



Academia de Medicina do
Estado do Rio de Janeiro

Revista da ACAMERJ

Ano VII - nº 13 - Janeiro - Junho/2022
ISSN: 2525-9466

Editorial

*Tratamento da Hipertensão
Arterial Primária*

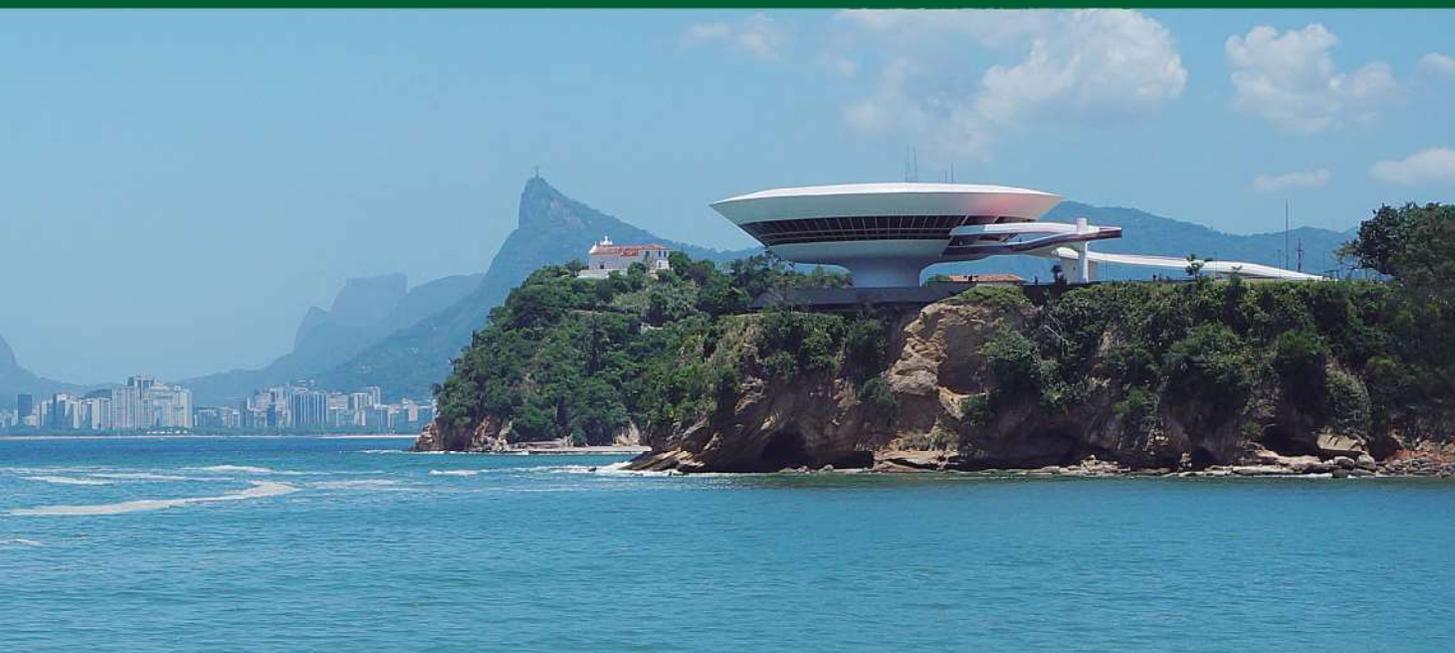
*Farmacologia, microbiologia,
interações e segurança de
metenamina na prevenção
de infecções do trato urinário*

Estética ou reparação?

Acamerj em Marcha

- *Palavras do Presidente*
- *Sessões científicas virtuais*

Acadêmicos em Destaque



A UNICRED NITERÓI NO CONTEXTO NACIONAL DO COOPERATIVISMO

O Cooperativismo no Brasil

Está presente em sete ramos de atividades. Conta com aproximadamente dez mil cooperativas, que variam de pequenos portes a conglomerados gigantes. Soma 17 milhões de cooperados. Gera 500 mil empregos. Participa com 2% no PIB Nacional.

As Instituições Financeiras Cooperativas Brasileiras

Vinculam 12 milhões de pessoas. O setor participa com 10% no financiamento às pequenas empresas, 15% ao setor rural e 20% do crédito pessoal não consignado em folha. Relatório do Banco Central (2020) demonstra uma economia para os cooperados acima de R\$30 bilhões, resultado da diferença da precificação comparada com os bancos.

A Unicred Niterói

Contribui com esses números beneficiando diretamente 3.400 associados. Administra um patrimônio líquido acima de R\$26 milhões, com ativos superando R\$130 milhões. Suas operações de crédito estão próximas dos R\$60 milhões, com taxa média dos juros em 1,80%, apesar da significativa elevação da taxa SELIC, hoje em 5,25%.

No contexto social, a Unicred Niterói promove a valorização de seu cooperado através de:

- Crédito solidário e Produtos e Serviços Complementares personalizados.
- Indiscutível vantagem competitiva no ambiente financeiro regional.
- Relacionamento Premium - o Cooperado é de fato DONO do negócio.
- Reconhecido valor social pelas ações comunitárias que desenvolve – **Projeto ACREDITAR.**

COOPERADO UNICRED - BENEFICIÁRIO E BENFEITOR EM UMA EMPRESA CIDADÃ!

A ACAMERJ E SEUS ACADÊMICOS FAZEM PARTE DO ORGULHO DA UNICRED.



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



Vivendo, sonhando e remando...

Com este número (13) a Revista da ACAMERJ comemora o primeiro semestre da Gestão da Diretoria presidida pelo Confrade Antônio Luiz de Araújo, e se pode perceber a vontade de trabalhar de forma correta, respeitando e defendendo as normas legais vigentes no momento, estipuladas no Estatuto e no Regimento da entidade.

Tempos difíceis temos vivido porém, com dedicação e trabalho, o Conselho Editorial consegue colocar esse órgão de comunicação disponível aos Acadêmicos (as) e demais leitores.

Nesta edição começamos a implantar algumas alterações discutidas em reunião do Conselho.

Na capa não usaremos mais as tarjas, simbólicas da evolução da Covid-19, tendo em vista a esperança, já manifestada no número anterior, de que a terrível doença siga uma evolução mais benigna. Contornamos a imagem tradicional com uma cor verde, simbólica da dita esperança de um futuro melhor face ao mal. Também, a mesma estampará as principais matérias, despertando o interesse e facilitando a consulta do leitor.

Importante frisar que a Covid-19, embora tenha arrefecido em todo o mundo, continua como doença endêmica, com pontuais focos de agravamento. Assim sendo, as medidas sanitárias de afastamento social, higiene, proteção com máscaras devem continuar, mormente em situações específicas. De qualquer forma, há motivos para se comemorar e ao mesmo tempo, manter-se alerta, conforme pontua Albert Camus (1913-1960) em seu livro “A Peste” de 1948: “... o bacilo da peste não morre nem desaparece nunca, pode ficar dezenas de anos adormecido nos móveis e na roupa, espera pacientemente nos quartos, nos porões, nos baús, nos lençóis e na papelada. E sabia (Dr. Rieux) também, que viria talvez o dia em que, para desgraça e ensinamento dos homens, a peste acordaria os seus ratos e os mandaria morrer numa cidade feliz.”

Portanto, mantenhamos uma expectativa armada e estimulemos muita pesquisa!

Necessitamos ainda continuar a campanha de vacinação, com produção de vacinas específicas para as variantes emer-

gentes. Para isso a contribuição da população reveste-se de suma importância. Conscientizar é preciso!

Aproveito o espaço deste editorial para agradecer ao Laboratório Bittar e à Unicred, nossos companheiros desde o primeiro número, a importante parceria com nossa revista, através de um aporte financeiro que ajuda a cobrir uma parte dos gastos em sua confecção e postagem. Pena é que outras entidades não pensem da mesma forma... Ao longo desses seis anos e meio, perdemos vários colaboradores. Entretanto, vale assinalar que temos um novo patrocinador, a CLINOP - Clínica de Olhos Pegado.

A Revista da ACAMERJ não foi concebida visando o lucro, contudo necessita ser autossuficiente, e conseguir novos patrocinadores torna-se imperioso. Para isso, solicito a participação de todos os membros de nossa Academia pois a Revista nos engrandece, diferencia e, pela variedade de informações que veicula, presta uma valiosa contribuição tanto à classe médica quanto à população. A propósito, nesta edição estamos divulgando, em nossa Seção Científica, dois artigos de alcance prático-científico; um sobre tratamento da Hipertensão Arterial, de minha autoria e do Professor Antonio Alves do Couto e outro, dos Confrades Mauro Geller, Mendel Suchmacher Neto e colaboradores, sobre a profilaxia e tratamento das infecções urinárias.

Na Seção Cultural, o Acadêmico Luiz Alberto Soares Pimentel promove uma atual e proveitosa discussão sobre as consideradas cirurgias reparadoras e as cirurgias estéticas.

Na Seção Social/Eventos encontraremos a palavra do Presidente Antônio Luiz de Araújo, atividades promovidas pela ACAMERJ e atuação de seus membros.

Noticiamos ainda, com muito pesar, o falecimento de duas importantes figuras da medicina fluminense: o Acadêmico Professor Pedro Luiz Pinto Aleixo e o Professor Titular da UFF Márcio de Araújo Torres. Que Deus os tenha em sua glória!

“Navegar é preciso”... e um porto seguro onde lançar âncoras, também. No mar encapelado, continuamos navegando e a Revista da ACAMERJ encontrará esse porto para se abrigar.



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 Romão 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 Assef 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 Glória 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. Cel. Moreira César, 426 sl. 1401 - Icaraí - Niterói - Tel.: (21) 2714-8896

Jornalista: Walmyr Peixoto - Reg. Mtb RJ 23534 JPMTE

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, Icaraí, 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

Vivendo, sonhando e remando...
Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Pág. 03



Seções: Científica

Tratamento da Hipertensão Arterial Primária
Do Empirismo à Fisiopatologia e desta às Evidências –
O Estado da Arte 2022

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, Antonio Alves do Couto

Pág. 07

Farmacologia, microbiologia, interações e segurança de
metenamina na prevenção de infecções do trato urinário

Mauro Geller, Mendel Suchmacher, Manoel Antonio
Gonçalves Pombo; Carlos Romualdo Barbosa Gama;
Carlos Pereira Nunes; Gerson Goldwasser; João Paulo Lima
Daher; Fernanda Luzardo.

Pág. 14

Cultural

Estética ou reparação?
Luiz Alberto Soares Pimentel

Pág. 18



Social / Eventos

- Palavras do Presidente

Pág. 22



- Sessões científicas virtuais da ACAMERJ

Pág. 22

- Inauguração da nova delegacia do Cremerj em Niterói



- Posse na Academia de Medicina do Rio de Janeiro - AMRJ



Pág. 23

- Homenagens Póstumas

Pág. 24

- Lançamento do Livro “Momentos Acadêmicos”
- Homenagem ao Acadêmico Pedro Luiz Pinto Aleixo

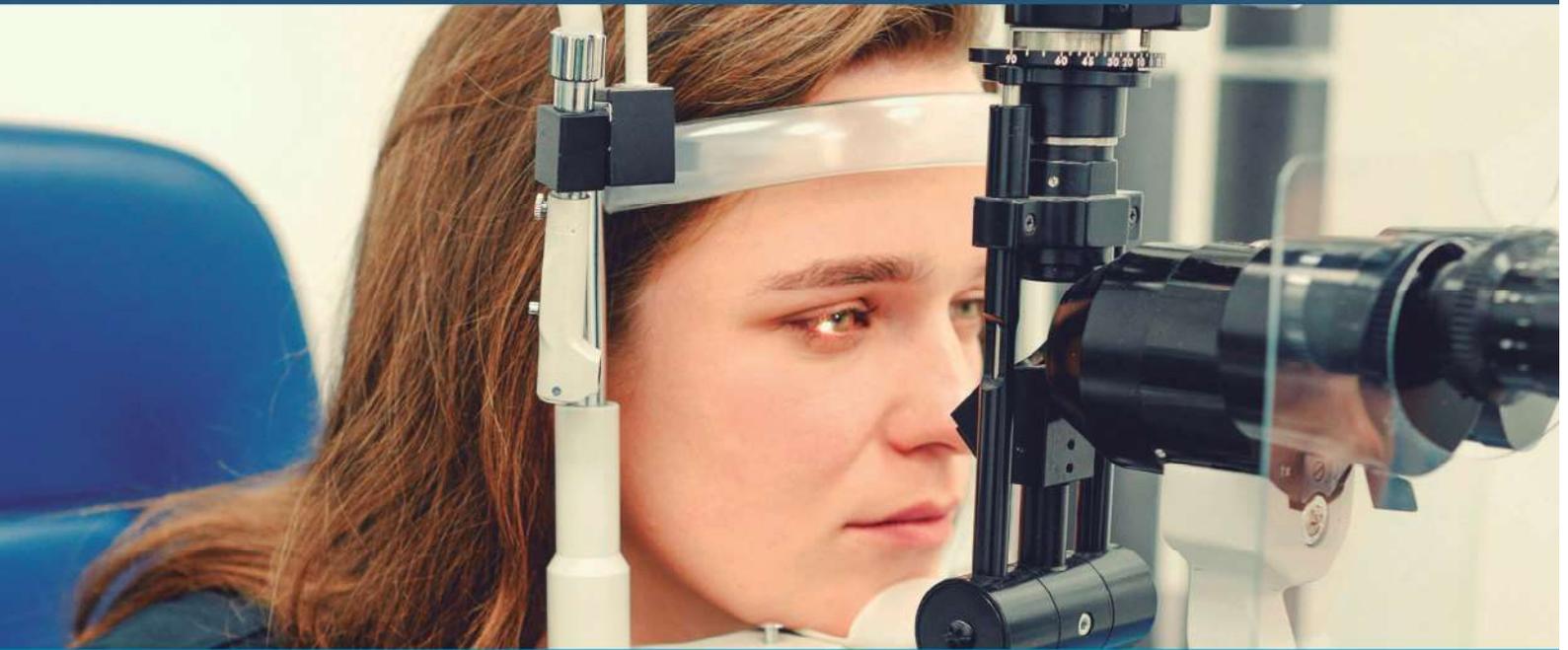
Pág. 25

- Dupla Consagração
- Acad. Anibal Gil Lopes na “Pontifícia Academia Pro Vita-PAV”



Pág. 26

A IMPORTÂNCIA DO CHECK-UP PARA SUA SAÚDE OCULAR



DR. RODRIGO SCHWARTZ PEGADO DESTACA OS CUIDADOS COM A SAÚDE OCULAR

Por que é importante fazer um check-up oftalmológico regularmente?

