



Academia de Medicina do
Estado do Rio de Janeiro

Revista da

ACAMERJ

Ano VIII - nº 15 - Janeiro - Junho/2023
ISSN: 2525-9466

Editorial: As virtudes nos sodalícios

*Atualização no diagnóstico da
Doença de Parkinson*

*Eletrocardiograma alterado em
uma jovem esportista*

*Medicina - Aspectos Éticos,
Científicos e Humanísticos*

*Impasses Éticos e Informação
Genética*

Acamerj em Marcha

• *Palavras do Presidente*

Acadêmicos em Destaque



A UNICRED NITERÓI
AGORA É

Unicred Múltiplo Valor

Nossos valores
são múltiplos.

E nosso novo
nome reflete
essa pluralidade.

UNICRED 
MÚLTIPLO VALOR



Luiz Augusto de Freitas Pinheiro
Editor-Chefe da Revista da ACAMERJ
Presidente do Conselho Científico

As virtudes nos sodalícios

É com entusiasmo renovado e redobrado que inicio este Editorial de apresentação de mais um número de nossa Revista da ACAMERJ. Entusiasmo este justificado pela qualidade das matérias, pela quantidade de artigos, tanto científicos como culturais que temos recebido, pela manutenção de dois tradicionais patrocinadores - UNICRED e Laboratório Bittar - e aquisição de um novo - Universidade Iguaçú (UNIG), com duas inserções.

Importante ainda acrescentar as atividades de luz própria dos Acadêmicos, repercutindo diretamente em nossa Acamerj que, embora não se tenha deixado abater pela pandemia de COVID-19, sentiu o duro golpe, assim como toda a sociedade; todavia agora vem, progressiva e acen-tuadamente, se recuperando e cumprindo metas positivas. Este número reflete essa assertiva, pois ocorre em conse-quência da ação de uma Diretoria que busca realizações num ambiente de concórdia e de unidade, sem que cada Acadêmico perca a liberdade de expressar o seu pensa-mento.

Para Thomas HOBBS (1588-1679), o Homem como espécie, em seu estado natural primitivo, foi um predador de si mesmo, inclinado para o mal: - *“O Homem é o Lobo do Homem”* - e essa tendência de nossos ancestrais refletiu-se nas gerações posteriores. Resulta disso sua concepção do “estado absolutista”, onde o ser humano para ter uma con-vivência pacífica deveria ver tolhida sua liberdade e subme-ter-se a um poder forte, na suposição de que o mesmo seria exercido por pessoas virtuosas.

Esta filosofia centralizadora do poder muito o aproxi-mou, na época, das monarquias europeias e o afastou do povo em geral, como ainda hoje ocorre em países que man-têm formas ditatoriais de governo, embora camufladas de democracias. Em seu livro *“Leviatã”*, HOBBS expõe essas ideias.

Todavia, Leviatã é descrito no Antigo Testamento como um monstro dos mares cujas características eram o tamanho e a força, que usava para proteger os animais marinhos me-nores e mais frágeis de seus predadores, numa ação digna.

Opostamente, os “monstros” modernos são o estado forte, as monarquias absolutistas, as ditaduras, enfim tudo que se opõe a ideias liberais e libertárias. Este tema, bem antes, foi abordado pelo dramaturgo romano Titus Maccius PLAUTUS (254 a.C - 184 a.C) em sua comédia *Asinaria*:

“O Homem que não se conheça tal como é, é Lobo para o Homem”.

Curioso que, mais preteritamente, no século VI a.C, uma das 147 máximas délficas era: *“Gnōthi seauton”* (Co-nhece-te a ti mesmo). Portanto, o autoconhecimento é a pe-dra angular para a inserção do Homem como ser social pois é a partir daí que ele não se autodestrói como espécie.

As Academias são instituições que se mantêm por culti-varem virtudes como: fazer o bem, excelência moral ou de conduta, dignidade, conformidade com o correto, compor-tamento social, tendência a conciliar ideias e pensamentos, unificar conceitos. Em resumo, promover a paz e o respeito entre seus pares, facilitando a convivência na disparidade de posições ideológicas, partidárias, religiosas etc.

Assim, a meu ver, entre os grandes pilares que susten-tam os Contubérnios realçam-se dez fundamentais: Sinceri-dade, conciliação, justiça, amor, transparência, resiliência, coerência, prudência, compaixão e realização. Predicados que os Membros da ACAMERJ vêm demonstrando desde sua fundação até os dias atuais. Por isso ela cresce e se agi-ganta; a cada dia tornando-se melhor do que no anterior. Roguemos a Deus que mantenhamos essas virtudes!

O primeiro semestre de 2023 foi pleno de realizações não só de nossa Academia, todavia, particularmente, pelos Acadêmicos em suas diuturnas atividades. Também os arti-gos científicos e culturais chegaram em número superior à nossa capacidade de publicação - ficarão para números pos-teriores.

Vale ressaltar que estamos recebendo colaborações de autores fora de nosso meio médico acadêmico, o que de-monstra a pujança da Revista e sua penetração em outras camadas sociais e do saber.

Este número abriga, na Seção Científica, dois artigos importantes, um sobre diagnóstico da doença de Parkinson e um relato de caso cardiológico com desafio diagnóstico. Na Seção Cultural temos dois importantes artigos, coincidentemente versando sobre ética, algo muito atual e apropriado. Na Seção Cultural/Eventos, como sempre, reportamos as atividades da ACAMERJ e dos Acadêmicos, com destaque para o Curso de Urgências e Emergências Médicas.

Este Editorial pode parecer ufanista, é bom que o seja e fique aqui registrado.

“Verba volant, scripta manent!”



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

As virtudes nos sodalícios
Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Pág. 03



Seções: Científica

Atualização no diagnóstico da Doença de Parkinson
João Paulo Lima Daher, Marina Mordehachvili Burlá, Mauro Geller

Pág. 07

Eletrocardiograma alterado em uma jovem esportista
Gerson Paulo Goldwasser, José Hallake, Luiz Maurino Abreu, Carlos Diniz de Araújo, Ricardo Luiz Ribeiro, Martha Demetrio Rustum, Rodrigo Gomes Pires de Lima, Luiz Claudio Maluhy Fernandes, Bruno Rustum Andrea, Luiz Rodolfo Carvalho Braga, Henrique Thadeu Periard Mussi

Pág. 12

Cultural

Medicina - Aspectos Éticos, Científicos e Humanísticos
Mario Gáspare Giordano

Pág. 15

Impasses Éticos e Informação Genética
André Marcelo Machado Soares

Pág. 21

Social / Eventos

- Palavras do Presidente
- Novos Acadêmicos

Pág. 24



- Cremerj e AMF promovem evento em Niterói
- Bicentenário de falecimento - José Correia Picanço

Pág. 25

- Encerramento do Curso de Urgências e Emergências Médicas
- Pág. 26



- Sucesso no Brasil e no exterior
- Homenagem ao Acad. Jacob Samuel Kierszenbaum
- Acad. Anderson Wilnes Coordenador da Faculdade de Medicina - Unilagos

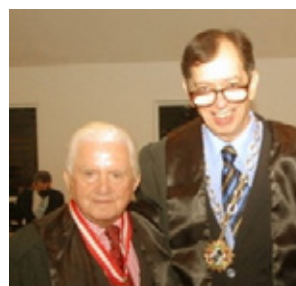
Pág. 29

- 40º Congresso da SOCERJ
- Acad. Ricardo Cavalcanti faz sucesso em Congresso no Egito

Pág. 30

- Evento “II Lago Convida” na UNIG

Pág. 31



- ANM homenageia Acad. Pietro Novellino

Pág. 32

- Lançamento de Livros
- Artigo em destaque
- Homenagem póstuma ao Acadêmico Hildoberto Carneiro de Oliveira

Pág. 33

- Homenagem Póstuma

Pág. 34



FORMAÇÃO MÉDICA COM **HUMANIDADE & INOVAÇÃO!**

Com quase 50 anos, o curso de Medicina da UNIG tem como objetivo formar profissionais de excelência, aliando qualidade, inovação e humanidade. O resultado de todo esse trabalho e dedicação fala por si: já foram mais de 140 turmas iniciadas e milhares de médicos de sucesso formados pela instituição.

- . Equipe de professores de referência
- . Laboratórios de habilidades e simulações
- . Laboratório de anatomia humana
- . Práticas desde o 1º semestre
- . Convênio com hospitais da região
- . Integrado aos programas dos municípios



TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

LABORATÓRIO DE ANATOMIA HUMANA

SALA DE AULA PREMIUM

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





Atualização no diagnóstico da Doença de Parkinson

João Paulo Lima Daher¹, Marina Mordehachvili Burlá², Mauro Geller³

RESUMO

A doença de Parkinson (DP) é uma condição neurodegenerativa crônica e progressiva, caracterizada por bradicinesia, tremor de repouso, rigidez e instabilidade postural. Apesar de ser tradicionalmente considerada como uma desordem do sistema motor, também inclui manifestações neuropsiquiátricas e não-motoras. O diagnóstico da doença, baseado na história clínica e no exame neurológico, é estabelecido pela presença de parkinsonismo e de dois critérios clínicos de suporte. Além disso, critérios de exclusão devem ser observados. A presença de sinais e sintomas da DP é variável, o que dificulta a determinação precisa do curso da doença em cada indivíduo. A progressão da doença é, também, variável, sem sintomas específicos que permitam a determinação do curso preciso da doença. Para um tratamento efetivo, a distinção entre a DP e outras síndromes parkinsonianas é fundamental. Entretanto, em estágios iniciais, essa diferenciação clínica é um desafio. Por isso, o objetivo deste trabalho é descrever detalhadamente os critérios diagnósticos da DP e seus diagnósticos diferenciais.

Palavras-chave

Doença de Parkinson. Diagnóstico.

ABSTRACT

Parkinson's disease (PD) is a chronic and progressive neurodegenerative disease characterized by bradykinesia, rest tremor, stiffness, and postural instability. The disease has traditionally been considered a motor system disorder but also includes neuropsychiatric and non-motor manifestations. The diagnosis of the disease continues to be based on history and neurological examination. The clinically established diagnosis requires the presence of parkinsonism, exclusion criterion, at least two criteria of support, and no red flags. Neurodiagnostic tests are almost always useless in evaluating the disease. The progression of the disease is variable, and there are still no symptoms or signs that allow the precise course of the disease to be determined for any individual. Distinguishing PD from other Parkinsonian syndromes can be difficult, particularly in the early stages of the disease. However, this distinction is fundamental for the pharmacotherapy of the disease to be effective. Therefore, the aim of this study is to provide a comprehensive overview of the diagnostic criteria and differential diagnosis of PD.

Keywords

Parkinson disease. Diagnosis.

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é uma condição neurodegenerativa progressiva caracterizada por bradicinesia, tremor de repouso, rigidez e instabilidade postural (presente em estágios avançados da doença). Ela é incomum em pessoas com menos de 40 anos e a incidência da doença aumenta rapidamente acima dos 60 anos, sendo 70,5 anos a média da idade do diagnóstico⁽¹⁾. Embora a DP tenha sido tradicionalmente considerada uma desordem do sistema motor, atualmente é considerada uma condição complexa, com manifestações neuropsiquiátricas e não-motoras⁽²⁾.

O parkinsonismo, por sua vez, é o termo utilizado para definir apenas o conjunto de sintomas motores que ocorrem na DP, mas que também podem ter outras causas, como outras doenças neurodegenerativas, vasculares, drogas e infecções. Entretanto, devido à ausência de testes diagnósticos para tal distinção, a DP continua sendo investigada clinicamente, com base na habilidade de reconhecimento de sinais característicos e sintomas associados, especialmente nos estágios iniciais. A progressão da DP é variável, o que dificulta ao examinador antecipar seu curso preciso para cada indivíduo e assegure um tratamento farmacológico efetivo⁽²⁾. Nesse contexto, o presen-

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

² Bolsista 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.

³ Professor 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. Membro Titular da Academia de Medicina ACAMERJ. Endereço para correspondência: Av: Ataulfo de Paiva, nº 135 Gr 1104. Email: gellermauro@gmail.com.



te estudo tem o objetivo geral de descrever o diagnóstico da doença de Parkinson e como objetivos específicos descrever os sintomas motores, não-motores e neuropsiquiátricos, critérios diagnósticos e diagnósticos diferenciais da DP.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada revisão narrativa de literatura com base em 28 artigos, publicados entre 1981 e 2016. 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 “diagnosis”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sintomas Motores

As características cardinais da DP são tremor, bradicinesia e rigidez, enquanto a instabilidade postural ocorre em fases tardias⁽³⁾. O tremor na DP é de repouso, mais notável quando a parte do corpo trêmula não está envolvida em atividades. Geralmente, o tremor parkinsoniano é a manifestação cardinal menos incapacitante, apresentado em aproximadamente 75% dos pacientes e mais evidente com a progressão da doença⁽⁴⁾. O tremor nos membros pode ser visto principalmente quando o paciente está relaxado, com as mãos descansando sobre o colo, por exemplo⁽⁵⁾. Com frequência entre 4 e 6 Hz, começa tipicamente em uma única mão, podendo se apresentar apenas durante a avaliação da marcha, até se espalhar para outras partes do corpo, vários anos após o início dos sintomas. Distrair o paciente, solicitando a movimentação repetitiva e voluntária do membro contralateral geralmente acentua tremores leves e evidencia tremores latentes^(5,6). Ansiedade, emoção ou situações estressantes são fatores que podem exacerbá-lo⁽⁴⁾.

A bradicinesia é uma lentidão generalizada do movimento, presente no início da DP em cerca de 80% dos pacientes, sendo a principal causa de deficiência da doença⁽⁴⁾. Nos membros superiores, a bradicinesia começa distalmente, com diminuição da destreza dos dedos, dificultando a realização de múltiplas tarefas simples: abotoar roupas, amarrar cadarços, clicar duas vezes em um mouse de computador, digitar ou levantar moedas do bolso, entre outras. Nas pernas, as queixas comuns relacionadas à bradicinesia incluem arrastar as pernas, dar passos mais curtos ao caminhar e a dificuldade de se levantar. O exame clínico da bradicinesia inclui a avaliação dos movimentos dos membros em cada lado do corpo. Na DP leve, essas tarefas mostram abrandamento e diminuição da amplitude se observadas por alguns segundos. À medida que a doença avança, os movimentos se tornam menos coordenados, com hesitações^(3,4).

A rigidez é outro sintoma da DP, presente em cerca de 85% dos pacientes e caracterizada pela resistência aumentada ao movimento passivo. Inicia-se de forma unilateral, no mesmo lado do tremor e, eventualmente, progride para

o lado contralateral, permanecendo assimétrica ao longo do curso da doença^(4,6). A rigidez da roda dentada, uma resistência e relaxamento à medida em que o examinador move o membro do paciente, pode ser observada. Porém, muitos pacientes terão rigidez de cano de chumbo, a qual se caracteriza por uma resistência tônica suave durante os movimentos passivos e resulta na diminuição do balanço do braço com a caminhada, e a típica postura encurvada. A rigidez é testada passivamente manipulando os membros, provocada quando o paciente realiza manobras repetitivas usando o membro contralateral⁽⁵⁾.

A instabilidade postural é uma manifestação tardia da DP, quando há comprometimento dos reflexos posturais, sensação de desequilíbrio e a tendência a cair. Por isso, pacientes com sinais parkinsonianos e com instabilidade no início da doença devem ser avaliados para as demais síndromes parkinsonianas, como paralisia supranuclear progressiva ou atrofia de múltiplos sistemas. A instabilidade postural é testada clinicamente com o teste “pull”, quando o examinador está atrás do paciente e puxa firmemente o paciente pelos ombros. Indivíduos com reflexos posturais normais devem ser capazes de manter o equilíbrio e avançar não mais do que um passo, enquanto pacientes com DP e instabilidade postural provavelmente cairão ou darão vários passos para trás. Inicialmente, um teste de tração positivo pode ser o único sinal de comprometimento do equilíbrio. No entanto, à medida que a instabilidade postural avança, a marcha pode mostrar sinais de festinação. Entre as características motoras primárias, a instabilidade postural é a que menos responde às terapias dopaminérgicas⁽⁶⁾. Além das manifestações cardinais, outras características motoras incluem expressão facial mascarada, hipofonia, disfagia, sialorréia, visão turva, micrografia, distonia, postura encurvada, marcha curta, congelamento e festinação^(2,3,6).

