

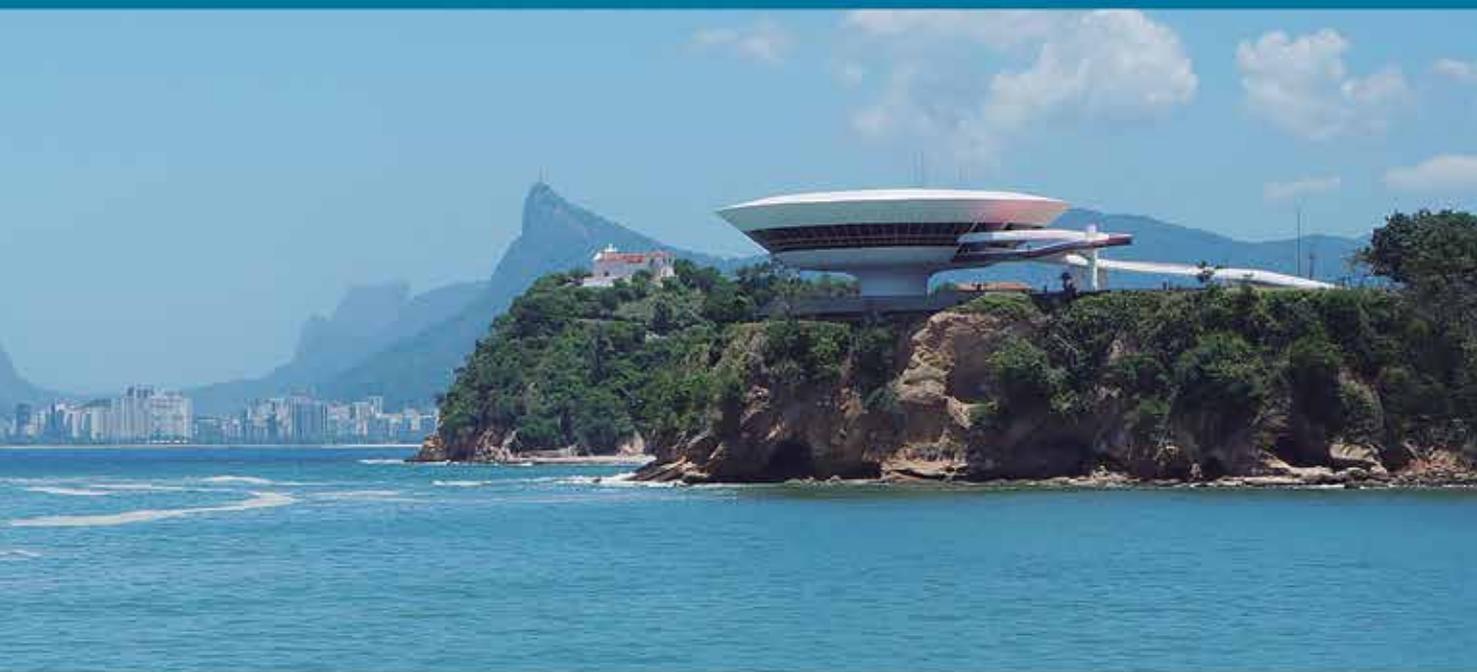


Academia de Medicina do  
Estado do Rio de Janeiro

**Revista da**

# ACAMERJ

Ano II - nº 03 - Janeiro-Junho/2017  
ISSN: 2525-9466



## INSTITUIÇÃO FINANCEIRA COOPERATIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.

A Unicred Niterói é uma instituição financeira cooperativa, regulamentada e autorizada pelo Banco Central do Brasil, que tem como principal objetivo a saúde financeira e bem-estar dos cooperados, com relacionamento próximo e assessoria adequada a cada perfil. O sistema Unicred é formado pela Unicred do Brasil, Unicred's Centrais e Singulares.

Na Unicred Niterói, o cooperado tem à sua disposição equipes especializadas em consultoria financeira, prontas para identificar e propor alternativas para a gestão dos seus recursos, oferecendo produtos e serviços que realmente atendam às suas necessidades nos diversos momentos da vida.

Nossos gerentes são certificados pela ANBIMA e capacitados para um atendimento personalizado e de qualidade.

Compare os benefícios de utilizar a Unicred como instituição financeira principal:

COOPERATIVA UNICRED	BANCO
Assessoria Personalizada	Atendimento em massa
Distribuição de sobras (resultados) entre os associados	Distribuição de lucros entre os acionistas
Cada um tem o direito a um voto, decidindo os rumos do negócio	Os rumos são definidos pelo capital
Taxas, tarifas e juros adequados ao seu perfil	Taxas, tarifas e juros superiores e às vezes abusivos
Produtos do mercado desenvolvidos para atender as suas necessidades	Produtos padronizados
Compromisso com o futuro do associado	Compromisso com o lucro dos proprietários
Administrada por cooperados com experiência em gestão e finanças	Administrados por executivos

## SOMANDO BENEFÍCIOS PARA VOCÊ!

### *Diferenciais*

- Menor Custo Operacional
- Produtos e Serviços Exclusivos
- Taxas Competitivas
- Atendimento Personalizado

### O cooperado também é dono.

Na Unicred o profissional da saúde não é só um cliente especial, é **DONO**. O capital é dividido em cotas, adquiridas pelos associados no ato da adesão e por aportes eventuais. Distribuição anual de sobras aos cooperados na proporção das suas operações financeiras com a cooperativa.



**Luiz Augusto de Freitas Pinheiro**  
Presidente da Acamerj

## Entusiasmo

Em geral, primeiro escreve-se u'a matéria (artigo, ensaio, relato, conto, crônica, poesia etc) para, posteriormente, apor-lhe um título. Ou seja, primeiro o conteúdo, depois o rótulo.

No caso deste Editorial, deu-se o inverso; inicialmente ocorreu-me o título e, em função dele, estou a elaborar o texto. Sendo ainda mais preciso, antes me aflorou um sentimento - **entusiasmo** -, razão do título, provocado por diversos acontecimentos positivos relacionados à ACAMERJ e à própria Revista, em dias próximos passados.

Em nossa última edição (Ano I – nº 02) escrevi Editorial por muitos considerado como “pesado”. Autor, não o julguei dessa forma. Considerei-o, em reflexões posteriores, elaborado em momento pessimista, de frustração.

Agora, olhando à distância, submetido a uma autocrítica, penso haver-me precipitado. Mas, o afoitamento, debito-o a uma boa causa:- a vontade de dedicar-me, da melhor forma, à Academia; tornar esta Revista eficiente, com bom nível de informação, agradável à leitura, atraindo a atenção de todos, principalmente dos Acadêmicos e Acadêmicas.

Após a tiragem do último número, tivemos um bom retorno, tanto da parte dos Confrades e Confreiras quanto de colegas médicos. Prova isso o fato de termos material quase completo para uma outra edição.

Emerge destarte, o **entusiasmo** - palavra legada pelos gregos - que significa: - “Um Deus interior”.

É com ele que pretendo realizar uma “contaminação para o bem”; transmitir esse sentimento a mais e mais pessoas, com a adesão imprescindível e valiosa de Confrades e Confreiras. Que não se pespegue a esta atitude o labéu de um romantismo doentio ou piegas, porém se lhe conceda o reconhecimento de uma racionalidade iluminista.

Em época de grandes e rápidas transformações no Brasil e no mundo, o conhecimento é o fulcro da alavanca que nos

impulsiona para o porvir, e nele exercerá grande influência. E por estar, necessariamente, em constante renovação, ressalta, de inegável relevância, a comunicação.

A ACAMERJ, e todos os órgãos médicos classistas, precisam se comunicar entre si e com toda a sociedade, pois as mudanças a todos afetam.

Posto dessa forma, esta Revista coloca-se como um dos veículos desse intercâmbio.

Este número, como os anteriores, contém dois trabalhos científicos de revisão. Um versando sobre Febre Amarela, que muito nos assustou em passado recente, e é sempre motivo de preocupação, por razões que o autor discute no texto, embora seja uma doença evitável através de vacinação apropriada.

Outro, sobre Tuberculose em Crianças Imunocompetentes, com os autores discutindo o Diagnóstico, principalmente usando Métodos de Imagem, e a importância dos mesmos para o encaminhamento terapêutico, mormente em momento de recrudescimento da doença no Brasil e em outras partes do planeta.

Na parte cultural contamos com um ensaio sobre o Ensino Médico, onde o autor expõe suas ideias, propondo soluções, e uma crônica sensível, bem elaborada, instigante, com um final surpreendente.

Na seção social e de eventos, continuamos, como habitual, noticiando a ACAMERJ, os Acadêmicos e entidades congêneres que conosco convivem.

E assim caminhamos, com esse Deus interior, sempre trabalhando e divulgando, prazerosamente, as atividades da Academia, na esperança de um contagiante efeito multiplicador, consoante a dois versos da poesia de meu pai:

“- E se é tão bom guardar como as formigas,  
é gostoso cantar como as cigarras!”



## Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Fundada em 08/12/1974  
Diretoria 2016-2017-2018

### Presidente

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

### 1º Vice-Presidente

Ciro Denevitz de Castro Herdy

### 2º Vice-Presidente

Hiram Silveira Lucas

### Secretário Geral

Elimar Antônio Bittar

### 1º Secretário

Wellington Santos

### 2º Secretário

Maria da Glória da Costa Carvalho

### 1º Tesoureiro

Honomar Ferreira de Souza

### 2º Tesoureiro

Pedro Luiz Pinto Aleixo

### Diretor de Patrimônio

Leslie de Albuquerque Aloao

### Diretor de Documentação e Biblioteca

Vilma Duarte Câmara

### Orador

Omar da Rosa Santos

### Conselho Científico

#### Presidente

Dr. Luiz José Martins Romêo Filho

#### Conselheiros

Alcir Vicente Visela Chácar

Evandro Tinoco Mesquita

Jocemir Ronaldo Lugon

Pietro Novellino

Salvador Borges Filho

Selma Maria de Azevedo Sias

#### Conselho Fiscal

Josemar da Silveira Reis

Paulo César Alves Carneiro

Theóphilo José da Costa Neto

Hélio Copelman

Mário Gáspare Giordano

Rubens Antunes da Cruz Filho

#### Revista da ACAMERJ

##### Editor Chefe

Solange Artimos de Oliveira

#### Conselho Editorial

Alair Augusto Sarmet dos Santos

Jocemir Ronaldo Lugon

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Maria da Glória da Costa Carvalho

Rubens Antunes da Cruz Filho

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.

### Produção Editorial:

#### LL Divulgação Editora Cultural Ltda

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

**Jornalista:** Verônica Martins de Oliveira - 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](http://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](mailto: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:

Acadêmica Solange Artimos de Oliveira

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

E-mail: [acamerj.secretaria@gmail.com](mailto:acamerj.secretaria@gmail.com).

Normas para publicação na Revista da ACAMERJ podem ser obtidas no seguinte endereço: [www.acamerj.org](http://www.acamerj.org)





## Editorial



### Entusiasmo

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Pág. 03

## Seções: Científica

### Febre Amarela

Sérgio Setúbal

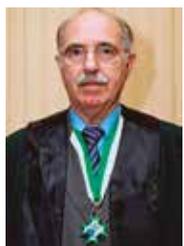
Pág. 07

### Tuberculose em Crianças Imunocompetentes: uma Breve Revisão com Ênfase na Utilização da Tomografia Computadorizada para o Diagnóstico

Teresa Cristina de Castro Ramos Sarmet dos Santos; Alair Augusto Sarmet M.D.dos Santos; Sérgio Setubal

Pág. 11

## Cultural



### O Ensino: Valorização das Faculdades de Medicina

Adalmir Morterá Dantas

Pág. 17

### Revelações tardias

Sidney Gomes

Pág. 19



## Social / Eventos

- Homenagens póstumas  
Acadêmico Emérito Miguel Ângelo D'Elia  
Prof. Dr. José Otílio Leite Machado  
Acadêmico Paulo Cesar Alves Carneiro
- Hildoberto Carneiro na ANM
- Nomeação

Pág. 21



- Reuniões apresentam programação 2017 da Acamerj
- Acadêmico Cláudio Chaves na ABE
- Reunião define preparativos para o II Congresso da Acamerj

Pág. 22



- Curso de Semiologia Cardiovascular

Pág. 23

- Acamerj e UFF promovem jornadas e um fórum
- Acamerj presta homenagem ao Acadêmico Roched Abib Seba
- Convênio Acamerj/ASPI-UFF

Pág. 24

- Sessões Ordinárias seguidas de palestras

Pág. 25



- Presidente da FBAM visita a Acamerj
- Reunião e jornada sobre diabetes em Nova Friburgo

Pág. 26





**QUALIDADE  
E DEDICAÇÃO  
AOS NOSSOS  
CLIENTES**

Nós da **Pharma New** trabalhamos com Medicamentos **Oncológicos**, **Hormônios**, **Neurológicos** entre outros que requeiram uso contínuo.



