Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Revista da ACAMERJ

Ano VI - nº 12 - Julho - Dezembro/2021
ISSN: 2525-9466

UNICRED

NITERÓI

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

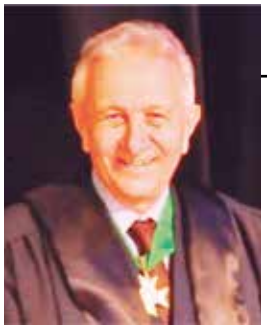
Contribui com esses números beneficiando diretamente 3.400 associados. Administra um patrimônio líquido acima de R$26 milhões, com ativos superando R$130 milhões. Suas operações de crédito estão próximas dos R$60 milhões, com taxa média dos juros em 1,80%, apesar da significativa elevação da taxa SELIC, 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
1º Vice-Presidente e Editor-Chefe da Revista da ACAMERJ

Sobre a transição de diretoria, a pandemia e o assassinato da razão

Estamos completando mais um triênio de gestão da ACAMERJ e com isso nossa Revista, que é semestral e foi criada e lançada no primeiro semestre de 2016, completa o seu décimo segundo número. Em que pesem os percalços e as dificuldades, principalmente nesses dois últimos anos de plena pandemia da Covid-19, estamos mantendo a mesma qualidade, periodicidade e compromisso de buscar sempre a excelência.

Neste período de transição de mandatos de Diretorias, cumpre enaltecer o trabalho da equipe anterior, que enfrentou e venceu as dificuldades impostas pela pandemia e desejar à nova Diretoria tempos melhores, com sucesso em seus empreendimentos.

A Revista da ACAMERJ continuará, com a ajuda Divina. Ela não tem um único dono ou responsável, pertence à ACAMERJ, que somos todos nós.

A pandemia da Covid-19, a partir de maio de 2021 começou a dar sinais de arrefecimento à medida em que avançava a vacinação. Diminuíram a incidência, as internações e as mortes.

Com alguma expectativa de melhora do surto colocamos na capa da revista anterior mais uma tarja - preta e verde – a representar o luto e a esperança. A partir de novembro deste ano a doença recrudesceu devido ao surgimento da variante Ômicron, supostamente no sul da África, que logo se expandiu por quase todo o planeta. Observações preliminares indicam ser ela menos virulenta, contudo mais contagiosa.

Por isso, neste número, nossa capa, que reflete a evolução da Covid-19, apresenta nova faixa mista com três cores: negra, verde e amarela. As duas primeiras cores foram explicadas no número anterior e agora a terceira, amarela, simboliza um alerta em relação à evolução da nova variante. Importante recordar que este Editorial está a ser escrito em dezembro de 2021.

O Coronavirus, detectado pela primeira vez na China, em 2002, é responsável pela Síndrome Respiratória Aguda Grave-SARS (sigla originária do idioma inglês "Severe Acute Respiratory Syndrome").

O novo Coronavirus (2019) foi referido pela primeira vez também na China em 31/12/19 após casos de SARS terem sido relatados em Wuhan, província de Hubei. Para facilitar o entendimento e a fixação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) usa siglas simples e, para a nova Síndrome respiratória aguda, reservou o título de Covid-19 (Coronavirus disease - 2019).

Desde o início a virose foi, e continua sendo, alvo de muita polêmica motivada, principalmente, por interesses políticos e/ou comerciais e por conflitos ideológicos.

Leigos, médicos, a mídia, discutem e discordam sobre a doença em nome da Ciência. Mas os verdadeiros cientistas, sem cientificismos, estão estudando, aprendendo e divulgando conhecimentos quase no anonimato, pois sabem que, por ser uma entidade nova, a Covid-19 ainda tem muito a nos ensinar. Além do que sabemos, ainda há muito a aprender. Estamos engatinhando...

A discussão, muito emocional e pouco racional, trouxe sérias dificuldades à análise de medidas necessárias e úteis no combate ao mal.

A mais recente polêmica refere-se à vacinação e às vacinas – Vacinar ou não? – Eficazes, eficientes, efetivas? – Seguras no curto e no longo prazo? – Compulsória? Faixas etárias? – Interesses comerciais em jogo? – E outros mais...

Tais questionamentos não partem do autor deste Editorial, estão postos pela sociedade e pela classe médica - em alguns países mais em outros menos.

Nesse contexto de incertezas há os que posam como "Cientistas de certezas", esquecendo-se de que a verdadeira Ciência é, a um só tempo, consequência, motivo e esclarecedora da dúvida. Vê-se que ela é modesta... e assim devem ser os que agem e falam em seu nome.

Esse tipo de enfrentamento de ideias, fulcrado em sentimentos, tem induzido a um "progressivo assassinato da razão".

Faz-se necessário "atravessar o Rubicão" não para provocar a guerra, porém para um encontro de paz, discutindo propostas em busca da verdade. O mundo clama por essa concórdia, que será a vitória do bom senso.

"*Os ignorantes afirmam, os sábios duvidam e os sensatos discutem*" (Aristóteles, 384 a.C - 322 a.C).

Nossa Seção Científica, como sempre, comtempla dois excelentes artigos, um do Acadêmico Professor Alair Augusto Damas Sarmet sobre a imagem em processos trombóticos vasculares pulmonares e abdominais na Covid 19 e outro do Professor Antônio Alves do Couto abordando os recursos no tratamento da Insuficiência Cardíaca.

Na Seção Cultural, nosso Confrade José Luis Reis Rosati faz referências ao incêndio do "Gran Circus Norte Americano" em Niterói, ao decorrerem 60 anos do infausto, com especial deferência ao cirurgião plástico argentino Prof. Fortunato Benaim. Ainda nesta seção publicamos poesias, arte literária muito próxima à arte médica.

Na Seção Social/Eventos noticiamos atividades da ACAMERJ e de acadêmicos no segundo semestre de 2021, bem como momentos da Solenidade de Posse da Nova Diretoria, com pronunciamentos dos Presidentes.

Estimo que a leitura seja agradável e proveitosa.

Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Fundada em 08/12/1974
Diretoria 2019-2020-2021

Presidente
Luiz José Martins Romêo Filho
1º Vice-Presidente
Luiz Augusto de Freitas Pinheiro
2º Vice-Presidente
Vilma Duarte Câmara
Secretário Geral
Elimar Antônio Bittar
1º Secretário
Selma Maria Azevedo Sias
2º Secretário
João Batista Thomaz
1º Tesoureiro
Theóphilo José da Costa Neto
2º Tesoureiro
Wellington Santos
Diretor de Patrimônio
Rubens Antunes da Cruz Filho
Diretor de Documentação e Biblioteca
Leslie de Albuquerque Aloan
Orador
Evandro Tinoco Mesquita

Conselho Científico
Presidente
Antônio Luiz de Araújo

Conselheiros
Marcos Raimundo Gomes de Freitas
Maria da Gloria da Costa Carvalho
Ciro Denevitz de Castro Herdy
Omar da Rosa Santos
Gesmar Volga Assef Haddad
Alcir Vicente Visela Chácar

Conselho Fiscal
Josemar da Silveira Reis Titular
Gladyston Luiz Lima Souto Titular
Tarcísio Rivello de Azevedo Titular
Mário Gáspare Giordano Suplente
Hélio Copelman Suplente
Pedro Luiz Pinto Aleixo Suplente

Revista da ACAMERJ
Editor Chefe
Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Conselho Editorial
Alair Augusto Sarmet dos Santos
Jocemir Ronaldo Lugon
Maria da Glória da Costa Carvalho
Rubens Antunes da Cruz Filho
Solange Artímos de Oliveira
Vania Gloria Silami Lopes
Vilma Duarte Câmara

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
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

Sobre a transição de diretoria, a pandemia e o assassinato da razão
Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Pág. 03

Seções:

Científica

Tratamento Atual da Insuficiência Cardíaca com uma Revisão Histórica dos Principais Estudos
Antonio Alves do Couto

Pág. 06

Fenômenos Trombóticos Pulmonares e Abdominais nos Pacientes Com Covid-19: Diagnósticos A Serem Feitos
Alair Augusto Sarmet Moreira Damas dos Santos, Isabella Couto Amaral, Tatiana Arimura Fialho e Maria Helena de Azeredo Brandão

Pág. 11

Cultural

Sim! Nós temos um herói argentino
José Luis Reis Rosati

Pág. 18

• **Poesia**
Arte médica em forma de poesia

Pág. 20

Social / Eventos

• **Eleições para o Biênio 2022-2023**

• **Sessão Solene Comemorativa de 47° Aniversário**

Pág. 22

• **Mensagem dos presidentes da Acamerj**

Pág. 24

• **Atividades de julho a dezembro**

• **Outorga de título de Honorário Nacional na ANM**

Pág. 25

• **Lançamento de livros**
Omar da Rosa Santos

Pág. 26

Tratamento Atual da Insuficiência Cardíaca com uma Revisão Histórica dos Principais Estudos

Antonio Alves do Couto*

RESUMO

Na década de 1980 a Insuficiência Cardíaca era tratada sob uma visão fisiopatológica, não baseada em evidências. Os recursos terapêuticos envolviam dieta pobre em sal, digoxina, diuréticos e vasodilatadores. Progressivamente acrescentou-se espironolactona, betabloqueadores e inibidores da ECA. Recentemente vem se obtendo grandes benefícios com sacubitril/valsartana e gliflozina. Este último com estudos de sua ação também na insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada.

PALAVRAS-CHAVE:

Insuficiência Cardíaca. Gliflozina. Sacubitril/Valsartana. Medicina baseada em evidências.

ABSTRACT

Heart failure in the lates 1980 was treated with a physio pathologic view point and was not evidence based. Treatment involved low salt, digoxin, diuretics and vasodilators. As time went by there was adding of spironolactone, betablocker and ACE inhibitor. Besides we had great benefit recently with sacubitril/valsartan and gliflozin. And completed our dream the evident based strength of Gliflozin in preserved ejection fraction heart failure.

KEYWORDS:

Heart failure. Gliflozin. Sacubitril/Valsartan. Evidence based medicine.

LISTA DE ABREVIAÇÕES

AFFIRM – A comparison of rate control and rhythm control in atrial fibrillation; **BEATIFUL** – Ivabradine for patients with stable coronary artery disease; **BEST** – Bisoprolol and BB in Heart Failure; **BNP** – Peptídeo Natriurético cerebral (Brain natriuretic Peptid); **BRA** – Bloqueador do receptor da angiotensina II; **BREATHE** – Brazilian Registry of Heart Failure; **Ca** – Câncer; **CABANAS** – Effect of ablation vs drugs on mortality, stroke among atrial fibrillation patients; **CASTLE** – Catheter ablation for atrial fibrilation in Heart Failure; **CDI** – Cardio desfibrilador implantável; **CHAMP-HF Registry** – Medical Therapy for Heart Failure with reduced ejection fraction; **CHARM** – Mortality and morbity reduction with Candesartan in patients with Heart Failure; **CIBIS** – Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study; **CONSENSUS** – Effects of Enalapril on mortality in severe congestive Heart Failure; **COPERNICUS** – Effect of carvedilol on outcome in patients with left severe ventricular dysfunction; **CTSN** – Rhythm or rate control in pos surgical atrial fibrillation; **CV** – Cardiovascular; **DAPA HF** – DAPA Heart Failure (insuficiência Cardíaca); **DELIVER** – Dapagliflozin in Heart Failure with preserved and mildly reduced ejection fraction: rationale and design of the DELIVER trial; **DIAMOND** – Different approaches to moderate arrhythmia; **DIG** – The effect of digoxin on mortality and morbity in patients with Heart Failure; **DM2** – Diabetes Mellitus tipo 2; **ECA** - Enzima Conversora de Angiotensina; **ELITE** – Effect of Losartan compared to Captopril in Heart Failure; **EMPAREG** – Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes; **EMPEROR** – Effect of Empagliflozin in cardiovascular and renal events in Heart Failure; **ET** – Extraterrestre; **FE** – Fração de Ejeção; **GALACTIC** – Effect vasodilation with usual care on acute mortality and Heart Failure; **HR** – Hazard Ratio (razão de risco); **IC** – Insuficiência Cardíaca; **ICFEP** - Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada; **ICFER** – Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção reduzida; **IECA** – Inibidores enzima conversora da angiotensina; **INRA** – Inibidor de neprilisina e receptor de angiotensina; **MADIT** – Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction; **MERIT** – Metoprolol intervention trial in congestive Heart Failure; **MTHOR** – Mammalian target of rapamycin; **NNT** – Número necessário para tratar; **PARADIGM** – Angiotensin – Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure; **PARAGON** – Angiotensin – Neprilysin Inhibition in Heart Failure with preserved ejection fraction; **PIAFF** – Rhythm or rate control in atrial fibrillation; **PIONEER** – Angiotensin receptor – Neprilysin inhibition in patients hospitalized with acute decompensated Heart Failure; **PRAISE** – Effect of Amlodipine on survival of chronic Heart Failure in nonischemic cardiomyopathy; **PROVE HF** – Reverse cardiac remodeling observed with Therapy in HFrEF; **RADIANCE** – Withdrawal of digoxin from patients with chronic Heart Failure treated with angiotensin – converting – enzyme

Professor Titular 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*

inhibitors; **RALES** – Spironolactone in Heart Failure Study; **REHAB-HF** – Reabilitação na Insuficiência Cardíaca; **SGLT2** – Co transportador de glicose e sódio; **SHIFT** – Ivabradine and outcomes in chronic Heart Failure; **STRAIN RATE** – Taxa de deformação; **TFG** – Taxa de filtração glomerular; **TOPCAT –** Spironolactone for Heart Failure with preserved ejection; **TRIV** – Tempo de relaxamento isovolumétrico; **VALIANT** – Valsartan, Captopril in Myocardial infarction complicated by Heart Failure; **VICTORIA** – Vericiguat in patients with Heart Failure and reduced ejection fraction.

DESCRIÇÃO

Neste artigo objetivamos mostrar os cenários evolutivos do tratamento da IC, até chegarmos ao grandioso momento atual em que temos, baseado em evidências, um eficaz receituário para a IC com fração de ejeção reduzida e preservada em diabéticos e em não diabéticos.