Sintomas neuropsiquiátricos e não-motores

Além de sintomas motores, manifestações neuropsiquiátricas e não-motoras também ocorrem. Sintomas psicóticos e demência, por exemplo, são comuns e mostram-se como possíveis preditores independentes de mortalidade, com riscos aumentados em acima de 40%⁽⁷⁾. A idade avançada e a gravidade dos sintomas motores estão consistentemente associadas ao risco aumentado de desenvolver demência, a qual é subcortical, com retardo psicomotor, dificuldade de memória e alteração de personalidade em casos tardios de DP. A psicose é outra possível manifestação clínica não motora, principalmente associada aos tratamentos farmacológicos antiparkinsonianos, os quais já foram relatados como indutores de psicose⁽⁸⁾. Ocasionalmente, o quadro costuma se resolver quando as medicações são descontinuadas⁽⁸⁾. Os fatores de risco comumente relatados para a psicose na DP incluem o uso de altas doses de fármacos antiparkinsonianos, presença de demência, idade avançada, visão prejudicada, depressão, distúrbios do sono, doenças comórbidas e maior duração da doença⁽⁹⁾.



A depressão é a perturbação psiquiátrica mais comumente observada, com estimativas da prevalência em cerca de 50% dos pacientes⁽¹⁰⁾. Os defeitos psicomotores observados na depressão geralmente se assemelham à bradicinesia e à expressão facial mascarada observada na DP, além de tristeza e anedonia. Por outro lado, distúrbios de ansiedade apresentam-se em aproximadamente 30% dos pacientes, principalmente o transtorno de ansiedade generalizada e a fobia social⁽¹¹⁾. Já o transtorno de comportamento do sono REM (TCR), é uma desordem caracterizada por movimentos vigorosos e aumento do tônus muscular durante o sono REM. Ocorre entre 15 e 47% dos pacientes com DP⁽¹²⁾, enquanto mais de três quartos dos casos de TCR espontâneos desenvolvem a DP. A prevalência de sonolência diurna excessiva (SDE) varia de 33 a 76%⁽¹³⁾. Alguns pacientes podem apresentar episódios súbitos de sonolência diurna, referidos na literatura como “ataques” de sono⁽¹⁴⁾.

A síndrome das pernas inquietas (SPI) é, também, frequentemente relatada na DP. Trata-se de uma desordem do movimento caracterizada pelo desejo de mover os membros, associada a uma sensação desagradável que ocorre principalmente à noite e que melhora com o movimento⁽¹³⁾.

A hipotensão ortostática pode ocorrer em até 58% dos pacientes e pode ser agravada ou causada por agentes anti-parkinsonianos⁽¹⁵⁾. Queixas urinárias comuns incluem frequência, urgência e incontinência⁽¹⁵⁾. A disfunção sexual na DP pode variar de subatividade a hipersexualidade. O comportamento sexual geralmente se manifesta como menor interesse sexual e pode ser explicado pela depressão, rigidez axial ou bradicinesia^(16,17). A disfunção olfativa é comum mas pode não ser percebida pelos pacientes. É uma manifestação que costuma ocorrer em quadros iniciais da doença ou, ainda, antes de sintomas motores⁽¹⁸⁾.

Critérios diagnósticos

O diagnóstico da DP se baseia na história e no exame neurológico. Os critérios diagnósticos clínicos exigem a presença de parkinsonismo motor (bradicinesia mais tremor ou rigidez) como características essenciais da doença⁽¹⁹⁾. A determinação de que a DP é a causa de parkinsonismo motor exige a presença de critérios de suporte para contrabalançar a presença de “bandeiras vermelhas” e requer a ausência de critérios de exclusão absolutos⁽¹⁹⁾.

O parkinsonismo motor é um critério essencial e requer bradicinesia e tremor ou rigidez⁽¹⁹⁾. O retorno da função motora próxima à normalidade com uso de drogas dopaminérgicas durante o tratamento inicial, presença de discinesia induzida por levodopa, tremor de repouso unilateral, presença de perda olfativa ou desnervação simpática na cintilografia cardíaca são alguns critérios de suporte sugestivos de DP⁽¹⁹⁾. Já as bandeiras vermelhas são fatores que argumentam contra o diagnóstico, como a progressão rápida do comprometimento da marcha ou a ausência de progressão de sintomas motores em 5 anos, parkinsonismo simétrico bilateral, disfunção bulbar precoce, disфонia grave, disartria ou disfagia grave nos

primeiros cinco anos, disfunção respiratória e falha autonômica grave incluindo hipotensão ortostática sem explicações plausíveis. A retenção urinária grave ou incontinência urinária precoce, quedas por comprometimento do equilíbrio nos primeiros três anos, flexão involuntária desproporcional do pescoço ou contraturas das mãos ou dos pés nos primeiros 10 anos também são manifestações clínicas que afastam o diagnóstico de DP⁽¹⁹⁾.

Os critérios de exclusão absoluta são sinais específicos incompatíveis com um diagnóstico de DP. Dentre eles, marcha cerebelar, ataxia de membros ou anormalidades oculomotoras cerebelares, paralisia do olhar supranuclear vertical para baixo, afasia progressiva primária nos primeiros cinco anos da doença, parkinsonismo restrito aos membros inferiores há mais de três anos, parkinsonismo induzido por drogas, ausência de resposta a altas doses de levodopa (> 1000 mg por dia), perda sensorial cortical - como grafestesia, estereognosia, apraxia ideomotora ou afasia progressiva e documentação de condição alternativa causadora do parkinsonismo no paciente⁽¹⁹⁾.

O diagnóstico de DP clinicamente estabelecido requer a presença de parkinsonismo, nenhum critério de exclusão absoluta, pelo menos dois critérios de suporte e sem bandeiras vermelhas⁽¹⁹⁾. O benefício claro da terapia dopaminérgica é uma característica de suporte importante para estabelecer o diagnóstico da DP. Em alguns pacientes, o tremor pode não mostrar mudança significativa com a levodopa, porém a bradicinesia e a rigidez costumam melhorar. Em contrapartida, as demais síndromes parkinsonianas não apresentam resposta clínica tão evidente à terapia dopaminérgica^(19,20).

O teste de desafio dopaminérgico agudo avalia os sintomas parkinsonianos antes e após dose de levodopa (por exemplo, carbidopa-levodopa 25/250 mg) ou apomorfina subcutânea (1,5 a 4,5 mg). O teste é considerado positivo se houver melhora clinicamente significativa uma hora após a administração de levodopa ou 20 minutos após a injeção de apomorfina⁽²⁰⁾. Entretanto, até 30% dos pacientes com DP podem não responder a desafios dopaminérgicos agudos, e cerca de 20% a 30% dos pacientes com outra síndrome parkinsonianas tem um teste positivo⁽²¹⁾. Na prática, a maioria dos pacientes com DP idiopática terá uma resposta terapêutica significativa para um teste adequado de doses moderadas de levodopa (400 a 600 mg por dia).

Os testes neurodiagnósticos não são utilizados rotineiramente para a avaliação da doença. A Ressonância Magnética (RM) cerebral não é necessária em um paciente com apresentação clássica da DP e boa resposta à terapia com levodopa. No entanto, pode ser útil na avaliação de outras síndromes parkinsonianas como, por exemplo, na paralisia supranuclear progressiva e na atrofia de múltiplos sistemas⁽²²⁾. A imagem do transportador de dopamina striatal (DaTscan) utilizando tomografia de emissão de fótons individuais, pode distinguir, de forma confiável, pacientes com DP de controles, mas não a DP de outras síndromes parkinsonianas associadas à degeneração nigroestriatal⁽²³⁾. A DaTscan está principalmente indicada na-



queles pacientes com diagnóstico duvidoso após avaliações clínicas em série e naqueles pacientes candidatos à estimulação cerebral profunda para determinação do alvo cirúrgico. O teste olfatório é considerado útil para diferenciar DP de outros distúrbios parkinsonianos⁽¹⁹⁾.

O diagnóstico definitivo somente é realizado com exame neuropatológico, mas o diagnóstico clínico, com base nas manifestações do paciente, é empregado na prática. Referir o paciente ao especialista ou centro com experiência em distúrbios do movimento é aconselhável quando o diagnóstico é incerto e quando se considera a realização de exames de imagem⁽²⁴⁾.

Diagnósticos Diferenciais

Distinguir a DP de outras síndromes parkinsonianas é um desafio, principalmente nos estágios iniciais da doença.

O tremor essencial (TE) é a causa neurológica mais comum do tremor de ação, geralmente afetando as mãos e os braços. Normalmente se torna aparente com braços estendidos ou em atividades como escrever ou comer. É tipicamente simétrico, porém casos assimétricos e unilaterais também ocorrem. Apesar de aspectos facilmente distinguíveis do TE, alguns pacientes com DP podem apresentar tremor de ação postural indistinguível do TE, assim como pacientes com TE grave podem ter um componente de repouso para o tremor⁽²⁴⁾. Por isso, para realizar a diferenciação nesses casos, deve-se considerar o apoio de exames como o DaTscan para verificar se existem evidências de deficiência de dopamina nigrostriatal, o que é chamado de varredura sem evidência de déficit dopaminérgico⁽²⁵⁾.

A demência de corpos de Lewy (DCL) é a segunda causa mais comum de demência neurodegenerativa após a doença de Alzheimer e é caracterizada clinicamente por alucinações visuais, cognição flutuante e parkinsonismo. A maioria dos pacientes com DP eventualmente desenvolve demência. Diferencia-se a demência da doença de Parkinson (DDP) da DCL temporalmente, já que a DDP ocorre mais de um ano após o início da parkinsonismo, enquanto a DCL ocorre concomitante ou antes do desenvolvimento de sinais parkinsonianos⁽²⁶⁾.

A atrofia de múltiplos sistemas (AMS) é também uma doença que cursa com parkinsonismo simétrico. Porém, graus de disautonomia, envolvimento cerebelar e sinais piramidais proeminentes, auxiliam a diferenciá-la da DP, além de apresentar resposta insatisfatória à levodopa. Alguns casos de AMS, no entanto, podem ser similares à DP até o aparecimento tardio de um perfil típico da doença. A função cognitiva na AMS é mais preservada comparada à da DP⁽²⁷⁾.

A degeneração corticobasal (DCB) é uma desordem de movimento progressiva assimétrica. Inicialmente, ocorre em um membro, com possível acinesia e rigidez extrema, distonia, mioclonia focal, apraxia ideomotora e fenômeno do membro alienígena. A deficiência cognitiva é uma manifestação comum e inicial, enquanto as características motoras do parkinsonismo surgem tardiamente. Tal fenótipo clínico

e ausência de resposta adequada à levodopa ajudam a distingui-la da DP⁽²⁷⁾.

A paralisia supranuclear progressiva (PSP) é uma síndrome parkinsoniana que pode se assemelhar a DP inicialmente. Apesar de possuir diferentes manifestações, comumente a PSP, apresenta um distúrbio da marcha, queda, oftalmoparesia ou oftalmoplegia supranuclear vertical. Além disso, disartria, disfagia, rigidez, anormalidades cognitivas frontais e distúrbios do sono são características comuns. Entretanto, existe o chamado PSP-parkinsonismo, que pode ser confundido com DP idiopática, caracterizado por um início assimétrico de sintomas de membros, tremor e uma resposta terapêutica inicial moderada a levodopa⁽²⁷⁾.

Já a calcificação dos gânglios basais (CGB), é uma condição rara caracterizada pelo acúmulo de depósitos de cálcio principalmente nestes locais. Podem ocorrer parkinsonismo, coréia, distonia, comprometimento cognitivo ou ataxia, iniciados entre 20 e 60 anos. A CGB não está associada a distúrbios endócrinos do metabolismo do cálcio ou do hormônio da paratireóide ou com demais doenças genéticas, infecciosas e metabólicas⁽²⁸⁾. O parkinsonismo também pode se desenvolver em estágios tardios da doença de Alzheimer e em vários outros distúrbios, como a doença de Huntington, demência frontotemporal e ataxias espinocerebelares⁽²⁷⁾.

Pode, ainda, ser secundário ao uso de drogas, distúrbios metabólicos como na Doença de Wilson, infecções, doenças cerebrovasculares, toxinas e traumatismo craniano⁽²⁷⁾. A causa principal de parkinsonismo secundário é o induzido por fármacos, principalmente antipsicóticos e antieméticos, o qual costuma apresentar características clínicas idênticas à DP (porém simétricos) que são reversíveis com a retirada dos agentes causadores, na maioria dos casos⁽²⁷⁾.

CONCLUSÃO

O diagnóstico da doença de Parkinson continua sendo calçado na história e no exame neurológico do paciente. Existem diferentes manifestações clínicas - motoras e não motoras, critérios diagnósticos e diagnósticos diferenciais, os quais devem ser avaliados com cautela nos pacientes. A abordagem terapêutica deve ser definida após a análise cuidadosa dos sintomas e sinais do paciente, idade, estágio da doença e grau de incapacidade funcional.

Contribuição de cada autor para o estudo:

João Paulo Daher – Metodologia, equalização clínico neurológica;

Marina Mordehachvili Burlá – Revisão e atualização de bibliografia, revisão dos textos;

Mauro Geller - Organização descritiva, sumarização e relevâncias clínicas.

Conflito de interesses: “nada a declarar”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van Den Eeden SK. Incidence of Parkinson's Disease: Variation by Age, Gender, and Race/Ethnicity. *Ameri-*



- can 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. Pagano G, Ferrara N, Brooks DJ, Pavese N. Age at onset and Parkinson disease phenotype. *Neurology* [Internet]. 2016 Feb 10;86(15):1400–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4831034/>.
 5. Findley LJ, Gresty MA, Halmagyi GM. Tremor, the cogwheel phenomenon and clonus in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1981 Jun 1;44(6):534–46.
 6. Roller WC, Glatt S, Vetere-Overfield B, Hassanein R. Falls and Parkinson's Disease. *Clinical Neuropharmacology*. 1989 Apr;12(2):98–105.
 7. Forsaa EB, Larsen JP, Wentzel-Larsen T, Alves G. What predicts mortality in Parkinson disease?: A prospective population-based long-term study. *Neurology*. 2010 Oct 4;75(14):1270–6.
 8. Pharmacology of hallucinations induced by long-term drug therapy. *American Journal of Psychiatry*. 1982 Apr;139(4):494–7.
 9. Biglan KM, Holloway RG, McDermott MP, Richard IH. Risk factors for somnolence, edema, and hallucinations in early Parkinson disease. *Neurology*. 2007 Jul 9;69(2):187–95.
 10. Aarsland D, Larsen JP, Lim NG, Janvin C, Karlsen K, Tandberg E et al. Range of neuropsychiatric disturbances in patients with Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1999 Oct 1;67(4):492–6.
 11. Broen MPG, Narayan NE, Kuijf ML, Dissanayaka NNW, Leentjens AFG. Prevalence of anxiety in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society* [Internet]. 2016 Aug 1;31(8):1125–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27125963/>.
 12. Sixel-Doring F, Trautmann E, Mollenhauer B, Trenkwalder C. Associated factors for REM sleep behavior disorder in Parkinson disease. *Neurology*. 2011 Aug 10;77(11):1048–54.
 13. Brodsky MA, Godbold J, Roth T, Olanow CW. Sleepiness in Parkinson's disease: a controlled study. *Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society* [Internet]. 2003 Jun 1 [cited 2023 Jan 15];18(6):668–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12784270/>
 14. Roth T. Assessment of sleepiness and unintended sleep in Parkinson's disease patients taking dopamine agonists. *Sleep Medicine*. 2003 Jul;4(4):275–80.
 15. Asahina M, Vichayanrat E, Low DA, Iodice V, Mathias CJ. Autonomic dysfunction in parkinsonian disorders: assessment and pathophysiology. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2012 Sep 1;84(6):674–80.
 16. Koller WC, Vetere-Overfield B, Williamson A, Busenbark K, Nash J, Parrish D. Sexual Dysfunction in Parkinson's Disease. *Clinical Neuropharmacology*. 1990 Oct;13(5):461–3.
 17. Brown RG, Jahanshahi M, Quinn N, Marsden CD. Sexual function in patients with Parkinson's disease and their partners. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1990 Jun 1;53(6):480–6.
 18. Ross GW, Petrovitch H, Abbott RD, Tanner CM, Popper J, Masaki K et al. Association of olfactory dysfunction with risk for future Parkinson's disease. *Annals of Neurology*. 2008 Feb;63(2):167–73.
 19. Postuma RB, Berg D, Stern M, Poewe W, Olanow CW, Oertel W et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2015 Oct;30(12):1591–601.
 20. 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.
 21. Suchowersky O, Reich S, Perlmutter J, Zesiewicz T, Gronseth G, Weiner WJ. Practice Parameter: Diagnosis and prognosis of new onset Parkinson disease (an evidence-based review). *Neurology*. 2006 Apr 2;66(7):968–75.
 22. Yekhlief F, Ballan G, Macia F, Delmer O, Sourgen C, Tison F. Routine MRI for the differential diagnosis of Parkinson's disease, MSA, PSP, and CBD. *Journal of Neural Transmission (Vienna, Austria: 1996)* [Internet]. 2003 Feb 1 [cited 2023 Jan 15];110(2):151–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12589575/>.
 23. Stoessel AJ, Martin WW, McKeown MJ, Sossi V. Advances in imaging in Parkinson's disease. *The Lancet Neurology*. 2011 Nov;10(11):987–1001.
 24. Jain S, Lo SE, Louis ED. Common Misdiagnosis of a Common Neurological Disorder: How Are We Misdiagnosing Essential Tremor? *Archives of Neurology* [Internet]. 2006 Aug 1;63(8):1100–4. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/792109>.
 25. Schneider SA, Edwards MJ, Mir P, Cordivari C, Hooker J, Dickson J et al. Patients with adult-onset dystonic tremor resembling parkinsonian tremor have scans without evidence of dopaminergic deficit (SWEDDs). *Movement Disorders*. 2007 Nov 15;22(15):2210–5.
 26. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, O'Brien JT, Feldman H et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Third report of the DLB consortium. *Neurology* [Internet]. 2005 Oct 19;65(12):1863–72. Available from: <https://n.neurology.org/content/65/12/1863>.
 27. E T, G W, W P. The Diagnosis of Parkinson's Disease [Internet]. *The Lancet. Neurology*. 2006. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16361025/>.
 28. Nicolas G, Pottier C, Charbonnier C, Guyant-Maréchal L, Le Ber I, Pariente J et al. Phenotypic spectrum of probable and genetically confirmed idiopathic basal ganglia calcification. *Brain* [Internet]. 2013 Sep 21 [cited 2023 Jan 15];136(11):3395–407. Available from: <https://academic.oup.com/brain/article/136/11/3395/324356>.



