91.
30. Ni R, Yuan Y, Yang L, Meng Q, Zhu Y, Zhong Y, Cao Z, Zhang S, Yao W, Lv D, Chen X, Chen X, Bu J. Novel Non-invasive Transcranial Electrical Stimulation for Parkinson's Disease. *Front Aging Neurosci*. 2022 Apr 12;14:880897.
31. Nardone R, Versace V, Brigo F, et al. Transcranial magnetic stimulation and gait disturbances in Parkinson's disease: A systematic review. *Neurophysiol Clin*. 2020;50(3):213–225.



Transtorno Bipolar: Aspectos Clínicos e Terapêuticos

Alexandre Martins Valença*

RESUMO

O Transtorno bipolar (TB) é um distúrbio mental grave e de natureza crônica. Nosso objetivo é realizar uma revisão narrativa sobre o quadro clínico e tratamento do TB. A combinação de psicofármacos e psicoterapia tem sido considerada fundamental para remissão de sintomas, prevenção de recaídas e melhora da qualidade de vida desses indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE

Transtorno Bipolar. Transtorno do Humor. Tratamento.

ABSTRACT

Bipolar disorder (BD) is a severe mental disorder of a chronic nature. Our goal is to conduct a narrative review on the clinical picture and treatment of BD. The combination of psychotropic drugs and psychotherapy has been considered fundamental for symptom remission, relapse prevention and improvement of the quality of life of these individuals.

KEYWORDS

Bipolar Disorder. Mood Disorder. Treatment.

INTRODUÇÃO

O TB corresponde a um dos mais prevalentes e potencialmente graves transtornos psiquiátricos. Caracterizado por oscilações importantes do humor entre os polos da exaltação (ou euforia) e depressão, apresenta curso recorrente e crônico, implicando em elevado grau de morbidade e incapacidade para seus padecentes.

De acordo com Moreno e col.⁽¹⁾ o TB é um dos quadros nosológicos mais consistentes ao longo da história da medicina, e as formas típicas (mania e depressão) da doença são bem caracterizadas e reconhecíveis, permitindo o diagnóstico precoce e confiável. A mania é o mais característico dos episódios e, apesar de ser frequentemente incapacitante, necessita ser mais estudada e pesquisada. A hipomania, forma mais leve de mania, era praticamente desconhecida pela maioria dos clínicos sendo confundida com transtornos de personalidade borderline, histriônico, narcisista ou antissocial.

O início do TB geralmente se dá em torno dos 20 a 30 anos de idade, porém pode surgir após os 60 ou 70 anos. Neste último caso deve ser feito um diagnóstico diferencial com outras doenças neuropsiquiátricas (doenças cerebrovasculares, tumores cerebrais, quadros demenciais etc.). O início da apresentação clínica do TB pode ser tanto uma fase depressiva como uma fase maníaca, evoluindo gradualmente ao longo de semanas, meses ou abruptamente em poucos dias, já com sintomas psicóticos, o que muitas vezes

confunde com síndromes psicóticas, como a esquizofrenia. Além dos quadros depressivos e maníacos, há também os quadros mistos (sintomas depressivos simultâneos aos maníacos) o que frequentemente confunde os médicos, retardando o seu diagnóstico⁽²⁾.

O TB encontra-se codificado de maneira semelhante nas duas principais classificações internacionais dos transtornos mentais atualmente disponíveis: a quinta edição revista do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-5⁽³⁾) e a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID-10⁽⁴⁾). Em ambas, o TB corresponde a uma categoria distinta dos quadros depressivos unipolares. Enquanto na CID-10⁽⁴⁾ o diagnóstico de TB é feito com base na presença de pelo menos dois episódios de alteração de humor (dos quais ao menos um deve corresponder a um episódio maníaco ou hipomaníaco), no DSM-5⁽³⁾ a presença de um ou mais episódios de mania ou hipomania permitem efetuar o diagnóstico de TB tipo I ou II, respectivamente.

Estima-se que o TB atinja cerca de 2,4% da população mundial. As taxas de prevalência ao longo da vida dos TBs tipo I e II e do espectro bipolar foram estimadas em 0,6, 0,4 e 2,4%, respectivamente⁽⁵⁾. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o TB é a sexta causa de incapacidade, sendo a terceira entre as doenças mentais, após a depressão unipolar e a esquizofrenia. Os motivos de tal incapacidade estão relacionados a seu próprio curso patológico, comorbidades

* Professor Associado do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal Fluminense-UFF. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro- IPUB-UFRJ. Acadêmico Titular da Acamerj. Endereço para correspondência: Rua Conde de Bonfim, 232/511, Tijuca, Rio de Janeiro. E-mail: avalen@uol.com.br





psiquiátricas e clínicas, baixa adesão ao tratamento e alta taxa de suicídio⁽⁶⁾.

Abaixo relacionamos os critérios diagnósticos da CID-10⁽⁴⁾, para mania e depressão, respectivamente (Quadros 1 e 2) e DSM-5-TR⁽³⁾, para diagnóstico de TB com Episódio Maníaco e Hipomaniaco do TB (Quadros 3 e 4).

Quadro 1 - Cid-10 Mania

Diretrizes Diagnósticas da CID-10 para Mania (código da CID-10: F30)
* O humor está desproporcionalmente elevado em relação às circunstâncias do indivíduo e pode variar de uma jovialidade despreocupada a uma excitação quase incontrolável.
* Há aumento de energia, com hiperatividade, logorréia, e diminuição da necessidade de sono.
* Inibições sociais normais são perdidas.
* A atenção não pode ser mantida.
* A auto estima está inflada e grandiosidade ou ideias superotimistas são livremente expressas.
* Podem ocorrer sintomas psicóticos.

Quadro 2 - Depressão

Diretrizes Diagnósticas da CID-10 para Episódio Depressivo (código da CID-10: F 32)
* Os episódio depressivos típicos, nos 3 níveis de gravidade (leve, moderado e grave), caracterizam-se pelos seguintes sintomas :
(a) humor deprimido;
(b) perda de interesse e prazer;
(c) energia reduzida levando a uma fadigabilidade aumentada;
(d) atividade diminuída;
(e) visões desoladas e pessimistas do futuro;
(f) ideias de culpa e inutilidade;
(g) ideias ou atos autolesivos ou suicídio;
(h) sono perturbado;
(i) apetite diminuído.

Quadro 3 - Critérios do DSM-5 - TR para episódio maníaco.

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração mínima de uma semana (ou qualquer duração, se a hospitalização for necessária).
B. Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistirem (quatro, se o humor é apenas irritável) e estiverem presentes em um grau significativo: (1) auto estima inflada ou grandiosidade

(2) redução da necessidade de sono (p. ex. sente-se refeito depois de apenas 3 horas de sono)
(3) mais loquaz do que o habitual ou pressão por falar
(4) fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo
(5) distratibilidade (i. é, a atenção é desviada com excessiva facilidade por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes)
(6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora
(7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial de consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos incontidos de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos)
C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existirem características psicóticas
D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., uma droga de abuso, um medicamento ou outro tratamento) ou uma condição médica.
Nota: Episódios do tipo maníaco nitidamente causados por um tratamento antidepressivo somático (p. ex., medicamentos, terapia eletroconvulsiva, fototerapia) não devem contar para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I.

Quadro 4 - Critérios do DSM-5-TR para episódio hipomaniaco

A. Um período distinto de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.
B. Durante o período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, se três (ou mais) dos seguintes sintomas persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo: (1) Autoestima inflada ou grandiosidade. (2) Redução da necessidade de sono (p. ex. sente-se descansado depois de apenas 3 horas de sono). (3) Mais loquaz do que o habitual ou pressão por falar. (4) Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo. (5) Distratibilidade (i. é, a atenção é desviada com demasiada facilidade por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes). (6) Aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora.



(7) Envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolver-se em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

C. O episódio está associado com uma mudança clara no funcionamento, que não é característica do indivíduo quando assintomático.

D. A perturbação do humor e a alteração no funcionamento são observáveis por terceiros.

E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou de exigir hospitalização, nem existem características psicóticas.

F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento) ou de uma condição médica.

Nota: Episódios do tipo hipomaniaco nitidamente causados por um tratamento antidepressivo somático (p. ex., medicamentos, terapia eletroconvulsiva, fototerapia) não devem contar para um diagnóstico de Transtorno Bipolar II.

QUADRO CLÍNICO

O TB caracteriza-se pela ocorrência de episódios de “mania” (exaltação do humor, euforia, hiperatividade, loquacidade exagerada, diminuição da necessidade de sono, exacerbação da sexualidade e comprometimento da crítica) comumente alternados com períodos de depressão e de normalidade. Com certa frequência, os episódios maníacos incluem também irritabilidade, agressividade e incapacidade de controlar adequadamente os impulsos. Nos últimos anos, tem-se reconhecido a importância dos quadros de “hipomania” (mania mitigada, que não se apresentam com a gravidade dos quadros de mania propriamente dita).

EPISÓDIO MANÍACO

Nesta fase o estado de humor está elevado, podendo haver uma alegria contagiante ou uma irritabilidade acompanhada de hostilidade. Outros sintomas como elevação da autoestima, sentimentos de grandiosidade, ideias delirantes de grandeza, considerando-se uma pessoa especial, dotada de poderes e inteligência especial frequentemente estão presentes. Além disso, aumento da atividade motora, apresentando grande vigor físico e apesar disso, uma diminuição da necessidade de sono. O paciente apresenta uma forte pressão para falar ininterruptamente, as ideias correm rapidamente a ponto de não concluir o que começou e ficar sempre emendando uma ideia não concluída em outra sucessivamente (fuga de ideias).

A hiperatividade nos estados maníacos raramente é produtiva. Geralmente a probabilidade de êxito é diminuída pela falta de sentido e proporção e pela incapacidade de persistir em qualquer objetivo fixo. O humor apresenta todos os graus entre uma alegria exuberante e uma extrema excitação. Mesmo nas alterações mais leves, o paciente, embora possa ser uma

companhia agradável e mesmo divertida por algum tempo, tem probabilidade de tornar-se incômodo. A tendência de dominar e controlar os outros provoca conflitos em suas relações interpessoais. O paciente maníaco é destituído de insight, de forma que não tem uma crítica ou senso crítico em relação ao próprio comportamento e interação com as demais pessoas⁽²⁾.

Ele também apresenta uma elevação da percepção de estímulos externos levando-o a distrair-se constantemente com pequenos ou insignificantes acontecimentos alheios à conversa em andamento. Também pode haver aumento do interesse e da atividade sexual e envolvimento em atividades potencialmente perigosas, sem manifestar preocupação com isso. O sono é seriamente perturbado nas formas mais graves de mania, mas também se reduz nas formas mais leves. Outro sintoma físico é a exaustão, que sobrevém após longo período de hiperatividade e sono reduzido. A ingestão de alimentos poderá sofrer séria interferência, pois o maníaco poderá não fazer uma só refeição completa, sempre se distraindo com alguma coisa. O peso corporal pode cair, exigindo vigilância cuidadosa.

EXAME PSÍQUICO NA SÍNDROME MANÍACA

Fala - A fala do paciente maníaco tende a estar comprometida. À medida que a mania fica mais intensa, a fala se torna mais alta, mais rápida e difícil de interpretar. A seguir, fica cheia de trocadilhos, piadas, rimas, jogos de palavras e irrelevantâncias, conforme aumenta o estado ativado⁽⁷⁾.

Atenção e memória - Na mania, tipicamente há hiper-mobilidade com hipotenacidade da atenção.⁽⁸⁾ A memória de fixação durante a crise está prejudicada. A distraibilidade excepcional é demonstrada na forma como eventos externos, tais como ruídos na rua, são imediatamente incorporados na conversa do paciente maníaco.

Humor e afetividade - O humor do paciente em mania é expansivo, eufórico, geralmente irritável, desinibido. Demonstrações de elação, alegria, júbilo e excitação são comuns. Grande entusiasmo por interações interpessoais, sexuais ou profissionais e o seu entusiasmo e alegria são contagiantes. O humor pode ser lábil e irritável.

Pensamento e percepção - Presença de ideias de grandeza, autoconfiança e otimismo exagerado. Frequentes ausências de crítica e impulsividade podem levar a consequências desastrosas. As ideias de grandeza, poder, riqueza e inteligência podem determinar desde supervalorização de habilidades pessoais até ideias deliroides de grandeza, de cunho religioso, financeiro, político e sexual. Os sintomas podem ser congruentes ou não com o humor.

Comportamento e psicomotricidade - Há marcante ativação da psicomotricidade. Sente-se muito bem-disposto, inquieto, fala alto, xinga, gargalha, canta, dança ou grita, e não consegue se manter sentado. Casos graves podem levar à extrema agitação psicomotora, com exaustão e risco de vida. Os pacientes maníacos frequentemente realizam “compras excessivas”, gastando bem mais do que podem, ou envolvem-se em casos sexuais de uma forma que não condiz com seu caráter.⁽⁹⁾





Julgamento e insight - O comprometimento do julgamento é a marca fundamental de pacientes maníacos. Eles podem violar leis sobre cartões de crédito, atividades sexuais e finanças e por vezes envolvem suas famílias em ruína financeira. Também têm pouco insight sobre sua doença.⁽⁷⁾

Funções vegetativas - Uma alteração importante é a diminuição da necessidade de sono. Queixas físicas são raras, mas o paciente pode perceber o pulso mais acelerado e uma sensação de agitação interna. Pode ocorrer aumento do apetite, bem como consumo de cigarro, álcool e cafeína. A perda de peso pode ser consequência da intensa atividade física e do descuido com a alimentação. É comum excitabilidade sexual e aumento do apetite sexual, associados à desinibição e à impulsividade, originando comportamento sedutor e inadequado com consequentes crises conjugais e risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis⁽⁹⁾.

HIPOMANIA

A hipomania é um estado semelhante à mania, em grau mais leve, que aparece em pacientes com TB, no início dos episódios de mania ou, se não for no TB, no Transtorno Ciclotímico. Observa-se mudança no humor habitual para euforia ou irritabilidade, reconhecida pelas pessoas mais íntimas do paciente. Há também hiperatividade, tagarelice, diminuição da necessidade de sono, desinibição e atitudes despreocupadas, vitalidade e ânimo, aumento da sociabilidade, atividade física, iniciativa, atividades prazerosas, libido e sexo. A hipomania não se apresenta com sintomas psicóticos, em geral não requer internação e o prejuízo ao paciente não é tão intenso quanto no episódio de mania⁽²⁾.

A hipomania deve ser observável por outros, não ser acompanhada de sintomas psicóticos, nem levar ao comprometimento funcional do indivíduo. Ele sente seus pensamentos e suas percepções particularmente vívidos ou rápidos, o humor é irritável, com sensação de nervosismo e aumento de energia.