**Atendemos  
Médicos e  
Pacientes de  
todo o Brasil**

**MEDICAMENTOS  
ESPECIAIS COM  
ENTREGA RÁPIDA E  
ACONDICIONAMENTO  
ADEQUADO.**



**Ligue agora!  
021 3411-5489**

Av. Salvador Allende 6700 • Loja 183  
Recreio dos Bandeirantes • Rio de Janeiro • RJ  
CEP 22790-714 • [contato@pharmanew.com.br](mailto:contato@pharmanew.com.br)



# Febre Amarela

Sérgio Setúbal\*

## RESUMO

A febre amarela, o protótipo das febres hemorrágicas, é uma doença infecciosa aguda, não contagiosa, transmitida por mosquitos. A maior parte das infecções pelo vírus da febre amarela resulta em casos frustrados ou inteiramente assintomáticos. É uma zoonose de macacos da África e das Américas e, como tal, inerradicável. Pode acometer o homem que penetra o ambiente silvestre, mas, ocasionalmente, determina surtos urbanos, nos quais a transmissão se faz pela picada do *Aedes aegypti*, o vetor do dengue. O diagnóstico etiológico se faz pela detecção de anticorpos ou de antígenos virais, pela amplificação do genoma viral e pela cultura do vírus. Não há tratamento antiviral. A profilaxia se faz pelo controle do vetor e pelo emprego de uma vacina potente e relativamente segura.

**Palavras-chave:** Febre amarela. Vacina da febre amarela. Epidemiologia da febre amarela.

## ABSTRACT

Yellow fever, the prototypic hemorrhagic fever, is an acute, non-contagious infectious disease transmitted by mosquito bites. Most yellow fever virus infections result in incomplete or entirely asymptomatic cases. It is a zoonosis of monkeys of Africa and of the Americas and, as such, ineradicable. The disease may affect people who enter the forest, but occasionally causes urban outbreaks, where transmission is made by the bite of *Aedes aegypti*, the dengue vector. The etiological diagnosis is made by antibody or viral antigen detection, viral genome amplification and virus culture. There is no antiviral treatment. Prophylaxis is done by vector control and by the use of a potent and relatively safe vaccine.

**Key words:** Yellow fever. Yellow fever vaccine. Yellow fever epidemiology.

## INTRODUÇÃO

A febre amarela é uma doença infecciosa aguda, não contagiosa, transmissível pela picada de mosquitos. A maior parte das infecções pelo vírus da febre amarela resulta em casos frustrados ou inteiramente assintomáticos: para cada caso clinicamente manifesto, há entre sete a doze casos de infecção inaparente<sup>(1)</sup>. A febre amarela é o protótipo das febres hemorrágicas: cursa com febre, náuseas e vômitos, dor epigástrica, hepatite com icterícia, proteinúria, insuficiência renal e choque com múltipla falência orgânica. Os indivíduos de raça negra são mais resistentes à doença. A letalidade das formas graves varia de 20% (na África) a 60% (nas Américas). O vírus da febre amarela é o principal representante do gênero *Flavivirus*, da família *Flaviviridae*, ao qual pertencem também o vírus do dengue e Zika, entre outros.

## EPIDEMIOLOGIA

A febre amarela é, originalmente, uma zoonose de macacos africanos, que não desenvolvem a doença e constituem um reservatório inesgotável do vírus. A transmissão silvestre na África se dá pela picada de mosquitos silvestres como o *Aedes africanus* e *Aedes opok*. O homem adquire a infecção ao penetrar na mata. Ocasionalmente, um humano virêmico serve de fonte de infecção para o mosquito urbano *Aedes aegypti*, dando origem a grandes epidemias urbanas que, apesar da sua importância, logo cessam.

O vírus da febre amarela invadiu as Américas há cerca de 400 anos, trazido pelo tráfico de escravos. Disseminou-se inicialmente pelas cidades, como uma doença humana transmi-

tida pelo *Aedes aegypti* (também trazido da África), mas de algum modo acabou por acometer os macacos do novo mundo, dando origem a um desastre ecológico de grandes proporções, uma vez que é extremamente letal para os primatas americanos. Nas matas do novo mundo, o vírus é transmitido por mosquitos silvestres do gênero *Sabethes* e *Haemagogus*, que se criam em coleções de água na copa das árvores. Tal como na África, o homem é acometido ao invadir o habitat do vetor (desmatamentos, abertura de estradas etc.). As vítimas são, em geral, homens adultos, pela maior probabilidade de exposição. Registram-se a cada ano, no Brasil, cerca de 50 a 100 casos confirmados de febre amarela silvestre humana, mas provavelmente ocorrem muitos outros. Esporadicamente (como nos anos de 1937, 1938 e 1952), ocorrem surtos de 200 ou 250 casos humanos<sup>(2)</sup>, correspondentes, em geral, à expansão da área de transmissão silvestre entre primatas. Esta expansão depende, geralmente, de alterações climáticas que afetam a precipitação pluviométrica, elevam a temperatura ambiente e de desmatamentos que deslocam as populações de primatas. Nos anos recentes houve uma destas expansões e, a partir de dezembro de 2016, o número de casos confirmados no Brasil excedeu o recorde histórico, superando mais de 400 com 140 óbitos<sup>(3)</sup>.

A febre amarela inexistente na Ásia, na Austrália e nas ilhas do Pacífico, pois, de uma forma geral, ela poupa as áreas acometidas pelo dengue. A razão pela qual isto ocorre é incerta: questiona-se a existência de algum tipo de imunidade cruzada contra a febre amarela nas populações acometidas pelo dengue, cujo vírus pertence também à família *Flaviviridae*. Há,

\*Professor Associado de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Departamento de Medicina Clínica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense.  
**Endereço para correspondência:** Sérgio Setúbal - Serviço de Infectologia, Hospital Universitário Antonio Pedro. Rua Marques de Paraná, 303, 2º andar. Niterói, RJ. CEP: 24030.220.



entretanto, o temor de que a febre amarela se dissemine pelos grandes centros urbanos da Ásia e das ilhas do Pacífico, onde os níveis de infestação pelo *Aedes aegypti* são elevados<sup>(1,4)</sup>.

A febre amarela urbana diferencia-se da febre amarela silvestre apenas sob o aspecto epidemiológico, tratando-se da mesma doença, produzida pelo mesmo agente etiológico. Considera-se a urbana como inexistente no Brasil, sendo o último caso registrado no Acre, em 1942. O controle da forma urbana da febre amarela deveu-se à erradicação do vetor urbano, o *Aedes aegypti*, levado a cabo por volta de 1930<sup>(5)</sup>. Este mosquito, cujos criadouros são coleções artificiais de água, está altamente adaptado à vida urbana. A reinvasão, a partir dos anos 1970, das cidades brasileiras pelo *Aedes aegypti* justifica o temor quanto ao possível retorno das epidemias de febre amarela urbana em nosso país.

### QUADRO CLÍNICO

O período de incubação varia geralmente entre 3 a 6 dias. Estima-se que apenas 15 a 50% dos indivíduos infectados adoeçam, acometidos de febre, calafrios e cefaleia. Destes doentes, 75 a 85% recuperam-se ao final de dois ou três dias. Os restantes evoluirão com a febre amarela clássica, cuja letalidade entre nós é de 40% a 60%<sup>(6)</sup>.

A doença é classicamente dividida em três fases: infecção, remissão e "intoxicação".

O período de infecção tem início abrupto, com febre de 39 graus ou mais, cefaleia, dores musculares e articulares, congestão conjuntival e calafrios. O pulso pode ser mais lento do que o esperado dada a intensidade da febre (sinal de Faget). Quanto mais intensa é a febre, pior o prognóstico. Crianças com menos de cinco anos podem ter convulsões febris. Há notável proteinúria, que é um dos poucos sinais a sugerir febre amarela, nesta fase. A viremia é intensa, e é nesta fase que o indivíduo doente serve de fonte de infecção para os mosquitos<sup>(6,7)</sup>.

Ao final de três ou quatro dias tem início a segunda fase, de remissão, que pode durar até 48 horas. A maior parte dos pacientes se cura definitivamente neste momento, fazendo com que a primeira fase nunca seja reconhecida como febre amarela<sup>(6,7)</sup>.

Uns poucos infelizes (10% de todos os indivíduos infectados, ou 20% de todos os que desenvolvem qualquer sinal clínico) evoluirão para o terceiro período, o de "intoxicação", que, nos que sobrevivem, dura cerca de 3 a 8 dias. O período de "intoxicação" é anunciado pelo retorno da febre, agora acompanhada de sintomas digestivos: dor epigástrica, náuseas, vômitos e, às vezes, diarreia. É nesta fase que surge a icterícia que dá nome à doença, acompanhada de oligúria e sinais hemorrágicos. O fígado é o órgão mais acometido, mas há também envolvimento dos rins e do coração. Os sinais hemorrágicos se devem ao déficit da síntese hepática dos fatores de coagulação dependentes de vitamina K (hematêmese ou "vômito negro", melena, hematúria, metrorragia, equimoses, petéquias, gengivorragias e sangramentos nos locais de punção venosa). Há oligúria ou anúria, mas a diálise é, no

entanto, raramente necessária. Ao contrário do que ocorre nos casos de dengue grave, os sinais de fuga plasmática (ascite, derrame pleural) são incomuns. O liquor cefalorraquidiano é normal. No período de intoxicação já não há viremia, e os anticorpos estão presentes<sup>(6,7)</sup>.

### EXAMES COMPLEMENTARES

O hemograma mostra, desde o início, leucopenia (entre 1500 e 2500 leucócitos por microlitro) com linfocitose relativa. O hematócrito pode cair, devido aos sangramentos. A velocidade de hemossedimentação está muito baixa, e não incomumente tem valor zero. Ocorre plaquetopenia e alterações da coagulação. Estas últimas devem-se ao déficit da síntese hepática dos fatores da coagulação dependentes da vitamina K, com prolongamento dos tempos de protrombina e de tromboplastina parcial. A albuminúria, já presente no período de infecção, atinge níveis nefróticos no período de "intoxicação" (de 3 a 5 g/l, podendo chegar a 20 g/l). Nesta fase as aminotransferases se elevam francamente e, ao contrário do que ocorre nas hepatites virais, os seus níveis têm relação direta com o prognóstico. Os níveis de AST são superiores aos de ALT e nos casos fatais podem superar 2500 e 600 U, respectivamente. As bilirrubinas sobem moderadamente para valores entre 5 e 10 mg/dl. A fosfatase alcalina está geralmente normal. Os níveis de uréia sobem e os de creatinina podem chegar a 8 ou 10 mg/dl. O sedimento urinário está alterado, mas não tem valor diagnóstico. O liquor cefalorraquidiano não se altera<sup>(6,7)</sup>.

### DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

O diagnóstico etiológico da infecção se faz pela demonstração da resposta humoral, pela detecção de antígeno viral, pela amplificação do genoma viral, pelo isolamento do vírus e pelo estudo histopatológico do fígado.

A demonstração da resposta humoral tem como base a detecção por ELISA de anticorpos IgM, logo presentes na primeira semana. As reações cruzadas com o dengue ou com infecções por outros flavivírus são extremamente comuns, e podem inviabilizar o diagnóstico em regiões onde estas infecções (p. ex., dengue) coexistem com a febre amarela. Além disso, a resposta de anticorpos IgM pode ser insignificante no indivíduo previamente infectado por outro flavivírus. Por outro lado, os anticorpos IgM que surgem após a febre amarela podem persistir por um ano ou mais, estando presentes em um paciente acometido de outra virose<sup>(1)</sup>.

Tal como ocorre com o dengue, a febre amarela pode ser diagnosticada pela detecção da proteína não-estrutural 1 (NS1) durante a viremia<sup>(1)</sup>.

A amplificação do genoma viral por RT-PCR quantitativa é o método diagnóstico laboratorial mais acurado. É rápido e capaz de detectar o vírus mesmo quando este existe em quantidades tão pequenas como uma ou dez partículas por mililitro. Há métodos de amplificação isotérmica e colorimétricos automatizados, que podem ser utilizados em situação de campo<sup>(1)</sup>.



Se a primeira amostra de soro for colhida nos primeiros três dias de doença, pode-se tentar o isolamento do vírus. O isolamento pode também, ocasionalmente, fazer-se em fragmentos de tecido hepático obtidos por ocasião do óbito. Dois sistemas são utilizados, a cultura de células ou a inoculação intracerebral em camundongos e hamsters. Há várias linhagens celulares susceptíveis ao vírus da febre amarela, mas as células Vero e as células C6/36 de *Aedes albopictus* são as mais empregadas, pois nelas os vírus se replicam rápida e abundantemente, produzindo um efeito citopático no qual sua presença é confirmada por anticorpos monoclonais<sup>(1)</sup>.

A biópsia hepática está contraindicada, em virtude do risco de sangramento<sup>(7)</sup>. Quando realizada, mostra o infiltrado inflamatório típico da febre amarela, composto de células T auxiliares e citotóxicas, células "natural-killer" e raríssimos polimorfonucleares e plasmócitos. A resposta é intensa nas áreas portais, moderada na região mediozonal e escassa na região centrolobular. Os corpúsculos de Councilman da febre amarela, outrora tidos como patognomônicos da febre amarela, nada mais são que hepatócitos que sofreram apoptose, o principal mecanismo de destruição celular na febre amarela<sup>(1)</sup>.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A leptospirose é também doença de início agudo, com febre e mialgias. Tem caráter bifásico e cursa com icterícia e insuficiência renal. A distinção em bases clínicas pode ser difícil. A VHS elevada, a neutrofilia com desvio e, principalmente, as transaminases pouco elevadas falam a favor de leptospirose.

