



Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Revista da

ACAMERJ

Ano X - nº 20 - Janeiro - Abril / 2025

ISSN: 2525-9466

Editorial: O Voo da Águia

Eletrocardiograma e Digital

Diagnóstico da Neuropatia
Diabética

Entrevista:

Acadêmico Titular Luiz Augusto
de Freitas Pinheiro

Acamerj em Marcha

Acadêmicos em Destaque



UNIG

UNIVERSIDADE IGUAÇU

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 consiste em mais de 140 turmas iniciadas e milhares de médicos de sucesso formados pela Instituição.

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



TECNOLOGIA E INOVAÇÃO



LABORATÓRIO DE ANATOMIA HUMANA



SALA DE AULA PREMIUM



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



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



O Voo da Águia

No transcorrer do ano de 2025 estaremos a comemorar dez anos da primeira edição da Revista da ACAMERJ. Anos de muito trabalho, realizações, surpresas, incertezas, temperadas com a vontade de vencer, alçando voos altaneiros, virtuosos. E temos conseguido, com ajuda, colaboração e incentivo de muitos.

No seu nono aniversário, ela passou de semestral para quadrimestral devido ao aumento de artigos científicos e culturais enviados ao Editor Chefe, bem como ao aumento de matérias sociais, de eventos e de patrocinadores. É um bom e desejado fluir da vida.

Ao longo dos passados nove anos, fomos introduzindo suaves e progressivas mudanças na Revista para que não perdesse sua identidade, principalmente na capa de rosto e na quarta capa. Algumas vezes essas alterações relacionaram-se a episódios significativos para humanidade, como a Pandemia de Covid-19, outras vezes ocorreram devido a simples demandas estéticas. Este ano, a partir deste número 20, voltamos a introduzir algumas modificações, principalmente no seu exterior, tentando torná-la mais “clean”. Criamos, ainda, uma simbologia, através de um logotipo, que represente nossa resiliência, nossa determinação, nossa perspicácia, nosso comprometimento e nossa obrigação em alçar voos cada vez mais alcandorados da Revista e, mormente, do sodalício, como tem sido a luta e o desejo de todos. Esta a razão da opção pela Águia, por representar esses nossos anseios e compromissos. Os metais que simbolizam dez anos de existência de algo de qualquer natureza, são o estanho e o zinco, cujas cores são semelhantes.

Na Mitologia Grega a Águia representa Zeus, Rei do Trovão, Rei dos Reis, Senhor do Tempo. Entre os egípcios, está associada à Deusa Nechbet, relacionada à vida eterna.

Na cultura Celta imputaram-lhe poderes de renascimento e capacidade de renovação. No Xamanismo é considerada verdadeira conexão com o Divino e na Umbanda está sob a proteção de Ená, Dona dos Olhos, sabe focar em suas presas. No Cristianismo, o Evangelho de João é representado por uma Águia, como símbolo de elevação espiritual.

O zinco é um elemento químico ou metal, de cor acinzentada ou branca-azulada, usado na metalurgia, principalmente nas ligas metálicas. Na Saúde humana é de vital importância na genética e nos processos imunológicos. Ele é duro e utilizado para cobrir outros metais, o que sugere proteção. E como elemento químico representa a natureza e a estrutura do Universo.

Já o estanho é um metal dúctil e maleável, de cor branca prateada, resistente à corrosão e oxidação, o que o leva a ser útil como liga (solda) e protetor de outros metais.

Assim, figuradamente, nesse cadinho de ideias e proposições, procuramos significar os anseios de nossa Revista e da própria Acamerj: altivez, sabedoria, mudanças necessárias para renovação e perpetuação, meta, magestade, renascimento, visão aguda, coragem, elevação espiritual, resistência, proteção, união, maleabilidade, resiliência. E assim sendo, desde o início e para todo sempre!

Em nossa Seção Científica publicamos dois artigos conceituais e práticos: Neuropatia Diabética e ilações retiradas de um traçado eletrocardiográfico. Ambos convidam a uma leitura atenta e crítica.

Na Seção Cultural damos continuidade à “Memória da Acamerj”, com a entrevista de mais um Presidente e na Seção Social/Eventos publicamos as atividades da Academia e notícias de Acadêmicos e Acadêmicas, referentes ao primeiro quadrimestre do ano.

Nossas homenagens às Mães pelo seu Dia!



Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Fundada em 08/12/1974
Diretoria 2024 / 2026

Presidente:

Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

1º Vice-Presidente:

Acad. Vilma Duarte Câmara

2º Vice-Presidente:

Acad. Antônio Luiz de Araújo

Secretário Geral:

Acad. Maria de Fátima B. P. Sant'Anna

1º Secretário:

Acad. Selma Maria de Azevedo Sias

2º Secretário:

Acad. Eduardo Nani Silva

Tesoureiro:

Acad. Luiz Sérgio Keim

1º Tesoureiro:

Acad. José Luis Reis Rosati

Diretor de Patrimônio:

Acad. Luiz Alberto Soares Pimentel

Diretor Sócio-Cultural:

Acad. Vânia Glória Silami Lopes

Diretor de Comunicação:

Acad. Esmeralci Ferreira

Diretor de Documentação e Biblioteca:

Acad. Mauro Geller

Orador:

Acad. Evandro Tinoco Mesquita

CONSELHO FISCAL

Titulares: Acad. Antonio Chinelli - Acad. Wellington Santos

Suplentes: Acad. Paulo Antônio de Paiva Rebelo - Acad. Tânia Cristina de M. Barros Petraglia - Acad. Theóphilo José da Costa Neto

CONSELHO CIENTÍFICO

Presidente: Acad. Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro

Secretário: Acad. Ronaldo Curi Gismondi

Conselheiros:

Acad. Alair Augusto Sarmet dos Santos

Acad. Aúrea Lúcia Alves de Azevedo

Grippa de Souza

Acad. Cláudio Tinoco Mesquita

Acad. Evandro Tinoco Mesquita

Acad. Gesmar Volga Asséf Haddad

Acad. Luiz José Martins Romêo Filho

Acad. Marcos Raimundo Gomes de Freitas

Acad. Maurilo de Nazaré de L. Leite Júnior

Acad. Omar da Rosa Santos

Acad. Solange Artimos de Oliveira

CONSELHO EDITORIAL

Editor-Chefe: Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Editor Associado: Acad. Vânia Glória Silami Lopes

Conselheiros:

Acad. Alexandre Martins Valença

Acad. Antônio Rodrigues Braga Neto

Acad. Carlindo de Souza M. e Silva Filho

Acad. Gerson Paulo Goldwasser

Acad. Jocemir Ronaldo Lugon

Acad. Manoel Antônio Gonçalves Pombo

Acad. Mário Gáspare Giordano

Acad. Rodrigo Sattamini P. e Albuquerque

Acad. Rubens Antunes da Cruz Filho

Conselho Consultivo:

Acad. Waldenir de Bragança

Acad. Alcir Vicente Visela Chácar

Acad. Luiz José Martins Romêo Filho

Acad. Antônio Luiz de Araújo

Secretárias:

Alita Baptista dos Santos

Carolina 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 três vezes por ano a partir do número 17, 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: Grafmec / **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

Tels.: (21) 2711-0721 - 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

O Voo da Águia
Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Pág. 03



Seções: Científica

Eletrocardiograma e Digital

Gerson Paulo Goldwasser, Martha Demetrio Rustum, José Hallake,
Luiz Maurino Abreu, Carlos Diniz de Araújo, Bruno Rustum Andrea,
Rodrigo Gomes Pires de Lima e Henrique Thadeu Periard Mussi

Pág. 06

Diagnóstico da Neuropatia Diabética

João Paulo Lima Daher, Gabriela de Castro Martins,
Sídio Werdes Sousa Machado, Pedro Gabriel dos Santos Machado,
Mariana Prado Silva Magalhães, Mauro Geller

Pág. 08

Cultural



Memória da Acamerj Entrevista

Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Pág. 14

Social / Eventos



Acamerj realiza a primeira
Sessão Ordinária de 2025

Pág. 19



Segunda Sessão Ordinária debate Cirurgia,
Clínica Médica e Ciências Aplicadas

Pág. 20



Acamerj participa da Colação de Grau no
Instituto Carlos Chagas - ICC

Pág. 21



Acadêmico Omar da Rosa Santos recebe
homenagem da ANM

Pág. 22

Obituário

Acadêmico José Antônio Bastos de Carvalho.

Pág. 22





Eletrocardiograma e Digital

Gerson Paulo Goldwasser¹, Martha Demetrio Rustum², José Hallake³, Luiz Maurino Abreu⁴, Carlos Diniz de Araújo⁵, Bruno Rustum Andrea⁶, Rodrigo Gomes Pires de Lima⁶ e Henrique Thadeu Periard Mussi⁶

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 83 anos, internado no CTI do Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ) com quadro de doença renal crônica (DRC), agudizada, e com necessidade de hemodiálise.

Padecente de miocardiopatia isquêmica, em uso de Diuréticos (furosemida e espironolactona), IECA, Beta bloqueador e Digital. Realiza o seguinte ECG (Figura1): qual a interpretação e qual o diagnóstico?

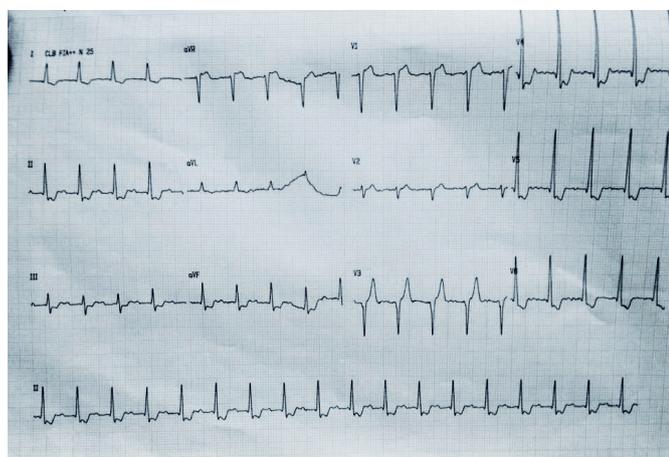


Figura 1 – Eletrocardiograma do paciente no momento da admissão.

NOSSA INTERPRETAÇÃO

1) Ritmo sinusal, FC: 105 bpm, 2) Onda P de baixa amplitude, 3) IPR: 260 ms (BAV 1º grau), QRS: 90 ms, IQT medido: 280 ms (QT curto), SAQRS: + 30°, 4) Repolarização ventricular alterada: INFRADENIVELAMENTO de ST E PONTO J de até 3 mm nas derivações com complexos QRS positivos, SUPRADENIVELAMENTO de ST E PONTO J de até 1,5 mm nas derivações com complexos QRS negativos e ONDA T AMPLA, APICULADA e simétrica em V3

Conclusão: ECG sugestivo de impregnação digitalica e hiperpotassemia em idoso com DRC.

DIGITÁLICOS

Mecanismo de ação: Digoxina é fármaco antigo na cardiologia (1785 Sir William Withering, usa planta digitalis purpurea na Insuficiência Cardíaca Congestiva - ICC).

Inibe bomba sódio-potássio ATPase, e promove acúmulo transitório de Na^+ e Ca^{++} intra celular, o que provoca aumento da interação actina-miosina e incremento na contratilidade miocárdica. Aumenta o K^+ extracelular (Figura 2).

Reduz a automaticidade do sistema elétrico e aumenta o potencial de repouso transmembrana na diástole (aumento no tônus vagal e redução da atividade simpática) (Figura 3).