A síndrome maníaca pode ser sintetizada da seguinte forma (Quadro 5):

Quadro 5 - Síndrome Maníaca

ALTERAÇÃO	SÚMULA
→ HUMOR EXALTADO OU IRRITÁVEL	→ HIPERTÍMICO
→ DISTÚRPIO DA VONTADE E INTERESSE	→ HIPOBÚLICO
→ ENERGIA EXCESSIVA	→ AGITAÇÃO PSICOMOTORA
→ PENSAMENTO	CURSO: ACELERADO (fuga de ideias) CONTEÚDO: GRANDEZA FORMA: SONORIDADE
→ ATENÇÃO (autoestima elevada)	→ HIPERVIGIL HIPOTENAZ

EPISÓDIO DEPRESSIVO

A fase depressiva do TB é caracterizada principalmente por alterações do humor, da psicomotricidade, da cognição e das funções vegetativas. Geralmente o paciente apresenta humor depressivo, alterações de apetite e do sono, dificuldades de concentração e pensamentos de conteúdo pessimista, incapacidade de sentir alegria ou prazer (anedonia), redução da energia, lentificação psicomotora, podendo ocorrer ideação suicida e/ou sintomas psicóticos. O paciente deprimido manifesta o humor depressivo. Os reflexos mais típicos desse tipo de humor são os sintomas de angústia, tristeza, vazio, desesperança e desânimo.

O humor de pacientes deprimidos pode ser irritável, manifestado como tendência a sentir-se facilmente incomodado com tudo, mal-humorado, com baixo limiar de tolerância para frustração. Esse quadro de irritabilidade e explosividade no humor depressivo é uma das manifestações depressivas mais comuns em crianças e adolescentes.

Os deprimidos podem perder a capacidade de sentir prazer, o que os leva ao abandono de atividades anteriormente prazerosas e ao desinteresse por amigos e familiares. Em casos mais graves pode haver incapacidade de experimentar qualquer tipo de emoção, dando a impressão que nada mais interessa ou vale a pena.

O único critério reconhecido para diferenciar episódios depressivos bipolares de unipolares é a história de episódio maníaco. Com mais frequência retardo psicomotor, sintomas atípicos e sintomas psicóticos, e menos frequentemente ansiedade e insônia inicial. Início mais precoce, episódios mais frequentes e maior probabilidade de abuso de substâncias ao longo da vida também falam a favor de depressão bipolar⁽²⁾.

EXAME PSÍQUICO NO EPISÓDIO DEPRESSIVO

É a parte mais importante da entrevista com paciente deprimido. Retardo psicomotor é a característica que mais chama a atenção: o paciente se apresenta sem movimentação espontânea, imóvel, mímica facial reduzida, com o olhar distante e apreensivo, de modo que casos graves podem ser confundidos com síndrome catatônica. O humor é permanentemente depressivo e, apesar de seu retraimento, distanciamento sociofamiliar e expressão carregada, o paciente nega estar deprimido. Um questionamento mais cuidadoso levará o paciente a expressar sua depressão afetiva, sentimentos de profunda tristeza, de incapacitação, de impotência, tudo dito com dificuldade, com fala lenta e monótona, evidência de lacunas mnêmicas, respostas curtas e atrasadas, como se a pergunta não tivesse sido ouvida ou se houvesse total desinteresse pela situação. Ruminações sobre perdas, culpas variadas, morte e suicídio são comuns.

De maneira geral, a orientação auto e alo-psíquica são mantidas apesar do paciente não se interessar em responder perguntas a este respeito. O juízo crítico apresenta-se desviado, maximizando os sintomas, aumentando exageradamente os problemas e diminuindo as possibilidades de cura e/ou de solução da situação presente. Aliás, a desesperança a respeito de qualquer sucesso terapêutico é outra característica do discurso depressivo.



A gravidade da depressão pode ser tamanha que o paciente não tenha energia ou motivação para se matar; o risco de suicídio (“paradoxal”) só irá se agravar quando o paciente começar a melhorar de seu retardo psicomotor.

Alterações senso-perceptivas e de juízo (delírios) caracterizam um subtipo: “depressão psicótica”, podendo haver alucinações em suas diversas modalidades. O conteúdo dos delírios pode ser congruente com as alterações de humor (ruína, doença, morte) e as situações vividas pelo paciente. Entretanto, delírios incongruentes, com conteúdo de grandeza ou perseguição podem ocorrer mais raramente.

Na grande maioria das ocasiões, as informações fornecidas pelos deprimidos são dignas de confiança, menos no que se refere à intensidade dos episódios, sendo o atual sempre relatado como o grave e insuportável, enfatizando os fracassos terapêuticos anteriores: nenhum deles funcionou; tanto que o paciente-informante se encontra mais uma vez deprimido.^(9,10)

A síndrome depressiva pode ser sintetizada da seguinte forma(Quadro 6):

Quadro 6 - Síndrome Depressiva

ALTERAÇÃO		SÚMULA	
→	HUMOR DEPRESSIVO	→	HIPOTÍMICO
→	FALTA DE VONTADE E INTERESSE	→	HIPOBÚLICO
→	FALTA DE ENERGIA	→	LENTIFICAÇÃO PSICOMOTORA
→	PENSAMENTO	→	CURSO: LENTIFICADO CONTEÚDO: IDEIAÇÃO DE RUÍNA INDECISÃO DELÍRIO NILISTA
→	ATENÇÃO (falta de concentração, ruminação excessiva)	→	HIPOVIGIL HIPOTENAZ

CICLAGEM RÁPIDA

Reconhecida por Kraepelin⁽¹¹⁾ no início do século XX, a ciclagem rápida foi primeiramente descrita como uma entidade específica por Dunner e Fieve⁽¹²⁾, em 1974. No DSM-5-TR⁽³⁾, a ciclagem rápida é um especificador que se refere à presença de pelo menos quatro episódios de humor nos 12 meses anteriores, que atendam aos critérios de episódio maníaco, hipomaniaco ou depressivo maior no transtorno bipolar tipo I ou que atendam aos critérios de episódio hipomaniaco ou depressivo maior no transtorno bipolar tipo II. Ainda que cada episódio seja mais curto no TB com ciclagem rápida do que no TB sem ciclagem rápida, os pacientes que apresentam ciclagem rápida ficam doentes a maior parte do tempo e têm mais morbidade e risco de suicídio quando comparados com outros pacientes com TB⁽¹³⁾.

ESTADOS AFETIVOS MISTOS

Mania e depressão são vistas como síndromes clínicas de polaridade opostas. Sabe-se, desde as observações feitas por Kraepelin⁽¹¹⁾, que a associação de sintomas maníacos ou hipo-

maníacos a depressivos era frequente, especialmente nos pacientes que apresentam quadros de TB considerados graves.

Cerca de 40% a 50% dos pacientes com TB experimentam sintomas depressivos e maníacos ao mesmo tempo⁽¹⁴⁾. Os sintomas maníacos nos estados mistos são, geralmente, disfóricos, tomando a forma de irritabilidade e ansiedade, em vez de euforia. Estes estados podem ser difíceis de se distinguir da ciclagem ultradiana, em que um estado de humor muda tão rapidamente que parece se fundir com os outros. Os pacientes com ciclagem rápida têm mais probabilidade, do que outros indivíduos com TB, de experimentar estados mistos⁽¹⁵⁾.

Os estados afetivos mistos têm sido associados a duração mais longa do episódio, maior frequência de hospitalização e sintomatologia psicótica, quando comparados aos episódios maníacos puros. Mais especificamente, a ocorrência de tentativas de suicídio é maior entre os pacientes com estados mistos, na maior parte dos estudos que os comparou a pacientes com estados maníacos⁽¹⁶⁾.

Em geral, mania mista é referida na literatura como um estado de mania grave, mais frequentemente desenvolvida por mulheres e adolescentes, associada a suicídio, irritabilidade, sintomas psicóticos, abuso de substâncias, anormalidades neuropsiquiátricas, de curso crônico, evolução pobre a curto e longo prazo, resposta pobre a lítio e melhor a estabilizadores anticonvulsivantes e eletroconvulsoterapia e maior predisposição familiar para depressão^(17,18).

CICLOTIMIA

Refere-se a manifestações afetivas leves de natureza depressiva e hipomaniaca oscilantes e alternadas durante longos períodos da vida. O conceito se restringe a um TB do temperamento. Em alguns ciclotímicos predomina o humor depressivo ou irritável, em outros traços de sintomas hipomaniacos. Estão presentes oscilações de humor bifásicas, durando alguns dias, com eutímia rara, letargia alternando com eutonia, autoestima oscilante entre autoconfiança baixa e exagerada, falar pouco alternado com tagarelice, confusão mental alternada com pensamento claro e criativo, choro inexplicável alternado com excessiva jocosidade, introspecção alternada com extroversão.

De acordo com Akiskal⁽¹⁹⁾, a ciclotímia é frequentemente precursora de um TB-II, mas este pode existir sem instabilidade de humor interepisdódica significativa. Indivíduos ciclotímicos sofrem períodos de melhoras breves e intermitentes.

TRATAMENTO DO TB

O lítio é considerado o padrão ouro para o tratamento do TB, permanecendo ainda hoje como o medicamento de referência. É o único estabilizador do humor que tem sido usado com enorme sucesso terapêutico por mais de meio século no tratamento do transtorno⁽²⁰⁾.

Muitas estratégias foram investigadas para uso em mania, incluindo lítio, divalproato, outros anticonvulsivantes e antipsicóticos de primeira e segunda geração. Recomenda-se para todos os pacientes que seja iniciado tratamento com um dos fármacos de primeira linha: lítio, quetiapina, divalproato, aripip-



prazol, paliperidona, risperidona. Aproximadamente 50% dos indivíduos respondem à monoterapia com melhora significativa dos sintomas maníacos dentro de 3 a 4 semanas. As opções de segunda linha incluem monoterapia com olanzapina, carbamazepina, ziprasidona e haloperidol ou combinação de olanzapina mais lítio ou divalproato⁽²¹⁾.

Na depressão bipolar os fármacos de primeira linha são quetiapina, lítio, lamotrigina e lurasidona. Uso adjuvante de antidepressivos com lítio/divalproato ou antipsicótico de segunda geração também pode ser considerado segunda linha de tratamento. Os antidepressivos devem ser evitados ou utilizados com cautela em indivíduos com história de mania ou hipomania induzida por esses fármacos, sintomas mistos ou ciclagem rápida. Está formalmente contraindicado o uso de antidepressivos em monoterapia para o tratamento da depressão do TB⁽²¹⁾.

A eletroconvulsoterapia é um tratamento de segunda linha e deve ser considerada para pacientes refratários ao tratamento e para aqueles que necessitam de resposta rápida ao tratamento, como risco de suicídio iminente, catatonia ou depressão psicótica, e quando uma resposta rápida é importante para a estabilização médica. Outra opção é a associação de olanzapina e fluoxetina. A cetamina intravenosa ou escetamina intranasal como antidepressivos de ação rápida são consideradas um tratamento de terceira linha⁽²¹⁾.

Quase todos os indivíduos com TB necessitam de tratamento de manutenção para prevenir futuros episódios, reduzir sintomas residuais e restaurar o funcionamento e a qualidade de vida. Lítio, quetiapina, divalproato e lamotrigina têm a melhor combinação de ensaios clínicos e experiência clínica para apoiar seu uso como terapias de primeira linha para o tratamento de manutenção do TB. A combinação de aripiprazol mais lítio/divalproato também deve ser considerada como uma opção de primeira linha.

A psicoeducação orienta pacientes/famílias acerca do TB e das formas de tratamento, enfatizando a adesão ao tratamento farmacológico. A intervenção psicoterápica que tem apresentado melhores resultados no tratamento do TB é a terapia cognitivo-comportamental⁽²²⁾.

CONCLUSÃO

O diagnóstico precoce e intervenção terapêutica eficaz são fundamentais no tratamento do TB. A combinação de fármacos e psicoterapia tem fortes bases empíricas que confirmam sua efetividade na redução de sintomas e prevenção de recaídas⁽²³⁾, de forma a melhorar o nível de saúde e qualidade de vida de indivíduos com esse transtorno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno RA, Moreno DH, Ratzke R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Rev Psiq Clin* 2005; 32 (supl 1): 39-48.
2. Kaplan & Sadock. *Compêndio de Psiquiatria*, 11ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
3. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais

5ª. Ed. Revisado- DSM-5-TR. American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed, 2023.

4. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

5. Sanches M, Roberto Jorge M. Transtorno afetivo bipolar: um enfoque transcultural. *Rev Bras Psiquiatr*, 2004; 26 (supl 3): 54-56.

6. Souza FGM. *Transtorno Bipolar: conceitos clínicos e abordagens terapêuticas*. Fortaleza: Premiuns, 2018.

7. Dalgalarondo, P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 2008.

8. Cheniaux E. *Manual de Psicopatologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2015.

9. Portella Nunes Fº E, Bueno JR, Nardi AE. *Psiquiatria e Saúde Mental: Conceitos Clínicos e Terapêuticos Fundamentais*. Atheneu, Rio de Janeiro, 2000.

10. Angst J. The bipolar spectrum. *Br J Psychiatry*, 2007; 190: 189-191.

11. Kraepelin E. *Dementia Praecox and Manic-Depressive Insanity [1919]. The Classics of Psychiatry and Behavioural Sciences Library*, New York, 1989.

12. Dunner DL, Fieve RR. Clinical factors in lithium carbonate prophylaxis failure. *Arch Gen Psychiatry*. 1974; 30: 229-233.

13. Baldessarini RJ, Tondo L, Floris G, et al. Effects of rapid cycling on response to lithium maintenance treatment in 360 bipolar I and II disorder patients. *J Affect Disord*. 2000; 61: 13-22.

14. Freeman M, McElroy SL. Clinical picture and etiologic models of mixed states. *Psych Clin North Am*. 1999; 22: 535-546.

15. Dubovsky SL, Dubovsky AN. In: *Transtornos do Humor*. Rio de Janeiro: Artmed, 2004.

16. Schwartzman A, Amaral JA, Issler C, et al. A clinical study comparing manic and mixed episodes in patients with bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007; 19: 130-133.

17. Ebert D, Loew T, Martus P. Dysphoric or mixed mania. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 1907-1908.

18. Akiskal HS. O espectro bipolar: a elaboração de um novo paradigma na psiquiatria. *Current Psychiatry Reports*. 2003; 2:47-49.

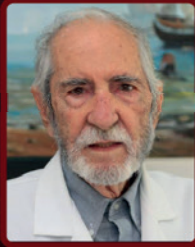
19. Akiskal HS. Bipolarity: beyond classic mania. In: *Psychiatric Clinics of North America*. Philadelphia: WB Saunders, 1999.

20. Castellani A, Girlanda F, Barbui C. Rigour of development of clinical practice guidelines for the pharmacological treatment of bipolar disorder: systematic review. *J Affect Disord*. 2015; 174: 45-50.

21. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018; 20(2): 97-170.

22. Dean OM, Gliddon E, Van Rheenen TE, Giorlando F, Davidson SK, Kaur M, et al. An update on adjunctive treatment options for bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018; 20(2): 87-96.

23. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar Disorder. *Lancet*. 2016; 387 (10027): 1561.



Memória

da Acamerj

Acad. Fundador Salvador Borges Filho*

Dando continuidade às entrevistas para a “Memória da ACAMERJ”, neste número da Revista divulgamos, parcialmente, a segunda realizada em vinte e três de agosto. O entrevistado foi o Acadêmico Fundador Salvador Borges Filho (SBF), com 91 anos a completar em setembro do corrente ano, que nos agraciou com sua presença na sede da Acamerj, acompanhado por sua Secretária Fátima Monteiro Moreira.