A regularidade de exame permite prevenção e controle. Nosso corpo funciona como uma máquina, com o tempo alterações podem ocorrer e o diagnóstico precoce auxilia em um melhor resultado de eficácia dos tratamentos.

Quais são os benefícios do check-up oftalmológico?

O exame de fundo de olho é usado para a classificação do estágio de uma série de doenças sistêmicas. Auxilia, por exemplo, na evolução de doenças crônicas como Diabetes e Hipertensão Arterial. Esse exame também possibilita sugerir diagnósticos que podem evitar a cegueira, como o glaucoma. Por isso, a importância do check-up preventivo. Uma visão saudável leva a melhora da qualidade de vida. Dos 5 sentidos do corpo o cérebro se ocupa, em 80% de suas atividades sensitivas, da visão.

Quais são as principais doenças que podem ser detectadas através de um check-up oftalmológico?

As principais doenças sistêmicas são a Hipertensão e o Diabetes. As principais doenças oftalmológicas são a catarata, o glaucoma, as retinopatias e degeneração macular.

Quais são os principais exames e procedimentos que fazem parte do check-up oftalmológico?

O arsenal de exames oftalmológicos modernos ajuda muito no diagnóstico. Dr. Luiz Carlos Pegado foi o pioneiro em trazer exames oftalmológicos digitais em 1973. Hoje, com a tecnologia sempre atualizada e de ponta, exames como Tomografia de Coerência Óptica para avaliar as patologias de Retina e de Córnea e o IOL Master, exame para avaliar as lentes que substituem os cristalinos com cataratas, fazem parte do check-up específico para esses casos.

Agende já a sua consulta conosco!



Tratamento da Hipertensão Arterial Primária

Do Empirismo à Fisiopatologia e desta às Evidências – O Estado da Arte 2022

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro¹, Antonio Alves do Couto²

RESUMO

A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença de alta prevalência em todo o mundo, sendo responsável por cerca de 10 milhões de mortes anuais e, por isso, desde o século XIII, é considerada uma “assassina silenciosa”. Inicialmente tratada de forma precária e empírica passou, a partir de conhecimentos adquiridos durante o século XX, a ter uma abordagem terapêutica baseada em sua fisiopatologia. Contudo, de quarenta anos para cá, aproximadamente, utilizando conhecimentos fulcrados em evidências obtidas através de pesquisas científicas robustas e reconhecidas, a abordagem terapêutica dessa patologia sofreu grande evolução com resultados reconhecidamente alvissareiros. Dessa forma, a Medicina Baseada em Evidência tem se tornado grande norteadora do tratamento atual das mais variadas doenças, entre elas se incluindo a HA. Esta revisão busca resgatar, resumidamente, toda essa evolução até o momento atual, quando a terapêutica muito se ancora em Diretrizes.

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão Arterial. Diretrizes. Tratamento.

ABSTRACT

Arterial Hypertension (AH) is a highly prevalent disease worldwide, being responsible for about 10 million deaths annually and, therefore, since the 13th century, it is considered a “silent killer”. Initially treated in a precarious and empirical way, it started, based on knowledge acquired during the 20th century, to have a therapeutic approach based on its pathophysiology. However, for about forty years now, using knowledge based on evidence obtained through robust and recognized scientific research, the therapeutic approach to this pathology has undergone great evolution with admittedly encouraging results. In this way, Evidence-Based Medicine has become a great guide for the current treatment of the most varied diseases, including AH. This review seeks to summarize, in short, all this evolution until the present moment, when the therapy is very anchored in Guidelines.

KEYWORDS

Arterial Hypertension. Guidelines. Treatment.

LISTA DE ABREVIACÕES

ACC - American College of Cardiology; **AHA** - American Heart Association; **AMPA** - Auto Medida da Pressão Arterial; **AVC** - Acidente Vascular Cerebral; **BB** - Betabloqueador; **BCC** - Bloqueador do Canal de Cálcio; **BRA** - Bloqueador do Receptor da Angiotensina II; **CV** - Cardiovascular; **DAC** - Doença Arterial Coronariana; **DBHA** - Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial; **DC** - Débito Cardíaco; **DCNT** - Doença Crônica Não Transmissível; **DCV** - Doenças Cardiovasculares; **DRC** - Doença Renal Crônica; **DPOC** - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; **ESH** - European Society of Hypertension; **HA** - Hipertensão Arterial; **HAP** - Hipertensão Arterial Primária; **HASI** - Hipertensão Arterial Sistólica Isolada; **HCT** - Hidroclorotiazida; **HVE** - Hipertrofia Ventricular Esquerda; **IAC** - International Association of Cardiology; **IECA** - Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina; **IR** - Insuficiência Renal; **ISH** - International Society of Hypertension; **JNC** - Joint National Committee; **MAPA** - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial; **MRPA** - Monitorização Residencial da Pressão Arterial; **PA** - Pressão arterial; **PAD** - Pressão Arterial Diastólica; **PAS** - Pressão Arterial Sistólica; **PP** - Pressão de pulso; **RVP** - Resistência Vascular Periférica; **TFG** - Taxa de Filtração Glomerular

¹Professor Emérito da Universidade Federal Fluminense – UFF. Membro Titular e Ex-Presidente da ACAMERJ. Honorário Nacional da Academia Nacional de Medicina. Titular da Academia Fluminense de Letras. Honorário da Academia Fides et Ratio.

²Professor Titular de Cardiologia na Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF). Endereço para Correspondência: Rua Visconde de Pirajá, 608/302 – Ipanema - Rio de Janeiro/RJ – CEP 22410-002. E-mail: dr.prof.couto@gmail.com





INTRODUÇÃO

A Medicina é uma ciência dinâmica, muda constantemente, assim como muda a humanidade. Dessa forma, a abordagem das doenças, o diagnóstico, a investigação e o tratamento são sempre contemporâneos - sem compromissos com práticas passadas, embora se apoiando em seus ensinamentos - não pretendendo a perenidade de seus conhecimentos, valores ou práticas.

Esta observação procura deixar claro que este artigo não visa esgotar o assunto sobre o tratamento da HA. A meta é resumir, de forma clara, os conhecimentos atuais sobre o tema buscando o interesse de médicos de várias especialidades e não apenas de cardiologistas ou de nefrologistas.

Como a população mundial tem crescido, vem envelhecendo - tornando-se progressivamente maior o número de idosos - aumentam os casos de obesidade ou de pessoas com sobrepeso, a vida moderna vem se tornando mais estressante - violência urbana, guerras, vários tipos de desentendimentos, poluição ambiental, infortúnios, desempregos, aumento da população carcerária, preconceitos, desajustes sociais, frustrações etc, etc, etc - a HA também aumenta sua prevalência em todo o planeta.

Em que pese sua vinculação genética, os fatores epigenéticos e ambientais têm assumido relevância inquestionável e o conceito de HA tem sido, conseqüentemente, alterado, havendo muitas definições questionáveis e nada objetivas.

De acordo com as DBHA - 2020: "HA é uma DCNT definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos. Trata-se de uma condição multifatorial a depender de fatores genéticos e epigenéticos, ambientais e sociais, caracterizada por elevação persistente da PA, ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140mm Hg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90mmHg, medida com técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva⁽¹⁾."

Independentemente dessa conceituação as DBHA-2020 seguem dizendo: "É aconselhável, quando possível, a valida-

ção de tais medidas por meio de avaliação da PA fora do consultório usando-se a MAPA, a MRPA ou a AMPA⁽¹⁾."

Consideramos essa definição bastante feliz, pois engloba conceitos emitidos por outras Diretrizes e autores, incorpora um aspecto operacional prático, estabelece cifras atuais limites e conclui com o aconselhamento de práticas complementares úteis para dirimir dúvidas e para maximizar condutas.

A HA é uma doença globalmente muito prevalente, acometendo, em média, 31% na população mundial acima de 18 anos e no Brasil essa taxa é de 32,3%⁽¹⁾. Lembrando-se que, entre as DCV, ela é a principal causa de óbito atingindo a 10 milhões de mortes ao ano no mundo, e que as DCV são as principais causas de morte, invalidez momentânea ou permanente e atendimentos ambulatoriais⁽¹⁾. Em agravo faz-se necessário notar que na população jovem no Brasil, entre 7 e 14 anos, a HA tem uma prevalência de 5% a 13% com média de 9%, sendo mais elevada acima de 7 anos e mais baixa, abaixo dessa idade⁽²⁻⁵⁾. Importante frisar que nessas estatísticas não estão incluídos, necessariamente, jovens e crianças com sobrepeso ou obesidade^(6, 7), nem os considerados pré-hipertensos ou com PP aumentada, o que elevaria os percentuais⁽⁶⁻⁸⁾.

As DBHA-2020⁽¹⁾ classificam as variações da PA para adultos acima de 18 anos de acordo com o quadro 1. Esta classificação engloba as estabelecidas em outras ocasiões, com modificações. Não só as do Brasil como de outros países e de outras diretrizes ou guidelines.

Vários estudos, ao longo do tempo, têm mostrado que a PA é uma variável biológica contínua e que as cifras aumentam como a idade, assim como aumenta a morbimortalidade. Dados estatísticos estimam que 71,7% das pessoas acima de 70 anos têm sua PAS, ou PAD, ou ambas, elevadas, e que é mais difícil controlar a hipertensão arterial sistólica isolada (HASI), estando ela associada a maior morbimortalidade CV⁽¹⁾.

Desde observações de chineses, há 2550 a.C, egípcios e gregos, seguidas de pesquisas de William Harvey (1578-1657) e de Richard Bright (1789-1858), que se inferia a elevação da PA por dados indiretos (tensão, amplitude e enchimento do pulso arterial, relacionado ao AVC, dificuldade de injeção de

QUADRO 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de acordo com as DBHA⁽¹⁾

Classificação*	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. *A classificação é definida de acordo com a PA no consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica. **A HA sistólica isolada, caracterizada pela PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAS nos intervalos indicados. ***A HA diastólica isolada, caracterizada pela PAS < 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAD nos intervalos indicados.



solução salina na artéria renal de cadáveres que apresentavam HVE ao se examinar o coração). O Reverendo Stefen Hales (1677-1761) mediu, pela primeira vez, a PA de modo direto canalizando a artéria carótida de uma égua (1733)⁽⁹⁾.

Mesmo depois do manômetro de mercúrio de Jean Leonard Marie Poiseuille (1797-1869), até o esfigmomanômetro de Scipione Riva Rocci (1863-1937), o tratamento da HA foi empírico e aleatório, quando não proibido ou desaconselhado; ou baseado em crenças, observações pessoais, em poções mágicas, sangrias, catárticos etc⁽⁹⁻¹¹⁾. Próximo a meados do século XX, iniciou-se o uso de diurético mercurial (gortulina, que provocava diurese porém danificava definitivamente o túbulo renal), papaverina, reserpina e algumas outras práticas, como os bloqueadores ganglionares e a simpatectomia lombar^(10, 11).

Na mesma época, com a evolução dos conhecimentos a respeito da complicada fisiologia da relação pressão/perfusão tecidual, onde se destacam as pesquisas de Irvine Page^(12, 13) (Figura 1) e Arthur Guyton e colaboradores⁽¹⁴⁾ e, mais ainda, de sua desregulação, muito se pode aprender com trabalhos de outros pesquisadores, onde desponta Larag⁽¹⁵⁾, que bem aproveitaram a compreensão da dinâmica dos fluidos ideais – hidrodinâmica – para explicar a dinâmica do sangue no aparelho circulatório – hemodinâmica - e, a partir daí, construir vários modelos responsáveis pelo aumento da PA no organismo, já agregando os conhecimentos do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona^(15,16).

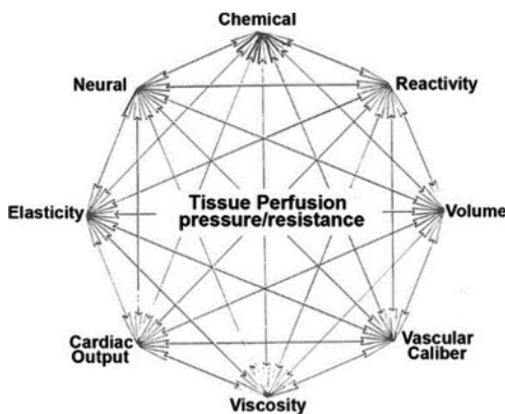


Figura 1 – Mosaico de Paige mostrando a complexa rede de fatores que interferem na perfusão tecidual^(12,13).

Para o raciocínio hemodinâmico aplica-se frequentemente a Lei de Poiseuille representada pela equação $P=F \times R$, onde P:pressão, F:fluxo e R:resistência total do sistema, levando-se à dedução de que $PA=DC \times RVP$, onde DC=débito cardíaco e RVP=Resistências vasculares periféricas. Em palavras diretas e simples: a PA é igual ao débito cardíaco multiplicado pela resistência vascular periférica. Fisiologicamente a PA mantém-se em níveis considerados normais, com as variações ditas circadianas, pela boa inter-relação dessas duas variáveis: quando aumenta o fluxo, diminui a resistência e vice-versa. Assim posto, fica fácil entender a fisiopatologia da HAP, explicitada na figura 2⁽⁹⁾.