Eletrocardiograma alterado em uma jovem esportista

Gerson Paulo Goldwasser¹, José Hallake², Luiz Maurino Abreu³, Carlos Diniz de Araújo⁴, Ricardo Luiz Ribeiro⁵, Martha Demetrio Rustum⁶, Rodrigo Gomes Pires de Lima⁶, Luiz Claudio Maluhy Fernandes⁶, Bruno Rustum Andrea⁶, Luiz Rodolfo Carvalho Braga⁶, Henrique Thadeu Periard Mussi⁶

RELATO DO CASO

- Maio/2017: Mulher, 38 anos, necessita de avaliação médica para esporte de competição (meia maratona); está em treinamento para competir.
- História clínica: hígida, sem nenhuma limitação; pratica exercícios físicos de rotina e treinamento em corrida.
- História clínica pregressa: sem doenças clínicas de importância. Nega tabagismo, nega também uso de bebida alcoólica ou outras substâncias.
- História familiar: sem doenças cardiovasculares (ausência de história de morte súbita ou Doença Arterial Coronariana - DAC).
- Exame físico: normal, nenhum sinal clínico de doença cardiovascular ou outras. PA: 110/70 mmHg ; FC= 60 bpm/

- regular; Peso = 64 Kg. ; Alt: 1.69 m IMC= 22.4.
- Eletrocardiograma (ECG) realizado (Figura 1).

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

- 1) Coração de atleta jovem
- 2) Doença isquêmica não aterosclerótica
- 3) Miocardiopatia
- 4) Outras

CONDUTA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- 1) Entre ECG do atleta e cardiopatia estrutural.
De acordo com a tabela 1, o ECG sugere cardiopatia estrutural.

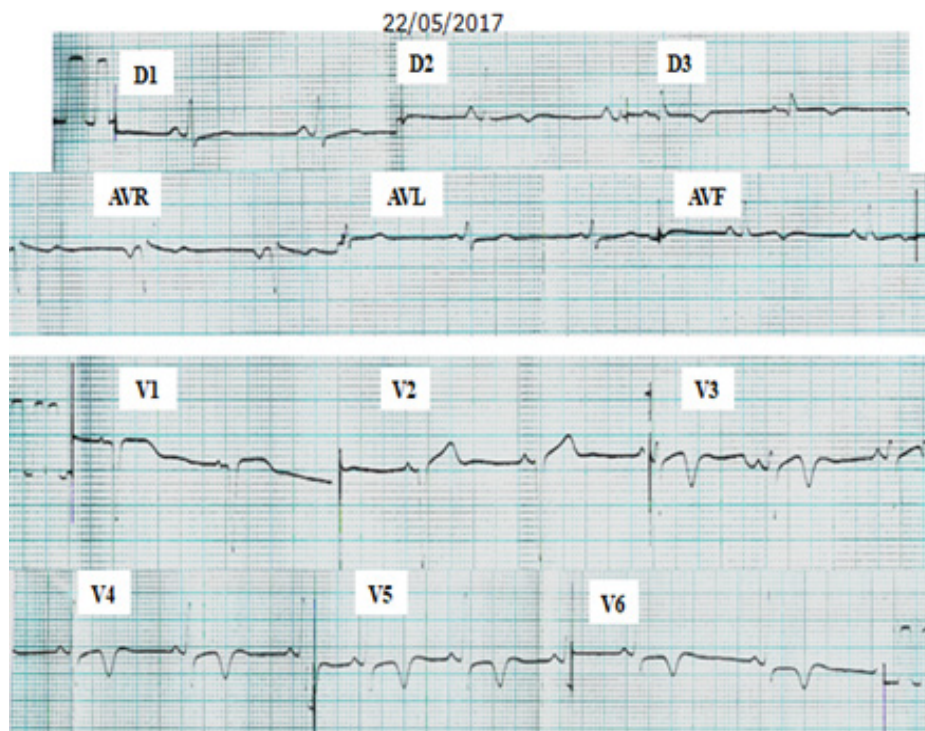


Figura 1 - Ritmo sinusal regular; FC~55bpm; Condução A/V: em 120ms; Ondas P: normais; QRS: estreito / normal (S em V2 + R em V6: 26mm = ausência de critérios para crescimento ventricular esquerdo - CVE). SÂQRS= +60°; Segmento ST: retificado em D2, D3, aVF e retificado e infradesnivelado em V5, V6; Ondas T invertidas e apiculadas em parede inferior e anterolateral; QT: 400ms

¹Diretor Presidente do Departamento de Eletrocardiografia da SOCERJ. Professor Adjunto de Clínica Médica da Escola de Medicina Souza Marques. Mestre em Cardiologia pela UFRJ. Membro Titular da ACAMERJ.

²Professor Adjunto de Cardiologia da UFRJ (Aposentado). Mestre em Cardiologia pela UFRJ. Diretor do Departamento de Eletrocardiografia da SOCERJ

³Mestre e Doutor em Cardiologia pela UFRJ. Diretor do Estimulocor. Diretor do Departamento de Eletrocardiografia da SOCERJ.

⁴Especialista em Cardiologia-SBC. Residência Médica em Cardiologia - UERJ. Diretor do Departamento de Eletrocardiografia da SOCERJ;

⁵Diretor do Departamento de Eletrocardiografia da SOCERJ (2022-2023).

⁶Colaboradores do Departamento de Eletrocardiografia da SOCERJ (2022-2023).



Tabela 1 - Alterações consideradas fisiológicas X alterações sugestivas de cardiopatia segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e Sociedade Brasileira de Medicina Esportiva (SBME).

Alterações relacionadas ao treinamento	Sugestivas de cardiopatias
Bradycardia/arritmia sinusal	Inversão de onda T
Bloqueio atrioventricular de 1º grau	Depressão do segmento ST
Bloqueio atrioventricular de 2º grau (Mobitz I)	Ondas Q patológicas
Sobrecarga ventricular esquerda isolada	Sobrecarga atrial esquerda
Atraso final de condução do ramo direito	Bloqueio atrioventricular de 2º grau (Mobitz II)
Repolarização precoce	Pré-excitação ventricular
	Bloqueio de ramo esquerdo ou direito
	Intervalo QT longo ou curto
	Sugestivo da síndrome de Brugada
	Hipertrofia ventricular direita
	Desvio de eixo elétrico

2) Com doença isquêmica não aterosclerótica. De acordo com a tabela 1 há pouca probabilidade dessa hipótese, porém não se pode descartar totalmente.

3) Com cardiopatia estrutural: - Foi realizado um ecocardiograma com colorDoppler (ECO) (Figura 2).

ECOCARDIOGRAMA COM COLOR DOPPLER

OBSERVAÇÕES GERAIS / COMENTÁRIOS/ QUALIDADE DO EXAME:
Exame de boa qualidade técnica, as estruturas cardíacas foram muito bem visualizadas.

DIMENSÕES CAVITÁRIAS / ESPESSURA DE PAREDE:
Ausência de dilatação ou sobrecarga cavitária.

VEIA CAVA INFERIOR / SEPTO INTER-ATRIAL:
Veia cava inferior com calibre e variação respiratória normais. O septo inter-atrial apresenta aspecto normal e não é redundante.

FUNÇÃO SISTÓLICA DO VE / VD:
Função sistólica normal de ambos os ventrículos
Strain global do VE calculado em -18%.

FUNÇÃO DIASTÓLICA DO VE:
Fluxo mitral e Doppler tecidual do anel mitral indicando relaxamento normal do VE.
Relação E/E' normal.
Veias pulmonares com fluxos normais.

ANÁLISE SEGMENTAR DA CONTRAÇÃO DO VE:
Normal sem alteração em repouso.

ESTRUTURAS VALVARES:
Ausência de espessamentos anormais nas valvas cardíacas.

ACHADOS AO DOPPLER:
O Doppler mostra fluxos sanguíneos normais nas cavidades e através das valvas cardíacas.

AORTA TORÁCICA:
Diâmetro e pulsatilidade normais ao eco transtorácico.

PERICÁRDIO:
Pericárdio com aspecto normal sem derrame ou espessamentos evidentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:
Exame dentro dos padrões da normalidade.

Figura 2 - Resultado do Ecocardiograma

Face o resultado negativo do ECO para cardiopatia estrutural passou-se ainda a investigar a pouco provável isquemia miocárdica realizando-se uma cintilografia (Figura 3).

CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO MIOCÁRDICA ESTRESSE E REPOUSO COM CORREÇÃO DE ATENUAÇÃO - SPECT - CT

TÉCNICA:
Foi realizada prova ergométrica em esteira utilizando o protocolo de Rampa, com administração do radiofármaco aos 8:34 minutos, em uma carga de 10,97 equivalentes metabólicos (METS). A frequência cardíaca em repouso era de 58 bpm e se elevou para 174 bpm no pico do esforço, correspondente a 95,6% da frequência máxima prevista. A recuperação da frequência cardíaca no primeiro minuto após o exercício foi adequada. O paciente não apresentou sintomas durante o exercício. O eletrocardiograma durante o esforço demonstrou positividade da onda T em DII, DIII, aVF, CM5 e de V4 a V6.
O exame foi realizado em uso de medicações de ação cardiovascular. Realizadas imagens cintilográficas em

ACHADOS:
A reconstrução tomográfica do coração nos eixos curto, vertical longo e horizontal, demonstrou:
As imagens pós-estresse demonstram hipocaptação do radiotraçador em segmentos sépto-apical, íntero-septal (médio) e anterior (apical e médio).
As imagens de repouso demonstram recuperação total dos defeitos perfusionais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:
As imagens cintilográficas demonstram a presença de isquemia miocárdica estresse-induzida em segmentos sépto-apical, íntero-septal (médio) e anterior (apical e médio).

Escores de Perfusão
Percentual de Miocárdio Isquêmico: 6%

Figura 3 - Resultado da Cintilografia Miocárdica

Em razão do resultado da Cintilografia indicar isquemia miocárdica, optou-se por realizar uma Angiotomografia das artérias coronárias (AngioTC) (Figura 4).

A paciente não apresenta calcificação coronariana detectável. Este achado se correlaciona a um baixo risco cardiovascular global.

ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS

TRONCO DA CORONÁRIA ESQUERDA
Sem anormalidades.

ARTÉRIA DESCENDENTE ANTERIOR
Sem lesões obstrutivas.
Ramos diagonais e septais livres de lesões.

ARTÉRIA CIRCUNFLEXA
Sem lesões obstrutivas.
Ramos marginais livres de lesões.

ARTÉRIA CORONÁRIA DIREITA
Sem lesões obstrutivas.
Padrão de dominância direita.
Ramos DP e VP livres de lesões.

CONCLUSÃO
Ausência de aterosclerose coronariana detectável.
Ausência de lesões coronarianas obstrutivas.

Figura 4 - AngioTC de coronárias com escore de cálcio





Com esse resultado negativo para DAC, o que fazer para concluir o diagnóstico? Optou-se por uma Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) com estresse (Figura 5).

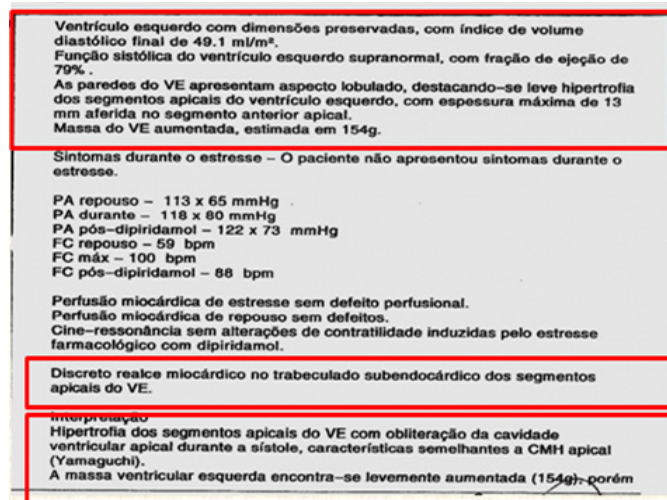


Figura 5 - Resultado da RMC com estresse miocárdico

De acordo com o resultado da RMC exposto na figura 5, ficou a seguinte **CONCLUSÃO**: Cardiomiopatia hipertrófica apical: síndrome de Yamaguchi.

DISCUSSÃO FINAL

Cardiomiopatia Hipertrófica (CMH) é a doença cardiovascular caracterizada pela hipertrofia ventricular esquerda (HVE) na ausência de alguma alteração cardíaca que justifique essa hipertrofia. Na maioria dos casos essa hipertrofia ventricular está localizada no septo interventricular, ocasionando ou não, obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo. A prevalência é de 0,5/100mil.

Sakamoto et al. (1976) descreveram uma variante da CMH, restrita à ponta do ventrículo esquerdo (VE), caracterizada pela presença no eletrocardiograma (ECG) de amplas ondas T invertidas (>10mm) no plano horizontal entre V2 e V5 e, na ventriculografia esquerda em diástole, com a imagem de “naipe de espadas”, decorrente da ocupação da ponta pela acentuada hipertrofia.

Yamaguchi et al. (1979) sistematizaram uma série desses pacientes, sendo então a CMH apical denominada de síndrome (ou doença) de Yamaguchi.

A Síndrome de Yamaguchi, uma variante rara da CMH, é uma doença genética, de caráter autossômico dominante, que modifica as proteínas do sarcômero e leva a hipertrofia ventricular com desarranjo e fibrose muscular. Sua apresentação clínica varia desde casos assintomáticos, aos casos de insuficiência cardíaca congestiva grave.

A CMH apical tem um prognóstico mais favorável a longo prazo, em comparação com outras formas de cardiomiopatia hipertrófica. Cursa com uma melhor sobrevida em relação à CMH obstrutiva que é a causa mais comum de morte súbita em jovens atletas competitivos.

