



Academia de Medicina do
Estado do Rio de Janeiro

Revista da

ACAMERJ

Ano V - nº 09 - Janeiro - Junho/2020
ISSN: 2525-9466



#EscolhaOPIXUnicred

A Unicred Niterói, com o objetivo de levar aos seus Cooperados os melhores serviços e as melhores informações divulgam suas visões, percepções, opiniões e perspectivas futuras para o PIX, o novo meio de pagamento criado pelo Banco Central.

Já em seu lançamento, o PIX se apresenta como uma inovação dos serviços financeiros. O imediatismo do PIX atende a quem prioriza a própria autonomia como usuário do Sistema Financeiro, sem depender da disponibilização do horário da câmara de compensação bancária.

O uso da tecnologia está disponível a toda e qualquer instituição financeira vinculada ao BACEN, contribuindo para não permitir o oligopólio dos grandes bancos. A Unicred acredita que essa iniciativa do Banco Central é um grande avanço no movimento de inclusão.

O estímulo aos pagamentos digitais além do imediatismo da solução, traz o benefício de redução da circulação de dinheiro em espécie, estabelece um padrão na economia, reduz custos, estimula a concorrência e favorece as regulações fiscais. Milhões de brasileiros não têm acesso a contas bancárias ou possuem um acesso precário. A inserção de outras instituições que não os “grandes bancos” nesse mercado de pagamentos possibilita o alcance a toda população.

A prática de pagamentos instantâneos nos demais países se deu de forma menos abrangente, uma vez que a iniciativa foi privada. Isso em nada modifica as características da solução, porém a possibilidade de inclusão, estímulo à concorrência e demais consequências favoráveis não atingem ao todo. Um dos norteadores da Unicred é o de sermos a principal Instituição Financeira do cooperado. Ao fomentar a adesão ao movimento #EscolhaOPIXUnicred colocamos em prática essa missão! Os cooperados são o principal valor do nosso Sistema e sermos o seu canal de acesso à essa inovação nos torna ainda mais próximos.



**#escolha
o
PIX
unicred**

**Escolha
agilidade com
exclusividade.
Escolha o
Pix Unicred.**

O novo sistema de pagamentos instantâneos já está chegando na Unicred. A partir de 16 de novembro, o Pix permitirá que você faça transações financeiras a qualquer hora do dia, sete dias por semana, durante todo ano.

Uma outra grande novidade é que com o Pix você pode receber dinheiro informando apenas sua Chave Pix, que pode ser seu telefone, CPF, CNPJ e até e-mail. E o melhor: você poderá registrar várias chaves em cada conta.

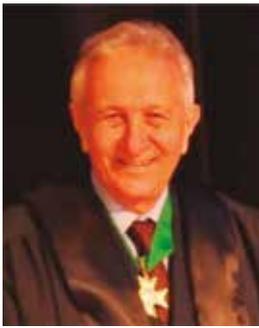
Cadastre suas chaves no app Unicred Mobile a partir do dia 5 de outubro.

 **UNICRED** 

Clarissa Trindade Teixeira Azevedo

Diretora de Negócios da Unicred Niterói.

Atua há mais de 23 anos no mercado financeiro, e há 6 integra o grande time da Unicred Niterói.



Luiz Augusto de Freitas Pinheiro
 Editor-Chefe e 1º Vice-Presidente da ACAMERJ

Tempo de reflexão

Sendo esta Revista semestral, este número reflete as ações da ACAMERJ de janeiro a junho de 2020. As dificuldades, apreensões e dúvidas nesse período foram grandes, face à pandemia da COVID-19 que se desenhava desde dezembro de 2019 e se concretizou a partir dos primeiros meses deste ano. No Brasil, a partir de março.

Nossa Academia, por óbvio, não foi uma ilha de tranquilidade nesse oceano revolto. Ao contrário, viu-se envolvida pela tempestade que, de resto, assolou todo o planeta, toda a humanidade, no mais amplo sentido. Inovando, com criatividade, cada um, à sua maneira, procurou manter alguma atividade com segurança, para evitar um colapso nas áreas de saúde e de economia o qual, caso ocorresse, viria acompanhado de graves consequências para a sociedade.

Nem todos conseguiram e, somente no Brasil, milhares de empresas, principalmente as pequenas, foram à falência. Uma tragédia mundial, em todos os aspectos – da saúde, da economia, da educação, da cultura, da segurança pública, dos negócios, dos transportes...

No mês de julho, quando a Revista da ACAMERJ é preparada, continuamos em plena crise, em que pesem alguns poucos sinais de arrefecimento. Mas perdura a incerteza sobre a ocorrência de novas ondas e da disponibilidade, a nível mundial, de uma vacina comprovadamente segura e eficaz, em curto espaço de tempo. Enquanto isso, continuamos na expectativa.

- Como pode um vírus simples, um ser ultramicroscópico, um vírus que se originou tão longe, um vírus frágil, que morre com água e sabão ou álcool, contaminar, em maiores ou menores proporções, todo o planeta, com consequências mais nefastas que centenas de bombas atômicas das mais modernas e letais? - A resposta está na negligência das autoridades, nos desmandos, nas orientações titubeantes e pendulares, em interesses outros – escusos ou não -, nas facilidades de transportes – que não foram rigorosamente controlados - e no esquecimento de ensinamentos do passado. - *“O homem é um ser que, fundamentalmente, esquece”*, segundo filósofo e poeta Píndaro.

Além da doença em si, o afastamento social - causando o sentimento de solidão -, a repercussão na economia - afetando a todos os setores sem exceção -, o convívio com a incerteza e, conseqüentemente, com o medo, abalaram e feriram gravemente toda a humanidade. Ressalte-se que se

avolumaram os transtornos psiquiátricos - com reflexos na vida pessoal e associativa -, os cuidados com as doenças crônicas estão sendo negligenciados pelo excesso de auto-proteção das pessoas contra a COVID, a miséria aumentou e só não aconteceu ainda em maior escala devido às medidas de amparo social e econômico praticadas pelos governos. Em que pese o maior resguardo da população, os índices de violência global não diminuíram, a economia encontra-se instável e totalmente imprevisível, as relações interpessoais estão impossibilitadas de serem exercidas, ou totalmente modificadas. Enfim, o mundo mudou acentuadamente durante o evoluir dessa pandemia. Mudar é uma constante, porém, com esta velocidade imposta nos últimos meses, não é habitual. - Como ficará após a crise? - Irá depender de uma série de circunstâncias que analiso neste número, em um ensaio publicado na Seção Cultural, intitulado “Revisitando Camus e Saramago”, ancorado nas descrições, afirmações e em várias metáforas que os refinados autores nos propõem. É uma longa análise, mas talvez valesse a pena a leitura atenta para se estabelecer um juízo crítico do mesmo e refletir sobre o que estamos vivenciando e o que nos espera num futuro precoce e no remoto.

Nossa Seção Científica apresenta uma curiosidade e um motivo de gáudio. Pai e filha apresentam dois artigos diferentes e de muita atualidade. O pai, nosso Confrade José Luis Reis Rosati, escreve sobre tratamento da osteoporose, assunto de grande relevância face ao aumento da expectativa de vida da população, e de outras causas, como uso de certos fármacos, a pouca exposição à luz solar, como acontece nessa época de isolamento social, os desvios alimentares etc.

Sua filha, Alice Rocha Rosati, apresenta artigo de revisão sobre miocardite lúpica, focando suas manifestações clínicas, fisiopatologia, dados anatomopatológicos, diagnóstico e o tratamento. Certamente, ambos serão motivo de instigação científica e leitura atenta.

Nossa Seção Social/Eventos está com a apresentação alterada face às vicissitudes pela qual passou e vem passando a humanidade nesse primeiro semestre de 2020. Nesta Seção, o Presidente, Acadêmico Luiz José Martins Romêo Filho, traz informação circunstanciada sobre o momento da ACAMERJ.

Encerrando, resta-nos elevar uma prece ao Criador solicitando proteção e bênçãos.



Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

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

Presidente

Luiz José Martins Romêo Filho

1º Vice-Presidente

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

2º Vice-Presidente

Vilma Duarte Câmara

Secretário Geral

Elimar Antônio Bittar

1º Secretário

Selma Maria Azevedo Sias

2º Secretário

João Batista Thomaz

1º Tesoureiro

Theóphilo José da Costa Neto

2º Tesoureiro

Wellington Santos

Diretor de Patrimônio

Rubens Antunes da Cruz Filho

Diretor de Documentação e Biblioteca

Leslie de Albuquerque Aloão

Orador

Evandro Tinoco Mesquita

Conselho Científico

Presidente

Antônio Luiz de Araújo

Conselheiros

Marcos Raimundo Gomes de Freitas

Maria da Glória da Costa Carvalho

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Omar da Rosa Santos

Gesmar Volga Asséf Haddad

Alcir Vicente Visela Chácar

Conselho Fiscal

Josemar da Silveira Reis Titular

Gladyston Luiz Lima Souto Titular

Tarcísio Rivello de Azevedo Titular

Mário Gáspare Giordano Suplente

Hélio Copelman Suplente

Pedro Luiz Pinto Aleixo Suplente

Revista da ACAMERJ

Editor Chefe

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Conselho Editorial

Alair Augusto Sarmet dos Santos

Jocemir Ronaldo Lugon

Maria da Glória da Costa Carvalho

Rubens Antunes da Cruz Filho

Solange Artimos de Oliveira

Vania Gloria Silami Lopes

Vilma Duarte Câmara

Secretárias

Alita Baptista dos Santos

Carolina da Conceição Nascente

Revista da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

ISSN: 2525-9466

A Revista da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (ACAMERJ) é publicação oficial da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

A Revista da ACAMERJ tem por objetivo publicar as atividades da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, além de artigos que contribuam para a cultura e a prática médica em quaisquer áreas do conhecimento médico-científico. Todos os artigos enviados são submetidos a processo de revisão por pares, antes do aceite final pelo Editor.

A Revista da ACAMERJ é editada e publicada pela Editora LL Divulgação Editora Cultural Ltda e está disponível on-line, sendo publicada duas vezes por ano, com eventuais números extras.

Criada pela diretoria da gestão 2016-2017-2018.

Presidente: Ac. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro.

Produção Editorial:

LL Divulgação Editora Cultural Ltda

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

Jornalista: Walmyr Peixoto - Reg. Mtb RJ 23534 JPMTE

Impressão: SmartPrinter / **Tiragem:** 1.000 exemplares

Foto da Capa: Nelma Latham

A versão eletrônica desta revista, com o conteúdo completo, pode ser acessada no seguinte endereço: www.acamerj.org

Endereço: Av. Roberto Silveira, 123, Icaraí, Niterói, RJ. CEP: 24230-150

Tel.: (21) 2711-0721; Tel/Fax.: (21) 2612-0970.

E-mail: acamerj.secretaria@gmail.com

Informações Importantes

As matérias assinadas, e todo o conteúdo científico, são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

A Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro não se responsabiliza por quaisquer danos pessoais causados pelo uso de produtos, novas ideias e dosagem de medicamentos propostos nos manuscritos publicados.

As matérias publicadas neste periódico são propriedade permanente da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro e não podem ser reproduzidas por nenhum modo ou meio, em parte ou totalmente, sem autorização prévia por escrito.

Instruções para os autores

Os artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para:

Acadêmico Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

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

E-mail: acamerj.secretaria@gmail.com.

Normas para publicação na Revista da ACAMERJ podem ser obtidas no seguinte endereço: www.acamerj.org





Editorial

Tempo de reflexão

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Pág. 03

Seções: Científica

Tratamento da Osteoporose

José Luis Reis Rosati

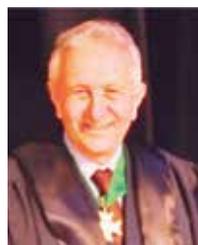
Pág. 07

Miocardite Lúpica – Revisão Bibliográfica

Alice Rocha Rosati; Bianca dos Santos Meyer; Érica Costa da Silva; Ingrid Feitosa Pimenta; Larissa Domingos Ramos Coelho; Mariana Ribeiro Machado

Pág. 12

Cultural



Revisitando Camus e Saramago

Acadêmico Professor Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Pág. 16

Social / Eventos



Mensagem do presidente da ACAMERJ

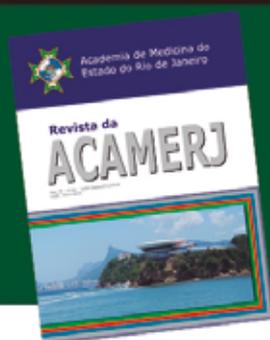
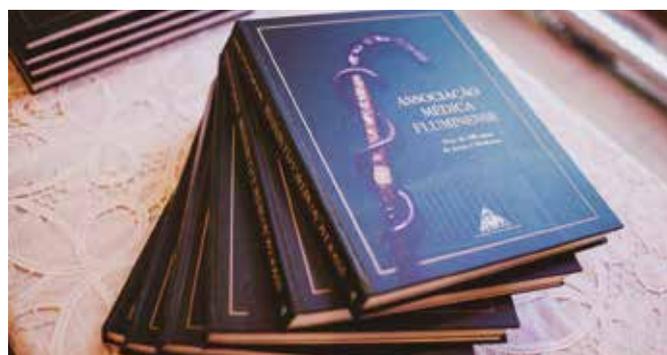
Acadêmico Professor Luiz José Martins Romão Filho

Pág. 25

- Obituário
- Lançamento de Livro pela AMF



Pág. 26



Atenção!

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

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

O Conselho Editorial agradece.

GRATIDÃO.

Neste ano, mais do que nunca, gratidão pela sua vida e pelo tempo que dedicou a dar mais tempo à vida de tanta gente.

Muito obrigado.

Vocês dão sentido ao que somos e às nossas vidas também.