O dengue é indistinguível de febre amarela em suas fases iniciais. A icterícia é, entretanto, bem mais rara no dengue.

As malárias, com ou sem icterícia, devem ser obrigatoriamente excluídas (o que é facilmente feito pela realização de distensões sanguíneas seriadas), mesmo se o diagnóstico de febre amarela estiver confirmado, tendo em vista a possibilidade de concomitância das duas doenças. A anemia, sem hemorragias importantes, a esplenomegalia e as transaminases baixas falam a favor da malária.

As hepatites virais que têm início mais agudo (A e E) podem confundir-se com a febre amarela. Geralmente não há comprometimento renal. O diagnóstico de certeza exige a detecção dos marcadores séricos das hepatites virais.

### CONDUTA TERAPÊUTICA

Não há tratamento antiviral. A conduta consiste basicamente na reposição da volemia e das perdas sanguíneas pelo uso de Ringer-lactato e de plasma fresco. A vitamina K pode ser utilizada. Recomendam-se a sucção nasogástrica, com o fim de reduzir a distensão gástrica; o uso endovenoso de bloqueadores da bomba de prótons, para reduzir a acidez estomacal e evitar os sangramentos gástricos; e o pronto tratamento das infecções secundárias com antibióticos. A resposta à reposição volêmica e aos vasopressores é má nos casos graves<sup>(6)</sup>.

### PROFILAXIA

A obtenção da vacina da febre amarela, cultivada em embrião de galinha, foi um feito notável da medicina. Sem ela, a ocupação do território, o comércio exterior e o desenvolvimento econômico dos países tropicais teriam sido muito mais difíceis. Seu uso extensivo no Brasil e no restante dos trópicos mostrou que a vacina é segura e potente. No entanto, nos últimos anos, verificou-se a ocorrência de doença invasiva disseminada pelo vírus vacinal em indivíduos aparentemente saudáveis, especialmente idosos, resultando em alta letalidade<sup>(8)</sup>.

A vacina utilizada no Brasil é de vírus vivo atenuado, da variedade 17-D, pouco encefalitogênica, mas termolábil, exigindo refrigeração. O vírus vacinal multiplica-se no local da inoculação (subcutânea) e nos órgãos linfóides do indivíduo vacinado. Deve ser aplicada em indivíduos com mais de oito meses de idade e com menos de 60 anos que vivem em (ou visitam) áreas onde há atividade do vírus. Está indicada também para técnicos de laboratório que trabalham com o vírus. O fato de ser encefalitogênica impede a vacinação de crianças pequenas e idosos. É extremamente potente e uma única aplicação provavelmente imuniza para toda a vida, ainda que diluída a um quinto da dose habitual, o que pode ser feito para poupar o suprimento de vacinas<sup>(1)</sup>. Os anticorpos decorrentes da vacinação reagem contra antígenos conformacionais (da estrutura quaternária) do envelope viral e surgem em 90% dos vacinados em dez dias, e em 100% após 30 dias. A replicação do vírus vacinal é contida pela forte resposta inata que surge em decorrência da vacinação. Indivíduos com déficit desta resposta podem ser vítimas da visceralização da vacina, que dá origem a um quadro clínico semelhante ao da febre amarela grave, extremamente letal. Até 2016, cerca de 60 casos já tinham sido descritos<sup>(9)</sup>. Entre 2007 e 2012 a taxa notificada de incidência de visceralização foi, entre nós, de 0,06 por 100 mil doses<sup>(8)</sup>. É provável que, num futuro próximo, a vacina atenuada, de vírus vivo, venha a ser substituída por uma vacina inativada, menos eficaz, porém mais segura<sup>(1)</sup>.

Provavelmente, por todas estas razões, e embora a vacina conste do calendário vacinal para crianças e adolescentes, a prioridade no momento (junho de 2017) repousa na vacinação da população dos municípios atingidos pela expansão da área de epizootia, regiões em que a vacinação já pode ser feita a partir dos seis meses (caso em que as crianças deverão ser revacinadas posteriormente, pois a vacina não é tão eficaz em crianças pequenas). Até março de 2017, cerca de 17 milhões de doses da vacina tinham sido distribuídas para os estados de Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo, Bahia e Rio de Janeiro<sup>(3)</sup>.

Ela deve ser aplicada em crianças entre seis e oito meses apenas se extremamente necessário. Cada caso será avaliado individualmente. O mesmo se pode dizer das gestantes e nutrízes (o vírus vacinal é transmissível ao lactente pela amamentação), dos pacientes HIV-positivos com contagens de linfócitos CD4+ abaixo de 500/microlitro (ou abaixo de 24% nas crianças com menos de seis anos de idade)<sup>(10)</sup>.



A vacina é formalmente contraindicada: 1- nas doenças do timo associadas a anormalidades da imunidade celular; 2- na infecção pelo HIV quando há sintomas, quando a contagem de linfócitos CD4+ é menor que 200 por microlitro, ou quando o percentual de linfócitos CD4+ é menor que 15% em crianças menores de seis anos de idade; 3- nas imunodeficiências primárias; 4- nas neoplasias malignas; 5- nos pacientes que receberam transplantes; 6- na imunossupressão por radioterapia ou fármacos<sup>(10)</sup>.

O controle da febre amarela silvestre é impossível, e o único recurso contra ela é a vacinação da população humana exposta. A febre amarela urbana pode ser controlada pelo combate aos vetores urbanos, benéfico também pela redução da incidência de outras doenças por eles transmitidas, como zika e chikungunya.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monath TP, Vasconcelos PFC. Yellow fever. J Clin Virol. 2015;64:160–73.
2. Benchimol JL. Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada (Rio de Janeiro, RJ: Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos : Editora Fiocruz). 2001.
3. Brasil. Informe Especial sobre Febre Amarela no Brasil No1/2017.
4. Hanley KA, Monath TP, Weaver SC, Rossi SL, Richman RL, Vasilakis N. Fever versus fever: The role of host and vector susceptibility and interspecific competition in shaping the current and future distributions of the sylvatic cycles of dengue virus and yellow fever virus. Infect Genet Evol. 2013;19:292–311.
5. Wermelinger ED, Carvalho RW. Methods and procedures used in Aedes aegypti control in the successful campaign for yellow fever prophylaxis in Rio de Janeiro, Brazil, in 1928 and 1929. Epidemiol Serv Saude. 2016;25:837–44.
6. Marfin AA, Eidex RB, Monath TP 71. Yellow Fever. In Tropical Infectious Diseases: Principles, Pathogens & Practice, R.L. Guerrant, D.H. Walker, and P.F. Weller, eds. (Philadelphia: Churchill Livingstone), pp. 797–812. 2006.
7. Monath TP. Yellow fever: an update. Lancet Infect Dis. 2001;1:11–20.
8. Martins RM, Leal MLF, Homma A. Serious adverse events associated with yellow fever vaccine. Hum Vaccin Immunother. 2015;11:2183–87.
9. Thomas RE. Yellow fever vaccine-associated viscerotropic disease: current perspectives. Drug Des Devel Ther. 2016;10:3345–53.
10. Staples JE, Gershman M, Fischer M, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Yellow fever vaccine: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2010;59:1–27.

# Homenagem

## *Dr Fortunato Benaim*

Membro da Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Membro Honorário da ACAMERJ, Título de Cidadão Niteroiense e do Estado do Rio de Janeiro - 2011.

Homenagem da ACAMERJ, referente à sua atuação no atendimento às vítimas de queimaduras do incêndio do Gran Circo Norte Americano em Niterói - 17/12/1961, por ocasião do V Conclave Médico Argentina-Brasil, a ser realizado dias 02 e 03 de novembro de 2017, em Buenos Aires.





# Tuberculose em Crianças Imunocompetentes: uma Breve Revisão com Ênfase na Utilização da Tomografia Computadorizada para o Diagnóstico

Teresa Cristina de Castro Ramos Sarmet dos Santos<sup>1</sup>; Alair Augusto Sarmet M.D.dos Santos<sup>2\*</sup>; Sérgio Setubal<sup>3</sup>

## RESUMO

Atualmente a tuberculose é considerada a doença infectocontagiosa mais frequente em todo o mundo em crianças imunocompetentes e suas manifestações têm aumentado nos últimos anos. O subdiagnóstico gera atraso no tratamento e facilita o desenvolvimento de complicações, inclusive extra-torácicas. Por esta razão realizamos uma revisão de aspectos clínicos e diagnósticos da tuberculose em crianças imunocompetentes dando ênfase aos Métodos de Diagnóstico por Imagem, com foco nas principais complicações.

**Palavras-chave:** Tuberculose. Diagnóstico. Radiografia do tórax. Tomografia Computadorizada. Complicações.

## ABSTRACT

Tuberculosis is considered the most common infectious disease worldwide, and its manifestations in immunocompetent children have increased in recent years and may be underdiagnosed, leading to delayed initiation of treatment and development of complications, including extrathoracic complications. We reviewed the clinical and diagnostic aspects of tuberculosis in immunocompetent children, with an emphasis on the Diagnostic Imaging, reporting the main complications of this disease.

**Key words:** Tuberculosis. Diagnosis. Chest X-Ray. Computed Tomography. Complications.

## INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A tuberculose é considerada hoje a doença infectocontagiosa mais frequente em todo o mundo, estimando-se que 3,1 milhões de crianças abaixo de 15 anos estão infectadas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), crianças com tuberculose representam 10% a 20% de todos os casos de tuberculose do mundo<sup>(1)</sup>. Os lactentes, em especial os recém-nascidos, são os que estão sob maior risco quando expostos a uma fonte contaminante, o que torna extremamente importante o tratamento da tuberculose ativa na gestante<sup>(1-3)</sup>.

A tuberculose pulmonar em crianças tem uma baixa carga bacilar e as escavações são consideradas pouco frequentes<sup>(1,3,4)</sup>, sendo a linfonodomegalia o achado radiológico mais característico. As anormalidades parenquimatosas habituais são a consolidação alveolar e as opacidades lineares intersticiais<sup>(3-5)</sup>.

Espera-se, com esta revisão, contribuir para aprimorar o diagnóstico, pela descrição dos Métodos de Diagnósticos por Imagem, notadamente da Radiografia Convencional e da Tomografia Computadorizada (TC), revendo os dados descritos na literatura, em crianças imunocompetentes acometidas de tuberculose, e descrevendo suas complicações.

## REVISÃO DA LITERATURA

### Tuberculose pulmonar em lactentes e escolares

A incidência de tuberculose infantil varia de acordo

com faixa etária, raça e comorbidades. Um estudo brasileiro estimou uma incidência, por faixa etária, de 11 casos por 100.000 habitantes em menores de cinco anos, de seis casos por 100.000 habitantes em crianças entre cinco a nove anos e de 26 casos em crianças entre 10 a 19 anos<sup>(6)</sup>. Nesta população, a doença pode ser subdiagnosticada, em vista da similaridade da apresentação clínica com a de outras infecções oportunistas, além da dificuldade de confirmar o diagnóstico através de culturas<sup>(2,7)</sup>.

Dada a dificuldade em demonstrar o bacilo nos espécimes clínicos da criança, o diagnóstico de tuberculose-doença tem se fundamentado em evidências clínicas, epidemiológicas e radiológicas, associadas à interpretação do teste tuberculínico, ainda que a confirmação microbiológica da presença do agente infeccioso deva ser feita sempre que possível<sup>(8)</sup>.

Os achados radiológicos mais comuns são linfonodomegalias, opacidades persistentes e/ou atelectasias que não melhoraram após o uso de antibióticos<sup>(8)</sup>. Nos adolescentes, o padrão radiológico é semelhante ao do adulto<sup>(5)</sup>.

Crianças em contato com familiares tuberculosos, com sintomatologia ambígua, nos quais nem o teste tuberculínico nem as radiografias de tórax contribuem para o diagnóstico, uma TC que demonstre linfonodomegalias características já justifica o início do tratamento antituberculose<sup>(9)</sup>.

1. Médica Radiologista do Serviço de Radiologia HUAP/UFF e do Centro de Imagens do Complexo Hospitalar de Niterói (CHN). Mestre em Ciências Médicas pela UFF.

2. Acadêmico Titular da ACAMERJ. Prof. Associado e Chefe do Serviço de Radiologia da HUAP/UFF. Coordenador Geral do Centro de Imagens CHN e da Proecho/Niterói.

3. Prof. Associado do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da UFF.

\*Autor correspondente - End: Av. Geraldo de Mello Ourivivo 348/31, Cambinhoas, Niterói, RJ. Tel: (21)99843562. Email: alairsarmet@globom.com





## ETIOLOGIA, TRANSMISSÃO E PATOGÊNESE

A tuberculose é transmitida pelo ar contaminado pelo *M. tuberculosis* em 95% dos casos. A maioria das crianças é infectada por contatos intradomiciliares, particularmente pelos pais ou cuidadores padecentes de tuberculose. A transmissão a crianças tem sido documentada em 30 a 40% dos casos, mesmo quando o adulto em questão é paucibacilífero, isto é, tem a baciloscopia do escarro negativa<sup>(8)</sup>.