PRESSÃO ARTERIAL

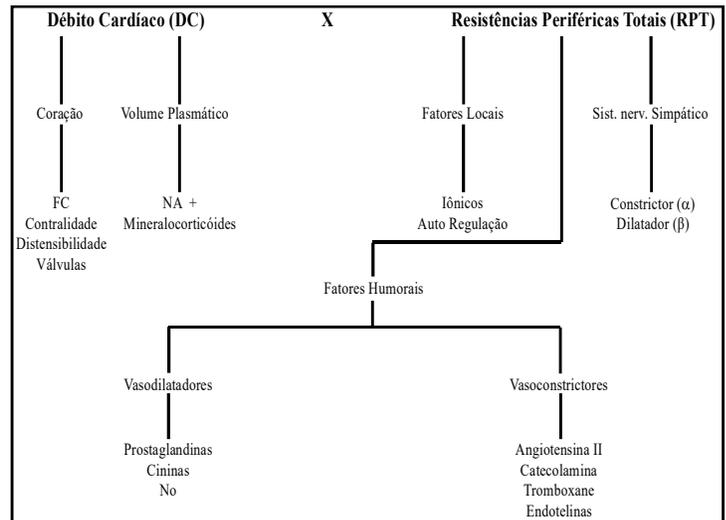


Figura 2 - Regulação da pressão arterial (PA)⁽⁹⁾.

Dessa forma, temos três maneiras de classificar a HAP⁽¹²⁻¹⁶⁾:

1. Volume dependente (aumento do DC)
2. Resistência dependente (aumento da RVP)
3. Mista

Nessa explicação fisiopatológica da HAP não está incluída a HASI do idoso que depende de um enrijecimento dos vasos de grande e médio calibres com perda da distensibilidade e da elasticidade, e merece um capítulo à parte por sua importância à medida que envelhece a população, pela abordagem de sua investigação, dos seus riscos e do tratamento⁽⁹⁻¹¹⁾.

A visão fisiopatológica orientou durante vários anos a opção da terapêutica medicamentosa da HA, se através de diuréticos, betabloqueadores e/ou vasodilatadores de várias naturezas e mecanismos de ação. Nos últimos quarenta anos, aproximadamente, vem tomando força a instituição da terapêutica baseada em evidências clínicas mostradas através de estudos robustos, aceitos por órgãos reguladores da pesquisa médica. Progressivamente a Medicina Baseada em Evidências vem, no tratamento medicamentoso da HA, e de outras enfermidades, ocupando o espaço daquele baseado na fisiopatologia. Assim é que passamos do tratamento farmacológico, baseado na visão fisiopatológica das doenças, para aqueles com medicamentos apontados pela pesquisa clínica fulcrada na evidência dos resultados, mesmo que a fisiopatologia da HA esteja em desacordo com tais práticas.

Contudo, frise-se que o médico é livre para tomar suas decisões, nada impedindo que, em algumas situações como em obesos, diabéticos, coronariopatas, renais crônicos, ou outras comorbidades, abandone o tratamento baseado em evidências e opte por seguir um raciocínio fisiopatológico para sua opção terapêutica.



CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO ATUAL DA HAP BASEADO EM EVIDÊNCIAS

Os Guidelines de manejo e tratamento da HAP, se iniciaram com os “Joints National Committees” americanos ou “JNC”: do JNC-1 em 1977 ao JNC-8 em 2014. Em 2017 as sociedades lideradas pela AHA e pela IAC, atualizaram o JNC-7 de 2003. No JNC-8 qualquer PA \geq 130/80mmHg é considerada HA⁽¹⁷⁾. Consequentemente, a meta de controle para a maioria dos adultos passou a ser PA $<$ 130/80mmHg. A ESH teve seu primeiro Guideline em 2003 com “updates” em 2007, 2013 e agosto de 2018⁽¹⁸⁾. Nestes, só se considera HA cifras \geq 140/90mmHg. Recomendam meta de PA $<$ 130/80mmHg quando houver DAC ou AVC associadas. Nos “ESH-ESC’s” houve a recomendação de combinação de fármacos para o tratamento inicial da HA. As exceções seriam fazer monoterapia em HA grau 1 de baixo risco, isto é, com PAS $<$ 150mmHg, ou no muito idoso, \geq 80 anos, ou na fragilidade⁽¹⁹⁾.

AAHA e a ACC aconselham combinação inicial de fármacos para o que consideram estágio 2 (\geq 140/90mmHg) ou pressão \geq 20/10mmHg da meta. Demais Guidelines aconselham combinação de fármacos se PA \geq 160/100mmHg^(18, 19).

Os Guidelines americanos mais recentes recomendam estratificação do risco CV, bem como no ESH/2018, classificando em baixo, moderado, alto ou muito alto risco. Acompanham também os Guidelines asiáticos, assim como a DBHA-2020^(1, 19).

A ISH-2020 considera como meta PA $<$ 140/90mmHg, e se houver DAC ou DCV $<$ 130/80mmHg⁽¹⁸⁾.

No JNC-8 “Hypertension Guideline”⁽¹⁷⁾, para a idade acima de 18 anos com HA, foi sugerido, sucessivamente: A - fazer mudança no estilo de vida, B - estabelecer meta pressórica e C - iniciar medicação. Em não diabéticos e sem DRC, com idade superior a 60 anos, a meta de pressão será PA $<$ 150/90 e com menos de 60 anos e não negros a meta da PA é de 140/90mmHg, iniciando o tratamento com HCT ou IECA, ou BRA, isolados ou combinados, exceto a combinação IECA com BRA. Em negros iniciar o tratamento medicamentoso com tiazídico ou BCC, isolados ou combinados, e se a PA continuar fora da meta, reforçar correções no estilo de vida e estimular a adesão plena, acrescentando doses progressivamente mais elevadas dos fármacos, e considerar o uso de IECA ou BRA. Ainda não atingida a meta, acrescentar BB, antagonistas da aldosterona ou outros medicamentos⁽¹⁹⁾.

Em pacientes diabéticos ou com DRC, idade maior que 18 anos, de qualquer raça, a meta é PA $<$ 140/90mmHg e iniciar com IECA ou BRA isolados ou combinados com diurético ou BCC. Não atingindo a meta adicionar betabloqueador ou clonidina⁽¹⁹⁾.

Recomendam (JNC-8)⁽¹⁷⁾ a estratégia A, B ou C. Na estratégia A seria iniciar com um fármaco aumentando progressivamente até atingir a dose máxima necessária, dentro da posologia recomendada. Em caso de insucesso, deverá ser adicionado outro medicamento, observando-se as recomendações anteriores.

Na estratégia B, iniciar com um fármaco e adicionar um segundo antes de atingir a dose máxima recomendada do pri-

meiro, até conseguir os níveis pressóricos ideais. Na estratégia C, começar logo com dois fármacos em pílulas separadas ou em combinação fixa. A combinação é recomendada se PAS e/ou a PAD inicial for superior à meta de redução estabelecida em 20mmHg para a PAS e 10mmHg para PAD^(18, 19).

Nas mudanças de estilo de vida recomenda-se abolir o tabagismo, controlar a glicose, os lípides sanguíneos, fazer dieta saudável (ex.: DASH-Dietary Approach to Stop Hypertension), evitar ou ingerir moderadamente bebidas alcóolicas, ingesta de sódio não superior a 2,4gr/dia, atividade física de moderada a vigorosa, após avaliação médica, três a quatro dias por semana, com média de quarenta minutos por sessão, além de dieta rica em potássio, caso não haja IR⁽²⁰⁾.

São consideradas situações especiais: 1) Insuficiência cardíaca (IECA ou BRA + betabloqueador + diurético + espirolactona); 2) DAC clínica ou pós IAM (IECA ou BRA e betabloqueador); 3) DAC (IECA, betabloqueador, diurético, BCC); 4) DRC (IECA ou BRA); 5) Prevenção de AVC recorrente (IECA, diurético); 6) gravidez (labetolol, nifedipina, metildopa).

Aconselham que o betabloqueador em pacientes com DPOC, diabetes, asma e doença vascular periférica seja um dos que se seguem: metoprolol, bisoprolol, betaxolol ou acebutolol^(17, 19).

A dose diária dos fármacos está explicitada no quadro 2, conforme orientação das DBHA⁽¹⁾.

Além das informações do quadro, fazemos ainda algumas considerações. Em relação aos diuréticos, reforçamos a necessidade de monitorar o potássio, e o diurético mais adequado é a clortalidona que funciona melhor com IECA. Lembrar que a espirolactona pode provocar ginecomastia e hipercalcemia, e que os diuréticos de alça são os indicados na TFG $<$ 40mL/minuto.

Os IECA podem induzir tosse e angioedema mais frequentemente que os BRA; a losartana reduz o ácido úrico; a candesartana pode prevenir enxaqueca. Os betabloqueadores podem causar fadiga, reduzir a FC, afetar a glicose e mascarar a hipoglicemia. Os BCC podem produzir edema, porém combinam-se com segurança com betabloqueador, exceto o verapamil e o diltiazem. Os BCC não diidropiridínicos como diltiazem e verapamil reduzem FC e a proteinúria. A hidralazina e o minoxidil podem causar taquicardia reflexa e retenção hídrica, sendo geralmente necessário associar diurético e betabloqueador.

Dentre os agentes centrais incluímos a clonidina 0.1-0.2mg duas vezes ao dia, com limite de dose total diária de 2,4mg para adulto, ou metildopa, 250mg duas vezes dia, até a dose máxima diária de 2000mg (DBHA)⁽¹⁾ a 3000mg⁽¹⁸⁾. A rilmenidina reduz o ronco e a apneia do sono e deve ser incluída no tratamento da hipertensão resistente, situação em que o paciente está fora da meta apesar de usar três medicamentos, sendo um deles um diurético. Tais pacientes geralmente têm hiperaldosteronismo com K⁺ normal, e a pressão é controlada com o acréscimo de espirolactona⁽¹⁸⁾.

Existem considerações no tratamento da HA despertadas por grandes estudos que sucintamente passaremos a descrever.



Quadro 2 – Lista de medicamentos anti-hipertensivos disponíveis no Brasil segundo as DBHA⁽¹⁾

Classe	Classe e Medicamento	Dose diária habitual (mg)	Freq.*	Comentários e recomendações
Diuréticos tiazídicos e similares	Hidroclorotiazida	25-50	1	Doses mais elevadas dos tiazídicos e similares aumentam o efeito diurético sem adicionar ação anti-hipertensiva.
	Clortalidona	12,5-25	1	
	Indapamida	1,5	1	
Diuréticos de alça	Furosemida	20-240	1-3	Utilizada em insuficiência renal crônica (IRC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e estados de retenção de líquidos (edema).
	Bumetanida	1-4	1-3	
Diuréticos poupadores de potássio	Espironolactona	25-100	1-2	Pode provocar hiperpotassemia, particularmente na IRC e quando associada a inibidores da ECA ou BRA.
	Amilorida	2,5-5	1	Disponível unicamente associada à hidroclorotiazida ou à clortalidona.
Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) di-hidropiridínicos	Anlodipino	2,5-10	1	Evite o uso em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Pode provocar edema de membros inferiores relacionado com a dose utilizada.
	Felodipino	2,5-10	1	
	Nifedipino	10-60	1-3	
	Nitrendipino	10-30	1	
	Manidipino	10-30	1	
	Lacidipino	2-6	1	
	Lercanidipino	10-20	1	
Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) não di-hidropiridínicos	Verapamila	120-360	1-2	Evite o uso em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.
	Diltiazem	80-240	1-2	Evite a associação com betabloqueadores e em pacientes com bradicardia.
Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA)	Captoprila	25-150	2-3	Evite o uso em mulheres em idade fértil, pois há grande risco de malformações fetais e outras complicações na gestação. Contraindicada em associação a outros inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona, exceto espironolactona na ICC. Risco de hiperpotassemia em pacientes com insuficiência renal ou que estejam recebendo suplementação de potássio.
	Enalaprila	5-40	1-2	
	Benazeprila	10-40	1-2	
	Lisinoprila	10-40	1	
	Fosinoprila	10-40	1	
	Ramiprila	2,5-20	1-2	
Bloqueadores dos receptores AT1 da Angiotensina II (BRA)	Perindoprila	2,5-10	1	Mesmas recomendações feitas aos IECA.
	Losartana	50-100	1-2	
	Valsartana	80-320	1	
	Irbesartana	150-300	1	
	Candesartana	8-32	1	
	Olmesartana	20-40	1	
Betabloqueadores (BB) não cardioseletivos	Telmisartana	20-80	1	A retirada abrupta dos BB deve ser evitada, pois pode provocar taquicardia reflexa e mal-estar.
	Propranolol	80-320	2-3	
	Nadolol	40-160	1	
Betabloqueadores cardioseletivos	Pindolol	10-60	1	Possui atividade simpatomimética intrínseca que proporciona menor bradicardia.
	Atenolol	50-100	1-2	Ação vasodilatadora via óxido nítrico. Efeito alfabloqueador produz menor bradicardia.
	Metoprolol	50-200	1	
	Bisoprolol	5-20	1	
	Nebivolol	2,5-10	1	
	Carvedilol	12,5-50	1-2	
Metildopa	500-2.000	2		
Simpatolíticos de ação central	Clonidina	0,2-0,9	2	A retirada abrupta da clonidina pode provocar hipertensão rebote (crise hipertensiva) por liberação de catecolaminas na terminação sináptica.
	Rilmenidina	1-2	1-2	
Alfabloqueadores	Prazosina	1-20	2-3	Iniciar com dose baixa antes de deitar-se, pois pode provocar hipotensão ortostática. Aumentar progressivamente a cada 2 dias. Há outros alfabloqueadores no mercado indicados exclusivamente para a hipertrofia benigna de próstata (tansulosina, alfuzosina, silodosina).
	Doxazosina	1-16	1	
Vasodilatadores diretos	Hidralazina	50-200	2-3	Pode provocar retenção de sódio e água, hipovolemia e taquicardia reflexa. Deve ser usada em associação com diuréticos de alça. Síndrome <i>lupus-like</i> em dose alta.
Inibidores diretos de renina	Alisquireno	150-300	1	Mesmas recomendações feitas aos IECA e BRA.





O Guideline ACC/AHA de 2017 considera como meta PA <130/80 mmHg, e o manejo inclui mudança de estilo de vida e farmacoterapia iniciando com IECA, ou BRA, ou BCC ou diurético tiazídico⁽¹⁸⁾.

A relação do sódio com HA é complexa, contudo há relação de causalidade. Existe interação de transporte renal do sódio, depósito de sal na pele e interstício, adaptação vascular à mudança na concentração de sal e sinalização neuro-humoral⁽²⁰⁾.