Feliz Dia do MÉDICO



QUALIDADE
INTERNACIONAL CERTIFICADA
(21) 2729.1000 | chniteroi.com.br
Rua La Salle, 12 - Centro - Niterói - RJ



CHN Complexo
Hospitalar
de Niterói



Resp. Téc.: Dr. Paulo Cesar Santos Dias | CRM 52.0041468-8.



Tratamento da Osteoporose

José Luis Reis Rosati*

RESUMO

Este manuscrito tem por objetivo dar uma breve visão do tratamento atual da osteoporose pós-menopausa e na mulher idosa. Embora acompanhe a humanidade há milênios é doença que está em franca expansão, com perspectiva do aumento do número de fraturas nas próximas décadas, com suas, por vezes, devastadoras consequências. Após a terceira década de vida a reabsorção óssea excede a formação e ao longo da vida as mulheres perdem cerca de 30 a 40% do osso cortical e 50% do osso trabecular, enquanto os homens perdem cerca de 15 e 25%, respectivamente. Realiza-se assim uma análise crítica das diversas possibilidades terapêuticas existentes para as mulheres na pós-menopausa e nas idosas, além das perspectivas de novos fármacos.

PALAVRAS-CHAVE

Osteoporose; Osteoporose pós-menopausa; Osteoporose na mulher idosa.

ABSTRACT

This work aims to give a brief treatment overview of osteoporosis today. Although present in humans for millennia osteoporosis is a disease that is in steady progression with increasing burden in their lives, sometimes with devastating consequences. The reduction of bone strength during women's life is around 30 to 40% of cortical and 50% of trabecular bone, while men lose about 15 and 25% respectively. A critical analysis of therapeutic options available is considered for postmenopausal women and the elderly, in addition to the prospects for new drugs.

KEYWORDS

Osteoporosis; Postmenopausal osteoporosis; Osteoporosis in elderly women.

INTRODUÇÃO

Embora acompanhe a humanidade há milênios é doença que está em franca expansão, com perspectiva do aumento do número de fraturas nas próximas décadas, com suas, por vezes, devastadoras consequências. Até a terceira década de vida prepondera a formação óssea do esqueleto, quando se atinge o chamado pico de massa óssea. Após esta década a reabsorção excede a formação e ao longo da vida as mulheres perdem cerca de 30 a 40% do osso cortical e 50% do osso trabecular, enquanto os homens perdem de 15 e 25%, respectivamente. Hoje contamos com avanços na identificação da doença e com a possibilidade de utilizarmos bases de dados que nos auxiliem na estimativa de fraturas para os próximos anos, o que poderá ser importante na análise de cada caso, através da ferramenta FRAX® (Fracture Risk Assessment Tool)⁽¹⁾.

O objetivo desta revisão é fazer uma análise crítica das diversas possibilidades terapêuticas existentes para as mulheres na pós-menopausa e nas idosas, além das perspectivas de novos fármacos.

TRATAMENTO

Não farmacológico

Medidas gerais para um estilo de vida mais saudável devem ser implementadas em todos os pacientes que procuram um médico. No caso particular da osteoporose devem ser feitos esforços para adesão às atividades físicas, interrupção do

hábito de fumar, redução do consumo de álcool, prevenção de quedas e garantia de uma ingestão adequada de proteínas, cálcio e vitamina D.

A ingestão ou suplemento de cálcio demonstrou ser útil para aumentar a densidade mineral óssea (DMO), embora não se tenha conseguido demonstrar redução na incidência de fraturas^(2,3).

Com a suplementação de cálcio podemos ter os inconvenientes distúrbios gastrintestinais e o risco do aumento da incidência de nefrolitíase⁽⁴⁾. O aumento do risco cardiovascular ligado a essa suplementação gerou preocupações, porém uma recente metanálise não confirmou esse temor⁽⁵⁾. A ingestão de 700 a 1200 mg de cálcio diariamente é o que se recomenda. No Brasil, a ingestão dietética diária de cálcio está abaixo das recomendações internacionais (400 mg em média, independentemente da região, sexo e idade). As mulheres após os 50 anos com osteopenia ou osteoporose devem ingerir cálcio preferencialmente da dieta. Existem calculadoras que ajudam a conhecer os alimentos ricos em cálcio e o quanto de cálcio é ingerido por dia^(6,7). Apesar de o uso complementar do cálcio e da vitamina D ser fundamental para a mineralização óssea adequada, não se recomenda o tratamento da osteoporose em pacientes na pós-menopausa exclusivamente com cálcio associado ou não com a vitamina D⁽⁷⁾.

A ingestão diária de vitamina D deve ser acima de 400 UI para adultos de todas as idades. Entretanto, nas mulheres após

*Professor Titular aposentado de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense; Titular da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – ACAMERJ. Endereço para correspondência: e-mail: jlrosati@gmail.com





a menopausa e nos homens acima dos 50 anos a ingestão ideal seria acima de 800 UI ao dia. Como muitas vezes não se consegue apenas com a dieta deve-se pensar na suplementação, em especial naqueles casos onde se considera que haja maior risco.

Mega doses de vitamina D dadas de forma intermitente não são indicadas, pois há evidência de maior chance de quedas e fraturas^(8,9).

Exercícios físicos que envolvam carga e de resistência são úteis para melhorar a densidade mineral óssea mas não está confirmado seu benefício direto em prevenir fraturas^(7,10).

Em mulheres com osteoporose instalada ou osteopenia, exercícios com suporte do próprio peso, que envolvam o quadríceps, são úteis, pois sabidamente reduzem o risco de quedas^(7,10).

A realização de fisioterapia é essencial na recuperação de indivíduos que sofreram fraturas e deve sempre ser recomendada. Como as quedas precedem muitas vezes as fraturas, a realização de atividades multidisciplinares que previnam quedas devem ser estimuladas, especialmente nos idosos^(11,12).

Farmacológico

O que será abordado aqui refere-se ao tratamento da osteoporose no período pós-menopausa e na mulher idosa. As causas secundárias e as mais raras dependerão de um diagnóstico preciso. Daí a suma importância de uma avaliação clínica bem conduzida.

BISFOSFONATOS

Essa classe de medicamentos representa a maior parte das prescrições para tratamento da osteoporose. São amplamente utilizados tanto na forma oral quanto venosa. Atuam reduzindo a reabsorção óssea pelos osteoclastos. Vários estudos randomizados demonstraram sua eficácia na prevenção de fraturas e sua segurança terapêutica. Possuem ainda a grande vantagem do baixo custo, o que torna mais ampla sua possibilidade de utilização. Embora na maior parte dos casos tenham demonstrado sua segurança, alguns problemas menores como as dores ósseas e hipocalcemia podem ocorrer. Devemos evitar seu uso nos casos de doença renal crônica, com depuração da creatinina abaixo de 35 mL/min, e naqueles com vitamina D baixa, pois isso pode agravar a hipocalcemia e esta pode se tornar sintomática. A vitamina D deve ser repostada nestes casos⁽¹²⁾. Raramente podem ocorrer dois problemas mais graves com o uso desta classe de medicamentos: (a) osteonecrose que pode envolver a mandíbula, os ossos maxilares e do conduto auditivo; b) fratura atípica do fêmur, que por definição seria uma fratura subtrocantérica, de disposição transversa e não cominutiva⁽¹³⁾.

Os grandes estudos que demonstraram a eficácia destas drogas foram realizados com o uso de bisfosfonatos diários. Mesmo assim, certamente pela comodidade posológica, eles vêm sendo utilizados ou semanalmente, como o alendronato e o risedronato, ou ainda mensalmente, como o ibandronato e o risedronato. Alterações no trato gastrointestinal como a esofagite e gastrite podem ocorrer, mas são minimizadas com o

ritual adotado na hora da tomada do remédio. Os bisfosfonatos orais devem ser evitados nos pacientes com doença esofágica significativa como, por exemplo, acalasia. A adesão ao tratamento com bisfosfonatos orais é baixa e estimada em menos de 40%⁽¹⁴⁾.

O ibandronato não se mostrou tão útil para fraturas não vertebrais quanto o alendronato e o risedronato. O ibandronato pode ainda ser utilizado na forma intravenosa⁽¹⁵⁾.

O ácido zoledrônico demonstrou reduzir a possibilidade de fraturas vertebrais e de quadril, com a utilização uma vez ao ano, quando comparado com placebo. Esta infusão deve ser lenta e causa uma reação de fase aguda em cerca de um terço dos pacientes, tais como sintomas gripais por cerca de três dias após a infusão. Estes sintomas ficam mais raros com as infusões subsequentes e também com a coadministração de acetaminofeno⁽¹³⁾.

EFEITOS RAROS DOS BISFOSFONATOS E DO DENOSUMAB

Há dois efeitos raros do uso dos bisfosfonatos e do denosumab em altas doses, como as utilizadas no tratamento de neoplasias com metástases ósseas. Um deles é a possibilidade de osteonecrose. Esta pode afetar mandíbula, maxilares ou ossos do ouvido médio⁽¹²⁾ e é mais frequente em casos de higiene oral deficiente, cirurgias ou procedimentos odontológicos invasivos, doença dental, quimioterapia antineoplásica ou uso de corticosteróides, embora possa ocorrer também sem esses fatores⁽¹⁶⁾.

A possibilidade de fraturas atípicas do fêmur é outro efeito raro, porém de consequências ominosas. Ocorre principalmente com o uso mais prolongado, geralmente acima de três anos, embora estudo recente tenha demonstrado boa segurança e bom efeito na prevenção de fraturas após 10 anos do seu uso⁽¹⁷⁾.

São entendidas como fraturas femorais atípicas aquelas que ocorrem na área subtrocantérica ou diafisária. Costumam ser precedidas de dores na virilha, coxa ou sobre o quadril. Sempre que presentes essas queixas devem ser investigadas com imagens desses locais para sua confirmação. A suspensão dos bisfosfonatos reduz a incidência destas.

MONITORANDO A TERAPÊUTICA COM BISFOSFONATOS

Devido à possibilidade de efeitos adversos potencialmente graves citados anteriormente, é de suma importância o interesse permanente com a duração, vigilância e monitoramento. A maior parte dos estudos foi feita num prazo de poucos anos. A preocupação é que com prazos de uso mais prolongados, tais efeitos possam ser mais frequentes.

Como os efeitos dos bisfosfonatos persistem nos ossos por vários meses, tem sido aceita a ideia de pausas no tratamento, realizadas após alguns anos da sua utilização, na tentativa de minimizar os efeitos colaterais, sem perda da eficácia terapêutica. São as chamadas “férias terapêuticas”. Durante esse prazo continua-se a monitorar o estado da DMO, havendo a possibilidade de o tratamento ser retomado se assim for julgado necessário⁽¹⁸⁾.

Após a cessação da terapia é relatado que com o alendro-



nato os efeitos terapêuticos podem durar de dois a três anos; com ibandronato ou risedronato, de um a dois anos. No caso do ácido zoledrônico, após três anos de cessação terapêutica, foi evidenciada apenas pequena perda da DMO⁽¹⁹⁾.

Foi demonstrado que o uso de bisfosfonatos por mais cinco anos após a utilização dos mesmos por cinco anos, reduziu a incidência de fraturas quando comparado com o uso de placebo⁽¹⁹⁾. Os grupos que mais se beneficiariam da utilização de alendronato, risedronato ou ibandronato por mais de cinco anos, e de ácido zoledrônico por mais de três anos seriam:

a) Mulheres acima dos 75 anos⁽²⁰⁾.

b) Pacientes que durante o tratamento tenham apresentado novas fraturas, excluindo aqui causas de osteoporose secundária ou não adesão ao tratamento proposto;

c) Pacientes em uso de corticosteróides em doses acima de 7,5 mg de prednisona ou dose análoga desses medicamentos⁽²¹⁾.

Após a parada dos medicamentos expostos anteriormente a monitorização do risco de fratura deve continuar. O tratamento será reiniciado em caso de nova fratura ou aumento do risco desta. Não há evidência que guie decisões para uso de fármacos no tratamento de osteoporose após 10 anos de sua utilização, ficando este uso na dependência da análise individual⁽¹²⁾.

DENOSUMAB

Foi o primeiro agente biológico aprovado para o tratamento da osteoporose, e a sua ação é diferente dos bisfosfonatos. Ele inibe a reabsorção óssea se ligando ao receptor ativador do fator kappa beta dos osteoclastos (receptor RANKL), decrescendo o nível de diferenciação dos osteoclastos. De forma diversa dos bisfosfonatos, ele pode ser utilizado em mulheres idosas com a função renal comprometida.

Um grande estudo que envolveu mulheres com escore T menor que 2,5 desvios padrão (DP) mas não inferior a 4,0 DP, na coluna lombar ou no quadril mostrou que ele aplicado por via subcutânea, na dose de 60 mg a cada seis meses resultou numa significativa queda da incidência de fraturas⁽²²⁾. Todos os pacientes que façam seu uso devem receber 1000 mg diários de cálcio e pelo menos 400 UI de vitamina D.

Os efeitos colaterais descritos são: dor lombar ou nas extremidades, fadiga, astenia, hipofosfatemia, náuseas, diarreia, hipocalcemia, tosse, cefaleia. Há ainda tendência a aumento de infecções, o que se agrava nos pacientes que fazem uso de imunossupressores; fraturas atípicas e osteonecrose são também relatadas.

TERIPARATIDA

A teriparatida é um agente anabólico, ou seja, atua aumentando a formação óssea produzindo osso novo ao invés de impedir a reabsorção, como a maioria dos outros agentes utilizados no tratamento da osteoporose. É forma recombinante do hormônio da paratireóide. Em um estudo de 21 meses com mulheres portadoras de baixa DMO e fraturas vertebrais prévias, a teriparatida numa dose de 20 mcg ao dia foi associada a uma redução de fraturas vertebrais em torno de 65% e de não vertebrais em torno de 35% comparado ao placebo. É utiliza-

da especialmente no tratamento da osteoporose quando há alto risco de fratura.