Pela Acamerj participaram o Presidente da entidade Antônio Luiz de Araújo (ALA), o Presidente do Conselho Científico, Luiz Augusto de Freitas Pinheiro (LAFP), o 1º Vice-Presidente Luiz José Martins Romão Filho (LJMR) e a Diretora Social Vânia Silami Lopes (VSL), contando com a Assessoria do técnico em recursos audiovisuais Sr. Carlos Oliveira, e das Secretárias Alita Baptista e Carolina Nascente.

A seguir, um resumo da entrevista que poderá ser assistida em sua íntegra em www.acamerj.org

ALA: Hoje temos a satisfação de receber mais um fundador para conversar, o Professor Doutor Acadêmico Emérito e Fundador Salvador Borges Filho, com o intuito de explorarmos sobre aspectos da origem da nossa Academia e tantos outros ligados à Medicina e desenvolvimento do conhecimento desde a Fundação. Passo a palavra ao nosso Presidente do Conselho Científico Professor Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, Acadêmico Titular, que irá fazer algumas perguntas e provocar o relato de algumas curiosidades a respeito da vida, obra e todas as incumbências do Professor Salvador Borges.

LAFP: Primeiramente saudar a todos os presentes e agradecer ao Salvador, amigo de longa data. Você está aqui hoje para trazer muito de lembrança de toda a sua vida médica cardiológica, pioneiro na cardiologia em Niterói e no estado do Rio de Janeiro, porque não do Brasil, e o desenrolar dessa entrevista com certeza vai mostrar a verdade dessas minhas afirmações. Inicialmente, seguindo o padrão das nossas entrevistas, Salvador, gostaria que você desse seu nome completo, nome dos seus pais, nome de sua esposa, quantos filhos, netos, noras...

SBF: Salvador Borges Filho. Pais: Salvador Borges e Adozina Ludolf Borges. Esposa: Onezir Rosa Borges. Dois filhos, duas noras, cinco netos.

LAFP: Você tem bisnetos?

SBF: Já, tenho um bisnetinho.

LAFP: Qual a data de nascimento e data de formatura?

SBF: Nascimento, 01/09/1931. Minha formatura foi na antiga Faculdade Fluminense de Medicina - FFM, em 1955.

LAFP: Seguindo o nosso cronograma, deixaria para você quinze a vinte minutos para, à vontade, resumir a sua vida.

SBF: Eu nasci numa vila que se chama Taboa, que é uma planta muito comum na região, aonde a denominação da vila. O lugar é distrito de uma cidade do norte do estado do Rio, chamada São Fidélis. Aos 10 anos meu pai achou que eu não podia ficar mais lá nesse interior onde havia apenas o curso primário, então ele me encaminhou para Niterói para eu poder ter mais instrução. Fui então levado para o Colégio Batista na Tijuca, acho que existe ainda. E lá eu fiz os meus primeiros estudos. De Taboa para o Rio de Janeiro, do lugar onde havia só pessoas com curso primário para um lugar mais voltado para estudos. Do Rio fui para Campos dos Goytacazes onde fiz o curso científico, com ótimos professores e do curso científico do Colégio Batista de Campos eu passei para a faculdade de medicina. Eu queria jogar futebol mas meu pai disse: “Não, você vai estudar!” E os jogadores de futebol que jogavam no time de Campos passeavam de Cadillac e eu lá estudando... Então entre o futebol e a medicina eu tive que ficar com a medicina, e deu certo! Bom, ele pelo menos não reclamou mais de mim. Ingressei então na Faculdade Fluminense de Medicina, hoje Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense - UFF, onde mais tarde criei o serviço de hemodinâmica no Hospital Universitário Antônio Pedro - HUAP junto com os colegas Luiz Augusto e Raul Pareto, pessoas altamente qualificadas em gerir o ensino da medicina cardiológica de Niterói. Trabalhei muito tempo em Hemodinâmica, então criei também o serviço no Hospital Santa Cruz. Organizamos ainda o Serviço de Urgência Cardiológica de Niterói, que foi o PROCORDIS e logo em seguida foi criado pelo Dr. Luiz Augusto e a sua equipe o CENTROCARDIO, pois havia um vazio nos atendimentos das emergências e passamos a então atender. Foi muito gratificante para nós porque nos deixava tranquilos. Tudo isso foi feito naturalmente, nada foi feito com verbas disso ou daquilo, foi feito com calor humano das pessoas que trabalhavam com isso. Eu queria dizer que recebi muito mais do que dei, afirmo que recebi da medicina muito mais do que

*Membro fundador do Departamento de Hemodinâmica e Angiocardiografia da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Acadêmico da Academia Fluminense de Letras-AFL. Acadêmico Fundador e Emérito da ACAMERJ.





dei a ela! Falei dos filhos, dos netos e eu não sabia como seria a convivência e estou convivendo como uma pessoa normal. Que coisa bonita, né? A gente poder receber um bisneto com todo o carinho. Agora, no meio de tudo isso, existe uma coisa, que é a amizade daqueles que lutam por uma medicina saudável, por uma medicina que nos honra, que projeta o Brasil no exterior e tenho um filho, que é pessoa altamente qualificada, formado em Niterói, hoje nos EUA, vencendo e mostrando a qualidade de nossa Medicina! Merece todos os nossos aplausos!

ALA: Continuando a nossa entrevista, antes de mais nada agradeço as suas palavras introdutórias, dizendo que a sua emoção nos prova e demonstra a sua sensibilidade e o seu amor à medicina, é isso que queremos cada vez mais divulgar: humanização da nossa profissão, pois ela é sensível e humana, mas que não se perca, com o passar do tempo, essa emoção, essa força, essa garra que nós temos. Eu gostaria de saber, quando o senhor participou da Fundação da Acamerj há cerca de cinquenta anos, como a imaginava atualmente?

SBF: Essa pergunta não é fácil, mas é importante. Eu imaginava algo muito acima e além daquilo que se faria, que a gente pudesse cristalizar aquele trabalho e a tarefa que nos foi oferecida, que pudesse fazer o mais elevado objetivo, que era exercer uma medicina da melhor forma que pudéssemos levar adiante os preceitos que aprendemos com Hipócrates. Encontramos dificuldades mas houve muita gente que nos ouviu e nos atendeu, nós devemos lembrar alguns poucos, desculpando por não podermos lembrar de todos, mas o professor Manoel Barretto Netto, patologista, devemos admirar. Ajudou-nos e orientou-nos para que pudéssemos levar adiante aqueles ensinamentos que ele deixou. Eu queria fazer essa homenagem a ele e nossos Professores da Faculdade.

ALA: Professor, o que inspirou o senhor, especificamente aos seus companheiros de Fundação, para criar uma entidade como a Acamerj?

SBF: Sempre admirei todos os meus colegas de todas as especialidades e procurava segui-los dentro do possível, e senti que havia uma necessidade de diálogo, de que as pessoas conversassem entre si para saber qual o melhor caminho e, com isso, essa inspiração veio a partir do momento em que nós julgamos, nas nossas conversas, que poderia ser bom um grupo. A nossa ideia era fazer o melhor possível e poder levar adiante as nossas especialidades e a nossa medicina.

ALA: Como se deu o processo de fundação da Acamerj?

SBF: Algumas questões eram muito difíceis, mas ao mesmo tempo fáceis, difícil escolher quem nos orientar e era muito fácil porque havia muitos colegas dignos a ocupar aqueles lugares onde nós achávamos importantes. Temos que elogiar os nossos colegas médicos. Todos eles sempre com boa vontade, em dignificar o nome da Medicina e o nome do médico que muitas vezes é mal visto pela sociedade não médica e às vezes a gente precisa de um apoio, que veio da nossa faculdade de medicina e conseguimos então que o médico

fosse realmente dignificado e não espezinhado e nós estamos continuando.

ALA: O senhor sonhou para a Acamerj alguma coisa que o senhor ainda não viu se realizar?

SBF: Como a nossa sociedade médica é vista pela política, entendeu? Não conseguimos vencer isso. A política ainda está atrapalhando as nossas diretrizes, estamos ainda precisando de apoio político. A academia precisa de apoio para poder levar adiante as suas diretrizes, os seus momentos de glória. Então, está faltando isso, o chamado apoio político. Não que a política venha intervir, mas pode favorecer as coisas boas que a gente precisa. Os hospitais precisam de orientação mais adequada, de recursos mais adequados.

ALA: A sua monografia nos trouxe ensinamentos sobre “Trombólise Intracoronária pela Estreptoquinase”, que com absoluta certeza é uma monografia atemporal! O que o senhor escreveu no passado, talvez duas décadas ou mais continua sendo muito utilizado e representa hoje, nos serviços de emergências, as primeiras seis horas de atendimento do infarto agudo do miocárdio, um dos procedimentos que corresponde a uma das diretrizes mais utilizadas no planeta. Gostaria muito que o senhor deixasse uma recordação a respeito desse seu trabalho.

SBF: Na época foi algo fantástico! Eu me encantei com a possibilidade de tratar o infarto de um modo não expectante onde, até então, era o que se fazia. Não tratávamos do infarto em si. Então quando chegou a estreptoquinase venosa, entendemos estarmos nesse momento certo. O meu filho mais velho, médico homônimo meu, estava em Boston, nos Estados Unidos. Então solicitei a ele que trouxesse um destruidor de coágulos para a gente fazer e ele trouxe a estreptoquinase e fizemos a primeira desobstrução de coronária no infarto agudo em Niterói com injeção de estreptoquinase intracoronária. Eu gostaria que isso ficasse assinalado como uma vitória de Niterói. Um filho meu, que estava nos Estados Unidos e que nos trouxe e nós realizamos o procedimento no PROCOR-DIS. Com orgulho afirmo que foi a primeira desobstrução de coronária, na América Latina, por injeção de estreptoquinase intracoronária no infarto agudo. Em São Paulo, eles haviam feito, uma desobstrução mecânica usando cateter, pelo colega Siguemituzo Ariê, uma pessoa que eu admirei a vida toda. Ele desobstruiu uma coronária esmagando o trombo com um cateter.

ALA: Muito bem, Professor! Esses aspectos é que marcam o nosso projeto. Eu tenho a honra e o prazer de passar a palavra para a Confreira Professora Vânia.

VSL: Bom dia a todos, meus amigos. Quando eu fui comunicada que estaria aqui entrevistando o senhor fiquei muito emocionada. Como a vida proporciona momentos importantes e extremamente gratificantes! Depois de tanto tempo, participar e dialogar com o senhor, que conseguiu durante o exercício de sua profissão semear um sentimento maravilhoso de um médico, exemplo de humanista. O senhor praticou a medicina tão humana, que eu não via a posição que o senhor



ocupava como docente. Eu, ainda jovem, graduanda, tive oportunidade e o orgulho de conviver com o senhor na Enfermaria de Clínica Médica. Me ensinou muito, mas o mais importante é que o senhor passou para mim, e me acompanhou durante toda a minha vida profissional, a posição não só de um médico fantástico, que conhecia muito a cardiologia, mas de uma pessoa extremamente humana. Eu tenho exemplos na minha vida que recordo com muita emoção e durante muito tempo o senhor foi a pessoa para a qual mais orávamos e pedíamos a Deus. A minha mãe dizia “São as mãos e coração que tem o professor, que compõem um milagre!”. O senhor não curava só a doença, curava a alma, se dedicava tanto à medicina, com muito desempenho, amor, solidariedade, que muitas vezes o senhor chegou na minha casa amarrando sapato, vestindo a meia, o cabelo todo desarrumado e dizia assim “Me desculpe, mas eu pulei da cama e vim atender o senhor seu pai ou a sua mãe”, e isso para mim, ainda jovem, foi um exemplo de humanismo.

SBF: Vocês moravam na última rua, perpendicular a Moreira César, lado esquerdo.

VSL: Isso! Olha a memória, muito boa! Assim como minha história, o senhor deve recordar de muitas histórias lindas, mas para mim o senhor foi uma referência como pessoa, como profissional, porque o além de ser extremamente estudioso gostava de explicar os porquês, tinha paciência comigo, me mostrou o que era medicina e é o que eu passo para meus alunos hoje. Quando tive, em certa ocasião, a necessidade financeira de transferir o meu pai do PROCORDIS, o senhor não deixou e disse: “Quando a senhora se formar nós vamos falar sobre isso”. Eu tenho que contar essa história para deixar registrado o que o senhor fez de bom para mim, uma simples estudante. Ensinou-me a praticar a medicina com humanismo, sintá-se honrado porque tudo que eu sou profissionalmente devo ao seu exemplo. A minha declaração é feita de peito aberto, coração aberto, porque o senhor me ajudou muito, meus pais não tinham INPS, não era uma família de sociedade rica. Meu pai era plantador de café e em 1954 perdemos tudo. Parabéns professor pela vida que o senhor leva, pela estrada que o senhor percorreu, e hoje eu vejo a felicidade estampada do seu rosto! Pois tudo foi feito de maneira transparente, honesta e com humanismo.

SBF: Com todas as dificuldades que o ambiente às vezes oferecia, a gente passava por cima! Isso diz tudo. Do pouco que recebi consegui distribuir a todos!

LJMR: Falar sobre o Professor Salvador Borges Filho, dizer as qualidades desse nosso Confrade, é quase uma redundância. Antes de tudo, um homem comum que dedicou sua vida à Medicina, de maneira plena e total. Quando cheguei a me interessar pela Cardiologia, o Professor já era conhecido em Niterói, conhecido no estado do Rio, já havia colocado alguns trabalhos científicos em nossos Congressos da Sociedade Brasileira de Cardiologia e já era um homem festejado pela Cardiologia de Niterói pelas suas virtudes de médico e de pesquisador! Foram muitas as participações

do Professor Salvador Borges, muitas propostas que ele fez dentro da especialidade e passou a ser uma referência dentro da Medicina de Niterói, mais especificamente dentro da Cardiologia, valorizando a Medicina. Essa proposta de trazer a fala dos Fundadores neste projeto “Memória da ACAMERJ” é muito interessante, pois os Fundadores foram verdadeiros pioneiros que apostaram no crescimento da Academia e deram tudo para a formação da mesma e sua valorização. Saúdo a Professor e colega Salvador Borges, que foi um exemplo de médico, que não só atende bem aos seus pacientes, como valorizou a sua profissão e a nossa especialidade. Trouxe para nós uma série de novas propostas dentro da hemodinâmica e dentro da Cardiologia de modo geral. Acredito que o Professor Salvador tenha tido, como poucos dentro da Medicina fluminense, um papel muito relevante, foi verdadeiramente um homem pioneiro. Hoje em que pese a idade, ainda participa ativamente da medicina e nos traz ensinamentos, no exemplo de um homem profícuo, estudioso, inteligente, criativo e que valorizou de todo modo a Medicina de Niterói e do Estado do Rio. Meus parabéns Professor, espero que esse projeto fique em sua memória, é um momento marcante não só em sua vida, mas para nossa Academia.