A IC hoje tem diagnóstico facilitado pelo biomarcador BNP que deve ser superior a 35pg/mℓ, e o Pró BNP que deve ser maior que 125pg/mℓ. Por definição IC é alteração do enchimento ou esvaziamento do coração, obrigatoriamente com aumento destes biomarcadores que expressam sofrimento celular. A fração de ejeção facilita o diagnóstico de disfunção sistólica, bem como o tempo de relaxamento isovolumétrico em relação à disfunção diastólica.

Porém podem haver alterações com FE e TRIV normais, situação em que o ECO através do "Speckle Tracking" pode detectar um "Strain Rate" abaixo de -22.

A IC afeta 64 milhões de pessoas em todo o mundo, e estima-se que no Brasil quatro milhões tenham esta condição atualmente, com uma prevalência de 2% da população[1].

Aproximadamente 50% de todos os pacientes internados com IC são readmitidos dentro de noventa dias após a alta hospitalar, e oito em dez pacientes permanecem sintomáticos apesar das opções de tratamento[1]. É mister realçar que 50% dos pacientes irão morrer dentro de cinco anos após o diagnóstico.

Os quatro pilares do tratamento medicamentoso da ICFER que diminuem a mortalidade são: 1) IECA, BRA ou LCZ 696 (Sacubitril/Valsartana); 2) betabloqueador; 3) espironolactona; 4) inibidores da proteína SGLT2 (iSGLT2), como a dapagliflozina e empagliflozina.

Assim, a proposta atual de tratamento padrão para a ICFER é o iSGLT2, IECA/BRA/INRA (Sacubitril/Valsartana ou LCZ 696), betabloqueador e espironolactona[2].

Consideraremos mais à frente os pormenores desta terapêutica global atual.

A Insuficiência Cardíaca no Brasil tem, em ordem decrescente, as seguintes etiologias: 1) isquêmica (30%); 2) hipertensiva (20%), 3) cardiomiopatia dilatada;4) doença valvar; 5) Chagas; 6) outros;7) miocardite; 8) QT longo[1].

Com relação ao tratamento destaque-se o uso do iSGLT2 tanto na IC sistólica como na diastólica.

Os receptores SGLT2 fazem absorção de 98% da glicose renal, e sua inibição pela dapagliflozina ou empagliflozina trata o DM2 reduzindo glicose e a hemoglobina glicada sem colocar glicose para dentro da célula como os fármacos antigos, que assim levariam a senescência celular, já que o melhor combustível para o cardiomiócito é o ácido graxo e não a glicose[2, 3]. Exatamente o que ocorre com os fármacos que oferecem os ácidos graxos que vão inibir o enzima mTHOR, levando a autofagia de mitocôndrias com plena renovação celular, induzindo os aparentes "milagres" das gliflozinas tanto na IC sistólica como diastólica. Portanto, as gliflozinas melhoram o metabolismo energético cardíaco, promovem natriurese, reduzem edema intersticial, inibem a troca cardíaca sódio-hidrogênio, melhoram a função renal e a fisiologia intrarrenal, reduzindo o barotrauma, e diminuem a pré-carga, a pós-carga e o estresse da parede do VE[3].

Os IECA, os BRA e a furosemida foram a preferência no tratamento inicial da IC, até surgirem os INRA (como Sacubitril/Valsartana), bem como os betabloqueadores, e se adiciona espironolactona em pacientes com TFG ≥ 30mℓ/min/1,73m2 ou potássio ≤ 5mEq/ℓ. Nas classes funcionais de II a IV, usa-se iSGLT2 em pacientes com IC e TFG para a dapagliflozina ≥ 30mℓ/min/1.73m2 e para a empagliflozina ≥ 20mℓ/min/1,73m2[3, 4].

A furosemida será usada se houver sobrecarga de volume persistente, também em NYHA II-IV e a hidralazina/Isossorbida em pacientes com sintomas refratários e persistentes, negros e NYHA III-IV. Ivabradina é indicada se a FC estiver acima de 70bpm em ritmo sinusal, na dose máxima tolerada do betabloqueador e em classe funcional II-III[4].

Necessário se faz considerar o perfil do paciente, o diagnóstico, o tratamento atual, os sintomas, as comorbidades, o exame físico e os exames complementares[4, 5].

Na prática clínica podemos ter dificuldades na otimização do tratamento, devido ao tempo entre as consultas, a falta de acompanhamento do paciente entre as consultas, o desconhecimento do paciente em relação ao momento de buscar ajuda caso tenha sintomas, os eventos adversos da medicação, a falta de adesão ao tratamento e a falta de suporte familiar e/ou emocional ao paciente.

A IC tem um risco de mortalidade similar ao de algumas neoplasias como o Ca de próstata e de mama, razão da visão oncológica da IC.

Alguns comentários são pertinentes:

1) IECA melhora sintomas e reduz hospitalização, melhora sobrevida, mas pode dar hipotensão, tosse, piora da função renal e hipercalemia.

2) Os BRA melhoram sintomas, hospitalização e melhoram a sobrevida, mas podem dar hipotensão, tosse, piora da função renal e hipercalemia.

3) Os betabloqueadores melhoram sintomas, reduzem hospitalização, mas podem piorar os sintomas e levar a bradicardia e hipotensão.

4) A digoxina, que é indicada no pré transplante atualmente, pode dar intoxicação[4].

5) Os diuréticos melhoram sintomas e reduzem hospitalização, porém não aumentam a sobrevida.

6) Espironolactona ou eplerenona melhoram sintomas, reduzem internação e aumentam sobrevida, mas podem piorar a função renal e a hipercalemia, além de induzirem ginecomastia (exceto eplerenona).

7) Nitrato e hidralazina melhoram sintomas e reduzem hospitalização, melhoram sobrevida, mas podem dar dor de cabeça e tontura.

8) LCZ 696 melhora sintomas e hospitalização, melhora sobrevida, mas pode dar hipotensão, insuficiência renal e angioedema (por isso não pode ser associado a IECA).

9) Ivabradina melhora sintomas e reduz hospitalização, mas sem efeito na sobrevida, e às vezes a FC fica abaixo de 50bpm, ou leva a fibrilação atrial ou distúrbios visuais[4].

Entretanto, existem lacunas no uso e otimização das doses recomendadas pelos "Guidelines" para o tratamento da ICFER. Por exemplo, a tríade IECA, BRA ou INRA, em 3.518 pacientes avaliados no estudo CHAMP mostrou que a terapia está presente em 73% dos pacientes porém com dose alvo só em 17%; já o betabloqueador é usado em 67% dos casos, com dose alvo apenas em 14%; a espironolactona em apenas 33%, com dose adequada em 28%[5].

Por estas razões a terapia de base do paciente a nível ambulatorial pode ser variada, não se obtendo o resultado esperado. Assim, temos que investir nestes acertos para que possamos fazer o máximo pela saúde do paciente.

A seguir faremos considerações dos principais estudos que permitiram o grande avanço terapêutico da IC. Em primeiro lugar o estudo DAPA HF, em que se teve a dapagliflozina como o primeiro iSGLT2 com indicação para o tratamento da ICFER[6]. Neste estudo os pacientes tinham NYHA classe II-IV, com FEVE <40% e Pró BNP>600pg/mℓ e estavam com tratamento padrão para IC estável há quatro semanas, com ou sem DM2, e TFG ≥30mℓ/min/1,73m2. A dose de dapagliflozina foi de 10mg/dia e o desfecho primário foi o composto de morte CV, hospitalização por IC e visita na emergência relacionada à IC.

Foram incluídos 4.774 pacientes, dos quais 520 eram brasileiros. Estudo randomizado, duplo cego, placebo controlado, multicêntrico em 20 países. Todos em classe funcional alterada e 55% sem DM2[6].

O desfecho primário teve risco relativo de 0,74 (0,65 – 0,85) p= 0,00001 e NNT 21 para um período de dois anos. A morte por todas as causas, que foi desfecho secundário, foi de 0,83 (HR) com NNT 43. As curvas foram iguais em pacientes com e sem DM2, e o benefício primário já ocorria em 28 dias (HR= 0,51)[6]. Os desfechos de segurança da gliflozina na ICFER foram considerados sem importância, independente do status da função renal do paciente, e DAPA HF incluiu pacientes com TFG ≥ 30mℓ/min. Ademais, o comprimido é pequeno e não há alterações da FC ou da PA como outros fármacos, e seus desfechos não mudaram em função do uso ou não de diuréticos, em dose maior ou menor.

A dapagliflozina reduz consistentemente morte CV/agravamento da IC independentemente do valor basal de NT – pró BNP, e reduz a incidência de DM2 em 32% (p= 0,019), dado importante porque 50% dos pacientes com IC têm resistência insulínica, e com isto, até os diabéticos têm seis anos adicionais de vida versus terapia convencional[6].

Experts globais em IC admitem que os dois primeiros fármacos na ICFER sejam iSGLT2 + betabloqueadores, seguido de Sacubitril/Valsartana[3].

O estudo PARADIGM[7] com sacubitril/valsartana foi um dos poucos estudos que indicou o fármaco na IC sistólica, com indicação IA em um único estudo que foi interrompido antes do tempo por razões éticas. Este estudo duplo cego, com 8.442 pacientes em classe funcional III ou IV de IC, com FE < 40% mostrou redução de morte ou hospitalização por IC em 21,8% e 26,5%, respectivamente. Este medicamento também tem indicação IA pela AHA, para evitar morte súbita na IC[7]. Extensão desse estudo foi o PROVE HF, que mostrou remodelagem reversa cardíaca em 1.031 pacientes com IC que usaram LCZ 696, com ECO realizado em seis e doze meses, havendo aumento da FE de 13% em 25% dos pacientes[8]. Foi realizado também com este fármaco o estudo PARAGON na ICFEP em 4.822 pacientes[9]. Porém, não diminuiu significativamente a hospitalização e morte por causa CV, embora alguns subgrupos tenham tido benefício: mulheres, fibrilação atrial e FE perto de 55%[9].

Ainda no que diz respeito à ICFEP, está em andamento o estudo DELIVER com dapagliflozina. Porém recentemente, em pacientes com e sem DM2, foi apresentado o estudo EMPEROR PRESERVED em IC diastólica, em 5.988 pacientes[10]. Neste estudo com a Empagliflozina 10mg uma vez ao dia, reduziu o risco combinado de morte CV e hospitalização de 21% em vinte e seis meses, com p<0,001 como no estudo EMPAREG em IC sistólica. Enquanto o EMPEROR PRESERVED avaliou desfechos na IC com fração de ejeção preservada como o DELIVER (em andamento com dapagliflozina), o PRESERVED HF estudou este fármaco (DAPA) nos aspectos clínicos de sintomas e classe funcional[11].

Em relação à IC aguda houve uma mudança de paradigma a partir do estudo PIONEER HF, no qual nos pacientes com LCZ 696 houve franca redução do NT-pró BNP (sabe-se que nos pacientes em uso de sacubitril/valsartana não se mensura o BNP porque a droga o eleva)[7,9].

Os betabloqueadores tiveram constatação do benefício em vários estudos, dentre os quais o COPERNICUS com carvedilol[12]. Neste estudo, com 2.289 pacientes com classe IV e FE <25%, a adição de carvedilol[12] melhorou a severidade da IC reduzindo o risco de deterioração clínica, e reduziu mortalidade em 27% (p= 0,0002). O estudo MERIT HF[13] com uso de metoprolol na dose de 12,5mg uma vez ao dia, com aumento progressivo até de 200mg, de acordo com a necessidade e a tolerância, em 1990 pacientes, demonstrou também aumento de sobrevida e o fármaco foi bem tolerado.

Foi realizado também o estudo CIBIS[14] com bisoprolol de 1,25 a 5,0mg/dia em 641 pacientes com IC crônica, classe III e IV e FE <40%. Não houve redução de mortalidade ou classe funcional, no entanto é amplamente usado no Brasil.

No estudo BEST foi usado o bucindolol em 2.708 pacientes com IC e FE <35%, foi duplo cego e não houve benefício

de sobrevida, com HR de 0,86 e p= 0,13[15].

O estudo RALES avaliou a espironolactona 25mg ao dia em 822 pacientes com IC, acompanhados por vinte e quatro meses, havendo redução da mortalidade de 30% com p<0,001. Ginecomastia ocorreu em 10% (nestes casos usar eplerenona), e alteração do potássio foi insignificante[16].

Os IECA foram avaliados em inúmeros ensaios e salientamos o estudo CONSENSUS[17]. Neste, 253 pacientes foram acompanhados por vinte meses e todos em NYHA classe IV, duplo cego com e sem enalapril de 2,5 a 40mg. Reduziu mortalidade de 31% (p= 0,001) e melhorou sintomas por reduzir a progressão da IC[17]. LCZ 696 teve efeito superior ao enalapril[17].

O estudo Val-HeFT testou 5.010 pacientes com IC classe II a IV, com valsartana 160mg duas vezes dia, e não foi superior ao IECA[18]. Resultados menos atraentes ocorreram com losartana nos estudos ELITE 1 e 2[18].

No estudo VALIANT se demonstrou, em pacientes com IC pós IAM, que valsartana é tão eficaz quanto captopril e que a combinação dos dois aumentou efeitos adversos sem aumentar a sobrevida[19].

O estudo SHIFT[20] mostrou a importância do bloqueador sinusal, a ivabradina 7,5mg duas vezes ao dia em pacientes com IC e ritmo sinusal que persistiam, a despeito do betabloqueador, com FC acima de 70bpm. Melhorou desfechos, e por esta razão a diretriz do ESC de 2016 e AHA de 2017 preconizam o uso nesta situação. Ele não está indicado na DAC sem IC, com a FC acima de 70 (BEAUTIFUL TRIAL)[20].

O estudo DIG incluiu a digoxina no tratamento da IC em 3.397 pacientes com FE <45% com acompanhamento de trinta e sete meses e que já usavam diurético e IECA e não houve diminuição da mortalidade global[21].