A presença de grandes lesões pulmonares escavadas é o mais importante fator determinante do poder infectante, já que, nestas lesões, a grande concentração de oxigênio permite a intensa multiplicação dos bacilos, fazendo com que o indivíduo se torne uma importante fonte de contaminação do meio ambiente<sup>(1,5)</sup>.

Quando comparada com as radiografias convencionais, a TC de tórax é mais sensível em detectar as escavações que podem ocorrer em pacientes pediátricos. O grau do envolvimento pulmonar é outro importante fator, já que a extensão destas lesões está relacionada à carga bacilar, à intensidade e à frequência da tosse, e ao número de cavidades que podem determinar a propagação do bacilo. Em casos raros, uma localização não pulmonar da doença com alto poder infectante, como a forma laríngea, pode se tornar a fonte da disseminação<sup>(3,5)</sup>.

## DESENVOLVIMENTO DA INFECÇÃO

Do ponto de vista da saúde pública, distinguem-se três estágios básicos da infecção tuberculosa no paciente pediátrico: exposição, infecção e doença. No entanto, pode se tornar difícil diferenciar estes estágios, em razão de vacinação prévia e consequente reatividade à prova tuberculínica<sup>(1)</sup>.

Quando a doença é controlada pelo sistema imunológico do hospedeiro, os bacilos que já se disseminaram pela corrente sanguínea podem manter-se inativos nos pulmões ou em outros órgãos por meses ou anos; nestes casos, a única evidência da infecção é um teste tuberculínico positivo<sup>(1)</sup>. Estes bacilos podem, no entanto, ser reativados mais tarde, na vida adulta, para dar origem à tuberculose pós-primária. Mesmo durante as fases iniciais, o local da infecção pulmonar (foco de Ghon) e os linfonodos adjacentes (que juntos formam o complexo primário) podem aumentar de tamanho e evoluir para necrose e calcificação, o que é demonstrável em radiografias<sup>(5)</sup>.

A tuberculose pulmonar primária em crianças oscila desde uma infecção assintomática até uma tuberculose progressiva primária grave. A tuberculose primária caracteriza-se, em geral pela ausência de sinais durante a avaliação clínica. As apresentações assintomáticas são mais comuns entre crianças em idade escolar (80% - 90%), que entre crianças com menos de um ano de idade (40% - 50%)<sup>(1)</sup>.

A tuberculose primária pulmonar progressiva apresenta sinais clínicos clássicos de pneumonia. As linfonodomegalias inflamatórias promovem, algumas vezes, erosão da parede brônquica, liberando material caseoso para o interior das vias aéreas, o que resulta em disseminação broncogênica<sup>(1)</sup>.

O foco de Ghon é o primeiro local de progressão da doença. Quando não é imunologicamente contido, o que ocorre

especialmente nos lactentes, nos pré-escolares<sup>(3,5)</sup> ou nos imunocomprometidos, evolui para uma escavação parenquimatosa com disseminação intrabrônquica e consolidações broncopneumônicas<sup>(10,11)</sup>.

Os linfonodos regionais podem comprometer as vias aéreas por compressão extrínseca. Isto pode determinar uma obstrução parcial com efeito valvular que, por sua vez, conduz à hiperinsuflação. Havendo obstrução total, ocorrerá colapso alveolar<sup>(10,12)</sup>.

Linfonodos que se rompem para o interior das vias aéreas determinam disseminação intrabrônquica (doença linfobrônquica), consolidações alveolares (forma alérgica e/ou caseosa) e broncopneumônicas, que podem evoluir com necrose caseosa, escavação e novas disseminações intrabrônquicas, dando origem a um novo ciclo de consolidações pneumônicas<sup>1, (10-12)</sup>.

Também comum são os linfonodos doentes afetarem as vias aéreas subjacentes, por compressão extrínseca ou infiltração da parede, resultando em estenose brônquica, bronquiectasias ou colapso brônquico com atelectasias segmentares, lobares ou de todo o pulmão<sup>(10)</sup>.

A tuberculose pulmonar pós-primária e crônica é a que surge mais de um ano após a infecção primária. Deve-se, em geral, a uma reativação endógena dos bacilos remanescentes da disseminação subclínica, que ocorreu durante a infecção primária, ou à inalação de novos bacilos (reinfecção exógena)<sup>(10)</sup>. Ocorre principalmente em adolescentes e envolve preferencialmente o ápice, o segmento posterior dos lobos superiores e o segmento apical dos lobos inferiores<sup>(10)</sup>.

## COMPLICAÇÕES

Após a infecção primária, as crianças abaixo de cinco anos podem apresentar tuberculose primária disseminada, que se manifesta sob a forma de doença miliar ou de meningoencefalite antes mesmo que o teste cutâneo de tuberculina seja positivo. Estas complicações, além de precoces, são as de maior letalidade.

O aumento dos linfonodos hilares e mediastinais pode resultar em colapso brônquico. Em alguns casos, as linfonodomegalias causam erosão dos brônquios, com alterações da parede brônquica que caracterizam a tuberculose endobrônquica. Esta cursa com disseminação broncogênica e obstrução total ou parcial dos brônquios, que, por sua vez, podem determinar uma hiperaeração obstrutiva de um segmento ou de todo um lobo. Este achado é, no entanto, menos frequente nos pacientes pediátricos, ao passo que as escavações, bronquiectasias e o enfisema bolhoso são ocasionalmente observados, com ou sem pneumotórax associado. A progressão do componente parenquimatoso primário leva ao aumento da área caseosa e pode determinar pneumonia, atelectasia e aprisionamento aéreo. As fistulas bronco-esofágicas, as estenoses das vias aéreas e a doença endobrônquica também podem advir desta complicação inicial<sup>(11)</sup>.

O derrame pleural é mais comum em crianças mais velhas, sendo raro em lactentes e crianças pequenas<sup>(3)</sup>. Raramente se associa à tuberculose miliar<sup>(1,10)</sup>.





Quando sobrevêm a disseminação bacilar, podem surgir complicações relacionadas à tuberculose intestinal, como perfuração do intestino delgado, obstruções, fistulas enterocutâneas e distúrbios absorptivos.

São outras complicações possíveis: derrame pericárdico (nos casos iniciais), pericardite constrictiva (nos casos crônicos) e paraplegia devida à infecção da coluna vertebral.

As complicações extrapulmonares (linfonomegalias periféricas, tuberculose miliar, meningite tuberculosa, tuberculose óssea e envolvimento dos outros órgãos já citados) são mais frequentes em crianças que em adultos e resultam da disseminação do bacilo através do sistema circulatório e linfático.

## DIAGNÓSTICO

Embora seja principalmente bacteriológico em adultos, o diagnóstico de tuberculose ativa na criança é geralmente epidemiológico e indireto<sup>(1)</sup>. Dada a dificuldade em se demonstrar o *Mycobacterium tuberculosis* nos espécimes clínicos da criança, o diagnóstico da tuberculose-doença tem se fundamentado em bases clínicas, epidemiológicas e radiológicas, associadas à interpretação do teste tuberculínico, embora o isolamento do agente infeccioso deva ser tentado sempre que possível. O teste tuberculínico e a radiografia de tórax estão indicados em toda criança com suspeita de tuberculose.

## AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DOENÇA

O diagnóstico da tuberculose infantil ancora-se em critérios clínicos e permanece um desafio. Até o momento, não foram incorporadas à prática pediátrica as novas abordagens diagnósticas (testes moleculares ou culturas em meio líquido) que vêm sendo utilizadas na avaliação da tuberculose entre adultos, devido à grande variabilidade da acurácia e à baixa positividade neste grupo etário<sup>(13,15-18)</sup>. Em 2002, o Ministério da Saúde incluiu no Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose um sistema de pontuação com o objetivo de auxiliar o diagnóstico da tuberculose pulmonar em crianças com baciloscopia negativa nos serviços de baixa complexidade, especialmente em nível ambulatorial. Este sistema foi atualizado em 2014. Algumas vezes os pacientes são identificados pelo teste tuberculínico positivo associado a manifestações alérgicas, como eritema nodoso e conjuntivite flictenular<sup>(1,11)</sup>.

Em trabalho de Santos e cols.<sup>(8)</sup>, os principais sintomas foram febre e tosse, sendo que a febre estava presente na maior parte dos pacientes (84%) e a tosse em 58%. Houve perda de peso em 44% dos pacientes, mas a sudorese noturna foi registrada em somente 24%. Neste mesmo trabalho, o padrão radiológico mais frequente foi o de consolidação pulmonar (51,5%), seguido do derrame pleural (24%) e da associação de ambos (15%). Havia linfonomegalias hilares em três pacientes (9%), mas os pacientes incluídos neste estudo tinham, em sua maioria, mais de dois anos de idade.

Casos de pneumonia com evolução lenta ( $\geq 2$  semanas), sem resposta a antimicrobianos são também suspeitos de tuberculose pulmonar<sup>(8)</sup>.

O teste tuberculínico pode produzir resultados falsos-ne-

gativos em 10% dos infectados ou com doença tuberculosa. Consequentemente, embora haja tratamento disponível, a tuberculose persiste como um problema de saúde, dadas as dificuldades de diagnóstico<sup>(9)</sup>. Na prática diária, o diagnóstico é feito através do esquema de escores da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, como consta no Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil - 2010<sup>(14,15)</sup>, e nos Quadros 1 e 2. No Quadro 1 é apresentado um sistema de contagem para o diagnóstico de tuberculose na infância, que não se aplica a revacinados com BCG e no Quadro 2, são apresentadas as medidas de corte para o PPD.

**Quadro 1** - Sistema de contagem para o diagnóstico de tuberculose na criança. Diagnóstico de tuberculose pulmonar em crianças e adolescentes negativos à baciloscopia.

Quadro clínico-radiológico		Contato com adulto tuberculoso	Teste tuberculínico	Estado nutricional
Febre ou sintomas como: tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento, sudorese > 2 semanas	Adenomegalia hilar ou padrão miliar Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado > 2 semanas Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado > 2 semanas Evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos por germes comuns.	Próximo, nos últimos 2 anos	> 5mm em não vacinados com BCG; vacinados $\geq 2$ anos; imunossuprimido ou $\geq 10$ mm vacinados < 2 anos	Desnutrição grave
Assintomático ou com sintomas < 2 semanas	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo < 2 semanas			
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos	Radiografia normal	Ocasional ou negativo	0-4 mm	

**Fonte:** Brasil<sup>(14)</sup>. pts = pontos. Esta interpretação não se aplica a revacinados com BCG. Interpretação: Maior ou igual a 40 pontos: diagnóstico muito provável; 30 a 35 pontos: diagnóstico possível; Igual ou inferior a 35 pontos: diagnóstico pouco provável.

**Quadro 2** - Medidas de corte para o diâmetro do teste tuberculínico cutâneo (PPD), conforme as recomendações do Center for Disease Control and Prevention da Academia Americana de Pediatria.

= 5 mm	= 10 mm	= 15 mm
Contato com casos infecciosos com ou sem sintomas.	Crianças originadas de países com alta prevalência.	Crianças $\geq 5$ anos e adultos sem fatores de risco.
Radiografia do tórax anormal compatível com tuberculose.	Moradores de abrigos e instituições públicas.	
Co-infectado com HIV ou imunossuprimido.	Contatos próximos com adultos ou adolescentes alto risco.	
Tuberculose prévia.	Alto risco para disseminação de tuberculose: pacientes imunocomprometidos (linfoma, DM, desnutridos, doença de Hodgkin).	
Evidência clínica de tuberculose ativa.	Crianças < 5 anos.	

**Fonte:** Palomino et al<sup>(1)</sup>.



## AVALIAÇÃO PELOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

Os achados radiográficos sugestivos de tuberculose pulmonar em crianças incluem: 1- adenomegalias hilares e/ou paratraqueais; 2- pneumonias de evolução lenta com qualquer aspecto radiológico, associadas a adenomegalias mediastínicas que podem escavar durante a sua evolução e 3- infiltrados nodulares difusos (padrão miliar).

No estudo de Santos e colaboradores<sup>(8)</sup>, 63% dos pacientes apresentaram alteração radiológica, sendo o padrão de consolidação pulmonar o mais frequente (51%). Em 15%, esse achado associou-se ao derrame pleural, possivelmente porque esse estudo fez-se com pacientes hospitalizados e supostamente mais graves. É importante considerar que uma percentagem não desprezível de pacientes pode cursar com radiografia de tórax normal<sup>(8)</sup>.

Nas crianças, o aspecto mais comum da radiografia de tórax é o de uma tuberculose primária, com opacidades persistentes e/ou atelectasias que não melhoram após o uso de antibióticos<sup>(8)</sup>.

Na infecção primária assintomática, a radiografia de tórax pode ser normal ou mostrar apenas uma imagem compatível com granuloma. Na tuberculose-doença primária, ocorrem outros sinais e sintomas ou anormalidades radiológicas. Nas crianças esta distinção, do ponto de vista clínico, não é tão clara, pois a doença geralmente progride a partir de uma infecção primária assintomática. Na prática, mais de 50% dos pacientes pediátricos podem permanecer assintomáticos, com anormalidades sutis nas radiografias de tórax<sup>(1)</sup>.