LAFP: Podemos perceber uma carga de emoção muito forte nessa entrevista, o que mostra o aspecto humano na sua vida médica. Você não receberia todos esses elogios se não fosse tudo isso que estamos declarando, enaltecendo. Porém, nos compete também entrar um pouco na vida médica e tecnológica dos entrevistados. Você foi econômico ao falar sobre sua vida médica na apresentação. Quando entrei na Faculdade de Medicina você já era médico e passei a conhecê-lo quando ainda era Acadêmico de Medicina. Sei que você não começou como cardiologista e também sei da sua participação na criação desse serviço de hemodinâmica de Niterói, que já foi citado e sei detalhes do que você expôs a respeito da trombólise. Todavia posso dizer algo que o valoriza ainda mais. Você foi pioneiro em Trombólise intracoronariana, entretanto, gostaria que você descrevesse a criação do serviço de hemodinâmica do Hospital Universitário Antônio Pedro, onde você foi convidado pelos Professores Raul Carlos Parreto Junior e Manoel Barreto Neto, após a aquisição de um aparelho de hemodinâmica devido a estudos em Miocardiopatia. Esses pontos na sua vida profissional são fundamentais para mostrar a importância que você teve. Outra que é fundamental foi a tua atuação junto com o Professor Stans Murad Neto, como um dos pioneiros do cateterismo do Brasil.

SBF: Eu e você trabalhamos sem nenhum deslize ético entre nós, sempre trabalhamos muito bem. É algo a se proclamar, dois médicos cardiologistas, trabalhavam, em dois serviços diferentes e nunca se degladiaram. Sempre um respeitando o outro e tivemos um crescimento em termos de aceitar as normas de vinham de fora. Esse tempo todo eu trabalhava no hospital particular, o que eu fazia dentro da hemodinâmica eu passava para lá e eles passavam para mim.



Tinha um grupo na Faculdade de Medicina que nos ajudava muito a distribuir o saber que vinha do cateterismo. E eu me lembro muito bem das promessas que vinham da Alemanha, lembro de um caso que me chamaram para passear na Europa, eu disse que tinha filhos pequenos e não conseguiria. Com essa verba da viagem não realizada, pedi uma processadora para poder revelar os filmes. Eles não mandaram e nós tínhamos muita dificuldade para revelar esses filmes, estragavam as roupas das enfermeiras. Nós trabalhamos durante vários anos sem esse aparelho. A luta foi grande, mas a gente conseguiu fazer aquilo. Barreto Neto e Paretto eram duas figuras que nunca mais vi igual! Quando a gente tinha que fazer alguma coisa eles já estavam ali na retaguarda, já sabiam o que a gente queria. Pessoas como eles têm que ser exaltadas eternamente porque é muito difícil a gente pensar que possam existir pessoas como eles dois. Quem conheceu e conviveu sabe muito bem o que eu estou dizendo, isso nos ajudou muito porque nós trabalhamos junto com pessoas honestas. A Medicina antiga era mais difícil, mas era mais autêntica, eu me regozijo pois se eu cresci foi porque eles permitiram.

ALA: O senhor citou personagens importantíssimos na sua vida profissional, eles eram exatamente o que?

SBF: O Manoel Barreto Neto era professor de Patologia da UFF e não era o tipo de só ficar lendo, ele queria agir! Ele disse – “Você vai para os Estados Unidos!” e mandou uma carta me apresentando na Universidade de Harvard. Eu, sem falar inglês muito bem, fui para aprender a fazer biópsia do coração. Não podia participar do ato mas fiquei vendo de fora, tudo que pude aprender eu aproveitei, para chegar em Niterói e reproduzir. Tem trabalho publicado sobre isso, essa biópsia de coração humano feita em Niterói, um exame invasivo, mas que era muito útil naquela época. Eu acho que foi uma época áurea da faculdade.

LAFP: E essas biópsias foram feitas onde?

SBF: No Hospital Antônio Pedro! Chegamos a receber carta da Europa pelo nosso trabalho feito em Niterói.

ALA: Eu percebi que o senhor teve a inspiração do Professor Pareto e do Professor Barreto Netto, o senhor pode desenvolver a especialidade e teve a oportunidade de orientar inúmeras turmas inspiradas na sua atividade, prova está aqui a nossa Confreira Professora Vânia que fez um depoimento altamente emocionado de gratidão. Então esse é um projeto que certamente vai ser visto no presente, e no futuro próximo muitas gerações de jovens médicos poderão pensar que é possível fazer.

SBF: Sim, nós perdemos muito tempo em não fazer o que tinha que ser feito, nós perdemos essa chance de fazer coisas. Podendo fazer biópsia do coração tendo uma pessoa altamente responsável pedindo “vamos fazer biópsia no coração humano”, eu fiz isso. É uma sensação de algo poderoso que não existe mais. Luiz Augusto viveu muito junto deles, e eu junto desse grupo.

VSL: Eu convivi 50 anos com Professor Barreto e ele sempre foi um homem com a visão de futuro. Ele e Prof.

Pereto se uniam, não só pela maneira de pensar, mas pela maneira de trabalhar. Eles formavam uma dupla de almas gêmeas, até para ir e vir para Antônio Pedro. O Barreto sempre imaginava o impossível. Quando ele começou o curso de Patologia na UFF eu fiz a primeira autópsia de leptospirose. Não tínhamos nem mesa, eu tive que colocar dois cavaletes e uma porta de madeira sobre eles. Depois jogamos fora porque era leptospirose. Ele dizia: “Hoje é assim, mas amanhã nós teremos 30 microscópios, 40 mesas, microscopia eletrônica, mesas de autópsias inox! Mas isso é amanhã, hoje a nossa realidade é essa!”.

SBF: Imagina hoje esse grupo, o que eles não conseguiriam fazer! Nós estamos aqui tentando perpetuar a história, isso é muito interessante

LAFP: Esse momento é bastante marcante para nossa Academia. O que se viu aqui hoje foi uma verdadeira aula de humanismo associado à tecnologia. Hoje reclamamos muito, da tecnologia se hipertrofiando e o humanismo se atrofiando. Salvador mesmo falou que a tecnologia é muito boa nós temos que louvar isso mas há que conseguir uma maneira de usar a tecnologia com humanismo, pois isso está escapando. Outra coisa, Salvador disse que foi por acaso que ele estava no lugar certo e eu digo que não acredito no acaso, baseado em ensinamento de Pasteur “O acaso só acontece para as pessoas que estão preparadas!”. Se você não estiver preparado você não vai enxergar o acaso, e você estava preparado. Fleming é um exemplo interessante disso. Encerrando queria enaltecer não só o comportamento de nós, entrevistadores, como as respostas do Salvador. Eu só tenho a agradecer de poder estar aqui hoje, uma grande honra, muito obrigado!

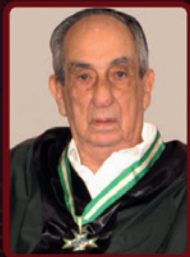
LJMR: Eu acho que essa reunião foi realmente memorável porque nós tivemos aqui uma aula de humanismo, de técnica médica aplicada ao paciente e ao bem-estar da população. Eu acho que cabe à Academia, no futuro, fazer uso de uma reunião como essa. Estamos de parabéns por isso.

VSL: Eu não disse a ninguém que viria aqui, fiquei imobilizada quando fui convidada, e então pensei que não podia faltar, e não dormi esta noite, emocionada e pensando em como abordar, como dizer e transformar em palavras os meus sentimentos. Tive dificuldade de me abrir aqui, de dizer ao Professor o que ele precisava ouvir em relação à minha gratidão...

ALA: Eu sempre entendi muito nitidamente que a Academia tem compromisso e comprometimento com a tradição da medicina, com a organização da história, com a singularidade de personagens, valorização e respeito aos que já estão com mais experiência. Eu me refiro nessa situação atual de 49 para 50 anos de Fundação, que bom seria termos oportunidade de entrevistar a todos. Então, Professor Salvador Borges Filho, aceite que concretizemos nosso agradecimento através desse certificado. Muito obrigado!

SBF: Muito obrigado, guardarei o certificado com muito carinho no meu consultório.





Memória

da Acamerj

Acad. Fundador Heitor dos Santos Braga*

Dando continuidade ao projeto “Memória da ACAMERJ”, neste número, divulgamos, parcialmente, a terceira entrevista, realizada em vinte e cinco de outubro. O entrevistado foi o Acadêmico Fundador Heitor dos Santos Braga (HSB), com 91 anos, que nos agraciou ao receber-nos em sua residência, acompanhado pela sua esposa Lia Vannier Braga e sua filha, de mesmo nome da mãe.

Pela Acamerj participaram o Presidente da entidade Antônio Luiz de Araújo (ALA), o Presidente do Conselho Científico Luiz Augusto de Freitas Pinheiro (LAFP) e o 2º Tesoureiro Luiz Sérgio Keim (LSK), contando com a Assessoria do técnico em recursos audiovisuais Sr. Carlos Oliveira e da Secretária Carolina Nascente.

A seguir, um resumo da entrevista que poderá ser assistida em sua íntegra em www.acamerj.org

ALA: A Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro vem se empenhando nesse projeto há algum tempo, para ouvirmos e registrarmos histórias, opiniões, currículos, anseios, sonhos e realizações de nossos queridos Fundadores. Nesse sentido, fizemos a primeira entrevista com o Acadêmico Fundador Herbert Praxedes em setembro de 2022, continuamos com o nosso Acadêmico Fundador Salvador Borges Filho há cerca de 2 meses e agora, em 25 de outubro de 2023, temos a satisfação de conversar e captar muitas informações do querido Professor Heitor dos Santos Braga. Nós estamos aqui acolhidos em sua residência para ouvirmos detalhes importantes para a construção dos anais da Academia, para que possamos registrar na história a tradição de 49 anos. Dito isso, vamos passar a palavra ao nosso Presidente do Conselho Científico Professor Doutor Luiz Augusto de Freitas Pinheiro que fará algumas perguntas iniciais.

LAFP: Bom dia a todos. É um prazer estar aqui hoje na casa do Acadêmico Professor Heitor dos Santos Braga. Nosso conhecimento é muito antigo, facilitando a conversa. Inicialmente eu vou fazer para você, Heitor, algumas perguntas protocolares, qual o seu nome completo? Data de nascimento?

HSB: Heitor dos Santos Braga. 11 de março de 1932

LAFP: Nome dos seus pais? E o nome da sua esposa?

HSB: Américo de Souza Braga e Ovídia Margarida dos Santos Braga.

LAFP: Nome de sua esposa? E a data do seu casamento?

HSB: Lia Vannier Braga. Nós ficamos noivos no aniversário

dela e casamos no ano seguinte em 2 de setembro de 1955, antes de me formar.

LAFP: Quantos filhos desse casamento? Genros, netos, noras, etc.

HSB: Temos uma filha querida que tem o mesmo nome da mãe Lia Vannier Braga, ela não seguiu a carreira médica, mas foi para o Teatro Municipal do Rio de Janeiro e temos duas netas queridas, ambas moram no Canadá. A mais velha formou-se em administração e mora numa cidade no interior do Canadá, uma das mais ricas do país e a outra formou-se como Professora de alunos especiais, mora em Montreal e trabalha numa escola Sion, semelhante às daqui do Rio de Janeiro

LAFP: Tem bisneto?

HSB: Não, as duas são solteiras

LAFP: Qual sua data de formatura em medicina?

HSB: Foi em 1955.

LAFP: Agora temos um espaço de vinte minutos para que você possa transmitir algo da sua vida, que foi intensa na medicina ou fora dela.

HSB: Minha mãe faleceu quando eu tinha 12 anos de idade com tétano, meu pai casou-se em segundas núpcias mas veio a falecer também em 1948 com 47 anos de idade; com isto comecei a trabalhar com 17 anos, primeiro como auxiliar do laboratório de química agrícola na Secretaria de Agricultura, divisão de solos e adubos, antes de fazer o vestibular. No ano seguinte fiz o vestibular. Naquela ocasião a faculdade era particular e só a matrícula era 100 cruzeiros. Eu ganhava 700 cruzeiros e não tinha como me sustentar e cursar, mas devido ao meu passado, onde meu pai foi um dos fundadores da Escola de Medicina Veterinária e trabalhou com Vital Brasil, eu consegui chegar ao Chefe de Gabinete do Governador do Estado e ele me concedeu a única vaga de bolsa para cursar, mas no final do primeiro ano a faculdade foi federalizada, foi quando então nos tranquilizamos. Eu trabalhei na Secretaria de Agricultura, no laboratório, até fevereiro de 1953 ocasião em que passei a ser interno acadêmico do Hospital Psiquiátrico que estava sendo inaugurado naquela ocasião, onde fui um dos que ajudou a transportar os doentes do antigo Hospital Psiquiátrico da rua de São João para o novo Hospital lá em Jurujuba. Foi lá que eu conheci a minha esposa, Lia, chegamos até ao casamento em 1955 um pouco antes da minha formatura e, logo após, eu fui nomeado como médico da Divisão de Doenças Mentais para atuar no ambulatório. Ainda nessa época, fiz curso de Administração Hospitalar, o curso de espe-

*Acadêmico Fundador e Emérito da Acamerj. Ex-Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e de Niterói.



cialização em Psiquiatria Clínica do Ministério da Saúde quando houve a mudança da direção do Hospital Colônia Teixeira Brandão e fui convidado para ser o Diretor em 1959, e passei oficialmente a ser médico. Nós tínhamos cerca de 160 pacientes, desses, 70% trabalhavam na pecuária/agricultura ou na olaria e com isso os doentes viviam soltos, não tínhamos aquela noção de nosocômio fechado, pacientes trancados entre quatro paredes. Houve um acidente de helicóptero e o Governador Roberto Silveira faleceu queimado. Então o Vice-Governador Celso Peçanha assumiu e nomeou como Secretário de Saúde um colega meu do Hospital Antônio Pedro. Ele me convidou para ser o Chefe da Divisão de Doenças Mentais, e assumi o cargo, com a responsabilidade de assumir também, mesmo indiretamente, o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, onde o Salvador Borges foi diretor. Fiquei como chefe da Divisão de Doenças Mentais, passei à organização hospitalar, cheguei a diretor do Departamento Médico Hospitalar da Secretaria de Saúde junto com, quando ainda secretário, Armando de Sá Couto, que era muito ligado ao Governador Geremias de Mattos Fontes e foi quando nós conseguimos a doação do terreno para a construção da Casa do Médico. Foi uma luta muito grande, o Armando chegou a dizer para o Geremias que ele ia pedir demissão se o terreno não fosse cedido. O mesmo não era da Secretaria de Saúde e sim da Secretaria de Educação. Até pouco tempo eu me encontrava com o então Secretário de Educação e ele sempre implicava comigo dizendo que nós tiramos-lhe o terreno, pois para a doação do mesmo seria preciso elaborar um decreto pela Secretaria de Administração, onde o João Gomes era o secretário da época. Ele redigiu o decreto e colocou uma cláusula que a obra deveria ser concluída em um ano, caso não fosse voltaria ao estado com todas as benfeitorias que tivessem sido feitas. O Waldenir de Bragança foi um herói, chegando ao ponto de hipotecar sua casa para conseguir dinheiro. A seguir, juntamos os médicos todos como Fundadores e contribuímos. Assim nasceu a Casa do Médico, inaugurada ainda na administração do Governador Geremias de Mattos Forte. Após a troca de governo entrou como Governador Dr. Raimundo Padilha e o Astor Mello foi o Secretário de Saúde, e me chamou para ser Chefe de Gabinete. Criamos uma coisa que hoje é a Fundação Nacional de Saúde, com as Fundações Estaduais e Municipais. Desvinculamos uma fração do orçamento da Secretaria de Saúde para criar o Fundo de Assistência Médica e Sanitária e, com esse 5% do orçamento, conseguimos agilizar o funcionamento da máquina, que era muito pesada, e nós não conseguíamos realizar alguma coisa sem sermos submetidos a auditorias, inspeções etc. Criamos uma estrutura pequena mas que nos permitiu manter razoavelmente a Secretaria de Saúde e as suas unidades até a fusão do antigo Estado do Rio de Janeiro com o então Estado da Guanabara pela lei complementar número 20, de julho de 1974, em que o Presidente Geisel determinou a extinção dos dois estados, do Rio de Janeiro e da Guanabara, e a fusão de ambos, para constituir um novo estado que teria o mesmo nome Estado do Rio de Janeiro, tendo como capital a cidade do Rio de Janeiro. Em 1º de março de 1975 foi implantado o novo estado e em 15 de março as estruturas foram modificadas. Vivemos intensamente a epidemia de Meningite Meningocócica com poucos recursos no final de governo, mas conseguimos, com auxílio da