No estudo RADIANCE, também com digoxina em 178 pacientes com IC II e III e FE <35% a retirada da digoxina gerou riscos como redução da FE e piora da qualidade de vida[4]. Nas diretrizes atuais este fármaco, como nitrato e hidralazina, só tem indicação no pré transplante[4]. Entretanto, no RADIANCE bem como na tese de Pinheiro[22], se demonstrou a validade do uso da digoxina na ICC com fibrilação atrial, e no ritmo sinusal com classe funcional III e IV. Refere o autor inclusive um caso de cardiomiopatia dilatada com ICC e choque cardiogênico, em ritmo sinusal e FE de 16%, com medicação otimizada para a época, e que só melhorou e compensou após a introdução da digoxina. Com dez anos de evolução FE de 36% andava de bicicleta e desfilava em escola de samba. Com a compensação desapareceu também um grande trombo no VE. Trata-se de um caso pontual, porém interessante e emblemático[22].

Os bloqueadores do cálcio, como a amlodipina, foram avaliados no estudo PRAISE na dose de 10mg/dia e não houve benefício adicional, por isto estes fármacos não têm indicação na IC[23].

Um grupo particular são os pacientes com IC e fibrilação atrial. Nos estudos HF-AF e DIAMOND reverteram a ritmo sinusal com amiodarona no primeiro estudo e dofetilide no segundo[24]. Não houve redução de mortalidade, como já demonstrado nos estudos AFFIRM, PIAFF, CABANAS (ablação x não ablação), CTSN[24, 25]. Reina confusão, ainda mais porque o estudo CASTLE-AF mostrou que nestes casos a conversão para o ritmo sinusal reduziu mortalidade em 179 pacientes, porém só após três anos da ablação[25, 26]. Achamos que, nestes casos, melhor é reduzir a FC e fazer anticoagulante.

A ressincronização guarda indicação na IC nos pacientes que mantêm descompensação com BRE e QRS alargado >0,12seg[4].

No estudo MADIT II, em 1.232 pacientes com FE <30% e IAM prévio, o CDI com ou sem ressincronizador melhorou a sobrevida[4].

O pioneirismo das gliflozinas na IC se iniciou com a empagliflozina em pacientes com DM2 e alto risco cardiovascular, e na época os resultados eram algo inexplicáveis.

Não mais se recomenda dieta hipossódica porque ativa o SRAA, sendo prejudicial[4].

Realçamos que todo medicamento é um "ET" para o organismo e devemos estar atentos para os efeitos adversos, lembrando que o transplante cardíaco, apesar dos ótimos resultados não livra o paciente de viver tratando a rejeição, que só será resolvida quando pudermos ter o transplante de células tronco[4].

Nos pacientes idosos com IC é mister se iniciar um programa de reabilitação que inclua múltiplas funções físicas, como demonstrado no estudo REHAB-HF[27].

Em termos de perspectivas terapêuticas futuras podemos citar na disfunção sistólica o omecamtiv mecarbil, que é um ativador da miosina cardíaca[28] e o vericiguat ciclase solúvel (VICTORIA TRIAL)[29], na dose de 10mg ao dia.

No VICTORIA TRIAL foram incluídos 2.526 pacientes e o HR foi de 0,90. Eram pacientes de alto risco com insuficiência cardíaca, e houve redução da morte cardiovascular ou hospitalização por IC[29].

Quanto ao omecamtiv mecarbil foram incluídos no GALACTIC-HF Trial 4.120 pacientes usando 50mg do medicamento duas vezes ao dia. Dentre os pacientes com ICFER, os que receberam este fármaco tiveram menor incidência de eventos ou morte de causa cardiovascular[28, 30].

Há uma tendência de crítica ao conceito de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e preservada, isto porque quando avaliamos o estudo CHARM[31], PARAGON[9] e TOP CAT[32], observamos que à medida que partimos de uma FE muito baixa e vamos subindo até FE levemente diminuída, observamos melhora proporcional do prognóstico. Assim, no próprio ESTUDO PARAGON[9] se o ponto de corte da FE fosse 40% (como no TOP CAT)[32] e não 45%, teríamos não uma tendência de redução de desfechos, mas uma verdadeira estatística de significativa redução dos desfechos. Tanto estas considerações são reais que a ANVISA passou a incluir em bula o sacubitril/valsartana como fármaco para tratar insuficiência cardíaca crônica, sem sugerir que seja ICFER ou ICFEP. Assim, esse medicamento está indicado a partir de casos de insuficiência cardíaca com FE abaixo de 57%.

Recordamos que no estudo PARAGON[9] os pacientes ti-

veram um grande benefício nos desfechos renais, o que não ocorreu, por exemplo, no estudo EMPEROR-PRESERVED.

Também enfatizamos que a clínica é soberana para o diagnóstico da IC, e não a FE ao ECO (SIMPSON) ou a Ressonância Magnética Cardíaca (RMC). Considerando dispneia, fadiga, edema, tosse etc., e utilizando-se escores que incluam o ProBNP podemos chegar ao diagnóstico correto.

Há pacientes com parâmetros de imagem normais, porém com a clínica apontando para o diagnóstico de IC e necessidade de tratamento. Portanto não há, como querem alguns, o "OCASO DA CLÍNICA" e sua substituição por banco de dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Investigadores do estudo BREATHE. Etiologia da IC no Brasil. Arq. Bras. Cardiol. 2015; 104:433-443.

2. Consensus de Experts TM. Am. Coll. Cardiol. 2021 – ahead of print.

3. McMurray, JJV. New sequence of treatment B blocks and iSGLT2. 2020 – ahead of print.

4. Diretriz de IC. Atualização de tópicos. Braga, FGM e Tinoco, E. Arq. Bras. Cardiol. 2021, 116(6): 1174-1212.

5. Greene, SJ; BUTLER, J; DEVOU, AD. Medical therapy for heart failure with reduced ejection fraction. THE CHAMP – Registry J. Am. Coll. Cardiol. 2018; 34:351-366.

6. McMurray, JJV; SOLONIN, S; INZUCHII, SE et al. Dapagliflozin in patient's whit heart failure an reduce ejection fraction. N. Engl. J. Med. 2019; 381-1995-2008.

7. McMurray, JJV; PACKER, M; DESAI, A et al. Angiotensin – Neprilysin inhibition versus Enalapril in Heart Failure. N. Engl. J. Med, 2014; 371-913.

8. Januzzi, JL. PROVE-HF. Reverse remodeling observed with ARNs therapy in HFrEF. JAMA, 2019; 24(3): 984-989.

9. Solomon, S; McMURRAY, JJV; ANAND, IS et al. Angiotensin – Neprilysin inhibition in Heart Failure with preserved ejection fraction. N. Engl. J. Med. 2019; 381: 1609-1620.

10. Anker, SD; BUTLER, J; FILIPPATOS, G et al. Empaglifozin in Heart Failure with a preserved ejection fraction. N. Engl. J. Med. 2021. DOI 10. 1056/NEJM. Org. 2107038.

11. Stefan, DA; KHAN, MS; FILIPPATOS, G et al. Sodium glycose co-transporter inhibitors in Heart Failure with preserved ejection fraction: reasons for optimism. Europe J. of Heart Fail, 2021; 23:8 (1250-125).

12. Packer, M; FOWLER, MB; ROCKER, EB et al. Effect of Carvedilol on the morbidity of patients with severe chronic Heart Failure: results of the Carvedilol prospective randomized cumulative survival (COPERNICUS STUDY). Circulation, 2002; 106(17): 2194-9.

13. MERIT HF STUDY GROUP. Effect of Metoprolol CR/XL in chronic Heart Failure. The LANCET, 1999; 353: 2001-07.

14. Lechat, P; JAELLON, P; BOISSEL, JP. B blockage treatment in Heart Failure. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study. Circulation, 1994; 90: 1765 – 73.

15. SURVIVAL TRIAL INVESTIGATES. The beta blocker Bucindolol in patients which advanced chronic Heart Failure. N Engl. J. Med, 2001; 344: 1659 – 1667.

16. Pitt, B; ZANNAD, F; REMME, WJ et al. The effect of Spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe Heart Failure. N Engl. J. Med, 1999; 341: 709 – 717.

17. THE CONSENSUS TRIAL GROUP. Effects of Enalapril on mortality in severe congestive Heart Failure. N Engl. J Med, 1987; 316: 1429 – 1435.

18. Cohn, JN; TOGNONI, C. A randomized trial of the Angiotensin – receptor blocker Valsartan in chronic Heart Failure. N Engl. J. Med, 2001; 345: 1667 – 1675.

19. Pfeffer, Ma; McMURRAY, JJV; VELASQUE, EJ et al. Valsartan, Captopril, or both in myocardial infarction complicated by Heart Failure, left ventricular disfunction, or both. N Engl. J. Med, 2003; 349:20.

20. Swedberg, K; KOMEDJA, M; BÖHN, M et al. Ivabradine and outcomes in chronic Heart Failure (SHIFT). The LANCET, 2010; 372: 817 – 821.

21. THE DIGITALIS INVESTIGATION GROUP. The effect of Digoxin on mortality and morbidity in patients with Heart Failure. N Engl. J. Med, 1997; 336: 525 – 533.

22. Pinheiro, LAF. Alguns aspectos da farmacocinética e farmacodinâmica da digoxina. Emprego na pesquisa clínica. Tese 1993. Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ.

23. Packer, M; CARSON, P; ELKAYAM, U et al. Effect of Amlodipine on the survival of patients with severe chronic Heart Failure due to nonischemic cardiomyopathy. JACC heart fail, 2013; 4: t308 – 314.

24. Roy, D; TALAJIC, M; NATTEL, SN et al. Rhythm versus control for atrial fibrillation and Heart Failure. N Engl. J. Med, 2008; 358: 2667 – 2677.

25. Madrouche, NF; BRACHMAN, J; ANDRESSEN, D et al. Catheter ablation for atrial fibrillation with Heart Failure. N Engl. J. Med, 2018; 378: 417 – 427.

26. Gillinov, AM; BAGILLA, E; MOSKPWITZ, H et al. Rate control versus rhythm control for atrial fibrillation after cardiac surgery. N Engl. J. Med, 2016; 374(20): 1911 – 1921.

27. Kitzman, DW; WHELLAN, DJ; DUCAN, P et al. Physical rehabilitation for older patients hospitalized for Heart Failure. N Engl. J. Med, 2021; 385(3): 203 – 216.

28. Kamamura, K. Omecamtiv mecarbil in systolic Heart Failure. N Engl. J, Med, 2021; 20: 1966 – 1967.

29. Armstrong, PW; PRESKE, B; ANSTROM, KJ et al. Vericiguat in patients with Heart Failure and reduced ejection fraction. N Engl. J. Med, 2020; 382: 1883 – 1893.

30. Teerlink, JR; DRAG, R; FELKER, M et al. Cardiac myosin activation with Omecamtiv mecarbil in systole Heart Failure. N Engl. J. Med, 2021; 384: 105 – 116.

31. Massie, BM; YOUNG, JB; CARSON, PE et al. Morbidity and mortality reductions with Candesartan in patients with chronic Heart Failure (PRESERVED). N Engl. J. Med, 2008; 359: 2456 – 2467.

32. Petl, B; PEFFER, M; ARSMAN, S et al. Spironolactone for Heart Failure with preserved ejection fraction. N Engl. J. Med, 2014; 370: 1383 – 1392.

Fenômenos Trombóticos Pulmonares e Abdominais nos Pacientes Com Covid-19: Diagnósticos A Serem Feitos

Alair Augusto Sarmet Moreira Damas dos Santos[1] , Isabella Couto Amaral[2], Tatiana Arimura Fialho[2]
Maria Helena de Azeredo Brandão[3]

RESUMO

A infecção pelo vírus SARS CoV-2 foi comunicada pela primeira vez na China em dezembro de 2019. Desde então espalhou-se por todo o mundo e a enfermidade passou a ser conhecida como COVID-19 (Coronavirus disease – 2019), por decisão da Organização Mundial da Saúde (OMS), e a partir de 11 de março de 2020 foi reconhecida como pandemia. Doença nova, seu conhecimento vem se fazendo no decorrer dos dois últimos anos. Nesse período a ciência muito evoluiu na compreensão de sua etiologia, fisiopatologia, quadro clínico e laboratorial e tratamento, inclusive no que tange à prevenção com vacinas. Na introdução e objetivos deste artigo, fazemos um breve resumo dessa evolução e damos ênfase a aspectos da imagem vascular no tórax e no abdome utilizando a Tomografia Computadorizada (TC), Angiotomografia Computadorizada (AngioTC) e a Angio Ressonância Magnética (ARM).

PALAVRAS-CHAVE:

Covid-19. Tomografia Computadorizada (TC). Angiotomografia Computadorizada (Angio TC). Ressonância Nuclear Magnética (RNM).

ABSTRACT

Infection by the SARS CoV-2 virus was first announced in China in December 2019. It has since spread throughout the world and the disease has become known as Covid-19, following a decision by the World Health Organization (WHO). From March 11th, 2020, it was recognized as a pandemic. It is a new disease and knowledge about it has been increasing in the last two years. In this period of time science has made great progress in understanding its etiology, pathofisiology, clinical feature and laboratory, and treatment including prevention through vaccination. In the Introduction and Objectives of this paper we make a brief summary of the above mentioned progress and emphasize aspects of the vascular image in the chest and abdomen, using Computed Thomography (CT), Computed Angiotomography (AngioCT) and Nuclear Magnetic Resonance (MR).

KEYWORDS:

Covid-19. Computed Tomography (CT). Computed Angiotomography (AngioCT). Nuclear Magnetic Resonance (MR).

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A COVID-19, pela primeira vez descrita em dezembro de 2019, foi inicialmente pontuada por manifestações pulmonares. Vários estudos mostraram que o vírus utiliza os receptores da enzima conversora da angiotensina 2 (ECA) para entrar nas células e, portanto, podem afetar diferentes órgãos e sistemas[1-7].

A maioria dos pacientes com COVID-19 têm lesões pulmonares, podem desenvolver Síndrome Respiratória Aguda (SRA) e têm alto risco de tromboembolismo pulmonar (TEP). Neles foram encontrados altos níveis de D-dímero e fibrinogênio, assim como de produtos de degradação do fibrinogênio.