A teriparatida é aplicada por via subcutânea diariamente, na dose de 20 mcg, e é aprovada para uso por até dois anos. Estudos revelaram sua eficácia mesmo quando houve uso prévio de bisfosfonatos. Os efeitos colaterais mais relatados são: artralgias, rinite, astenia, tonteiros, náuseas e cefaleia, além de hipercalcemia. Deve ser utilizada com cautela em pacientes com metástases ósseas, urolitíase, doença de Paget e hipercalcemia pré-existente. Após sua descontinuação seus benefícios se perdem rapidamente. Sendo assim utilizam-se agentes antirreabsortivos após seu uso⁽²³⁾.

RANELATO DE ESTRÔNCIO

O ranelato de estrôncio é outra possível terapia para osteoporose nas mulheres na fase pós-menopausa. É formado de duas moléculas de estrôncio ligadas ao ácido ranélico. Ele tende a se acumular no esqueleto durante o seu uso e aumentar a massa óssea, falseando assim o resultado da densitometria. Já na prevenção de fraturas o seu resultado não é tão bom quanto outras terapias existentes e já citadas, devido ao seu fraco efeito antirreabsortivo e discutível efeito na formação óssea. Há relato de que provoca alterações digestivas, em especial diarreia, erupções cutâneas como a síndrome de Stevens Johnson e necrólise epidérmica tóxica. Há ainda um aumento na possibilidade de tromboembolismo venoso e embolia pulmonar. Houve descrição de aumento de casos de infarto do miocárdio, mas isso não foi confirmado em outros estudos⁽²⁴⁻²⁶⁾.

O uso dele é, portanto, restrito a mulheres que não tenham história de doença cardiovascular, de tromboembolismo e que tenham boa mobilidade. O uso deve ser suspenso e não reiniciado em caso de erupções cutâneas, hipertensão arterial ou angina.

Em um estudo recente, Martin Merino e cols.⁽²⁴⁾ relataram que a incidência de trombose com o ranelato de estrôncio não foi diferente das outras terapias para osteoporose, tendo eles comparado o ranelato de estrôncio com alendronato, teriparatida e denosumab.

Já num outro estudo, onde o problema da osteonecrose da mandíbula é analisado, os autores concluem que o ranelato de estrôncio seria uma boa opção tanto nos casos em que ela tenha ocorrido quanto naquelas pacientes em maior risco desta ocorrência que utilizam alendronato há longo tempo. Como isto não é incomum na prática clínica, é uma boa tentativa nos casos em que tivermos que cessar a terapia com bisfosfonatos ou mesmo com o denosumab, que sabidamente também provoca tais efeitos, embora em menor escala⁽²⁵⁾.

RALOXIFENO

Este medicamento é aprovado tanto no tratamento quanto na prevenção da osteoporose em mulheres no período pós-menopausa. Trata-se de um modulador de receptor seletivo de estrogênio (SERMs) e inibe a reabsorção óssea. Os SERMs têm muitos usos potenciais, sendo atualmente aprovados para mulheres na pós-menopausa com ou sem risco de osteoporose.



Tanto o tamoxifeno quanto o raloxifeno acham-se associados, porém com um aumento de duas a três vezes de eventos tromboembólicos venosos. Reduzem a possibilidade de fraturas vertebrais, entretanto a redução de fraturas não vertebrais não ficou bem demonstrada. Esse medicamento é contraindicado em mulheres em idade gestacional que possam engravidar, e nas que tiverem aumento de risco de trombose. Cuidado deve ser tomado quando há risco de complicações cardiovasculares especialmente acidente vascular encefálico, pois há relato de casos fatais com seu uso. Os efeitos colaterais incluem edema, câibras e sintomas vasomotores como fogachos. Há redução do risco de câncer de mama nas mulheres que o utilizam. É utilizado na dose de 60 mg ao dia e tomado independente das refeições⁽²⁶⁾.

TERAPIA COMBINADA

Não é sugerido o uso de terapias combinadas no tratamento ou na prevenção da osteoporose. Os benefícios são pequenos e não há provas de que melhorem a prevenção de fraturas.

TERAPIA SEQUENCIAL

Como se sabe que a perda de massa óssea acontece de forma rápida após a interrupção da teriparatida, especialmente na coluna, propõe-se que após esta deve haver tratamento sequencial com bisfosfonatos, denosumabe ou mesmo raloxifeno ou estrógenos na dependência da avaliação do caso^(7,12).

OUTROS TRATAMENTOS

Tibolona

A tibolona é um esteróide sintético cujos metabólitos têm propriedades estrogênicas, androgênicas e progestagênicas. Ela melhora a DMO em mulheres idosas com osteoporose instalada e previnem a perda óssea naquelas na pós-menopausa precoce sem osteoporose, porém com eficácia menor que os estrógenos. Os riscos da utilização da tibolona são semelhantes aos dos estrógenos⁽²⁶⁾.

Estrógenos

Os estrógenos foram utilizados durante décadas no tratamento e prevenção da osteoporose e já demonstraram cabalmente sua eficácia na prevenção de fraturas em diversas publicações ao longo do tempo. Entretanto, um grande estudo realizado teve que ser interrompido precocemente, pois ficou claro que o uso deles aumentou de forma significativa a possibilidade de infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico, tromboembolismo e neoplasia mamária. Assim sendo, o uso dos estrógenos está bastante limitado hoje. O aumento do risco cardiovascular fez com que eles hoje sejam utilizados apenas de forma muito individualizada no tratamento da osteoporose. Devido ao seu risco benefício desfavorável nas pacientes idosas, seu uso está restrito em geral a mulheres na pós-menopausa imediata, que estejam em risco aumentado de fraturas e portadoras de sintomas típicos dessa fase⁽²⁶⁾.

Há ainda a possibilidade de uso de diversos outros medicamentos como calcitriol, andrógenos, calcitonina, vitamina K e outros mais. Porém são tratamentos pouco utilizados seja

pela fraca atuação, efeitos colaterais ou por falta de maiores evidências da sua eficácia.

MONITORANDO O TRATAMENTO

Não existe consenso da estratégia ótima para monitorar pacientes em tratamento para osteoporose. Habitualmente é utilizada densitometria da coluna lombar e do quadril, repetida após um a dois anos. Caso haja estabilidade da DMO ou mesmo melhora, continua-se a monitorar dessa forma ou por prazos mais espaçados.

Para pacientes que tenham condições que possam interferir na eficácia dos medicamentos, como por exemplo, fatores que possam alterar a absorção destes ou quando suspeitarmos que a adesão ao tratamento não é ótima, podemos dosar marcadores como o CTX (*Type I collagen cross-linked c-telopeptide* ou telopeptídeo carboxiterminal do colágeno tipo I) sérico, ou NTX (*N-terminal telopeptide of type I collagen* ou telopeptídeo aminoterminal do colágeno tipo I) urinário, antes e três a seis meses após o início. Caso o NTX não reduza mais que 50% e o CTX mais que 30% imaginaremos que há baixa absorção do medicamento ou falta de adesão terapêutica. Claro está que o uso destes marcadores só tem sentido se utilizamos terapia antirreabsortiva⁽¹²⁾.

PERSPECTIVAS

Três novos medicamentos tiveram resultados promissores em estudos de fase três. São eles a abaloparatida, o odanacatib, e o romosozumab.

A abaloparatida é um peptídeo análogo ao PTH que apresenta mecanismo de ação, resultados terapêuticos e perfil de risco análogo a teriparatida⁽²⁷⁾.

O odanacatib é um antagonista da catepsina K com propriedades de formação de osso. Foi abandonado pela FDA devido à elevada incidência de acidente vascular encefálico ligada ao seu uso, embora tivesse demonstrado grande benefício na redução do risco de fraturas.

O romosozumab é um anticorpo monoclonal antiesclerosina. Esta é produzida pelos osteócitos e inibe a formação óssea e aumenta a sua reabsorção. No estudo FRAME (*Fracture study in Postmenopausal Women with Osteoporosis*)⁽²⁸⁾ a utilização mensal dele por um ano aumentou significativamente a DMO e reduziu o risco de novas fraturas vertebrais em 73% comparado ao placebo. Esta ação foi atribuída tanto à inibição da reabsorção quanto a formação óssea. No estudo ARCH⁽²⁹⁾ foram randomizadas mais de 4000 mulheres com alto risco de fratura. Um grupo recebeu romosozumab mensal e o outro alendronato. O grupo que recebeu o romosozumab apresentou redução de fraturas vertebrais de 48% em 24 meses, comparado com o grupo que recebeu alendronato. Caracterizou-se assim a superioridade deste medicamento. Entretanto, houve mais eventos cardiovasculares graves no grupo do romosozumab, embora o estudo FRAME já citado tenha demonstrado que esses efeitos foram similares ao placebo.

O fato de que medicamentos que atuam no metabolismo ósseo tragam consequências cardiovasculares, entre outras,



está em linha com a ideia atual de que o esqueleto é um tecido com propriedades endócrinas que ajuda a modular a homeostase secretando diversos peptídeos como a esclerostina, o fator de crescimento fibroblástico 23 (FGF 23) e a osteocalcina.

Possuímos, portanto, uma gama de produtos para prevenção ou tratamento da osteoporose já instalada e a análise de cada caso, enfatizando sempre uma boa avaliação clínica baseada na história detalhada e exame físico cuidadoso, nos permitirá individualizar a terapêutica procurando sempre o melhor para o paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - FRAX – Fracture Risk Assessment Tool. Disponível em: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX>. Acesso em: 30/01/2020.
- 2 - Bolland MJ, Leung W, Tai V, Bastin S, Gamble GD, Grey A, et al. Calcium intake and risk of fracture: systematic review. *BMJ*. 2015;351:h4580.
- 3 - Tai V, Leung W, Grey A, Reid IR, Bolland MJ. Calcium intake and bone mineral density: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015;29;351:h4183.
- 4 - Candelas G, Martinez-Lopez JA, Rosario MP, Carmona L, Loza E. Calcium supplementation and kidney stone risk in osteoporosis: a systematic literature review. *Clin Exp Rheumatol*. 2012;30(6):954-61.
- 5 - Lewis JR, Radavelli-Bagatini S, Rejnmark L, Chen JS, Simpson JM, Lappe JM, et al. The effects of calcium supplementation on verified coronary heart disease hospitalization and death in postmenopausal women: a collaborative meta-analysis of randomized controlled trials. *J Bone Miner Res*. 2015;30(1):165-75.
- 6 - International Osteoporosis Foundation. Disponível em: <https://www.iofbonehealth.org/calcium-calculator>. Acesso em: 29/01/2020.
- 7 - Radominski SC, Bernardo W, Paula AP, Albergariad Ben-Hur, Moreira C, Fernandes CE, Castro CHM, et al. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. *Rev Bras Reumatol*. 2017;57(S2):S452-66.
- 8 - Sanders KM, Stuart AL, Williamson EJ, Simpson JA, Kotowicz MA, Young D, et al. Annual high-dose oral vitamin D and falls and fractures in older women: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010; 303(18):1815-22.
- 9 - Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Orav EJ, Staehelin HB, Meyer OW, Theiler R, et al. Monthly high-dose vitamin D treatment for the prevention of functional decline: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2016;176(2):175-83.
- 10 - Kemmler W, Häberle L, von Stengel S. Effects of exercise on fracture reduction in older adults. A systematic review and meta-analysis. *Osteoporos Int*. 2013;24(7):1937-50.
- 11 - El-Khoury F, Cassou B, Charles MA, Dargent-Molina P. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2013;347:f6234.
- 12 - NOGG/National Osteoporosis Guideline Group. NOGG 2017: Clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. Disponível em: <https://www.sheffield.ac.uk/NOGG/NOGG%20Guideline%202017.pdf>. Acesso em 16/06/2019.
- 13 - Black DM, Rosen CJ. Clinical Practice. Postmenopausal Osteoporosis. *N Engl J Med*. 2016;374(3):254-62.
- 14 - Modi A, Siris ES, Tang J, Sen S. Cost and consequences of noncompliance with osteoporosis treatment among women initiating therapy. *Curr Med Res Opin*. 2015;31(4):757-65.
- 15 - Chestnut CH 3rd, Skag A, Christiansen C, Recker R, Stakkestad JA, Hoiseth A, et al. Effects of oral ibandronate administered daily or intermittently on fracture risk in postmenopausal osteoporosis. *J Bone Miner Res*. 2004;19(8):1241-9.
- 16 - Khan AA, Morrison A, Hanley DA, Felsenberg D, McCauley LK, O’Ryan F, et al. Diagnosis and management of osteonecrosis of the jaw: a systematic review and international consensus. *J Bone Miner Res*. 2015;30(1):3-23.
- 17 - Abrahamsen B, Eiken P, Prieto-Alhambra D, Eastell R. Risk of hip, subtrochanteric and femoral shaft fractures among mid and long term users of alendronate: nationwide cohort and nested case-control study. *Brit Med J*. 2016;353:i3365.
- 18 - Adler RA, El-Hajj Fuleihan G, Bauer DC, Camacho PM, Clarke BL, Clines GA, et al. Managing osteoporosis in patients on long-term bisphosphonate treatment: Report of a Task Force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res*. 2016;31(1):16-35.
- 19 - Black DM, Schwartz AV, Ensrud KE, Cauley JA, Levis S, Quandt SA, et al. Effects of continuing or stopping alendronate after 5 years of treatment: the Fracture Intervention Trial Long-term Extension (FLEX): a randomized trial. *JAMA*. 2006;296(24):2927-38.
- 20 - Bauer DC, Schwartz A, Palermo L, Cauley J, Hochberg M, Santora A, et al. Fracture prediction after discontinuation of 4 to 5 years of alendronate therapy: the FLEX study. *JAMA Intern Med*. 2014;174(7):1126-34.
- 21 - Cosman F, Cauley JA, Eastell R, Boonen S, Palermo L, Reid IR, et al. Reassessment of fracture risk in women after 3 years of treatment with zoledronic acid: when is it reasonable to discontinue treatment? *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(12):4546-54.
- 22 - Cummings SR, San Martin J, McClung MR, Siris ES, Eastell R, Reid IR, et al. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med*. 2009;361(8):756-65.
- 23 - Black DM, Bilezikian JP, Ensrud KE, Greenspan SL, Palermo L, Hue T, et al. One year of alendronate after one year of parathyroid hormone (1-84) for osteoporosis. *N Engl J Med*. 2005;353(6):555-65.
- 24 - Martín-Merino E, Petersen I, Hawley S, Álvarez-Gutiérrez A, Khalid S, Llorente-García A, et al. Risk of venous thromboembolism among users of different anti-osteoporosis drugs: a population-based cohort analysis including over 200,000 participants from Spain and the UK. *Osteoporos Int*. 2018;29(2):467-78.
- 25 - Pan WL, Chen PL, Lin CY, Pan YC, Ju YR, Chan CP, et al. Strontium ranelate treatment in a postmenopausal woman with osteonecrosis of the jaw after long-term oral bisphosphonate administration: a case report. *Clin Interv Aging*. 2017;12:1089-93.
- 26 - Khajuria DK, Razdan R, Mahapatra DR. Medicamentos para o tratamento da osteoporose: revisão. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51(4):365-82.
- 27 - Miller PD, Hattersley G, Riis BJ, Williams GC, Lau E, Russo LA, et al. Effect of abaloparatide vs placebo on new vertebral fractures in postmenopausal women with osteoporosis: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2016;316(7):722-33.
- 28 - Cosman F, Crittenden DB, Adachi JD, Binkley N, Czerwinski E, Ferrari S, et al. Romosozumab treatment in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med*. 2016;375(16):1532-43.
- 29 - Saag KG, Petersen J, Brandi ML, Karaplis AC, Lorentzon M, Thomas T, et al. Romosozumab or alendronate for fracture prevention in women with osteoporosis. *N Engl J Med*. 2017; 377(15):1417-27.