Secretaria de Segurança, receber a colaboração de um Coronel do Exército, que nos orientou na formação de uma equipe em que participaram o Acadêmico Celso Cerqueira Dias e o outro Diretor, Médico Sanitarista, também Acadêmico Wilson Lopes da Fontoura, ambos falecidos. Nós montamos uma estrutura e conseguimos, antes de finalizar o governo do antigo Estado do Rio de Janeiro, em três meses, vacinar a metade do estado, deixando apenas parte da Zona Sul, que não deu para cobrir completamente, mas fizemos como se fosse uma blitz e fomos em caravana em um ou dois dias vacinávamos um pequeno município, com auxílio e o apoio da comunidade local, da Prefeitura, conseguindo um alto nível de imunização. Nessa ocasião o estado só dispunha de um hospital voltado para Tuberculose e nós conseguimos com auxílio do Acadêmico Professor Coura, diretor e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Antônio Pedro, que ele nos cedesse para nomeação o acadêmico Luiz Sérgio Keim, que nos honrou na criação de uma primeira unidade de vigilância epidemiológica no estado do Rio. Não sei se estou sendo muito prolixo, mas findo o governo do antigo estado do Rio eu passei a trabalhar no Rio de Janeiro, já no novo estado como técnico de planejamento e pesquisa na Subsecretaria de Saúde e depois Departamento de Programas Especiais na segunda mudança de governo. Depois do Governador Faria Lima entrou o Governador Chagas Freitas e ele precisava indicar o Secretário de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro. Nosso colega Silvio, era Secretário da Guanabara e eu do Rio de Janeiro, então ele ficou como secretário do Estado do Rio e indicou como Secretário de Saúde da cidade do Rio de Janeiro o Subsecretário, o qual me levou para ocupar o cargo que ele deixou e lá trabalhamos até o final quando eu me aposentei. Esse foi o caminho da minha vida durante os governos. Quando estava no primeiro ano de medicina, nós tínhamos aula de anatomia no Instituto Anatômico, no Morro Valonguinho e em frente ao Instituto ainda funcionava o Hospital São João Batista, e eu comecei a me interessar. Dr. Raposo era chefe do ambulatório de cirurgia e eu frequentei algum tempo. Logo depois o Hospital Antonio Pedro passou a funcionar em 1951, ele era municipal, mas não havia recursos para mantê-lo com suficiência. Fui nomeado pelo Hospital como auxiliar técnico de anestesia e gasoterapia já no segundo ano de medicina e assim seguia fazendo a carreira no Antônio Pedro como anestesista até chegar à direção e chefia do serviço, mas ocorreu o incêndio do Circo, quando o hospital estava fechado por falta de recursos e greve dos funcionários. A comunidade de Niterói e do Rio de Janeiro e a sociedade médica se mobilizaram e reabrimos o Hospital. Posteriormente foi encampado pelo Governo Federal e dirigido pelo Ministério da Saúde e o Diretor, Doutor Gama Filho, me levou para trabalhar com ele na Administração do hospital e eu fiquei no Hospital Universitário e o primeiro diretor foi o professor de Anatomia Patológica Manoel Barreto Neto, que levou o Professor Nelson Coelho de Oliveira, como diretor administrativo e adjunto. Posteriormente entrou o Professor Aloisio Sales e ele me nomeou Superintendente do Hospital. Tudo passando muito rápido. Voltei no final a ser médico psiquiatra do ambulatório de psiquiatria no Hospital Universitário Antônio Pedro e fiquei até me aposentar em 1990. Quando Waldenir de Bragança assumiu a Prefeitura de Ni-





terói me convidou para ser o Secretário de Saúde. Ficamos juntos até 1990, nessa ocasião também convivemos com outra epidemia, a da Dengue. Junto com a Sucan fizemos de tudo para manter Niterói apoiada e com recursos para sobreviver àquilo. Então, criamos o Centro de Controle de Zoonoses com o nome em homenagem ao meu pai, Professor Américo Braga, escolhido por Waldenir de Bragança. Hoje é a Divisão de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói. E essa é minha vida como médico, trabalhando no exercício da profissão, direta ou indiretamente, procurando manter e honrar todos os princípios éticos e científicos da Medicina.

LSK: Primeiramente é um prazer muito grande estar aqui na sua residência revendo o senhor depois de tantos anos. Eu tive um início de carreira muito importante e devo isso ao senhor. Eu havia terminado a Residência no DIP em 1972, naquela época a gente era contratado do Estado, e tive a indicação do Doutor Celso Cerqueira, que foi colega de meu irmão no Salesiano. Consegui um emprego no estado e já havia sido indicado como professor do DIP. Então, em 1974, o senhor já era Secretário de Estado de Saúde e quando eclodiu a epidemia de Meningite Meningocócica no antigo estado do Rio não havia um setor de isolamento, mas eu já trabalhava no Ary Parreiras. Lembro que o senhor foi ao Antônio Pedro e conversou com o Professor José Rodrigues Coura pedindo que indicasse mais alguém para trabalhar lá no Ary Parreiras, no serviço que havia sido formado. Então foram convidados e aceitaram a Professora Anna Ricordi Bazin e o Professor Silvio Rodrigues Torres Filho, que eram lá do DIP. Nós três fomos para o Ary Parreiras e o senhor, com a sua competência, montou rapidamente uma enfermaria de doenças infecciosas com mais ou menos 30 leitos. Além disso, montou um laboratório que funcionava 24 horas por dia com farmacêutico bioquímico para fazer exame de liquor, que era importante para o diagnóstico e isso fez com que a gente tivesse aliviado um pouco a enfermaria de doença infecciosas do Hospital Antônio Pedro, que, por ser ligada à faculdade, necessitava ter uma variedade grande de patologias, de doenças internadas para aulas. Então naqueles 2 anos de epidemia nós internamos mais de 900 doentes lá no Ary Parreiras. Meu início de carreira médica eu tenho que jogar na sua conta. Esse importante começo de vida foi muito proveitoso, foi de um aprendizado realmente muito grande. Por isso tenho que agradecer ao senhor por essa sua participação na minha vida profissional. Muito Obrigado!

HSB: Não, eu que agradeço. Essa foi a sua bondade em colocar. Mas devo lembrar que, naquela epidemia o professor Roched Seba, no Instituto Vital Brasil, conseguiu fazer a vacina contra Meningite Meningocócica C mas a produção era muito pequena, não dava para cobrir as necessidades. Por isso o Ministério da Saúde resolveu comprar de Instituto na França.

LSK: Instituto Mérieux na França.

HSB: Isso. Assim pôde-se fazer a vacinação em todo o país. Mas vale lembrar o trabalho do Professor Roched Seba.

ALA: Professor, eu lhe digo com emoção que o senhor é um dos patrimônios da Medicina do nosso Estado, digo isso aprendendo aqui com o senhor, ouvindo um pouco da sua história,

mas de viva voz vivenciando cada momento em que eu administrativamente sei como é difícil conquistar tudo que o senhor conseguiu na medicina e marca a sua passagem e nós só temos realmente que agradecer. Há uma máxima nas Academias, e na nossa não é diferente, de que um grande Professor só é grande quando aqueles que foram seus alunos se tornam também grandes Professores, e aqui eu estou diante dessa máxima. O senhor é um magnífico Mestre e viu num dos seus pupilos, vamos considerar dessa maneira, um potencial que pudesse ser realmente uma continuidade. Os preceitos, como senhor bem lembrou, da ética, do respeito, da ciência, como a medicina merece, e nossas identificações passam também por um detalhe que senhor acabou citando, confirmado pelo nosso Confrade Luiz Sérgio Keim. Eu ocupo a Cadeira número 45 da nossa Academia e cheguei a Membro Titular na Ascensão para Membro Emérito exatamente do nosso Professor Doutor Celso Cerqueira Dias. Então esse laço, essa identificação passou a ser nesse instante para o nosso projeto um elo fundamental, muito importante. O Patrono da minha Cadeira, eu sempre gosto de falar isso, é o Professor Galdino do Vale Filho, médico exemplar da Cidade Serrana de Friburgo, mas o senhor é Fundador da cadeira de nº 22 da nossa Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, onde o Patrono é o Heitor Carrilho.

HSB: Tenho a honra de ter estado com o Professor Heitor Pereira Carrilho antes dele falecer em 1954 e a memória dele está colocada em minha biografia da Academia.

ALA: Professor eu tenho aqui de praxe também algumas questões mais ligadas à sua vida na Acamerj do senhor que participou ativamente, a cerca de 49 anos, da formação da nossa Academia, como é que o senhor na época imaginava a Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro?

HSB: O sonho de criar Academia partiu do Professor Doutor Francisco Pimentel e do Carlos Tortelly Costa. Quando o Professor Francisco Pimentel apresentou, em 1971, em reunião na Associação Médica Fluminense, o projeto de estatuto, o assunto não prosperou. Em julho de 1974 foi definida a fusão dos antigos estados já referidos com a criação do novo Estado do Rio de Janeiro, e isso nos motivou a acelerar todos os estudos e providências para criar a Academia ainda do antigo Estado do Rio de Janeiro em 8 de dezembro de 1974, em reunião na Associação Médica. O estatuto de 1971 foi aceito e definida data de 8 de dezembro de 1974 como a da criação da Academia. Já no início de 1975, antes do dia 1º de março quando acabaria o antigo Estado do Rio de Janeiro, foram tomadas as providências para documentar a criação da Academia, criá-la como personalidade jurídica. Mas essa correria não foi inimiga da perfeição, desta vez não. A Academia nasceu e até hoje é forte e pujante! Que continue, é o nosso desejo, é o nosso sonho.

ALA: Quando o senhor vê hoje a Academia buscando ainda essas reminiscências dos seus contemporâneos à época, o senhor sente que alguma coisa nesses 49 anos foi contemplada ou ainda falta muito?

HSB: A história da Academia praticamente já está definida, certo? As realizações passadas, embora de alta relevância e consideração são apenas meras referências para indicar um



novo caminho em que seguiremos e estamos seguindo perspectivas futuras. O desenvolvimento da medicina exige da Academia manter-se atualizada e ela se renova permanentemente. Hoje ela corresponde aos anseios da data do início da sua criação, é um sonho que podemos afirmar de todos os Acadêmicos, não apenas da nossa Academia, mas de todas as congêneres de buscar um sonho maior por uma humanidade melhor.

ALA: Obrigado Professor. A força produtiva da sua capacidade realizadora ficou implantada em todos nós e é isso que nos faz querer dar saltos de qualidade e diziam, os mais ligados à parte filosófica, que nós se pudermos subir nos ombros dos gigantes poderemos ver muito mais adiante e um horizonte muito melhor. Nós estamos conseguindo, não hoje, não ontem, mas desde 49 anos atrás, desde dezembro de 1974 porque vieram os fundadores, se seguiu aqueles mais afins que implantaram e desenvolveram setores e partes que seriam cada vez mais importantes. E hoje nós estamos à beira do Jubileu de Ouro da Academia, com pujança, como o senhor disse, com vontade de, cada vez mais, desenvolver e ampliar os seus territórios, buscando inclusive participar ativamente da Saúde do Estado e Nacional. Então acho que, como fundador, o senhor se sente um pouco realizado.

HSB: Eu agradeço a distinção de vê-los aqui, excepcionalmente em minha casa e é uma honra recebê-los para demonstrar humildemente o que conseguimos produzir em prol da Medicina e da Academia. Auguramos pleno êxito no futuro. Muito obrigado!

LAFP: Você contou muita história da sua vida, nós estamos na terceira entrevista dos Fundadores e vemos o quanto a história vai se entrelaçando, isso é algo de muito importante para um resgate futuro. De forma que desejo parabenizar não só você como à todos os anteriores que estão permitindo isso. Definitivo fica que a Academia foi fundada em 8 de dezembro de 1974 como Academia Fluminense de Medicina e a partir de 2010 ela passou a se chamar Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - ACAMERJ. Nesse tempo a medicina evoluiu muito. Olhando para medicina do passado e para a sua monografia que falava sobre Planos de Saúde, qual é o paralelo que você faz, de lá para cá, podendo acrescentar então o porquê da mudança de nome?

HSB: Na época que era Presidente da Academia, o Alcir Vicente Visela Chácar estava organizando com a Federação das Academias de Medicina uma reunião, também com a Academia Argentina. Um jornalista falou: “Mas a gente não apoia clube de futebol!”. Ele então caiu na realidade de que o Fluminense não estava caindo bem, criou então o novo nome de Academia de Medicina do Estado de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Já sobre o conteúdo da Monografia a respeito dos planos de saúde, tudo mudou muito de lá para cá. Naquela época na psiquiatria nós fazíamos o eletrochoque, fazíamos o choque de insulina. Era uma medicina muito primária para o que é hoje. O desenvolvimento alcançado na psiquiatria permite aos pacientes, por exemplo, esquizofrênicos, viverem completamente em vida social. A primeira intenção de criar um Plano de Saúde foi tornar toda a medicina particular e financiada pelo Plano Nacional de Saúde. Houve um projeto piloto aqui no estado, mas que não vingou porque a despesa foi muito superior à capacidade de resolução.

Anteriormente a Medicina era exercida publicamente em duas vertentes: uma filantrópica, mantida pelas Santas Casas de Misericórdia, com auxílio das Comunidades, e com poucos recursos, e a outra na Previdência Social através dos Institutos específicos: industriários, comerciários, bancários etc. Houve a criação do Ministério da Previdência Social com a divisão da Previdência e Assistência e nesta foi criado o INPS, Instituto Nacional da Previdência Social e daí o Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social, o INAMPS, que teve a intenção de abranger a totalidade da população com os recursos do INAMPS, que se tornaram insuficientes para cobertura de toda a população, coisa que permanece até o presente momento. Mas a medicina vem gradativamente assumindo a convivência entre a atenção do plano Previdenciário e da assistência particular e assim nós estamos atuando, tanto na clínica particular quanto subordinados ou credenciados via Previdência Social, o INAMPS, com o Estado assumindo a sua parte.