Em 8.511 chineses com idade entre 60 e 80 anos, hipertensos e meta de PAS entre 110mmHg a 130mmHg, houve redução da incidência de eventos CV quando se comparou com valores pressóricos sistólicos de PA entre 130mmHg a 150mmHg⁽²¹⁾.

Em 160 pacientes com DRC avançada e controle inadequado da PA, a associação de clortalidona ao hipotensor usado, até 50mg/dia, iniciando com 12,5mg/dia, reduziu, a PAS em doze semanas, em mais 10.5 mmHg (<0,001)⁽²²⁾.

Entre 2.408 grávidas hipertensas, comparando meta pressórica inferior a 160/100mmHg com a meta inferior a 140/90 mmHg, o risco de pré-eclâmpsia reduziu 21% com OR de 0,79, e o risco de prematuridade em 13%, a favor da meta de 140/90mmHg⁽²³⁾. Os melhores desfechos ocorreram quando não se esperou a HA ficar mais severa^(23,24).

É essencial interpretar bem essas pesquisas porque, conforme alerta da própria OMS, em cada cinco hipertensos, quatro (80%) não têm a pressão controlada dentro de metas recomendadas⁽²⁴⁾.

O estudo PATHWAY-2 demonstrou a eficácia da espirolactona na HA quando comparada com placebo⁽²⁵⁾. Procedimentos de intervenção autônoma não lograram resultados alvissareiros na HA resistente, conforme demonstrado nos estudos SYMPPLICITY e SPYRAL, ao não controlar adequadamente a PA por um período de seis meses^(26,27).

Peixoto recomenda que pacientes com HA grave e lesão de órgão alvo, devem ser internados em UTI – Emergência hipertensiva⁽²⁸⁾.

Realçamos que no Guideline do ESC/ESH de 2018, considera-se como padecendo de HA pessoas com PA \geq 140/90mmHg, incluindo pacientes com DRC, e enfatizam inicialmente intervenções no estilo de vida, reservando a terapia com fármacos apenas em adultos com risco muito alto, ou com DCV estabelecida⁽²⁵⁾. Em muitos aspectos este “Guideline” é semelhante ao de 2017 do ACC/AHA.

O ESH-2021 chama atenção para a White Coat Hypertension (WCH) ou hipertensão do jaleco branco, e para a hipertensão mascarada, que se refere à PA baixa no consultório e alta em domicílio, onde a MRPA constata HA em 10-20% dos casos⁽²⁶⁾.

O estudo HOPE-3 também se consagrou por mostrar que em pacientes hipertensos de risco intermediário e sem DCV, o uso da candesartana 16mg/dia associada HCT 12,5mg/dia versus uso de placebo não diminuiu eventos CV maiores⁽²⁹⁾.

Grande marco no tratamento da HA foi o estudo ACCOMPLISH, que demonstrou a superioridade de benazepril

com anlodipino versus benazepril com diurético, em pacientes de alto risco, em pesquisa que incluiu 11.506 pacientes, para morte CV, IAM não fatal e AVC não fatal⁽³⁰⁾.

Outros baluartes para o conhecimento da HA e sua terapêutica foram os estudos ASCOT⁽³¹⁾ e CAFE⁽³²⁾.

No estudo ASCOT foi demonstrado que anlodipino combinado com perindopril foi superior à combinação de atenolol com tiazídico, rebatendo o que era preconizado no estudo ALL-HAT que norteou o JNC-7⁽³¹⁾.

O estudo CAFE vislumbrou diferentes efeitos dos medicamentos que tratam HA, na pressão aórtica central e na PA periférica (braquial). Com destaque para a redução da pressão central pelo amlodipino, o que não ocorreu com o atenolol⁽³²⁾.

Ainda não devidamente colocado nas diretrizes é o estudo SPRINT, “final report”, em que pacientes hipertensos, com risco elevado, tiveram menos eventos CV maiores com PAS <120mmHg, do que com PAS entre 120mmHg e 140mmHg⁽³³⁾. No estudo CREOLE amlodipina/HCT, ou perindopril / amlodipina, foram superiores a perindopril/HCT em reduzir a PA em seis meses, em 621 pacientes⁽³⁴⁾.

Há de se registrar, segundo alguns autores, a importância da Vitamina D no controle da coenzima Q10, do óxido nítrico, do magnésio, da microbiota intestinal e cavidade oral⁽³⁵⁾.

Enfim, estamos evoluindo em busca de um porto seguro após navegar em águas revoltas da incerteza e do desconhecido.

Conflitos de interesses: Os autores não referem.

Agradecimentos: à Confreira Maria da Gloria da Costa Carvalho pela presteza na revisão e sugestões que ajudaram a melhorar o texto e às Secretárias Carolina da Conceição Nascente, Alzira Guedes Couto e Alita Baptista dos Santos pela colaboração na digitação e outras providências para a confecção deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol 2021; 116 (3): 516-658.
2. Araújo CMS, Melo JF, Miranda CS, Laizo, A. Diagnóstico de Hipertensão Arterial antes da idade adulta. Revista da APS. 2016; 19 (3): 517-518.
3. Moura AA, Silva MAM, Ferraz MRM, Rivera IR. Prevalence of high blood pressure in children and adolescents from de city of Maceió, Brazil. Jornal de Pediatria. 2004; 80: 35-40.
4. Zanoti MDV, Pina JC, Manetti RE. Correlação entre pressão arterial e peso em crianças e adolescentes de uma escola municipal do noroeste paulista. Escola Ana Nery. 2009; 13(4): 879-885.
5. Pinto SL, Silva RCR, Priore SE, Assis AMO. Prevalen-



ce of pre-hypertension and arterial hypertension and evaluation of associated factors in children and adolescents in public schools in Salvador, Bahia state, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(6):1065-1075.

6. Ferreira JS, Aydos RD. Prevalência de Hipertensão Arterial em crianças e adolescentes obesos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15:97-104.

7. Nogueira, PCK et al. High arterial pressure in school children in Santos: relationship to obesity. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(5):426-432.

8. Rosa MLG, Fonseca VM, Oigman G, Mesquita ET. Pré-hipertensão arterial e pressão de pulso aumentada em adolescentes: prevalência e fatores associados. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87(1): 46-53.

9. Pinheiro LAF, Pinheiro JG. Pressão Arterial. In *Semiologia Cardiovascular*. Couto AA, Nani E, Mesquita ET, Pinheiro LAF et al. 1ª ed. São Paulo. Rio de Janeiro. Belo Horizonte: Atheneu; 2002.

10. Jardim PCBC, Sousa ALL, Monego ET. Hipertensão Arterial. In: Porto CC(ed). *Doenças do Coração*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1998:453-460.

11. Kaplan NM. *Clinical Hypertension*. Fourth Edition. Williams & Wilkins, Baltimore. London. Los Angeles. Sydney, 1986:492p.

12. Page IH. Pathogenesis of Arterial Hypertension. *JAMA*. 1949;140:451.

13. Page IH, The Mosaic theory of arterial hypertension – its interpretations Perspectives in Biology and Medicine. 1967;10(3):325-33.

14. Guyton AC, Hall JE, Coleman TG, Norman Jr RA. The dominant role of the kidneys in long-term arterial pressure regulation in normal and hypertensive states. In: Laragh JH and Brenner BM(eds). *Hypertension: Pathophysiology, Diagnoses and Management*. Second Edition. Raven Press, New York, 1995:1311-1326.

15. Laragh JH, Sealey JE. The renin-angiotensin-aldosterone potassium and blood pressure homeostasis. In: Windhager EE(ed). *Handbook of Renal Physiology*. Oxford University Press, New York, 1992:1409-1541.

16. Laragh JH. Laragh's Lessons in Pathophysiology and Clinical Pearls for Treating Hypertension. *AJH*. 2001;14:837-854.

17. James, PA, Suzanne O, Barry LC. Pharm D et al. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults – Report From the Panel Members Appointed to the Eight Joint National Committee (JNC8). *JAMA*. 2014;311(5):507-20.

18. Chin, Y; Turana, Y; Zhang, Y et al. Comparison of Guidelines of hypertension. *JCH*, 2021; 23(3): 422-434.

19. Taler, SJ. Initial treatment of hypertension. *N Engl J Med*, 2018; 378: 636-644.

20. Ellison, DH; & Nelling, P. Insights into salt handling and blood pressure. *N Engl J Med*, 2021; 385: 1981.

21. Zhang, W. Trial of intensive blood pressure control in older patients with hypertension. *N Engl J Med*, 2021; 385: 1268-1279.

22. Agarwal, R; Sinha A; Cramer, AR et al. Chlortalidone for Hypertension in advanced chronic kidney disease. *N Engl J Med*, 2021; 385: 2507-2519.

23. Tita, AT; Sychowski, JM, Borges, K et al. Treatment for mild chronic hypertension during pregnancy. DOI: 10-1056/NEJM oa2201295.

24. Get the facts on hypertension – stop the silent killer. <https://global.com/hypertension>.

25. The Sprint Research Group: a randomized trial of intensive versus standard blood pressure control. *N Engl J Med*, 2015; 373:2103-16.

26. Blake, JM; Evans, CV; Webber, EM et al. Screening for hypertension in adults task force. *JAMA*, 2021; 325(16): 1657-1669.

27. Bhaat, DL; Kandzari, DE; O'neil, WW. A controlled trial of renal denervation for resistant hypertension. *N Engl J Med*, 2014; 370: 1393-1401.

28. Peixoto, AJ. Acute severe Hypertension. *N Engl J Med*, 2019; 381: 1843-1852.

29. Lonn, EM; Jaranela, PL; Zhu, J et al. Blood pressure lowering in intermediate – Risk persons without cardiovascular disease. *N Engl J Med*, 2016; 374: 2009-2020.

30. Jamerson, K; Weber, MA; Bakris, GL et al. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N Engl J Med*, 2008; 359: 2417-2428.

31. Dahöf, B; Sever, PS; Poulter, NR et al. Prevention of cardiovascular events with antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril versus atenolol adding thiazide. *LANCET*, 2005; 366: 895-906.

32. Williams, B; Lacy, PS; M. Thom et al. Differential impact of blood pressure – lowering drugs on central aortic pressure and clinical outcomes. *Circulation*, 2006; 113: 1213-1225.

33. Stergiou, GS; Palatini, P; Parati, G et al. European Society of Hypertension practice Guidelines for office and out of office blood pressure measurement. *Journal of Hypertension*. 2021; 39: 1293-1302.

34. Ojji, DB; Mayosi, D; Phil, D et al. Comparison of dual therapies for lowering blood pressure in black Africans. *N Engl J Med* 2019; 380: 2429-2439.

35. Coenzyme Q10 as adjunctive therapy for hypertension. <https://mashupmd.com> 2022.



Farmacologia, microbiologia, interações e segurança de metenamina na prevenção de infecções do trato urinário

Mauro Geller¹, Mendel Suchmacher², Manoel Antonio Gonçalves Pombo³; Carlos Romualdo Barbosa Gama³; Carlos Pereira Nunes³; Gerson Goldwasser⁴; João Paulo Lima Daher⁵; Fernanda Luzardo⁶.

RESUMO

Metenamina tem sido usada por mais de um século no âmbito das ITUs em todo o mundo. A ausência de resistência antimicrobiana proporcionada pela sua farmacodinâmica de base antisséptica sinaliza uma vantagem significativa em um ambiente terapêutico no qual a emergência de cepas patogênicas mutantes representa um problema global em saúde pública. Sua eficácia e segurança em ITUs são demonstradas por estudos científicos, em indicações tais como cistites/alívio da disúria e profilaxia infecciosa durante cateterismo vesical. O objetivo deste estudo é revisar a evidência atual de eficácia e segurança de metenamina no manejo de ITU baixa na literatura médica.

PALAVRAS-CHAVE

Infecção do Trato Urinário. Metenamina. Revisão da Literatura.

ABSTRACT

Methenamine has been used for over a century in the context of UTIs around the world. The absence of antimicrobial resistance provided by its antiseptic-based pharmacodynamics signals a significant advantage in a therapeutic environment in which the emergence of mutant pathogenic strains represents a global public health problem. Its efficacy and safety in UTIs are demonstrated by scientific studies, in indications such as cystitis/dysuria relief and infectious prophylaxis during bladder catheterizations. The aim of this study is to review the current evidence for the efficacy and safety of methenamine in the management of low UTI in the medical literature.

KEYWORDS

Urinary Tract Infection. Methenamine. Literature Review.

LISTA DE ABREVIACÕES

BDTD: Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações; **bid**: duas vezes ao dia; **ITU**: infecção do trato urinário; **LILACS**: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; **MIC**: minimal inhibitory concentration; **NDLTD**: Networked Digital Library of Theses and Dissertations; **TFG**: taxa de filtração glomerular; **UTI**: urinary tract infection; **Vd**: volume de distribuição.

INTRODUÇÃO

Metenamina tem sido usada no âmbito do tratamento e profilaxia de ITU por mais de um século, tanto de forma isolada quanto em associações de dose fixa. O objetivo dos investigadores neste ensaio foi sumarizar o conhecimento atualmente disponível sobre metenamina na literatura especializada, através de uma revisão da literatura realizada de acordo com os seguintes parâmetros e fontes

respectivas:

- Pubmed: methenamine no título
- LILACS: metenamina, infecção, urinário e urinária no título
- google scholar: (1) methenamine e urinary no título e (2) até 3 páginas de busca
- NDLTD: methenamine ou metenamina no título
- BDTD: metenamina no título
- livros-texto em farmacologia

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro; Faculdade de Medicina - UNIFESO; Instituto de Pós-graduação Carlos Chagas; Membro Titular da ACAMERJ.

²Instituto de Pós-graduação Carlos Chagas; Membro Titular da ACAMERJ; Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

³Faculdade de Medicina - UNIFESO.

⁴Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

⁵Universidade Federal Fluminense.

⁶Universidade Federal Fluminense; Universidade Federal do Rio de Janeiro.

E-mail para correspondência: Mendel Suchmacher; suchmacher@terra.com.br.