Classicamente, o alto risco para TEP envolve imobilização prolongada e estado de hipercoagulação desencadeados por um quadro inflamatório agudo, hipóxia tecidual e disfunção de células endoteliais.

O tromboembolismo venoso (TEV), a trombose venosa profunda de MMII (TVP) e Tromboembolismo pulmonar (TEP), são temas recorrentes na prática médica. Havendo suspeita clínica (edema assimétrico de MMII e/ou empastamento de panturrilhas ou quadro pulmonar e/ou hemodinâmico súbito), aliada aos fatores de risco, a probabilidade de tromboembolismo necessita ser avaliada. Para a análise da probabilidade pré-teste duas opções podem ser usadas: Escore de Wells ou pontuação de Genebra[1, 8].

Os fatores de risco incluem: Trauma não cirúrgico e cirúrgico, idade superior a 40 anos, tromboembolismo venoso prévio, imobilização, malignidade, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, paralisia dos membros inferiores, obe-

[1]Membro Titular da ACAMERJ. Ex-Presidente do Colégio Brasileiro de Radiologia (Biênio 2019-2020). Prof. Associado e Chefe do Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina da UFF. Coordenador do Centro de Imagens do Complexo Hospitalar de Niterói (CHN-DASA). E-mail: alairsarmet@id.uff.br
[2]Ex-interna do Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina UFF
[3]Aluna de Iniciação Científica do Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina UFF

sidade, varizes, estrogênio elevado, parto, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Nos casos em que se considera baixa probabilidade deve-se fazer D-dímero. Se negativo, praticamente exclui a possibilidade de fenômeno trombótico. Se positivo, torna-se necessário pedir exame de Imagem.

Há duas opções mais utilizadas na prática clínica atual: realizar imediatamente uma Angiotomografia Computadorizada do Tórax (angioTC), indicada quando se suspeita de TEP, ou pedir antes um US/ECODOPPLER venoso profundo de Membros Inferiores, para avaliação de trombose venosa periférica.

Muitas mortes em pacientes com COVID-19 podem ser atribuídas à coagulação intravascular disseminada[3]. Há uma incidência estimada de 23-30% de embolia pulmonar em casos graves de COVID-19[4], sendo que a maioria tem origem no sistema venoso profundo dos membros inferiores.

Para Connors e Levy[2], reações inflamatórias resultam em aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias, ativando a cascata coagulação. Dos primeiros 99 pacientes hospitalizados em Wuhan, 6% tinham um tempo de tromboplastina parcial ativada elevado (aPTT), 5% de protrombina (PT) elevada, 36% de dímero-D elevado[3]. Dos 191 pacientes de dois principais hospitais de Wuhan, a mortalidade foi de 28% (54 pacientes). Fatores associados à mortalidade incluíram um D-dímero elevado> 1,0 μg / mL na admissão, tempo de protrombina (TP) aumentado, elevações em IL-6 e outros biomarcadores de inflamação, níveis elevados de troponina e comorbidades, incluindo: idade avançada, hipertensão, diabetes e doença arterial coronariana[4].

Em 183 pacientes SARS-CoV-2 positivos, 78 pacientes (42,6%) tiveram alta e 21 pacientes (11,5%) morreram. Durante a hospitalização, os não sobreviventes apresentaram evidência de coagulação intravascular disseminada (CIVD) progressiva com fibrinogênio diminuído, dímero-D aumentado e PT aumentado, ocorrendo 10 dias após a admissão[2]. Para Kazi et al.[5] existe uma associação entre o perfil de coagulação e pacientes com COVID-19 com mal prognóstico. A COVID-19 cria um estado pró-trombótico, além da presença de hipóxia, hipercoagulabilidade e estase sanguínea. A sepse grave aumenta o risco para TEV, D-dímero alocado como indicador crítico de complicação trombótica associada à COVID-19. A anticoagulação profilática mostrou melhora nos parâmetros de coagulação e benefício de sobrevida[6].

Em geral, nos pacientes com COVID-19 e com sintomas respiratórios, a Tomografia Computadorizada (TC) do tórax é realizada visando a análise do parênquima pulmonar. O encontro de sinal sugestivo de infarto pulmonar e em casos com suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar torna obrigatória a realização de AngioTC de tórax para confirmar (ou afastar) o diagnóstico de TEP.

O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão dos principais achados de Tromboembolismo pulmonar em pacientes infectados por SARS-CoV-2 e descrever o comprometimento trombótico no abdome neste grupo de pacientes.

PACIENTES, MATERIAL E MÉTODOS

Estamos desenvolvendo um estudo amplo (clínico/epidemiológico e radiológico) no Complexo Hospitalar de Niterói (CHN), estado do Rio de Janeiro, Brasil, para avaliação de todos os pacientes atendidos com COVID-19. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética institucional e segue todas as normas éticas vigentes.

Fizemos uma revisão da literatura e iremos apresentar alguns casos de pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva do CHN que tiveram tromboembolismo pulmonar e outras manifestações trombóticas abdominais decorrentes da COVID-19.

Todas as TCs de tórax e de abdome e as angiotomografias computadorizadas foram realizadas utilizando equipamentos de TC multidetectores, com um protocolo de baixa dose de radiação e administração venosa de meio de contraste não iônico em bomba de infusão e posteriores reconstruções multiplanares e tridimensionais. Nos casos em que havia alta suspeita de quadro trombótico com necessidade de estudo vascular e contraindicações ao uso do meio de contraste iodado venoso, realizamos Angio Ressonância Magnética do abdome, usando meio de contraste paramagnético por via venosa, com as sequências padronizadas no serviço e com posteriores reconstruções multiplanares, sendo estes exames realizados em equipamentos de RM de 1,5 tesla e 3,0 teslas.

1 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Nos pacientes SARS-CoV-2 positivos e com quadro clínico suspeito de embolia pulmonar os principais dados foram desde pequenas falhas de enchimento em vasos subsegmentais até trombose maciça nas artérias pulmonares direita e esquerda, configurando tromboembolismo pulmonar maciço.

Encontramos casos na fase aguda, subaguda e tardia da COVID-19, em pacientes que apresentavam áreas de infarto pulmonar com trombose em um vaso correspondente, após alta de tratamento das lesões agudas iniciais.

Serão apresentados aqueles com alterações trombóticas vasculares mostradas na angioTC e comparados com as alterações pulmonares resultantes da COVID-19 e o correspondente infarto pulmonar.

CASO 1:

Mulher, 39 anos de idade. Teste para o SARS-CoV-2 positivo. Dos dias antes da internação, apresentou expectoração com hemoptise e dor torácica posterior à esquerda. Eupneica. Frequência respiratória de 15 ipm (incursões por minuto) e saturação de O2: 100%. Ausculta pulmonar normal, sem ruídos adventícios. Membros inferiores sem sinais de edema ou flebite. TC do tórax com múltiplas áreas de atenuação em vidro fosco, padrão de pavimentação em mosaico e área de confluência no lobo inferior direito (Figura 1). AngioTC demonstrou múltiplas pequenas falhas de enchimento em ramos subsegmentares (Figura 2).

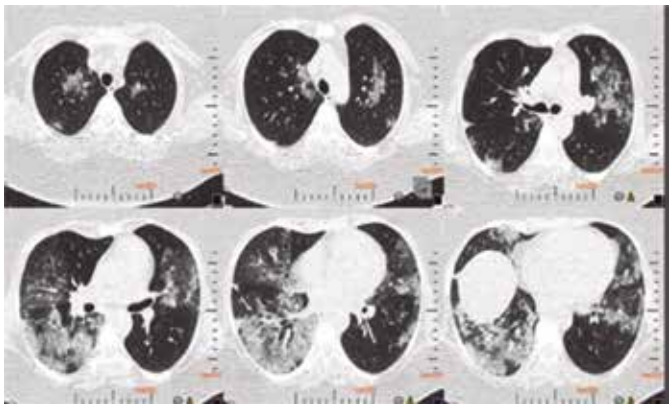


Figura 1: *TC com múltiplas áreas de atenuação em vidro fosco esparsas em ambos os pulmões com áreas com pavimentação em mosaico nos lobos superior esquerdo e médio e área de confluência no lobo inferior direito.*

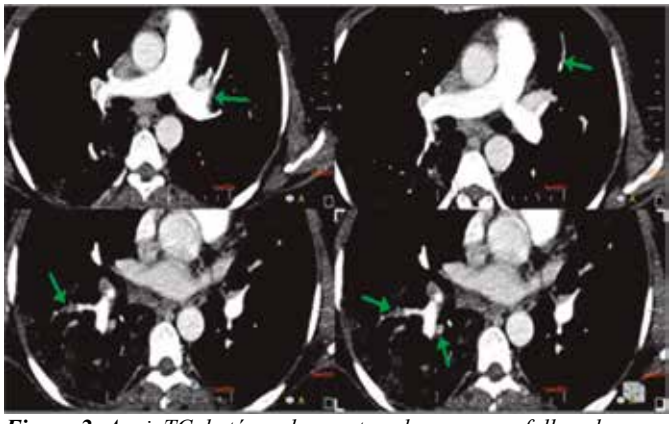


Figura 2: *AngioTC de tórax demonstrando pequenas falhas de enchimentos em ramos arteriais pulmonares subsegmentares nos lobos superior esquerdo e inferior direito (setas).*

CASO 2:

Mulher com 44 anos. Paciente realizou procedimento cirúrgico de lipoaspiração, desenvolveu uma semana após, quadro de dor em membros inferiores evoluindo com dispneia. Ao procurar serviço de Emergência, chegou saturando a 77% de O2 em meio ambiente, sendo realizado teste para o SARS-CoV-2 que foi positivo. Ecodoppler de MMII demonstrou trombose de aspecto agudo na veia poplítea direita e fluxo lento no restante do sistema venoso deste membro. Observou-se ainda trombose de aspecto agudo nas veias femoral superior, poplítea e tibial posterior da perna esquerda. TC de tórax mostrou áreas de atenuação em vidro fosco no lobo superior direito e em ambos os lobos inferiores (Figura 3). AngioTC demonstrou falhas de enchimento em ambas as artérias pulmonares com extenso trombo em ramo segmentar do lobo inferior direito (Figuras 4 e 5).

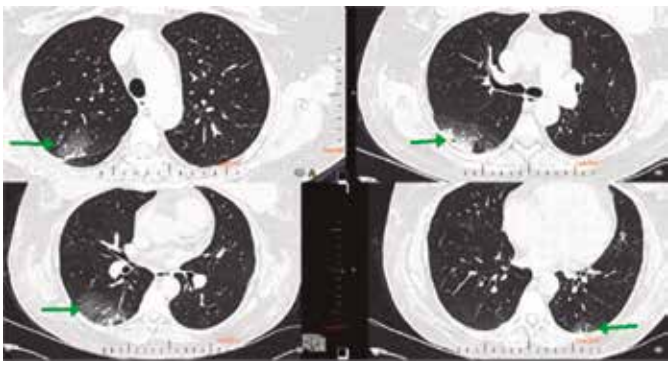


Figura 3: *TC de tórax com áreas de atenuação em vidro fosco no segmento posterior do lobo superior direito e em ambos os segmentos basais posteriores dos lobos inferiores, maior à direita (setas).*

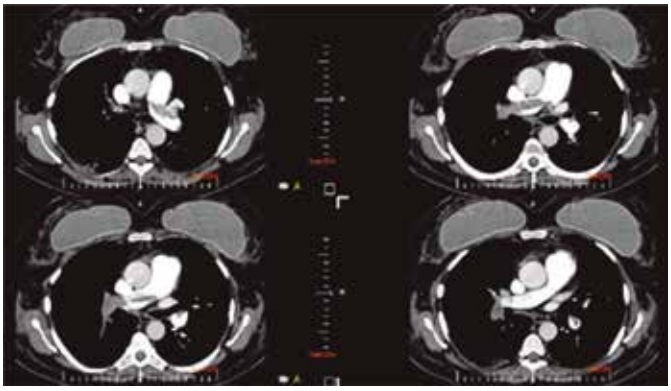


Figura 4: *AngioTC de tórax demonstrando falhas de enchimento em ambas as artérias pulmonares e com extensão para os ramos segmentares dos lobos inferiores, notadamente à direita (TEP maciço).*

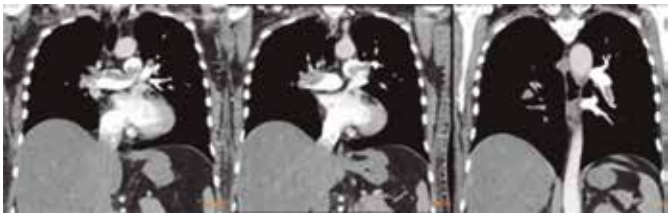


Figura 5: *Reconstruções coronais demonstrando falhas de enchimento em ambas as artérias pulmonares e em ramos segmentares dos lobos inferiores.*

CASO 3:

Paciente masculino, 59 anos, sintomas gripais com uma semana de evolução, tendo referido dor com características pleuríticas à direita irradiada para dorso, e um episódio febril (38,4ºC), sem queixa de dispneia. Procurou Serviço de Emergência sendo verificado teste positivo para SARS-CoV-2 e D-dímero elevado. Solicitado angioTC de tórax evidenciando TEP segmentar à direita com área de infarto pulmonar (Figuras 6 e 7).