LSK: É um prazer muito grande estar aqui em sua presença. Volto a dizer, o início da minha vida profissional tem muito a ver com a sua participação. Eu lembro que o senhor criou muito rapidamente uma enfermaria para Meningite com todos os recursos possíveis para que nós pudéssemos atender tanto adultos como crianças. O Hospital Ary Parreiras tinha um grupo de profissionais muito eficazes e eficientes, só que não tinham mais habilidade para fazer punção lombar pois lidavam com a tuberculose e raramente se fazia uma punção lombar. Então eu, a Professora Ana Bazin e o Professor Silvio nos encarregamos de todas as punções lombares que eram feitas à época. Foi um trabalho exaustivo, mas de um aprendizado muito importante e isso realmente o Estado do Rio de Janeiro, o Brasil e nós, particularmente, devemos ao senhor pelo seu trabalho rápido e extremamente eficaz. Nós só temos que realmente agradecer-lhe por seu trabalho àquela época.

LAFP: Muito obrigado você sempre foi um Fidalgo. A gente se cruzou algumas vezes e você sempre do mesmo jeito, parabéns, muita saúde e que continue ainda entre nós por muitos anos querendo Deus!

HSB: Me perdoem as imprecisões, mas a cortesia de vocês de vir à minha casa em caráter excepcional e me escutar com toda tranquilidade eu lhes agradeço de todo coração em nome da minha família minha esposa e minha filha. Muito obrigado!

ALA: Professor Heitor dos Santos Braga essa é uma manhã histórica em vários sentidos, vários aspectos. É uma honra poder resgatar, ter de viva voz uma gravação, um depoimento emocionado um depoimento forte e cheio de memória do conhecimento médico, para que nós possamos registrar em nossos anais e distribuir as informações no futuro para aqueles que chegam, mostrando o quanto foi necessária, importante e fundamental a atuação dos nossos fundadores. Eu quero dizer ao senhor que a Academia tem vários objetivos, mas os principais são a tradição, a história, o conhecimento médico e naturalmente o convívio entre nós Acadêmicos e nossas famílias. Obrigado por nos receber, por dar um depoimento de altíssimo valor, pelo senhor ser o que é e ter ajudado a fundar a nossa Acamerj. Materializando esse agradecimento nós estamos lhe passando às mãos um simples mais afetuoso certificado. Muito obrigado a todos!





Foto real em
nosso Laboratório de
Anatomia Humana.

INFRAESTRUTURA DE ÚLTIMA GERAÇÃO, GARANTINDO A MELHOR EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGEM EM MEDICINA!

A Universidade Iguaçu vem investindo no que há de mais moderno em infraestrutura e tecnologia para uma formação atualizada e de excelência em Medicina e nos demais cursos da área da Saúde.



NOVO LABORATÓRIO DE ANATOMIA HUMANA

ACOMPANHE A ABERTURA DOS PRÓXIMOS VESTIBULARES EM WWW.UNIG.BR

UNIG
UNIVERSIDADE IGUAÇU

55 anos

Campus Nova Iguaçu - RJ
Av. Abílio Augusto Távora, nº 2134

Campus Itaperuna - RJ
BR-356, nº 02 - Cidade Nova



0800 021 2013
21 96588-6273



Palavras do Presidente

Acad. Antônio Luiz de Araújo

Gestão na Acamerj 2022-2023

Ao encerrarmos nosso período na Presidência da Acamerj desejamos agradecer, mais uma vez, e tantas quanto necessário for, a essencial colaboração efetiva dos Membros Titulares e Eméritos de nossa Instituição, principalmente aos participantes de nossa laboriosa Diretoria e as incansáveis colaboradoras Alita Baptista e Carolina Nascente.

Assumimos a administração de nosso Sodalício, num conturbado clima mundial de graves repercussões em nosso país e no Estado do Rio de Janeiro. Ainda com a pandemia de Covid-19 em curso (a OMS declarou fim da emergência sanitária mundial em junho de 2022); Guerra Ucrânia-Rússia; inflação em patamares elevados; perspectivas nebulosas, além de, em nossa Academia, existência de inadimplência perversa (algumas que persistiam por mais de dois anos). E por mais tenaz que pudessem ser as buscas por novos patrocinadores, estas foram nulas.

Então seguimos os preceitos básicos da boa gestão: a) procuramos acabar com a inadimplência; b) reduzimos gastos como de telefonia, internet, compra de material de consumo; c) limitamos nossas despesas dentro dos valores de receita; d) ocupamos cadeiras Acadêmicas vagas; e) negociamos melhores condições na produção gráfica e distribuição de nossa revista; f) trocamos nossas pouquíssimas reservas econômicas de aplicações, com rendimentos de caderneta de poupança, para rendimentos com a base na taxa Selic.

Nossas reservas financeiras atingiram níveis jamais registrados, passando de dois para admiráveis três dígitos cumprindo intenção de nossa Posse.... “Sim, nós podemos!”

Essas estratégias deram resultados, além da ampliação do maior patrimônio da Acamerj - a qualificada constelação de Membros Titulares e Eméritos.

Devemos ressaltar que sempre procuramos e estimu-

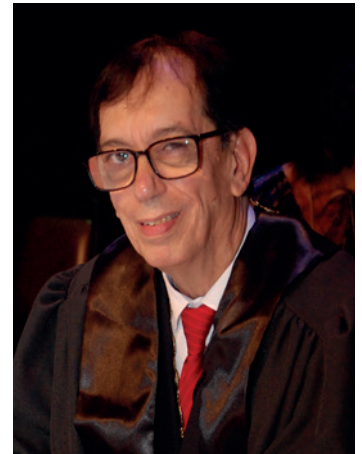
lamos um convívio harmônico, com debates e conhecimentos científicos de elevado nível, num ambiente de aprimoramento do ser humano, sobretudo de valorização das pessoas, de suas perspectivas e realizações. Dessa maneira em momento algum a polarização, que tomou conta praticamente de todo o país, fez parte da Acamerj; não tivemos o “nós contra eles”, mas, com grande orgulho, o “Nós conosco pela Acamerj”.

Assim estreitamos laços de parceria acadêmica, científica e cultural com a Federação Brasileira de Academias de Medicina - FBAM; internamente com os Núcleos da Acamerj em Teresópolis e Nova Iguaçu com a Academia Nacional de Medicina, Universidades (UNIRIO, UFF, UNIFESO, Estácio de Sá), Academia de Medicina do Rio de Janeiro; Academia Brasileira de Medicina Militar, Associação Médica Fluminense, Conselho Regional de Medicina RJ e Conselho Federal de Medicina.

Discussões, debates, conhecimentos, aprendizados de inúmeros temas de relevância médica, social e cultural foram abordados: ensino médico, urgência e emergência, saúde mental, envelhecimento, vacinas e prevenções, obesidade, violência de gênero, inteligência artificial, avanços tecnológicos, espiritualidade na saúde etc.

Portanto deixamos para o futuro um caminho mais pavimentado para ser seguido, inclusive com novos Estatuto e Regimento, modernizados para atender melhor às necessidades da Academia e de seus Membros.

Finalizamos desejando profícuo trabalho ao novo período administrativo, dessa vez de três anos, sob a Presidência do Confrade amigo Prof. Dr. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro.



Ricardo Cavalcanti Ribeiro

Cirurgia plástica e Reconstructiva
Harmonização facial

Prof. Dr. Ricardo Cavalcanti Ribeiro

CRM 52463126

Professor do Instituto Carlos Chagas e da
Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro - UNIRIO

Convênios:

Petrobras, Mútua, Unimed

☎ 21 2492-1108

☎ 21 96777-1120

Seg. e quarta das 16 às 19 horas
Sexta das 10 às 13 horas

Av. Armando Lombardi, nº1.000, Bloco 1, sala 309 - Barra Life
CEP: 22640-000 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro





Acamerj empossa Acadêmicos Titulares e homenageia Emérito

Dia 28/07/23, com início às 18:00h, a Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - Acamerj, realizou Sessão Solene de Posse de Novos Acadêmicos Titulares e Emerência.

O Mestre de Cerimônia, Acad. Wellington Santos, fez as apresentações iniciais e convidou as seguintes autoridades para comporem a Mesa Diretiva: Acad. Antônio Luiz de Araújo (Presidente da Acamerj), Acad. Luiz José Martins Romêo Filho (1º Vice-Presidente), Acad. Alcir Vicente Visela Chácar (ex-Presidente da Acamerj), Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro (ex-Presidente e Presidente do Conselho Científico), Acad. Selma Maria de Azevedo Sias (Secretária Geral da Acamerj), Zelina Caldeira da Rocha (Presidente da AMF) e os empossados da noite: Professor Doutor Antônio Carlos da Silva Moraes, como Acadêmico Titular na Cadeira de nº 76, Patronímica do Acadêmico Luiz José Martins Romêo Filho; Professora Doutora Ivana Picone Borges de Aragão, como Acadêmica Titular na Cadeira de nº 52, Patronímica do Professor Alcides Lintz; Professor Doutor Mauro Zukin, como Acadêmico Titular na Cadeira de nº 25, Patronímica do Professor João Baptista Serrão, com Ascensão a Membro Emérito da Acadêmica Professora Miriam Tendler e Professora Doutora Regina Casz Schechtman como Acadêmica Titular na Cadeira de nº 19, Patronímica do Professor Arlindo Raimundo de Assis.

O Presidente Antônio Luiz de Araújo abriu o evento cumprimentando os presentes. A seguir, a Secretária Geral, Selma Maria de Azevedo Sias, leu o termo de posse que foi assinado pelos empossados, enquanto o Mestre de Cerimônia lia os respectivos currículos. Feita entrega de medalha, diploma e botton, os novéis Acadêmicos leram o juramento.

Além das palavras de agradecimento dos empossados, o Acadêmico Luiz Alberto Soares Pimentel (Orador oficial) proferiu discurso de homenagem aos mesmos. O Presidente da Acamerj deu a Sessão por encerrada, convidando todos para jantar de confraternização.



Acadêmicos empossados



Mesa Diretora da Sessão Solene



Momento da homenagem à Acadêmica Emérita Miriam Tendler



O Presidente da Acamerj com os Acadêmicos empossados Antonio Carlos, Regina Casz, Mauro Zukin e Ivana Picone



Acadêmica Emérita Miriam Tendler com convidados



Simpósio “Obesidade - O Mal da Atualidade”

No dia 10 de agosto, a Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - Acamerj, realizou um evento significativo que trouxe à tona uma das questões de saúde mais atuais: a obesidade. Organizado pelo Acadêmico Antônio Luiz de Araújo (Presidente da Acamerj), o evento contou com a seguinte programação: Acad. Prof. Dr. Rubens Antunes da Cruz Filho - Novidades no tratamento da obesidade; Acad. Prof. Dr. Antônio Luiz de Araújo - Repercussão da obesidade no Sistema Venoso dos Membros Inferiores; Prof. Dr. Fernando de Barros - Resultados da Cirurgia Bariátrica e Acad. Prof. Dr. Ricardo Cavalcanti Ribeiro - Cirurgia plástica reparadora do paciente pós-obeso. Após as apresentações, os Acadêmicos Luiz Alberto Soares Pimentel e Antônio Luiz de Araújo debateram os temas abordados. Além dos Acadêmicos participantes presentes, o Simpósio também contou com a presença do Confrade Luiz Augusto de Freitas Pinheiro e das Confeiras Vilma Duarte Câmara e Selma Maria de Azevedo Sias.

Ao final, a Acamerj ofereceu brunch aos presentes em conagraçamento pela realização de mais um evento profícuo.



Um grupo de acadêmicos e participantes



Acadêmico Antonio Luiz, Luiz Pimentel, Rubens Antunes, Ricardo Cavalcanti e Luiz Augusto

Prof. Dr. Alexandre Martins Valença toma posse como Acadêmico Titular

Na noite do dia 29 de setembro, a Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Acamerj) realizou Sessão Solene de Posse do Acadêmico Titular Alexandre Martins Valença e de homenagem ao Acadêmico Emérito Jacob Samuel Kierszenbaum. A cerimônia, que teve início às 18:00h, aconteceu nas instalações do Núcleo de Estudos em Biomassa e Gerenciamento de Águas - NAB/UFF, reunindo proeminentes personalidades da área médica, Acadêmicos e familiares.

O Mestre de Cerimônia, Acadêmico Wellington Santos, deu início ao evento fazendo as apresentações iniciais e em seguida convidou as seguintes autoridades para compor a Mesa Diretiva: Acadêmico Antônio Luiz de Araújo (Presidente da Acamerj); Acadêmico Luiz José Martins Romeo Filho (1º Vice-Presidente); Acadêmica Vilma Duarte Câmara (2ª Vice-Presidente); Acadêmico Luiz Augusto de Freitas Pinheiro (Presidente do Conselho Científico); Acadêmico Alcir Vicente Visela Chácar (ex-Presidente da Acamerj), Acadêmica Selma Maria de Azevedo Sias (Secretária Geral) e Acadêmico Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro (Representando a Academia Nacional de Medicina - ANM).

O Presidente da Acamerj, Antônio Luiz de Araújo, abriu o evento com calorosas saudações aos presentes, ressaltando a importância do novo Membro. Em seguida a Secretária Geral, Selma Maria de Azevedo Sias, leu o termo de posse, e o empossado proferiu o juramento.

Após a apresentação do currículo do Acadêmico Titular e do Emérito, foi realizada a entrega das medalhas, diplomas e bottons, simbolizando a oficialização da posse. Por motivo



Acadêmico Alexandre Valença com o grupo de Acadêmicos Titulares e Eméritos



Empossado recebe seu diploma do Presidente Antônio Luiz

de força maior, o Acadêmico Emérito Jacob Samuel Kierszenbaum não pode estar presente na Solenidade.

Além das palavras de agradecimento do empossado, o Acadêmico Luiz Alberto Soares Pimentel, Orador oficial da Acamerj, proferiu um discurso tocante de homenagem aos Acadêmicos, destacando suas realizações e comprometimento com a medicina.

O evento culminou com o Presidente da Acamerj, Antônio Luiz de Araújo, dando a Sessão por encerrada e convidando todos os presentes para um coquetel de confraternização.





Eleição Triênio 2024-2025-2026

No dia 04 de outubro de 2023, das 10:00h às 17:00h, conforme anunciado previamente no edital dirigido aos Membros Titulares e Eméritos da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - Acamerj, foram realizadas eleições diretas para a Diretoria e Conselho Fiscal da instituição, para o Triênio 2024-2025-2026. A eleição contou com uma única chapa, composta da seguinte forma:

DIRETORIA

Presidente - Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

1º Vice-Presidente - Acad. Vilma Duarte Câmara

2º Vice-Presidente - Acad. Antônio Luiz de Araújo

Secretário Geral - Acad. Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna

1º Secretário - Acad. Selma Maria de Azevedo Sias

2º Secretário - Acad. Eduardo Nani Silva

Tesoureiro - Acad. Luiz Sérgio Keim

1º Tesoureiro - Acad. José Luis Reis Rosati

Diretor de Patrimônio - Acad. Luiz Alberto Soares Pimentel

Diretor de Comunicação - Acad. Esmeralci Ferreira

Diretor de Documentação - Acad. Mauro Geller

Diretor Sócio-Cultural - Acad. Vânia Glória Silami Lopes

Orador - Acad. Evandro Tinoco Mesquita

CONSELHO FISCAL - Conselheiros

Titular - Acad. Antonio Chinelli

Titular - Acad. Hélio Copelman

Titular - Acad. Wellington Santos

Suplente Acad. - Paulo Antônio de Paiva Rebelo

Suplente Acad. - Tânia Cristina de Mattos Barros Petraglia

Suplente Acad. - Theóphilo José da Costa Neto

O evento transcorreu de maneira organizada durante toda a manhã e tarde, com a participação de diversos acadêmicos. A Comissão Eleitoral foi composta pelos Acadêmicos Luiz José Martins Romeo Filho, Vânia Glória Silami Lopes e Gesmar Volga Asséf Haddad. Após o encerramento da eleição, foram apurados os votos, incluindo os de Núcleos, contando com a presença dos Acadêmicos Alcir Vicente Visela Chácar, Selma Maria de Azevedo Sias, Ciro Denevitz de Castro Herdy, Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, Luiz Sérgio Keim e do atual Presidente da Acamerj Antônio Luiz de Araújo.