Miocardite Lúpica – Revisão Bibliográfica

Alice Rocha Rosati¹; Bianca dos Santos Meyer²; Érica Costa da Silva²; Ingrid Feitosa Pimenta²; Larissa Domingos Ramos Coelho²; Mariana Ribeiro Machado².

RESUMO

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) pode envolver o sistema cardiovascular em até 50% dos casos, podendo afetar o pericárdio, miocárdio, sistema de condução, tecido valvar e artérias coronárias. É relatado que a miocardite ocorre em 5-10% dos pacientes, sendo uma patologia de manifestações clínicas muito variáveis, podendo cursar desde um quadro assintomático até um quadro de choque cardiogênico fulminante. O objetivo deste artigo é revisar as manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento da miocardite lúpica para que mais pacientes possam se beneficiar do reconhecimento precoce e da terapia adequada desta doença de alta morbidade e potencialmente fatal.

PALAVRAS-CHAVE

Miocardite Lúpica, Manifestações Cardiológicas no Lúpus Eritematoso Sistêmico.

ABSTRACT

Systemic Lupus Erythematosus can involve the cardiovascular system in up to 50% of cases, and may affect the pericardium, myocardium, conduction system, valvular tissue and coronary arteries. Myocarditis is reported to occur in 5-10% of patients, and its clinical manifestations can vary from asymptomatic patients until fulminant cardiac shock. The aim of this article is to review lupus myocarditis clinical manifestations, diagnosis and treatment so as more patients can benefit from early diagnosis and adequate therapy of such a high morbidity, potentially fatal disease.

KEYWORDS

Lupus Myocarditis, Cardiovascular Manifestations of SLE.

INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune sistêmica caracterizada pela produção de auto-anticorpos, deposição de imunocomplexos e inflamação em diversos órgãos levando, por vezes, a dano tecidual irreversível. Sua etiologia permanece desconhecida, porém já é comprovada a participação de fatores hormonais, ambientais, genéticos e imunológicos em seu desenvolvimento⁽¹⁾.

O lúpus pode ocorrer em pessoas de qualquer idade, raça e sexo, todavia, as mais acometidas são mulheres⁽¹⁾, principalmente entre 15 e 40 anos, e é mais comum em pessoas hispânicas, asiáticas e nos afro-americanos (a incidência do lúpus chega a ser três a quatro vezes maior em mulheres negras do que em mulheres brancas)⁽²⁾.

Estima-se que no Brasil haja cerca de 65.000 pessoas com lúpus, sendo a maioria mulheres⁽³⁾.

Em relação à prevalência do acometimento cardíaco no LES, acredita-se que entre 30 a 50% dos pacientes desenvolvam algum quadro cardíaco ao longo do curso da doença⁽⁴⁾. Já o miocárdio, costuma ser acometido em cerca de 10% dos pacientes, causando geralmente disfunções leves, mas que, entretanto, podem evoluir com insuficiência cardíaca em 5% dos casos⁽⁵⁾.

A taxa de mortalidade de pacientes com LES no Brasil é

de 4,76 óbitos/100.000 habitantes, de forma que os estados do Sul e do Sudeste possuem uma menor taxa de mortalidade, enquanto a região Norte apresenta a maior mortalidade⁽⁶⁾.

METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo de revisão de literatura acerca da miocardite lúpica (ML) contemplando a fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento desta patologia.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, na qual a seleção dos artigos foi feita nas seguintes plataformas de busca eletrônica: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Cochrane Library publicados em inglês ou português, entre os anos de 2000 e 2019.

As palavras-chave foram miocardite lúpica e acometimento cardiovascular no Lúpus Eritematoso Sistêmico. A triagem inicial do conteúdo dos manuscritos foi feita mediante leitura na íntegra do conteúdo para seleção do material científico a ser utilizado de modo a alcançar o objetivo proposto.

Busca-se acrescentar na literatura, por meio desse trabalho, informações acerca da miocardite lúpica, auxiliando pro-

¹Professora de Seminários Integrados e Clínica Médica II da Universidade Estácio de Sá - Campus Ulysses e Mora Guimarães. Médica do ambulatório de reumatologia da Prefeitura Municipal de Angra dos Reis.

Endereço para correspondência: Rua Jornalista Roberto Marinho 116, Portal das Mansões Miguel Pereira. Telefone : 21- 27141909

E-mail: rosatia@yahoo.com.br

²Acadêmicas de Medicina da Universidade Estácio de Sá - Campus Ulysses e Mora Guimarães





fissionais de saúde que venham a lidar com esta forma de acometimento da doença.

FISIOPATOLOGIA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O LES pode acometer múltiplos sítios orgânicos, como rins, cérebro, coração, fígado, pulmões, articulações, músculos, pele, entre outros, de forma inflamatória. O aspecto mais marcante e característico do LES é um estado autoimune onde há o desenvolvimento de anticorpos para múltiplos antígenos derivados do núcleo, citoplasma e membranas celulares. Muito embora os rins ainda sejam os órgãos mais estudados nessa patologia, há pelo menos 1 século foram encontrados relatos de que o coração também pode sofrer graves lesões, podendo contribuir de forma significativa para a morbidade e mortalidade da doença⁽⁴⁾.

O dano tecidual na ML costuma ocorrer através da produção de autoanticorpos e imunocomplexos que se ligam a tecidos-alvo, o que, com a ativação do sistema complemento, leva à liberação de citocinas, quimiocinas, peptídeos vasoativos, oxidantes e enzimas proteolíticas. Esse fato acarreta na ativação de múltiplas células teciduais, como células endoteliais, monócitos/macrófagos, células dendríticas e ao influxo de células T e B nos tecidos-alvo⁽⁸⁾.

Apesar das lesões cardíacas consideradas próprias do LES serem, presumivelmente, devido à deposição de imunocomplexos no pericárdio, miocárdio ou paredes dos vasos, a patogênese da doença cardíaca do lúpus eritematoso sistêmico ainda não está totalmente esclarecida⁽⁴⁾.

O modelo tradicionalmente considerado para a patogênese da ML é bastante similar ao de outros sítios de acometimento do LES, acreditando-se que a deposição de imunocomplexos e a ativação do complemento levariam à inflamação aguda, crônica ou recorrente no endotélio vascular, pericárdio, miocárdio, endocárdio, sistema de condução e folhetos valvares, levando ao acúmulo de fatores de crescimento e produtos de oxidação que contribuem para o dano tecidual, o que pode ser respaldado pelo achado comum de imunocomplexos, complemento e anticorpos antinucleares nos tecidos afetados⁽⁹⁾.

Além disso, foi observado em um estudo com camundongos portadores de imunodeficiências combinadas graves, que a miocardite autoimune é mediada por células TCD4+, pois o aumento dessas células produziu a miocardite, enquanto a depleção das mesmas melhorou o quadro. Observou-se ainda, infiltrados de células T helper 1 (Th1) e T helper 17 no coração desses camundongos após a indução da miocardite⁽¹⁰⁾.

Em relação às manifestações clínicas, geralmente os pacientes com ML são assintomáticos, sendo os sintomas presentes em apenas 5 a 10% dos mesmos (11,12). Estudos de necrópsias realizadas com 29 pacientes entre 1950 e 1960 encontraram a presença de miocardite em até 57% dos pacientes com LES, reforçando a alta frequência de casos assintomáticos⁽¹¹⁾. A miocardite lúpica costuma se manifestar nos primeiros anos de doença, inclusive há relatos de apresentação desta como primeira manifestação do LES^(11,12).

O quadro apresentado pode variar de sintomas leves, como

dor torácica ventilatório dependente, febre, dispneia, distensão jugular e palpitações, até insuficiência cardíaca fulminante e morte súbita^(3,4,22,23). Thomas G. et al observaram como manifestações clínicas frequentes dispneia (em 20 dos 27 pacientes) e dor torácica (em 11 dos 27 pacientes por eles estudados)⁽¹¹⁾.

A evolução para choque cardiogênico é rara na miocardite lúpica e deve-se lembrar que, em pacientes lúpicos esta manifestação pode apresentar diversas etiologias, tais como doença arterial coronariana, cardiotoxicidade induzida por fármacos, pericardite com tamponamento cardíaco e insuficiência valvar secundária à destruição valvar, entre outras causas^(3,19). Portanto, diante de um quadro grave de choque cardiogênico a etiologia desta manifestação deve ser amplamente investigada, pois outros fatores além da miocardite podem estar envolvidos.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da ML se baseia nas características clínicas do paciente e exame físico, associados a exames laboratoriais, eletrocardiográficos, imaginológicos e por vezes histopatológicos.

Os exames laboratoriais são inespecíficos e não devem, isoladamente, ser considerados como meios diagnósticos para a ML, pois identificam apenas a presença de atividade inflamatória ou de agressão miocárdica. Na maioria dos pacientes observa-se um aumento nos marcadores de inflamação VHS e PCR. Pode também ocorrer elevação de biomarcadores de lesão cardíaca como CK-MB e troponina. Os níveis séricos dos biomarcadores correspondem ao grau de agressão miocárdica e apresentam um comportamento diferente do infarto agudo do miocárdio, pois não seguem o padrão usual da curva enzimática⁽¹³⁾.

A radiografia de tórax pode estar normal ou evidenciar aumento de área cardíaca devido a dilatação das câmaras cardíacas, além de trazer achados compatíveis com derrame pleural ou congestão pulmonar bilateral acentuada nas bases⁽¹⁴⁾.

O Eletrocardiograma (ECG) pode registrar sinais elétricos normais ou evidenciar alguma alteração como taquicardia e alterações não específicas do segmento ST-T. Segundo Tanwani et al, em seu estudo realizado com 30 pacientes, foi verificado inversão de onda T em 80%, anormalidades inespecíficas do segmento ST em 50% e arritmias em 10% desses. Essas alterações vão depender da fase evolutiva em que se encontra a agressão inflamatória miocárdica⁽¹⁵⁾.

O ecocardiograma (ECO) passou a ser um dos métodos importantes para detectar a diminuição da função ventricular quando há suspeita de miocardite, mesmo sendo subclínica⁽²⁵⁾. O achado mais específico é a disfunção sistólica, podendo haver também dilatação das câmaras cardíacas, insuficiência mitral e tricúspide secundárias, trombos intracardíacos, disfunção diastólica, envolvimento do pericárdico e anormalidades do movimento de parede (hipocinesia global ou segmentar). Vale salientar que hipocinesia segmentar é um achado frequente e foi observada em 40% dos pacientes estudados por Tanwani et al⁽¹⁵⁾.

A Ressonância Nuclear Magnética (RNM) é atualmente o



principal método diagnóstico não invasivo complementar, pois permite visualizar a localização, atividade e a extensão da inflamação e da fibrose no miocárdio, sendo o exame de maior sensibilidade para detectar esta patologia. Este exame possibilita o diagnóstico da miocardite tanto na fase aguda, quanto crônica, mediante técnicas de ponderação do sinal magnético e do realce tardio, além de poder orientar a realização da biópsia endomiocárdica⁽¹⁵⁾.

Um achado importante na RNM que sugere miocardite é a presença do realce tardio do gadolínio em padrão não vascular (encontrado em até 80% dos pacientes acometidos)⁽²⁰⁾. A disposição do realce tardio encontrado no miocárdio geralmente é epicárdica e/ou mesocárdica, poupando o endocárdio, o que não ocorre na causa isquêmica, que possui disposição transmural.

Utiliza-se a sequência ponderada T2 para visualização de edema no realce precoce e necrose/fibrose no realce tardio. O atraso de realce do gadolínio (GDE) em um padrão não vascular estava presente na maioria dos pacientes avaliados por Tanwani et al⁽¹⁵⁾.

A Tomografia Computadorizada Cardíaca e angiogramografia são mais utilizadas quando se pretende um diagnóstico diferencial de dor torácica, podendo excluir a presença de doença arterial coronariana significativa, entretanto, tem a desvantagem de usar contraste iodado e radiação ionizante⁽¹⁶⁾.