HISTÓRIA E QUÍMICA

Metenamina foi descrita pela primeira vez por Butlerow em 1860 e seu uso como antisséptico das vias urinárias foi proposto por Nicolaier em 1895. A liberação de formaldeído a partir de metenamina foi relatada em 1897 como sendo o mecanismo subjacente às suas propriedades antissépticas e, posteriormente, Sollman descobriu que este fenômeno ocorria em meio ácido⁽¹⁾. Metenamina é considerada uma pró-droga do formaldeído e é classificada como um antisséptico de vias urinárias^(2, 3, 4). Sua fórmula química está detalhada na Figura 1.

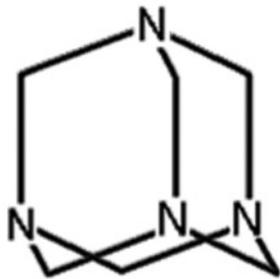


Figura 1: Fórmula estrutural da metenamina⁽⁵⁾

A metenamina é convertida em formaldeído através de hidrólise enzimática: $N_4(CH_2)_6 + 6H_2O + 4H^+ \leftrightarrow 4NH_4^+ + 6HCHO$ [N₄(CH₂), methenamine; HCOH, formaldehyde]^(2, 6-8). A equação acima é desviada para a direita sob pH ≤ 6,0, atingindo um equilíbrio antes de a metenamina ser hidrolizada. Este último aspecto proporciona o efeito desejável de manter o formaldeído urinário em níveis toleráveis para a mucosa vesical^(9, 10). A associação entre metenamina com outros ácidos moleculares - mandelato e hipurato - objetiva aumentar a taxa de conversão de metenamina em formaldeído através da acidificação urinária. Não obstante, este recurso foi aparentemente ineficaz, bem como aumentou a taxa de mucosite química^(8, 11, 12).

Indicações clínicas de metenamina são: 1) tratamento da cistite^(2-4, 10, 13), 2) profilaxia de ITU recorrente^(2-5, 13-16) e 3) profilaxia de infecção por cateterização vesical⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

FARMACODINÂMICA

O mecanismo de ação do formaldeído consiste na desnaturação das proteínas estruturais extracelulares e do DNA bacterianos, para um efeito bactericida^(4, 7, 8, 13, 19, 20). O primeiro não influenciaria a susceptibilidade bacteriana a antibióticos devido ao fato de que a substância não alveja qualquer enzima ou estrutura específica. Tal característica tornaria esta substância especialmente útil sempre que o risco de resistência antibiótica for uma preocupação, tal como recorrência infecciosa ou profilaxia antimicrobiana prolongada^(5, 13, 14). A taxa de geração de formaldeído depende do pH urinário, bem como do tempo de conversão de metenamina. Não obstante, uma vez liberado, o formaldeído é

bactericida em uma faixa de pH de 5,0 a 8,0^(7, 8, 14). O efeito bactericida de formaldeído também depende da duração de exposição dos microorganismos à substância dentro da bexiga^(4, 20).

MICROBIOLOGIA

Todas as espécies de bactérias e de fungos são suscetíveis ao formaldeído sob concentração urinária de 20 mcg/mL, com emergência de resistência microbiana inexistente^(2, 8, 18). *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* e *S. epidermidis* representam espécies mais susceptíveis⁽²⁾. Nem a espécie de bactéria nem o pH urinário parecem prever a eficácia antisséptica da metenamina, pelo menos nos âmbitos de cateterização de demora e bacteriúria assintomática crônica⁽²¹⁾. De forma semelhante, os níveis de acidez urinária não parecem apresentar uma relação linear nem com as taxas de infecção nem com a concentração de formaldeído⁽²²⁾. A metenamina mostra os seguintes parâmetros farmacocinéticos antimicrobianos consolidados:

- MIC de formaldeído: 13 mcg/mL⁽⁷⁾
- concentração de formaldeído proporcionada pela metenamina [(≥0,6 mg/mL sob pH 5,7) ou (≥1 mg/mL sob pH ≤5,85)]: ≥25 mcg/mL⁽¹²⁾
- intervalo de tempo para efeito antibacteriano (formaldeído ≥25 mcg/mL): 2 h⁽¹²⁾
- intervalo de tempo para concentração de formaldeído antibacteriana obtida a partir da metenamina: 4 a 6 h⁽¹²⁾

FARMACOCINÉTICA

Não há diferenças farmacocinéticas significativas acerca de metenamina administrada como dose única ou múltipla (steady state), tampouco apresenta efeito cumulativo. A concentração urinária farmacologicamente obtida de metenamina permite concentrações bacteriostáticas e bactericidas de formaldeído, sob pH urinário de 6,4 ou ≤ 6,3, respectivamente. Metenamina é excretada através de filtração glomerular e de secreção tubular^(2, 8, 23). A substância é associada com os seguintes parâmetros farmacocinéticos consolidados (administração oral):

1. Parâmetros de tempo

- absorção intestinal: rápida^(4, 8, 23)
- t_{max}:⁽²⁴⁾ 1 h⁽²³⁾, ⁽⁹⁾ 2 h^(3, 24) e ⁽¹⁴⁾ 1 a 2 h (t_{max} materna)⁽¹⁷⁾
- meia-vida de eliminação:⁽²⁴⁾ 4,3 h^(4, 23) e ⁽⁹⁾ 4 h⁽³⁾
- tempo para conversão urinária a formaldeído:⁽²⁴⁾ 3 h (pH 5.8) e ⁽⁹⁾ 1.5 a 2 h (pH 5.6)⁽¹³⁾
- tempo para eliminação urinária de 70 a 90% de uma única dose de metenamina: 24 h⁽¹³⁾
- t_{max} urinário⁽²⁴⁾ 2 h (formas farmacêuticas não drageadas) e ⁽⁹⁾ 4 h (drageas)⁽⁴⁾

2. Parâmetros de concentração

- C_{max}: 35,2 mg/L (steady state previsto já com dose única)⁽¹²⁾; 70 a 100 mmol/L⁽²⁴⁾



- Cmin: 4,3 mg/L⁽²³⁾
- concentração urinária: >150 mg/L⁽²³⁾

3. Parâmetros de clearance

- clearance renal: 1,46 mL/min/kg (discretamente inferior ao clearance de creatinina)^(23, 24)
- clearance total: 1,58 mL/min/kg⁽²³⁾

4. Populações especiais

Metenamina não está indicada para indivíduos com TFG <50 mL/min devido a impossibilidade de a substância alcançar concentrações terapêuticas urinárias. Nenhuma correção de dose é necessária com TFG >50 mL/min⁽⁴⁾.

5. Outros parâmetros

- absorção intestinal: bem absorvida^(4, 8, 23)
- taxa de hidrólise de conversão a formaldeído em meio gástrico (formas farmacêuticas não-drageadas): 10 to 30%^(2, 8, 25)
- Vd: 0,56 L/kg (similar ao volume de água corporal total)^(23, 24)
- índice cumulativo: 0,48⁽²³⁾
- taxa de eliminação urinária (t24h): 90%⁽³⁾
- taxas de conversão urinária a formaldeído:⁽²⁴⁾ 6% (pH 5,0),⁽⁹⁾ 20% (pH 6,0) e ⁽¹⁴⁾ 90% (t3h)^(2, 17)
- taxas de conversão urinária:⁽²⁴⁾ 82% (dose única, t24h)⁽²³⁾, ⁽²⁾90%⁽⁴⁾, ⁽¹⁴⁾ 80%^(24, 13) e ⁽¹⁵⁾ 88% (t12h; bid)⁽²³⁾.

INDICAÇÃO E ESQUEMAS POSOLÓGICOS

Indicações de metenamina no âmbito das ITUs com esquemas posológicos praticados são, respectivamente:

- tratamento das cistites: 120 mg duas a quatro vezes ao dia (tempo de tratamento sugerido: 7 dias)
- profilaxia de infecção por cateterização vesical: 240 mg três a quatro vezes ao dia durante o tempo de permanência do catéter (é necessário que a sonda permaneça fechada por no mínimo 4 a 6 horas após a tomada de metenamina para que haja tempo suficiente para a ocorrência de hidrólise a formaldeído em meio vesical); em cateterismo intermitente, recomenda-se a administração antes da inserção do catéter e continuidade do esquema um a dois dias após a sua retirada
- profilaxia de ITUs recorrentes: o esquema posológico deverá ser empírico e considerar a natureza da patologia geradora da predisposição à infecção

POTENCIAL PARA USO DE METENAMINA EM ASSOCIAÇÕES DE DOSE FIXA

Metenamina pode ser utilizada tanto de forma isolada como em associações de dose fixa. Em nosso meio, um exemplo é a associação de metenamina com azul de metileno. Tal combinação pode ser justificada sob o aspecto de efeito aditivo, da seguinte forma: o mecanismo de ação do formaldeído é o de desnaturação protéica direta do envoltório e do DNA bacterianos. Já o azul de metileno exerce suas ações através de seu poder redutor sobre o envoltório bacteriano. Com esta base farmacodinâmica, pode-se propor que ambos os mecanismos combinados provavelmente

proporcionarão um efeito antibacteriano maior do que isoladamente.

SEGURANÇA

Metenamina é bem tolerada⁽¹⁴⁾. A maior parte das reações adversas no trato gastrointestinal é relacionada à ocorrência de hidrólise da metenamina a formaldeído em sua luz: diarreia, dispepsia, dor abdominal espasmódica e estomatite. Tais reações podem ser transitórias ou severas^(3, 13). De forma semelhante ao trato gastrointestinal, a maior parte das reações adversas no trato urinário está relacionada à ocorrência de hidrólise de metenamina a formaldeído na sua luz: disúria e polaciúria^(3, 13). Reações de hipersensibilidade, tais como irritação na pele, são infrequentes^(2, 4). Assumindo que o pH sanguíneo oscila entre 7,35 a 7,45, presume-se que não há formação de formaldeído na circulação sistêmica. Não há toxicidade sistêmica ou hepática relatada com metenamina^(5, 8). Metenamina está contraindicada no âmbito de desidratação sistêmica, devido a diminuição da TFG⁽¹³⁾. A exposição de um lactente a metenamina pode ser evitada se a última for tomada após a tmax materna. Não obstante, a toxicidade de metenamina nesta circunstância é improvável^(5, 17).

INTERAÇÕES COM MEDICAMENTOS, ALIMENTOS E EXAMES LABORATORIAIS

Os seguintes medicamentos podem interagir com metenamina, respectivamente segundo mecanismos de ação: (1) alcalinização urinária, com redução da taxa de conversão de metenamina a formaldeído: antiácidos, bicarbonato de sódio, citrato de potássio, hidroclorotiazida e indapamida e (2) precipitação urinária devido a formação de complexo insolúvel: acetazolamida, sulfadiazina e sulfametoxazol^(2-4, 8, 20). Os seguintes tipos de alimento podem reduzir a eficácia de metenamina devido a alcalinização urinária: ameixa, cranberry, pêssego, cereja, demasco, leite e laticínios⁽⁴⁾. Metenamina e formaldeído podem interferir com a mensuração de catecolaminas e de 17-hidroxi-corticosteróides urinários^(13, 14).

LIMITAÇÕES

Proteus spp. e Pseudomonas spp. são metabolizadores da ureia, produzindo, portanto amônia na urina. Esta última reduz a taxa de hidrólise de metenamina a formaldeído devido a seu efeito alcalinizante^(2-4, 14). Aparentemente metenamina tem sua eficácia limitada em situações nas quais a sincronicidade para conversão em formaldeído pode estar comprometida, tal como em indivíduos com anormalidades estruturais do trato urinário e durante cateterização vesical. Durante esta última circunstância, é exequível realizar clampeamento intermitente do cateter durante o intervalo de tempo necessário à conversão química^(13, 14). Metenamina parece ter sua eficácia preservada no âmbito de transplantes renais, a despeito de possível redução da TFG⁽²⁶⁾.

DISCUSSÃO

Metenamina é uma substância centenária utilizada no âmbito das ITU, tanto como medicamento isolado como





em associação de dose fixa. Em ambas as circunstâncias, nossa revisão mostrou que metenamina é uma medicação eficaz e segura na abordagem das ITUs. A impossibilidade de emergência de resistência bacteriana contra a metenamina, devido a sua farmacodinâmica antimicrobiana peculiar, representa uma notável vantagem deste fármaco. Potencial ausência de eficácia da metenamina contra espécies de *Proteus* e *Pseudomonas* é uma limitação que deve ser levada em consideração.