Indicação atual: redução de frequência cardíaca na fibrilação atrial e para melhora sintomática na ICFER em ritmo sinusal (recomendação moderada IIa-B na AHA e fraca IIb-B na European Society of Cardiology (ESC).

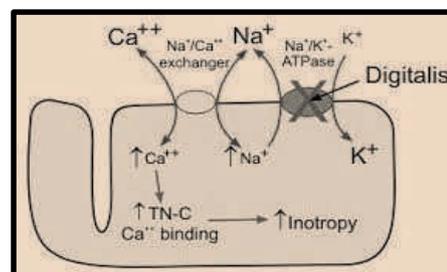


Figura 2 – Representação esquemática da ação da digoxina na bomba Na^+/K^+ ATPase.

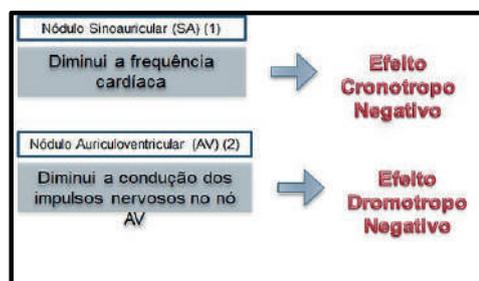


Figura 3 – Efeitos da digoxina sobre o sistema de condução cardíaco.

¹ Ex-Diretor Presidente do Departamento de Eletrocardiografia da SOCERJ (2022-2023). Professor Adjunto de Clínica Médica da Escola de Medicina Souza Marques. Mestre em Cardiologia pela UFRJ. Membro Titular da ACAMERJ.

² Diretora do Departamento de Eletrocardiografia da SOCERJ (2024-2026). Mestre em Cardiologia pela UERJ, Especialista em Cardiologia pela SBC.

³ Professor Adjunto de Cardiologia da UFRJ (Aposentado). Mestre em Cardiologia pela UFRJ. Diretor do Departamento de Eletrocardiografia da SOCERJ.

⁴ Diretor Presidente do Departamento de Eletrocardiografia da SOCERJ (2024-2026). Mestre e Doutor em Cardiologia pela UFRJ. Diretor de Estimulador.

⁵ Especialista em Cardiologia-SBC. Residência Médica em Cardiologia - UERJ. Diretor do Departamento de Eletrocardiografia da SOCERJ (2024-2026).

⁶ Colaboradores do Departamento de Eletrocardiografia da SOCERJ (2024-2026).



Sinais ao ECG de Impregnação Digitalítica: (doses terapêuticas) (Figura 4).

Depressão côncava do ST em “COLHER-DE-PEDREIRO” OU EM “BIGODE DE SALVADOR DALÍ” ou “BASTÃO DE HÓQUEI”, Depressão do ponto J, Ondas T planas, negativas ou bifásicas, Intervalo QT curto, Intervalo PR prolongado (secundário ao aumento do tônus vagal), Porção terminal da onda T pontiaguda, Aumento da amplitude da onda U.



Figura 4 - Alterações características no ECG em pacientes com uso terapêutico de digitálicos.

Sinais de Intoxicação Digitalítica:

Digital tem margem terapêutica estreita (dose tóxica próxima à dose terapêutica). A intoxicação é uma complicação grave e potencialmente letal. Concentrações séricas ideais 0,5 a 0,8 ng/ml. Sintomas: náuseas, vômitos, diarreia, dificuldades visuais (cromatopsia), confusão mental. Nesta situação ocorre excesso de Ca^{++} intracelular = Pós potenciais tardios. Encurtam a repolarização diminuindo o período refratário do miocárdio.

Ao ECG observam-se as arritmias: extra-sístoles ventriculares, bigeminismo geralmente ventricular (Figura 5), fibrilação atrial com resposta ventricular lenta, bloqueios sino-atriais (figura 6), bloqueios atrioventriculares variáveis, taquicardia e/ou fibrilação ventricular (Figura 7).

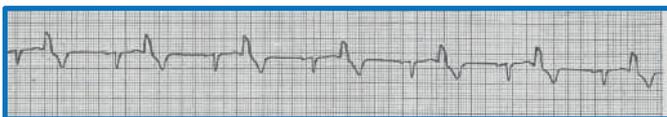


Figura 5 - Bigeminismo ventricular característico de intoxicação digitalítica



Figura 6 - Bloqueio sino-atrial observado em intoxicação.

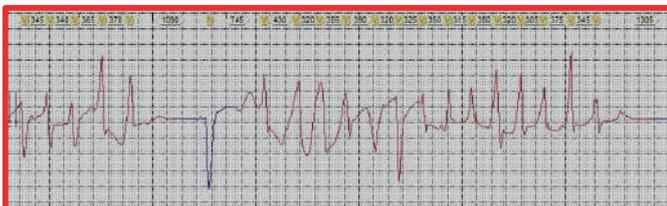


Figura 7 - Fibrilação ventricular induzida por digoxina.

Sinais ao ECG de Hipercalemia,

Alterações de ECG: 1) K^+ sérico = 5,5 e 6,5 mEq/L: alteração da onda T, que se torna apiculada e com a base estreita, ou em “tenda”(figura 8), 2) K^+ sérico = 6,6 e 7,5 mEq/L: Baixa voltagem da P, 3) K^+ sérico > 8 mEq/L: alargamento do QRS, ritmo Sino-Ventricular e arritmias potencialmente fatais.

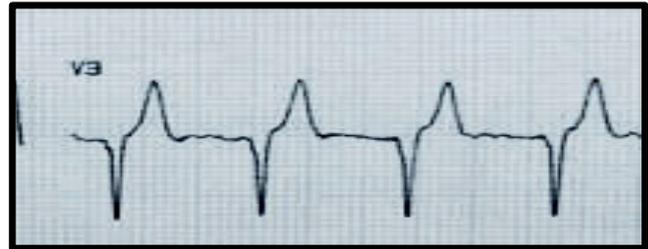


Figura 8 - Onda T em tenda típica da hipercalemia leve.

TRATAMENTO

Intoxicação digitalítica:

Suspensão do fármaco, correção dos distúrbios eletrolíticos; nos casos graves, administração de imunoterapia anti-digoxina (anticorpos específicos contra a digoxina), terapia dialítica.

Tratamento da hipercalemia:

Adaptações na alimentação, ajuste de medicações que diminuam a eliminação de potássio pelos rins, resinas de troca como o sulfonato de poliestireno sódico, infusão de gluconato de cálcio, infusão de insulina (glico-insulino terapia), terapia dialítica

CONCLUSÃO

ECG é ferramenta indispensável na prática clínica emergencial. O conhecimento fisiopatológico das modificações do ECG decorrentes da impregnação/intoxicação digitalítica e hiperpotassemia permite a possibilidade da identificação precoce de duas condições graves antes mesmo da confirmação laboratorial, possibilitando tratamento precoce e redução na mortalidade.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Fisch C, Zipes D, Noble RJ. Digitalis toxicity. Mechanism and recognition. In: Yu PN, Goodwin JF, editors. Progress in Cardiology. Philadelphia: Lea & Febiger; 1975. vol. 4. p. 37–70.
- Goldwasser GP. Eletrocardiograma orientado para o clínico. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2009. p. 311.
- Hallake J. Eletrocardiografia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2022. p. 250.
- Marriot HJL, Conover NHB. Digitalis dysrhythmias. In: Advanced Concepts in Arrhythmias. St. Louis: The C. Mosby Company; 1983. p. 324.
- Surawicz B, Knilans TK. Chou's Electrocardiography in Clinical Practice. 6th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. p. 522.



Diagnóstico da Neuropatia Diabética

João Paulo Lima Daher¹, Gabriela de Castro Martins², Sídio Werdes Sousa Machado³, Pedro Gabriel dos Santos Machado⁴, Mariana Prado Silva Magalhães⁵, Mauro Geller⁶

RESUMO

A neuropatia diabética (ND) constitui um grupo heterogêneo de manifestações clínicas ou subclínicas, acometendo o sistema nervoso periférico. É a complicação diabética mais frequente e engloba um grupo de alterações funcionais com múltiplas manifestações clínicas. Podem ser classificadas quanto à distribuição anatômica em proximal ou distal, simétrica ou assimétrica, focal ou multifocal ou difuso. Quanto ao curso clínico podem ser aguda, subaguda ou crônica e quanto à característica podem ser divididas em dolorosas ou não, sensitivas, motoras ou autonômicas. Objetivos: O objetivo geral deste estudo foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a neuropatia diabética com ênfase ao diagnóstico. Diagnóstico: O diagnóstico da neuropatia é, fundamentalmente, clínico e de exclusão. Se a história clínica e os achados físicos forem consistentes, o diagnóstico de ND pode ser baseado nos sintomas e sinais clínicos típicos, sem a necessidade de estudos eletrofisiológicos. Deve ser precoce para prevenir a ulceração e a amputação.

PALAVRAS-CHAVE

Controle Glicêmico. Pé diabético. Alterações Vasculares. Neuropatia diabética.

ABSTRACT

The diabetic neuropathy consists a heterogenic group of clinical or subclinical manifestations affecting the peripheric nervous system. It is the most frequent diabetic complication and includes a group of functional alterations with multiple clinical manifestations. It can be classified according to anatomic distribution in proximal or distal, symmetric or asymmetric, focal or multifocal or diffuse. About the clinical course, it can be acute, subacute or chronic and in terms of characteristics, it can be divided in painful or unpainful, sensitive, motor or autonomic. Objective: The general objective of this study is making a literature review about diabetic polyneuropathies with emphasis on diagnostic. Diagnostic: The neuropathy's diagnostic is fundamentally clinical and of exclusion. If the clinical history and physical findings are consistent, the diagnostic may be based on typical symptoms and clinical signals, without a need of electrophysiologic studies. It shall be early to prevent ulceration and amputation.

KEYWORDS

Glycemic Control. Diabetic Foot. Vascular Alterations. Diabetic Neuropathy.

INTRODUÇÃO

A Neuropatia diabética (ND) constitui um grupo heterogêneo de manifestações clínicas ou subclínicas, acometendo o sistema nervoso periférico como complicação do diabetes mellitus (DM)⁽¹⁾. O diabetes é uma enfermidade endócrino-metabólica complexa caracterizada pela hiperglicemia, exigindo assistência médica contínua e preventiva de complicações agudas e crônicas⁽²⁾. O controle metabólico do diabetes reduz a frequência e intensidade da lesão neurológica^(1,3).

O risco de ocorrência da ND é multifatorial, conforme a idade, duração do diabetes, obesidade, dislipidemia, tabagismo, comorbidades cardiovasculares e complicações micro e macrovasculares⁽⁴⁾, maior estatura e variações genéticas nos genes ACE e MTHFR⁽⁵⁾. Em geral, a amplitude das alterações da ND gera sequelas graves⁽³⁾. A incidência de neuropatia diabética é de aproximadamente 6.000 por 100.000 indivíduos com diabetes tipo 1 e cerca de 2.800 por 100.000 indivíduos com diabetes tipo 2⁽⁶⁾.

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

²Discente de Medicina da UFF

³Médico pela UNIRIO. Especialista em Pediatria pela PUC-RJ e em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e em Ciências e Biotecnologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre pela UFF.

⁴Médico pela UFF. Cirurgião Geral do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes e especialista em Cirurgia do Trauma pelo Colégio Brasileiro de Cirurgias.