Como a miocardite tem definição histopatológica, seu diagnóstico final pode ser feito através da Biópsia Endomiocárdica do ventrículo direito. Não existem estudos comparativos para que se recomende a biópsia endocárdica do VD em detrimento da biópsia de VE, porém o ventrículo direito é mais facilmente acessado via punção venosa jugular ou femoral, sendo assim o local mais utilizado, ficando a realização da biópsia endomiocárdica do VE restrita aos casos em que o processo se limite a esta cavidade.⁽¹⁴⁾ Observa-se, histopatologicamente, nas miocardites em geral, infiltrados inflamatórios eosinofílicos, linfocíticos e granulomatosos indicando necrose de miócitos. Recentemente, tem se proposto que o diagnóstico histológico de inflamação se faça através da contagem de linfócitos, macrófagos e expressão HLA-DR pela técnica de imuno-histoquímica. A avaliação diagnóstica da miocardite pela imuno-histoquímica oferece maior acurácia na detecção da presença de processo inflamatório miocárdico, através da análise de reações antígeno-anticorpo específicas com a marcação das células mononucleares (linfócitos T e B) e de leucócitos, permitindo melhor identificação e contagem das células inflamatórias.⁽¹⁴⁾

Embora ainda seja considerada o método “padrão ouro”, a biópsia tem sido menos utilizada recentemente devido a sua baixa sensibilidade, podendo revelar falsos negativos, uma vez que a miocardite pode ter distribuição focal ou multifocal⁽⁶⁾.

TRATAMENTO

Por ser um desfecho raro, ainda não há muitos estudos sobre terapêuticas específicas para essa consequência do LES. A decisão terapêutica tem sido baseada na experiência clínica e

séries de casos, ao invés de estudos randomizados, devido à dificuldade em se obter um número significativo de pacientes.

A terapia inicial mais utilizada tem sido a de corticosteróides em altas doses⁽²⁰⁾, como pulsos de metilprednisolona 1g / 3 dias, seguida de prednisona 1mg / kg / dia, além da terapia para insuficiência cardíaca (carvedilol, captopril, espironolactona, digoxina, furosemida em doses otimizadas)⁽⁵⁾.

Em relação aos imunossuppressores, várias drogas têm sido utilizadas no tratamento da ML, como ciclofosfamida, rituximabe, micofenolato e terapia com imunoglobulina intravenosa (IgIV), obtendo-se bons resultados⁽¹⁷⁾.

A ciclofosfamida, que tem sido muito utilizada há décadas no tratamento do LES, principalmente em manifestações do sistema nervoso central e em manifestações renais, também vem se mostrando eficaz no tratamento da ML. Apesar dos seus potenciais efeitos colaterais cardiotoxicos, Thomas et al descrevem a segurança desta droga no tratamento da ML, mas sugerem que ela seja reservada para casos graves e com valores menores de fração de ejeção⁽¹¹⁾.

A imunoglobulina surgiu recentemente como opção de tratamento em pacientes com ML. A eficácia desta medicação está relacionada ao fato dela agir ligando-se por sua fração Fc aos receptores Fc dos macrófagos, inibindo a ligação de auto-anticorpos a esses receptores; e a inibição da formação de complexo de ataque à membrana, pela ligação da parte Fc aos compostos do complemento C3b e C4b.

A terapia com IgIV na ML tem sido utilizada principalmente nos casos refratários aos imunossuppressores convencionais ou contraindicações ao uso de imunossuppressores, como bem demonstrado por Charhon et al em relato de 2 casos que utilizaram imunoglobulina, onde houve um aumento na fração de ejeção de 20 para 60% em poucos dias após a medicação em um dos pacientes, demonstrando a rápida eficácia desta terapêutica⁽¹⁷⁾. Thomas et al trataram 8 pacientes com imunoglobulinas na série multicêntrica de 29 casos, também com resultados satisfatórios. Esta droga tem sido utilizada com segurança em pacientes com infecções ou outras contra-indicações aos imunossuppressores mais comumente utilizados⁽¹⁸⁾.

O Micofenolato foi citado em alguns trabalhos como opção terapêutica para os pacientes com ML, apresentando melhora na fração de ejeção e remissão de sintomas, porém o número de casos relatados acerca desta droga no tratamento específico de ML foi bastante restrito na nossa pesquisa⁽¹⁸⁾.

Por fim o rituximabe também vem sendo utilizado para tratamento da ML e há relatos de eficácia em casos refratários a outros imunossuppressores conforme descrito por Chrong-Reen Wang et al, sendo uma opção terapêutica interessante no acometimento miocárdico pelo LES⁽²⁴⁾.

CONCLUSÃO

A ML deve ser prontamente reconhecida e tratada, pois é uma manifestação grave que pode evoluir com desfecho fatal ou insuficiência cardíaca congestiva, tendo um grande impacto nas atividades diárias do paciente⁽¹²⁾. A alta prevalência de quadros assintomáticos dificulta o diagnóstico e por vezes retarda



o tratamento. Mais estudos são necessários para que possamos avaliar a eficácia e segurança das diferentes drogas nesta manifestação específica do LES, de forma a podermos escolher as medicações mais adequadas para obtenção de uma rápida resposta ao tratamento e minimização de sequelas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

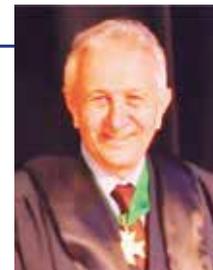
- 1) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Portaria nº 100, de 7 de fevereiro de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico.
- 2) Brasil, Ministério da Saúde. Lúpus: causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. [ministério da saúde]. [Citado em em 11 de junho de 2020]. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-az/lupus#:~:text=Etnia%3A%201%-C3BApus%20%C3%A9%20mais%20comum,do%20que%20em%20mulheres%20brancas>.
- 3) Sociedade brasileira de Reumatologia. Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). 2019 mar [citado em 2020 jun 11]. Disponível em: <https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/lupus-eritematoso-sistemico-les/>
- 4) Falcão, Creso A, Lucena, Norma, Pessoa, Angel L Go-doi, et al. Cardite Lúpica. Arq. bras. Cardiol. 2000; 74(1): 55-71. Brasileiro.
- 5) Carneiro ML, Andrade TH, Ogawa MY, Braga FN. Miocardite lúpica, da insuficiência cardíaca severa à normalização da função cardíaca – relato de caso. Rev Med UFC. 2017; 57(2): 76-78. Brasileiro.
- 6) Costi, Luisa R, Iwamoto, Hatsumi M, Neves, Dilma CO. (2017). Mortalidade por lúpus eritematoso sistêmico no Brasil: avaliação das causas de acordo com o banco de dados de saúde do governo. Revista Brasileira de Reumatologia. 2017; 57(6), 574-582. Brasileiro.
- 7) De Geroni, G. T. et. al. Miocardite como Quadro Inicial de Lúpus Eritematoso Sistêmico. Departamento de Clínica Médica, Hospital de Clínicas Doutor Radamés Nardini (HCRN), Mauá, São Paulo.
- 8) Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Fauci SA, Longo DL, Loscalzo J. Medicina interna de Harrison. 19th ed. Porto Alegre: AMGH, 2017.
- 9) Ribeiro, Noia W, Yamada, Tatsuko A, Gutierrez, Sampaio P. Caso 2/2014 - Paciente de 51 Anos com Lupus Eritematoso Sistêmico e Febre após Troca Valvar. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2014; 102(5), 44-51. Brasileiro.
- 10) Comarmond C, Cacoub P. Myocarditis in auto-immune or auto-inflammatory diseases. Autoimmunity Reviews, Elsevier. 2017; 10: 1016/j.autrev.2017.05.021.
- 11) Thomas G, Aubart FC, Chiche L, Haroche J, Miguel H, Hervier B, et al. Lupus Myocarditis: Initial Presentation and Longterm Outcomes in a Multicentric Series of 29 Patients. The Journal of Rheumatology 2017; 44 (1) 24-32.
- 12) Rebelato, Jäder B, Silveira, Caroline FSMP, Valadão, Tainá FC, et al. Miocardite com Choque Cardiogênico como Primeira Manifestação de Lúpus Eritematoso Sistêmico. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2018; 111(6): 864-866. Brasileiro.
- 13) Antunes MO, Fernandes F, Nunes Filho ACB. Miocardites. Medicinanet [internet]. 2010 mar [citado 2020 mai 02]. Disponível em: <https://www.medicinanet.com.br/m/contudos/revisoes/3007/miocardites.htm>.
- 14) Montera MW, Mesquita ET, Colafranceschi AS, Oliveira Junior AM, Rabischoffsky A, Ianni BM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Miocardites e Pericardites. Arq Bras Cardiol 2013; 100(4 supl. 1): 1-36.
- 15) Tanwani J, Tselios K, Gladman DD, Su J, Urowitz MB, et al. Miocardite Lúpica: Uma Experiência Em Um Único Centro E Uma Comparação Análise De Estudos De Coorte Observacionais. Arch Lupus. Julho de 2018; 27 (8): 1296-1302. PubMed PMID: 29642752. Brasileiro.
- 16) Costa S, Franco F, Monteiro P, Oliveira L, Vieira H, Garrido L, et al. Miocardite Lúpica: A Propósito de um Caso Clínico. Unidade de Tratamento de Insuficiência Cardíaca Avanços Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, Serviço de Cardiologia e Serviço de Nefrologia, Coimbra, Portugal. Rev Port Cardiol. 2005; 24(10): 1247-1257. Brasileiro.
- 17) Charhon N, Bernard C, Richard JC, Cordel N, Le-boucher G, Broussolle C, et al. Utilisation hors AMM d’immunoglobulines intraveineuses dans le traitement de la myocardite lupique: à propos de deux cas et revue de la littérature. La Revue de Médecine Interne. 2016; 38 (3): 204-209. Francês
- 18) Sodré ACM, Barboza FF, Cortês MMM, Pignatari JF, Pugliesi AAV, Appenzeller S, et al. Miocardite lúpica: relato de dois casos. Revista Brasileira de Reumatologia. 2017; 57:174-175. Brasileiro
- 19) Mocarzel LOC, Lanzieri PG, Montes RA, Gismondi RA, Mesquita CT. Lúpus e Doença Cardiovascular: Revisão. Int J Cardiovasc Sci. 2015;28(3):251-261. Brasileiro.
- 20) Borba, Eduardo F, Latorre, Luiz Carlos, Brenol, João CT. Consenso de lúpus eritematoso sistêmico. Revista Brasileira de Reumatologia. 2008; 48(4), 196-207. Brasileiro.
- 21) Ruppert, A, Pincelli M, Souza H, Haddad M, Soeiro A, Bergamin F, et al. Manifestação Rara De Edema Agudo De Pulmão Associado à Miocardite Lúpica Aguda - Relato De Caso. Rev Med. 2012; 91: 83-86. Brasileiro.
- 22) Tariq S, Garg A, Gass A, Aronow WS. Myocarditis due to systemic lupus erythematosus associated with cardiogenic shock. Arch Med . Sci. 2018; 14 (2): 460-462. PubMed PMID: 29593821.
- 23) Magalhães MB; Donadi EA, Louczada Jr P. Manifestações clínicas dos lúpus eritematoso sistêmico: Abordagem diagnóstica e terapêutica na sala de urgência. Medicina, Ribeirão Preto. 2003; 36: 409-417. Brasileiro.
- 24) Wang CR, Tsai Y, Tsai H. Acute Myocarditis in Patients with Antineutrophil Cytoplasmic Antibody-positive Microscopic Polyangiitis and Receiving Rituximab Therapy. The Journal of Rheumatology. 2019; 46 (12) 1645-1646.
- 25) Barberato SH, Romano MMD, Beck ALS, Rodrigues ACT, Almeida ALC, Assunção BMBL, et al. Posicionamento sobre Indicações da Ecocardiografia em Adultos – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019; 113(1):135-181. Brasileiro.



Revisitando Camus e Saramago

Metáforas semelhantes com histórias diferentes

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro*



“Hódie siléntium magnum in terra est”

Tento escrever sobre a COVID-19 desde os primeiros dias de março/2020. Num primeiro momento, experimentei discuti-la sob o ponto de vista médico-científico. A seguir, percebi que a doença transcendia a essa visão pontual, abrangendo, de forma relevante, aspectos sociais e econômicos para, ao final, entender a amplitude caleidoscópica dessa pandemia.

Desde o início, em Wuhan, até os correntes dias, os números se tornam obsoletos em minutos; os fatos de amanhã atropelam e sepultam os de hoje; pontos de vista mudam a todo momento, às vezes de maneira contraditória. O SARS-Cov-2 é um vírus novo, donde a denominação “novo – Coronavírus”, de fácil contágio, que determina alterações graves nas vias respiratórias em curto prazo de evolução, bem como em outros órgãos e sistemas, possivelmente em consequência de uma resposta imune exacerbada – tempestade de citocinas. No mundo globalizado, com a facilidade de deslocamentos, proporcionados pelos modernos meios de transportes, mormente o aéreo, torna-se óbvio admitir sua rápida propagação.

Por se tratar de micro-organismo de descrição recente, determinando uma doença até então desconhecida em humanos, não existem trabalhos científicos robustos, em quantidade suficiente, abrangendo aspectos relevantes da patogenia, fisiopatologia, epidemiologia, profilaxia e tratamento, chancelados por pesquisadores dos países que arrostam seus efeitos mais cruéis. É verdade que, em menos de quatro meses, mais de sete mil artigos foram elaborados em todo o mundo, entre os publicados e os que aguardam aprovação, porém, a grande maioria, sem o respaldo de pesquisas científicas metodizadas, que lhes concedam confiabilidade para gerarem conclusões e recomendações definitivas. A pesquisa científica, por díspares razões, demanda tempo, entre outras variáveis. E isso é o que menos se dispõe numa grave pandemia.