CONCLUSÃO

Metenamina é uma medicação eficaz e segura para as indicações de tratamento de cistite, profilaxia de ITUs e profilaxia de ITUs durante cateterização urinária de alívio ou de demora. Sua natureza química antisséptica proporciona a considerável vantagem de não emergência de resistência bacteriana, especialmente em uma época em que tal aspecto representa um problema significativo em farmacologia antimicrobiana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Katul MJ, Frank I. Antibacterial activity of methenamine hippurate. *J Urol*. 1970 Aug; 104: 320-24.
2. Goodman & Gilman's *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. McGraw Hill. 13th edition. 2018.
3. Martindale. *Methenamine*. 37th edition. Pharmaceutical Press. 2011.
4. *Methenamine*. Micromedex. Drugdex. 2013.
5. NIH. *Methanemine*. 2021 (<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/methenamine>) (acessado em 10 de maio 2021)
6. Gollamudi R, Meyer MC, Straughn AB. Simultaneous determination of methenamine and formaldehyde in the urine of humans after methenamine administration. *Biopharm Drug Dispos*. 1979 Jul-Sep; 1(1): 27-36.
7. Hamilton-Miller JMT, Brumfitt W. Methenamine and its salts as urinary tract antiseptics. Variables affecting the antibacterial activity of formaldehyde, mandelic acid, and hippuric acid in vitro. *Invest Urol*. 1977; 14(4): 287-9.
8. Mayrer AR, Andriole VT. Urinary tract antiseptics. *Med Clin North Am*. 1982 Jan; 66(1): 199-208.
9. Gandelman AL. Methenamine mandelate: antimicrobial activity in urine and correlation with formaldehyde levels. *J Urol*. 1967; 97(3): 533-6.
10. PDR. *Methenamine*. 2021 (<https://www.pdr.net/drug-summary/Hiprex-methenamine-hippurate-1906.6038>) (acessado em 4 de abril 2021).
11. Greenwood D, Slack RCB. The antibacterial activity of hexamine (methenamine), hexamine hippurate and hexamine mandelate. *Infection*; 1981; 9(5): 223-7.
12. Musher DM, Griffith DP. Generation of formaldehyde from methenamine: effect of pH and concentration, and antibacterial effect. *Antim Ag Chemot*. 1974 Dec: 708-11.
13. Lo TS, Hammer KDP, Zegarra M, et al. Methenamine: a forgotten drug for preventing recurrent urinary tract infection in a multi-drug resistance era. *Exp Rev Anti Infect Ther*. 2014, 12(5): 549-54.
14. Geerlings SE, Beerepoot MAJ, Prins JM. Prevention of recurrent urinary tract infections in women. *Antimicrobial and nonantimicrobial strategies*. *Infect Dis Clin N Am*. 2014; 28: 135-47.
15. Geller M, Gama CRB, Guimarães OR, et al. Recurrent urinary tract infections: evaluation of the prophylactic efficacy of urinary antiseptics methenamine and methylthionium chloride. *Rev Bras Med*. 2008 Nov; 65(11): 367-371.
16. Keswani RK, Chugh TD, Hooda RS, et al. Prevention of recurrent urinary tract infection with methenamine mandelate. *Indian J Med Res*. 1976 Aug; 64(8): 1168-72.
17. Mactal-Haaf C, Hoffman M, Kuchta A. Use of anti-Infective agents during lactation, Part 3: antivirals, antifungals, and urinary antiseptics. *J Hum Lact*. 2001; 17: 160-6.
18. Schiøtz HA, Guttu K. Value of urinary prophylaxis with methenamine in gynecologic surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002 Aug; 81(8): 743-6.
19. Tyreman N-O, Anderson P-O, Kroon L, et al. Urinary tract infection after vaginal surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1986; 65: 731-3.
20. Pearman JW, Peterson GJ, Nash JB. The antimicrobial activity of urine of paraplegic patients receiving methenamine mandelate. *Invest Urol*. 1978 Sep; 16(2): 91-8.
21. Nahata MP, Cummins BA, McLeod DC, et al. Predictability of methenamine efficacy based on type of urinary pathogen and pH. *J Amer Ger Soc*. 1981, vol. XXIX; n. 5: 236-9.
22. Kevorkian CG, Merrit JL, Ilstrup DM. Methenamine mandelate with acidification: an effective urinary antiseptic in patients with neurogenic bladder. *Mayo Clin Proc*. 1984; 59: 523-9.
23. Klinge E, Männistö P, Mäntylä R, et al. Pharmacokinetics of methenamine in healthy volunteers. *J Antimicrob Chemother*. 1982 Mar; 9(3): 209-16.
24. Allgén LG, Holmberg G, Persson B, et al. Biological fate of methenamine in man. Absorption, renal excretion and passage to umbilical cord blood, amniotic fluid and breast milk. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1979; 58(3): 287-93.
25. Gollamudi R, Straughn AB, Meyer MC. Urinary excretion of methenamine and formaldehyde: evaluation of 10 methenamine products in humans. *J Pharmac Sci*. 1981 Jun, vol. 70; n. 6: 596-9.
26. Quintero O, Puius Y, Hemmige V. Methenamine hippurate decreases the incidence of urinary tract infections in adult renal transplant recipients. *Op For Infect Dis*. 2019, 6(2): S931-S2.



Estética ou reparação?

Luiz Alberto Soares Pimentel *

Uma especialidade médica das mais complexas, das que abrangem centenas de técnicas cirúrgicas que podem ser executadas em todos os tecidos que compõem a forma do corpo humano, com a nobre proposta de corrigir anatomicamente a aparência de qualquer parte do corpo, é hoje a mais invadida por médicos de outras áreas e até por leigos em Medicina.

Mas, afinal, o que leva à má interpretação da finalidade da Cirurgia Plástica? O que propicia leigos em Medicina Cirúrgica se aventurem à prática de atos que exigem do médico uma longa preparação para ser considerado um especialista nessa área?

COMO UM MÉDICO SE PREPARA PARA ESSA NOBRE FUNÇÃO

Em primeiro lugar este médico precisa gostar de cirurgia, não se chocar com uma ferida aberta, com sangue. Nem todos os médicos, realmente uma minoria entre os que anualmente se formam, têm aptidão e sonham em abrir o corpo humano para salvar uma vida, corrigir um órgão para curar uma doença, ou corrigir deformações causadas por acidentes, queimaduras ou tumores. Muitos têm aptidão para a Medicina Clínica, e não gostam de “ver sangue”. Exercem atividades tão nobres, fazendo diagnósticos e tratamentos, quanto cirurgiões que trocam um coração.

Raramente um estudante entra na Faculdade com definição de uma especialidade. Os médicos clínicos precisam da vocação para atender e conviver longo tempo em consultório, já os cirurgiões não possuem geralmente essa aptidão. São imediatistas. Gostam de curar rápido, não gostam de tratamentos longos.

Uma das decepções que tive ao passar no vestibular ocorreu quando abri o resultado de um exame psicotécnico que a Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro nos obrigou a fazer. Estava escrito claramente: “Inapto para a Medicina”. Na época foi causa de profunda revolta com esses testes psicotécnicos. Achava que não avaliavam corretamente. Afinal desde criança queria ser cirurgião, sempre abria os animais mortos, desde uma lagartixa até um cão, para examinar seus órgãos. Uma tia era instrumentadora de um famoso cirurgião geral e desde meus 15 anos já assistia, sem qualquer asco, àquelas cirurgias complexas de tumores intestinais, uterinos ou hepáticos. Como vem agora um teste desses dar aquele resultado?

Seis anos mais tarde compreendi que o tal teste era dirigido para avaliar se o estudante teria capacidade de aguentar todos os dias atendendo no consultório doenças de tratamento clínico. No teste, quando depois de desenhar uma árvore com todos os detalhes de flores e frutos, mandaram desenhar outra árvore, achei chatíssimo ter que desenhar de novo uma bela árvore frondosa, desenhei rapidamente um cacto e entreguei o teste. Aquele teste apenas demonstrou que eu não teria a necessária paciência para ficar cinco dias da semana atendendo em consultório. Todavia poderia ser um médico imediatista, um cirurgião, que num só ato de algumas horas conseguiria curar uma doença.

A Medicina precisa da existência dos dois tipos de médico. O que trata de pacientes que retornam muitas vezes durante a vida para controlar uma doença, e aquele que leva o paciente (bem indicado, claro) à mesa cirúrgica e consegue uma cura rápida.

O médico que escolhe ser cirurgião passa seis anos por intensos estudos, em todas as disciplinas clínicas e cirúrgicas de sua Faculdade, e finalmente tem seu diploma em mãos. Mesmo havendo estagiado em hospitais, nos intervalos de folga no currículo escolar, assistindo e, algumas vezes, ajudando atos cirúrgicos, estará apto a ser o responsável direto por uma cirurgia? Algumas vezes sim. Se ele teve oportunidade em seus plantões nas Emergências, de auxiliar várias vezes a alguns procedimentos, ele poderá executá-los. Mas poderá, com responsabilidade, iniciar sua vida profissional? Longe disso, não poderá.

Ao final do Curso, diplomado, a formação desse futuro cirurgião plástico ainda estará longe. Exige-se uma Residência Médica mínima de dois anos em Cirurgia Geral para que possa prestar concurso para uma Residência na Especialidade Cirúrgica que escolheu.

No caso dos Cirurgiões Plásticos essa residência será de três anos. E a vida do Residente não é fácil... Longas e cansativas cirurgias, algumas vezes morando em outra cidade, reuniões, participações em Cursos, Congressos, plantões. Ele auxiliará, no primeiro e segundo anos, a muitas cirurgias. No terceiro ano já estará operando, sob supervisão, até sentir-se seguro. A formação acabou, terminada a Residência? Não. Frequentemente pedirá auxílio a



*Titular da ACAMERJ. Titular das Sociedades SBCP - Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, FILACAP- Federacion Ibero-Latinoamericana de Cirurgia Plastica y Reconstructiva, ABCRC- Associação Brasileira de Cirurgia de Reconstrução Capilar. Membro Emérito da ISHRS- International Society of Hair Restoration Surgery. E-mail: luizpimentel@gmail.com





outros colegas mais experientes para fazer o melhor pelos seus pacientes.

É uma longa, trabalhosa e custosa formação para se tornar um cirurgião experiente, que ainda vai levar alguns anos para sentir-se seguro. Estará no melhor de sua forma cerca de 10 anos depois.

Nesse longo período pelo qual passou, o novo cirurgião assistiu e praticou as mais variadas facetas dessa especialidade. Aprendeu a operar os tumores cutâneos e a reparar os defeitos da ressecção dessas graves lesões, tratou de queimaduras em todo o corpo, fez enxertos e retalhos cutâneos, operou pacientes para evitar amputações de membros, praticou cirurgias maxilo-faciais corrigindo fraturas de face, diminuiu grandes hipertrofias de mama, corrigiu abdomens deformados por hérnias de diversos tipos, aspirou gorduras localizadas, corrigiu deformidades congênitas como lábios leporinos e fendas palatinas, as más-formações de orelhas, de mãos, de pés, aprendeu a rejuvenescer faces, a recuperar sobrancelhas e couros cabeludos arrancados. Ocuparia várias páginas para elencar tudo o que compõe a formação de um cirurgião plástico.

Como é possível então a algum médico clínico, que não passou por toda essa formação, executar procedimentos da esfera do cirurgião plástico? Pacientes estarão seguros nas mãos desses aventureiros?

A dura realidade que torna isso possível é uma falha da legislação permitindo que um médico, registrado no CRM, possa executar qualquer ato médico. Assim, progressivamente, médicos clínicos, ou de especialidades cirúrgicas outras, pensando serem simples as cirurgias na superfície corporal, cada vez mais têm praticado cirurgias plásticas. Nenhuma de característica reparadora, todas estéticas. Por que? Simples a resposta: interesse financeiro, pois tais cirurgias não são cobertas pelos planos de saúde.

Pessoalmente conheço casos de anestesista, e até de cardiologista, fazendo lipoaspiração ou transplantes de cabelo em consultório. Escolhem atos que consideram fáceis, cutâneos, mas que na realidade são muito complexos, e as sequelas cada vez aumentam mais.

Por esse raciocínio um cirurgião plástico pode realizar a Cirurgia Geral, pois passou por residência médica nessa área. Mas os cirurgiões plásticos não “invadem” essas áreas. Poderia o cirurgião plástico, ou um dermatologista, realizar cirurgia neurológica, vascular, cardíaca? Legalmente poderia, mas nunca soube de qualquer caso.

A CIRURGIA PLÁSTICA, COMO ESPECIALIDADE, ESTÁ EM EXTINÇÃO?

Nos anos 90, numa reunião da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCEP), participando de uma Mesa Redonda fiz, não esta pergunta, mas esta afirmação. Obviamente ocorreu uma “grita” geral. Muitos colegas discordaram. Claro que eu estava exagerando um pouco. Mas hoje todos estão vendo acontecer alguma coisa nesse sentido.

Naquela época já existia uma invasão da especialidade. Porém, era mais discreta... Existiam uns poucos médicos que não tinham feito formação em qualquer área cirúrgica, mas anunciavam essas cirurgias nas revistas e jornais. Naquela Mesa expliquei porque havia dito aquela frase afirmativamente.

Conheci um Otorrinolaringologista, que realizava uma rinoplastia muito bem. Conheci um Ginecologista e Mastologista, Catedrático de uma grande Universidade do país, que operava Mamoplastias e Abdominoplastias. E percebi que as cirurgias consideradas estéticas passariam a ser realizadas por especialistas de outras áreas. Julgo natural que um Mastologista experiente na cirurgia de câncer de mama com reconstrução da glândula, aprenda, com facilidade, a realizar Mamoplastias Redutoras ou Mamoplastias de Aumento. E também que um Otorrino que opera septos muito bem, se tiver bom senso estético aprenderá a fazer bem as Rinoplastias.

Tanto essa afirmação é verdadeira que nos Congressos Brasileiros de Otorrinolaringologia já se discutem em Mesas Redondas as Otoplastias, as Rinoplastias, as Blefaroplastias e as Ritidoplastias. Ou seja, é até natural que, cada um na sua especialidade, pratique atos cirúrgicos de caráter estético nas áreas corporais em que têm experiência.

Portanto, para médicos dessas especialidades, que compartilham atuação nas áreas em que os cirurgiões plásticos operam, isso está se tornando cada vez mais natural. E não há como impedir. A maioria desses especialistas atuam tanto clínica quanto cirurgicamente nas suas áreas, e atendem planos de saúde. Muitas pessoas conseguem internação com eles, para uma cirurgia estética, porque os planos de saúde autorizam os procedimentos que esses profissionais informam, sem perícia prévia. Já, quando o atendimento é feito por Cirurgião Plástico, o convênio só autoriza se passar por perícia.

Como vi isso acontecer nos anos 90, a impressão na época era de que, para os cirurgiões plásticos, restariam apenas tratar queimaduras, deformidades e lesões que os outros profissionais recusavam atender.

Na própria Dermatologia é normal encaminharem a cirurgião plástico, para atendimento em nível hospitalar, apenas os pacientes cujas lesões sejam em áreas que necessitarão reconstrução, como pálpebras, orelhas, nariz ou lábios, embora dermatologistas que se dediquem a cirurgia dermatológica tenham condições plenas de realizar tais reconstruções. Basta consultar a renomada revista *Dermatologic Surgery* para constatar a excelência de trabalhos publicados por dermatologistas.

A área da Cirurgia de Reconstrução Capilar sempre esteve ligada a Cirurgiões Plásticos e a Dermatologistas. As duas especialidades são muito próximas quando o tratamento é na pele do paciente. O Dermatologista é o clínico da Pele, mas alguns apreciam se dedicar também à área cirúrgica de lesões cutâneas. Nessa área não costuma ocorrer invasão de competência. A pele, especificamente, é tratada por ambas as especialidades, tendo o dermatologista mais conhecimento da área clínica.