⁵Graduação em Medicina pela UNIFESO. Membro do American College of Physicians.

⁶Professor Titular de Imunologia e Microbiologia da Faculdade de Medicina - UNIFESO e do Curso de Pós-Graduação em Imunologia Clínica do Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas. Professor da New York University Medical School. Membro Titular da Academia de Medicina ABMM. Acadêmico Titular da ACAMERJ.



As ND podem ser classificadas por distribuição anatômica, curso clínico e característica. Podem também ser descritas como “típicas” ou “atípicas”, segundo suas ocorrências⁽⁷⁾. As classificações atuais englobam a polineuropatia diabética (PND) ligada à hiperglicemia com complicações metabólicas e isquêmicas, de etiologia compressiva e associada a processos inflamatórios/imunes⁽⁸⁾.

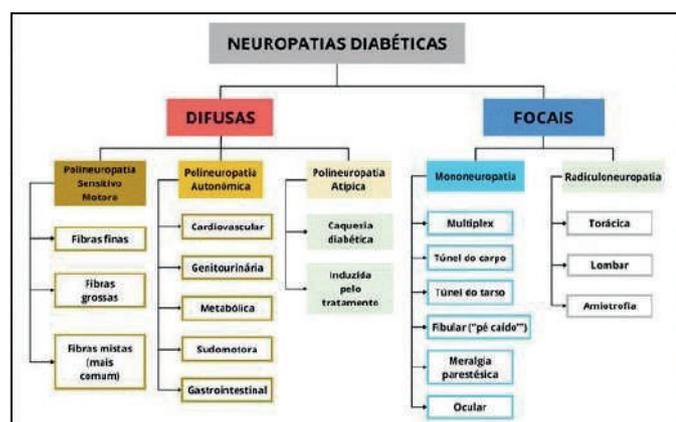
A neuropatia diabética se desenvolve por meio de múltiplas vias metabólicas interconectadas ativadas pela hiperglicemia crônica. A via do poliol torna-se hiperativa, com a aldose redutase convertendo o excesso de glicose em sorbitol, levando ao acúmulo de sorbitol e à depleção de mio-inositol, prejudicando a função nervosa. Simultaneamente, a via da hexosamina é ativada, desviando a frutose-6-fosfato para a formação de GlcNAc (N-acetilglucosamina), alterando a função de proteínas. A ativação da proteína quinase C (PKC) também contribui, promovendo resistência à insulina e disfunção vascular. Produtos finais de glicação avançada (AGEs), formados pela glicação não enzimática de proteínas e lipídios, desencadeiam estresse oxidativo e inflamação. Além disso, o dano excessivo ao DNA estimula a ativação da poli(ADP-ribose) polimerase (PARP), exacerbando a lesão neuronal e o desequilíbrio metabólico⁽⁹⁾.

A classificação da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), liberada em 2022 (Quadro 1), divide as ND em dois grupos – Neuropatias Difusas e Neuropatias Focais^(10,11):

a) Neuropatias Difusas, incluindo a Polineuropatia Sensitivo-Motora, a Polineuropatia Autonômica e as Polineuropatias Atípicas, como a Caquexia diabética;

b) Neuropatias Focais, incluindo Mononeuropatias, como Túnel do Carpo, Mononeuropatia Ocular e Meralgia Parestésica, e as Radiculoneuropatias, a exemplo das radiculoneuropatias torácica, lombar e a amiotrofia.

Quadro 1 - Neuropatias Diabéticas^(10,11)



OBJETIVOS

Objetivo Geral

Realizar uma revisão bibliográfica acerca das neuropatias diabéticas, com destaque aos diagnósticos.

Objetivos Específicos

- Identificar e descrever os métodos diagnósticos da ND;
- Classificar e caracterizar os diferentes tipos de ND

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de literatura sobre Neuropatia Diabética com busca de artigos científicos recentes nas bases de dados PubMed, BVS/LILACS, SciELO e no portal Periódicos CAPES, utilizando acesso institucional pela Universidade Federal Fluminense (UFF). A seleção incluiu publicações nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram também acessados dados da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e American Diabetes Association (ADA). Foram incluídos artigos recentes com foco em neuropatias diabéticas, diabetes mellitus e suas complicações, com ênfase nos aspectos clínicos de diagnóstico. As buscas utilizaram os descritores: “diabetic neuropathy”, “diagnosis”, “neuropatias diabéticas”, combinados com operadores booleanos AND e OR. Foram excluídos artigos com títulos incompatíveis com o tema, estudos voltados exclusivamente para pesquisa básica, outras abordagens clínicas não relacionadas, além de publicações como cartas ao editor, livros, monografias, dissertações, teses e metanálises. Foram identificados centenas de artigos inicialmente. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 34 artigos foram selecionados para análise completa e incluídos na revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DIAGNÓSTICA

Neuropatias difusas

Polineuropatia Sensitiva Distal (DSPN)

É a forma clínica mais comum de ND com prevalência estimada em 50% dos pacientes diabéticos^(10,12). A prevalência de Neuropatia Periférica Diabética é de 49% na população geral, de 12% em indivíduos com pré-diabetes e de até 90% nas pessoas com DM candidatas a transplante renal^(11,13,14). Alterações difusas, simétricas e distais são características^(10,12,15). O desenvolvimento é lento, progressivo e simétrico, com sintomas sensitivos e autonômicos resultantes inicialmente do acometimento de fibras finas e largas sensitivas e, enfim, fibras motoras em estágios mais graves⁽⁹⁾. Diagnostica-se pelos sintomas e sinais típicos, além da realização de testes neurológicos, sendo que dois ou mais testes devem estar alterados para confirmação do diagnóstico^(10,12). Os sintomas variam conforme a classe de fibras sensitivas envolvidas, sendo mais frequentes em membros inferiores. A dor pode ser queimante, lancinante, com formigamento ou choque elétrico; com parestesias e piora à noite. A dor pode ocorrer pelo contato (alodínia) com tecidos e sapatos^(16,17,18). O envolvimento de fibras grossas pode causar dormência, formigamento indolor e insensibilidade tátil, aumentando o risco para ulceração do pé diabético^(1,10,19). A retinopatia e nefropatia reforçam a correlação com o DM, pois a DSPN comumente acompanha envolvimento retiniano e renal (neuropatia, retinopatia e nefropatia)^(3,10). Para Tesfaye et al. (2010)⁽¹¹⁾, no diagnóstico de DSPN consideram-se três etapas:



a) Possível DSPN, incluindo sinais e sintomas, como redução da sensação, sintomas sensitivos neuropáticos positivos, predominantemente nos dedos dos pés, pés ou pernas; ou diminuição simétrica da sensação distal ou diminuição inequívoca ou ausência de reflexos profundos;

b) Provável DSPN, incluindo a presença combinada de sintomas e sinais neuropáticos, diminuição da sensação distal ou diminuição inequívoca ou ausência de reflexos profundos;

c) Confirmação de DSPN, incluindo uma anormalidade no teste de condução nervosa e presença de um ou mais sintomas ou sinais neuropáticos que confirmam DSPN. Se o teste de condução nervosa for normal, utiliza-se uma medida validada de neuropatia de fibras finas. A SBD recomenda o uso do Escore de comprometimento neuropático (ECN) para confirmação (Tabela 1)⁽¹⁸⁾.

Tabela 1 - Escore de Comprometimento Neuropático Testes Neurofisiológicos

Escore de Comprometimento Neuropático (ECN/NDS)		
Sensibilidade Vibratória - 128 Hz	Preservada: 0	Preservada: 0
	Alterada: 1	Alterada: 1
Sensibilidade Térmica	Preservada: 0	Preservada: 0
	Alterada: 1	Alterada: 1
Dor Superficial	Ausente: 0	Ausente: 0
	Presente: 1	Presente: 1
Reflexo Aquileu	Normal: 0	Normal: 0
	Presente com reforço: 1	Presente com reforço: 1
	Ausente: 2	Ausente: 2

Entre os testes neurofisiológicos para rastreamento de NPD, encontram-se:

- **DPN-Check:** teste de condução nervosa que utiliza um dispositivo portátil para estimular o nervo sural e avaliar a amplitude da onda e a velocidade de condução do impulso nervoso em apenas cinco minutos. Voltado para a avaliação de fibras grossas⁽¹⁹⁾;

- **Monofilamento 10g:** teste de sensibilidade tátil, sobretudo para os pés, não é considerado a melhor opção para rastreamento precoce da NPD, porém pode ser indicado para triagem do pé diabético. Voltado para a avaliação de fibras grossas⁽²⁰⁾;

- **Biotesiômetro:** dispositivo que contém uma sonda portátil conectada a um visor e que analisa propriedades como sensibilidade tátil e vibração. Voltado para a avaliação de fibras grossas⁽²¹⁾;

- **Diapasão:** voltado para a avaliação de fibras grossas⁽²²⁾;

- **Escore de Toronto Modificado, Escore de comprometimento neuropático (ECN/NDS) e Escore de Michigan (MDNS):** voltados para avaliação de fibras finas e grossas⁽²²⁾;

- **Neuropad:** teste visual de dez minutos que avalia a produção de suor na superfície plantar dos pés, porém apresenta baixa especificidade e alto valor preditivo negativo (98%), por isso testes positivos devem ser confirmados com instru-

mentos mais específicos. Voltado para a avaliação de fibras finas^(23,24);

- **Microscopia Confocal de córnea (MCC):** teste que pode ser usado mais precocemente, pois avalia fibras finas do nervo trigêmeo e é pouco invasivo, embora ainda seja de difícil acesso pela população geral, devido ao seu alto custo⁽²⁵⁻²⁷⁾;

Neuropatias Autonômicas

A neuropatia autonômica diabética acompanha frequentemente a DSPN, raramente ocorrendo isoladamente. É uma neuropatia que pode comprometer todos os sistemas orgânicos, afetando o controle autonômico simpático e parassimpático^(10,17).

Os sinais e sintomas de disfunção autonômica devem ser investigados por meio de uma anamnese detalhada e exame físico direcionado, uma vez que a doença pode afetar diversos órgãos inervados pelo sistema nervoso autônomo⁽²⁸⁾. As manifestações clínicas incluem alterações cardiovasculares, gastrintestinais, geniturinárias e outras mais inespecíficas, como distúrbios pupilares (ex.: pupila de Argyll Robertson), intolerância ao calor, disfunções sudomotoras ou alterações na sudorese (hipo ou hiperidrose) e distúrbios respiratórios relacionados à hipoglicemia^(10,16,17).

- **Neuropatia Autonômica Cardiovascular (NAC):** É o comprometimento do controle autonômico do sistema cardiovascular⁽¹¹⁾. As manifestações ocorrem em diabéticos com doença avançada e prolongada, caracterizando taquicardia de repouso, hipotensão ortostática e intolerância ao exercício. O paciente é classificado como portador de NAC, uma polineuropatia de fibras finas, quando apresenta testes autonômicos alterados^(11,15). Taquicardia de repouso (100-130 bpm): Manifestação de fase tardia da doença, refletindo o aumento relativo do tônus simpático associado ao comprometimento vagal. Hipotensão Ortostática é a redução da PA sistólica de pelo menos 20 mmHg ou PA diastólica de pelo menos 10 mmHg em 1 a 3 min após assumir a posição ortostática. Sintomas incluem: sensação de cabeça muito leve, fraqueza, vertigem, alterações visuais e, em maior gravidade, síncope em posição ortostática⁽²⁹⁾. No diabetes, a hipotensão ortostática ocorre por desnervação simpática vasomotora eferente, causando redução da vasoconstrição do leito vascular esplâncnico e periférico^(15,17). A Intolerância ao exercício ocorre pela diminuição assintomática da frequência cardíaca (FC), pressão arterial (PA) e débito cardíaco (DC), em resposta a desnervação vagal provocada pelo diabetes. Além dessas manifestações, a NAC também pode cursar com isquemia miocárdica ou infarto silencioso, morte súbita e alterações da circulação periférica⁽³⁰⁾.