A suspeição clínica inicial se faz pelas alterações eletrocardiográficas inesperadas numa pessoa jovem e geralmente esportista.

ECG na CMH apical:

- 1) alterações da onda P: Crescimento Atrial Esquerdo (CAE);
- 2) alterações de QRS devidas a Crescimento Ventricular Esquerdo;
- 3) alterações ST/T: desnivelamentos de ST, ondas T negativas de grande profundidade (>10mm) nas derivações precordiais;
- 4) arritmias cardíacas: Fibrilação atrial (FA), Extra-sístoles ventriculares (ESV) e Taquicardia Ventricular Não Sustentada (TVNS).

A Diretriz Europeia de Miocardiopatia Hipertrófica sugere a utilização de um escore de risco (HCM risk-SCD), uma fórmula matemática que prediz o risco de morte em 5 anos, baseada em: espessura da parede do VE, diâmetro do AE, gradiente de saída do VE, história familiar, TVNS, síncope inexplicada e idade.

- 1) Baixo risco: <4%
- 2) Intermediário risco: 4% a 6%
- 3) Alto risco: > 6%

Não ocorrendo obstrução à via de saída de VE no ECO ou na RM, teste de esforço assintomático, Holter sem arritmias significativas e com níveis baixos de fibrose na RM, pode haver permissão para atividades físicas, com acompanhamento clínico semestral.

Para esporte de competição, os atletas devem ser avaliados por especialistas, sobre o Risco VERSUS Benefício.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Albanesi F^o FM. Cardiomiopatia Hipertrófica. Conceito e Classificação. Arq Bras Cardiol, 1996;66(2):103-105.
- Bazan SGZ et al. Cardiomiopatia Hipertrófica – Revisão. Arq Bras Cardiol. 2020; 115 (5) • <https://doi.org/10.36660/abc.20190802>.
- Elliott PM et al. ESC Guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy: the Task Force for the Diagnosis and Management of Hypertrophic Cardiomyopathy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J, 2014; 35(39):2733–2779.
- Ommen SR et al. Diretriz de 2020 para o diagnóstico e tratamento de pacientes com cardiomiopatia hipertrófica-Um Relatório do Comitê Conjunto das Diretrizes de Prática Clínica do American College of Cardiology/American Heart Association das Diretrizes da Prática Clínica. J Am Coll Cardiol, 2020; 76 (25) 159–240.
- Ryan MP et al. The standard electrocardiogram as a screening test for hypertrophic cardiomyopathy. Am J Cardiol. 1995;76(10):689-694.
- Yamaguchi H et al. Hypertrophic nonobstructive cardiomyopathy and echocardiography features in 30 patients. Am J Cardiol. 1979; 44: 401.



Medicina - Aspectos Éticos, Científicos e Humanísticos

Mario Gáspare Giordano*

RESUMO

O autor faz breves considerações sobre leis e diretivas adotadas por todos os povos, desde os primórdios, para normatização das condutas. Essas regras eram fundamentadas em princípios inatos existentes na consciência dos indivíduos que indicavam serem ora acertadas algumas condutas e reprováveis algumas outras. Regras específicas apareceram em determinados períodos da história da humanidade. Grupos definidos também elaboraram regras de atuação. A classe médica, há aproximados 200 anos, elaborou algumas regras com esse objetivo. Esses ditames foram denominados Códigos. Os médicos, de maneira específica, devem permanentemente manter atualizados os conhecimentos para exercício digno e adequado da nobre arte e ciência médica. Diferentemente de qualquer outra atividade, os médicos devem entregar-se à profissão como verdadeira missão. Como verdadeiros sacerdotes que procuram ajudar e aliviar os sofrimentos das pessoas, sejam eles sofrimentos físicos ou da alma.

PALAVRAS-CHAVE

Medicina. Ética. Códigos. Humanismo.

ABSTRACT

The author makes brief considerations on laws and directives adopted by peoples, since the beginning, for standardization of conduct. These rules were based on innate principles. These principles were present in the conscience of individuals, which indicated that some behaviors were right and others were not. Specific rules appeared in certain periods of human history. Medical class, almost 200 years ago, developed some rules with this objective. These dictates were called Codes. Doctors must permanently keep their knowledge up-to-date for the adequate exercise of the noble art and science of medicine. Unlike any other activity, physicians must view their profession as a true mission. Doctors, as priests, seek to help and alleviate people's sufferings of body or soul.

KEYWORDS

Medicine. Ethic. Codes. Humanism.

Considerações Histórico-Filosóficas

O estudo das civilizações primitivas, mostra-nos a importância do tema na Medicina, pois os conhecimentos são adquiridos paulatinamente. E os conhecimentos em setores específicos, como os existentes na Medicina, são passíveis de constantes modificações. Dizemos ser inverídica a afirmativa de que a ciência médica é imutável. Assim, a proclamação “medicina baseada em evidências”, deve ser aceita com muita cautela.

Por quê?

São inúmeras as variáveis que poderão interferir nos resultados das pesquisas médicas. Algumas destas variáveis nem sequer podem ter sido identificadas e, logicamente, exercerem influência nas conclusões. É pertinente a afirmativa do grande médico e humanista William Osler (1849-1919), cujos traços biográficos exibiremos sumariamente no final de nossa exposição: “A Medicina é a ciência da incerteza e a arte das probabilidades”. Depreende-se a importância do estudo e da atualização médica permanentes.

Como bem referiu o Prof. Carlos Alberto Basílio de Oliveira⁽¹⁾, o estudo da História Geral e da História da Medicina, mos-

tra-nos a evolução dos conhecimentos. “Esta noção da transitoriedade da verdade científica educará o médico no espírito independente e crítico, tornando-o preparado para assimilar as mudanças e as novas verdades que na medicina ou na sociedade se desenvolvem”.

Verificamos no estudo da história, que os ancestrais da espécie humana sempre formaram grupos de coabitação. Sempre esteve presente o instinto gregário. Aliás, hábito comum a todas as espécies conhecidas. A existência de “Robinsons Crusoes” não é comum na história da humanidade.

Algumas possíveis explicações para o gregarismo das espécies: segurança maior do grupo, garantia de maior e melhor sobrevivência, individual e do grupo, e reprodução das espécies. Muitas outras vantagens poderiam ser aduzidas. Em decorrência, regras foram estabelecidas, tácitas ou explícitas, para convivência harmoniosa do grupo, garantindo a liberdade individual.

A liberdade individual sempre existiu, com manutenção dos direitos individuais e coletivos do grupo. No dizer de Rossiter, 2016⁽²⁾: “a liberdade individual é o único ideal político primário, válido e consistente com as realidades da existência humana”.

*Professor-Emérito da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Membro Emérito da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (ACAMERJ). E-mail: mggiordano38@gmail.com.



E a família?

A família, desde os primórdios, foi e continua sendo o núcleo básico da sociedade, a sua “célula-máter”. A sociedade é constituída pela soma das diversas famílias e grupos que a integram.

Lapidar a declaração do Papa Leão XIII, 1880⁽³⁾: “a família é uma sociedade limitada em número, mas não obstante, uma sociedade verdadeira, anterior a todo Estado ou Nação. Tem direitos e deveres próprios, totalmente independentes da comunidade”

O mesmo Papa Leão XIII, 1880⁽³⁾, acrescenta: “as famílias bem constituídas tornam os seres humanos verdadeiramente humanos. Elas forjam o amadurecimento da criança e, através de forças poderosas, recíprocas e interativas, convertem tecidos, sinapses e instintos em desenvolvimento humano e formação de pessoa adulta com normas de conduta ética e moral”.

A convivência e educação dos membros da família não incumbem aos governos. Os pais são os responsáveis, inalienáveis, na formação ética e moral dos filhos.

E aos Governos?

Aos governos incumbe: 1. Auxiliar os cidadãos em seus lícitos interesses e aspirações 2. Protegê-los contra os ataques de pessoas ou grupos 3. Estimular a convivência pacífica e colaborativa entre todos os cidadãos. Os governos deverão estar a serviço das pessoas e não o inverso, servindo-se das pessoas como instrumentos para os próprios interesses.

Códigos. O Decálogo de Moisés. O Código de Hamurábi⁽⁴⁾

Em períodos específicos da história da humanidade, surgiram leis e normas regendo as condutas individuais e as relações com as demais pessoas. Algumas permaneceram e foram transmitidas para os pósteros, originando o que chamamos de Códigos.

Na história do povo judeu, identificamos a existência de regulamentos e leis. A Moisés, líder desse povo, é atribuída a transmissão do Decálogo para o povo judeu, ordens emanadas do próprio Deus para normatização das condutas. Moisés viveu nas proximidades do ano 1.200 a.C. Mas, muitos séculos antes dele, os patriarcas do povo de Deus já ensinavam obediência a muitos desses preceitos. Possivelmente a Moisés coube a redação desses mandamentos. Também é possível que o famoso rei Hamurábi, conhecedor destas normas dos patriarcas dos hebreus, utilizou-as no preparo de seu famoso Código: o Código de Hamurábi.

Este Código do rei Hamurábi (1792-1750 a.C), da Mesopotâmia, foi o primeiro conhecido no âmbito civil. Continha 281 preceitos e foram escritos em uma pedra de diorito⁽⁴⁾. Atualmente este material está em exposição no museu do Louvre, em Paris.

Ele tinha como base a conhecida lei do Talião (dente por dente e olho por olho), imbuída de critérios eminentemente coercitivos, punindo o infrator de forma equivalente ao crime cometido.

No Código de Hamurábi, foram inseridos trechos em referência à prática médica. Enunciamos alguns.

“Se o médico tratar o abscesso de alguém, salvando-lhe um olho, receberá como estipêndio, dez moedas de prata. Se o paciente for um escravo, o dono deste pagará ao médico duas moedas de prata. Se o médico abre um abscesso com uma faca de bronze provocando a morte do paciente, ou lhe faz perder um olho, suas

mãos deverão ser cortadas. Se um médico cura um osso doente ou um órgão doente, receberá cinco moedas de prata. Em se tratando de um escravo liberto, este pagará três moedas de prata. Se for um escravo, então o dono pagará ao médico duas moedas de prata”.

Fica explícita a atitude coercitiva em alguns preceitos do Código.

Aristóteles⁽⁵⁾

Aristóteles (384-322 a.C.), o eminente filósofo grego, foi o que originalmente introduziu o termo Ética, como tema integrante da filosofia.

Para o filósofo, a Ética é um imperativo que ordena ao indivíduo agir corretamente e acorde com a lei moral, existente em sua consciência (Lei Moral de Kant impressa em cada indivíduo, descrita séculos após Aristóteles).

Aristóteles propõe a ideia da “ação guiada pela razão” como um princípio fundamental da Ética. Ela normatiza tudo o que não está determinado pela natureza, e que fica na dependência das deliberações e corretas escolhas individuais. As ações humanas seriam então virtuosas, se baseadas no “bem agir”, isto é, baseadas na capacidade de deliberar, e escolher corretamente. Da obediência a esses imperativos ficariam estabelecidas condutas sociais aceitas universalmente e moralmente boas (costumes, hábitos sociais).

Aristóteles, admite que as ações virtuosas poderão ser treinadas e exercitadas, resultando no bem comum e a felicidade de todos.

Lei Moral de Kant^(6,7,8)

A filosofia de Kant está firmemente alicerçada no que o filósofo denomina de “Lei Moral”.

Em 1787, na publicação “Crítica da Razão Pura”⁽⁶⁾, o filósofo refere a existência de três grandes questionamentos em nossa existência: 1. O que posso eu conhecer? 2. O que devo eu fazer? 3. O que posso esperar da vida?

Devemos obedecer à “Lei Moral”. É uma lei impressa na consciência de cada indivíduo. Ela ordena que todas as nossas ações sigam as normas por ela recomendadas. Ações em nossa conduta pessoal, nas relações com as demais pessoas, ou em relação à natureza e Meio Ambiente. É uma lei válida para tudo e para todos.

Para Kant, a verdade moral (Ética) não é encontrada na realidade externa, mas impressa na própria mente do homem. Sempre que a voz da consciência (a lei moral inata), me diz que devo fazer algo, não posso escapar da certeza de que sou obrigado a fazer o que ela ordena. No entanto, pelo livre-arbítrio, posso escolher obedecer ou desobedecer.

Em outra publicação, um ano após a da “Crítica da Razão Pura”, Kant faz outra em 1788⁽⁷⁾: “Crítica da Razão Prática”. Nesta obra, ele enfatiza a universalidade e a necessidade da Lei Moral, universal e categórica, dependente de imperativo categórico de Nossa Consciência.

Kant, em 1794⁽⁸⁾, mostra que a obediência a esta lei moral inata, faculta-nos a esperança e a felicidade de alcançar o Sumo Bem (Deus), que infundiu esta lei em todos os indivíduos.

Códigos de Ética. Ética Médica. Recomendações

Como mencionamos, grupos específicos, em diversas áreas do conhecimento, elaboraram regras a serem seguidas pelos in-



tegrantes dos grupos. Foram assim criados os Códigos de Ética das diversas categorias profissionais.

Também foram criados na Medicina os Códigos de Ética. Assumindo caráter de lei, eles estabelecem regras, com direitos e deveres dos profissionais de saúde, seja nas ações individuais seja no relacionamento com pacientes, familiares e colegas de profissão. Esses códigos são periodicamente adaptados às novas conquistas da Medicina, sem renunciar aos preceitos básicos e fundamentais neles contidos.

Breves considerações sobre Códigos de Ética Médica

Utilizamos o texto do cirurgião Prof. José Antonio V. Carim⁽⁹⁾.

O patrono da medicina, o médico grego Hipócrates (460-370 a.C.), escreveu algumas obras (setenta), inseridas no texto conhecido “Corpus hippocraticum”. Neste, sobrelevam os Aforismos e o Juramento. O Texto do Juramento⁽¹⁰⁾ foi elaborado para os discípulos. Em trecho do discurso, de maneira explícita, menciona-se a relevância da ética a ser sempre adotada, e por toda a vida: “Conservarei pura e santa a minha vida, assim como minha profissão”.

No percorrer dos séculos, surgiram diretivas sobre a atuação médica. Por relevante, transcrevemos o que disse Carim, pois, acreditamos que diretivas restritivas, inseridas nos códigos, não realçam as virtudes essenciais, importantes para os médicos. Adiante voltaremos ao tema.

Refere Carim⁽⁹⁾: “até o ano de 1800, a ética, sobretudo a ética profissional, estava relacionada a questões pessoais, inerentes ao cidadão. Conseqüentemente, o que era levado em conta era o caráter, a honra ou a desonra, a virtude ou o vício. A ética nada tinha a ver com códigos de conduta previamente estabelecidos”.

Em 1803 o médico e filósofo inglês Thomas Percival (1740-1804), publicou Código de Ética Médica. Médicos e farmacêuticos se reuniram para criar e padronizar diretrizes para o tratamento de pacientes internados, no Reino Unido, por surto de febre tifóide⁽⁹⁾.

A repercussão do trabalho de Percival foi de tal relevância que, em 1847, a Associação Médica Americana adaptou-o para uso pelos médicos americanos, tornando-se assim o primeiro código de ética adotado por associação profissional.

Outros documentos surgiram posteriormente, como a Declaração de Genebra (1848), reformulando o juramento de Hipócrates⁽⁹⁾.

No Brasil, apareceram documentos similares. Mas, somente em 1944, surgiu o primeiro Código de Ética Médica, oficializado em 1945 pelo Decreto-Lei 7.955 que criou o Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina. Porém, o Código somente foi adotado pelos Conselhos de Medicina em 1957 quando efetivamente foram criados esses órgãos, pela lei 3.268⁽⁹⁾.

Também, por relevante, citamos o elucidativo texto de Leonard M. Martin, 2002⁽¹¹⁾, religioso redentorista, doutor em teologia moral e autor de várias publicações sobre ética médica e aspectos religiosos relacionados: “mais importante, porém, que criar um código novo, é criar uma profissão médica com mentalidade nova. Que resgate algo da benignidade do antigo profissional liberal, que vivia a medicina como sacerdócio! Sob

perspectivas mais contemporâneas, que levem em conta as novas condições de trabalho. Que procurem criar estruturas que permitam ao médico ser bom técnico e cientista, com remuneração digna, sem que precise abrir mão da própria humanidade, nem da dignidade humana de seus pacientes”! (o negrito é nosso).