A INVASÃO PERNICIOSA

É possível e aceitável que um não-médico execute cirurgias plásticas? Numa época em que redes sociais estão nas mãos de todos, nos pequenos computadores em que se transformaram os telefones celulares, incrivelmente vêm-se pessoas escolhendo profissionais que têm um grande número de “seguidores”. Hoje, ter muitos “seguidores” nas redes é sinônimo de competência. Aceitam que quem posta muitos vídeos de cirurgias, com fotos de artistas operados, é o melhor dos cirurgiões, e, muitas vezes, são profissionais de outras áreas de saúde, que existem para auxiliar os médicos no tratamento de pacientes, mas que não podem exercer o Ato Médico.

Dessa forma encontram-se enfermeiros, biólogos, biomédicos “estéticos” e fisioterapeutas se divulgando nas redes. Mas nunca se encontra nenhum desses tratando de queimaduras ou reconstruindo mamas em pacientes mastectomizadas.

Neste século XXI a difusão de conhecimento pela internet foi boa por um lado e, ao mesmo tempo, extremamente perniciosa por outro em se tratando de Medicina. A impressão é de que os órgãos fiscalizadores do exercício profissional não dão mais conta de conter esta onda de práticas inadequadas, antiéticas e perigosas para a sociedade.

A internet, pelo lado bom, propicia que o paciente possa obter informação se o médico indicado é de fato um especialista naquela área. Estes sempre fazem parte das Sociedades Médicas de sua área de atuação. Mas basta colocar um artista sertanejo, ou do funk, ou um político ao lado de um charlatão para que as pessoas, acreditando-se bem informadas, vão procurá-lo.

Os Conselhos de Medicina não atuam sozinhos e, mesmo havendo denúncia, são muito lentos em conter atos antiéticos. Há médicos com seus registros cassados em um Estado que passam a atuar em outro Estado com práticas nada ortodoxas conforme aconteceu no caso do “famoso” Dr. Bumbum, que exercia suas atividades em um apartamento residencial na Barra da Tijuca.

Sempre existem pessoas que aceitam se submeter a esses absurdos sem se informar dos riscos. Num caso de preenchimento dos glúteos com silicone, aconteceu o que mais se teme, embolia pulmonar, e a paciente perdeu a vida. Tudo por procurar médico pelo Facebook ou Instagram.

Agora a invasão está ocorrendo também por parte de Odontólogos. E penso também que isso não terá volta. Não são os dentistas que têm boa clientela odontológica que andam executando o que chamam de Harmonização Facial. São os recém-formados, que já entraram nas faculdades de Odontologia com a finalidade de trabalhar com Estética. Criaram o termo Harmonização Facial para justificar uso de Toxina Botulínica, Preenchimentos faciais, Cirurgias plásticas de nariz (horrorosamente executadas), de orelha, de mento. Já se acumulam as deformidades causadas por esses “profissionais” mal formados. O Conselho Federal de Odontologia publicou portaria

proibindo esses atos “enquanto essas matérias não fizerem parte do currículo das faculdades de odontologia”. Ou seja, estão “tapando o sol com a peneira”, e nada fiscalizam.

Penso que, caso fossem dentistas que executam com maestria a Cirurgia Maxilofacial, seria até aceitável, mas não são eles. Não é difícil para um odontólogo, cirurgião maxilofacial, conhecedor de anatomia dos ossos da face, capaz de reparar uma Síndrome de Crouzon, fazer um preenchimento facial ou até uma rinoplastia. De qualquer forma, seria uma invasão, não aceitável pelos cirurgiões plásticos, mas impossível de impedir. Quem está executando esses atos são dentistas que postam, sem nenhuma ética, a face de seus pacientes nas redes sociais. Não é competência do CFM cuidar da odontologia, e dificilmente isso será reprimido.

A FUSÃO OU A CONFUSÃO DE CONCEITOS

O que leva à má interpretação da especialidade Cirurgia Plástica é a confusão dos conceitos de Reparação e de Estética. O glamour da dita “cirurgia estética” faz com que pensem ser o cirurgião plástico um cirurgião estético. Na realidade mais de 90% do que fazem é reparação.

Na especialidade esses conceitos “reparação” e “estética” se entrelaçam, mas a maioria dos procedimentos são pura reparação, que deve ser realizada buscando o melhor resultado estético possível.

Qual a diferença entre ambas? Quando uma cirurgia é reparadora ou quando é estética?

A cirurgia reparadora é realizada para corrigir o tamanho e a forma anatômica anormal.

A cirurgia é estética quando realizada numa área ou órgão normal de tamanho e forma, mas que o paciente deseja alterar.

Exemplos de cirurgias reparadoras que muitos consideram estéticas:

- Orelha em abano, é deficiência de desenvolvimento da helix. A cirurgia visa criar uma hélix normal e corrigir o ângulo entre orelha e mastoide.
- Nariz Giboso, aquele em que o septo se desenvolveu exageradamente em altura o que levou a uma hipertrofia dos ossos e cartilagens.
- Nariz Negroide, nariz com hipodesenvolvimento da altura do septo e excesso de largura das asas em paciente de raça branca.
- Hipomentonismo, mento que sofreu insuficiente desenvolvimento.
- Hipermentonismo, quando o mento sofreu crescimento frontal exagerado.
- Hipognatismo e hiperognatismo, crescimento insuficiente ou exagerado da mandíbula com má oclusão dentária.
- Fissuras labiais e palatinas, defeitos congênitos por má formação.
- Hipomastia, mamas que não se desenvolveram adequadamente ao tamanho do tórax.
- Hipertrofia Mamária, mamas grandes demais e pesadas para a paciente.



- Abdomen em Avental, excesso cutâneo do abdômen formando um avental sobre o púbis.
- Abdomen globoso, diástase acentuada dos músculos retos abdominais pós gravidez, que propicia hérnias epigástrica ou umbilical.
- Gorduras localizadas, grande excesso no púbis, no entrecoxas e em outras regiões que causam incômodo e afetam a pele.
- Excessos de pele e de gordura pós emagrecimento acentuado consequente a cirurgia bariátrica.

Exemplos de cirurgias verdadeiramente estéticas:

Quando orelhas, narizes, mentos, mamas, abdomens e até gorduras localizadas são de forma e tamanho normais e o/a paciente por modismo, insatisfação com sua aparência natural, desejo inexplicável de mudança, tentativa exagerada de perfeição, ou por razões íntimas que não consegue explicar, deseja alterar a forma da face, do corpo ou tamanho do órgão.

Por exemplo, quando a paciente tem mamas de contorno, posição, tamanho de acordo com largura e altura torácica, forma bonita e quer aumentá-las ou diminuí-las. Ou quando um abdômen pós-gestacional não sofreu diástase muscular ou foi mínima, ficou com pouca flacidez cutânea, mas a paciente pretende retorno ao abdômen firme e pele tensa anterior à gestação. Ou ainda quando a espessura do panículo adiposo de alguma área altera para mais o volume local de uma pele tensa influenciando no contorno que a paciente considera perfeito, é uma lipoaspiração estética.

No caso da região abdominal, como a gestação é uma situação fisiológica é costume classificar a correção das alterações anatômicas musculares como estética. Mas importa a causa ser fisiológica ou patológica? Existindo alterações importantes da parede muscular considero a cirurgia como reparadora.

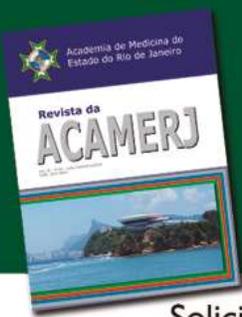
Assim também é compreendida a queda de cabelos (alopecia) de origem androgenética, conhecida como calvície. É causada por uma sensibilidade hereditária, dos receptores ce-

lulares dos folículos pilosos ao DHT (5 alfa di-hidrotestosterona). Essa substância hormonal causa atrofia progressiva dos folículos pilosos. Os cabelos são uma proteção da pele do couro cabeludo aos raios ultravioleta e os calvos tendem a ter ceratoses actínicas e carcinomas basocelulares. Por esse raciocínio a calvície não é uma simples alteração estética, é condição hereditária e continuará sendo assim considerada.

Seja qual for a causa que leva a uma alteração da anatomia normal da face ou do corpo em qualquer de suas partes a cirurgia é de fato reparadora. Todavia deve o cirurgião efetuar essas reparações procurando obter o melhor resultado estético. Não haveria nenhuma lógica em apenas retirar excessos ou acrescentar volumes sem procurar obter o melhor resultado de formato e tamanho. Infelizmente esses conceitos não são bem entendidos e os cirurgiões que trabalham procurando obter o formato ideal passam a ser mal interpretados pelas pessoas, pelos planos de saúde, e também por grande parte do Poder Judiciário, que julgam serem as cirurgias plásticas atividade de fim e não de meio, como os demais atos cirúrgicos.

Na realidade, a quem interessa classificar tantas cirurgias como estéticas quando, na verdade, são reparadoras? Fácil responder. Interessa a cirurgiões, ou até a não cirurgiões que invadiram a área, para cobrarem extra-plano de saúde daqueles que os procuram pelo convênio. Interessa também aos planos de saúde porque as cirurgias ditas estéticas não constam dos contratos celebrados entre planos e usuários e, conseqüentemente, não são autorizadas.

O que interessa aos invasores não médicos é que lhes seja permitida, em seus Conselhos de Classe, a execução de atos por enquanto quase apenas estéticos, que eles dizem não ser exclusivos de médicos. Vide atuação reconhecida dos optometristas e de casas de parto sem médicos. E eles trabalham intensamente para isso. Invadem, não são importunados pelos CRMs. Seus conselhos têm sido processados pelo CFM. Mas continuam aí livres, leves e soltos.



Atenção!

Solicitamos aos confrades, confradeiras e à classe médica em geral, o envio de matérias para as sessões científica e cultural.

As instruções para publicação encontram-se em nosso site www.acamerj.org, clicando no item Revista da "Home page".

O Conselho Editorial agradece.



Palavras do Presidente

Acad. Antônio Luiz de Araújo

Completando os seis primeiros meses da nossa gestão à frente da nossa querida ACAMERJ, é saudável fazermos uma autoavaliação. Do que conseguimos realizar, o que está em andamento e as nossas aspirações. Interessante também refletirmos sobre ações que deixamos de fazer.

Recuperamos cerca de 65% da inadimplência crônica, que já se prolongava há tempos; produzimos, imprimimos e distribuimos nossa revista física, apesar da redução de 70% dos patrocínios de outrora; apuramos e continuamos a rever a necessidade de atualizações em nossos Estatuto e Regimento, para tornarmos melhor a adequação administrativa dentro de uma realidade pós pandemia. Realizamos obras estruturais em nossa sede com término de vazamentos de teto com colaboração e perspicácia do Acadêmico Luiz Alberto Soares Pimentel, além de reparos na instalação hidráulica que se estendiam há meses, infiltrando nossa estante-arquivo.

Quanto às atividades acadêmicas, assistimos com melhor participação, palestras de diversificados temas médicos: nanotecnologia, vacinação infantil, importância das vacinas no controle da

pandemia, envelhecimento saudável. Todas organizadas e ministradas por Confrades e Confreiras com experiência, conhecimento sólido e produção do saber demonstrado com refinada didática, e aqui registramos mais uma vez agradecimentos perenes aos Professores: William Waissmann, Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna, Tânia Cristina de Mattos Barros Petraglia e Vilma Duarte Câmara.

Para o segundo semestre estamos programando atividades híbridas (presencial e virtual ao mesmo tempo) para discussão de temas relevantes na medicina.

Formulamos edital para preencher as vagas de cadeiras decorrentes da elevação de Acadêmicos Titulares a Acadêmicos Eméritos, de acordo com regimento vigente e, com isso, admitimos candidatos a Titulares nas mesmas cadeiras. A expectativa é de que daremos posse a, pelo menos, seis novos Titulares, nos próximos meses.

Participamos de maneira efetiva de datas comemorativas e inaugurações de sede, de Academia coirmãs (Academia Nacional de Medicina, Academia de Medicina do Rio de Janeiro, Conselho Re-



gional de Medicina, Associação Médica Fluminense).

Por fim ressaltamos que apesar de todas as pressões inflacionárias como aumento de aluguel, impostos, despesas telefônicas, de internet, postais, combustível e material básico de escritório (papel, tinta de impressora, etc), conseguimos manter o valor da contribuição mensal, num hercúleo esforço de gestão.

Sempre haverá o que melhorar, mas acreditem, a vontade de acertar e fazer o máximo continuará sendo nossa meta, com respeito à ética e aos valores institucionais.

Sessões científicas virtuais da ACAMERJ



Dia 16 de fevereiro às 16h
- Aplicabilidade na medicina da nanotecnologia
Acadêmico Professor William Waissmann



Dia 18 de maio às 16h
- Atualização em vacinas Covid-19
Acadêmica Professora Tânia Cristina de Mattos Barros Petraglia



Dia 16 de março às 16h
- Covid-19 na população infantil
Acadêmica Professora Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna



14 de junho às 18:30h
- Particularidades do processo do envelhecimento humano
Acadêmica Professora Vilma Duarte Câmara



Inauguração da nova delegacia do Cremerj em Niterói



Autoridades presentes na inauguração

Dia 13 de maio de 2022 tornou-se um marco para a medicina de Niterói. Após muitos anos, quando conviveram no Petit Trianon, na Praça da República, centro da cidade, a Associação Médica Fluminense - AMF e o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - CREMERJ voltam a se abrigar sob o mesmo teto, com a instalação da Regional desta última, na Casa do Médico, à Avenida Roberto Silveira, 123, Icaraí, Niterói, RJ.

Com a presença da presidente da AMF, Dra. Zelina Maria da Rocha Caldeira, do Dr. Clóvis Bersot Munhoz, presidente do CREMERJ, de vários membros de ambas as diretorias, dos ex-presidentes da ACAMERJ, Alcir Vicente Visela Chácar, Luiz Augusto de Freitas Pinheiro e Luiz José Martins Romêo Filho acompanhado da esposa

Eliane Regina de Araújo Martins Romêo, e da Acadêmica Vilma Duarte Câmara, segunda vice-presidente da ACAMERJ, do Dr. Roberto Wermelinger da Silva, diretor-presidente da UNICRED e de numerosos convidados, os dois presidentes desceram a cortina da placa de inauguração do local.