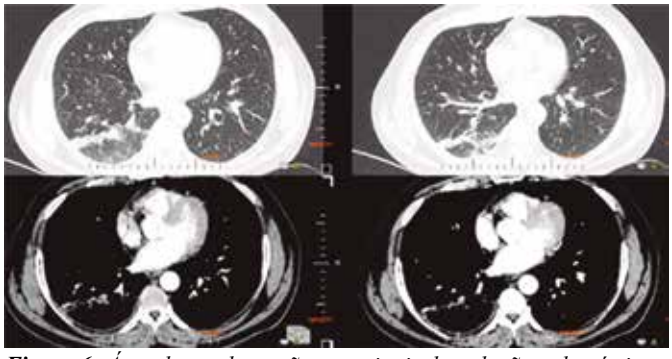


Figura 6: *Área de condensação com sinais de redução volumétrica no lobo inferior do pulmão direito que corresponde a área de infarto pulmonar, associada a faixas atelectásicas subsegmentares e falhas de enchimento em ramos arterial subsegmentar em correspondência.*

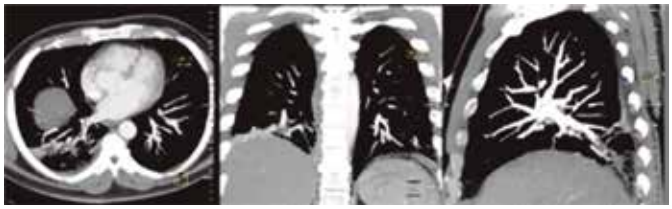


Figura 7: *AngioTC reconstruções em MIP (Reconstrução por Projeção de Intensidade Máxima) nos planos axial, coronal e sagital, demonstrando as falhas de enchimento em ramo arterial para o segmento basal posterior direito e a área de infarto pulmonar em correspondência.*

CASO 4:

Paciente masculino, obeso, alta hospitalar após quadro pulmonar de COVID-19, desenvolveu cerca de 14 dias após, dor tipo pleurítica na base do hemitórax esquerdo. TC de tórax demonstrou área de infiltrado com sinal do halo com base pleural no segmento basal lateral do lobo inferior esquerdo que correspondeu a área de infarto pulmonar, confirmado pela angioTC com falhas de enchimento em ramo segmentar em correspondência (Figuras 8 e 9).

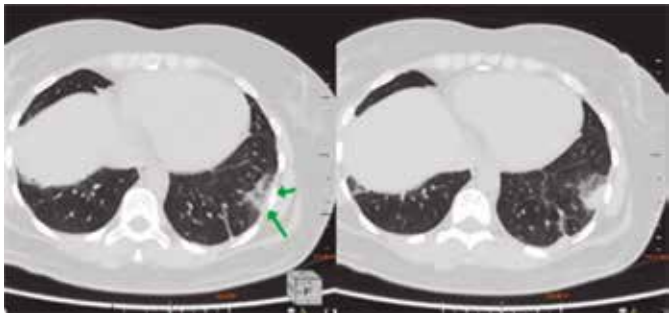


Figura 8: *Área com sinal do halo no segmento basal lateral do lobo inferior esquerdo (setas) e bandas parenquimatosas no segmento basal posterior.*

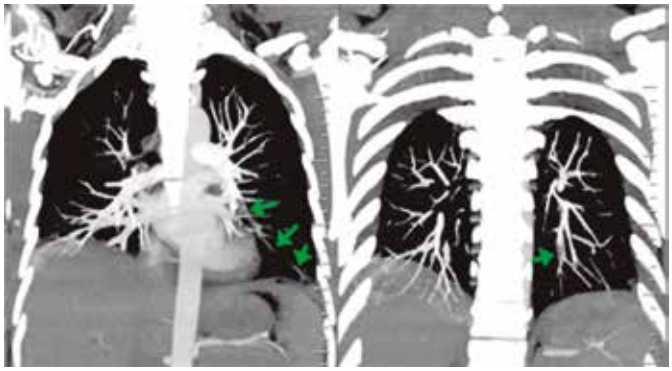


Figura 9: *AngioTC do mesmo caso da figura anterior. Reconstruções coronais em MIP: Falhas de enchimento em ramo segmentar do lobo inferior esquerdo.*

2 - ALTERAÇÕES TROMBÓTICAS NO ABDOME

As manifestações trombóticas no abdome em pacientes com COVID-19 variam desde infarto esplênico, isquemia hepática, tromboembolismo arterial (aorta e grandes vasos) e trombose venosa portal[9-17]. Os achados abdominais em pacientes com COVID-19, principalmente em TC de abdome, são principalmente os seguintes: espessamento de parede e pneumatose intestinal, sinais tromboembólicos e evidências de comprometimento em base pulmonar numa TC de abdome realizada por quadro exclusivamente abdominal.

Dane et al[9] publicaram um estudo de coorte com 82 pacientes infectados pelo SARS-CoV-2, 38 dos quais realizaram TC abdominal e pélvica. Destes, 11% (9 pacientes) apresentaram achados tromboembólicos. Nos pacientes com infarto em órgãos sólidos a hipótese é de que a lesão tinha ocorrido por microtrombos. Estes pacientes com manifestações tromboembólicas tinham alto nível de D-dímero, proteína C reativa, taxa de sedimentação de eritrócitos e ferritina. Verificou-se ainda que os sinais de tromboembolismo foram encontrados com mais frequência em pacientes com COVID-19 do que naqueles não infectados.

Bhayana et al[10] fizeram um estudo de corte transversal de 412 pacientes que testaram positivo para SARS-CoV-2; destes 224 tiveram as TCs de abdome analisadas e 31% mostraram anormalidades em paredes intestinais e tiveram mais internações em UTI. A principal alteração encontrada (29%) foi o espessamento das paredes intestinais. O segundo dado mais comum dos pacientes internados em CTI foi a pneumatose intestinal ou presença de gás em sistema porta (2,9%). Os pacientes com pneumatose (n=4) eram sugestivos de isquemia mesentérica e foram submetidos a laparotomia. Dois desses pacientes apresentavam isquemia mesentérica com coloração amarelada, em contradição com a cor enegrecida comum da isquemia. A arteríolas adjacentes à área necrosada apresentaram trombos fibrinolíticos ou dano neutrofílico.

Bhayana et al[10] salientam que apesar dos achados estarem relacionados a pacientes com COVID-19 no estudo, a isquemia mesentérica é um sinal relacionado a pacientes em UTI. Portanto a enterite viral assim como a própria ventilação mecâ-

nica com pressão positiva devem ser levados em consideração na etiologia. Algumas explicações possíveis seriam: atuação direta da infecção viral; trombose de pequenos vasos; isquemia mesentérica não oclusiva e efeito inflamatório da COVID-19 no epitélio vascular. Também foi visto uma alta frequência de estase biliar, porém essa pode estar associada à gravidade do paciente internado em UTI.

Barkmeier et al[11] realizaram um estudo caso-controle com 1057 pacientes infectados, sendo que destes somente 43 possuíam TC abdominal. Obtiveram resultados que diferem de Bhayana[10]. Não encontraram espessamento de paredes intestinais, ou outro sinal específico abdominal para os pacientes infectados pelo SARS-CoV-2. Tal divergência pode ser devido ao perfil de gravidade diferente entre os estudos, já que Barkmeier et al[11] avaliaram pacientes com menor gravidade do que os observados por Bhayana et al[10]. Todavia concordam que a maior parte dos pacientes ainda apresentam os sintomas respiratórios como principal queixa, razão de poucos exames de TC abdominal em pacientes COVID positivo serem realizados.

Shiralkar et al[12] fizeram um estudo descritivo de 10 pacientes com teste positivo para SARS-CoV-2 e TC de abdome. Nove pacientes apresentaram alterações típicas em base pulmonar. As principais indicações da TC foram dor abdominal, náusea, diarreia e distensão abdominal. Três pacientes possuíam alteração em parede intestinal, e sete não apresentavam dados específicos. Adicionalmente encontraram pancreatite e colecistite.

Seeliger et al[13] estudaram 127 pacientes com quadro de abdome agudo e infecção por COVID-19 e observaram dois cenários distintos:

A) Aqueles que internaram com abdome agudo e tinham a coinfecção pelo vírus (n=7).

B) Aqueles com COVID-19 grave, que desenvolveram o abdome agudo durante a internação (n=6).

Os pacientes do grupo A não tiveram seu prognóstico prejudicado devido a coinfecção (mortalidade 14,3%), no entanto os pacientes do grupo B tiveram seu prognóstico reservado (mortalidade de 33,3%). Concluíram também que se deve atentar para o diagnóstico de isquemia mesentérica, já que três pacientes do grupo B tiveram tal apresentação.

Lui K et al[14] realizaram uma revisão sistemática sobre imagens abdominais em pacientes com COVID-19 sendo incluídos 36 artigos para análise. Foram relatadas inúmeras queixas gastrointestinais - náusea, vômitos, diarreia, anorexia. Vinte e um estudos pesquisaram alterações em imagem abdominal e dez encontraram espessamento de parede intestinal. Pneumatose intestinal foi descrita em seis pacientes. Concluíram que há um aumento crescente de manifestações radiológicas abdominais em pacientes com COVID-19.

Serão apresentados alguns casos de pacientes SARS-CoV-2 positivos com quadros abdominais de fenômenos trombóticos, com finalidades iconográficas.

CASO 5:

Paciente masculino, 70 anos. Deu entrada no hospital no 12º dia de início de sintomas gripais com quadro de palpitação. ECG: Fibrilação atrial (FA) com FC de 120 bpm. Zona inativa inferior. Apresentava ainda diarreia intensa há três dias. Internado por persistência da dor abdominal e com teste para SARS-CoV-2 positivo. TC de abdome (sem contraste) demonstrou densificação da gordura ao redor dos vasos mesentéricos, sendo inicialmente interpretado como paniculite mesentérica (Figura 10). Internado, persistiu com dor abdominal e episódios constantes de diarreia. Realizada Angio Ressonância Magnética do abdome (por ter contraindicações para realização de angioTC abdominal) que demonstrou falhas de enchimento nas veias porta e mesentérica superior, confirmando o diagnóstico de trombose portomesentérica (Figura 11).

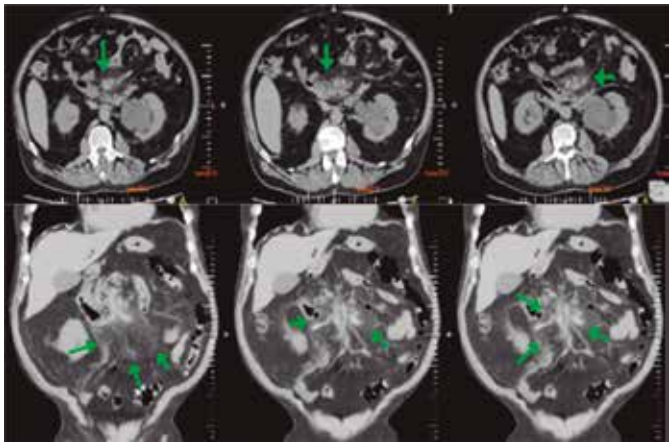


Figura 10: *TC de abdome no plano axial e reconstruções coronais demonstrando densificação gordurosa adjacente aos vasos mesentéricos (setas).*

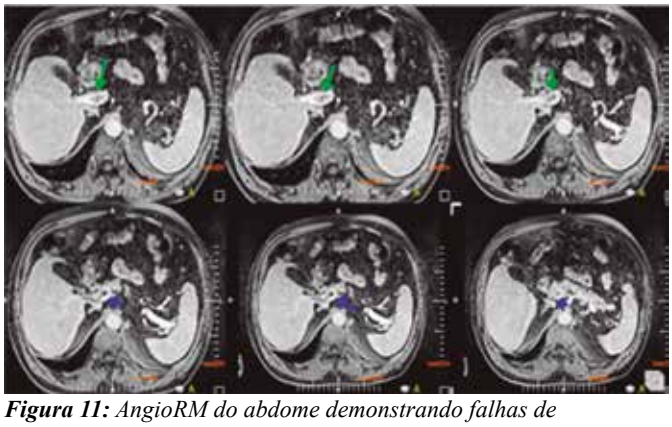


Figura 11: *AngioRM do abdome demonstrando falhas de enchimento na veia porta (seta verde) e na veia mesentérica superior (seta azul): Trombose portomesentérica.*

CASO 6:

Paciente do sexo masculino, 46 anos, reclamando de dor abdominal com irradiação lombar acompanhada de febre (4-5 dias), internado na Unidade de Cuidados Intensivos COVID. Realizou AngioTC do abdome que demonstrou presença de extensa trombose venosa (falhas de enchimento na veia cava inferior abaixo das veias renais, nas veias ilíacas, especialmente na veia ilíaca esquerda e veias do membro inferior esquerdo) (Figuras 12 e 13).

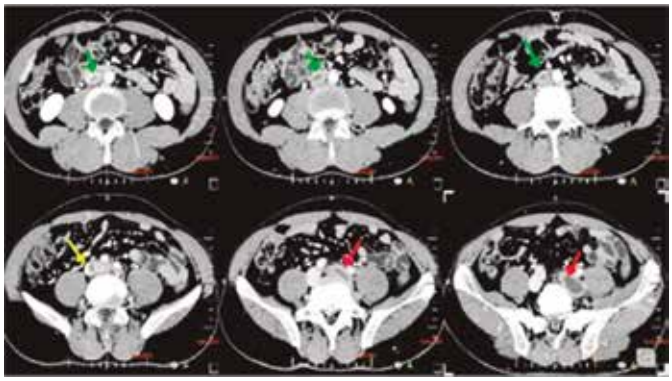


Figura 12: *AngioTC no plano axial: Falhas de enchimento (trombos) nas veias: cava inferior (seta verde), iliaca direita (seta amarela) e iliaca esquerda (seta vermelha).*

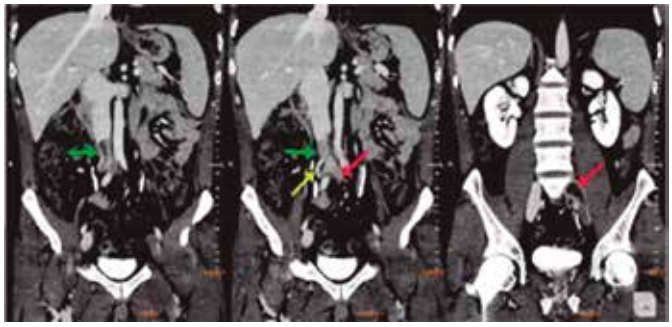


Figura 13: *AngioTC reconstruções coronais: Trombose nas veias: cava inferior (seta verde) iliaca direita (seta amarela) e iliaca esquerda (seta vermelha).*

CASO 7:

Paciente do sexo masculino, 40 anos. SARS-CoV-2 positivo. Internado em UTI apresentando intensa dor abdominal, D-dímero elevado. Apresentou trombose porta e isquemia hepática (Figura 14).