Em resumo! “O relacionamento médico-paciente, e com familiares, deve estar sempre apoiado em quatro pilares fundamentais: compromisso, confiança, respeito e compreensão. Compromisso do médico com seu paciente; confiança do paciente e familiares em seu médico; respeito e compreensão de ambas as partes” (Pinheiro, LAF, 2009)⁽¹²⁾.

Missões Difíceis (“Spikes” em inglês, isto é, espinhosas)

O médico, em sua atividade diária, depara-se por vezes com situações ditas “espinhosas” (SPIKES). Exemplo, dar informações a seus pacientes quando presentes doenças graves. Deverá fazê-lo com objetividade e muito humanismo, colocando-se na situação do próprio paciente.

No ano 2000, Baile WF et al.⁽¹³⁾, publicaram texto, sendo referência até hoje. Ficou conhecido como estudo “Spikes” (acrônimo com as letras iniciais das etapas da entrevista). Estabelece etapas (06), para diálogo com os pacientes (quadro 1).

Quadro 1 - Resumo do trabalho “Spikes”⁽¹³⁾

Etapa 1. S – (Setting Up)	Preparar a entrevista
Etapa 2. P – (Perception)	Avaliar o perfil do paciente
Etapa 3. I – (Invitation)	Diálogo com o paciente
Etapa 4. K – (Knowledge)	Informações claras para o paciente
Etapa 5. E – (Emotions)	Reações dos pacientes
Etapa 6. S – (Summary)	Sumário. Estratégias para o futuro

Residência médica

Considerando a importância desta etapa da formação médica, onde são adquiridas, de forma mais explícita, as corretas condutas e ações médicas, inserimos considerações breves sobre esse período da formação médica.

Foi implantada oficialmente a partir de 1981 mediante legislação específica (lei 6.932 de 7 de julho de 1981): “Modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob forma de cursos de especialização e treinamento em serviço, sob a reponsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, com orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”⁽¹⁴⁾.

Avaliamos ser de muita utilidade a norma emitida pelo Conselho Regional de Medicina de Goiás e Conselho Federal de Medicina (2021)⁽¹⁴⁾. Está direcionada aos residentes em Ginecologia e Obstetrícia mas poderá ser direcionada a todos os diversos e numerosos ramos existentes da Medicina: “Objetivo geral: Tornar o médico residente em Ginecologia e Obstetrícia apto para promo-





ver saúde, prevenir, diagnosticar e tratar afecções mais incidentes na mulher, nas diferentes fases da vida, bem como desenvolver raciocínio clínico nas subespecialidades e áreas de atuação. Objetivo específico: aquisição de conhecimentos relacionados à responsabilidade ética e profissional”

Boyacıyan⁽¹⁵⁾, em 2018, estabeleceu dez regras básicas a serem seguidas não somente pelos médicos residentes, mas extensivas a todos os médicos: 1. Estudar diariamente 2. Aprimorar a relação médico/paciente/família 3. Desenvolver aptidões 4. Postura digna 5. Respeitar a hierarquia 6. Assiduidade e pontualidade 7. Não se ausentar de plantões 8. Presteza nos atendimentos 9. Anotar todos os atendimentos 10. Respeitar a Instituição.

Importância da Atividade Médica – Missão

Toda pessoa deve possuir alguma aptidão especial para determinada função. Embora não essencial e determinante, essas aptidões deverão ser aperfeiçoadas. A recompensa financeira não deverá ser o fator único na escolha das diversas atividades.

Todas as profissões reconhecidas são dignas. Algumas, pela responsabilidade e consequências eventuais mais sérias, exigirão maior e mais rigoroso preparo. Evidente que a Medicina é uma dessas atividades.

Nosso patrono Hipócrates já realçava isso há cerca de 2.500 anos: “a medicina não é mera ocupação lucrativa. Para ser médico é necessário respeitar, amar o ser humano e conhecer os limites do próprio conhecimento”. O mesmo pensamento foi repetido recentemente por Cláudio Chaves, 2022⁽¹⁶⁾, integrante da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro: “é uma profissão (vocação!), das mais nobres em qualquer sociedade. Alia aos conhecimentos científicos, aspectos humanitários e, acima de tudo, amor ao próximo”.

Na mesma linha de raciocínio, admirável ícone da medicina nacional assim referiu: “O médico, em primeiro lugar, deve ser especialista em gente, porque todo doente, independentemente de seu nível cultural, situação econômica, perante a doença transforma-se em ser frágil, aflito, angustiado, com medo, e o oposto do medo não é a coragem, é a fé. O paciente necessita acreditar que o profissional médico está interessado nele, e não em sua doença” - Adib Jatene⁽¹⁷⁾. In: Seliar M, 1996.

Ao terminar este tópico inserimos pensamento pertinente do Professor-Cirurgião Paulo Frutuoso, 2019⁽¹⁸⁾: “a atividade médica é a mais sublime das ocupações. Ela não se restringe a cuidados corporais. Ela cuida de um componente das pessoas que é eterno: a alma”.

Ciência, Arte, Humanismo

Ciência médica

Estes componentes jamais poderão dissociar-se, ou estarem ausentes na prática médica. São todos essenciais.

A Medicina é modalidade de Ciência adquirida da observação atenta dos eventos da natureza. São deduzidas regras para elaboração de diagnósticos e de terapêutica. É o conhecimento empírico (dados estatísticos) lastreado nos fenômenos mensuráveis da natureza.

Como todos os ramos do conhecimento humano, as ciências também carecem de permanente atualização. Não existem

dados imutáveis. Sempre há a possibilidade de surgimento de variáveis que poderão mudar as conclusões. Assim, a Medicina, como outras ciências, carece de permanente atualização. Médicos que terminaram o curso há mais de 50 anos, em visão retrospectiva, constatarem como mudaram teorias e conceitos!

Existem atualmente modalidades online de consultas sobre temas médicos. Surgiu a inteligência artificial (sigla em inglês, AI) para elucidação de dúvidas sobre tópicos específicos. Uma destas ferramentas, ChatGPT, é programa que “responde” às perguntas formuladas sobre determinado tema, oferecendo as opções disponíveis para diagnóstico e tratamento de condições patológicas diversas. Programadores coletaram dados de inúmeros estudos e resumiram os resultados para o consultante da questão. Sem dúvida que “ajuda” o médico na tarefa. Jamais poderá substituí-lo! O tema foge um pouco ao que pretendemos expor para os leitores. Mas, é assunto para reflexão!

Também hoje existem as consultas médicas “on-line”. Em casos selecionados, nas urgências médicas, nos intercâmbios com colegas para trocas de informações, acreditamos ser procedimento aceito. Não acreditamos ser válida essa estratégia como rotina. Jamais ela poderá substituir a consulta presencial.

Arte médica

Como vimos, a tecnologia integrou-se, em definitivo à medicina, sobretudo, nesses últimos 100 anos. Isto foi altamente benéfico pois facilitou a abordagem diagnóstica e, logicamente, a prescrição de fármacos.

Concomitante ao evoluir científico, a “Arte Médica”, com toda sua magia, vem perdendo força. Impõe-se critério para requisição de exames subsidiários. O médico que solicita miríades de exames, certamente muitos desnecessários, abdica da Arte e inteligência, para fundamentar raciocínio unicamente nos exames subsidiários.

Os exames complementares devem ser solicitados pelos médicos somente após construção mental das hipóteses diagnósticas. Eles confirmarão, ou infirmarão, as hipóteses adrede conjecturadas. Para tal, é de primordial importância que o médico “ouça”, com atenção, tudo o que refere o paciente, e o examine cuidadosamente. Isso é “Arte”.

E o Humanismo?

A conduta amistosa e amiga do médico, facilitará a tarefa de identificar conflito anímico subjacente. Com propriedade refere Seliar, 1996⁽¹⁹⁾: “Não há toque que substitua uma tomografia computadorizada no caso de tumor cerebral. Porém, não existe tomografia que detecte a infelicidade do paciente, originando aquele aperto no coração”.

No dizer de Alves R, 2014⁽²⁰⁾, “na consulta presencial, os médicos já esboçam a terapêutica que não é exclusivamente com substâncias químicas. A terapêutica não se acende exclusivamente com poções químicas. Ela se acende com a voz, com a escuta atenciosa dos relatos dos pacientes, com o olhar, com o toque, com o sorriso”.

Paulo Frutuoso, 2019⁽¹⁸⁾, reforça esse pensamento: “Os médicos devem dedicar-se à profissão com esmero, seriedade e bondade, como verdadeiros sacerdotes. Os doentes melhoram com sua presença e toque de suas mãos”.



López & Coria, 2018⁽²¹⁾, fizeram publicação sobre humanização na Medicina. Relacionaram 10 lições. Citamos duas que acreditamos mais pertinentes - Sétima lição: a humanização das áreas da saúde, da medicina em particular, começa pelo encontro do médico com o paciente. Esse é o ponto de partida, imprescindível, em qualquer tentativa de humanização. - Décima lição: A aparente dicotomia entre humanismo e ciência médica é contestada por autores que afirmam ser o humanismo não uma entidade separada e isolada da Medicina, mas uma necessidade médica imprescindível, inerente à natureza da prática médica, a qual propicia a devida compreensão do paciente.

Concluindo este tópico, resumimos publicação de D'Ávila RL em 2016⁽²²⁾: “A solidariedade e a sensibilidade, percebidas pelos clientes na consulta médica presencial, são atributos essenciais para o médico. Esses predicados melhoram as relações com os pacientes, especialmente quando o enfermo compartilha com o médico seus pensamentos, temores e segredos.”

Religiosidade na Prática Médica

É única a atividade médica, melhor dita, “missão”. A população-alvo é integrada por pessoas. Estas, não são aglomerados de órgãos e tecidos agindo em sintonia. Pessoas são seres duais, com substrato biológico e alma. As afecções físicas repercutem na alma e os conflitos anímicos têm repercussões em setores orgânicos definidos.

Com muita pertinência, escreveu o Professor Dr. Luiz Augusto Pinheiro, 2009⁽¹²⁾ “o médico atende pessoas que são seres compostos: entidades biológicas, mas com espírito e alma. Os dois componentes estão indissolúvelmente unidos. Impossível dissociá-los. Se não forem considerados no conjunto, o médico inevitavelmente falhará na sua atuação”.

As crenças e convicções religiosas são particularmente válidas para superação de doenças. Particularmente, acreditamos também nas ações sobrenaturais, quando solicitadas, para atendimento a nossas demandas. Pertinente a colocação do Prof. Paulo Frutuoso, 2019⁽¹⁸⁾: “As religiões não podem se contrapor à marcha da ciência. Contudo, esta não pode TUDO explicar pelos métodos cartesianos e positivistas. A ciência desaparece quando procura explicar e compreender as ocorrências espirituais”.

Concordamos uma vez mais com o Professor Luiz Augusto Pinheiro, 2009⁽¹²⁾ quando refere: “A cura pela fé, ou através do efeito placebo, pode ser transcendente ou perfeitamente explicável pelo reducionismo: modificações hormonais e bioquímicas, modulação neural, reforço imunológico, produção de endorfinas. Em ambos os casos, não deixa de ser concretamente uma cura”. A ser considerado, em outra esfera de ação, acreditamos na intervenção de “Forças Sobrenaturais”.

Todos sabemos que morreremos! Mas, ninguém, em condições habituais, deseja a morte. Para os privilegiados, visão mística da vida após a morte, em outra dimensão, é uma dádiva. Isso já antevia nosso patrono Hipócrates (In: Aforismos, 2003)⁽¹⁰⁾, quando referiu: “No momento da partida, o moribundo parece iluminado por divino fulgor, alheio ao corpo e ao mundo circundante. Quando já não surgem imagens, anseios, ilusões. Parece então que apenas há de fulgurar, nessa suprema hora,

uma luz vívida, a luz que faz reluzir o sentimento do enganoso trânsito terreno”.

Expomos descrição de episódio vivenciado por pessoa sem crença religiosa, percebendo a aproximação da morte (Morte de Ivan Ilitch de Leon Tolstói, 1997)⁽²³⁾: “Chorava como uma criança. Chorava por sua solidão. Chorava pelo seu desamparo. Lamentava-se pela crueldade do ser humano e da ausência de Deus. Por que o Senhor fez isso comigo? Por que me fez chegar até este ponto? Por quê? Por que torturar-me tão horrivelmente? Não tinha esperança de ser respondido, mas mesmo assim chorava por não haver resposta, por não ser possível encontrar resposta”.

Em contrapartida está a aceitação de pessoas com crenças religiosas, percebendo a proximidade da morte, como referido pelo eminente teólogo dominicano Garrigou-Lagrange, 2011⁽²⁴⁾: “Para os fiéis de Cristo, a vida não é tirada na morte. Ela é mudada e transfigurada – Tuis enim fidelibus, Domine, Vita mutator, non tollitur”.

Grandes Médicos. Protótipos.

Humanamente impossível a inserção, neste texto, dos milhares, ou milhões de médicos que exerceram a profissão com dedicação, enxergando em seus pacientes não algo inerte a ser reparado, mas pessoas, a eles semelhantes, carentes e suplicantes por ajuda nos males que os atingem, seja no corpo seja na alma. Optamos por incluir três exemplos

São Lucas. Apóstolo, Evangelista e Médico

Sempre imaginamos que a Divina Providência, que a tudo preside no universo, tem propósitos definidos em tudo o que acontece. Não por acaso, entre os seguidores de Cristo, apareceu um médico: Lucas, o evangelista. Com muita probabilidade, quis Cristo que os numerosos milagres de cura de enfermos, fossem aceitos e descritos por um médico, eliminando qualquer hipótese de ficção. Na descrição dos eventos, o médico São Lucas não duvidou terem sido milagres, isto é, fatos não explicáveis por mecanismos naturais.

Moisés Maimônides (1135-1204)^(25,26)

Moses Ben Maimon, também conhecido como Maimônides, Moisés Maimônides ou, no ocidente, como Rambam foi importante médico, filósofo e teólogo. Viveu no século XII. Além de médico, era quase que venerado pelos judeus como o principal rabino e líder religioso do povo hebreu à época.

A importância atribuída a Maimônides na Medicina está vinculada ao esforço para mostrar que nunca houve contradição entre os conhecimentos científicos, filosóficos, e as verdades anunciadas na Escritura Sagrada.

Além disso, ditou normas éticas, regras de conduta a serem obedecidas no trato com as pessoas e nos cuidados com o próprio corpo.

Mostra Maimônides a importância que os médicos devem atribuir à alma: “pessoas não são somente compostos biológicos. São seres com alma para os quais dever-se-á toda atenção”.

Dele a famosa oração pedindo a Deus luzes para aquisição dos conhecimentos e arrimo para evitar eventuais desvios: “Concede-me Senhor a força e a oportunidade de sempre corrigir o



que já adquiri em conhecimentos pois estes são ilimitados e o espírito do homem pode se ampliar todos os dias para enriquecer-se com novas aquisições. Hoje ele pode descobrir os erros de ontem, e amanhã, obter nova luz sobre o que pensa hoje”.

Maimônides morreu no Egito e foi sepultado na Galileia.

William Osler (1849-1919)

Os dados expostos foram fundamentados no texto de Guarisch A, 2019⁽²⁷⁾.

O canadense Osler, não considerava a medicina apenas ciência mas, corretamente, como arte e ciência. Foi considerado o Pai da Medicina Interna.

Ávido leitor, considerava literatura e biografias como um incentivo à reflexão e à empatia. Eram para ele, ferramentas para refletir sobre as pessoas, sobre a essência do sofrimento e da vocação da profissão médica. Eram úteis para praticar o que julgava essencial: ajudar os semelhantes. Defendia a importância da “educação do coração”.

Escreveu: “A mais difícil convicção de entrar na mente de um iniciante na prática médica é que a educação na qual ele está envolvido não é um curso universitário, mas um curso de vida, para o qual, o trabalho de alguns anos com professores, é apenas uma preparação”. Alertava também que “o bom médico trata a doença, o grande médico trata o paciente que tem uma doença”, e que “a velha arte não pode ser substituída, mas deve ser absorvida pela nova ciência”. Entendia as pessoas. Ele as ouvia com atenção, usava a linguagem de forma simples, para que o paciente o entendesse.