Posteriormente, no salão Aluísio Decnop Martins, houve um breve pronunciamento das autoridades presentes, seguido de palestra proferida pelo Acadêmico Professor Luiz Augusto de Freitas Pinheiro sobre "A História da Medicina em Niterói" quando, além do resumo histórico, destacou a importância da Casa do Médico abrigar o CREMERJ, a AMF e a ACAMERJ, além da UNICRED, uma cooperativa de médicos.

Encerrada a reunião, ocorreu um concorrido e farto coquetel.

Posse na Academia de Medicina do Rio de Janeiro - AMRJ



O Acadêmico Presidente da ACAMERJ Antônio Luiz de Araújo, fez-se presente na Solenidade de Posse da Academia de Medicina do Rio de Janeiro - AMRJ, em 07 de abril do corrente ano no Palácio da Cidade.

Em Sessão presidida pelo Acadêmico Euderson Kong Tourinho (Presidente da AMRJ), foram empossados os seguintes Membros Titulares:

- . Prof. Dr. Alexandre Martins Valença - Cadeira 96 - Patrono Aloysio de Salles Fonseca
 - . **Prof. Dr. Hisbello da Silva Campos** - Cadeira 98 - Patrono Prof. Carlos Cruz Lima
 - . **Prof. Dra. Margareth Maria Pretti Dalcolmo** - Cadeira 33 - Patrono Dr. Benjamin Albagli
 - . **Prof. Dra. Rose Copelman** - Cadeira 94 - Patrono Prof. Harley Pacheco de Oliveira
- Acadêmicos Honorários empossados:**
- . **Prof. Dra. Nilza Pereira Lima Kallos**
 - . **Prof. Dr. Aderbal Magno Caminada Sabrá**
 - . **Prof. Dr. Gerson Peltz**
 - . **Prof. Dr. Luiz Ayrton Santos Júnior**



Presidente Antonio Luiz de Araújo e sua esposa Regina Celia ladeiam a empossada Acadêmica Margareth Dalcolmo



Acadêmicos empossados na solenidade





Homenagens Póstumas



*Prof. Pedro Luiz Pinto Aleixo,
devotado acadêmico*

Vinte e oito de fevereiro de dois mil e vinte e dois foi um dia triste para a medicina fluminense e, em especial, para a ACAMERJ. Faleceu nosso estimado e ativo Acadêmico Pedro Luiz Pinto Aleixo.

Capixaba, nascido em 17/06/1934, Pedro Aleixo, como era carinhosamente tratado por todos, ingressou em nossa Academia em 20/09/2001 e, desde então, participou ativamente de nossa vida acadêmica. Cargos em várias Diretorias, palestras, aulas em cursos promovidos pelo sodalício, solenidades, conchaves e congressos no Brasil e na Argentina, reuniões nos núcleos estaduais etc, marcaram sua passagem por nossa querida Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Todavia, sua trajetória de vida transcende à esta convivência gregária.

Colou grau de médico em 1958 na ainda Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, hoje Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Dedicou toda sua vida à família, aos parentes, amigos, colegas e, marcadamente, à prática e ao ensino médico. Além de consultório e empregos públicos e privados, destacou-se na Arte de ensinar, como Professor Titular da Obstetrícia da Escola Médica da Universidade Gama Filho, onde contribuiu para formação de várias gerações de obstetras.

Marido exemplar, pai afetuoso e presente, “avô coruja”, fez do seu núcleo familiar um ninho de amor tecido por sedosos fios dos mais nobres sentimentos.

Seu filho, Rodolfo Perrota Pinto Aleixo, seguindo as pegadas do pai, também é obstetra e Acadêmico Titular da ACAMERJ.

Pranteando sua morte, porém exaltando e se alegrando pela vida útil e fértil do Acadêmico Professor Pedro Luiz Pinto Aleixo, a Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – ACAMERJ, fez celebrar Missa por sua bondosa alma, na Igreja Porciúncula de Sant’Ana, em Niterói, dia 29/03/2022.

Pedro Aleixo deixou marcas indeléveis em sua passagem terrena que influenciaram, e continuarão influenciando, gerações passada, presentes e futuras.



*O Prof. Márcio Torres com sua esposa, Maria de Nazareth,
quando foi homenageado pela ACAMERJ, em 2014*

Faleceu dia 31/05/22 o Professor Márcio José de Araújo Torres.

O ilustre médico e professor colou grau em 1958, pela antiga Faculdade Fluminense de Medicina, hoje Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF). Destacado clínico na cidade de Niterói, onde atuou desde 1959, foi também responsável pela formação de incontáveis Clínicos de Niterói, do Estado do Rio de Janeiro e de todo o país, atuando na Faculdade de Medicina da UFF, onde chegou a Professor Titular.

Profundo conhecedor da Ciência Médica e apaixonado cultor e praticante da Arte Médica, dedicou à Clínica Médica uma prática sacerdotal e à Docência uma vocação hipocrática.

A ACAMERJ deixa à família palavras de conforto e reconhecimento pela vida social e humanística de Márcio Torres, como cidadão, médico e professor, pranteando sua morte e sobretudo, enaltecendo sua vida reta, útil e fecunda, herança que fica para outras gerações.

Independentemente de concordância com todas as suas ideias, pensamentos e posições, há de se reconhecer nele uma pessoa diferenciada, com opiniões próprias e abalizadas, polemizador, de elevada cultura médica e geral.

Algumas vezes ácido; outras vezes dotado de fina ironia; outras ainda, crítico contundente. Contudo assumia essas posições de maneira afável, com “fala mansa”, aberto à discussão de controvérsias.

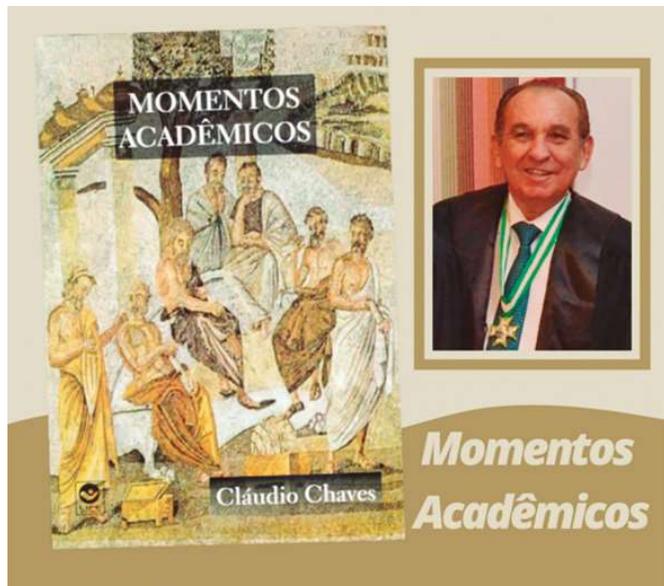
Sem dúvida, um homem de caráter sem jaça, cavalheiro e sempre disponível para engrandecer a cultura médica e geral.

Por todas essas razões, e outras mais, recebeu da ACAMERJ a Medalha e o Diploma de Mérito Médico (Acad. Francisco de Almeida Pimentel) em Sessão Solene Comemorativa de 40º Aniversário da ACAMERJ em 08 de dezembro de 2014.

A morte não apaga a vida que escrevemos percorrendo caminhos do bem ou do mal. O Professor Márcio José de Araújo Torres deixa, indelevelmente, sua vida gravada com a tinta eterna de quem valorizou o ser humano!



Lançamento do Livro "Momentos Acadêmicos"



Durante sua reunião presencial de diretoria, dia 10 de maio, a ACAMERJ recebeu a visita do Acadêmico Titular Cláudio Chaves. Nosso prezado Confrade ofertou aos presentes, e ao acervo de nossa biblioteca, o livro de sua autoria intitulado MOMENTOS ACADÊMICOS, recentemente lançado.

Trata-se de um livro eclético, contendo discursos proferidos em várias Solenidades, artigos, pronunciamentos, saudações e opiniões, que o autor aborda de forma incisiva, clara, isenta, com um estilo leve, poético e direto.

Em sua apresentação, Bernardo Cabral refere: "Este livro é composto de vários acontecimentos na vida do Autor,..... Assim, em qualquer trecho, encontrará um pedaço da existência de um conhecido ou amigo, de uma Instituição, de discursos profundos em Sessões Solenes....."

Arnaldo Niskier, prefaciador, se manifesta: "O livro MOMENTOS ACADÊMICOS, de Cláudio do Carmo Chaves,..... tem uma característica que o faz notável: lembra muito o estilo do imortal Josué Montello, um dos mais férteis autores da Casa de Machado de Assis."

Comentando a obra, Márcio Souza, pontua: "Cláudio Chaves, com seu estilo aparentemente simples e gracioso, tem facilidade em tratar seus temas e personalidades como figuras perenes, domésticas no sentido de que as podíamos encontrar na rua."

Esta é uma breve apresentação da obra, que a ACAMERJ disponibiliza a todos os Acadêmicos.

Parabéns ao autor e vida longa e útil ao livro.

Homenagem ao Acadêmico Pedro Luiz Pinto Aleixo



Acadêmico Rodolfo Perrota Pinto Aleixo representando a família na Solenidade

A Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro – SGORJ, no dia 10 de junho do corrente ano, homenageou, post-mortem, nosso Confrade Pedro Luiz Pinto Aleixo outorgando-lhe a Medalha Fernando Magalhães, durante seu Congresso estadual. Rodolfo Perrota Pinto Aleixo, também nosso Confrade, representou o pai nessa Solenidade revestida de muita saudade, contudo marcante pelo mérito do homenageado e pelo reconhecimento da SGORJ.

A ACAMERJ, através de sua Revista, se associa a essa justa reverência, uma entre muitas homenagens que Pedro Aleixo fez por merecer por sua conduta de vida proba, agregadora e, ao mesmo tempo, dotado de grande afabilidade no trato pessoal e social.





Dupla Consagração



Capa do livro e a Professora Gabriela Paiva ladeada pelos Acadêmicos Professores Antonio Braga Neto e Jorge de Rezende Filho (autor do livro)

Nosso estimado e ilustre Confrade Antonio Rodrigues Braga Neto teve dois momentos acadêmicos importantes em sua vida médica, neste primeiro semestre de 2022.

A apresentação, em primeira mão, do livro “REZENDE – Obstetrícia”, em sua 14ª edição. De autoria inicial do Professor Jorge de Rezende, teve continuidade através de seu filho Jorge Rezende Filho, tendo como Editores Associados: Antonio Braga, Joffre Amim Junior, Marcos Nakamura Pereira, Melania Amorim e Roseli Nomura.

Nas palavras de Braga Neto: “Em dias onde impera a estultícia, o nascedouro de um livro escoreito e asseado oxalá seja um refrigério na esperança de tempos melhores!”

No dia 28 de junho, o Acadêmico Antonio Braga Neto foi homenageado na Academia Nacional de Medicina – ANM, na solenidade em comemoração aos 193 anos da entidade, com o prêmio “Jovem Talento Médico”.

Parabéns ao Confrade por estas conquistas!



Mesa Solene e o homenageado Acadêmico Braga Neto, ladeado pelo também Confrade Claudio Tadeu Daniel-Ribeiro e Professora Nísia Trindade, Presidente da Fiocruz

Acad. Anibal Gil Lopes na “Pontifícia Academia Pro Vita–PAV”



Acadêmico Pe. Anibal Gil Lopes com o Papa Francisco, em 2022

Neste primeiro semestre de 2022, o Acadêmico Professor Doutor Padre Anibal Gil Lopes foi confirmado, pelo Papa Francisco, para exercer as funções Membro Ordinário da PAV por um período de mais cinco anos.

Criada em 1994 pelo Papa João Paulo II, hoje Santificado, nosso Confrade nela ingressou em 2002, ainda no pontificado de “João de Deus”.

Com uma função primordialmente científica e o objetivo de promover e de defender o valor da vida humana e a dignidade da pessoa, a PAV foi criada inicialmente com setenta Membros Ordinários Vitalícios, nomeados pelo Papa, e um número variável de Membros Correspondentes e Honorários indicados pelo Presidente da Academia.

Em 2016 ela foi extinta e recriada pelo Papa Francisco, com um novo Estatuto e novos Membros Ordinários, porém o Pe. Anibal Gil Lopes foi confirmado no honroso cargo. Assim sendo, completando 20 anos como Membro da Pontifícia Academia, o Confrade Anibal, também membro da ACAMERJ e da ANM, foi mantido por mais 5 anos a partir de 2022, de acordo com as novas normas estabelecidas.

Nesse período de vinte anos ele conviveu com três Papas – João Paulo II, Bento XVI e Francisco, sendo participante muito ativo. Criador e Presidente da Academia Fides et Ratio organiza, semanalmente, simpósios virtuais transmitidos pela TV



Pe. Anibal com o Papa João Paulo II, em 2002

Redentor, Facebook e pelo YouTube da Rádio Catedral e diariamente coordena, pelo WhatsApp, um grupo de orações desde o início da pandemia da Covid-19.

Vida ativa e útil de nosso estimado Confrade!

LABORATÓRIO

BITTAR

CRM: 5897209-1

ALTA TECNOLOGIA EM EXAMES LABORATORIAIS

Com equipamentos modernos e profissionais qualificados, o Laboratório Bittar proporciona resultados mais precisos para sua saúde e segurança



www.labittar.com.br

21 2621-6161

Dir. Geral

Dr. Elimar Bittar
CRM: 5203148-7

Dir. Téc

Christina Bittar
CRM: 5240248-4

Análises Clínicas, Anatomia Patológica e Citopatológica

Biologia Molecular | Bioquímica

Hormônios | Hematologia Alergia

Imunologia | PCR

PELM



Unidades

Niterói: Centro | São Francisco | Shopping Icaraí
Presidente Backer | Av. Roberto Silveira | Itaipu Multicenter
São Gonçalo: Centro | Alcântara

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 Romão Filho
Antônio Luiz de Araújo

Hino da ACAMERJ

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

Letra: Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Voice

5 Fine

10

15 1. 1.

20 na segunda vez, Rall... D. S 2x

Acamerj, Acamerj,
Altaneira e febril.
Acamerj, Acamerj,
Es 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,
Umass passadas e outras que virão,
A conduzí-lo, desde o início,
Com coragem, força e união.
Refrão

Medicina, ciências em geral
E cultura são teus objetivos.
Promover o progressó 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