A tuberculose pulmonar primária em lactentes e pré-escolares manifesta-se de forma diferente da observada nos escolares e crianças maiores. É mais sintomática e apresenta maior risco de complicações sistêmicas como meningite e tuberculose miliar, que podem surgir antes mesmo que os testes cutâneos sejam positivos<sup>(1,3)</sup>. Por estas razões, o emprego da TC é importante para agilizar o diagnóstico<sup>(4)</sup>, esclarecer a patogenia<sup>(4,5)</sup> e fornecer informações adicionais, quase sempre omitidas nas radiografias de tórax<sup>(3,4,5,9,19,20)</sup>. A TC é considerada a modalidade de escolha para a pesquisa de linfonomegalias torácicas, sendo responsável pela sua detecção em até 60% dos casos de tuberculose em que as radiografias de tórax são normais<sup>(2)</sup>.

Em um estudo tomográfico de 17 crianças com até 12 meses de idade, realizado por Kim e colaboradores<sup>(3)</sup>, observaram-se consolidação e linfonomegalias mediastinais em 100% dos pacientes, 59% dos quais com apresentação pseudotumoral, 41% com áreas de necrose e 29% com escavação de permeio à consolidação. Em 41% havia disseminação broncogênica. Calcificações parenquimatosas foram observadas após seis meses de evolução, durante o tratamento. Ainda neste estudo, a TC forneceu informações adicionais que não poderiam ser obtidas apenas com as radiografias de tórax: a presença de linfonomegalias mediastinais, linfonomegalias com necrose central, calcificações linfonodais, detecção de estenose brônquica distal, evidências de envolvimento pleural,

espessamento pericárdico e detecção de lesões extratorácicas no fígado, baço e rins, em pacientes com nódulos pulmonares disseminados. Em quatro pacientes, o diagnóstico de tuberculose foi aventado apenas depois que a TC de tórax mostrou linfonomegalias volumosas com necrose central<sup>(3)</sup>.

Em relação às calcificações detectadas pela TC, sejam parenquimatosas, sejam linfonodais mediastinais, a literatura as descreve apenas durante o acompanhamento dos pacientes em tratamento<sup>(3,19)</sup>. No entanto, Marais e colaboradores<sup>(12)</sup> referem a possibilidade de aparecimento mais precoce em crianças pequenas, podendo-se, então, correlacionar a sua presença à resposta imunológica e ao tempo de evolução da doença. As calcificações, porém, estão mais comumente associadas à instituição da terapia específica e o seu surgimento após o tratamento pode ser usado como mais um critério positivo para o diagnóstico de tuberculose.

A linfadenite tuberculosa é o tipo mais frequente de tuberculose extrapulmonar. A tuberculose dos linfonodos superficiais afeta mais comumente os submandibulares e cervicais anteriores, que aumentam de tamanho em um contexto de doença febril prolongada<sup>(11)</sup>. A importância das linfonomegalias na tuberculose levou alguns autores a procurarem uma correlação entre a presença de linfonodos hilares e mediastinais e o aumento dos periféricos, como, por exemplo, os axilares. Theron & Andronikou<sup>(20)</sup> estudaram a possível existência desta correlação. A presença de qualquer linfonomegalia axilar teve sensibilidade de 73,9% e especificidade de 33,3% na detecção de linfonomegalia mediastinal. A bilateral mostrou sensibilidade de 50% e especificidade de 55,6%.

Outras modalidades de imagem têm adquirido importância. A tomografia de emissão de pósitrons com fluor-18-desoxi-glicose pode diferenciar lesões tuberculosas ativas de inativas, sendo, portanto, útil no acompanhamento do tratamento, já que as imagens tomográficas e radiográficas podem persistir muito tempo, impedindo o controle da involução. O consumo de glicose, neste contexto, se deve à atividade de macrófagos e neutrófilos na lesão<sup>(21)</sup>.

Também a ultrassonografia do mediastino pode detectar as linfonomegalias mediastinais e hilares de pacientes pediátricos com radiografias de tórax normais, apesar da exiguidade das janelas (fúrcula esternal e espaços intercostais). Esta modalidade de exame não implica em radiação nem necessita sedação. Os novos aparelhos de ultrassom, capazes de produzir imagens de alta qualidade, podem revolucionar o diagnóstico de tuberculose pulmonar e extrapulmonar à beira do leito<sup>(22)</sup>.

## CONTROLE RADIOLÓGICO PÓS TRATAMENTO

Nas crianças em tratamento antituberculoso, as radiografias de tórax devem ser obtidas no momento do diagnóstico e repetidas apenas um a dois meses após o início do tratamento<sup>(1)</sup>. Quando o diagnóstico das complicações se faz mediante TC<sup>(20)</sup> deve ser realizado o controle cuidadoso com TC de alta resolução, seguindo o princípio ALARA (As Low As Reasonably Possible) da Sociedade Americana de Radiologia Pediátrica,



que representa a adesão obrigatória ao princípio de manter tão baixas quanto possíveis as doses de radiação a que os pacientes são expostos<sup>(23,24)</sup>.

Quando os resultados são satisfatórios, não é necessário repetir as radiografias de tórax ou as tomografias até o fim do tratamento planejado. As radiografias de tórax são pouco úteis para assegurar o sucesso do tratamento, pois a maior parte das crianças com linfonodomegalias atribuídas à tuberculose terão alterações radiológicas durante um período que varia de um a três anos, mesmo após tratamento completo. Por esta razão não é necessário que a radiografia de tórax seja normal antes de interromper o tratamento. Se a melhora clínica ocorreu após seis meses de tratamento, os fármacos podem ser interrompidos e as radiografias repetidas em intervalos de seis a 12 meses, até que as imagens permaneçam estáveis<sup>(1)</sup>.

## CONCLUSÕES

Com o aumento da prevalência da tuberculose, é necessário que o radiologista e o pediatra estejam atentos para o achado das lesões descritas em lactentes imunocompetentes, correlacionando-as com os dados da história familiar e com outros exames de imagem como a TC. Isto é necessário para que o diagnóstico de tuberculose possa ser aventado e a terapêutica específica adequada instituída o quanto antes, com o fim de promover o desaparecimento destas lesões e a melhora dos outros sinais clínicos e também para evitar as complicações sistêmicas, cujas sequelas podem ser irreversíveis.

A TC de tórax tem indicação nos casos em que a radiografia de tórax é normal, tem interpretação duvidosa ou quando há possibilidade de complicações locais ou sistêmicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palomino JC, Leão SC, Ritacco V. From basic science to patient care. *Tuberculosis*. 2007;16:525-58.
2. Andronikou S, Wieselthaler N. Modern imaging of tuberculosis in children: thoracic, central nervous system and abdominal tuberculosis. *Pediatric Radiology*. 2004;34:861-75.
3. Kim WS, Choi J, Cheon JE, Kim IO, Yeon KM, Lee HJ. Pulmonary Tuberculosis in Infants: radiographic and CT Findings. *AJR*. 2006; 187:1024-33.
4. Jeong YJ, Lee KS. Pulmonary tuberculosis: Up-to-date Imaging and management. *AJR*. 2008; 191:834-44.
5. Griffith-Richards SB, Goussard P, Andronikou S, Gie RP, Przybojewski J, Strachan M, Vadachia Y, Kathan DL. Cavitating pulmonary tuberculosis in children: correlating radiology with pathogenesis. *Pediatric Radiology*. 2007; 37:798-804.
6. Sant'Anna CC, Mourgues LV, Ferrero F, Balanzat AM. Diagnosis and treatment of tuberculosis in children-an updated review of an old problem. *J Pediatr*. 2002; 78 Suppl 2:S205-14.
7. Peng SSF, Chan PC, Chang YC, Shih TTF. Computed tomography of children with pulmonary Mycobacterium tuberculosis infection. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2011; 10:744-9.
8. Santos BA, Moehlecke M, Amaral IP, Amaral RH, Scatolin I, Ranieri T, Simionato BM, Berger TA. Tuberculose infantil: estudo retrospectivo. *Revista HCPA*. 2011;31:296-302.
9. Uzum K, Karahan O, Dogan S, Coşkun A, Topcu F. Chest

radiography and thoracic computed tomography findings in children who have family members with active pulmonary tuberculosis. *EJR*. 2003; 48:258-62.

10. Daltro, P, Nunez-Santos, E. Pediatric Tuberculosis. In: Lucaya J, Strife JL, Bar-Ziv J. *Pediatric Chest Imaging: Chest Imaging in Infants and Children*, Berlin: Springer-Verlag, 2002;129-42.

11. Skevaki CT, Kafetzis DA. Tuberculosis in neonates and infants; epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, and management issues. *Paediatr Drugs*. 2005;7:219-34.

12. Marais BJ, Ge RP, Schaaf HS, Starke JR, Hesseling AC, Donald PR, et al. A proposed radiological classification of childhood intra-thoracic tuberculosis. *Pediatric Radiology*. 2004;34:886-94.

13. Matos TP, Kritski AL, Ruffino Netto A. Epidemiological aspects of tuberculosis in children and adolescents in Rio de Janeiro. *J Pediatr (Rio de Janeiro)*. 2012;88:335-40.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 284 p.

15. Arbex AM, Varella MCL, Siqueira HR. Drogas antituberculose: Interações medicamentosas, efeitos adversos e utilização em situações especiais. Parte 1: Fármacos de primeira linha. *J Bras Pneumol*. 2010;36:626-40.

16. Campos H. Diagnóstico da tuberculose. *Pulmão (Rio de Janeiro)*. 2006; 15:92-9.

17. Bonington A, Strang JI, Klapper PE, Hood SV, Rubombora W, Penny M, et al. Use of Roche AMPLICOR Mycobacterium tuberculosis PCR in Early Diagnosis of Tuberculous Meningitis. *J Clin Microbiol*. 1998; 36:1251-4.

18. Chou PC, Wang CH; Huang CD; Lo YL; Lee KY; Yu CT, et al. Nucleic acid amplification test and bronchoscopy improve the diagnostic accuracy of smear-negative tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2012; 16:1674-9.

19. Pereira B, Macedo S, Nogueira R. Aspectos tomográficos da consolidação lobar na tuberculose pulmonar primária. *Radiol Bras*. 2009; 42:109-13.

20. Theron S, Andronikou S. Comparing axillary and mediastinal lymphadenopathy on CT in children with suspected pulmonary tuberculosis. *Pediatr Radiol*. 2005;35:854-8.

21. Vorster M, Sathekge MM, Bomanji J. Advances in imaging of tuberculosis: the role of 18F-FDG PET and PET/CT. *Curr Opin Pulm Med*. 2014;20:287-93.

22. Bélard S, Andronikou S, Pillay T, Grobusch MP, Zar HJ. New imaging approaches for improving diagnosis of childhood tuberculosis. *S Afr Med J*. 2014;104:181-2.

23. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III Brazilian Thoracic Association Guidelines on Tuberculosis. Comissão de Tuberculose da SBPT1, Grupo de Trabalho das Diretrizes para Tuberculose da SBPT2. *J Bras Pneumol*. 2009;35:1018-48.

24. Willis CE, Slovis TL. The ALARA concept in pediatric CR and DR:dose reduction in pediatric radiographic exams – A white paper conference Executive Summary. *Pediatr Radiol*. 2004; 34(Suppl 3): S162–S164.

# NOVO COMPLEXO DE EMERGÊNCIAS DO CHN.

## SEIS EMERGÊNCIAS, PORQUE VOCÊ SÓ TEM UMA VIDA.



Estruturas completas, independentes, com equipe médica especializada 24 horas.  
Um complexo de emergências dentro do maior complexo hospitalar do estado do Rio. Simples assim.



(21) **2729-1000**  
chniteroi.com.br  
Rua Marquês de Olinda, 29 - Centro - Niterói

Qualidade Internacional Certificada:



Complexo, para valorizar a vida. Simples assim.



# O Ensino: Valorização das Faculdades de Medicina

Adalmir Morterá Dantas\*

A importância que a ciência assumiu nesta Era de Descobrimento Científico, como instrumento de domínio político ou desbravamento de regiões inóspitas, pode ser salientada por alguns fatos relevantes que vêm ocorrendo no mundo. Alguns desses acontecimentos são deploráveis e traduzem, antes, o grau de inadaptação das forças políticas ao uso de um instrumento que, até bem pouco tempo, lhes era totalmente estranho. O que a muitos pode parecer sinal de decadência de uma civilização baseada na técnica, não significa mais do que a sua infância, evidenciada pela insegurança com que a política ensaia a utilização de métodos e meios positivos de progresso, de cuja existência nunca suspeitara.

Todo sucesso na vida dos povos, seja na guerra, seja na paz, depende da nossa cultura geral, de nosso treino intelectual, de nossa educação, vale dizer, do ensino. O povo que descuida do ensino, não só prejudica sua mocidade, mas condena-se a si mesmo.

Discute-se a possibilidade de melhorar o ensino. Em inteligência e aplicação os estudantes brasileiros não são inferiores, antes superiores, aos de outros países. Com esse material humano, o Brasil poderia ir longe, não fosse o nível atual do ensino.

Ao entrar na Faculdade de Medicina, os estudantes mostram, infelizmente, grande falta de preparo. Embora saibam, muitas vezes, grande quantidade de matéria decorada, faltam-lhes a base sadia e o raciocínio próprio.