Para Osler, a prática da medicina sempre foi uma arte, não uma tarefa: “é um chamado em que seu coração e sua cabeça são exercitados simultânea e indissolúvelmente”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que todos desejamos é que aos notáveis avanços científicos da moderna Medicina estejam aliados, e jamais ignorados, os preceitos da Ética, da Arte e do Humanismo, sempre interligados.

O médico humanizado “OUVE”, com atenção, seus pacientes. Como vimos, ouvir aprimora a pessoa do médico, dá-lhe mais satisfação profissional, além de aumentar também a satisfação de seus pacientes. Ouvir é, portanto, a habilidade a ser cultivada para que nosso exercício profissional seja continuamente renovado e dinamizado. Assim, estabeleceremos relacionamento profissional e humano aprofundado com nossos pacientes, que é a base da relação médico-paciente (Del Giglio A, 2007)⁽²⁸⁾.

Terminamos inserindo pensamento do Professor-Cirurgião Paulo Fructuoso, 2019⁽¹⁸⁾. Com muita felicidade e propriedade assim referiu: “a atividade médica é a mais sublime das ocupações. Ela não se restringe a cuidados corporais. Ela cuida de um componente das pessoas que é eterno: a alma”.

O autor declara não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliveira CAB. História da Medicina: Para que serve. Qual sua finalidade. Rev do Cremerj 2022;4:7-12.
2. Rossiter KH. A Mente Esquerdista. São Paulo: Vide Edi-

torial, 2016.

3. Leão XIII. Bula Arcanum Divinae Sapientiae, 1880; 02 de fevereiro.

4. Código de Hamurabi: o que é, origem, leis - Brasil Escola (uol.com.br) Acessado em janeiro de 2023.

5. Aristóteles – Wikipédia, a enciclopédia livre (wikipedia.org) Acessado em janeiro de 2023.

6. Kant I. Critique of pure reason (N Smith Trans). New York: St Martin's, 1965. Obra original de 1787.

7. Kant I. Critique of practical reason. Indianapolis (USA): Hackett, 2002. Publicação original em 1788 (In: Nelson JM. Psychology, Religion, and Spirituality. USA, Valparaíso: Springer, 2009).

8. Kant I. Religion within the limits of reason alone. New York: Harper and Row, 1960. (Obra original publicada em 1794).

9. Carim JAV. <http://acervo.avozdaserra.com.br/noticias/codigos-de-etica-medica-sua-historia>.

10. Hipócrates. Juramento. Hipócrates, Juramento. In: Aforismos. São Paulo: Editora Martin Claret, 2003.

11. Martin LM. Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

12. Pinheiro LAF. Em Cantos Guardados. Niterói: Editora da Academia Fluminense de Medicina, 2009.

13. Baile WF et al. The Oncologist 2000; 5:302-11.

14. Ética em Ginecologia e Obstetrícia. Conselho Regional de Medicina de Goiás e Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2021.

15. Boyaciyan K. Ética em Ginecologia e Obstetrícia.. São Paulo: Cremesp, 5ª Edição, 2018.

16. Chaves C. Momentos Acadêmicos. São Paulo: Editora Life, 2022.

17. Jatene A. In: Scliar M. A paixão transformada. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 1996.

18. Fructuoso PC. A face oculta da Medicina. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Educandário Social Lar de Frei Luiz, 2019.

19. Scliar, M. A paixão transformada. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

20. Alves R. O Médico. Campinas: Editora Papyrus, 2014.

21. López HM, Coria AI. Dez lições de humanismo médico e os desafios da medicina de família. Propostas de Pablo González Blasco. Arq Med Fam, 2018; 20:95-100.

22. D'Ávila RL. O papel das humanidades médicas. Rev FBAM, 2016.

23. Leon Tolstoi. A morte de Ivan Ilitch. Porto Alegre: L&PM Pocket; 1997.

24. Garrigou-Lagrange R. As Três Vias. Rio de Janeiro: Editora Permanência, 4ª edição, 2011.

25. Maimônides. A História e Biografia de Maimônides. [https:// www.trabadosfeitos.com.br/historia-e-biografia-de-maimonides/51737363.html](https://www.trabadosfeitos.com.br/historia-e-biografia-de-maimonides/51737363.html). Acessado em janeiro de 2023.

26. Guide for the Perplexed: The Life of Moses Maimonides (sacred-texts.com) Acessado em janeiro de 2023.

27. Guarisch A. Medicina e Humanismo. Rev CBC, 2019.

28. Del Giglio A. Medicina e humanismo. Rev Assoc Med Bras, 2007; vol 53.



Impasses Éticos e Informação Genética

André Marcelo Machado Soares*

RESUMO

O acesso à informação genética exata, completa e detalhada modificará, pouco a pouco, a concepção usual de acaso, de destino e de natureza, além de ocasionar um forte impacto nas decisões mais pessoais. O teste genético pode obedecer a uma multiplicidade de fins, porém nem todos são aceitáveis. Por isso, se obriga uma reflexão em torno da sua finalidade ética.

PALAVRAS-CHAVE

Teste genético. Informação genética. Ética. Princípios bioéticos.

ABSTRACT

Access to exact, complete and detailed genetic information will little by little modify the usual conception of chance, fate and nature, in addition to causing a strong impact on the most personal decisions. Genetic testing can serve a variety of purposes, but not all of them are acceptable. Therefore, a reflection on its ethical purpose is required.

KEYWORDS

Genetic test. Genetic information. Ethics. Bioethical principles.

INTRODUÇÃO

A informação genética pode ser decisiva na vida de uma pessoa. Por este motivo, torna-se necessário ampliar o discernimento ético para regulamentar a sua utilização. Somente assim será possível dar respostas a três importantes questões: quem deverá utilizá-la? Como deverá ser utilizada? Para que fim se destinará? Deste modo, será possível evitar abusos e o uso instrumental da informação, que em nada beneficiará a pessoa interessada⁽¹⁾.

DISCUSSÃO

As possibilidades trazidas pelas informações genéticas obrigam uma revisão do conceito de responsabilidade⁽²⁾. Em uma de suas obras, Hans Jonas (1903-1993) observa que “o controle do ser humano, especialmente o genético, traz consigo questões éticas inteiramente novas”⁽³⁾. Essa constatação levou o filósofo a afirmar que cada pessoa é responsável, em sua essência, pela ideia de ser humano. Na opinião de Ronald Dworkin (1931-2013), a maior mudança trazida pelas informações genéticas ocorreu na fronteira entre acaso e escolha, responsável pela estrutura de todos os valores⁽⁴⁾.

A informação oferecida sobre o propósito de um teste genético, antes que seja sugerido e realizado, é fundamental para as decisões tomadas posteriormente. De modo geral, os problemas relacionados com as decisões variam segundo o contexto do teste, por isso é necessário analisar cada deliberação a partir da sua conjuntura. Cada caso tem suas características próprias e por isso ele nunca deve ser abordado de forma abstrata. Em primeiro lugar, se deve discutir, do ponto de vista ético, a aceitabilidade do teste e, em segundo lugar, discernir, com o apoio dos princípios bioéticos (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça), qual é a decisão mais adequada a ser tomada após o teste.

Deve ficar claro que um teste genético precisa ser voluntário e só pode ser realizado se a pessoa interessada aceita dar o seu consentimento⁽⁵⁾. Em respeito ao princípio de autonomia, não se deve impor a nenhum sujeito de direitos a obrigação de reali-

zar procedimentos que achar incompatíveis com sua escala de valores ou vontade. É até mesmo aceitável argumentar com um paciente sobre a importância do teste para a sua saúde e a dos seus descendentes, mas é dele a última palavra. É legítimo que uma pessoa não queira conhecer o seu mapa genético, nem as doenças que possa desenvolver.

A informação e o aconselhamento genético não estão isentos de problemas e preocupações. Nem sempre os dados são transmitidos de forma correta e apropriada, incluindo aqueles que podem comprometer a decisão em cada caso particular. Recorrer ao aconselhamento genético deve ser um ato livre e voluntário, sem que haja qualquer constrangimento. Também não se trata de uma norma ética absoluta, que não admite exceções. O ideal é que seja oferecida uma base correta de informações para a pessoa a quem se propõe o teste. Além disso, é importante que o diagnóstico e o prognóstico sejam comunicados de forma clara e objetiva.

Uma informação veraz e fiel à realidade é o ponto de partida da autonomia, a condição de possibilidade do exercício de uma decisão livre e responsável. Sendo assim, não é legítimo ocultar, manipular ou tergiversar a informação com o objetivo de atender a interesses pessoais. Por outro lado, limitar-se à mera informação e à entrega dos resultados muito complexos, recebidos em situações emocionais peculiares, pode, em muitos casos, se tornar algo desumano, por ignorar a capacidade de recepção das pessoas afetadas. No aconselhamento genético deve-se apresentar sempre ao interessado, de forma clara e prática, os problemas e as alternativas relacionadas ao caso.

De acordo com Javier Gafo (1936-2001), “a exigência ética da confidencialidade tem também a sua aplicação nos casos de aconselhamento genético”⁽⁶⁾. A divulgação da informação relativa a um teste pode ter graves consequências, como a discriminação e a estigmatização de indivíduos e de grupos étnicos. Pessoas testadas poderiam encontrar dificuldades para conseguir um emprego, obter uma promoção e contratar um plano de saúde ou um seguro de vida⁽⁷⁾. No entanto, é necessário salientar que toda informação

*Doutor em Teologia (PUC-Rio), professor de Teologia Moral do Departamento de Teologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Membro Titular e Secretário-Geral da Academia Fides et Ratio (AFR), Membro Honorário da Academia Brasileira de Medicina de Reabilitação (ABMR). Endereço para correspondência: Rua Doutor Satamini, 210. Bloco A, Apto. 407, Tijuca. Rio de Janeiro - RJ. CEP: 20270-231. Email: machadoysuarez@hotmail.com



genética tem implicações futuras, não só porque diz respeito à saúde de uma pessoa, mas porque envolve todos os seus parentes e descendentes. Isto significa que a confidencialidade não deve ser compreendida como algo absoluto. “A obrigação do segredo médico nunca foi absoluta; cessa quando a observância de tal segredo coloca em risco a vida de terceiros, a do próprio médico ou da sociedade”⁽⁶⁾.

Toda informação genética deve ser guardada com sigilo, tal como impõe a Ética Médica. Todavia, o caso de um risco genético grave para outros membros da família pode introduzir uma exceção. Afinal, proteger a vida e garantir a saúde são deveres absolutos e anteriores à exigência da confidencialidade⁽⁸⁾. Observa-se também que a informação contida em um teste não é propriedade exclusiva de quem o solicita, já que se trata da herança genética recebida de gerações anteriores, compartilhada com parentes e que será transmitida aos descendentes. Deste modo, “proteger” um dado que pode, de alguma forma, colocar em risco a saúde e a vida de outros indivíduos da família representa, segundo o entendimento ético do dever, um erro grave, uma sonegação.

Outro elemento importante no âmbito da informação é o dilema ético entre o direito de saber e o de não saber o resultado de um teste. Toda pessoa tem o direito de ser informada a respeito do que irá ocorrer com ela, porém também tem o direito de permanecer na ignorância, ainda que alguns entendam que a ignorância não possa ser definida como um direito⁽⁹⁾. De fato, insistir no direito à ignorância genética significaria não poder dispor das informações para beneficiar a saúde no presente e no porvir. Resulta em uma tarefa difícil defender o direito de não saber, sobretudo nos casos em que a informação torna possível a prevenção e o tratamento da enfermidade.

Se, para alguns, a informação genética representa uma genuína expressão da liberdade humana, justificada pela possibilidade de alterar a natureza, respaldada pelo princípio do respeito à autonomia e pela importância da autodeterminação, para outros, a natureza é inalterável, o que significa deixar o destino seguir o seu curso, mesmo sabendo da existência de um grave risco de transmitir para outras gerações uma enfermidade irreversível. Afinal, para estes, não se pode modificar o acaso e a natureza.

Embora a primeira posição pareça mais plausível, o fato é que ela pode esconder uma intenção utilitarista. A possibilidade de alterar uma realidade pode não ser factível ou, simplesmente, servir a um interesse com propósitos imorais. É importante ressaltar que o próprio John Stuart Mill (1806-1873), no século XIX, com a finalidade de evitar danos à sociedade, formula um princípio para restringir a liberdade dos indivíduos competentes⁽¹⁰⁾. O bem, entendido como útil, não deve ser confundido como aquilo que é proveitoso somente para um indivíduo ou como aquilo que visa o interesse geral sem considerar interesses particulares. Já a segunda posição se apoia em uma leitura fatalista do destino e na interpretação sagrada da natureza, para qual é má qualquer ação humana que interrompa o seu fluxo.

CONCLUSÃO

No cenário atual dos debates éticos em torno da informação genética, a questão discutida consiste em saber qual é a gravidade do dano, a sua irreversibilidade e a realidade das condições terapêuticas. Para John Harris (1945-), quando se oferece a possibilidade de obter informação genética correta e segura a respeito de enfermidades genéticas que poderão ocasionar prejuízos futuros, para si e para outrem, se impõe uma obrigação ética de mudar o curso da

história, caso contrário estaríamos diante de uma verdadeira injustiça praticada contra a posteridade e contra o sistema de saúde⁽¹¹⁾.

A afirmação de Harris parece fazer sentido, mas ela não consegue esclarecer uma dúvida importante: se há uma obrigação ética de utilizar informações genéticas, quem a deve impor? A resposta a esta dúvida poderá levar ao extremo das políticas discriminatórias e das práticas eugênicas⁽¹²⁾. A reflexão sobre os princípios bioéticos deve reafirmar o imperativo de respeitar os direitos humanos contra a discriminação e em favor da vida privada, expressos nas convenções internacionais, nas constituições democráticas e nos códigos deontológicos das profissões que integram a área da saúde⁽¹³⁾. É essencial não perder de vista estas referências para salvaguardar a democracia, ameaçada pela transformação do indivíduo em mercadoria, dado que as informações sobre a sua identidade genética correm risco de serem transformadas em valores monetários⁽¹⁴⁾.

A evolução da Genética é fundamental para dar aos seres humanos mais qualidade de vida, mas como recorda Francesc Abel i Fabre (1993-2011), fundador do Institut Borja de Bioètica, é preciso ter a esperança de que os progressos médicos e tecnológicos ofereçam possibilidades terapêuticas equiparáveis aos diagnósticos⁽¹⁵⁾.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O'Neill O. Genetic information and insurance: some ethical issues. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*. 1997; 352(1357): 1087-93.
2. Rhodes R. Genetic links, family ties, and social bonds: rights and responsibilities in the face of genetic knowledge. *Journal of Medicine and Philosophy*. 1998; 23(1): 10-30.
3. Jonas H. Técnica, medicina y ética. A prática do princípio de responsabilidade. Barcelona: Paidós; 1997. p. 109.
4. Dworkin R. Sovereign virtue: the theory and practice of equality. Cambridge: Harvard University Press; 2000. p. 444.
5. O'Neill O. Informed consent and genetic information. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Science*. 2001; 32C(4): 689-704.
6. Gafo J (Ed.). Consejo genético: aspectos biomédicos y éticos. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 1994. p. 136.
7. Billings PR, Kohn MA, Cuevas M, Beckwith J, Alper JS, Natowicz MR. Discrimination as a consequence of genetic testing. *The American Journal of Human Genetics*. 1992; 51(3): 476-82.
8. Cirion E. El consejo genético y sus implicaciones jurídicas. Granada: Comares; 2001.
9. Chadwick R, Levitt M, Schikled D (Eds.). The right to know and the right not to know. Avebury: Aldershot; 1997.
10. Carvalho MCM. Por uma ética ilustrada e progressista: uma defesa do utilitarismo. In: Oliveira MA (Ed.). Correntes fundamentais da ética contemporânea. Petrópolis: Vozes; 2000. p. 99-117.
11. Harris J. Wonderwoman and superman: ethics and human biotechnology. Oxford: Oxford University Press; 1992.
12. Habermas J. Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik? Frankfurt am Main: Suhrkamp; 2001.
13. Baracho JAO. As normas internacionais da bioética. *Bioética*. 2001; 9(2): 135-39.
14. Robineau M. Sélection des risques et discriminations en droit des assurances. *Les études hospitalières*. 2010; 11: 177-91.
15. Gafo, J. (Ed.). Consejo genético: aspectos biomédicos y éticos. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 1994. p. 165.