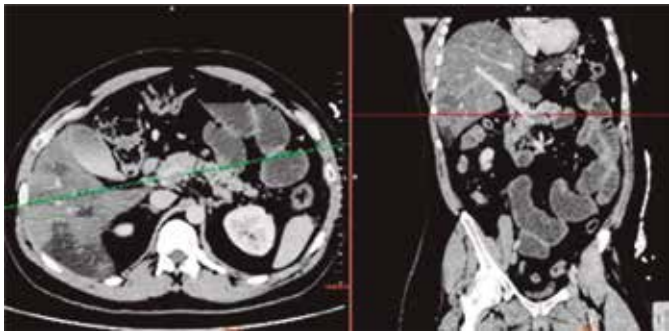


Figura 14: *AngioTC de abdome planos axial e coronal demonstrando falha de enchimento na veia porta e áreas hipodensas no parênquima hepático, a mais extensa e irregular no segmento VI do lobo direito (infartos). Nota-se ainda conteúdo denso com nível líquido no interior da vesícula biliar, sugerindo bile litogênica.*

CASO 8:

Mulher, 82 anos. Internada com quadro de insuficiência respiratória aguda, pneumonia por SARS-CoV-2 comprovada, apresentando choque séptico e insuficiência renal. Durante a internação em CTI desenvolveu importante distensão abdominal com TC demonstrando gás nas paredes do ceco (pneumatose intestinal) por lesão vascular parietal (Figuras 15, 16, 17).

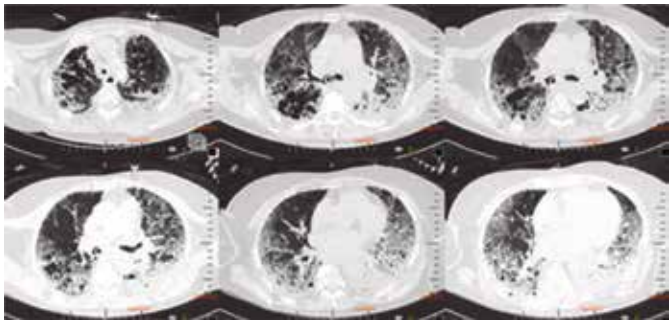


Figura 15: *TC de tórax com múltiplas áreas de atenuação em vidro fosco, pavimentação em mosaico e consolidações nos lobos inferiores, notadamente à esquerda.*

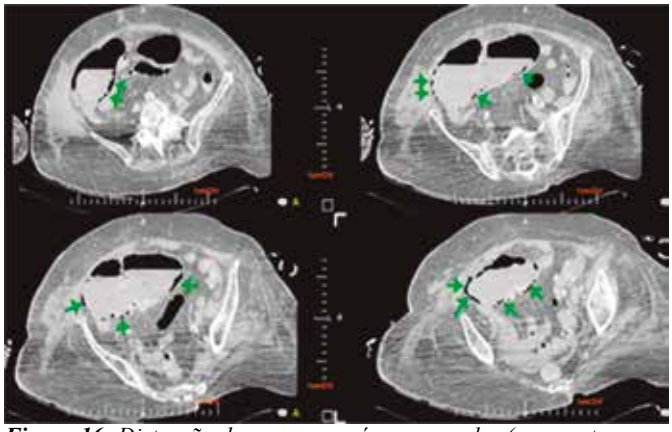


Figura 16: *Distensão do ceco com gás nas paredes (pneumatose intestinal): setas.*

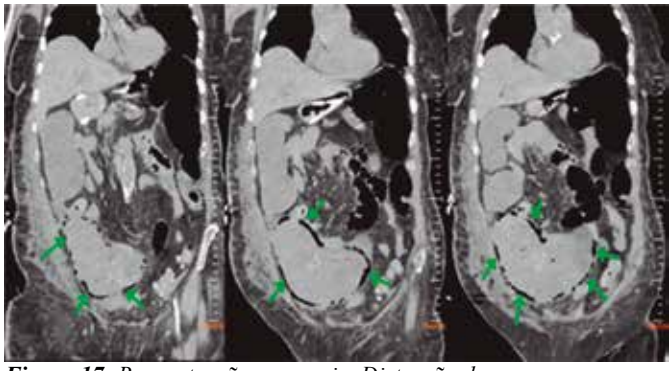


Figura 17: *Reconstruções coronais: Distensão do ceco com pneumatose intestinal (setas).*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma alta relação entre COVID-19, trombose arteriolar pulmonar e tromboembolismo pulmonar. Alta suspeita clínica de tromboembolismo associado a infarto pulmonar deve ser considerada, especialmente em pacientes com D-Dimero elevado e em casos onde a evolução clínica e radiológica das alterações pulmonares não é favorável. A AngioTC é um exame de grande importância nestes casos para confirmação diagnóstica de TEP e nos casos de suspeita de trombose portal ou mesentérica, quando houver quadro abdominal associado.

As características de imagem de trombose e isquemia me-

sentérica devido à COVID-19 são inespecíficas e de aparência semelhante àquelas vistas em outras condições. Entretanto, o conhecimento e a suspeita diagnóstica de alterações vasculares intra-abdominais em pacientes com COVID-19 com distensão abdominal e má evolução clínica é fundamental e pode contribuir para reduzir a mortalidade com o diagnóstico precoce.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Rouhezamin M R, Haseli S. Diagnosing Pulmonary Thromboembolism in COVID19: A Stepwise Clinical and Imaging Approach. Academic Radiology, Vol 27, No 6, June 2020. DOI:https://doi.org/10.1016/j.acra.2020.04.023.

2) Connors J M, Levy J H. COVID-19 and its implications for thrombosis and anticoagulation. BloodFirst Edition 27 April 2020. DOI 10.1182/blood.2020006000.

3) Xie Y, Wang X, Yang P, Zhang S. COVID-19 Complicated by Acute Pulmonary Embolism. RadiolCardiothorac Imaging. 2020 Apr 1;2(2):e200067. DOI: https://doi.org/10.1148/ryct.2020200067

4) Nauka P C, Oran E, Chekuri S. Deep venous thrombosis in a non-critically ill patient with novelCOVID-19 infection. Thrombosis Research. May 14, 2020DOI:https://doi.org/10.1016/j.thromres.2020.05.01

5) Kazi S, Malinowski A K, Othman M. The delights and perils of publishing, knowledge-sharing and critique during a pandemic: Observations from COVID-19 coagulopathie.Thromb Res. 2020 Aug;192: 37–39.Published online 2020 May 16. doi: 10.1016/j.thromres.2020.05.023

6) Vitali C, Minniti A, Caporali R, Papa N D. Occurrence of pulmonary embolism in a patient with mildclinical expression of COVID-19. Thrombosis Research. May 05, 2020. DOI:https://doi.org/10.1016/j.thromres.2020.05.002.

7) Wan Y, Shang J , Sun S , Tai W , Chen J , Geng Q , et al. Molecular mechanism for antibody-dependent enhancement of coronavirus entry . J Virol . 2020 ; 94 (5).pii: e02015 - 19.

8) Noschang J, Guimarães M D, Teixeira D F D, Braga J C D, Hochhegger B, Santana P R D P, Marchiori E. Novas técnicas no diagnóstico por imagem do tromboembolismo pulmonar. Radiol Bras. 2018 Mai/Jun;51(3):178–186. https://doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0191.

9) Dane B, Smereka P, Wain R, Kim D, Katz D. Hypercoagulability in Patients With Coronavirus Disease (COVID-19): Identification of Arterial and Venous Thromboembolism in the Abdomen,Pelvis, and Lower Extremities. JR Am J Roentgenol. 2021 Jan;216(1):104-105. doi:10.2214/AJR.20.23617. Epub 2020 Sep 22.

10) Bhayana R, Som A, Li MD, et al. Abdominal imaging findings in COVID-19: preliminary observations. Radiology 2020; 297:E207–E215 • https://doi.org/10.1148/radiol.2020201908

11) Barkmeier DT, Stein EB, Bojicic K, et al. Abdominal CT in COVID-19 patients: incidence, indications, and findings [published online ahead of print, 2020 Sep 19]. Abdom Radiol (NY). 2020;1-7.doi:10.1007/s00261-020-02747-5.

12) Shiralkar K, Chinapuvvula N, Ocazionez D. Cross-Sectional Abdominal Imaging Findings in PatientsWith COVID-19. Cureus. 2020;12(8):e9538. Published 2020 Aug 3. doi:10.7759/cureus.9538.

13) Seeliger B, Philouze G, Cherkaoui Z, Felli E, Mutter D, Pessaux P. Acute abdomen in patients with SARS-CoV-2 infection or co-infection. Langenbecks Arch Surg. 2020;405(6):861-866. doi:10.1007/s00423-020-01948-2.

14) Lui K, Wilson MP, Low G. Abdominal imaging findings in patients with SARS-CoV-2 infection: ascoping review [published online ahead of print, 2020 Sep 14]. Abdom Radiol (NY). 2020;1-7.doi:10.1007/s00261-020-02739-5.

15) Parry A.S, Wani A.H. and Yaseen M. Acute Mesenteric Ischemia in Severe Coronavirus-19 (COVID-19): Possible Mechanisms and Diagnostic Pathway. Acad Radiol. 2020 Aug; 27(8): 1190.Publishedonline 2020 May 23. doi:10.1016/j.acra.2020.05.016.

16) Lodigiani C, Iapichino G, Carenzo L, et al. Venous and arterial thromboembolic complications in COVID-19 patients admitted to an academic hospital in Milan, Italy. Thromb Res. 2020 Jul;191:9-14. doi:10.1016/j.thromres.2020.04.024. Epub 2020 Apr 23.

17) Escher R, Breakey N, L€ammle B. Severe COVID-19 infection associated with endothelial activation.Thromb Res 2020 Jun 1;190:62.Thromb Res 2020 Jun;190:62. doi: 10.1016/j.thromres.2020.04.01.

Sim! Nós temos um herói argentino

José Luis Reis Rosati*

Imaginemos a seguinte cena num dia de calor, no mês de dezembro, numa época em que não havia computadores nem celulares, onde a própria televisão ainda era incipiente por aqui. As atrações, portanto, eram muito mais restritas. Nesse dia desfila pela cidade uma bandinha tendo à frente um grupo de palhaços e, a seguir, vários personagens entre trapezistas, malabaristas e outros artistas de circo. E para maior encanto da garotada que a isso assistia impressionada, iam também animais, entre os quais uma linda girafa e elefantes. Esse cortejo anunciava o início da temporada de um circo que havia sido todo preparado e estava esperando a todos. Tinha o nome pomposo de Gran Circus Note-Americano. A notícia correu rápido e todos na cidade passaram a desejar muito estar lá e as crianças exerceram, como sabem bem fazer às vezes, um forte apelo para que os pais as levassem. Muitos cederam, e muitos outros também estavam ansiosos para ver o grande espetáculo.

No dia da estreia o toldo multicolorido já atraía a atenção. A meninada, seus pais e parentes numa tarde de um domingo, que tudo tinha para ser feliz, entravam maravilhados e tomavam lugar na plateia que rapidamente se encheu. O espetáculo começou e todos estavam atentos a tudo pois era um evento raro por ali. Em um determinado momento, quando os trapezistas se apresentavam alguém gritou – "fogo", e todos viram um elefante agitadíssimo abrir caminho pela porta principal e fugir. Nesse momento foi visto que era real e havia fogo se espalhando muito rapidamente pelo toldo, que era de material altamente inflamável. A multidão correu para a saída e formou-se o caos. Alguns conseguiram sair ilesos, muitos não. Abaixo do toldo havia um entrelaçamento de cordas, tal qual uma rede ou mesmo uma teia de horror, que desabou em chamas junto com o toldo, aprisionando quem tinha ficado para trás.

Num dia de dezembro há sessenta anos houve um desfile pelas ruas da minha cidade exatamente assim, seguido dessa tragédia, como está detalhadamente descrito no livro de Mauro Ventura, publicado quando dos 50 anos do ocorrido[1].

O saldo macabro foi de mais de quinhentos mortos, número incerto até hoje, e mais de 1000 queimados, em sua maioria crianças para maior dor e desespero geral. Dor essa que ultrapassou as fronteiras do país.

Chegamos então ao citado herói. Em Buenos Aires o Professor Fortunato Benaim, cirurgião plástico, tinha se especializado no tratamento de queimaduras e era um dos mais qualificados profissionais das Américas. Trabalhava num Hospital especializado nesse tratamento, o Instituto de Queimaduras de Buenos Aires. Havia ele tido a ideia de formar uma equipe volante, que pudesse auxiliar vítimas de incêndios por toda Argentina, e mesmo no exterior. A equipe estava recém-formada quando ele recebeu com consternação a notícia de um grande incêndio na cidade de Niterói. Conversou com a sua equipe e superiores e embarcou junto com ela para o Rio de Janeiro. A solicitação para isso partiu do Ministro da Saúde argentino. Sua equipe, que incluía outros cirurgiões, anestesistas e enfermeiras, embarcou num avião da Força Aérea argentina e vieram para o Rio de Janeiro, tendo realizado seu trabalho no Hospital Antônio Pedro, em Niterói. Ele e sua equipe tiveram uma atuação brilhante, segundo os testemunhos da época, trabalhando em carga horária exaustiva, quase não parando para alimentação, e praticamente com a roupa do corpo[2, 3].

Tendo ficado horrorizado com o que viu, trabalhou diuturnamente para salvar quem pôde, e verificando que as condições locais eram precárias, esforçou-se também para treinar equipes regionais que pudessem dar continuidade ao trabalho que iniciara.

A atuação dele e colaboradores causou forte impressão nos médicos que aqui trabalhavam, pela qualidade e empenho extraordinários. Após vários dias de exaustivas jornadas, salvando muitos pacientes e ajudando a confortar outros, retirou-se com sua brilhante equipe de volta para suas atividades em Buenos Aires.