É desanimador ver que os mesmos jovens que começaram os seus estudos, alegres, vivos e curiosos, terminam a sua carreira, tristes, cansados, sem estímulo e sem conhecer o prazer que proporcionam os conhecimentos verdadeiros. Desnecessário se faz insistir em algo tão evidente para inculpar a atual maneira de ensinar.

Os professores não transmitem o conhecimento de maneira adequada, mas justificam-se criticando os programas escolares, ou as deficiências de verba, ou a instabilidade da administração etc. Tudo isso pode ser verdade porém mesmo com melhor compreensão das autoridades, melhores programas e verbas mais substanciais, um mau professor nada fará. Inversamente, na falta de todas essas condições, um bom professor pode realizar algo positivo. Cabe, por isso, aos professores, colaborarem para melhorar a qualidade da transmissão do conhecimento.

É difícil, senão impossível, dar algumas receitas gerais sobre como deveria ser um bom ensino. Porque ensinar é uma arte e, como tal, não obedece a regras gerais: o ensino deve se harmonizar com a individualidade do professor, como também

com a dos alunos. As qualidades inatas ou elementares que o bom professor possui são o amor à ciência, amor aos alunos e bastante criatividade para se adequar à mentalidade deles. Necessita, ainda de boa dose de sociabilidade e de humor.

O mais importante, porém, é o domínio da matéria que se quer ensinar. Esse domínio, pelo o professor, é mais relevante do que todos os métodos pedagógicos.

Sem dúvida, o professor pode, mesmo sem recursos e sem auxílio externo, melhorar o ensino por iniciativa própria.

Naturalmente, uma boa administração e bons programas contribuem muito. Mas os professores devem, também, entender que os administradores de hoje passaram pelas escolas de ontem e que a sua atitude e o interesse que têm por elas são, em grande parte, o resultado e o reflexo das suas próprias experiências durante a época escolar. Nas mãos dos mestres estão os administradores de amanhã.

É importante lembrar que em 1962 havia vinte e cinco faculdades de Medicina em todo Brasil. Atualmente, são aproximadamente 287 escolas médicas em atividade e algumas por serem autorizadas.

A Universidade tem por objeto criar e ensinar os conhecimentos. Estas duas funções conexas se entrelaçam, a de investigação e do ensino. Todo professor deve investigar, só assim terá juízo próprio, saberá o que diz e ensinará bons métodos.

A base de toda Universidade, além de ensinar, é a investigação. Assim o professor deve ser um investigador incansável e desinteressado. Ele deve ter independência de juízo, perseverança no estudo, paixão pela glória, patriotismo, gosto pela originalidade científica.

O investigador necessita ter cultura geral, especialização, técnica, saber como tratar as monografias, inspiração na natureza, domínio dos métodos, buscar o fato novo.

A pergunta importante é se todas as Faculdades de Medicina do Brasil, estão preparadas para ensinar uma medicina como deveria ser ensinada.

Em qualquer instituição, especialmente as destinadas ao ensino, o pessoal é o fator de primordial importância. Na Universidade pouca importância têm os prédios suntuosos, as instalações de luxo, o equipamento moderníssimo e caro, se não houver pessoal preparado, capaz de realizar as tarefas básicas - ensinar, educar e pesquisar. A relevância mira pessoal qualificado.

É evidente que, em virtude do enorme crescimento do Brasil, torna-se necessário o aumento do número de professores de boa qualidade, no campo da Medicina.

A necessidade de um número maior de médicos implica,

\*Professor Emérito da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Acadêmico Emérito da ACAMERJ.

E-mail: dantasadalmir@gmail.com



sem dúvida, na ampliação da capacidade das Faculdades de Medicina, mas isso deve ser feito dentro de um rigoroso espírito universitário, considerando, em primeiro lugar, a preparação cuidadosa do pessoal docente. A improvisação de professores, a instalação de novas Universidades ou Faculdades, levando em conta o critério político e a amizade pessoal, sem considerar a qualificação do corpo docente e as condições do meio, constitui um erro gravíssimo, cometido frequentemente no Brasil.

Um professor sem o devido preparo, não é somente o mestre deficiente, mas, sobretudo, é nocivo, porque ensina mal ou errado a gerações sucessivas, durante períodos longos de 20 a 30 anos. Esses males disseminam-se, e suas consequências terão as piores repercussões. A qualidade do ensino e o seu padrão ético são os alicerces da preparação do médico, cuja influência social é muito profunda e extensa.

Um problema muito sério que se apresenta nas universidades é, sem dúvida, o do estudante. No Brasil, eles procedem de camadas sociais as mais diversas e carregam sobre os ombros, grandes problemas de ordem econômica, emocional e social.

O mestre deve ter interesse especial pelo estudante, compreendendo antes de tudo que a Universidade é a sua casa. Deve cuidar do seu desenvolvimento emocional e orientá-lo em sua formação.

O professor de Medicina moderno, necessita ser um cientista, um humanista e nunca se deixar deslumbrar pelo especialismo extremado. Para ensinar, orientar, transmitir estímulos, ele deve estar perfeitamente preparado nos domínios gerais da ciência, no setor de sua especialidade e nas normas fundamentais do comportamento do homem nas comunidades. Somente assim ele será um verdadeiro professor universitário.

Devemos salientar que as novas escolas não foram criadas de acordo com um programa pré-estabelecido. Realmente, a organização de tais escolas não foi acompanhada do necessário programa de treinamento intensivo de professores e assistentes para as novas posições, apesar do esforço importante do Conselho Nacional de Pesquisa do Brasil (criado em 1951) e da Campanha de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (criada, também, em 1951), que têm dotações orçamentárias muito limitadas.

A administração pública, a evolução, o progresso, o estabelecimento das leis das sociedades humanas, não prescindem da ciência e não podem escapar da supervisão da cultura. É uma realidade da época atual.

Portanto torna-se indispensável que os governantes procurem o apoio, o suporte das universidades, as quais, se devidamente equipadas e dispoendo de pessoal adequado, poderão participar, efetivamente, do desenvolvimento do país.

Se as Faculdades de Medicina forem apenas agrupamentos de profissionais de má qualidade não poderão fornecer novos professores suficientemente capazes, e os problemas ficarão ao *laissez faire* da era pré-científica. A preparação de educadores deve ser planejada, considerando a função social, as tendências sociais e as realidades contemporâneas.

O aumento do número de Faculdades de Medicina e o preparo não adequado de professores não serão úteis ao país. A qualidade de novas Faculdades de Medicina em diversas regiões do país, é ainda insatisfatória.

O crescimento da ciência no Brasil é consequência do esforço empregado por um pequeno número de pesquisadores.

Ao Governo tem faltado a iniciativa para enfrentar, com resolução, o problema educacional e de dinamizar a sua ação no setor da Ciência e da Tecnologia.



**Visite nosso site**

**[www.acamerj.org](http://www.acamerj.org)**



## Revelações tardias

Sidney Gomes\*

Acordo pela manhã sem aquele medo injusto, inarredável, que me acompanha desde tenra idade, e me surpreendo ainda mais positivamente ao visualizar o relógio digital da cabeceira. Bem mais tarde que pensava! O sol vai dificultar e abreviar a corridinha matinal; dormi mais que o habitual. Penso: “que bom despertar mais descansado, comecei bem o meu dia”.

Antes de me por de pé, inicio os exercícios, prescritos pela quiropraxista, para ajuste da coluna, procurando harmonizar meus sistemas neuro-musculares-esqueléticos. Tudo ocorre rápido e sem contratempos. Boa noite de sono é reconfortante! Sento-me a beira da cama e me preparo para enfrentar as habituais ‘perebinhas’: dores lombares, tendões enrijecidos, resistência das diversas articulações ao menor rigor das oscilações da deambulação que, até o aquecer do corpo pela movimentação, me acompanham nos primeiros minutos do dia, às vezes se estendendo um pouco mais. O ar perfumado e carinhosamente santificado daquela manhã invade o quarto trazendo-me um entusiasmo já esquecido. Levanto e caminho. Mais espantos! Nenhuma dor no corpo, costas aprumadas, sensibilidades lombares ausentes, joelhos e tendões se articulam e se distendem azeitados como de um acrobata. Sinto que realmente vai ser um dia bem produtivo, aproveitarei para resolver algumas pendências que venho adiando há tempos. Um bom humor me invade e enleva meu espírito. Como a vida pode ser bela, frutificante e harmoniosa! Sem dores, tudo melhora. Basta ter fé: lembrei-me da fervorosa oração ao deitar na véspera, agora acredito mais. Aproximo-me da espaçosa janela de amplo visual deste 3º andar da casa; o vasto céu azul está coberto parcialmente por algodoadas nuvens frouxas que deixam projetar no solo, nos telhados das casas do entorno, na copa das árvores, suaves e convidativas sombras; o horizonte ao fundo resplandece e anima. O ar é perfumado e estimulante. Ainda neste enlevo sou trazido à realidade: tenho que treinar, mesmo mais tarde, pois estes exercícios, apesar de certa relutância inicial, têm-me trazido boas recompensas. Desço as escadas, chego à varanda dos fundos da casa, atravessando duas salas, o corredor, e alcanço a copa onde está toda a família à mesa do café, naquela falação e correria habituais. Distraídos, ninguém me olha ou cumprimenta!! T’ái..., gostei, porque em compensação não recebi, com impaciência e perda do bom humor, as habituais cobranças: ... e a torneira do banheiro? A porta da frente está agarrando, a caixa d’água precisa ser limpa, e a cópia das chaves? ..., esta manteiga é muito salgada, o canil...o banho das cadelas.... Que horror! Trocaria prazerosamente esta falta de saudação matinal pela ausência de cobranças. Sentarei para o

desjejum mais tarde aproveitando a benvinda falta da habitual urgência daquele cafezinho, o primeiro do dia.

Depois destas inesperadas e enigmáticas imunidades, curto esta casual impunidade descendo os degraus da varanda atingindo o quintal, já envolvido pelo frescor da manhã. Como o mundo pode ser belo! Sinto a vida marulhar acariciante dentro de mim, empolgado por uma avidez de novidades e iniciativas. Sou surpreendido por borboletas que sobrevoam por toda parte, formando grupos silenciosos, salpicando a miríade de cores das folhas com toques sutis e pousos indelévels no tremular de suas imensas e multicoloridas asas: verdes, brancas, amarelas, negras, azuis e outras cores não bem distintas. Um colibri, de um verde/escuro brilhante, arredio e elétrico, visita todos os hibiscos e demais flores penetrando, com precisão cirúrgica, o seu afilado bico no interior delas, sugando, com indisfarçável prazer, o que, desconfio deva ser algo maravilhoso que o homem certamente desconhece. Transbordante de leveza, vaporoso, livre, admiravelmente flutuando, pega o pólen de uma, dá à outra e desta para a próxima, dali para uma quarta, quinta e, em meio a esse afã, topa com outro colibri..., aparentemente outra, pois que interrompe seu trabalho para manterem-se por instantes no ar, a trocaram afagos de bico e roçar de asas, num manifesto ato amoroso. Se é que deu para ver e destacar estas minúcias, pois me surpreendo a tudo ver perfeitamente sem o uso dos inseparáveis óculos. O colibri prossegue na sua labuta, fecundando todas as flores na sua missão multiplicadora da infindável beleza da natureza. Sinto a falta física dos óculos, não por dificuldade visual, pelo contrário, vejo até o leve tremular dos pistilos das flores alojados nos aveludados cálices destas maravilhas da natureza. É mais pela ausência daquela habitual pressão e o peso do aro sobre o ossinho nasal. Assim, penso em voltar ao quarto para pegá-lo para que essas deliciosas revelações se fixem e fiquem por demais completas.

Do outro lado do muro, no vizinho, um cão ladra compassadamente, enquanto outro, mais distante, parece responder com um latido mais rouco e preguiçoso.

O sol suave da primavera doura as superfícies em que toca trazendo-me uma paz que nunca antes imaginara, nem mesmo desconfiava que fosse possível gozá-la neste mundo tumultuado e confuso. Mas agora, definitivamente, vejo que sim..., vou recuperar o tempo, se possível, todo o meu tempo perdido com as fúteis preocupações que me abalam com frequência.

Ainda, esta luz do sol acentua e amarela os verdes das árvores e o cinza dos menores arbustos. Ao mesmo tempo, parece despertar um invisível ser colado a um galho, que

\*Farmacêutico-Bioquímico. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense – UFF.

E-mail: sidneyntiy@gmail.com





começa a emitir um ruído contínuo e grave a ponto de silenciar alguns animais mais próximos. É uma cigarra: - o som vai adquirindo, lentamente, ânimo, perfeição e velocidade até a tudo contagiar, sintonizado harmoniosamente ao canto dos outros pássaros.

Estou com os sentidos tomados por estas revelações da natureza, maravilhado com o mundo à minha volta; incapaz de descrever tudo que sinto e vejo com esplendor. Mesmo sem o aquecimento do corpo, não sinto as habituais dores!... Volto a observar.

Caminho indeciso entre as flores do desarrumado e perfumado jardim do meu quintal. Como é belo e aromático o meu, até hoje, desprezado jardim! Vou melhorá-lo..., cultivarei doravante algumas ervas e temperos!