- **Neuropatia Autonômica Gastrointestinal:** o diagnóstico de neuropatia autonômica gastrointestinal é frequentemente de exclusão⁽¹¹⁾. Neuropatias gastrointestinais podem envolver qualquer parte do trato gastrointestinal e manifestam-se com amplo espectro semiológico: dismotilidade esofágica, gastroparesia (retardo no esvaziamento gástrico), constipação, diarreia e incontinência fecal⁽³⁾. Sintomas inespecíficos podem ocorrer como anorexia, náuseas, vômitos, dispepsia,



saciedade precoce, inchaço e dor abdominal. A gastroparesia diabética pode afetar diretamente o controle glicêmico e causar disglícemia e hipoglicemia inexplicada devido à dissociação entre absorção alimentar e perfis farmacocinéticos de insulina e outros agentes. A gastroparesia diabética é encontrada em diabéticos de longa data, afetando cerca de 40% do total^(10,11,17). O padrão-ouro diagnóstico é a medição do esvaziamento gástrico de alimentos sólidos, mais sensível comparado a refeições líquidas ou semi-sólidas^(10,11,17).

• **Neuropatia Urogenital:** a duração do diabetes associa-se significativamente às alterações musculares lisas da bexiga e à incontinência urinária severa. Sintomas incluem disúria, frequência, urgência, noctúria, esvaziamento incompleto da bexiga, mau fluxo, infrequência de micção, hesitação inicial no início da micção, cistite recorrente. Outras causas de condições urológicas, como hipertrofia prostática benigna em homens ou distúrbios ginecológicos em mulheres, devem ser excluídas através de testes adequados^(10,11,17). Para o diagnóstico, um questionário validado para sintomas de aparelho urinário inferior, a medição da taxa de fluxo urinário de pico e do volume residual pós-gálio são utilizados. A neuropatia urogenital pode gerar disfunção erétil e/ou ejaculação retrógrada e disfunção miccional. Em mulheres, ocorre a dispareunia, diminuição da excitação sexual e lubrificação deficiente, além de sintomas de infecções de trato urinário inferior, como incontinência urinária e disfunção miccional (noctúria, urgência urinária e fluxo urinário fraco).^(10,11,17)

• **Disfunção Sudomotora:** manifesta-se por pele seca, anidrose ou intolerância ao calor. Essa disfunção pode resultar em pele seca do pé e pode ser associada à ulceração do pé^(10,11). O teste quantitativo do reflexo do axônio do sudomotor (QSART) detecta a polineuropatia distal de fibra pequena com uma sensibilidade de >75%, sendo o método de referência para detecção da disfunção do sudomotor⁽⁸⁾.

• **Pé Neuropático (Pé diabético):** na neuropatia autonômica diabética, a inervação vascular periférica está reduzida ou ausente. A perda do tônus simpático vascular promove vasodilatação, gerando shunts arteriovenosos e aumento do fluxo sanguíneo⁽¹⁶⁾. Isto resulta em enfraquecimento dos ossos dos pés, ocorrendo osteopenia, fraturas, artropatia de Charcot e maior risco de ulcerações. O pé neuropático é quente devido aos shunts, podendo se associar a distensão das veias dos pés. Por outro lado, a desnervação sudomotora periférica afeta os pés, resultando em pele seca com fissuras, com maior risco de infecções⁽¹⁵⁾. A maioria das infecções agudas do pé diabético são polimicrobianas, causadas por microorganismos aeróbios (cocos gram-positivos). Os agentes causadores de feridas são os estafilococos, com risco de infecções resistentes. As úlceras de pé necessitam de cuidados por um podólogo^(15,16).

Mononeuropatias

Trata-se de neuropatias focais que acometem nervos periféricos das extremidades, nervos torácicos ou cranianos. As mononeuropatias de extremidades ocorrem, geralmente, por envolvimento de nervos mais suscetíveis a trauma ou

compressão, como os nervos mediano, ulnar, radial, cutâneo femoral lateral, fibular comum e plantar. Dentre esses, os nervos radial e fibular são os mais frequentemente afetados. Em pacientes diabéticos, essas lesões são comuns devido à combinação de fatores metabólicos, isquemia, reinervação prejudicada e, muitas vezes, obesidade^(10,17).

Destacam-se as neuropatias cranianas, que ocorrem com maior frequência em pessoas com diabetes do que na população geral⁽⁸⁾. Essas neuropatias acometem, principalmente, os nervos cranianos III (oculomotor), IV (troclear), VI (abducente) e VII (facial). A paralisia do nervo oculomotor é a forma mais comum, caracterizando-se por início súbito de dor unilateral na região cefálica, diplopia e ptose palpebral, geralmente com preservação da pupila^(3,10). Em seguida, a neuropatia craniana mais frequente é a paralisia do nervo facial⁽⁸⁾.

Radiculopatias

A **radiculoplexopatia diabética**, também conhecida como amiotrofia diabética, acomete mais frequentemente o plexo lombossacro, embora também possam ocorrer apresentações cervicais e torácicas⁽⁸⁾. São descritos três tipos principais: radiculoplexopatia cervical diabética (DCRPN), torácica (DTRN) e lombossacral (DLRPN). A apresentação clínica típica é caracterizada por dor súbita, intensa e unilateral, geralmente na coxa, seguida por fraqueza muscular assimétrica e atrofia dos músculos proximais da coxa. A progressão é geralmente gradual, podendo envolver ambos os membros inferiores de forma assimétrica ao longo de semanas ou meses. Em casos graves, a fraqueza bilateral pode ser suficientemente incapacitante para exigir o uso de cadeira de rodas⁽¹⁰⁾. A perda de peso não intencional é frequentemente observada em pacientes com DLRPN⁽⁸⁾. A radiculoplexopatia diabética é considerada uma condição autolimitada, com recuperação funcional parcial ou total na maioria dos casos. O tratamento é essencialmente de suporte, com fisioterapia intensiva visando à preservação da força muscular e da função articular^(10,17). A avaliação eletrofisiológica com eletroneuromiografia (ENMG) é importante para confirmar o padrão de acometimento radicular, demonstrando características de denervação e comprometimento multifocal, mas não é capaz de determinar a etiologia específica da doença^(10,17).

As **radiculopatias lombares** no contexto do diabetes podem se apresentar de duas formas principais: como parte da radiculoplexopatia lombossacral diabética (DLRPN) ou como radiculopatia compressiva clássica associada a alterações degenerativas da coluna vertebral exacerbadas pela neuropatia diabética⁽³¹⁾. Na DLRPN, o envolvimento lombar é multifocal, assimétrico e de natureza predominantemente inflamatória, caracterizado por dor lombar irradiada para o membro inferior, fraqueza dos músculos proximais (como quadríceps e iliopsoas) e perda de reflexos. Pode coexistir hipoestesia ou disestesia nas áreas inervadas pelas raízes lombossacrais afetadas. Já nas radiculopatias compressivas lombares, observa-se dor radicular em trajeto dermatomérico



típico, muitas vezes associada a hérnias discais ou estenose do canal vertebral, que podem ser exacerbadas por fatores metabólicos do diabetes, como glicotoxicidade e inflamação crônica. A diferenciação entre radiculopatia inflamatória diabética e compressiva é fundamental, pois impacta o manejo clínico e cirúrgico⁽³²⁾. A eletroneuromiografia, combinada a exames de imagem como a ressonância magnética da coluna lombar, é essencial para essa distinção.

As radiculopatias torácicas diabéticas representam uma complicação menos comum. De caráter geralmente unilateral, manifestam-se por dor aguda em faixa na região torácica ou abdominal, podendo simular condições como herpes-zóster, doenças viscerais intra-abdominais ou lesões vertebrais^(8,33). O início costuma ser súbito, com dor em queimação ou lancinante semelhante à neuralgia pós-herpética. Pode haver, adicionalmente, hipoestesia cutânea e fraqueza da musculatura da parede abdominal, resultando em protrusão ou abaulamento abdominal segmentar (pseudo-herniação)⁽³⁾. O diagnóstico é clínico, sendo auxiliado pela eletroneuromiografia e, em casos selecionados, pela exclusão de outras causas estruturais através de exames de imagem.

Formas adicionais

No contexto das neuropatias diabéticas, duas formas adicionais merecem destaque: a neurite insulínica (ou neuropatia induzida pela insulina) e a neuropatia hipoglicêmica. A neurite insulínica é uma neuropatia dolorosa de fibras pequenas que pode ocorrer após uma rápida melhora no controle glicêmico, frequentemente se manifestando com dor aguda em queimação e disfunção autonômica. A neuropatia hipoglicêmica, embora mais rara, resulta de episódios recorrentes de hipoglicemia grave, levando a dano axonal, particularmente afetando os nervos periféricos⁽³⁴⁾.

CONCLUSÃO

A elevada prevalência do diabetes mellitus atualmente tem causado o aumento de ND, uma complicação de longo prazo que afeta cerca de 50% das pessoas diabéticas, necessitando de reconhecimento precoce e manejo adequado. A neuropatia diabética é um diagnóstico de exclusão. Considerando que até 50% das neuropatias periféricas são assintomáticas, o paciente diabético corre o risco de sofrer feridas em seus pés insensíveis, se os cuidados preventivos dos pés não forem implementados. O diagnóstico precoce, controle glicêmico e tratamento contínuo podem melhorar os sintomas, reduzir sequelas e melhorar a qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nascimento OJM, Pupe CCB, Cavalcanti EBU. Neuropatia diabética. *Rev Dor*. 2016;17(Supl 1):S46–51.
2. Herrera AA, Soca PEM, Sera CR, et al. Actualización sobre diabetes mellitus. *Correo Científico Médico*. 2012;16(2).
3. Pedrosa HC. Neuropatia diabética periférica. In: Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diabetes na prática clínica*.

E-book 2.0. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/39-neuropatia-diabetica-periferica>. Acesso em: 10 ago. 2017.

4. San Miguel FV, Puente DM, Julià JV. Neuropatía diabética y pie diabético. *Prog Form Med Contin Acredit*. 2016;12(17):971–81.

5. Callaghan BC, Cheng HT, Stables CL, Smith AL, Feldman EL. Diabetic neuropathy: clinical manifestations and current treatments. *Lancet Neurol*. 2012;11(6):521–34.

6. Tesfaye S, Boulton AJM, Dyck PJ, et al. Diabetic neuropathies: update on definitions, diagnostic criteria, estimation of severity, and treatments. *Diabetes Care*. 2010;33(10):2285–93.

7. Martin CL, Albers JW, Pop-Busui R. Neuropathy and related outcomes in the DCCT/EDIC study. *Diabetes Care*. 2014;37(1):31–8.

8. Tracy JA, Dyck PJB. The spectrum of diabetic neuropathies. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008;19(1):1–v.

9. Feldman EL, Nave KA, Jensen TS, Bennett DLH. New horizons in diabetic neuropathy: mechanisms, bioenergetics, and pain. *Neuron*. 2019;100(6):1299–314.