O reitor da UFF, Acadêmico Antônio Cláudio Nóbrega, prestigiou as eleições



Acadêmicos Ernesto Rymer, Pietro Novellino, Marcos Freitas e Mario Giordano com o Presidente eleito e o Presidente atual.



Acadêmico Claudio Tinoco com o Presidente eleito Luiz Augusto

Após a contagem dos votos, a Assembleia Geral Extraordinária registrou um total de 58 (cinquenta e oito) votos para a chapa vencedora e um em branco. Em tempo, a Acamerj também elegeu seu Acadêmico do Ano de 2023, sendo o Presidente Antônio Luiz de Araújo escolhido com 48 (quarenta e oito) votos válidos.

A Posse da Nova Diretoria, a outorga e homenagem ao Acadêmico do Ano será realizada no 49º aniversário da Acamerj, em 08 de dezembro de 2023.

A Acamerj celebra o término de mais um processo eleitoral democrático e expressa seus melhores desejos para os eleitos, esperando que desempenhem suas funções com sabedoria para o engrandecimento da instituição.

Em 08 de dezembro de 2024 a Acamerj celebrará seu 50º aniversário e durante o transcorrer do ano ocorrerão uma série de eventos comemorativos, organizados pela Diretoria e pelo Conselho Científico do Jubileu de Ouro. A participação e as ideias de todos os Acadêmicos e Acadêmicas são essenciais para o sucesso dessas atividades. Juntos podemos transformar estes momentos em uma oportunidade de renovação e inspiração, perpetuando nosso legado.



Semana do Conhecimento e do Saber ACAMERJ NA UNIG



Acadêmicos e convidados do evento

A Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - Acamerj, participou mais uma vez, com êxito, de um evento em conjunto com a Universidade Iguaçu (UNIG), com mesa solene organizada pelo Presidente da Acamerj Antônio Luiz de Araújo. Em mais uma edição da Semana do Conhecimento e Saber, um evento anual que visa promover a integração entre o ensino, a pesquisa e a extensão, fortalecendo a interação entre docentes, estudantes de graduação, educação profissional, pós-graduação e a comunidade em geral.

Ocorrido ao longo dos dias 24, 25 e 26 de outubro, o evento proporcionou uma plataforma para compartilhar conhecimentos e experiências, com foco na reflexão sobre temas atuais das mais diversas áreas ensinadas na Universidade. A Acamerj participou efetivamente da tarde do dia 26 com quatro sessões distintas, cada uma abordando um tópico relevante:

I SESSÃO: A MEDICINA E A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: Nesta sessão, o Presidente do Conselho Científico da Acamerj, Acad. Titular Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, liderou a discussão sobre a interseção da medicina com inteligência artificial. O Prof. Dr. Lincoln Faria da Silva, da UERJ, apresentou as mais recentes inovações nesse campo, enquanto os Acadêmicos Titulares Adauto Dutra Moraes Barbosa e Selma Maria de Azevedo Sias contribuíram com debates esclarecedores ao final.

II SESSÃO: VIOLÊNCIA DE GÊNERO: O Acad. Titular Nilson Gomes, Diretor-Presidente da Regional de Nova Iguaçu, presidiu esta sessão que abordou a importante questão da violência de gênero. O novel Acad. Titular Alexandre Martins Valença apresentou dados e perspectivas relevantes sob o olhar da psiquiatria, enquanto o Acadêmico Titular Carlindo de Souza Machado e Silva Filho trouxe contribuições valiosas para o debate.

III SESSÃO: OBESIDADE - ASPECTOS MÉDICOS E SOCIAIS: A terceira sessão, presidida pelo Acad. Titular Antônio Luiz de Araújo, Presidente da Acamerj, concentrou-se na



Vista parcial da plateia

obesidade e seus aspectos médicos e sociais. O Prof. Dr. Antônio Alves do Couto, da UFF, apresentou a problemática da obesidade, especificamente sobre a cardiologia, enquanto os Acadêmicos Titulares Mário Vicente Giordano e Luiz Alberto Soares Pimentel enriqueceram o debate com suas perspectivas e as repercussões em suas especialidades: ginecologia e cirurgia plástica, respectivamente.

IV SESSÃO: ENVELHECIMENTO E MODERNIDADE: A última sessão, sob a presidência do Acad. Emérito Luiz José Martins Romêo Filho, 1º Vice-Presidente da Acamerj, explorou o envelhecimento e a modernidade. A Acad. Emérita Vilma Duarte Câmara, enquanto neurogeriatra, apresentou ideias sobre o envelhecimento na sociedade atual, enquanto os Acadêmicos Eméritos Mário Gáspare Giordano e Maria da Glória da Costa Carvalho trouxeram contribuições valiosas para o debate.

O evento obteve êxito, evidenciando o compromisso da UNIG e Acamerj com a progressão do saber, a pesquisa inovadora e a conexão com a comunidade. A Acamerj louva e engrandece a parceria, principalmente na pessoa do Diretor-Presidente do Núcleo de Nova Iguaçu Nilson Gomes e suas iniciativas para a comunidade docente e discente da UNIG.





Sessão Solene de 49º Aniversário de fundação POSSE DA NOVA DIRETORIA



Mesa Diretora da solenidade

A Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Acamerj) comemorou seu 49º aniversário de fundação com uma Solenidade especial, realizada no dia 08 de dezembro de 2023, na Casa do Médico - Associação Médica Fluminense (AMF) em Icaraí, Niterói-RJ. O evento contou com a presença do Presidente da Acamerj Antônio Luiz de Araújo e dos Acadêmicos: Alair Sarmet dos Santos, Alcir Vicente Visela Chácar, Alexandre Martins Valença, Anderson Wilnes Simas Pereira, Áurea Lúcia Alves Grippa de Souza, Carlos Romualdo Barboza Gama, Ciro Denevitz de Castro Herdy, Esmeralci Ferreira, Gerson Paulo Goldwasser, Gesmar Volga Assef Haddad, Jamil da Silva Soares, Jacob Samuel Kierszenbaum, José Antônio Verbicário Carim, José Dutra Bayão, José Luis Reis Rosati, Josesmar da Silveira Reis, Leslie de Albuquerque Aloan, Luiz Alberto Soares Pimentel, Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, Luiz José Martins Romêo Filho, Luiz Sérgio Keim, Marco Antonio Caldeira Brant Saldanha, Marco Antônio Naslausky Mibielli, Marcos Raimundo Gomes de Freitas, Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna, Mário Gáspare Giordano, Mauro Geller, Neide Kalil Gaspar, Nilson Gomes, Omar da Rosa Santos,

Paulo Antônio de Paiva Rebelo, Ricardo Cavalcanti Ribeiro, Rodolfo Perrotta Pinto Aleixo, Rodrigo Sattamini Pires e Albuquerque, Rubens Antunes da Cruz Filho, Selma Maria de Azevedo Sias, Solange Artimos de Oliveira, Tânia Cristina de Mattos Barros Petraglia, Theophilo José da Costa Neto, Vânia Silami Lopes, Vilma Duarte Câmara, Wellington Santos, além de membros da comunidade médica, homenageados, familiares e convidados.

O Acadêmico Titular Wellington Santos, como Mestre de Cerimônia da Sessão Solene, nomeou a Mesa Diretiva que foi composta pelos Membros da Diretoria do Triênio 2024-2026, pelos ex-Presidentes da Acamerj Alcir Vicente Visela Chácar e Luiz José Martins Romêo, Dr. Gilberto Garrido Júnior (Presidente da Associação Médica Fluminense - AMF), Dra. Zelina Caldeira (Conselheira do CREMERJ), Diretores-Presidentes das Regionais da Acamerj, homenageados com Medalha de Mérito Médico de 2023 e as Senhoras Regina Célia de Araújo, Maria de Fátima Gomes Pinheiro e Valéria Hoelz Kierszenbaum.

Dando a Sessão por aberta, o Presidente da Acamerj, Antônio Luiz de Araújo, pediu a todos para que ficassem em po-



Acad. Antônio Luiz com sua esposa Regina



Acadêmico Samuel Kierszenbaum recebe seu diploma de Emérito



Momento de transmissão do cargo.



sição de respeito para entoar o Hino Nacional. O Acadêmico Emérito e Representante da Academia Nacional de Medicina, Omar da Rosa Santos, fez discurso de homenagem ao Presidente a ser empossado Acadêmico Titular Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, destacando sua amizade de longa data com o mesmo e ressaltando as realizações da Diretoria do Biênio 2022-2023, presidida pelo Acadêmico Titular Antônio Luiz de Araújo.

As homenagens foram iniciadas com a outorga de Acadêmico do Ano de 2023 para o Presidente Antônio Luiz de Araújo, que logo após fez discurso emocionado agradecendo sua esposa e aos pares que o elegeram para tal honraria. Antes de serem iniciadas as outorgas de Mérito Médico, foi entregue Medalha de Emérito e certificado ao Acad. Jacob Samuel Kierszenbaum, visto que o mesmo não pode estar presente na Solenidade de Posse de novos Acadêmicos Titulares no dia 29 de setembro.

Seguiram-se as entregas de Medalhas de Mérito Médico aos profissionais indicados pelos Núcleos Regionais da ACA-

MERJ, honrando suas contribuições notáveis para a medicina em suas respectivas regiões do estado do Rio de Janeiro:

- Dr. Fernando Mendes Sant'Anna (Região dos Lagos) - Medalha Acad. Mário Duarte Monteiro;
- Dr. Osvaldo José Moreira do Nascimento (Rio de Janeiro) - Medalha Acad. Francisco de Almeida Pimentel;
- Dr. Edilbert Pellegrini Nahn Junior (Campos dos Goytacazes) - Medalha Acad. Giuseppe Mauro;
- Dr. Marco Antônio Alves Azizi (Nova Iguaçu) - Medalha Acad. Antonio Jorge Abunahman;
- Dr. Alcemir Gonçalves Pettersen (Teresópolis) - Medalha Acad. Roched Abib Seba;
- Dra. Maria Cristina Diniz Gonçalves Ezequiel (Petrópolis) - Medalha Prêmio Nobel Peter Brian Medawar;
- Dr. Henrique Almeida Oliva (Nova Friburgo) - Medalha Acad. Octávio Lemgruber;
- Dr. Wellington Luiz Rodrigues Magalhães (Itaperuna) - Medalha Acad. Carlos Tortelly Rodrigues Costa;

Homenagem de Mérito Médico



Dr. Rogério Estrella - Acamerj Niterói



Dr. Edilbert Pellegrini - Núcleo de Campos



Dr. Wellington Magalhães - Núcleo de Itaperuna



Dr. Marco Azizi - Núcleo de Nova Iguaçu



Dr. Henrique Oliva - Núcleo de Nova Friburgo



Dr. Fernando Sant'Anna - Núcleo Região dos Lagos



Dra. Maria Cristina Ezequiel - Núcleo de Petrópolis



Dr. Alcemir Pettersen - Núcleo de Teresópolis

DIRETORES DE NÚCLEOS:

Campos - Acad. Jamil da Silva Soares

Itaperuna - Acad. Eugênio Carlos de Almeida Tinoco

Nova Iguaçu - Acad. Nilson Gomes

Nova Friburgo - Acad. José Antônio Verbicário Carim

Região dos Lagos - Acad. Anderson Wilnes Simas
Pereira

Rio de Janeiro - Acad. Omar da Rosa Santos

Petrópolis - Acad. Jacob Samuel Kierszenbaum

Teresópolis - Acad. Marco Antonio Naslausky
Mibielli



Grupo de Acadêmicos e familiares celebrando os 49 anos

- Dr. Rogério Ribeiro Estrella (Niterói) - Medalha Acad. Renato Luiz Nahoum Curi.

Seguindo o roteiro, o Presidente do Biênio 2022-2023 Antônio Luiz de Araújo discursou sobre seu mandato, agradeceu todos os membros de sua Diretoria e àqueles que se fizeram presentes em eventos, mesas redondas, cursos etc. Em seguida, o Orador Oficial, Luiz Alberto Soares Pimentel, saudou os homenageados, bem como as gestões, passada e do porvir, destacando suas qualificações.

A nova Diretoria eleita para o Triênio 2024-2026 tomou posse durante a cerimônia, com assinatura do livro por todos os membros que a compõem. Em seguida, palavras de agradecimento foram feitas pela 1ª Vice-Presidente Vilma Duarte Câmara e pelo Presidente eleito, Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, que agradeceu os presentes com a canção de Elton John - Skyline Pigeon, destacando ainda poesia do Professor Paulo Fênder e aforismo do filósofo José Ortega y Gasset, tudo isso para justificar o sonhar e concretizar sonhos. O vídeo da íntegra da Solenidade pode ser acessado em nosso canal do YouTube.



Professora Eliane Romão com as Acadêmicas Vilma Câmara, Selma Sias, Vânia Silami e Neide Kalil



Acadêmicos Marcos Freitas e Alexandre Valença ladeiam o ex-Presidente e o Presidente



Acad. Luiz Augusto com sua esposa Maria de Fátima



Vista parcial da recepção



Pres. Luiz Augusto e a secretário executiva Alita Baptista dos Santos ladeiam os Ac. Fátima Pombo, Luiz Pimentel e Dra. Zelina Caldeira representando o Cremerj e a Somerj



Dra. Zelina Caldeira e os editores da Revista da Acamerj, Luthero Silva e Kátia Monteiro com o Presidente Acadêmico Luiz Augusto



Prof. Pedro Mondino abrilhantando a recepção



Visão parcial da plateia na solenidade



O Presidente Luiz Augusto comemora com familiares



O casal Luiz Augusto e Fátima entre familiares e amigos

Ao encerrar, o Presidente empossado agradeceu sua família e seus pares. Sua esposa, Maria de Fátima Gomes Pinheiro, e a esposa do ex-presidente Antônio Luiz de Araújo, Dra. Regina Célia, foram homenageadas com buquê de flores.

O evento foi concluído com um coquetel no Salão Nobre

Dr. Aloysio Decnop Martins, onde os presentes foram brindados com a musicalidade do Professor Pedro Mondino, proporcionando um ambiente de confraternização e celebração dos avanços e conquistas da Acamerj ao longo de suas quase cinco décadas de existência.

Galeria dos Acadêmicos, homenageados e familiares presentes na recepção





Acad. Antônio Braga recebe Medalha Tiradentes



O homenageado e o autor da proposta Deputado Estadual Tande Vieira



Acadêmico Antônio Braga profere seu discurso de agradecimento

Por proposta do Deputado Estadual Tande Vieira, foi conferida a Medalha Tiradentes, a mais alta honraria concedida pelo legislativo do Estado do Rio de Janeiro a um dos ilustres Membros da nossa Academia, o Acadêmico Titular da Cadeira de nº 08 Antônio Rodrigues Braga Neto. A Outorga ocorreu em Sessão Solene na ALERJ em 09 de agosto do corrente ano.