Essas razões levaram-me a começar a redação deste ensaio umas quatro vezes, sob abordagens científicas diferentes, e, logo, abandoná-las, seja por me faltar conhecimento suficiente em imunologia, infectologia, virologia, pneumologia, radiologia, nefrologia, neurologia, fisioterapia, intensivismo, psicologia, psiquiatria, matemática, estatística, economia, sociologia, jurídico, de segurança pública e o mais que se possa acrescentar, além da referida inexistência de farta literatura médica calcada em todos os rigores científicos, bem como, e principalmente, porque números e fatos cambiam a todo momento. Evitei, mesmo sendo médico, discutir assunto que não domino integralmente na teoria e na prática. Dessa forma, resolvi tentar a abordagem como um leigo, que, atônito, a todo momento, pergunta a outras pessoas ou a si mesmo: - Que vírus tão violento é esse? – Por que outros não causaram tanto medo generalizado? – Vem da natureza,

de morcegos, ou é resultado de manipulação em laboratório? – Desde quando a doença, posteriormente denominada de COVID-19, iniciada na China, poderia ter sido bloqueada? – Baseando-se no conhecimento de epidemias ou pandemias anteriores, seria válida a dúvida sobre o local de origem, apesar das muitas evidências? – Pode-se ter esperança de uma vacina, no curto prazo? – E o tratamento, no que acreditar a partir do divulgado em publicações científicas ou leigas e na mídia? - Esta virose confere imunidade? – Qual será a sua duração, caso não se consiga uma vacina o mais breve possível? – Como formular opiniões e condutas sobre algo que pouco se conhece? E ainda outros questionamentos que leigos, ou médicos e outros profissionais da saúde, possam sugerir.

Importante ressaltar a impossibilidade de me despir, completamente, da condição de quem convive com a medicina desde 1958, quando iniciei meus estudos na antiga Faculdade Fluminense de Medicina. O uso do cachimbo torna a boca torta, e ela não volta ao natural ainda que se abandone o hábito. E ainda nem abandonei a medicina...

Aproveito esta assertiva para, não apenas por espírito de corpo, mas, sobretudo, por dever de justiça, de consciência e de reconhecimento, invocar a proteção e iluminação de Deus para aqueles que convivem direta ou indiretamente com a COVID-19, quer trabalhando em clínicas, hospitais ou congêneres, seja realizando pesquisas. Do mais brilhante ao mais humilde, em qualquer local que atuem. Lembro ainda, de maneira genérica, para não cometer a injustiça do esquecimento, daqueles que continuam trabalhando por obrigação ou por necessidade, colocando suas vidas em risco, para que outros possam cumprir o isolamento necessário, na tentativa de impedir a progressão rápida do mal. Esses são os verdadeiros heróis, não outros apontados em “*reality shows*” de órgãos de comunicação. Vilipendiou-se o termo de tal forma que, até quando bem usado, necessita explicação ou justificativa.

Bem me aprazeria estar na linha de frente desse combate, como estive em outros no passado, porém a idade e algumas mazelas impedem-me de fazê-lo.

Cumprindo o “isolamento social” que, espontaneamente, iniciei dia 11/03/20, preciso ocupar meus dias com atividades variadas, tentando evitar a monotonia. Rezar, ler, escrever, meditar, alimentar, ver TV, ajudar nas atividades domésticas, contemplar a paisagem - que ainda posso descortinar da varanda do apartamento -, ver o sol - e aproveitar seus raios, ver a lua - e aproveitar sua inspiração -, aceitar a chuva - reconhecendo sua necessidade -, ocupar-me com a higiene pessoal - sempre mandatária, mais ainda neste momento -, dormir o melhor possível - pois o sono fortalece o corpo, estimula a mente e

*Professor Emérito da Universidade Federal Fluminense (UFF); ex-Presidente e atual Primeiro vice-Presidente da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (ACAMERJ); Membro Titular da Academia Fluminense de Letras (AFL); Membro Honorário da Academia Fides et Ratio (AFR).



acalma o espírito -, comunicar-me por telefone, WhatsApp ou e-mail – únicos meios que domino.

Por estas razões, o ensaio está sendo escrito em etapas, havendo iniciado em 09/04/20 e a data hoje, 11/04/20, Sábado Santo, estimulou-me a usar, como epígrafe, o início da homilia apropriada para a ocasião: - *“Hoje um grande silêncio reina sobre a terra.”* É o silêncio da solidão, do afastamento do convívio familiar e social, do temor, da incerteza, das dificuldades impostas aos mínimos afazeres básicos da vida particular ou em sociedade. São as antíteses da vida: - o que era sinalizador de desagregação, afastamento, desamor, desprezo, ódio, tornou-se a maior demonstração de amor a si e ao próximo.

Após essas justificativas e reflexões, ousou expor algumas ideias próprias, sem medo de incorrer em erro, pois a fé, a esperança e a coragem são consequências da ação, não a sua causa (Tg 2,17 - *“A fé sem obras, é morta em si mesma”*). Pensar é liberdade absoluta do ser humano, mas os pensamentos frequentemente divergem, pois não existe uma verdade humana absoluta. O pensamento, para ser bem conduzido e fluir ordenado requer sabedoria e, segundo Sócrates, só pode se considerar sábio aquele que sabe que nada sabe, em relação ao que deveria saber. Sabedoria implica em percorrer caminhos, decodificar informações, buscar e sopesar conhecimentos alheios, exercitar a humildade e a coerência, ter consciência de seus pensamentos e atos, e os aplicar para resolver problemas. E, ainda assim, o sábio padece da dúvida.

Apoiado nessas premissas, de criatura que pensa, e que reconhece suas limitações, começo a abordagem do tema apontado anteriormente.

Há, aproximadamente, quarenta anos li o livro *“A Peste”*, publicado em 1947, de autoria do filósofo, dramaturgo e escritor franco-argelino, Albert Camus, Prêmio Nobel de Literatura em 1957. Em 2012, tive a oportunidade de ler *“As Intermitências da Morte”*, publicado em 2005, obra do admirado escritor português José Saramago, agraciado com o mesmo prêmio em 1998. Duas belas obras, repletas de conhecimentos, ensinamentos e metáforas. Livros atemporais que abordam comportamentos humanos e contêm metáforas semelhantes perante a vida e a morte, porém valendo-se de histórias diferentes.

Vale recapitular as epígrafes, para entendimento das mensagens deixadas pelos autores.

Em *“La Peste”*, no original, Camus utiliza um pensamento de Daniel Defoe, traduzido para o francês por ele próprio: - *“Il est aussi raisonnable de représenter une espèce d'emprisonnement par une autre, que de représenter n'importe quelle chose qui existe réellement par quelque chose qui n'existe pas.”* Ou, em português: - *“É tão válido representar um modo de aprisionamento por outro, quanto representar qualquer coisa que de fato existe por alguma coisa que não existe.”*

Em *“As Intermitências da Morte”*, Saramago recorre a dois pensamentos. O primeiro, retirado do *“Livro das Previsões”*: - *“Sabemos cada vez menos o que é um ser humano.”* O segundo ancora-se em Wittgenstein, já traduzido: - *“Pensa por ex. mais na morte, - & seria estranho em verdade que não tivesse de conhecer por esse facto novas representações, novos âmbitos de linguagem.”*

Percebe-se o quanto os autores pretendem transmitir aos leitores opiniões diretas ou metafóricas, como sucede em textos Sagrados, bem como, por elas, analisar o homem e a humanidade, dos quais

pouco se conhece, contrariamente ao que muitos supõem.

Camus relata os sinais de uma doença não percebida ou negligenciada, descrevendo sua evolução até o momento em que foi considerada tratar-se de uma grave epidemia, numa hipotética cidade argelina – Oran. Inspirou-se, provavelmente, na história da Peste Negra medieval e de outros surtos posteriores ocorridos na China e no continente europeu.

Além de complexo problema de saúde pública - causando milhares de mortes durante seu evoluir – determinou sérios distúrbios econômicos, financeiros, administrativos, de corrupção, de desobediência civil, de violência urbana, todos consequentes à decisão de isolar a cidade, cercada por muralhas, fechando seus portões. Ninguém entrava, ninguém saía.

A espinha dorsal da história da Peste Bubônica, relatada por ele, é mostrar que a maioria das pragas, que acometeram ou acometem a humanidade, iniciam de maneira insidiosa, leve, lenta, quase imperceptível, ou somente percebida por espíritos bem preparados, além de descrever os distúrbios paralelos. Quando o pico do iceberg aflora às águas dos oceanos, muito gelo se formou abaixo delas.

A parábola aplica-se não apenas às doenças infectocontagiosas, porém a outras como: hipertensão arterial, doença coronariana, diabetes, obesidade, os vários tipos de câncer, os vícios etc. Refere-se, também, aos males sócio - econômicos: - a miséria, a fome, a degradação dos costumes, a deterioração e deturpação do conceito tradicional de família, o domínio do átomo quando para fins bélicos...

Enquanto Camus tem como alvo os acontecimentos e escaramuças mediados pela morte, Saramago enfoca, a princípio, a vida, deixando isso claro no curto parágrafo inicial: - *“No dia seguinte ninguém morreu.”* De fato, a velha átropos, raivosa e revoltada com a forma perturbadora, e mesmo hostil, como era tratada e refutada pelos vivos - privada do convívio social, acusada de impuntualidade, representada, grotescamente, por uma caveira dentuça, usando vestes longas e maltratadas - resolveu *“embainhar sua tesoura.”* Após a última badalada da meia-noite do sino do campanário, no último dia do ano, pessoa alguma morreu naquele imaginário país.

O que fora motivo de júbilo e de comemorações, com o passar dos dias, e do primeiro mês em diante, tornou-se um grande pesadelo – uma calamidade às avessas do ocorrido em *“A Peste”* – excesso de vivos. Hospitais superlotados de idosos, com pacientes terminais de várias doenças crônicas, acidentados com morte cerebral e sofrendores desenganados, permaneciam estacionários, mesmo que para eles se utilizassem os recursos da eutanásia. Ficavam *“encroados”*, nem melhoravam, nem morriam, porém, envelheciam. Fácil é imaginar os acontecimentos à medida que o tempo passou. Pessoas eram abandonadas em suas residências, nas praças, na porta dos cemitérios, na prefeitura e em outros órgãos públicos, na estação ferroviária, nas igrejas, deixadas ao léu – entregues à própria *“sorte”*... e isso impactou gravemente o funcionamento do país, causando as mesmas dificuldades que o exagerado número de óbitos provocara em Oran, e outras diametralmente opostas. A começar pelas funerárias, que faliram, e os coveiros que, num curto prazo, perderam seus empregos.

Segundo Saramago, também as Igrejas Cristãs tiveram dificuldades, pois *“sem morte não há Ressurreição”*. Da mesma forma que a Filosofia, conforme entendida por Montaigne: - *“Filosofar é aprender a morrer.”* Além dessas perturbações, a imortalidade criou





um problema extremamente grave: - o aparecimento da “máfia”, prometendo, a custo elevado, contrabandear os “encroados” para países vizinhos, onde a morte continuava exercendo sua função habitual, e lá, em paz, poderem entregar suas almas ao Criador. Essas atividades, à margem da lei, geraram outras ocorrências preocupantes, pois, sabedores do imbróglío, os vizinhos haviam fechado as fronteiras. E os métodos utilizados por aquela organização, para alcançar seus objetivos, eram, por natureza e origem, heterodoxos.

Na concepção dos autores, a morte em exagero, ou a vida na terra sem limites, causaram transtornos graves. É aconselhável não desejar interferir na obra do Criador... embora Yuval Noah Harari em seu livro, “Homo Deus”, nos transmita a ideia de que a imortalidade é uma, entre as três metas do Homo Sapiens. Isso é outra conversa...

Em “As Intermitências da Morte”, o autor não se satisfaz apenas com aquela decisão da morte, vai mais além. Decorridos sete meses, a megera resolveu retornar às atividades inerentes ao seu mister, por perceber que já havia causado problemas e proporcionado ensinamentos suficientes à humanidade para, doravante, ser aceita sob o crivo de outro raciocínio, emanado de Sigmund Freud: - “*Para suportar a vida, é necessário aceitar a morte*”. - Suportar a vida ou aproveitá-la? Fica a indagação para algum freudiano responder.