UNIG

UNIVERSIDADE IGUAÇU

FORMAÇÃO MÉDICA COM **HUMANIDADE & INOVAÇÃO!**

Sua formação em Medicina em uma estrutura universitária de última geração, equipe de professores de referência no mercado, laboratórios de habilidades e simulações, laboratório de anatomia humana, práticas desde o 1º semestre, convênio com os principais hospitais da Baixada e do Noroeste Fluminense, além da integração com o sistema de saúde dos municípios.

Com quase 50 anos, o curso de Medicina da UNIG tem como objetivo formar profissionais de excelência, aliando qualidade, inovação e humanidade.



LABORATÓRIO DE HABILIDADES E SIMULAÇÕES

ACOMPANHE A ABERTURA DOS PRÓXIMOS VESTIBULARES EM UNIG.BR/VESTIBULAR-MEDICINA



LABORATÓRIOS DE ÚLTIMA GERAÇÃO

A UNIG É REFERÊNCIA EM CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE.

SAIBA MAIS EM UNIG.BR



SALA DE AULA PREMIUM





Palavras do Presidente

Acad. Antônio Luiz de Araújo

As Desigualdades que influenciam na saúde brasileira

Os contrastes gigantescos continuam caracterizando nosso imenso Brasil. Observem: A Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA) prevê safra recorde de grãos (2023-2024), cerca de 317 milhões de toneladas. Contudo a Organização de Nações Unidas (ONU) indica que temos cerca de 70 milhões de brasileiros com insegurança alimentar, isto é, pessoas que sobrevivem um dia ou mais sem comer.

Por outro lado, em torno de 22,4% da população adulta brasileira está com sobrepeso ou obesa. Número que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), chegará a 41,9% em 2035.

A má distribuição população/território; condições socioeconômicas; desigualdades de cultura, emprego, acesso à educação e saneamento básico são apontados como as principais causas de fome.

O uso de alimentos ultraprocessados, conservados por processos químicos ou biofísicos (resfriamentos/congelamentos), sedentarismo, irregularidade de horários, apelos comerciais de “Fast Food” são as principais origens do sobrepeso e obesidade.

As repercussões para saúde acontecem nas duas faces dessa desigualdade alimentar. Tanto a desnutrição que diminui respostas orgânicas: de desenvolvimento, do sistema imunológico, diante de moléstias infecto parasitárias, vulnerabilida-

de materno-infantil, todos fatores de elevado consumo de assistência médica social, como também o sobrepeso e obesidade, com as consequências da síndrome metabólica (diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares) se não mortais, são muito sequelantes como acidente vascular cerebral (AVC).

Evidentemente não vamos resolver os problemas citados, que já se estruturaram através de décadas. Todavia podemos sugerir, de maneira pontual e com muita esperança, aspectos que possam melhorar a qualidade de vida e da saúde dos brasileiros para abordagem à desnutrição: melhor transporte e distribuição da produção agrícola (redução de preço e melhor acesso); privilegiar o consumo interno e não só a exportação; educação nutricional (orientação e oferecimento para população vulnerável de 3 refeições diárias) com efetiva participação das escolas e empresas; combate obsessivo ao desperdício; aproveitamento dos resíduos alimentares para adubos e rações; qualidade de armazenamento.

Para combater ao sobrepeso e obesidade podemos sugerir: estímulo às atividades físicas; incentivo ao consumo de alimentos naturais, regularidade nos horários das refeições, motivação na diversificação de alimentos; proscrição do fumo e álcool; vigilância na assistência médica desde as primeiras modificações no ganho de peso, com a devida correção de curso; investimento contínuo na autoestima.



Novos Acadêmicos

Em Assembleia Geral Extraordinária, realizada dia 30/05/23 foram aprovados, para assumirem vagas de Acadêmico Titular, os seguintes candidatos:

- . ANTÔNIO CARLOS DA SILVA MORAES, Cadeira nº76- Patrono Acad. Luiz José Martins Romêo Filho;
- . IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO, Cadeira nº 52- Patrono Acad. Alcides Lintz;
- . MAURO ZUKIN, Cadeira nº 25- Patrono Acad. João Baptista Serrão;
- . REGINA CASZ SCHECHTMAN, Cadeira nº 19- Patrono Acad. Arlindo de Assis.

A posse foi agendada para o dia 28/07/2023.



Antônio Carlos Da Silva Moraes



Ivana Picone Borges De Aragão



Mauro Zukin



Regina Casz Schechtman



Cremerj e AMF promovem evento em Niterói



Mesa Diretora da Solenidade

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - CREMERJ, junto a Associação Médica Fluminense - AMF, realizou, em 24/03/23, evento com a palestra “A Face Oculta da Medicina”, proferida pelo Professor Paulo Cesar Frutuoso. Logo após, foram prestadas homenagens aos Médicos de Niterói, Aloysio Decnop Martins, Benito Petraglia, Ilza Boeira Fellows e ainda aos Confrades Antônio Claudio Lucas da Nóbrega, Alcir Vicente Visela Chácar, Tarcísio Rivello de Azevedo e Waldenir de Bragança.

O Presidente da ACAMERJ Acad. Antônio Luiz de Araújo fez-se presente na Solenidade e participou da Mesa Solene.

A ACAMERJ louva as entidades pelo belo evento realizado e glorifica os homenageados, em especial aos nossos dignísimos Acadêmicos.



A Presidente da AMF Zelina Caldeira, ladeada pelos Acadêmicos Antônio Luiz de Araújo, Waldenir de Bragança e Alcir Chácar.

Bicentenário de falecimento - José Correia Picanço

A Federação Brasileira das Academias de Medicina - FBAM, junto à Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - ACAMERJ, promoveram o evento “Bicentenário de Falecimento - José Correia Picanço: Patrono das Escolas Médicas Brasileiras”, realizado no dia 20 de junho às 18:00h através da plataforma Microsoft Teams. Link para assistir: <https://youtu.be/99knoUFbxk>

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ACADEMIAS DE MEDICINA - FBAM
ACADEMIA DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - ACAMERJ

Bicentenário de Falecimento
1823 - 2023
José Correia Picanço
Patrono das Escolas Médicas Brasileiras
Organizador: Prof. Dr. Antônio Luiz de Araújo (Presidente da ACAMERJ)

20 junho de 2023 18:00h

PLATAFORMA - MICROSOFT TEAMS
<https://rebrand.ly/acamerj>

I - Criação e desenvolvimento da 1ª. Escola Médica do Estado do Rio de Janeiro e 2ª. Brasileira
Prof. Dr. Alberto Schanaider
Diretor da Faculdade de Medicina da UFRJ

II - Preservação (?) dos Espaços e Memórias das Entidades Médicas Originais
Prof. Dr. Antônio Rodrigues Braga Neto
Acadêmico Titular da ACAMERJ

III - Comentários
Prof. Dr. Roberto de Andrade Medronho
Reitor eleito da UFRJ

Prof. Dr. Antônio Luiz de Araújo
Presidente da ACAMERJ

IV - Encerramento
Prof. Dr. Vicente Herculano da Silva
Presidente da FBAM





Encerramento do Curso de Urgências e Emergências Médicas

Na noite comemorativa de São Pedro (29/06/23), a Acamerj celebrou o encerramento do IV Curso de Urgências e Emergências Médicas com uma atividade de aprendizado, cultura, premiação e conagração.

Durante 51 dias, dos meses de maio e de junho (09/05/23 a 29/06/23), às terças e quintas-feiras, de 18:30 às 20:30h, foram 30 aulas, dos mais variados assuntos, que abrangeram 17 especialidades médicas e ministradas por 28 professores, todos membros de nossa Academia.

O curso contou com 43 alunos inscritos, em sua maioria acadêmicos de medicina, e alguns médicos.

O organizador, Acadêmico Professor Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, salientou, no encerramento, a importância do curso, homenageando a todos os professores que dele participaram (veja a galeria), bem como a presença dos alunos, razão da realização do evento.

Nesse último dia também compareceram vários Acadêmicos professores que participaram, ministrando aulas memoráveis: Wellington Santos, Selma Sias, Gesmar Haddad, Ciro Herdy, Mario Gáspare Giordano, Luiz Sérgio Keim, Luiz José Romêo, Nilson Gomes e Antônio Luiz de Araújo, aos quais o organizador agradeceu e enalteceu a qualidade das aulas bem como o esmero com o material didático.

Também o organizador reverenciou as Secretárias Alita Baptista dos Santos e Carolina Nascente, imprescindíveis no árduo trabalho, a todos atendendo com simpatia e eficiência.

Não foram esquecidos os costumei-



ros parceiros patrocinadores da Revista da ACAMERJ e de eventos: Laboratório Bittar, UNICRED, AMF e Venosan. Os prêmios sorteados para os alunos foram: três exemplares do livro “Momentos Acadêmicos” (Cláudio do Carmo Chaves), um exemplar do livro “Vivendo mais com as Células-Tronco” (Mario Gáspare Giordano), três exemplares do livro “Mais de cem anos de amor à Medicina” (Alcir Vicente Visela Chácar), dois exemplares do livro “Em cantos guardados” (Luiz Augusto de Freitas Pinheiro), livro “Medicina Interna - Harrison” (UNICRED), aparelho de aferir pressão e estetoscópio (UNICRED) e aparelho digital para aferir pressão arterial (Laboratório Bittar).

Palavras finais foram proferidas pelo Acadêmico Antônio Luiz de Araújo, Presidente da Acamerj e também professor do Curso, que enalteceu o trabalho de todos os envolvidos no grandioso empreendimento, destacando a importância das Academias de Medicina na formação de bons profissionais, juntando seus esforços às Universidades, bem como o empenho do organizador, Acadêmico Luiz Augusto de Freitas Pinheiro.



Ao final foram sorteados os brindes referidos, para os inscritos com suficiente assistência às aulas e presentes na Solenidade.

A Acamerj ofereceu um “brunch” aos presentes, que proporcionou momentos de alegria e de descontração.

Confira em www.acamerj.org todas as fotos do evento.





Olho vermelho – Wellington Santos



Urgências e emergências nas neuropatias periféricas – Marcos Freitas



Urgências e emergências ginecológicas – Mário Gáspare Giordano



Miocardites na infância – Gesmar Haddad



Doenças inflamatórias das veias - Tromboflebitides – João Batista Thomaz



A criança dispneica – Selma Sias



Contribuição da imagem nas urgências e emergências abdominais - Alair Sarmet



Obstruções agudas de artérias dos membros inferiores - Ciro Denevitz Herdy



Atendimento na emergência ao paciente com dor no peito – Gerson Goldwasser



Urgências e emergências em otorrinolaringologia – Roberto Meirelles



Tromboembolismo pulmonar – Eduardo Nani



Urgências e emergências psiquiátricas – Marco Antônio Saldanha



Importância das meningococcal meningites no Brasil – Luiz Sergio Keim



Acidentes traumáticos do idoso – Vilma Câmara



Abordagem clínica das síndromes coronarianas agudas Luiz Romão Filho



Pneumonias comunitárias na criança e no adolescente: visão atual – Maria de Fátima Sant'Anna



Abordagem invasiva das síndromes coronarianas agudas – Esmeralci Ferreira



Hemorragia pós-parto – Antonio Braga Neto



Cetoacidose diabética: síndrome hiperosmolar não cetótica – Rubens da Cruz Filho



Contribuição da medicina nuclear nas urgências e emergências – Cláudio Tinoco Mesquita



Fraturas proximais do fêmur – Rodrigo Sattamini Pires e Albuquerque



Cirurgia Convencional X Videolaparoscópica nas emergências abdominais e Feridas abdominais penetrantes – Antônio Chinelli



Crise hipertensiva – Luiz Augusto Pinheiro



Traumas urológicos – Paulo Roberto Magalhães Bastos



Visão atual no atendimento ao paciente com insuficiência cardíaca aguda – Evandro Tinoco Mesquita



Insuficiência renal aguda – Jocemir Lagon



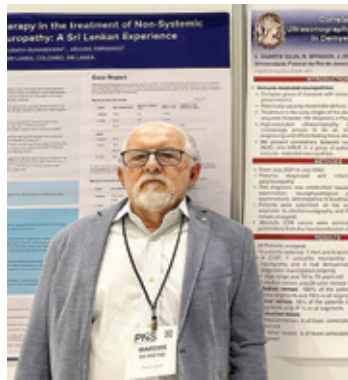
Doenças hipertensivas específicas da gestação – Nilson Gomes



Pé diabético – Antônio Luiz de Araújo



Sucesso no Brasil e no exterior



O Departamento de Clínica Médica da Associação Médica Fluminense apresentou palestra online sobre “Polineuropatias”, proferida pelo Acad. Prof. Marcos Raimundo Gomes de Freitas, dia 21/03/23. O tema despertou grande interesse e o palestrante, com uma apresentação extremamente didática, satisfaz o interesse de uma seleta e diversificada plateia à distância.

O mesmo Acadêmico compareceu ao Annual Meeting da “Peripheral Nerve Society”, realizado em Copenhague (Dinamarca), em junho do corrente ano, apresentando tema livre mural sobre “Correlations of High resolution Ultrasonography and Nerve Conductions Studies in Demyelinating Immune-mediated Neuropathies.”

Homenagem ao Acad. Jacob Samuel Kierszenbaum



No dia 26/04/23 o Acadêmico Jacob Samuel Kierszenbaum foi homenageado pela Prefeitura de Petrópolis, nas pessoas do Prefeito Rubens Bomtempo; do Secretário Municipal de Saúde, Marcus Curvelo; e do Diretor Técnico do HMNSE, Marco Antonio Liserre Garcia, com a inauguração do novo Centro de Estudos que leva o nome do distinguido Confrade.

A ACAMERJ se junta às justas homenagens prestadas.

Acad. Anderson Wilnes Coordenador da Faculdade de Medicina - Unilagos

A Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - ACAMERJ, tem a honra de comunicar que o Acadêmico Professor Anderson Wilnes Simas Pereira - Diretor Presidente da Regional da Região dos Lagos, é Coordenador Geral do novo Curso de Medicina da UNILAGOS - Araruama.

O Confrade afirmou que “De todos os trabalhos que fiz, nas diferentes instituições, ou organizando cursos, jornadas e congressos, esse é, sem dúvidas, o mais desafiador”.

A ACAMERJ deseja prosperidade e sucesso para o Acadêmico e para o novo curso.





40º Congresso da SOCERJ

A Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro - SOCERJ, realizou seu 40º Congresso, de forma híbrida (online e presencial). O evento ocorreu durante os dias 19, 20 e 21 de abril com mais de 450 participantes, dos quais destacamos os Confrades: Evandro Tinoco Mesquita, Claudio Tinoco Mesquita, Gesmar Volga Asséf Haddad, Esmeralci Ferreira, Eduardo Nani Silva, Aurea Lucia Alves de Azevedo Grippa de Souza e Anderson Wilnes Simas.

O Acadêmico Claudio Tinoco Mesquita recebeu premiação pelo primeiro lugar na categoria pesquisador, com trabalho sobre Cintilografia de CZT D-SPECT no Hospital Procardíaco.

A ACAMERJ parabeniza à SOCERJ pela iniciativa e organização do grande evento, bem como a todos os participantes envolvidos.



Acad. Cláudio Tinoco Mesquita recebendo premiação pelo trabalho.



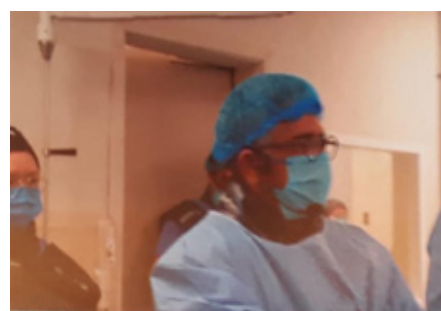
Acad. Gesmar Asséf Haddad em mesa redonda.



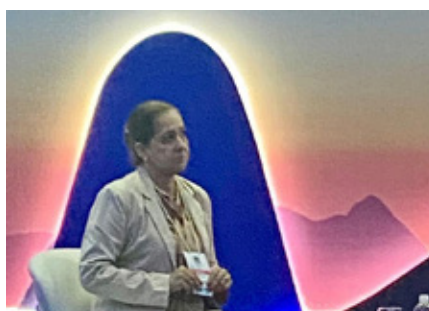
Acad. Eduardo Nani Silva em debate.