10. Pop-Busui R, Boulton AJM, Feldman EL, et al. Diabetic neuropathy: a position statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2017;40(1):136–54.

11. Tesfaye S, Boulton AJ, Dyck PJ, et al. Diabetic neuropathies: update on definitions, diagnostic criteria, estimation of severity, and treatments. *Diabetes Care*. 2010;33(10):2285–93.

12. Callaghan BC, Price RS, Feldman EL, Hughes RA. The importance of axonal dysfunction in the pathogenesis of diabetic polyneuropathy. *J Peripher Nerv Syst*. 2015;20(4):310–8.

13. Abbott CA, Malik RA, van Ross ERE, Kulkarni J, Boulton AJM. Prevalence and characteristics of painful diabetic neuropathy in a large community-based diabetic population in the UK. *Diabetes Care*. 2011;34(10):2220–4.

14. Ziegler D, Rathmann W, Dickhaus T, Meisinger C, Mielck A. Neuropathic pain in diabetes, prediabetes and normal glucose tolerance: the MONICA/KORA Augsburg Surveys S2 and S3. *Pain Med*. 2009;10(2):393–400.

15. Schmid H. Neuropatia autonômica. In: Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diabetes na prática clínica*. E-book. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/40-neuropatia-diabetica-autonomica>. Acesso em: 10 ago. 2017.

16. Pérez-Pevida B, Llaveró M, Gargallo J, et al. Complicaciones microvasculares de la diabetes. *Prog Form Med Contin Acredit*. 2016;12(17):958–70.

17. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2016. *Diabetes Care*. 2016;39(Supl 1):S1–2. Disponível em: www.diabetes.org/diabetescare. Acesso em: 10 ago. 2017.

18. Sociedade Brasileira de Diabetes. Neuropatia diabética. In: Milech A, et al., organizadores. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015–2016*. São Paulo: A.C.





Farmacêutica; 2016. p. 133–6.

19. Lee JA, Halpern EM, Lovblom LE, Yeung E, Bril V, Perkins BA. Reliability and validity of a point-of-care sural nerve conduction device for identification of diabetic neuropathy. *PLoS One*. 2014;9(1):e86515.

20. O'Brien T, Karem J. Combined Utility of the Semmes-Weinstein Monofilament and the Timed Vibration Test in the Prediction of Diabetic Foot Ulcers. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2022;112(1):20–74.

21. Mooi CS, Lee KW, Yusof Khan AHK, et al. Using biothesiometer, Neuropathy Symptom Score, and Neuropathy Disability Score for the early detection of peripheral neuropathy: A cross-sectional study. *Qatar Med J*. 2024;2024(3):24.

22. Rolim L, Thyssen P, Flumignan R, Andrade D, Dib S, Bertoluci M. Diagnóstico e tratamento da neuropatia periférica diabética. *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes*. 2023. DOI: 10.29327/557753.2022-14. ISBN: 978-85-5722-906-8.

23. Yang Z, Zhao S, Lv Y, Xiang L, Zhang X, Feng Z, et al. A New Quantitative Neuropad for Early Diagnosis of Diabetic Peripheral Neuropathy. *Diabetes Metab Res Rev*. 2024;40(8):e70010.

24. England JD, Gronseth GS, Franklin G, et al. Distal symmetric polyneuropathy: a definition for clinical research. *Neurology*. 2005;64:199–207.

25. Gad H, Petropoulos IN, Khan A, Ponirakis G, MacDonald R, Alam U, et al. Corneal confocal microscopy for the diagnosis of diabetic peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. *J Diabetes Investig*. 2022;13(1):134–47.

26. Perkins BA, Lovblom LE, Bril V, Scarr D, Ostro-

vski I, Orszag A, et al. Corneal confocal microscopy for the identification of diabetic sensorimotor polyneuropathy: a pooled multinational consortium study. *Diabetologia*. 2018;61(8):1856–61.

27. Ahmed A, Bril V, Orszag A, Paulson J, Yeung E, Ngo M, et al. Detection of diabetic sensorimotor polyneuropathy by corneal confocal microscopy in type 1 diabetes: a concurrent validity study. *Diabetes Care*. 2012;35(4):821–8.

28. Lee PG, Halter JB. The Pathophysiology of Hyperglycemia in Older Adults: Clinical Considerations. *Diabetes Care*. 2017;40(4):444–52.

29. Foss-Freitas MC, Marques Junior W, Foss MC. Neuropatia autonômica: uma complicação de alto risco no diabetes melito tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2008;52(2):398–406.

30. Serhiyenko VA, Serhiyenko AA. Diabetic cardiac autonomic neuropathy: Do we have any treatment perspectives? *World J Diabetes*. 2015;6(2):245–58.

31. Park CH, Min KB, Min JY, Kim DH, Seo KM, Kim DK. Strong association of type 2 diabetes with degenerative lumbar spine disorders. *Sci Rep*. 2021;11(1):16472.

32. Alexander CE, Weisbrod LJ, Varacallo MA. Lumbosacral Radiculopathy. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. Atualizado em 27 fev. 2024.

33. Spallone V, Lacerenza M, Rossi A, et al. Painful diabetic polyneuropathy: approach to diagnosis and management. *Clin J Pain*. 2012;28(8):726–43.

34. Gibbons CH, Freeman R. Treatment-induced diabetic neuropathy: a reversible painful autonomic neuropathy. *Ann Neurol*. 2010; 67(4): 534-541. doi:10.1002/ana.21917.

TERTÚLIA POÉTICA & MUSICAL

—convite—

26 DE JUNHO, QUINTA 18H

A **Acamerj**, **AMF** e a **AFL** convidam os Acadêmicos e Acadêmicas das várias Academias, Médicos, Estudantes de medicina, familiares e amigos para o encontro “**Tertúlia Poética & Musical**”.

Local: Associação Médica Fluminense - AMF
Av. Roberto Silveira, 123
Icaraí, Niterói

Valor R\$ 70,00 por pessoa* (adesão até o dia **16/06**)
(*Taxa destinada ao coquetel, bebidas, música, estrutura e demais serviços do evento).

Pix CNPJ: 29.201.738/0001-07

Depósito Banco Unicred 136 | Ag 4514 | CC 091472

Realização





Memória

da Acamerj

Acad. Titular Luiz Augusto de Freitas Pinheiro*

Dando prosseguimento à “Memória da Acamerj”, nesta edição da revista, compartilhamos parte da entrevista realizada na manhã de 25 de abril. O entrevistado foi o Acadêmico Luiz Augusto de Freitas Pinheiro (LAFP), Presidente da Acamerj, que recebeu na sede a entrevistadora Acad. Vilma Duarte Câmara (VDC), 1ª Vice-Presidente da entidade. Estiveram presentes também os Acadêmicos Luiz Sérgio Keim (LSK), Tesoureiro; Luiz Alberto Soares Pimentel (LASP), Diretor de Patrimônio; Eduardo Nani Silva (ENS), 2º Secretário; e Vânia Silami Lopes (VSL), Diretora Sociocultural. A entrevista foi acompanhada pelo técnico em recursos audiovisuais Carlos Oliveira e pela Secretária Alita Baptista dos Santos. A seguir, um resumo da entrevista que poderá ser assistida em sua íntegra em www.acamerj.org.

VDC: Bom dia, estamos na sede para entrevistar o nosso atual Presidente, Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro e eu, como 1ª Vice-Presidente, tenho a honra de entrevistá-lo. Nesse início faremos perguntas para registro. Qual seu nome completo, data de nascimento, e informações sobre sua família?

LAFP: Meu nome completo é Luiz Augusto de Freitas Pinheiro. Nasci em 18 de abril de 1940. Sou casado com Maria de Fátima Gomes Pinheiro, que prefere ser chamada apenas de Fátima. Temos três filhos: a primogênita, Jovita, e dois filhos homens, Leonardo (que chamo de Léó) e Marcelo. Tenho duas noras e cinco netos, sendo dois deles não biológicos. Ainda não tenho bisnetos — meus filhos casaram-se após os 30 anos. Uma de minhas netas, de 18 anos, está atualmente morando e estudando em Toronto, no Canadá.

VDC: Quando você se formou em Medicina e quando se casou?

LAFP: Formei-me em Medicina em 20 de dezembro de 1963. Casei-me em 3 de setembro de 1966, data do aniversário de minha mãe.

VDC: Pode resumir sua trajetória como médico, empresário e professor?

LAFP: Como médico, são 61 anos de carreira desde a formatura. Como empresário, infelizmente tive uma experiência mal sucedida; após 34 anos vendemos um hospital em pleno funcionamento e equilíbrio financeiro, mas o comprador não honrou os compromissos, não nos pagou e fechou o mesmo nove meses após, o que gerou uma disputa judicial até hoje.

Como professor, iniciei minha atuação em 1965, quando fui convidado pelo Prof. Raul Carlos Pareto para integrar a disciplina de Cardiologia, como médico agregado. Na época, dividia meu tempo entre a enfermaria da disciplina e plantões noturnos no pronto-socorro. Em 1974, após um período de aprimoramento na Santa Casa do Rio, serviço de Investigações Cardiológicas do Prof. Nelson Botelho Reis, fiz concurso e passei a integrar formalmente o corpo docente, galgando todas as etapas até chegar a professor adjunto e, posteriormente, titular por concurso público, em 1994. Fui coordenador da disciplina por cerca de 8 anos e meio. Após me aposentar, continuei como professor voluntário e fui elevado a professor emérito da UFF em 10 de abril de 2015. Como médico trabalhei em vários locais: INAMPS, Hospital da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, Hospital Universitário Antonio Pedro, Hospital Santa Mônica e Casa de Saúde São José. Em alguns deles criei o Serviço de Cardiologia. Muitas vezes omito coisas em minha vida para não parecer vaidoso ou voltado a contar vantagens, porém, como aqui se destina a contar a história de uma vida, erros e acertos, realizações e frustrações, as esperanças e as expectativas etc, vou relatar apenas algumas realizações e conquistas.

Fiz vestibular para Medicina em fevereiro de 1958, ainda com 17 anos e apenas para a então Faculdade Fluminense de Medicina. Após a formatura em 1963, fiz curso de Especialização da PUC e, alguns anos após, iniciando em 1977, cursei e completei Mestrado em Cardiologia. Em 1976 prestei concurso de cardiologia para o INAMPS sendo aprovado em primeiro lugar em todo o Brasil, com acerto de 98 questões entre 100 propostas. Para não me alongar, apenas relaciono títulos e realizações: Professor Titular da UFF por concurso, empossado em agosto de 1994; Acadêmico Titular da Acamerj empossado em 20 de setembro de 2001; Acadêmico do Ano da Acamerj em 2007; Presidente da Acamerj por dois mandatos e vários cargos na Diretoria e Conselho Científico, inclusive Secretário e Presidente do mesmo; Honorário das Academias Fides et Ratio e Nacional de Medicina; Professor Honoris Causa da Universidade Iguazu (UNIG); Segundo a realizar teste ergométrico em bicicleta, juntamente com os colegas Jonas Talberg e José Uchoa de Aquino no início dos anos 1970-Sexta Enfermaria-Santa Casa, Rio e primeiro em Clínica Privada (Centrocardio) em Niterói; Primeiro a realizar ECO unidimensional em Niterói em 1977, juntamente com os colegas Antônio Alves do

* Acadêmico Titular, Presidente da Acamerj





Couto e Marco Antônio Torres no HUAP; Primeiro a realizar Fonomecanocardiografia em Niterói no HUAP em 1972, onde instalei o Serviço, que chegou a contar com três aparelhos. Primeiro trabalhei isolado e posteriormente auxiliado pelo Professor Jorge Mendonça. Na década de 1990 instalei um Serviço de Fonomecanocardiografia no Centrocárdio; Agraciado com Título de Professor Emérito da UFF em 10 de abril de 2015; Professor Voluntário da UFF após a aposentadoria.