Decisão tomada, passou à ação deixando sobre a mesa de trabalho do Diretor da TV estatal um envelope de cor violeta, sem identificação do destinatário nem do remetente, e, no seu interior, um cartão, igualmente violeta, com uma mensagem. Lendo-a, o Diretor Geral empalideceu, as mãos gelaram, os pelos eriçaram; descontrolou-se. Quando conseguiu um mínimo de estabilidade emocional para raciocinar, decidiu que deveria comunicar o insólito ao Primeiro Ministro. Vencendo naturais barreiras burocráticas e de segurança, conseguiu audiência com o mandatário que leu a epístola expressando, fisionomicamente, preocupação. Discutiram, ponderaram... Poderia ser uma brincadeira, um trote... Mas poderia ser real! Afinal, há meses vinha ocorrendo um fenômeno inusitado e nada mais era impossível. - O que fazer? Considerando que a missivista solicitava divulgar a mensagem à população, resolveram assim agir. Marcaram um comunicado urgente, para a noite do mesmo dia, no auditório da TV, com transmissão para todo o país. No horário aprazado, perante uma plateia que experimentava um misto de curiosidade e inquietação, o Primeiro Ministro, frente às câmeras, fez breve introdução e concedeu a palavra ao Diretor da TV, que, de imediato, iniciou a leitura: - “*senhor director-geral da televisão nacional, estimado senhor, para os efeitos que as pessoas interessadas tiverem por convenientes venho informar que a partir da meia-noite de hoje se voltará a morrer como sucedia, sem protestos notórios, desde o princípio dos tempos e até ao dia trinta e um de dezembro do ano passado, devo explicar que a intenção que me levou a interromper a minha actividade, a parar de matar, a embainhar a emblemática gadanha que imaginativos pintores e gravadores doutro tempo me puseram na mão, foi oferecer a esses seres humanos que tanto me detestam uma pequena amostra do que para eles seria viver sempre, isto é, eternamente, embora, aqui entre nós dois, senhor director-geral da televisão nacional, eu tenha de confessar a minha total ignorância sobre se as duas palavras, sempre e eternamente, são tão sinónimas quanto em geral se crê, ora bem, passado este período*

de alguns meses a que poderíamos chamar de prova de resistência ou de tempo gratuito e tendo em conta os lamentáveis resultados da experiência, tanto de um ponto de vista moral, isto é, filosófico, como de um ponto de vista pragmático, isto é, social, considere que o melhor para as famílias e para a sociedade no seu conjunto, quer em sentido vertical, quer em sentido horizontal, seria vir a público reconhecer o equívoco de que sou responsável e anunciar o imediato regresso à normalidade, o que significará que a todas aquelas pessoas que já deveriam estar mortas, mas que, com saúde ou sem ela, permaneceram neste mundo, se lhes apagará a candeia da vida quando se extinguir no ar a última badalada da meia-noite, note-se que a referência à última badalada é meramente simbólica, não seja que alguém lhe passe pela cabeça a ideia estúpida de encravar os relógios dos campanários ou de retirar o badalo aos sinos pensando que dessa maneira deteria o tempo e contrariaria o que é minha decisão irrevogável, esta de devolver o supremo medo ao coração dos homens porém, um ponto há em que sinto ser minha obrigação dar a mão à palmatória, o qual tem que ver com o injusto e cruel procedimento que vinha seguindo, que era tirar a vida às pessoas à falsa-fé, sem aviso prévio, sem dizer água-vai, tenho de reconhecer que se tratava de uma indecente brutalidade, quantas vezes não dei nem sequer tempo a que fizessem testamento, é certo que na maior parte dos casos lhes mandava uma doença para abrir caminho, mas as doenças têm algo de curioso, os seres humanos sempre esperam safar-se delas, de modo que só quando já é tarde de mais se vem a saber que aquela iria ser a última, enfim, a partir de agora toda a gente passará a ser prevenida por igual e terá um prazo de uma semana para pôr em ordem o que ainda lhe resta de vida, fazer testamento e dizer adeus à família, pedindo perdão pelo mal feito ou fazendo as pazes com o primo com quem desde há vinte anos estava de relações cortadas, dito isto, senhor director-geral da televisão nacional, só me resta pedir-lhe que faça chegar hoje mesmo a todos os lares do país esta minha mensagem autógrafa, que assino com o nome com que geralmente se me conhece, morte.”

Desculpem-me os que, até aqui, toleraram esta longa descrição do conteúdo dos livros e a reprodução da carta da morte, na íntegra, mantendo o “*de mais*” original. Isto ainda ocorrerá outras vezes ao longo deste texto, para bem situar os leitores que não tenham lido os dois livros ou avivar a memória daqueles que já o fizeram. Eu mesmo, que os li há vários anos, impus-me a obrigação de relê-los, de forma dinâmica, para focar a linha mestra de ambos e reproduzir, fielmente, algumas passagens marcantes.

“A Peste” e “As Intermitências da Morte” guardam, nas narrativas das ocorrências e nas metáforas, muita similaridade com as variadas “pragas” que afetaram ou afetam a humanidade ao longo dos séculos, inclusive com a atual. Pena que o homem “teima” em não aprender com elas.

Numerosas polémicas em torno da COVID-19 em todo o planeta. Entre nós, não somente por estarmos, como nunca, sentindo a morte a espreitar-nos, como, primacialmente, por ser o Brasil, até onde podemos confiar nas notícias, o único país onde, à celeuma e às dúvidas causadas pela virose, realça uma crise político-institucional grave, motivada por disputas políticas e ideológicas.

A COVID -19 iniciou, pelo que sabemos até o momento, na



China, tendo, o primeiro caso, sido comunicado em 01/12/19. Colocando-se na linha do tempo os episódios listados daquela data até os dias mais recentes, percebe-se o “caminhar do bêbado” da Organização Mundial de Saúde (OMS) e dos países que seguiram rigorosamente suas recomendações, inclusive o Brasil.

Um oftalmologista chinês, da cidade de Wuhan, comunicou à comunidade médica internacional a existência de uma Síndrome Respiratória Aguda Grave, de etiologia ainda desconhecida, grassando na cidade, sendo acompanhado, posteriormente, por poucos outros colegas. O governo chinês negou o fato, coonestado pela OMS. Na sequência, resumida, pois todos conhecem a expansão da doença, surgiram mais casos, não apenas na China, que promoveu um “isolamento social” rigoroso, bem como o controle das fronteiras da província de Hubei e de portos e aeroportos para os que lá chegavam. Ainda assim, diretores da OMS davam entrevistas coletivas tranquilizadoras, realçando a impropriedade de tais medidas, a nível mundial ou, no mínimo, em alguns outros locais onde se notificavam casos, naquele momento. Somente em 30/01/20 a entidade considerou-a “Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional (PHEIC) e em 11 / 03 / 20, uma pandemia. Infelizmente, houve muita demora.

- Por que a OMS e os países que seguiram suas recomendações, sem questionar, ao menos perante seus concidadãos, foram tão tolerantes com o novo - Coronavírus? Para responder, recorremos a Camus. - Numa feia, porém feliz, cidade costeira da Argélia, segundo o autor, - Oran -, onde ambienta seu livro, na década de 1940, progressivamente, ratos começaram a morrer, muitos sangrando pela boca: - um, dois, dezenas, centenas, milhares. A administração municipal limitava-se a removê-los e os incinerar. Ninguém se preocupou, nem mesmo os médicos. Em sequência, pessoas adoeceram apresentando temperatura elevada, tosse, escarros sanguíneos, prostração extrema e, notadamente, infecção ganglionar generalizada que, de acordo com os conhecimentos da época, necessitavam ser lancetadas.

O Dr. Bernard Rieux, misto de médico da cidade e narrador dos acontecimentos no livro, somente após atender algumas centenas de padecentes, convenceu-se do diagnóstico, sugerido por um colega mais experiente, que conhecia a história milenar da Peste Negra, transmitida por pulgas que habitam ratos, e havia trabalhado na China por ocasião de uma epidemia semelhante. Pela janela de seu escritório, olhando ao longe a falésia rochosa, Rieux exclama: - “*É verdade, Castel. É incrível, mas parece peste.*” Até esta constatação, muitas mortes haviam ocorrido e muitas ainda ocorreriam. Qualquer semelhança com os recentes acontecimentos não é mera coincidência. As razões para a propagação alarmante do SARS-Cov-2 são as mesmas do passado: - incredulidade, negligência, prepotência, insensibilidade, interesses escusos...

Para que haja entendimento da sequência e não se me impute a pecha de “engenheiro de obras prontas”, ao emitir minhas opiniões, resumo duas mensagens que postei no WhatsApp, em fevereiro, antes e após o Carnaval. - Antes (17 / 02 / 20): - “Estranha lógica a nossa, executamos uma verdadeira ‘operação de guerra’ para repatriar pouco mais de trinta brasileiros da China, mas permitimos que aviões e navios cheguem aos nossos aeroportos e portos sem nenhum controle, ou mesmo um mínimo. Inclusive navios cargueiros vindos da China. No Carnaval, serão milhares de turistas estrangeiros, incluindo os de países onde a doença está sendo transmitida entre pessoas do mesmo

local (comunitária). Uma primeira medida, racional (aprovada pelo bom senso) e uma segunda, totalmente emocional e política. Vejamos as consequências pós-Carnaval.” Imediatamente após (27 / 02 / 20): - “(A China) ...tomou medidas duras e impopulares para a contenção do vírus, que foram efetivas, ... Entretanto, na maioria dos países o mesmo não ocorre, principalmente no Brasil... A realização do Carnaval e manutenção de outras atividades em ambientes confinados, são exemplos do exposto. Estou seguro de que a epidemia na China se extinguirá, ou abrandará muito, e de que na quase totalidade do mundo, se agravará. ...Em resumo, considero a situação mais grave do que a divulgada por autoridades nacionais e internacionais.”

Justificativas registradas, é válido repetir a indagação: - Por que essa pandemia causa tanta discussão e desavenças; tanto medo e pavor? - Esses sentimentos são habituais em situações de dúvidas, de insegurança e de incertezas. Camus e Saramago, na parte intermediária de seus livros, descrevem ocorrências mais acentuadas e mais dramáticas que as aqui resumidas, por motivos semelhantes ou díspares, que ainda não experimentamos no Brasil. Talvez mergulhemos nesse abismo levados pela insensatez de alguns, não obstante a esperança seja de que isso não aconteça.

Como diz o velho ditado: - “*Em casa que falta pão, todos brigam, mas ninguém tem razão.*” E o pão que nos falta é o do entendimento, do comedimento, do desprendimento, da compreensão, da união e do patriotismo. O efêmero tem sobrepujado o eterno!

A politização e a ideologização da COVID-19, entre nós, conduziu a uma situação antitética curiosa: - quem se posiciona à esquerda (socialista) é, quase sistematicamente, a favor do denominado “isolamento horizontal” e contra o uso da cloroquina (CQ) ou da hidroxicloroquina (HCQ) e aquele que se alinha ao pensamento da direita (liberal), é a favor do dito “isolamento vertical” e a favor do uso da CQ ou da HCQ. Ocorre que este antagonismo existe apenas na esfera político-ideológica (mais ideológica). No contexto do pensamento científico (qualquer ciência) essas proposições devem ser aditivas, na dependência do momento e da maneira de conjugá-las.

Entretanto, anterior a essa discussão, a providência mais precoce, logo que se confirmou um surto epidêmico se desenhando na China, deveria ter sido o controle da mobilidade das pessoas e dos transportes de cargas, desde o final do mês de janeiro. Certamente uma medida de difícil compreensão, de difícil defesa e de complicada execução, naquele momento. Só teme o abismo aquele que o sente próximo. A insensatez e interesses menores, determinaram a chegada aos limites desse abismo.

As metáforas de Camus, e os fatos em si, se ajustam, na medida, ao que ocorre atualmente - a falta de ação no momento certo. E este momento foi, pelo mínimo que se possa considerar, negligenciado. Se o controle de deslocamentos foi importante no passado, que contava com meios de transportes bem rudimentares, imagine-se nesse quinto do século XXI, quando se pode estar no outro extremo do planeta em menos de vinte horas. Equivocaram-se a OMS e todos os governos que seguiram sua orientação, e as consequências estão sendo devastadoras. Diretores da OMS, Ministros da Saúde ou equivalentes, Primeiros Ministros, Presidentes, reportavam a crise com descrições e atitudes tranquilizadoras ou, mesmo, desafiadoras: - não houve gestão. Tal comportamento pareceu-me com o de alguém que, por acidente, caindo do quinquagésimo andar de um prédio, a cada





dez andares abaixo vai exclamando, “até aqui, tudo bem”, até ir ao solo. Foi o que nos aconteceu - a pandemia somente teve seu reconhecimento no início do mês de março. Desde então, as providências são adaptativas, não se consegue antecipá-las ao evoluir da doença. É o cachorro correndo atrás do rabo.

No Brasil, além do mais, o Ministério da Saúde demorou, ou não desejou, reconhecer que a pandemia da COVID-19 transcendia ao abrigo em um único Ministério, por abranger aspectos de economia, de justiça e segurança pública, de educação, de cultura, de transportes, de estratégia de gestão etc. Somente em 05 / 04 / 20 este desenho foi apresentado. Acrescente-se, ainda, a total dissintonia entre o Presidente da República e o Ministro da Saúde à época.

Até o dia que escrevo foram substituídos dois Ministros, o primeiro diretamente envolvido com os acontecimentos e o segundo por outras razões, porém repercutindo também no combate à doença. A politização, sem dúvida, muito contribuiu, e continua a contribuir, para dificultar a administração da crise gerada pelo novo-Coronavírus, pois todos tentam auferir dividendos políticos. Contam votos, não contam vidas a serem salvas. “Na briga entre o mar e o rochedo, sofrem os mariscos”, ou seja, no caso, o povo – mal informado, conflitado, desprotegido, temeroso. Principalmente porque a concepção de morte, que é abstrata, distante, pouco cogitada, tornou-se concreta e próxima.

O “isolamento social horizontal”, inicialmente adotado pela maioria dos governantes, foi correto embora não seja uma medida igualitária, pois discrimina os que necessitam trabalhar por obrigação ou necessidade. – É socialmente justo alguns se arriscarem para que outros, mesmo fora da população de risco, se coloquem ao abrigo? Paradoxalmente, essa medida é defendida pelos socialistas, pelos que clamam por igualdade de direitos. Por outro lado o “isolamento social vertical”, embora menos discriminatório e mais pragmático, pois, teoricamente, fragiliza menos a economia, tem contra si o aspecto sentimental, por arriscar mais vidas nas fases iniciais da pandemia e colocar em dificuldade o atendimento médico para os casos mais graves, necessitados de internação hospitalar e cuidados intensivos que, mesmo os países mais ricos, não são capazes de suportar, havendo o risco de colapso do sistema de saúde. No longo prazo, com o “isolamento social horizontal”, sofrem a economia e a saúde, pois a doença se arrasta por mais tempo, sem a certeza de que, ao final, mais vidas serão poupadas, pois as mortes são progressivas e não apenas causadas pela COVID-19 mas, também, em consequência dos problemas econômicos e sociais que determina. Em razão de não ser uma decisão fácil, a forma de adotá-los demanda muita discussão, serenidade, competência, conhecimento histórico das epidemias e pandemias, para encontrar um denominador comum de atuação, aplicável às peculiaridades regionais. Necessário se faz, reforço, o entendimento de que os dois tipos de “isolamento social” não são conflitantes, ao contrário, eles se completam, são aditivos. Inicia-se com o “isolamento horizontal” e, no momento adequado, quando indicadores epidemiológicos alicerçados em cálculos matemáticos e estatísticos sinalizarem, adota-se progressivamente o “isolamento vertical”, comungando os interesses da saúde com os da economia. Parece que alguns países estão conseguindo executar esse procedimen-

to... parece. No Brasil, devido a todas as particularidades e equívocos apontados, o início das providências foi retardado causando as dificuldades que enfrentamos. Com conhecimento da história e/ou da literatura, nossos dirigentes poderiam ter tomado as medidas que foram apontadas anteriormente, em estágio bem mais precoce da propagação e evolução da pandemia.