Longe toca uma sirene de alguma escola ou fábrica e..., não..., agora a luz do sol se suplanta. Ela alcança e toca as folhagens úmidas do chuvisco da madrugada criando vários efeitos de refrações e brilhos. Pequenos arcos íris, aqui e ali, se juntando para formar figuras fugidias maiores, até cuidadosamente reuni-los todos em uma única peça de indescritível formosura.

A impressão é de uma majestosa e bem ensaiada orquestra de sensíveis instrumentistas ocultos, embalando a obra de hábeis escultores. Paira no ar enternecedor um sonho intensamente sublime! Tudo em torno é arrebatador e inenarrável como produzido, num de seus raros momentos de lazer, pela

paleta magistral do Senhor Poderoso do céu e da terra.

Procuo voltar ao quarto para resgatar o meus, agora, aborrecíveis e descartáveis óculos. - Porque? - Não há porquê. Manias, relutantes manias, sempre elas...

Ao retornar, passo novamente pelos familiares à mesa que, mais uma vez, ignoram-me friamente. Fingem, imaginam, não me notar. Alguma coisa houve com eles... Não me abato, depois avalio esta bobagem, este inexplicável capricho da natureza humana, com a calma e a superioridade de que me sinto possuído. Entro no quarto ainda curtindo e usufruindo a paz interior adquirida inesperadamente nesta manhã. Então...maiores surpresas, ainda: não estou sozinho! ..., há alguém deitado na minha cama, no meu lugar, imitando minha posição em concha ao dormir...!?!?

Embora ainda tranquilo, tento me recuperar, entender e me situar na frouxa confusão que me assola; observo melhor o ambiente. Apesar das feições pétreas e mais relaxadas, a pessoa tem o rosto semelhante ao meu, usa um dos meus indefectíveis pijamas, adaptados de velhas e macias bermudas e camisetas.

Sou eu quem está ali!!... O dedão ferido pé direito, coberto com Band-Aid, revela o que de dúvida poderia ainda me restar.

Estou ali... Embora sereno e mais descorado, aceito, inconformado, mas com plena certeza, a mais cruel e, desde os primórdios, o mais temido dos epílogos: MORRI!!!

 Carlos Tortelly R. Costa 1974 - 1976	 Octavio Lemgruber 1976 - 1977	 Altamiro Vianna 1977 - 1978	 José Hemínio Guasti 1978 - 1979/1992 - 2006	 Antonio Carlos de S. G. Galvão 1979 - 1980	 Roched Abib Seba 1980 - 1981
 Antonio J. Abunahman 1981 - 1982	 Mário D. Monteiro 1982 - 1983	 Germano B. Bretz 1983 - 1984	 Giuseppe Mauro 1984 - 1985	 Paulo Dias da Costa 1985 - 1986	 Waldemar Bianchi 1986 - 1988
 Waldemar Bianchi 1988 - 1990	 Guilherme E. B. da Cunha 1990 - 1992	 Alcir Visela Chácar 2007 - 2012 2014 - 2015	 Renato L. Nahoum Curi 2013	<b>Galeria de Ex-Presidentes</b>  Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro	



## Homenagens póstumas

### Acadêmico Emérito Miguel Ângelo D'Elia

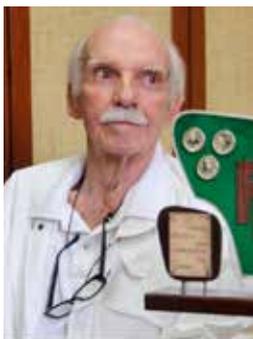


Falecido em março, o Acadêmico Emérito Miguel Ângelo Roberto D'Elia se destacou por sua nobreza e figura afável.

Ex-diretor da Divisão de Doenças Mentais do Estado do Rio de Janeiro e ex-professor assistente da cadeira de Neurologia da Faculdade de Medicina da UFF, Miguel Ângelo também ocupou a presidência de instituições importantes, como a Sociedade Fluminense de Psiquiatria, Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica e a AMF.

A diretoria da Acamerj prestou homenagens ao nobre companheiro e emitiu palavras de conforto aos seus familiares.

### Prof<sup>o</sup>. Dr. José Otilio Leite Machado



Faleceu no dia 15 de abril, em Niterói, o ex-Professor Titular da cadeira de Parasitologia da Faculdade de Medicina de Campos, Dr. José Otilio Leite Machado. No dia seguinte ocorreu o sepultamento no Cemitério Parque da Colina, em Itaipu, Niterói. Em sua trajetória extensa de serviços prestados na Medicina figuram o de professor assistente de parasitologia da Universidade Federal Fluminense, professor convidado da Universidade de Brasília no Departamento de Imunopatologia, de 1966 a 1968, e professor titular em Parasitologia e chefe do Departamento

de Parasitologia, ambos da UFRJ. Ele também foi professor fundador de Faculdades de Medicina como professor de Parasitologia da Universidade Gama Filho e das Faculdades de Medicina de Petrópolis, de Teresópolis e de Campos. Foram 55 anos de atuação profissional e acadêmica, devidamente reconhecidos pela comunidade docente e discente que destacaram suas qualidades de mestre e educador.

### Acadêmico Paulo Cesar Alves Carneiro



A Acamerj presta condolências aos familiares do Acadêmico Paulo Cesar Alves Carneiro, titular da Cadeira nº 28. O médico cirurgião faleceu no dia 18 de junho, no Hospital Copa D'Or, vítima de complicações decorrentes de diabetes.

A doença, porém, nunca o impediu de participar ativamente dos assuntos que permeiam a Academia, dando sua relevante contribuição em discussões relacionadas aos temas médicos e outros assuntos na área cultural e política.

Mestre na Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Paulo Cesar Alves Carneiro atuou como livre docente em clínica cirúrgica. Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará, em 1978, ele optou pela especialização em cirurgia geral, cursando o Mestrado e Doutorado na UFRJ. Em 1995, fez uma especialização em Mastologia pela Sociedade Brasileira de Mastologia.

### Hildoberto Carneiro na ANM

O Acadêmico Hildoberto Carneiro de Oliveira tomou posse, no dia 09 de maio, da Cadeira nº 77 da Academia Nacional de Medicina (ANM). A concorrida solenidade foi realizada no salão nobre da ANM, tendo entre os presentes, o presidente da Acamerj, Acadêmico Luiz Augusto de Freitas Pinheiro e várias outras autoridades, entre elas, o Acadêmico Pietro Novellino. A mesa diretora foi presidida pelo Acadêmico Francisco José Barcellos Sampaio.

Foi conduzido ao recinto por uma comissão constituída especialmente para o ato e, após a execução do Hino Nacional Brasileiro, tomou posse sendo saudado pelo Acad. Titular da ANM José Carlos do Valle. A trajetória de desafios e conquistas do empossado foi destacada pelo orador.

Emocionado, Hildoberto agradeceu àqueles que marcaram sua vida, em especial os seus familiares. Durante o coquetel de encerramento recebeu os parabéns de outros Acadêmicos da Acamerj, entre eles, José Dutra Bayão, Gesmar Volga Assef Haddad, Mário Gáspare Giordano, Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro, Hiram Silveira Lucas e Omar da Rosa Santos.



### Nomeação



O confrade Padre Anibal Gil Lopes tornou-se membro da Pontifícia Academia para a Vida, com sede no Vaticano. Com a nomeação ocorrida no dia 13 de junho deste ano, ele passa a integrar um grupo seleta de 70 membros escolhidos pelo Papa. Os eleitos para a Academia, que atua em sintonia com o Dicastério para Leigos, Família e Vida, são avaliados sem qualquer discriminação religiosa ou de nacionalidade.





## Reuniões apresentam programação 2017 da Acamerj



Acadêmicos na primeira Reunião de Diretoria de 2017

A diretoria da Acamerj iniciou o ano de 2017 apresentando a programação da Academia para o ano corrente. Na primeira reunião do dia 25 de janeiro ainda havia uma lista parcial dos eventos, consolidada no segundo encontro do dia 08

de fevereiro, quando o Conselho Científico definiu a “espinha dorsal” do ciclo de palestras. O lema escolhido para este ano foi “O futuro da Humanidade e, em especial, da Medicina”, com temas correlatos.

Na reunião de janeiro estiveram presentes confrades e congreiras, tendo entre os 17 aniversariantes do mês, os acadêmicos Gesmar Volga Assef Haddad, José Dutra Bayão e primeiro vice-presidente Ciro Denevitz de Castro Herdy. O encontro seguinte reuniu os Conselheiros Jocemir Ronaldo Lugon, Pietro Novellino, Alcir Vicente Visela Chácar, Salvador Borges Filho, Luiz José Martins Romêo Filho e Selma Maria de Azevedo Sias. Na ocasião, Luiz Romêo e Selma Maria foram escolhidos, respectivamente, para presidir e secretariar as reuniões do Conselho em 2017.

Os interessados em saber mais sobre os temas tratados em ambas as pautas podem solicitar uma cópia da Ata elaborada pela secretária e colocada à disposição dos Acadêmicos na sede da Acamerj.

## Acadêmico Cláudio Chaves na ABE



Cláudio Chaves com os acadêmicos Alcir Chácar, Pietro Novellino e Luiz Augusto

O Acadêmico Cláudio do Carmo Chaves, titular da Cadeira nº 23 da Acamerj, tomou posse na Academia Brasileira de Educação (ABE). Na cerimônia de posse, realizada no dia 03 de maio, nas dependências do CESGRANRIO, no Rio Comprido, o confrade foi empossado na Cadeira nº 36 da ABE.

O início do evento foi marcado pela apresentação de um Coral, que cantou algumas músicas de Villa Lobos e encerrou com “Cidade Maravilhosa”. O presidente da ABE, Acadêmico Carlos Alberto Serpa de Oliveira, esteve presente, bem como o vice-presidente, Acadêmico

Pietro Novelino, e o Acadêmico Arnaldo Niskier, também membro da Academia Brasileira de Letras. A esse último coube a saudação ao recém-empossado.

Durante o seu discurso Niskier destacou as conquistas e virtudes do médico homenageado. “Tenho a honra de fazer o discurso de saudação ao professor Chaves, que chegou à ABE por uma cuidadosa e feliz trajetória, com especial devoção ao cultivo do magistério e da Medicina”, afirmou.

Cláudio Chaves agradeceu aos Acadêmicos da ABE pela acolhida e, em especial a Arnaldo Niskier, Arno Wehling, Efren Maranhão, Francis Bogossian, Paulo Alcântara Gomes e Pietro Novellino. Ele atribuiu ao seu “irmão cósmico” José Bernardo Cabral a honra de seu currículo vencer distâncias geográficas e chegar ao conhecimento das autoridades que integram a ABE. Sobre a possibilidade de ter se alongado em seu discurso, ele finalizou citando o Padre Antônio Vieira: “é porque não tive tempo para ser breve”.

## Reunião define preparativos para o II Congresso da Acamerj

O II Congresso da Acamerj, que acontecerá em abril de 2018, no Núcleo de Teresópolis, foi tema da reunião ocorrida na sede da Academia, no mês de abril deste ano. Estiveram presentes ao encontro, os Acadêmicos Luiz Augusto de Freitas Pinheiro (presidente da Acamerj), Marco Antonio Naslausky Mibielli (presidente do II Congresso da Acamerj), Elimar Antônio Bittar (secretário geral da Acamerj) e Honomar Ferreira de Souza (primeiro tesoureiro da Acamerj).

Todos os detalhes do evento, tais como, data, comissões, buscas por patrocínio, local e temas, ficaram acertados ao longo dessa reunião. No segundo encontro, marcado para o dia 09 de maio, seriam colocadas todas as providências e decisões tomadas para que todos fiquem a par dos acontecimentos.



## Curso de Semiologia Cardiovascular



Acadêmicos José Dutra Bayão, Luiz Augusto de Freitas Pinheiro e Luiz José Martins Romêo Filho na abertura do curso

Organizado pelo Presidente da Acamerj, Acad. Prof. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, ocorreu, entre 18 de maio de 29 de junho, o Curso de Semiologia Cardiovascular. Sempre às terças e quintas feiras, das 18:30h às 21:00h, o curso teve 48 inscritos, entre acadêmicos de medicina (a maioria) e médicos.

A abertura contou com a presença do Presidente e dos Acadêmicos: Luiz José Martins Romêo Filho (Presidente do Conselho Científico), José Dutra Bayão (Emérito e Acadêmico do Ano de 2016) e José Antonio Caldas Teixeira (Titular) e a aula inaugural “Introdução à Semiologia Cardiovascular – O Diag-

nóstico Cardiológico” foi ministrada pelo Organizador.

O programa completou-se com as seguintes aulas:

Dispneias e Cianoses – Acad. Prof. Luiz José Martins Romêo Filho; Palpitações e Precordialgias - Acad. Prof. Heraldo José Victer; Edemas – Prof. Jorge Paulo Strogoff de Matos; Insuficiências: Arterial e venosa dos membros inferiores – Acad. Prof. Antônio Luiz de Araújo; Ciclo Cardíaco; Exame do Precórdio; Pulso Arterial e Pulso Venoso; Auscultação do Precórdio e Primeira Bulha; Segunda, Terceira e Quarta bulhas, estalidos; Introdução ao estudo dos sopros

e sopros sistólicos; Sopros diastólicos, Sopros contínuos e atrito pericárdico, todas ministradas pelo Acad. Prof. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro; Insuficiência ventricular esquerda sistólica, com função sistólica preservada e Insuficiência cardíaca congestiva – Acad. Prof. Evandro Tinoco Mesquita.