VDC: Como você se vê nos papéis de filho, esposo, pai e avô?

LAFP: Acredito que fui um bom filho, sempre muito ligado à minha família. Como esposo, me considero razoável, e destaco a importância da tolerância como base de um casamento duradouro — estamos juntos há quase 59 anos, sem contar os oito anos de namoro e noivado. Como avô, não sou do tipo “coruja”. Gosto muito dos meus netos, eu e Fátima ajudamos nossos filhos a criá-los, mas não sou de ficar “paparicando”, agora que mais crescidos. Tenho minhas atividades, e o tempo é limitado. Já os ajudei bastante quando eram menores, levando-os e buscando-os no colégio, nos esportes, etc. Hoje, cada um segue sua vida. Valorizo muito os vínculos familiares, mas sem exageros piegas.

LSK: Hoje estou percebendo que conheço o Luiz Augusto há cerca de cinquenta anos e com a entrevista conhecerei ainda mais, gostaria de saber quando e como surgiu seu interesse por Medicina e por que escolheu Cardiologia?

LAFP: Sou filho de médico e na minha cidade havia um “campo de aviação”, onde ocasionalmente pousava um avião de motor a hélice, popularmente chamado de “teco-teco”, era uma efeméride na cidade. E isso me estimulava a ser piloto. Meu pai foi o único médico de nossa cidade, Palma, por muitos anos. Ele atendia no consultório ou em domicílio, em condições muito precárias, fazendo de tudo: clínica, pequenas cirurgias, partos... Desde os cinco anos de idade eu o acompanhava, inclusive nas visitas a áreas rurais, abrindo porteiros durante os trajetos. Essa convivência direta despertou minha escolha pela medicina. No início, queria ser cirurgião ou obstetra. Fiz partos, ajudei em cirurgias, operei alguns pacientes em emergência, treinei em cães e cheguei a planejar ir para São Paulo me especializar. Todavia percebi que muitos cirurgiões cardíacos sabiam pouco de cardiologia. Isso me levou a buscar mais conhecimento na área, para depois optar pela cirurgia. Fui me encantando com o raciocínio clínico da cardiologia, especialmente com a lógica dos diagnósticos sindrômicos. Fiz internato com o Prof. Pareto, acompanhando-o em ambulatórios e hospitais de Niterói e do Rio de Janeiro e assim me encontrei na especialidade.

VSL: Sempre achei que não estivesse ao nível de ingressar na Acamerj mas com o incentivo do Luiz Augusto eu me animei. Conheço sua carreira e vida pessoal mas hoje saberemos mais. Quais experiências mais marcaram sua vida profissional?

LAFP: Uma das mais marcantes foi o incêndio do Gran Circo, em Niterói, em 17 de dezembro de 1961. Eu havia concluído o quarto ano e estava de plantão no Hospital dos Marítimos, hoje Orêncio de Freitas, e recebemos muitos pacientes

em estado grave, inclusive grandes queimados e vítimas de pisoteamento. Fiz vários atendimentos, inclusive uma menina muito queimada, e essa cena foi registrada por um fotógrafo. No dia seguinte, vi a foto estampada na capa de um jornal. Também atendi um rapaz com 80% da superfície corporal queimada e foi uma bela história com final feliz, que relato no livro da Acamerj do qual fui Coordenador Editorial, “EM CANTOS Guardados”.

Outro caso marcante foi o de um funcionário do Serviços de Transporte da Baía de Guanabara que, após diagnóstico de Doença de Chagas, entrou em colapso emocional. Em poucos meses evoluiu para insuficiência cardíaca terminal, apesar de antes estar assintomático. Acredito que a forma como ele recebeu a notícia de um médico do INAMPS contribuiu para essa evolução rápida e desfavorável. Foi um caso que me marcou profundamente sobre o impacto do acolhimento e da comunicação na prática médica. Aproveitei esta pergunta para esclarecer um erro histórico que se comete ao explicar “o porquê” do Hospital Municipal Antônio Pedro (HMAP) estar fechado na época. A razão foi um movimento estudantil encabeçado pelo Diretório Acadêmico Barros Terra (DABT), do qual participei, para forçar melhorias no HMAP e também de ensino.

LSK: Trazendo para a atualidade, quem e o que motivou sua entrada na Acamerj?

LAFP: Fui convidado pelo Prof. José Hermínio Guasti ainda no início da década de 1990, mas sentia que não era o momento certo. Minha vida estava muito ocupada e não conseguiria me dedicar como gostaria. Em janeiro de 2001, novamente convidado, dessa vez pelo meu amigo e médico de grande integridade moral e espiritual, Derval Brandão. Aceitei, preparei meu memorial e monografia, e entrei para a Acamerj em 20 de setembro de 2001. Eram nove vagas, e todos os nove candidatos foram aceitos. Desde então, tenho participado ativamente da Academia.

LASP: Como já perguntaram bastante sobre seu lado médico e humano, pergunto sobre o outro lado. Você tem uma vocação poética que herdou de seu pai. Você escreveu mais sobre amor ou sobre medicina?

LAFP: Meu pai era um verdadeiro poeta e eu sou apenas um aprendiz. Escrevi mais poesias de amor mas não apenas no sentido romântico carnal. Fiz poemas sobre amor à vida, ao próximo, à natureza. Sobre Medicina, escrevi pouco. Meu pai, sim, era um poeta de verdade. Escrevia com facilidade e sensibilidade. Ele tem poemas lindíssimos e emocionantes, como: “O médico da roça”, “Teu nome”, “Contrastes”, “Caridade”, sobre minha mãe etc. Eu sempre me considerei um aprendiz. Durante muitos anos, escrevia e rasgava. Também perdi muitos. Depois de mais velho, passei a mostrar meus textos. A idade nos traz liberdade, inclusive para expor o que antes guardávamos por timidez, ficamos mais “sem vergonha”...

ENS: O senhor foi um grande mestre para mim, tive a felicidade de tê-lo como professor no sexto período, aprendi medicina, raciocínio e exame clínico, eletrocardiograma e anamnese com você. Foi você quem me levou ao Centrocárdio, sua clínica, para substituí-lo nos plantões das noites de quinta-feira.



Ali permaneci por cerca de dez anos, período em que aprendi muito. Posso dizer, sem exagero, que minha vida profissional como médico teve início naquela clínica. Foi ali que construí minha clientela, passei a ser reconhecido na cidade como cardiologista e, por isso, sou muito grato! Mas hoje estou aqui para lhe fazer algumas perguntas. Você está em sua segunda gestão à frente da Academia. Na sua primeira gestão, que ocorreu entre os anos de 2016 a 2018, qual você considera ter sido a sua maior realização naquele período?

LAFP: Agradeço pela pergunta e também pela presença de todos os entrevistadores. Tive a oportunidade de escolhê-los, e o critério foi simples: competência profissional e vínculo de amizade. Por isso, escolhi o Nani. A turma dele foi minha aluna, salvo engano, entre 1981 e 1982. Desde então, mantemos contato. Ele trabalhou no Centrocárdio, minha clínica, e essa vivência certamente o ajudou na carreira. Mas o mérito é dele. Para vencer na medicina é preciso ter valor próprio, e ele tem. Hoje, além de amigo, é também meu cardiologista. É difícil destacar apenas uma realização. Não sou uma pessoa vaidosa, sempre preferi trabalhar em grupo, sem buscar protagonismo, fiz muita coisa no outro mandato. Mas algumas iniciativas me marcaram: criamos a Medalha Presidencial da Acamerj, o hino da Academia cuja história é curiosa, lançamos a Revista da ACAMERJ, que este ano de 2025 completa dez anos. Ela começou como publicação semestral e hoje é quadrimestral, graças ao aumento das colaborações e do apoio financeiro, fui Coordenador Editorial do livro “EM CANTOS Guardados - Pelos caminhos da Medicina e da vida”, no qual trabalhei de 2003 a 2009 quando foi lançado. Também modernizamos o site da Academia, tornando-o mais funcional e informativo, apesar de pouco acessado pelos próprios acadêmicos. Paralelamente, mantivemos uma intensa agenda de atividades científicas: simpósios, cursos e palestras, todos registrados em atas e anais. Realizamos vários eventos nos diversos Núcleos da Acamerj. Uma realização importante foi o II Congresso Médico da Acamerj em Teresópolis de 26 a 28 de abril no ano de 2018, que mobilizou cerca de cento e oitenta pessoas, entre os vários palestrantes e assistentes na plateia, graças ao empenho dos membros do Núcleo capitaneados pelo Diretor-Presidente do mesmo, Acadêmico Professor Marco Antonio Naslausky Mibielli. Talvez a conquista mais significativa, em minha visão, tenha sido a consolidação da Revista como publicação indexada, o que fortalece a produção acadêmica da Acamerj.

VSL: É ótimo conhecê-lo melhor nesta manhã, Luiz Augusto. Qual mensagem você deixaria para os estudantes de medicina sobre a importância da prática médica humanizada?

LAFP: A pergunta é relevante, mas penso que não devemos cobrar precisamente dos alunos. Cabe indagar o que os professores, as faculdades e as universidades estão fazendo para formar médicos dotados de mais humanismo, como foram em passado não tão remoto. Quando comecei a estudar medicina, os recursos diagnósticos em Cardiologia eram limitados: anamnese, exame físico, eletrocardiograma, radiografia de tórax e poucos exames laboratoriais. A medicina era mais arte

do que ciência, e o humanismo surgia naturalmente na prática. Com o avanço da ciência e da tecnologia, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, a medicina passou a dispor de mais recursos diagnósticos. Isso enfraqueceu o vínculo direto com o paciente. Hoje em padecente com um sopro cardíaco, o médico já solicita um ecocardiograma, muitas vezes sem examinar cuidadosamente. A tecnologia trouxe benefícios evidentes, como auxílio ao aumento da expectativa de vida que, no Brasil, era de 34 anos no início do Século XX, para 76 anos atualmente, mas precisamos resgatar o equilíbrio entre ciência e compaixão. O médico deve manter seu protagonismo, mesmo diante da inteligência artificial. A máquina, por enquanto não tem consciência ou algo assemelhado, e isso nos diferencia. Ela pode auxiliar, mas não substituir a relação humana no cuidado. O verdadeiro ideal seria unir Ciência e Arte humanística, curar e cuidar, com técnica e empatia, todavia a IA ocupa, cada vez mais, o espaço do médico. Ocupará todo?

ENS: Essa é uma questão que envolve toda a humanidade, não só a Acamerj. A inteligência artificial avança de forma acelerada, e ainda há incertezas sobre seus limites. Desde a década de 1990 já vivemos seus primeiros efeitos, mas nos últimos 25 anos, o salto foi imenso. Como você vê a inserção da Acamerj na era da inteligência artificial?