Esse fato ficou praticamente esquecido durante meio século, até que a Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, ACAMERJ, quando cinquenta anos do horroroso evento tinham se passado e o assunto do incêndio do circo, de tão dolorosas recordações, era até evitado pelos moradores da cidade, resolveu fazer uma lembrança dos fatos e dos seus protagonistas, com uma homenagem muito bonita aos médicos e outros profissionais de saúde que ali atuaram. Em geral com grande sacrifício pessoal e em condições muito longe do ideal. Mas, mesmo assim, fizeram a diferença salvando e aliviando muitas vítimas, com dedicação heroica em muitos casos. Esses verdadeiros atos de heroísmo não foram só dos médicos e das equipes de saúde que em geral atuaram voluntariamente, mas também de outras pessoas fora dessa área, que se dedicaram numa verdadeira corrente de solidariedade para enfrentar as consequências de tamanho desastre. Tudo isso também está bem analisado no já citado livro[1]. E em relato pessoal de

** Titular da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – ACAMERJ. Professor Titular de Clínica Médica (Aposentado) da Universidade Federal Fluminense – UFF.*

quem estava de plantão nesta triste data[4].

Na área da cirurgia plástica, essencial para o tratamento das vítimas de queimaduras, se firmaram também equipes brasileiras, pelas suas qualidades técnicas, trabalho de liderança e coordenação[1, 4]. Não é o objetivo aqui citar nomes pois poderia esquecer alguns e isso seria imperdoável.

Para essa homenagem foi possível trazer, de Buenos Aires, o nosso herói argentino, então com 92 anos, mas que num resgate de memória histórico e emocionante, pôde ter o seu verdadeiro ato de heroísmo, desprendimento e solidariedade, que se estendeu além fronteiras, reconhecido e devidamente agradecido. Pôde ele ainda fazer uma emocionante visita ao Hospital Universitário Antônio Pedro, tendo ali sido também homenageado[5].

O Dr. Fortunato Benaim completou 100 anos em outubro de 2019 dizendo que essa idade o encontrou com vitalidade e cheio de planos, dividindo seu tempo entre seu trabalho na fundação Benaim[6,7], sua dedicação à família, em especial aos netos, fazendo trabalhos de carpintaria e sua paixão pela música. Diariamente toca piano. A música sempre foi muito importante na sua vida, pois quando jovem tocava violino nos intervalos de um cinema. Para auxiliar seus estudos médicos atuou numa famosa orquestra de tango de Buenos Aires.

No currículo do Dr. Benaim é citada a homenagem prestada pela ACAMERJ em 2011, o título de Cidadão Honorário do Estado do Rio de Janeiro e também de Cidadão Niteroiense[7].

Entre suas frases mais famosas selecionei a que ele enfatiza que devemos sempre estar prontos para um recomeço: "Não se envergonhe de ser prudente", tão importante na prevenção das lesões causadas pelo fogo[6].

Esse verdadeiro ato de heroísmo, esquecido por aqui durante várias décadas mas que pode, embora tardiamente, ser agradecido condignamente, deve permanecer como um símbolo dessa solidariedade tão necessária à construção da paz e de um mundo melhor. Especialmente para ressaltar a cooperação

Prof. Fortunato Benaim ao piano. Profissional com múltiplas habilidades

entre países vizinhos que possuem muitos problemas e possíveis soluções em comum.

Andraus, Joelma, Boate Kiss, Ninho do Urubu... Estávamos preparados? Só não podemos esquecer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ventura M. O espetáculo mais triste da Terra. 1a ed. Rio de Janeiro: Companhia das Letras; 2011.

2. Dr Alcir Vicente Visela Chácar , Presidente da ACAMERJ na época e idealizador das homenagens. Comunicação pessoal sobre a Sessão ocorrida em 30 de Maio de 2011 tendo sido relembrado o triste evento e feita homenagem aos Drs Ivo Pitangui e Fortunato Benaim, que se sobressaíram na atuação dos cuidados aos queimados

3. Chácar A. V. Associação Médica Fluminense. Mais de 100 anos de amor à Medicina. Niterói RJ: Texto e Café Comunicação.

4. Pinheiro, L.A.F. Lições de vida num ambiente de morte. Em Cantos Guardados. Niterói, Academia Fluminense de Medicina; 2009

5. https://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb – Homenagem prestada na Câmara legislativa em 2011 – discurso do Deputado Arolde Oliveira sobre o homenageado.

6. http://bibliotecamedicinauff.blogspot.com/2011/05/especialista-argentino-fortunato-benaim.html.

7. http://www.fundacionbenaim.org.ar/.

Arte médica em forma de poesia

"A questão da poesia da vida é mais importante do que a questão da felicidade."

Edgar Morin

Da busca à conquista da felicidade

Omar da Rosa Santos*

"Disce, puer, virtutem ex me verumque laborem"...
- E assim te vi crescer como homem para a vida...
Se te falta algo, ou se te sentes fraco porém,
cogita, pensa, descobre em ti a alma esquecida!

Tenho repetido: "o pior ingrato é o que esquece",
mais que o que nega o benefício... ou, que dissimula...
- Se te fogem o ânimo e a força... o que fenece...
... De pé! - Porque choras? - Eia! Tua fé te estimula.

Teu mal é tristeza que devora: melancolia!
[sabes que dizem que a cura está na farmacopeia]
- Qual nada! - Em ti é a cura; na fonte que te nutria!
Recorda! Põe-te a nu e recorre à Teodiceia...

Tudo jaz na biblioteca da tua memória,
ou ainda no antigo mapa da tua viagem
pelos chãos desta Terra: nave da tua história...
Lá vive o puro agasalho... velha mensagem...

De novo no reconforto... Reconcilia-te!
Contigo e co'o mundo... e rápido te venha o alento...
E, quando o amargo pesar vier... então ria-te!
Livras-te do mal e lança a amargura ao vento!

Na calma do lar... na alegria do olhar da criança,
e nos catalectos, dos mais simples aos mais profundos,
que o Criador envolva-te o espírito na lembrança,
na palinódia do peregrino, em poucos segundos!

Conserva teu livre arbítrio e sobrevive em paz...
Desfruta, na tua sina, a beleza da piedade...
- Vai! Por ti, hás de caminhar... só porque és capaz!
Por tanto, puer, alcançarás a Felicidade!

Suporta, com esperança, o que a Fortuna te traz
"Nihil admirari!" - E, na Providência, persevera...
No tranquilo descanso, a serenidade que apraz.
- Serenidade! Liberdade!... "libertas quae sera..."

Rio de Janeiro, 10/08/20
***Acadêmico Emérito da ACAMERJ**
Titular da ANM

Fique em casa?

Alcir Vicente Visela Chácar*

Aprisionado pelo vírus
Neste fim de ano,
Perdido, sem fanfarras...
"fique em casa"!
Sem abraços,
Beijos ou carinhos,
Tempo e espera...
Acorrentando homens,
Mulheres, crianças
E as liberdades.

Solto minhas amarras...
O meu navio parte...
Rumo ao desconhecido.
Na espuma do meu rastro,
Na busca do meu passado.
Do porvir perdido.
Sem medos,
Sem vírus
Sem guerras,

Sem fomes,
Solidários,
Com vidas plenas
COM DEUS!

***Acadêmico Emérito**
Ex-Presidente da ACAMERJ

Passeando na memória com amigos

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro*

A amizade mutuamente regada,
Por úteis chuvas leves da cumplicidade,
Não tem partida, ignora a chegada:
- Eterna! Pelos elos da sinceridade.

Os tempos passam velozes, o mundo muda!
Surpresas, tropeços, alegrias, tristezas...
A Humanidade clama, procura ajuda,
Em momentos de dúvidas, de incertezas.

Novas comunicações e novos costumes...
Renova a medicina e melhora a cura...
E eu parado cismo, curtindo a gresma:

-Na escuridão busco entrever os lumes
Que, titubeante, nessa louca procura,
Encontro na amizade, sempre a mesma!

Niterói, 12/11/21
***Acadêmico Titular**
Ex-Presidente da ACAMERJ

Cavalo Alado

Leslie de Albuquerque Aloan*

O meu cavalo alado foi embora
Deixou aqui suas asas para o encanto
De quem o viu voar

O meu imaginário foi-se agora
Deixou aqui um tempo pra pensar
Pra quem pensa que pode voar

Quem viu o imaginário voar
Vê no Homem as asas puras do pecado
Dileto pecador do encanto
De viver e de encantar

***Acadêmico Emérito da ACAMERJ**

Criança magrinha*

Thales Barbosa Pinheiro**

Criança
magrinha
sem graça,
de perna torta,
que passa
pela minha porta
e vai ligeirinha,
vai na carreira,
subindo a ladeira
como quem vai
subindo pro céu!

Onde foi tua graça
criança magrinha?
Fugiste da praça,
não vais a escola,
não jogas a bola,
não tens um brinquedo...

Onde está teu papai
há três anos sumido
de tão perseguido?
Deixou-te menina,
partiu sem destino,
qual foi o seu fim?
Responde pra mim:
Onde foi que teu pai se meteu?
- O homem comeu...

Teus dias de festa,
de canto e seresta,
a peteca, a roda, a cirandinha,
o pique, o bumba meu boi,
o Santo Natal,
a ladainha, o pão e o leite,
a luz do azeite
que brilhava mofina,
na lamparina!...
Onde foi tudo isto? Onde foi?
Responde menina,
tudo isto era teu...
- O homem comeu...

Tua vida, querida,
que fizeram da vida
gostosa, nascida
à beira do rio, à beira do mar...
Que fera maldosa
roubou - nos a rosa,
a fruta cheirosa,
do nosso pomar?
- O homem comeu...

Onde foi a beleza,
o riso, o viço, a pureza,
a ternura, a bondade,
o amor, a caridade
que o bom Jesus te deu?
- O homem comeu...

Para sempre, pois, seja maldito
o homem pequenito
que roubou teu riso e te deixou
sem pão.
Monstro que te fez sofrer,
que passou pela vida
sem te ver,
sem te afagar,
sem te estender a mão!

***Retirada do livro "90 poesias"**

****Poeta e médico mineiro**

Eleições para o Biênio 2022-2023

Ocorreram em 13 de outubro de 2021, no período das 10:00h às 17:00h, conforme Edital dirigido anteriormente aos Confrades e Confreiras, eleições diretas para Diretoria e Conselho Fiscal da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – ACAMERJ, com chapa única, comandada pelo Acadêmico Titular Antônio Luiz de Araújo.

A Comissão eleitoral foi composta pelos Acadêmicos José Dutra Bayão e Ciro Denevitz de Castro Herdy acompanhados, no momento da apuração, pelos Acads. Alcir Vicente Visela Chácar, Luiz José Martins Romêo Filho, Antônio Luiz de Araújo, Selma Maria de Azevedo Sias.

A Assembleia Geral Extraordinária apurou os votos ao final do pleito e teve como resultado 52 votos, sendo 2 em branco.

A ACAMERJ sente-se consagrada e agraciada ao finalizar mais um período eleitoral democrático e deseja aos eleitos um mandato sábio e proveitoso.

Sessão Solene Comemorativa de 47° Aniversário

Dia 17/12/21, com ínicio às 17:00h, a Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - ACAMERJ - revestiu-se de sucesso através de sua Sessão Solene Comemorativa de 47º aniversário de fundação com Homenagens de Acadêmico dos anos de 2020 e 2021 e Posse da nova Diretoria.

O Mestre de Cerimônia, Acad. Wellington Santos, fez as apresentações iniciais e convidou as seguintes autoridades para comporem a Mesa Diretiva: Acad. Luiz José Martins Romêo Filho (Presidente Triênio 2018-2021), Acad. Antônio Luiz de Araújo (Presidente eleito para o Biênio 2022-2023), Acad. Tarcísio Rivello de Azevedo (Diretor do Hospital Universitário Antonio Pedro) e Zelina Caldeira da Rocha (Presidente da AMF). Devido ao cenário pandêmico ainda persistente no país, a presença de Acadêmicos e

autoridades foi limitada.

O Presidente Luiz José Martins Romêo abriu o evento cumprimentando os presentes. A seguir, o Secretário Geral, Elimar Antônio Bittar, apresentou currículo dos Acadêmicos dos anos de 2020 e 2021, Wellington Santos e Mauro Geller, respectivamente. Feita entrega de medalha e diploma e os devidos agradecimentos de ambos, o Secretário passou para a transmissão de cargos da Diretoria, fazendo a leitura do Termo de Posse, havendo ainda a passagem de Medalha Presidencial ao Presidente eleito.

Os Acadêmicos Luiz Alberto Soares Pimentel (orador oficial), Luiz José Martins Romêo Filho e Acad. Antônio Luiz de Araújo fizeram breve uso da palavra. As esposas dos Presidentes atual e eleito, receberam buquê de flores em homenagem.

Ao final, o Presidente Antônio Luiz de Araújo encerrou a Solenidade convidando a todos para jantar de confraternização.

Mensagens dos presidentes da Acamerj

Acad. Luiz José Martins Romeo Filho – Presidente da ACAMERJ do Triênio 2019-2021

Coube-me a honra de presidir a Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro no triênio 2019-2021. Acompanharam-me nessa jornada os acadêmicos Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, Elimar Antonio Bittar, Vilma Duarte Câmara, Selma Maria Azevedo Sias, João Batista Thomaz, Theophilo José da Costa Neto, Wellington Santos, Rubens Antunes da Cruz Filho, Leslie de Albuquerque Aloan, Evandro Tinoco Mesquita, aos quais sou muito grato.

Nosso mandato, devido à COVID-19, foi ímpar em nossa história. O ano de 2019 seguiu seu curso normal. No alvorecer de 2020, o primeiro caso de COVID-19 foi reportado no Brasil, o que determinou a suspensão, pelas autoridades governamentais, de todas as atividades presenciais. Tivemos que realizar todas as atividades administrativas e científicas online, através dos meios de computação.

Nosso primeiro trabalho foi a reforma da Academia, tornando-a mais acolhedora e confortável para o trabalho e receber acadêmicos e visitantes, executadas com a colaboração financeira dos acadêmicos eméritos.