Todo evoluir da programação contou sempre com significativa presença dos inscritos (média  $\pm$  90%) que acompanharam as aulas com vivo interesse, conforme opinião do acadêmico Tiago Duque Pinheiro, aluno do sexto período da UFF.

“– Participar do Curso de Semiologia Cardiovascular foi uma experiência absolutamente produtiva e marcante. Professores palestrantes com didática irretocável e preocupação com a qualidade e profundidade do conteúdo, mas, acima de tudo, com informações atualizadas sobre os temas abordado. Não só aprendi sobre a semiologia cardiovascular, mas fui instigado a pensar sobre um futuro próximo da medicina, em que a tecnologia possivelmente estará em simbiose com a semiologia. A organização do evento, impecável, merece especial elogio, por buscar manter a pontualidade como regra dos encontros. Enfim, espero que mais encontros deste nível de excelência sejam oferecidos: certamente marcarei presença.”

No encerramento, dia 29 de junho, após a última aula, ministrada pelo Acadêmico Evandro Tinoco Mesquita e uma equipe de estudantes da UFF, o organizador, Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, agradeceu o comparecimento e atenção dos inscritos, entregou os respectivos certificados e promoveu sorteio de brindes oferecidos pela Acamerj e pela UNICRED – livros, aparelhos de pressão e estetoscópios.

O Presidente encerrou agradecendo também a colaboração e eficiência de todos os professores do curso: Luiz José Martins Romêo Filho, Heraldo Victer, Antonio Luiz de Araujo e Evandro Tinoco Mesquita, bem como das secretárias Alita Baptista dos Santos e Carolina da Conceição Nascente.



O Prof. Luiz Augusto com alguns participantes do curso e a secretária Alita Baptista dos Santos



## Acamerj e UFF promovem jornadas e um fórum

O Hospital Antonio Pedro – HUAP/UFF sediou duas importantes jornadas médicas e um fórum nos meses de março, abril e maio. Todos esses encontros contaram com o apoio e participação da Acamerj e tiveram um quórum de mais de cem participantes.

O ciclo de eventos teve início com o II Fórum de Atualização em Tuberculose na Criança e no Adolescente organizado pela Acadêmica Selma Maria de Azevedo Sias. Realizado no dia 17 de março, o evento abordou a situação epidemiológica no Estado do Rio de Janeiro e nos municípios representativos da região metropolitana II. Entre outros assuntos destacados ao longo do encontro, que se iniciou às 8h e terminou às 18h, estavam o entendimento de como o local impacta a saúde, através da relação entre a favela e o asfalto, e as novas perspectivas do tratamento da tuberculose.

No mês seguinte, 28 de abril, o hospital recebeu a Jornada de Urgências Cardiopulmonares em Pediatria, organizado pela Acadêmica Gesmar Volga Assef Haddad. Os temas discutidos foram a insuficiência cardíaca congestiva, dispneia (visão do cardiologista e do pneumologista pediátricos), além de uma mesa redonda sobre as pneumonias (graves, complicadas e necrosantes, entre outras). A carga horária desse evento foi das 8h às 17h.

Por fim, a classe médica teve a oportunidade de participar da I Jornada de Pneumologia e Alergia Pediátricas, também organizada pela Acadêmica Selma Maria Sias. Durante a jornada, iniciada às 8h do dia 19 de maio, dois temas foram objeto de debate em mesas redondas constituídas por grandes especialistas. Uma mesa foi sobre Asma e a segunda discutiu o Lactente Sibilante. Uma sessão de casos clínicos concluiu o evento, encerrado às 17h15 com a entrega dos certificados.



Ac. Selma Maria Sias



Ac. Gesmar Volga A. Haddad

## Acamerj presta homenagem ao Acadêmico Roched Abib Seba



O centenário de nascimento do Acadêmico Professor Roched Abib Seba foi comemorado, no dia 10 de abril, pela diretoria da Acamerj. Patrono da Cadeira nº 63 da Academia, o homenageado é considerado um homem de múltiplas incumbências e será sempre um marco na vida científica e cultural do país.

De acordo com a diretoria da Acamerj, no decorrer deste ano serão realizadas algumas homenagens que vão destacar a figura desse ilustre professor e cientista que a Academia teve a honra de abrigar.

Nascido em Minas Gerais, em 1917, Roched Abib Seba veio para Niterói, onde ingressou, em 1937, na Faculdade Fluminense de Medicina. No ano seguinte, ele conquistou o cargo de auxiliar acadêmico como técnico de laboratório do Hospital da Polícia Militar. Com passagens pelo Instituto Vital Brazil e Instituto Oswaldo Cruz, o Acadêmico também foi médico do Hospital Getúlio Vargas de Niterói e seguiu a carreira universitária, sendo professor Titular do Departamento de Fisiologia da Universidade Federal Fluminense.

Roched Seba é reconhecido como profícuo cientista que engrandeceu o Instituto Vital Brazil e um símbolo de resistência dos pequenos laboratórios oficiais à destruição imposta por políticas federais no setor.

## Convênio Acamerj/ASPI-UFF

A primeira reunião do ano, decorrente do convênio firmado entre a Acamerj e ASPI-UFF, aconteceu no dia 27 de janeiro. Na ocasião, os presidentes das duas entidades, respectivamente, Dr. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro e Aidyl de Carvalho Preis definiram as palestras a serem realizadas ao longo do ano de 2017.

O encontro, que se realizou na sede da Acamerj, foi bastante produtivo, com



Professoras Vilma Câmara e Márcia Pessanha na reunião

a definição da maioria dos palestrantes a serem convidados. A programação foi divulgada pela Academia a todos os confrades e confeitras.



## Sessões Ordinárias seguidas de palestras



As sessões ordinárias da Acamerj, realizadas nos meses de abril, maio e junho, foram seguidas de palestras com temas bastante pontuais. A primeira delas, no dia 25 de abril, foi proferida pelo advogado e antropólogo Roberto Kant de Lima. Professor Titular da Universidade Federal Fluminense, Doutor em Antropologia pela Harvard University e Pós-Doutor pela University of Alabama. Kant discorreu sobre “Crise Social e Violência”. Ele relatou as mudanças da sociedade e as dificuldades de conciliação do discurso com a prática.

Após a sessão ordinária do dia 16 de maio, o palestrante Prof. Raimundo Nonato Damasceno discorreu sobre “Ciência e Tecnologia X Arte e Humanismo – Relação no passado e no presente com projeções para o futuro”. A palestra foi um convite à reflexão sobre as mudanças na história da Humanidade, através

da citação de renomados cientistas e artistas.

O presidente da Acamerj, Luiz Augusto de Freitas falou da honra em receber na Academia o ilustre palestrante e ressaltou que o colóquio será objeto de desdobramentos futuros.

Na última sessão ordinária do semestre, realizada em 20 de junho, foram discutidos assuntos como a programação científica e cultural, V Conclave Argentina-Brasil, em Buenos Aires, II Congresso da Acamerj e Colóquio da FBAM, em São Paulo. A exemplo das outras sessões, os trabalhos foram encerrados com a brilhante explanação do presidente da entidade, o Acadêmico Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, abordando o tema - “Sobre o futuro do Homem, da Humanidade e da Medicina: especulações de um curioso”. Ele promoveu uma minuciosa análise relativa às transformações que o mundo vem passando.



*O Acad. Luiz Augusto em um momento de sua palestra, para a plateia da foto ao lado*



*Prof. Damasceno profere sua palestra*



*Confraternização após a palestra - Prof. Roberto Kant e participantes*

A estas sessões e palestras habitualmente se fazem presentes os acadêmicos: Luiz Augusto de Freitas Pinheiro (Presidente da Acamerj), Elimar Antonio Bittar (Secretário Geral), Luiz José Martins Romêo Filho (Presidente do Conselho Científico), Vilma Duarte Câmara (Diretora de Biblioteca e Documentação), José Dutra Bayão (Membro da Assessoria Especial da Presidência e Acadêmico do ano de 2016), Alcir Vicente Visela Chácar (Conselheiro Científico e Vice-Presidente da Regional Leste da FBAM), Gesmar Volga Asséf Haddad (Acadêmica Titular), Mário Gáspare Giordano (Conselheiro Fiscal), Selma Maria de Azevedo Sias (Secretária do Conselho Científico) e Salvador Borges Filho (Conselheiro Científico).





## Reunião e jornada sobre diabetes em Nova Friburgo



Acadêmicos reunidos no Núcleo de Nova Friburgo

A reunião do Núcleo da Acamerj de Nova Friburgo, organizada pelo diretor presidente Acad. José Antonio Verbicário Carim e pelo presidente da Academia, Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, foi um sucesso. O encontro aconteceu no dia 24 de março nas dependências do restaurante Viva Rô.

Estavam presentes os acadêmicos presidentes dos Núcleos de Petrópolis e da Região dos Lagos, respectivamente, Jacob Sammel Kierzenbaum e Anderson Wilnes Simas. A diretoria da Acamerj foi representada pelo seu presidente Luiz Augusto de Freitas Pinheiro e os demais diretores: Honomar Ferreira de Souza (primeiro tesoureiro), Pedro Luiz Pinto Aleixo (segundo tesoureiro), Luiz José Martins Romêo Filho (presidente do Conselho Científico), Selma Maria de Azevedo Sias (secretária do Conselho Científico), Alcir Vicente Visela Chácar (membro do Conselho Científico e vice-presidente Regional Leste da FBAM), Pietro Novellino (membro do Conselho e ex-presidente da ANM), Gesmar Volga Asséf Haddad e Marco Antonio Naslauský Mibielli.

Além dos vários assuntos abor-

dados durante a reunião, o momento foi dedicado à posse do Acadêmico Marco Antonio Naslauský Mibielli como diretor presidente do Núcleo de Teresópolis, sucedendo ao Acadêmico Omar da Rosa Santos. O Núcleo de Teresópolis foi escolhido, por unanimidade, para sediar o II Congresso da Acamerj, que será realizado em abril de 2018. Após a reunião, os participantes se confraternizaram em jantar servido no próprio restaurante.

A Jornada sobre Diabetes, iniciada às 8h30 do dia seguinte, teve temas como, “Técnicas de Insulinização”, proferida por Nathália Chianca; “Artroplastia – da indicação ao resultado” (Dr. Mauricio Tarrago Viana); “Cura do diabetes e cirurgia da obesidade” (Acad. Verbicário Carim) e “Diabetes e disfunção sexual”, por Dr. Rodrigo Barros de Castro. A cirurgia do pé diabético foi tema da mesa redonda presidida pelo Dr. Norberto Louback Rocha e moderada pelo Acadêmico Antônio Luiz de Araújo. Os discursos do diretor médico Egidio Bonin de Azevedo e do presidente da Acamerj, Luiz Augusto encerraram o bem sucedido encontro.

## Presidente da FBAM visita a Acamerj



Acad. José Hamilton entre os Acads. Luiz Augusto e Alcir Chácar

A Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro recebeu a ilustre visita do presidente da Federação Brasileira de Academias de Medicina-FBAM, Acadêmico Hamilton Maciel Silva. O presidente da Acamerj, Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro e o vice-presidente Regional Leste da FBAM e membro do Conselho Científico da Acamerj, Acad. Alcir Vicente Visela Chácar receberam o visitante, fazendo as honras da Casa.

Na ocasião, os três Acadêmicos se ocuparam em discutir assuntos pertinentes à federada e à organização mater. A evolução da medicina, os problemas do ensino médico e a crise social e política da atualidade também estiveram presentes na pauta do dia.

As metas de gestão para o biênio 2016-2017 foram abordadas ainda pelo presidente da FBAM. O Acad. Hamilton Maciel conversou animadamente com seus confrades sobre a viagem que faria à Europa, visitando cidades como Roma, Paris e Estocolmo. A expectativa para uma possível recepção do Papa era motivo de entusiasmo do presidente da FBAM, assim como a visita às Academias de Medicina da França e da Suécia.

Um almoço no restaurante Olympus, com direito a uma bela vista da Baía de Guanabara, encerrou com chave de ouro a visita do confrade.



CRM: 5897209-1

## **Alta tecnologia em exames laboratoriais**

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

Análises Clínicas, Anatomia Patológica e Citopatológica  
Biologia Molecular - Bioquímica  
Imunologia / PCR - Hormônios - Hematologia - Alergia

**[www.labittar.com.br](http://www.labittar.com.br) | Tel.: (21) 2621.6161**



Dir. Geral: Dr. Elimar Bittar  
CRM: 5203148-7  
Dir. Téc. Christina Bittar  
CRM: 5240248-4

**Unidades:**

Niterói - Centro / Icarai / São Francisco

São Gonçalo / Alcantara / Av. Roberto Silveira

# 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 Souza Gomes Galvão

Roched Abid Seba

Antonio Jorge Abunahman

Mário Duarte Monteiro

Germano Brasiliense Bretz

Giuseppe 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