Acad. Evandro Tinoco Mesquita proferindo palestra.



Acad. Esmeralci Ferreira em procedimento.



Acad. Aurea Grippa emitindo opinião.



Acad. Anderson Wilnes Simas Pereira em momento do Congresso.



Acad. Ricardo Cavalcanti faz sucesso em Congresso no Egito

O Acadêmico Titular Ricardo Cavalcanti fez-se presente em Cairo, Egito, para participar do “Kuwait Plastic Surgery Society Conference and ISAPS Course” com os seguintes temas: “Algorithms in Augmentation Mastopexy”, “Gluteal Reshaping: Principles and Techniques”, “Lipoabdominoplasty: My Experience and Tips” e “Tuberous Breasts: My Approach”, onde recebeu certificado em papiro.

A ACAMERJ muito se orgulha do feito e parabeniza o Confrade e a Sociedade desejando grandes realizações no futuro.



Evento “II Lago Convida” na UNIG



Presidente da ACAMERJ Antônio Luiz de Araújo profere palestra.



Os Acadêmicos Maria da Glória, Luiz Augusto, Pietro Novellino, Antônio Luiz e Nilson Gomes, presença da Acamerj no evento.



Os Acadêmicos homenageados, Pietro Novellino e Luiz Augusto de F. Pinheiro entre Confrades e professores da UNIG.

A Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia - LAGO da Faculdade de Medicina da Universidade Iguazu - UNIG, realizou nos dias 10 e 11 de maio o seu II LAGO Convida. Esse evento teve a participação de vários professores da Faculdade de Medicina da UNIG, professores convidados e, importante, a presença significativa da classe discente da Faculdade de Medicina.

No dia 11/05/23, no período da tarde, a LAGO promoveu, além das atividades normais de palestras e sorteios de prêmios para os alunos, um evento que contou com a participação do Acadêmico Professor Carlindo Machado e Silva proferindo palestra sobre “Estágio atual da assistência ao prematuro no Brasil e Sífilis congênita: diagnóstico e tratamento” e também do Presidente da ACAMERJ Professor Antônio Luiz de Araújo que palestrou sobre “Varizes dos Membros Inferiores: Doença limitante ou estética?” Após essas palestras a UNIG, através do

Acadêmico Professor Nilson Gomes, do Reitor Marcelo Gomes da Rosa e vários outros docentes prestou homenagem aos professores Pietro Novellino e Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, outorgando-lhes a honrosa homenagem de Professor Honoris Causa, sendo todos saudados pelo Acad. Nilson Gomes. Além dos Acadêmicos citados, fez-se presente a Confreira Maria da Glória da Costa Carvalho

A seguir, a UNIG surpreendeu o Acadêmico Professor Nilson Gomes outorgando-lhe também o Título de Doutor Honoris Causa, sendo o mesmo saudado por seu filho, Ricardo Gimenes Gonçalves Raunheitti Gomes, e o referido professor respondeu agradecendo, emocionado, a homenagem.

Encerrando a Solenidade, os acadêmicos Pietro Novellino e Luiz Augusto de Freitas Pinheiro proferiram seus discursos de agradecimento e posteriormente o próprio Acadêmico Nilson Gomes encerrou a Solenidade.



ANM homenageia Acad. Pietro Novellino



Mesa Diretora presidida pelo Presidente da ANM, Acadêmico Francisco Sampaio.

Para iniciar o mês de junho, a Academia Nacional de Medicina (ANM) prestou homenagem, com um simpósio, a um Membro Titular que tanto fez pela casa, o Ex-Presidente Acad. Pietro Novellino. Em 2023, ele completa 65 anos de ensino em cirurgia e o evento “65 Anos de Ensino em Cirurgia - Tributo ao Prof. Pietro Novellino”, organizado pelo Presidente Acad. Francisco Sampaio, pelo Acadêmico Rossano Fiorelli e pelo Correspondente Estrangeiro Antonio Marttos, abordou questões atuais dessa área.

Foram feitas nove apresentações no total, na modalidade presencial e online. O professor Gustavo Fraga, da Unicamp, abriu a tarde com o tema “Ensino da Cirurgia do Trauma no Brasil. O que precisa mudar?”

“A Cooperação do Catar para o Ensino da Cirurgia do Trauma”, ministrada pelo Chefe de Serviço de Trauma do Hamed General Hospital no Catar, o Dr. Sandro Rizoli.

O Correspondente Estrangeiro Ricardo Zorron palestrou sobre “Nova filosofia de Inovação em Cirurgia”. Na segunda parte, o Correspondente Estrangeiro Antonio Marttos falou sobre “Remote Surgery: State of the Art”.

O professor Phillippe Teixeira Reis, da Universidade de Miami, abordou o tema “Transplant Robotic Surgery”.

O professor José Pinhata Otoch, da Universidade de São Paulo, falou sobre “O Ensino da técnica Cirúrgica e Cirurgia Básica na Graduação” e o professor

Luiz Carlos Von Bahten, do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, apresentou o tema “Perspectivas do Ensino da Cirurgia no Brasil”.

Por fim, o Honorário Estrangeiro Alan Livingstone ministrou o tema “Surgical Education: Past, Present and Future”.

O simpósio também contou com a palestra do professor Kai-Uwe Lewandrowski, da Universidade do Arizona, sobre “Changing Environment in PG Education in Orthopaedic & Neurosurgery”. Os comentários foram feitos pelo Acad. Giovanni Cerri e pelo Honorário Estrangeiro Tomas Salerno para a primeira parte, e Acadêmicos Silvano Raia e José Camargo para a segunda. Havia um bom número de presentes e ao final o homenageado foi longamente aplaudido e proferiu palavras de agradecimento.

A ACAMERJ se fez representar por vários Acadêmicos, muitos deles pertencentes aos dois Sodalícios. Destacamos: Antônio Luiz de Araújo (Presidente da ACAMERJ), Luiz Augusto de Freiras Pinheiro (Presidente do Conselho Científico), Antônio Braga Neto (Membro do Conselho Científico), Omar da Rosa Santos, Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro, Maurício Younes Ibrahim, Ernesto Maier Rymer e Esmeraldi Ferreira.

O Acadêmico Pietro Novellino foi efusivamente aplaudido pela numerosa plateia e a ANM encerrou a noite de justa homenagem com fino coquetel.



O homenageado e o Presidente da ACAMERJ



Acadêmico Pietro Novellino entre os amigos e Confrades Omar da Rosa Santos e Luiz Augusto de Freitas Pinheiro.



Acadêmicos Pietro Novellino e Francisco Sampaio entre colegas.



Lançamento de Livros

Destacamos nesse semestre o lançamento de dois livros que merecem leitura e especial atenção.



O primeiro, de nosso Confrade Omar da Rosa Santos, intitulado “Romaria”, que não é uma peregrinação religiosa a algum local sagrado. Trata-se de uma visita a instituições ou pessoas dignas de veneração, de uma lembrança, de um depositário de sentimentos. E o ator o faz através de discursos, seus ou de outros colegas ou amigos, prefácios de livro etc.

No transcurso de algumas décadas o acadêmico apresenta um conjunto de temas de grande valor histórico e literário.



Outro, trata-se do livro “Leito 7”, de autoria de nosso colega Wellington Bruno, bibliófilo auto-reconhecido e conhecido, e crítico literário de invejável bagagem de conhecimento e prática. Segundo a própria apresentação, o autor “com mais de três décadas dedicadas à medicina pública e privada, utiliza storytelling, referência à leitura dos clássicos e da literatura contemporânea, reportagens, filmes e séries para defender a importância do humanismo na medicina, da esperança, dos cuidados paliativos, da busca pela excelência, da assistência interdisciplinar, do tempo e da atenção dedicada aos pacientes.”



Carta Mensal

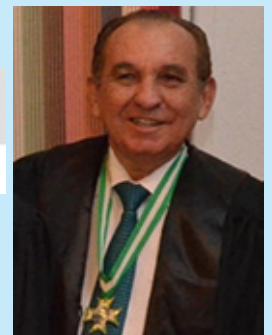
Conselho de Notáveis

Artigo em destaque

O Confrade Cláudio do Carmo Chaves publicou excelente artigo na revista “Carta Mensal”, da Confederação Nacional do Comércio de bens, serviços e turismo (CNC), onde mostra a situação da Saúde Pública no Brasil, desnudada pela Pandemia de COVID-19. Disponível na ACAMERJ para os que desejarem fazer uma leitura crítica.

O RETRATO DA
SAÚDE PÚBLICA
DO BRASIL
QUE A PANDEMIA DO
COVID-19 MOSTROU

Cláudio Chaves
Titular da Acamerj



Homenagem póstuma ao Acadêmico Hildoberto Carneiro de Oliveira



Durante o 47º Congresso da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro a SGORJ homenageou seu ex-Presidente, dando o nome à Sala 2 de Auditório Hildoberto Carneiro de Oliveira. A ACAMERJ saúda a família do pranteado Confrade e enaltece o merecido reconhecimento.



Cabe ao Editor-Chefe fazer o Necrológico de Acadêmicos falecidos. Para bem realizar a missão, solicitei à Dra. Christina Bittar, filha do nosso estimado e pranteado Acadêmico Elimar Antonio Bittar, alguns dados complementares, além dos que a ACAMERJ detém em seus arquivos.

Ela enviou-me uma matéria pronta; algo que eu não poderia escrever melhor. Por isso, vai aqui publicada após pequenas adaptações à Revista.

Homenagem Póstuma

Elimar Antônio Bittar, filho de Elias e Maria José, nasceu em Minas Gerais, em 16 de abril de 1934, na cidade de Ewbank da Câmara, na época distrito de Santos Dumont, posteriormente emancipada como município, pequena e pacata cidade próxima de Juiz de Fora, cidade maior para onde se vai à busca de maiores recursos.

Chegando a hora de iniciar os estudos do “pequeno”, carinhoso apelido dado pela família paterna, logo após conhecer as primeiras letras foi encaminhado para o curso primário em um bom colégio, o Externato Horta, na cidade de Santos Dumont.

Era uma rotina de ida e volta diariamente em um pequeno ônibus que percorria os vinte e cinco quilômetros entre os dois municípios.

Após os estudos do primário foi encaminhada para um curso de admissão ao ginásio, na cidade de Juiz de Fora com a pretensão de ingressar na sonhada “Academia”, colégio tradicional na cidade.

Concorrendo a uma bolsa de estudos, patrocinada pela Prefeitura, obteve primeiro lugar o que lhe deu os quatro anos do ginásio gratuito, como prêmio que, após dois anos, lamentavelmente, viria a perder por falta de adaptação. Morando com parentes durante a semana e indo para casa nos finais de semana continuavam as idas e vindas, agora em distância maior entre Ewbank e Juiz de Fora, roubando concentração e tempo para os estudos.

Em Ewbank morava com os avós maternos, com a mãe viúva, Maria José, e com a irmã mais nova, Marli, pois perdera o pai muito cedo. O avô, de saudosa memória e exemplo, com sacrifício, sustentava toda a família.

Após aquela frustração veio um episódio relevante para a família, a mudança para Juiz de Fora, o que ofereceria melhores oportunidades ao jovem.

O curso ginásio e científico foi concluído na sonhada “Academia”, só que agora começando a trabalhar, aos 11 anos, ao mesmo tempo que estudava. Terminado o científico foi aprovado no vestibular para a Faculdade de Farmácia e Bioquímica da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Em 1957 casou-se com Therezinha e em 1958 nasce a primeira filha, Christina, hoje colega de profissão e especialidade.

Em 1959 foi morar em Três Corações, Minas Gerais, onde nasceram os filhos Elimar e Ângelo. Nesta cidade iniciou o Laboratório Bittar.

Em 1964, a família veio para o Rio de Janeiro e passou a residir em Niterói no início dos anos 1970.

Mais uma vez, então homem feito e chefe de família, buscando um futuro melhor, Elimar decidiu haver chegado a hora de estudar medicina. Eu era muito criança e tenho lembranças de acordar no meio da noite e ver meu pai estudando, na cômoda do quarto, à luz de um pequeno abajur, para não despertar e incomodar a família. Nesta época tinha dois empregos, com plantão no final de semana e fazia cursinho para vestibular à noite. Aprova-

do no Vestibular para a Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense colou grau em 1974, já com quarenta anos de idade, ou seja, quinze anos a mais que a média de idade de seus colegas de turma.

Permaneceu no serviço de Patologia do Hospital Universitário Antônio Pedro, chefiado pelo Prof. Manoel Barreto Neto, por cerca de dois anos. Obteve o título de especialista em Patologia Clínica e Citopatologia pela Associação Médica Brasileira.

Prestou concurso público para o INSS, nas duas especialidades e dedicou-se inteiramente a elas ao tempo em que atuava também em sua empresa de Medicina Laboratorial em Niterói.

Sessenta e seis anos de trabalho e quarenta e nove anos de medicina marcaram sua vida profissional, acompanhando sempre o progresso das especialidades.

Com Therezinha completou 65 anos de casado. Uma vida de dedicação e amor!

A família cresceu: cada filho lhe deu dois netos, Isadora e Elisa filhas de Christina, Bruno e Felipe filhos de Elimar, Ângelo e Ana Clara filhos de Ângelo e os bisnetos Heitor, filho da neta Isadora, e Francisco, filho do neto Ângelo.

Dr. Bittar, deixa um legado de história na cidade de Niterói, a qual abraçou com alma e coração, onde criou seus filhos e fundou o Laboratório Bittar, hoje administrado pelos filhos, sendo a médica patologista clínica, Christina Bittar, a diretora da empresa sempre na busca de novos rumos, com a mesma determinação que aprendeu com o pai.

Mini currículo:

Formado em Medicina pela Universidade Federal Fluminense no ano de 1974; cinco Cursos de Extensão Universitária; três Títulos de Especialista em Patologia Clínica, Citopatologia e Medicina Nuclear; Aprovado em cinco Concursos Públicos; vinte e cinco Cursos de Pequena e Média Duração; mais de trinta títulos em Chefia, Direção, Diretor de Curso, Diretor Científico, Presidente de Departamento, Membro de Comissão Científica de Congressos, Comissão Editorial de Publicações, Bancas Examinadoras, Provas de Concurso, Coordenador de Cursos; sete Congressos Internacionais e vinte e nove Congressos Nacionais; dez Aulas em Sessão Solene; Diversas Moções Honrosas, Medalha Tiradentes outorgada pela Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e Medalha José Cândido de Carvalho outorgada pela Câmara Municipal de Niterói; Presidente do Departamento de Patologia Clínica da AMF e secretário do Conselho Departamental; Secretário em Congressos nacionais e internacionais e diversos cargos na Diretoria da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica onde foi Presidente no período de 1983-1985; Acadêmico Emérito da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro tendo exercido cargos em diretorias anteriores como 1º tesoureiro e Secretário-Geral em várias gestões; Acadêmico do Ano da ACAMERJ em 2011; Médico do Ano de 2017 na Associação Médica Fluminense-AMF, Niterói.

Trabalho, Inovação, Determinação, Generosidade, Ética e Humildade são palavras que nunca tiraram férias em sua vida e um exemplo para quem o conheceu.

Definida por ele mesmo, sua meta era: “O dia de hoje, fazendo o mais bem feito que eu puder”.



ALTA TECNOLOGIA EM EXAMES LABORATORIAIS



Participando há mais de 40 anos do Programa de Excelência para Laboratórios Médicos da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (PELM), e também do Programa Nacional de Controle de Qualidade (PNCQ).



NOSSAS UNIDADES:

NITERÓI: Centro | São Francisco | Shopping Icaraí | Presidente Backer
Av. Roberto Silveira | Itaipu Multicenter

SÃO GONÇALO: Centro | Alcântara

ATENDIMENTO DOMICILIAR

EXAMES GENÉTICOS | EXAMES PARTICULARES | EXAME TOXICOLÓGICO
TESTE DE PATERNIDADE | PROVAS HORMONAIS | COLETA ESPECIAL PARA CRIANÇAS

www.labittar.com.br

 (21) 2621 6161

 (21) 99995 6816

 @labittar

 /laboratoriobittar

ACAMERJ

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

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

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,
Umhas 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

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