Três grandes acontecimentos marcaram o triênio 2019/2021: o Segundo Congresso Sul-Americano das Academias de Medicina e VI Conclave Brasil-Argentina (2019), a implementação do canal científico sobre COVID-19 (2020), o Terceiro Congresso Médico da Acamerj (2021).

O Segundo Congresso Sul-Americano das Academias de Medicina ocorreu em outubro de 2019, tendo como participantes a Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Acamerj), a Academia Nacional de Medicina, a Academia de Medicina de Buenos Aires-Argentina, e a Academia Chilena de Medicina. Os temas principais do Congresso, que obteve sucesso, foram: envelhecimento saudável, demências, arritmias cardíacas, atualização em cirurgia e diabetes melitus.

A implementação do Canal Científico sobre COVD-19, segunda grande realização do triênio, possibilitou a realização de palestras, proferidas por nossos acadêmicos, de maio de 2020 a setembro de 2021.

A terceira grande realização foi o Terceiro Congresso Médico da Acamerj, sob a presidência da Acadêmica Selma Sias, tendo como tema central COVID-19.

Visitamos dois núcleos, Nova Friburgo e Teresópolis, e empossamos 25 novos acadêmicos.

Citamos ainda as seguintes realizações: nova NOMINATA, reforma do ESTATUTO e do REGIMENTO, os ANAIS do triênio, seis números da REVISTA da ACAMERJ, concessão de Título de Benemerência aos Acadêmicos Alcir Vicente Visela Chácar, Elimar Antonio Bittar e Luiz Augusto de Freitas Pinheiro e concessão de Título de Acadêmico do Ano aos acadêmicos Selma Sias, Mauro Geller e Wellington Santos.

Pressagiando um futuro brilhante para a nova gestão, agradeço a Deus por me ter permitido deixar a Academia preparada para novos desafios.

Acad. Antônio Luiz de Araújo - Presidente da ACAMERJ do Biênio 2022-2023

Quando os sonhos começam a ser realizados, a energia propulsiva primitiva se renova e nos impulsiona para novos horizontes, é assim que me sinto.

Novos desafios, desbravando um mundo de montanhas, planícies, degraus, aclives, declives e por vezes oásis, para no crepúsculo, concluir que a contribuição foi realmente positiva, valeu a pena, como Fernando Pessoa disse: “tudo vale a pena quando a alma não é pequena”.

A área de gestão fica distante do sentido humanístico da arte de aliviar sofrimentos tão praticados pela medicina. Mas é de grande importância quando se trata da administração da ACAMERJ.

Para isso temos que contar com o apoio, dedicação e resiliência de confreiras e confrades participativos, como os que compõem a nossa diretoria e de todos os membros de nosso sodalício.

Queremos desenvolver: 1) Maior integração com os Núcleos Regionais; 2) Estabelecer parcerias com entes públicos e privados para maior crescimento da ACAMERJ; 3) Desenvolver diálogo com as Faculdades de Medicina de nosso Estado; 4) Promover diferentes e atrativas atividades científicas: Palestras; Minicursos; Simpósios; Metaanálises de Atualização de Temas da Saúde; Debates de inovação na medicina; Avanços tecnológicos nas diversas especialidades etc.; 5) Participação efetiva em necessidades sociais (indigência menstrual estudantil; fome; educação higiênico-sanitária básica; prevenção de doenças); 6) Diminuição da inadimplência acadêmica.

Confrades, gente com fome, sem higiene básica é gente doente. Temos parcela de responsabilidade social, por isso podemos e devemos agir.

Conclamo, portanto, participação de todos, com comprometimento, dedicação e diálogo.

Porque administrar, para mim, é desenvolver meios para divulgação ética e sólida de projetos que possam estabelecer crescimento de todos os envolvidos.

A Pandemia do novo coronavirus pode nos limitar, mas jamais nos impedirá de perseguimos nossos objetivos.

Com a mente cristã, coração repleto de sentimentos, mãos ativas e dispostas, assumimos o compromisso de levar, com planejamento, projetos para engrandecimento conjunto, no biênio 2022-2023.

Atividades de julho a dezembro

05 de agosto de 2021

XVII Jornada de Saúde Pública, promovida pela Sociedade Brasileira de Higiene e Saúde Pública-SOBRAHSP e Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro-ACAMERJ, com participação dos Acadêmicos Luiz José Martins Romêo Filho (Presidente da ACAMERJ), Adauto Dutra Moraes Barbosa (Diretor da Faculdade de Medicina da UFF), Waldenir de Bragança e Selma Maria de Azevedo Sias.

25 de agosto de 2021

Apresentação de monografias e currículos dos seguintes candidatos:

• Profª. Áurea Lucia Alves de Azevedo Grippa de Souza com o tema "Miocardite em crianças e adolescentes: o que aprendemos com a Covid-19";

• Prof. Hélio Rzetelna com o tema "Anticorpo anticitoplasma dos neutrófilos em doença inflamatória intestinal: frequência e correlações clínicas e laboratoriais";

• Prof. João Baptista Mascarenhas de Moraes Neto com o tema "Parkinson plus. Revisão sistemática. Um diagnóstico desafiador!";

• Prof. Rodrigo Schwartz Pegado com o tema "Cirurgia de retina em anemia falciforme: relato de caso cirúrgico".

22 de setembro de 2021

Sessão Solene de Posse de novos Acadêmicos, realizada virtualmente através da Plataforma Microsoft Teams, com início às 15:00 horas, dos seguintes Acadêmicos:

• Áurea Lucia Alves de Azevedo Grippa de Souza, como Acadêmica Titular na Cadeira de nº 72, patronímica do Acadêmico Alcir Vicente Visela Chácar;

• Hélio Rzetelna, como Acadêmico Titular na Cadeira de nº 22, patronímica do Professor Heitor Pereira Carrilho, com Ascensão a Membro Emérito do Acadêmico Ronald Souza Peixoto;

• João Baptista Mascarenhas de Moraes Neto, como Acadêmico Titular na Cadeira de nº 50, patronímica do Professor Vital Brazil, com Ascensão a Membro Emérito (in memoriam) do Acadêmico José Bullos Seba;

• Rodrigo Schwartz Pegado, como Acadêmico Titular na Cadeira de nº 33, patronímica do Professor José Tostes Campos, com Ascensão a Membro Emérito (in memoriam) do Acadêmico Hiram Silveira Lucas.

20 de outubro de 2021

Terceira Sessão Científica virtual sobre "Covid-19 e Demências", ministrada pela Acadêmica Professora Vilma Duarte Câmara.

10 de novembro de 2021

Assembleia Geral Ordinária (AGO), realizada às 15:00 horas de forma virtual para apreciação dos atos da Diretoria, do Relatório do Conselho Fiscal, do Diretor de Patrimônio e do Balanço das contas, preparação para a Solenidade do 47º aniversário e Homologação da Diretoria Eleita e do Conselho Fiscal

01 de dezembro de 2021

Sessão de Outorga de Medalhas de Mérito Médico e Benemérito, realizada às 18:00 horas de forma virtual, com entrega das seguintes homenagens:

Mérito Médico indicados pelos Núcleos Regionais:

• Medalha Acad. Giuseppe Mauro: Dr. Vitor Motta Carneiro (Campos dos Goytacazes)

• Medalha Peter Brian Medawar: Dr. Marco Antonio Liserre Garcia (Petrópolis)

• Medalha Acad. Antonio Jorge Abunahman: Dr. Gilmar de Oliveira Pacheco (Nova Iguaçu)

• Medalha Acad. Octavio Lemgruber: Dra. Margareth de Fátima Souza (Nova Friburgo)

• Medalha Acad. Renato Luiz Nahoum Curi: Dra. Zelina Maria da Rocha Caldeira (Niterói)

• Medalha Acad. Carlos Tortelly Rodrigues Costa: Dr. Paulo Tinoco (Itaperuna)

• Medalha Acad. Francisco de Almeida Pimentel: Dr. Rogério Cerqueira Garcia de Freitas (Região dos Lagos)

• Medalha Acad. Mário Duarte Monteiro: Dr. Robson Sobreira Pereira (Teresópolis)

Benemérito

Acadêmico Emérito Elimar Antônio Bittar e Acadêmico Titular Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Outorga de título de Honorário Nacional na ANM

Em reunião híbrida (presencial e virtual) a Academia Nacional de Medicina (ANM) outorgou título de Acadêmico Honorário Nacional aos Professores Eméritos da Universidade Federal Fluminense (UFF) Luiz Felippe Júdice e Luiz Augusto de Freitas Pinheiro.

A Solenidade, que contou com cerca de cento e oitenta participantes, foi presidida pelo Presidente desse Sodalício, Acadêmico Professor Rubens Belfort Júnior e os novos Honorários foram saudados pelos Acadêmicos Professores J. J Camargo e Omar da Rosa Santos.

O Acadêmico Camargo fez um breve resumo da vida do Acadêmico Luiz Felippe, destacando suas habilidades como cirurgião torácico e, também como artista ao piano.

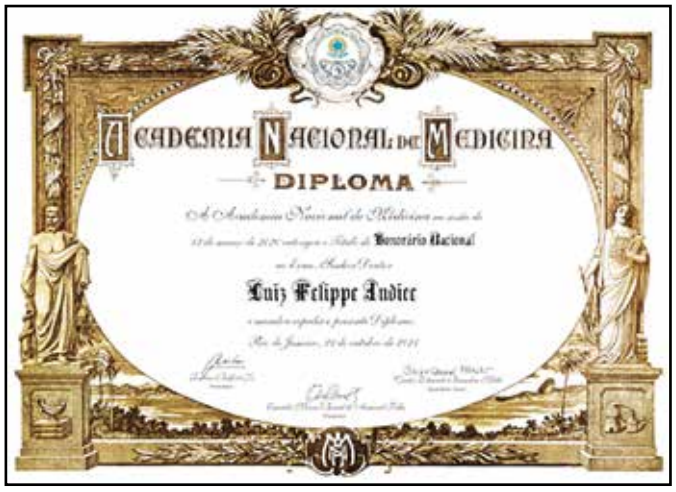
Já o Acadêmico Omar da Rosa Santos enalteceu a amizade

entre ele e o Prof. Luiz Augusto, desde os idos de 1961 quando se encontraram como acadêmicos de medicina no Pronto Socorro do Hospital Municipal Antonio Pedro. Amizade essa que perdura e é cada vez mais forte.

Agradecendo a homenagem e as palavras elogiosas de J. J Camargo, o Honorário Acadêmico Professor Luiz Felippe Júdice mostrou seu trajeto na cirurgia torácica, inclusive do coração e sua contribuição para o aperfeiçoamento da cirurgia da traqueia e fez vários agradecimentos, principalmente à família.

Por sua vez, o Acadêmico Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, dedicou a honraria a seu pai, poeta e médico em uma pequena cidade do interior de Minas Gerais onde exerceu a profissão por longos anos como único médico do município, enfrentando todo tipo de dificuldade.

Não esqueceu de homenagear também sua mãe, dedicada, amiga, proativa, um verdadeiro alicerce do lar. Sem esquecer de citar professores, colegas, amigos, parentes e seu núcleo familiar mais próximo – esposa, filhos e netos.



Lançamento de livros

Nosso ilustre e erudito Confrade Omar da Rosa Santos lançou, no segundo semestre de 2021, dois livros de sua lavra de tantos outros.
Vejamos, do próprio autor, o breve resumo de introdução aos mesmos.

Sorites e outros outeiros

Sorites, esta categoria polissilógica que encadeia as proposições, num ritmo quase musical, na qual o predicado numa torna-se o sujeito na seguinte, sucessivamente, até que na conclusão do pensamento o sujeito fecha o círculo uroboricamente como o sujeito de proposição inicial. Uma "rampa" paramatemática!

O texto caminha pelo Tempo; pela Melancolia; pelos Sonhos; pela Gratidão; pelas Virtudes; pela Loucura; pela Alma; pelo Ofício; pelas Analogias; pelos Símbolos; pelo Cativeiro; pela Profissão; pelos Rascunhos; pelos Mitos etc, buscando a conexão das ideias, encadeadas nas proposições, em ofertas poéticas dispostas em soros (sorites) que compõem feixes, montes, que circunscrevem as expectativas do raciocínio, sem recorrer a prodígios ou vertigens – quase sempre na conclusão, o sujeito inosculando-se no sujeito da proposição inicial... – Poucas vezes logrei o Sorites perfeito... o monte... a pilha... Por isto acrescento os Outros Outeiros, a que subo para melhor divisar esta sociedade bárbara!

Enquanto houver o louco, o poeta e o cativo, haverá a fantasia, o sonho e o amor! Enquanto houver os três, haverá a Esperança (Shakespeare). Espero não haver enlouquecido de vez...

(C/S) Eca & Meca

Na Espanha muçulmana Ceca era onde se cunhava a moeda e, também, prestava-se o culto a Meca, que todos deviam ir, ao menos uma vez na vida. – IR, de ceca a meca, entranha tal peregrinação.

No livro, caminho desde a posse de Maurício Ibrahim na ANM, sucedendo a Sergio Novis, peregrino pela posse de Ricardo Cruz, até a recepção de tantos, em tantos sodalícios; pelos Aniversários Acadêmicos; por palestras selecionadas; pelas renovações de Diretorias; por temas palpitantes; por Sessões de Saudades; pela suma de jornadas; pela rememoração de eventos; pelo louvor a alguns Acadêmicos; pela "grande injustiça" perpetrada contra Carlos Seidl; pela recepção ao Ministro Luiz Henrique Mandetta; por Sessões Acadêmicas conjuntas; por comemorações centenárias; por temas relativos à Pandemia de 1918 (Hespanhola); pela peregrinação no tempo, este juiz, testemunha, algoz, parceiro e confrade – Como os peregrinos de velha Espanha Mourisca, andei "de Ceca a Meca", ou como dizem com a degradação da língua, esta volúvel levada da breca, de Seca até Meca.

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 Romêo Filho

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

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

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

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

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

Diretorias deste sodalício,
Umas 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 progresso social,
Entre classes, sem atos restritivos.

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

Interlúdio
Refrão 3X

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