O Professor Antônio Braga é uma figura notável em sua especialidade, desempenhando com maestria a função de Professor de Obstetrícia tanto na UFRJ quanto na UFF. É amplamente reconhecido pelo seu vital trabalho de pesquisa, bem como pela sua notável aplicação clínica no campo da Neoplasia Trofoblástica Gestacional, consolidando o Brasil como referência no tratamento dessa doença.

A Acamerj tem a honra e muito se orgulha de unir-se às inúmeras homenagens prestadas a esse ilustre Acadêmico, ressaltando assim o seu compromisso inabalável com a promoção do saber médico e a contínua valorização da excelência acadêmica.

Fizeram-se presentes na Solenidade os Acadêmicos: Pietro Novellino, Omar da Rosa Santos e Luiz Augusto de Freitas Pinheiro.

Festividades Comemorativas do Dia do Médico na AMF



A então Presidente da AMF Zelina Caldeira e autoridades homenageam os Acadêmicos Rodrigo Pegado e Evandro Tinoco

Em uma emocionante celebração, a Associação Médica Fluminense (AMF) comemorou o Dia do Médico com extensa programação em sua sede, incluindo homenagem de “Personalidade Médica do Ano” aos Confrades Evandro Tinoco Mesquita e Rodrigo Schwartz Pegado, por atuações em várias esferas de suas carreiras médicas.

O evento teve início com uma comovente missa na Capela de São Lucas às 08:00h, seguida de um encontro festivo que reuniu médicos e convidados no Salão Nobre da sede da AMF.

A Associação Médica Fluminense também aproveitou a ocasião para dar Posse à Nova Diretoria, que irá liderar a instituição no período de 2023 a 2026, na pessoa do Dr. Gilberto Garrido Junior. Estiveram presentes os Acadêmicos: Antônio Luiz de Araújo, Luiz José Martins Romêo Filho, Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, Luiz Alberto Soares Pimentel, Alcir Vicente Visela Chácar e Vilma Duarte Câmara.

As festividades demonstraram o reconhecimento e a gratidão pela dedicação inestimável dos médicos, que desempenham um papel crucial na promoção da saúde e no bem-estar da sociedade. A Acamerj parabeniza o evento e deseja uma Gestão benéfica e construtiva para a AMF.



Acadêmicos Evandro Tinoco e Rodrigo Pegado com suas respectivas placas



Homenagem Póstuma



A Acamerj lamenta o falecimento do Acadêmico Emérito Tarcísio Rivello de Azevedo, na data de 19 de julho de 2023.

Tarcísio Rivello de Azevedo, filho de Jayme Maciel de Azevedo e Glória Rivello de Azevedo, nasceu em Niterói em 22 de dezembro de 1945. Iniciou sua formação escolar e concluiu o curso primário no Colégio Salesiano em Niterói e o Curso Científico no Colégio Plínio Leite.

Em 1966, após exame vestibular, ingressou no Curso de Medicina na Universidade Federal Fluminense, tendo colado grau em 1970. Fez Mestrado e galgou, por concurso, a categoria de Professor Auxiliar. Desde o tempo de estudante interessou-se pelo ensino. Como monitor de Anatomia Regional (Topográfica), já ministrava aulas de aplicação médico-cirúrgica em 1967. Ao término de seu curso de Medicina continuou voltado para o magistério superior, iniciando suas atividades docentes como Professor Auxiliar de Ensino em 1973. Mais tarde, em 1980, passou a Professor Assistente e em janeiro de 1985 a Professor Adjunto, após concluir o Doutorado sempre ligado a Anatomia Humana do Curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense.

Mais tarde em 1994, através de concurso público, tornou-se Professor Titular de Anatomia Humana.

Durante o Curso de Medicina, além das atividades curriculares, frequentou diversos serviços, em busca de conhecimentos práticos que completassem a sua formação profissional, voltada desde o início para a Cirurgia. Especializou-se então em Angiologia e Cirurgia Vascular, especialidades que exerceu desde 1971. Neste mesmo ano participou do Curso de Especialização em Angiologia da Escola de Pós-Graduação da PUC-RJ e em 1973 prestou exames escrito, prático-oral e provas de títulos, para a obtenção do título de especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular pela Associação Médica Brasileira e Sociedade Brasileira de Angiologia & Cirurgia Vascular.

Contraiu núpcias com Rita de Cássia Barros Rivello de

Azevedo em 1976, e viveram anos de felicidade e respeito até seu falecimento.

Tarcísio teve intensa vida médica, acadêmica, docente e administrativa. Publicou inúmeros artigos, participou de diversos Congressos onde apresentou temas livres, murais e proferiu palestras.

Dedicou dezesseis anos (2006-2022) de sua vida a gerir o Hospital Universitário Antônio Pedro-HUAP, onde exerceu cargos de Diretor e Superintendente, enfrentando período difícil da pandemia de Covid-19.

Seus dezesseis anos à frente da administração do HUAP foram diferenciados por: Recuperação física da estrutura hospitalar; aquisição de novos equipamentos; busca pelo entrosamento entre a parte assistencial e a de ensino; fortalecer a Associação dos Colaboradores do Hospital Universitário Antônio Pedro - ACHUAP, com o tino administrativo e pulso forte de sua esposa Sra. Rita Rivello; reformar, ampliar e dar continuidade aos ambulatórios; humanização do HUAP - Recantos para encontros, distração com música (piano, violão), capela Ecumênica; e realizar tudo isso, e algo mais, com muita dignidade e honestidade.

O Confrade, altamente participativo, esteve presente em diversas gestões da Acamerj, chegando a atuar nos Conselhos Científico e Fiscal.

Em seu discurso de Ascensão a Membro Emérito na Acamerj afirmou que “somente a gestão respeitosa entre as partes, com ética, seriedade, participação e planejamento permitirá a evolução, a melhoria do sistema de saúde e, por consequência, de suas redes de assistência do SUS.”

Seu árduo trabalho na UFF, no Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) e, conseqüentemente, na medicina de Niterói, jamais será esquecido.

O eminente Confrade foi velado no Salão Nobre do Cemitério Parque da Colina, em Niterói, dia 20/07/23.

A Acamerj se associa ao luto da família e conclama Confrades e Confreiras a se lembrarem do Acadêmico Tarcísio Rivello de Azevedo em suas preces.



Homenagem Póstuma



A menos de um mês para completar 104 anos de idade, faleceu em Buenos Aires - Argentina, o Professor Fortunato Benaim, considerado, pelos platinos, o “Pai da Medicina contra Queimaduras”.

Nascido em Mercedes, província de Buenos Aires, em 18 de outubro de 1919, filho de um comerciante e uma mulher do lar, teve uma infância comum aos jovens da época. Posteriormente mudou-se para Buenos Aires, onde, para custear suas despesas de manutenção e estudos, trabalhou em casas de shows, boates e cinemas (tocando instrumentos como piano, violino e dançando o tango com maestria).

Graduou-se em Medicina em 1946 e iniciou sua atuação como cirurgião no Hospital Argerich, em 1948. Nessa ocasião, uma família residente em La Boca, teve sua residência totalmente consumida por um incêndio que provocou graves queimaduras em todos. Recebeu, do então Diretor do Hospital a ordem de cuidar dos feridos. Ali começa a relação de Benaim com a Cirurgia Plástica voltada para as queimaduras. Daí para frente foram inúmeras incumbências, diversos cursos de especialização, inclusive nos EUA, cargos de direções, criação de técnicas, de instrumentos, culminando com implantação de Banco de Pele. Diretor do Instituto de Queimaduras, Fundação do Queimado, Centro de Excelência para Tratamento de Queimados e, em 1990, criou a Fundação Fortunato Benaim, da qual foi Presidente e Diretor.

A seguir, um breve currículo, assaz mini, da vida fértil e útil de Fortunato Benaim:

Professor de Quatro Universidades de Buenos Aires; Ocupante da Cadeira de número 13 da Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires; Membro Honorário e Correspondente de todas as Sociedades Latino-americanas de Cirurgia Plástica e Queimaduras e dos EUA e Espanha; Premiada e distinguido vinte vezes por Órgãos, Instituições e Universidades da Argentina e do exterior; Publicou duzentos artigos, vários livros e capítulos de livros. Ressalte-se seu livro autobiográfico “60 Anos dedicados à Medicina do Queimado”.

Destaque-se que o ilustre Acadêmico exerceu a Medicina por 80 anos, seguindo ativo mesmo após, aos 98 anos, permanecer internado em UTI por cinco meses, vítima de abscesso hepático, como complicação de colecistectomia videolaparoscópica, cursando com sepsis e IRA.

Nós, brasileiros, temos ligação muito sentimental e de dívida com o Mestre Fortunato Benaim. Em 17 de dezembro de

1961, num domingo, ocorreu um grave incêndio do Gran Circus Norte-Americano em Niterói com um saldo de trezentas e dezessete mortes e mais de quinhentos feridos. Uma verdadeira tragédia que descortinou vários atos de solidariedade humana. Entre eles registramos a atitude de Benaim: veio da Argentina com cinco cirurgiões plásticos assistentes e vários funcionários, trazendo ainda materiais necessários ao atendimento, provenientes do Hospital de Los Niños de Buenos Aires. Juntamente com cirurgiões Plásticos da cidade do Rio de Janeiro e Niterói, como Ivo Pitanguy, Odir Aldeia, Ramil Sinder e do Hospital Naval de Bethesda, de onde veio pele homóloga para transplante. Ressalte-se ainda a participação de médicos clínicos como Magalhães Gomes, Eduardo Imbassahy, Geraldo Chini, Márcio Torres etc, bem como enfermeiros, estudantes de Medicina, motoristas, enfim, da população em geral, cujos membros se revezavam para contribuir com a assistência aos pacientes no Hospital Municipal Antônio Pedro e outros hospitais da cidade.

Fortunato Benaim, e sua equipe, permaneceram o tempo necessário ao atendimento e estabilização dos feridos.

O acidente foi tão contundente que, por mais de trinta anos, nenhum circo foi armado em Niterói. A ideia era esquecer a tragédia. O fato só foi recordado cinquenta anos após, quando a Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - Acamerj, capitaneada pelo Presidente Alcir Vicente Visela Chácar, em 10 de maio de 2011, promoveu uma homenagem aos Professores Fortunato Benaim e Ivo Pitanguy, conferindo-lhes, em Sessão Solene, o título de Membros Honorários da entidade concretizados em Diploma e Medalha.

O Professor Benaim foi ainda homenageado pela Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e pela Câmara de Vereadores de Niterói, respectivamente, com os Títulos de Cidadão Honorário do Estado do Rio de Janeiro e de Niterói. Um tardio, porém, belo reconhecimento.

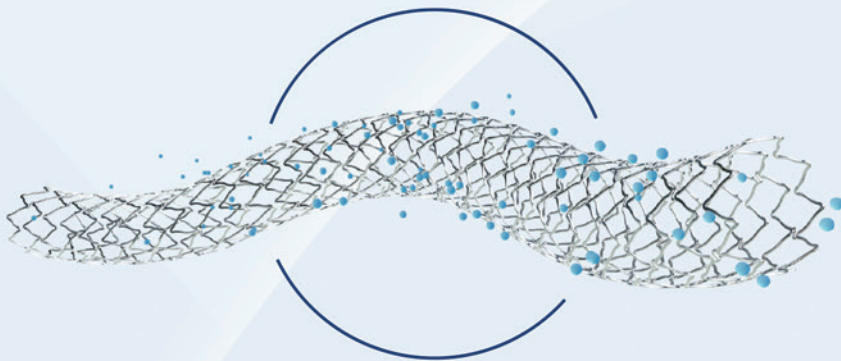
O Acadêmico Fortunato Benaim foi casado três vezes, tem dois filhos, cinco netos e um bisneto. Com a esposa atual “Martita” [Fernández] esteve casado por mais de quarenta anos numa união harmoniosa e feliz.

Quando instado certa vez, a refletir sobre uma vida longa, plena e feliz, disse: “ - Ter uma mulher com quem você se entende. É a melhor coisa que pode acontecer com você imediatamente, mais se não, você deve procurar por ela. Isso me custou três casamentos. E estou com ela há quarenta anos. Em segundo lugar, ter projetos e executá-los”.



A SCITECH® é a primeira indústria de stents da América Latina. Atua em todo o mercado nacional e exporta para mais de 45 países. Seu parque industrial está dentro dos padrões internacionais, com alta tecnologia e equipamentos de última geração, certificados como ISO 13.485. Possui uma equipe de profissionais altamente qualificados e o suporte da comunidade médico-científica brasileira.

SIROLIMUS DRUG ELUTING STENT
INSPIRON
LEGACY



**EFFECTIVE HEALING
ALL IN ONE**

- ● ● Liga de CoCr
- ● ● Hastes 75µm
- ● ● Recobrimento abluminal
- ● ● Baixa dosagem de Sirolimus
- ● ● Eluição do fármaco em 45 dias
- ● ● Biodegradação do recobrimento entre 6-9 meses

ACAMERJ

Presidentes da Academia de
Medicina do Estado do Rio de
Janeiro desde sua fundação em
08/12/1974

Carlos Tortelly Rodrigues da Costa

Octávio Lemgruber

Altamiro Vianna

José Hermínio Guasti

Antonio Carlos de S. Gomes Galvão

Roched Abib Seba

Antonio Jorge Abunahman

Mário Duarte Monteiro

Germano Brasiliense Bretz

Guiseppe Mauro

Paulo Dias da Costa

Waldenir de Bragança

Waldemar Bianchi

Guilherme Eurico Bastos da Cunha

Alcir Vicente Visela Chácar

Renato Luiz Nahoum Curi

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Luiz José Martins Romêo Filho

Antônio Luiz de Araújo

Hino da ACAMERJ

Música: Maestro Joabe de Figueiredo Ferreira
Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro
Acad. Mario Gáspare Giordano

Letra: Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Voice

5 Fine

10 Fine

15 1.

20 1. na segunda vez, Rall...

25 1.

D. S 2x

Acamerj, Acamerj,
Altaneira e febril.
Acamerj, Acamerj,
És orgulho do Brasil! } Refrão 2x

Belas praias, serras e florestas,
Tem o Estado do Rio de Janeiro.
E no porto das "águas escondidas"
Ancorada estás, de casco inteiro!

Corcovado, Museu Imperial,
Pão de Açúcar, Dedo de Deus,
Copacabana, Palácio de Cristal
E o MAC, exaltam os filhos teus!
Refrão

Mil novecentos e setenta e quatro
Foi o ano de tua fundação.
A homenagem aos teus pioneiros,
É fulcrada em justa gratidão!

Diretorias deste sodalício,
Umás passadas e outras que virão,
A conduzi-lo, desde o início,
Com coragem, força e união.
Refrão

Medicina, ciências em geral
E cultura são teus objetivos.
Promover o progresso social,
Entre classes, sem atos restritivos.

Segue em frente, com fronte erguida,
Arrostando todos os desafios.
A vitória será conseguida
Com amor e com nossos brios! } Bis

Interlúdio
Refrão 3X

Obs: Para finalizar, subir a tonalidade
em meio tom a cada repetição