LAFP: Historicamente, a medicina sempre acompanhou a física clássica, cartesiana, pensamento lógico e relação de causalidade. Mas, com o surgimento da física quântica e o princípio da incerteza, passou-se a aceitar o papel da probabilidade. A medicina, portanto, deixou de ser totalmente cartesiana e passou a incorporar princípios da física quântica-estatísticas e margens de erro. Nesse contexto, a inteligência artificial representa uma continuidade desse processo. A Acamerj já utiliza IA, como no simpósio comemorativo dos 50 anos da Academia. As falas foram transcritas e organizadas em artigos por meio do ChatGPT. A máquina ajudou a estruturar o conteúdo falado, mas não substituiu, ainda, o olhar humano tão necessário para a forma escrita. Isso mostra que a IA pode ser uma aliada na organização do conhecimento, na comunicação e na produção acadêmica. Não sou pessimista. Acredito que o ser humano, com suas virtudes e falhas, continuará se ajustando. A pandemia nos ensinou muito, e aprenderemos ainda mais com a inteligência artificial. Desde que saibamos manter o pensamento crítico e a consciência, a tecnologia será um apoio, e não uma ameaça.

LASP: Para um homem que viveu a medicina clínica na década de 60, qual foi o caso clínico mais difícil ou que mais te preocupou ao longo da sua carreira?

LAFP: Não foi exatamente um único caso, mas situações vividas com pessoas próximas, como meu avô e meus pais, foram particularmente marcantes e também numerosos parentes. Ainda acadêmico, acompanhei meu avô materno com insuficiência cardíaca e arritmias graves. Após me formar, continuei cuidando dele até seu falecimento, oito anos depois. Isso exigiu de mim não só conhecimento, mas equilíbrio emocional, pois havia um forte laço afetivo. Também cuidei intensamente dos meus pais. Meu pai faleceu em 2011 e minha mãe em 2012.



Tive o privilégio de tê-los por mais de 70 anos em minha vida e os acompanhei de perto até o fim. Internações, retornos para casa, cuidados diários, tudo isso exigiu muito emocionalmente. Outro exemplo foi no antigo IAPC, onde trabalhei como cardiologista. Na época, o instituto só internava casos cirúrgicos. Aos casos clínicos, mesmo sendo pacientes graves, não se disponibilizava internação. A assistência teria que ser residencial, às expensas do paciente ou da família. Cheguei a tratar endocardites infecciosas em domicílio com os recursos disponíveis, e os pacientes curaram. Não era tanto uma dificuldade diagnóstica, mas sim uma limitação estrutural de tratamento, que exigia criatividade, responsabilidade e dedicação. Pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva foram muitos. Nunca cobre um só centavo para atendê-los domiciliarmente, embora não fosse minha obrigação.

LSK: Lembro de ter visto uma frase em uma viagem, que me marcou “O sonho é a mais bela forma de lucidez”. Qual é o seu maior sonho para a Acamerj?

LAFP: Meu maior desejo é que a Acamerj continue crescendo com harmonia e espírito de convivência. Que mantenha o equilíbrio entre ciência e arte, promovendo não só a cultura médica, mas, também, a sensibilidade. Estamos planejando eventos em parceria com outras instituições, como a Academia Fluminense de Letras e a Associação Médica Fluminense, incluindo música e poesia. Isso amplia horizontes e fortalece o senso de pertencimento. Ter uma sede própria seria um avanço importante, porém é difícil e não é meu foco principal. O essencial é o convívio sincero, sem vaidades ou hipocrisias, e o compromisso de devolver à sociedade tudo que recebemos dela para nos formarmos médicos. Fui privilegiado na minha trajetória e acredito que devemos retribuir por meio da atuação ética e solidária. A Acamerj pode e deve se integrar a outras áreas da cultura, ser um espaço acolhedor, aberto a médicos, estudantes e outros profissionais de saúde. A imortalidade Acadêmica deve ser real, refletida no legado e na atuação concreta, e não apenas simbólica.

ENS: Sugeriria que todos os presentes falassem seus sonhos para nossa entidade. Meu sonho para a Acamerj é que

ela tivesse sede própria, acredito que isso ajudaria a criar a identidade da mesma.

VSL: Eu tenho sonhos e que são grandiosos mas também acredito que uma sede própria seria algo espetacular para a Acamerj.

VDC: Gostaria de deixar alguma mensagem final ou consideração sobre sua trajetória na Acamerj?

LAFP: Sim. Esta entrevista não foi por preferência ou cargo, nenhum auto-nepotismo, porém parte do projeto da Memória da Acamerj, que começou entrevistando os fundadores e segue com os Presidentes vivos. Já entrevistamos os fundadores Herbert Praxedes, Salvador Borges Filho, Heitor Braga e o ex-Presidente Alcir Vicente Visela Chácar, agora sou eu, e os próximos serão os ex-Presidentes Luiz José Martins Romêo Filho e Antônio Luiz de Araújo. Agradeço primeiramente a presença de todos os meus amigos nesta manhã e aos Confrades e Confreiras que me reelegeram para o novo mandato frente à Acamerj. Quero agradecer à equipe da Academia, especialmente à senhora Alita, pela dedicação e competência ao longo dos anos, ao Carlos Oliveira, por fortalecer nossas parcerias com o NAB e nos haver apresentado ao Professor Damasceno, cuja hospitalidade tornou nossos eventos mais viáveis. Também à Carolina que continua colaborando e nos dando assistência à distância. O essencial é que a Acamerj preserve a memória, mas também projete o futuro. Como na mitologia romana, Janus, Deus Bifronte, olha para trás e para frente: o passado nos ensina, mas é olhando adiante que construímos. Que saibamos aprender com os erros, repetir os acertos e melhorar continuamente. Agradeço ainda a toda minha família, especialmente a meus pais, que nunca me deram lições de comportamento e correção, contudo me deram exemplo de vida digna, voltada para o bem. Aos meus irmãos, tios e tias que muito me ensinaram sobretudo. À minha esposa, filhos e netos, meu núcleo duro familiar, um carinho especial! Sobre tudo, sou grato a Deus que me guiou até aqui, e estou certo que continuará guiando, por caminhos retos, honestos, sinceros, para que, ao final, peça perdão pelo que errei sem querer, mas não me arrependa do que vivi.

Atenção!

O **Conselho Editorial da Revista da ACAMERJ** convida Confrades, Confreiras, Docentes, Discentes e toda a classe médica a enviarem artigos para as sessões científica e cultural de nossa revista.

As **orientações** para publicação estão disponíveis em nosso site: www.acamerj.org

Basta acessar a página inicial e clicar no item Publicações - **Revistas da ACAMERJ**.

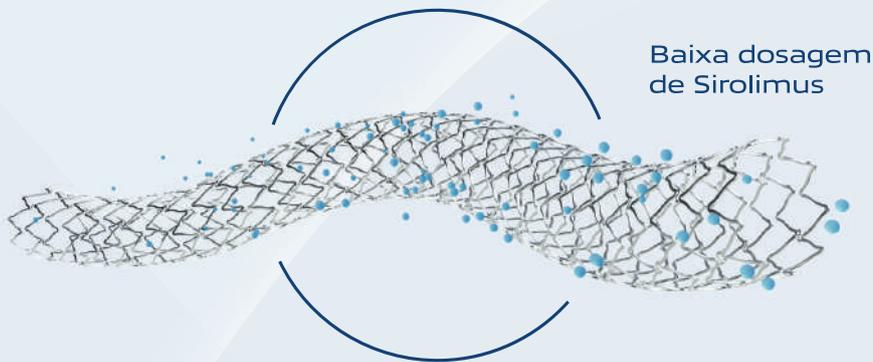
Agradecemos desde já sua colaboração.





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

SIROLIMUS DRUG ELUTING STENT
INSPIRON
EVO



**EFFECTIVE HEALING
ALL IN ONE**

- ● ● Excelente navegabilidade
- ● ● Mais força radial
- ● ● Menor perfil
- ● ● Hastes 75µm
- ● ● Liga de CoCr
- ● ● Recobrimento abluminal



Saiba Mais!



Acamerj realiza a primeira Sessão Ordinária de 2025

Dia 26 de março às 17h a Acamerj iniciou sua primeira Sessão Ordinária de 2025 que constou de:

Expediente: onde o Presidente Luiz Augusto de Freitas Piniheiro deu explicações referentes aos itens da pauta e solicitou a todos os Acadêmicos e Acadêmicas a se empenharem na colaboração à organização de eventos pelo Conselho Científico e pela Diretoria, bem como teceu explicações sobre a Revista da Acamerj, que completa, neste ano, dez anos de existência.

Seguiu-se um chá Acadêmico deleitoso e bastante concorrido.

As palestras foram iniciadas logo após com a programação organizada pelo Conselho Científico, sob o tema “Progressos Médicos: Clínica, Cirurgia e Ciências Aplicadas à Medicina”.

A primeira palestra, ministrada pela Profª. Dra. Monica Gadelha (UFRJ, ANM, ABC), abordou o tema “O crescente desafio da obesidade: novos critérios diagnósticos e a revolução terapêutica”. Em sua exposição, destacou os avanços na compreensão e no tratamento da obesidade, enfatizando a im-



O Presidente e a Vice-Presidente durante expediente

portância de critérios diagnósticos modernos e abordagens terapêuticas inovadoras.

Na sequência, o Acadêmico Emeralci Ferreira (UERJ, Acamerj) apresentou “Hemodinâmica de Alta Complexidade: Expandindo os Limites da Cardiologia Intervencionista”. A palestra trouxe um panorama das mais recentes inovações na área, evidenciando como os avanços tecnológicos estão ampliando as possibilidades de intervenções menos invasivas e mais eficazes para doenças cardiovasculares.

Encerrando o ciclo de palestras, o Acadêmico Alair Sarmet (UFF, Acamerj) discorreu sobre “A Inteligência Artificial em Radiologia e Diagnóstico por Imagens”, tema de grande relevância na atualidade. Sua apresentação explorou o impacto da IA no aprimoramento da precisão diagnóstica e na eficiência dos exames por imagem, ressaltando os desafios e perspectivas para essa tecnologia na medicina.

O evento prosseguiu com um debate entre os Acadêmicos, enriquecendo as discussões e promovendo uma troca de conhecimentos entre especialistas. Participaram do debate o Acadêmico Rubens Antunes da Cruz Filho (UFF/Acamerj), o Prof. Dr. Carlos Eduardo de Mattos (Acamerj/Alerj) e o Eng. Giovane Leal de Azevedo (UFF/Petrobras), que trouxeram suas perspectivas sobre os temas apresentados.

A Sessão contou com a organização dos Acadêmicos Evandro Tinoco Mesquita (UFF/Acamerj) e Maria de Fátima Pombo Sant’Anna (UFF/Acamerj), sob a coordenação do Presidente do Conselho Científico da Acamerj, Acadêmico Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro (ANM/Acamerj).

Com uma programação de alto nível e ampla participação, a primeira Sessão Ordinária de 2025 reafirmou o compromisso da Acamerj com a disseminação do conhecimento médico e o incentivo à pesquisa e inovação na medicina.



O Presidente da Acamerj e o Presidente do Conselho Científico (de costas)



Visão parcial da plateia



Segunda Sessão Ordinária debate Cirurgia, Clínica Médica e Ciências Aplicadas

A Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Acamerj) realizou, no dia 30 de abril de 2025, das 17h às 20h, a 2ª Sessão Ordinária do seu 51º ano, com o tema “Progressos médicos 2: clínica, cirurgia e ciências aplicadas à medicina”. O encontro, que ocorreu de forma híbrida, com transmissão ao vivo e participação presencial na sede da Acamerj, em Icaraí, iniciou-se com três palestras que trouxeram contribuições significativas sobre diferentes áreas da medicina.

O Prof. Dr. Luís Eduardo Ribeiro da Cunha (IVB) apresentou a palestra “Acidentes ofídicos: um agravo negligenciado”, na qual destacou a necessidade urgente de maior atenção aos acidentes com serpentes, reforçando a importância da capacitação profissional e de políticas públicas mais eficazes para enfrentar essa questão de saúde negligenciada.

Na sequência, o Prof. Dr. Bruno Lima Pessoa (UFF) abordou o tema “Tratamento cirúrgico da Doença de Parkinson e outros distúrbios do movimento”. Sua apresentação destacou os avanços nas técnicas de estimulação cerebral profunda (DBS), os critérios para sua indicação e os impactos positivos desse tratamento de pacientes com Parkinson em estágio avançado.

Encerrando o ciclo de palestras, o Prof. Dr. Daniel G. Tabak (Americas Oncologia/ANM) apresentou “Tumores e linfócitos T: estratégias da imunoterapia moderna”, discutindo os avanços das terapias celulares, como o uso de “CAR-T” cells no tratamento de linfomas e leucemias. O palestrante também refletiu sobre os desafios de acesso a essas terapias inovadoras no sistema de saúde brasileiro.

A etapa seguinte foi dedicada ao debate, com a participação dos convidados Profª. Dra. Lília Ribeiro Guerra (UFF), Acadêmico Marcos Raimundo Gomes de Freitas (UFF/Acamerj) e Prof. Dr. Marcello Barcinski (ANM/Fiocruz). O momento proporcionou uma rica troca de experiên-



O Presidente da Acamerj ladeado pelo Presidente da Academia Goiana de Medicina, Prof. Waldemar Naves do Amaral e pelo Presidente do Conselho Científico da Acamerj



Vista parcial da plateia



Palestrante e debatedores no final

cias e reflexões interdisciplinares, com ativa participação do público, que contribuiu com perguntas e observações pertinentes.

A sessão foi marcada por elevado nível científico e espírito de confraternização. Destacou-se ainda a presença honrosa do Prof. Dr. Acadêmico Waldemar Naves do Amaral, Presidente da Academia Goiana de Medicina, Diretor da Faculdade de Medicina de Goiás e membro do Conselho Federal de Medicina. Sua participação conferiu especial prestígio ao evento e reforçou os laços institucionais entre as academias médicas.

A organização da sessão esteve a cargo dos Acadêmicos Claudio Tinoco Mesquita, Gesmar Volga Assef Haddad e Marcos Freitas, sob coordenação científica do Acad. Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro, Presidente do Conselho Científico da Acamerj. O evento contou com o apoio da UNIG, Endolife e Scitech, patrocinadores da Revista da ACAMERJ.



Acamerj participa da Colação de Grau no Instituto Carlos Chagas - ICC



Mesa Diretora da Solenidade



Capela Real da Santa Casa - Rio de Janeiro

Dia 07/02/25, o Presidente Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro acompanhado da 1ª Vice-Presidente Acad. Vilma Duarte Camara, do Diretor-Presidente do Núcleo de Teresópolis Acad. Jacob Samuel Kierszenbaum e da Secretária da Acamerj Sra. Alita Baptista dos Santos, representando a Acamerj, compareceram à Solenidade de Formatura dos alunos do Curso de Pós-Graduação do Instituto Superior de Ciências da Saúde Carlos Chagas (ICC), presidido pelo nosso Confrade Acad. Titular Ricardo Cavalcanti Ribeiro.

O evento constou de uma Santa Missa na Capela Real da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, celebrada pelo Capelão Padre Marco Lázaro às 10:00h, seguida de Cerimônia de Colação de Grau no Anfiteatro da Santa Casa.

A Mesa Solene foi composta pelo Acad. Ricardo Cavalcanti, pela Secretária de Saúde do estado do Rio de Janeiro Cláudia Mello, pelo representante do Secretário Municipal de Saúde, Dr. Renato Coni (Sub Secretário de Atenção Básica), pelo Presidente da Acamerj Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro e pelo Acad. Jacob Samuel Kierszenbaum.

Todos os membros da Mesa tiveram a oportunidade de se manifestarem sobre o evento com palavras elogiosas ao ICC, ao seu Presidente e aos formandos.

Após a entrega dos Diplomas o Presidente encerrou a Cerimônia louvando o Instituto e seu corpo docente e incentivando os discentes. Seguiu-se um fino coquetel



Acadêmico Luiz Augusto durante sua fala



Secretária Estadual de Saúde Cláudia Maria B. de Mello e Acad. Ricardo Cavalcanti Ribeiro

de conagração que permitiu maior aproximação dos presentes.

Como expressou o Presidente da Acamerj em sua fala, a Acamerj sente-se honrada em participar de tão nobre efeméride dirigindo palavras de incentivo e alerta aos jovens médicos que completaram os vários Cursos de Especialização do ICC.



Acadêmico Omar da Rosa Santos recebe homenagem da ANM

Às 16h de uma quinta-feira, 14 de março de 2025, no Museu Inaldo Lyra Neves-Manta, a Academia Nacional de Medicina, por sua Presidente Acadêmica Eliete Bouskela e pelo Acadêmico Maurício Younes Ibrahim, prestou justa homenagem a um de seus mais ínlitos e cultos Acadêmicos em todos os seus quase 200 anos de existência, Omar da Rosa Santos.

Após palavras da Presidente, dos Acadêmicos Maurício Younes, do filho do homenageado, também Acadêmico Titular da ANM, Omar Lupi da Rosa Santos, do Acadêmico Rossano Fiorelli, do ex-Senador Bernardo Cabral e outras autoridades presentes, houve o descerramento da cobertura do busto do homenageado que agradeceu emocionado, em curtas e precisas palavras.

À cerimônia compareceram inúmeras pessoas entre familiares, colegas, amigos, autoridades, funcionários etc. Sua esposa, Otilia Lupi da Rosa Santos, bem como todos os filhos, genros, nora e netos estiveram todo o tempo a seu lado.

Encerrando esse belo momento de reconhecimento de toda uma vida dedicada à medicina, à ANM, ao magistério, à cultura e à sociedade brasileira, ocorreu o tradicional chá Acadêmico,



Acadêmico Omar da Rosa, homenageado, junto de Acadêmicos e familiares

seguido por um evento comemorativo do Dia Mundial do Rim.

Pela Acamerj compareceram os Acadêmicos: Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, Vilma Duarte Camara, Luiz Sérgio Keim, Esmeralci Ferreira, Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro, Antônio Rodrigues Braga Neto, Jocemir Ronaldo Lugon e Ernesto Maier Rymer.

Obituário



A Acamerj comunica, com profundo pesar, o falecimento do Acadêmico José Antônio Bastos de Carvalho.

Destacado por seu dinamismo e dedicação, José Antônio teve atuação marcante na década de 2000, período em que ocupou o cargo de Secretário Geral durante as gestões dos Acadêmicos Professor José Hermínio Guasti e Alcir Vicente Visela Chácar. Foi um dos pioneiros em diversas inovações na, então, Academia Fluminense de Medicina — hoje, Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - Acamerj.

Aos familiares, amigos e colegas, expressamos nossas mais sinceras condolências.

José Antônio Bastos de Carvalho, filho de Antônio Ferreira de Carvalho e Maria Bastos de Carvalho, nasceu em Nova

Friburgo em 07/06/1944, graduou-se em Medicina na Universidade Federal Fluminense – UFF em 1973 e foi admitido como Acadêmico Titular da então Academia Fluminense de Medicina – AFM, Acamerj, em 27 de junho de 2000, tornando Membro Emérito em 08 de dezembro de 2014. Mestre em Medicina pela UFF, defendendo Tese intitulada “Estudo da Maturidade Pulmonar Fetal pela Ultrassonografia”, em 1986. A seguir tornou-se Doutor em Medicina pela Escola Paulista de Medicina, defendendo a Tese “Perfil Ecográfico da Maturidade Pulmonar Fetal”, em 1993.

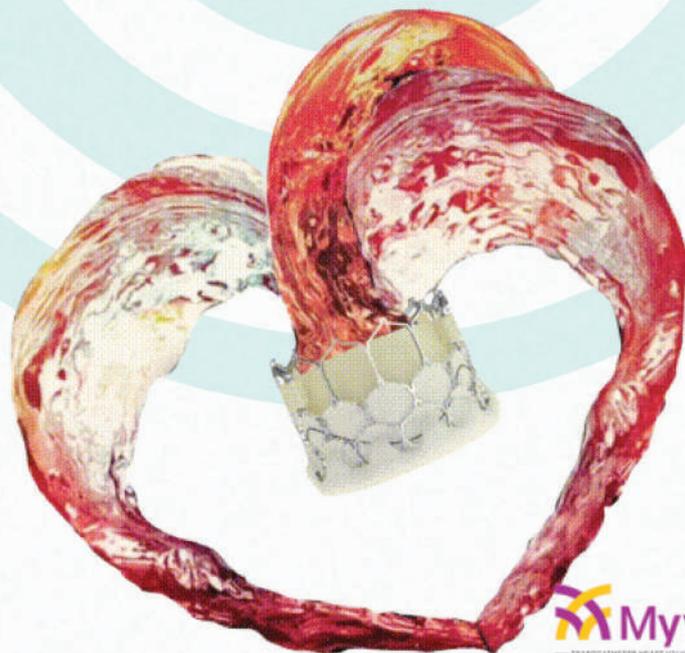
Na UFF foi Professor do Departamento de Cirurgia Geral e Especializada de 1975 a 1986, quando se transferiu para o Departamento Materno-Infantil, junto à Disciplina de Obstetrícia a partir de 1987 até 1994, quando se aposentou.

O Acadêmico José Antônio publicou inúmeros artigos e participou de muitos Congressos como palestrante e autor de Temas Livres.

Destacamos também que o mesmo concluiu curso de Bacharelado em Direito em 2002, com a Monografia “Da clonagem humana e suas implicações – Aspectos sociais e jurídicos”, na Universidade Salgado de Oliveira.

Há alguns anos transferiu-se para São José dos Campos, em São Paulo, onde instalou sua Clínica de Ultrassonografia.

Nosso Confrade sempre se destacou por seu conhecimento médico e jurídico, por extrema afabilidade e agregação social. Deixa Saudades e um grande legado!



Myval
TRANSCATHETER HEART VALVE SYSTEM —
PRECISION AT HEART

Keeping precision
at heart,
to deliver the best.



endoLife

Respeito pela vida



aponte o celular
para o Qr code e
acesse nosso site

ACAMERJ

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

Carlos Tortelly Rodrigues da Costa
Octávio Lemgruber
Altamiro Vianna
José Hermínio Guasti
Antonio Carlos de S. Gomes Galvão
Roched Abib Seba
Antonio Jorge Abunahman
Mário Duarte Monteiro
Germano Brasiliense Bretz
Guiseppe Mauro
Paulo Dias da Costa
Waldenir de Bragança
Waldemar Bianchi
Guilherme Eurico Bastos da Cunha
Alcir Vicente Visela Chácar
Renato Luiz Nahoum Curi
Luiz Augusto de Freitas Pinheiro
Luiz José Martins Romêo Filho
Antônio Luiz de Araújo

Hino da ACAMERJ

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

Letra: Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Voice

5

10

15

20

na segunda vez, Rall...

D. S 2x

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

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

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

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

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

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

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

Interlúdio
Refrão 3X

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