A mídia, com seus recursos, desempenha importante papel de informação à população e na crítica construtiva às instituições, sendo um veículo fundamental para bem orientar as pessoas e para ajudar os poderes constituídos. Na realidade atual, o que observamos são órgãos de imprensa partidarizados ou, pior, servindo a interesses menos republicanos. Trata-se de um caldo de cultura ideal para os que apostam no “quanto pior, melhor.” Observem como algumas situações são noticiadas e analisadas: - há alguns dias, determinado órgão de imprensa divulgou que a família de um médico de São Paulo estaria sofrendo “discriminação”, seja no condomínio onde moravam, ou em qualquer local onde fossem reconhecidos, pelo fato de o mesmo trabalhar em uma unidade fechada de um hospital da capital.

Ora, isso não é discriminação; trata-se de cautela das pessoas face às informações que recebem sobre “isolamento” e “distanciamento” social. Noticiam o pavor e cobram comportamentos sóbrios... Este é um singelo exemplo do que vem ocorrendo. Pior ainda é a divulgação de notícias falsas, mentirosas, ambíguas, fora de contexto, deturpadas. Lamentável!...

Assumindo a condição de médico e de cardiologista, faço, agora, breve resenha histórica e teço comentários sobre o uso da CQ e da HCQ.

O conhecimento que não gera transformações, é descartado. E o que gera, logo perde a utilidade. A ciência caminha perguntando, pesquisando, obtendo respostas, gerando novos conhecimentos, provocando novos questionamentos e assim sucessivamente. Os cientistas dependem, minimamente, de: 1 – Tempo: para que a pesquisa flua em todas as suas fases, resguardando-a de afoitamentos; 2 – Paciência: para aguardar os resultados, que muitas vezes demoram, e ouvir ponderações; 3 – Duvidar: para questionar resultados inesperados ou, mesmo, esperados; 4 – Humildade: para admitir a dúvida. E a vida, em seu amplo entendimento, é incerta; 5 – Isenção: para aceitar resultados inesperados, contrários à hipótese inicial, após exercer o direito da dúvida; 6 – Método: para seguir postulados de eficácia, eficiência, efetividade e segurança; 7 – Recursos: para garantir ao pesquisador, tempo, dedicação e alguma retaguarda financeira; 8 – Criatividade: para desenhar pesquisas inovadoras; 9 – Coragem: para enfrentar todas as dificuldades, aceitar e analisar as críticas; 10 – Resiliência: para reconhecer erros ou vieses e recomeçar; 11 – Honestidade: para divulgar resultados reais, sem o viés de interesses corporativos ou comerciais; 12 - Curiosidade: porque sem ela não existe pesquisador. *“A percepção do desconhecido é a mais fascinante das experiências. O homem que não tem olhos abertos para o misterioso passará pela vida sem nada ver.”* – Albert Einstein.

Após essas premissas, passo à análise do retro - proposto.

A CQ é um fármaco conhecido desde 1934 e a HCQ desde 1950. Delas tive notícia em 1959, quando cursava o segundo ano médico, nas aulas sobre malária ministradas pelo Catedrático da Disciplina de Parasitologia Médica, excelente Professor Gilberto de Freitas, e, ainda, no livro “Parasitologia Médica”, de autoria do



Professor Samuel Barnsley Pessoa. Recentemente consultei esse compêndio para recordar-me das considerações sobre os medicamentos, comercializados com os nomes de Aralém, Nivaquine ou Plasmuquina. São derivados da quinolina, da mesma forma que a quinidina (QD). Eram indicadas no tratamento da malária, da amebíase hepática e do Pênfigo Foliáceo. Há alguns anos, principalmente a HCQ, vem sendo usada também em reumatologia para tratar a Artrite Reumatóide e o Lupus Eritematoso Sistêmico. No passado, descreviam-se poucos efeitos adversos: anorexia, cefaleia, cólicas abdominais, paladar metálico. Mais recentemente lhes são atribuídos outros de maior gravidade, porém pouco frequentes: alterações hepáticas, oculares (retinopatias), cardíacas (bloqueios, arritmias ventriculares graves, miocardiopatias), quando em uso prolongado. Mas, como os benefícios são superiores aos riscos, nas dosagens recomendadas, continuam sendo usadas, desde que sob supervisão médica. Entretanto, a sua aparentada, a QD, amplamente utilizada em cardiologia, durante anos, no tratamento de algumas arritmias, principalmente da fibrilação atrial, pode produzir arritmias cardíacas ventriculares muito graves (“torsades de pointes”, fibrilação ventricular), devido ao alongamento do potencial de ação transmembrana, ao interferir tanto no componente rápido quanto no componente lento do mesmo. É o que conhecemos como efeito pró-arrítmico de alguns antiarrítmicos. Este alongamento da sístole elétrica ventricular é bem acompanhado através da medida da duração do QRS e do intervalo QT de um simples eletrocardiograma (ECG), pois há aumento do tempo de despolarização e de repolarização. Usei a QD durante muitos anos e jamais tive problema. Atualmente a amiodarona e o sotalol, que têm ações semelhantes à QD, são muito usados e bem tolerados. Assim também ocorre com a CQ e a HCQ, cuja ação sobre o coração é semelhante à da QD, porém menos intensa, quando administradas nas doses recomendadas. Outros medicamentos, com outras indicações, têm efeitos semelhantes sobre o músculo cardíaco – alguns antibióticos (a própria Azitromicina), antifúngicos, antipsicóticos, antidepressivos – e não padecem desse questionamento midiático, político e ideológico. Assim, penso não existir óbice ao uso da CQ ou da HCQ quanto à segurança, desde que em doses recomendadas pela pesquisa clínica, adequadas a cada patologia, e sob supervisão médica. Quando associadas à Azitromicina, medicamento que também aumenta o intervalo QT, mais razão para a vigilância do paciente.

Observar cuidados com efeitos colaterais dos fármacos é uma recomendação antiga e universal. Qualquer medicamento usado em doses acima das preconizadas, ou por tempo prolongado, sem supervisão médica, pode agir como veneno. Vale recordar que em várias regiões da África e na Amazônia, onde a malária é endêmica, utilizavam e utilizam a CQ, a HCQ e outros medicamentos, muitas vezes sem prescrição médica, como automedicação, seja para tratamento ou profilaxia da malária, seguindo costumes. Nenhum questionamento tem sido feito em relação a essa prática. Não estou aplaudindo, apenas constatando esse comportamento, naturalmente ditado pelos poucos recursos de atendimento médico naquelas regiões.

Novamente, infere-se que os benefícios devem estar superando os riscos, com certa margem de segurança, ancorados em um preceito médico milenar: - “Primeiro, não prejudicar.”

Útil e tempestivo é recordar a utilidade desses fármacos no tra-

tamento da Artrite Reumatóide e do Lupus Eritematoso Sistêmico, de maneira prolongada (crônica), de plena aceitação pelos Reumatologistas, sem referência a efeitos adversos graves estatisticamente significativos e, menos ainda, questionamentos midiáticos.

O benefício do uso da CQ e da HCQ no tratamento da COVID-19 aguarda estudos bem desenhados, que estão em andamento em grandes centros, onde a doença grassou com mais intensidade. A pesquisa, de qualquer natureza, necessita obedecer a postulados básicos, referidos anteriormente, estudando a etiologia, a patogênica, a fisiopatologia, os recursos diagnósticos, para, na sequência, abordar o tratamento e a prevenção, adotando, para isso, várias práticas, inclusive vacinas, quando pertinentes. Na atual pandemia, estamos partindo do tratamento, por motivo de enfrentarmos uma emergência mundial, com fármacos concebidos para combater outras moléstias. Numerosos têm sido experimentados, entre eles a CQ e a HCQ, que já se mostraram eficientes no tratamento de outras viroses.

No caso do combate ao SARS-Cov-2 as conclusões científicas definitivas irão demorar. Assim, poder-se-ia aceitar estudos mais modestos, com metodologias comparáveis, observacionais, confiáveis, visando uma conclusão no mais curto prazo. Para quem, acidentalmente, está se afogando, qualquer coisa que lhe permita flutuar será dádiva Divina, mesmo não sendo uma boia convencional.

Pelo que se depreende da leitura de alguns artigos, a introdução destas substâncias, adjuvantes do tratamento, deveria acontecer em estágio mais precoce da enfermidade, ao inverso do que vem ocorrendo. Há opiniões divergentes a respeito dessas posições – uma de cunho exclusivamente científico, bem defendida por renomados pesquisadores, e outra de cunho operacional, reclamada por médicos que estão na linha de frente dessa verdadeira guerra, sentindo o sofrimento dos doentes sem terem alternativas específicas, além das genericamente recomendadas. Encontrar um meio termo, que conjugue as opiniões, sem prejuízo de quem sofre, é o atual desafio.

As medidas higiênicas e comportamentais aconselhadas foram adequadas, embora adotadas tardiamente. Desde o final do mês de janeiro ou do início de fevereiro, haveria de se impor uma fiscalização rigorosa em nossos aeroportos, portos e fronteiras secas ou fluviais. Porém isso foi negligenciado por todos os países, amparados em recomendações da OMS. Ocorre que, adotadas na ocasião apropriada, jamais seriam compreendidas pelos governantes, por enfraquecerem a economia e prejudicarem interesses políticos imediatistas, antes que se divisasse a face cruel da pandemia que se desenhava. Não vi, não li, nem ouvi, qualquer manifestação contrária aos campeonatos esportivos, ao Carnaval e ao pós-Carnaval, aos espetáculos variados indutores de aglomerações, por parte de governantes, de políticos, da imprensa ou das mídias - com raras e honrosas exceções -, de órgãos religiosos ou médicos, dos sindicatos, do poder judiciário ou, enfim, de toda a sociedade. Ao contrário, o que se viu e ouviu foram autoridades frequentando estádios, tecendo loas ao Carnaval, “caindo no samba” - exibindo dancinhas esquisitas e estranhas (os votos são importantes) -, médicos renomados e mandatários nacionais e internacionais minimizando a doença - intitulando-a de “gripezinha” - e estimulando o povo a aproveitar as festas; enquanto os hospitais da China, lotados, exibiam imagens de sofrimento, profissionais de saúde vestidos como as-





tronautas, as ruas desertas e fortemente policiadas para coibir a circulação de veículos e pessoas - às vezes de forma agressiva -, mostrando que as autoridades do país estavam preocupadas e sabedoras da gravidade da COVID-19 e dos riscos de seu contágio, embora, para consumo externo, demonstrassem tranquilidade. Naturalmente, devido a interesses financeiros, comerciais e turísticos. E o mundo acreditou. As imagens e os alertas de cientistas chineses não foram suficientes - foi necessário tocar a ferida, como Tomé. Hoje amargamos o fel dessa negligência, dessa irresponsabilidade, dessa omissão. Com certeza, não foi por maldade, por querer mal à humanidade, apenas esqueceram a história das epidemias e pandemias ou esqueceram - ou não leram -, grandes clássicos da literatura mundial.

Da mesma forma que, em “A Peste”, Camus detalha os desacordos, contradições e desobediências das autoridades entre si e as da população, também observamos isso atualmente. Um pequeno exemplo é o caso do uso das máscaras. Elas, inicialmente, só podiam ter confecção industrial, usadas por poucas horas, descartáveis, as espécies de tecidos eram estipuladas e restritas e só eram exigidas para aqueles comprovadamente doentes ou positivados para o vírus. Agora, podem ser artesanais, lavadas e reusadas, confeccionadas com qualquer tecido e obrigatórias, indistintamente, para toda a população. Esta prática, a meu ver, deveria ter sido recomendada, para todos, desde o início, devido à possibilidade da existência de portadores assintomáticos ou oligo sintomáticos do vírus e a inexistência de testagem universal.

Não foi por incompetência que a OMS se equivocou em vários momentos, produzindo conclusões precipitadas ou tardias e recomendações que se mostraram ineficientes, por não serem tempestivas. Seus membros são altamente qualificados, pessoas de várias regiões do planeta, com conhecimento vasto nas mais variadas áreas. Resta conjecturar razões políticas, ideológicas, econômico-financeiras, culturais, sociológicas, e o que mais se imaginar possível. O tempo e sua história dirão...

O fato é que, entre nós, a política, associada à ideologia e a interesses particulares escusos, determinaram um comportamento maniqueísta pois as ideias divergentes não devem ter essa conotação de luta do bem contra o mal, quando se trata de discutir o melhor para a sociedade. Todas as propostas devem convergir para uma mesma finalidade.

O discurso emocional da “esquerda” - sentimental, universalista, filosófico - ancora-se no imediatismo de “salvar a sua vida agora”. Por outro lado, a “direita” busca uma retórica pragmática, utilitarista, racional - “salvar vidas no longo prazo” - analisando a pandemia com uma visão mais abrangente e multifatorial. Ambas têm racional defensável. O ideal, repito, é discuti-las à margem de paixões ideológicas e interesses políticos.

O instinto de preservação da vida e da família, é próprio do reino animal, entretanto, o cérebro humano trabalha, também, com a emoção e com a razão. - Por que não conjugarmos, em situações extremas, emoção e razão para nossa proteção? Seria ótimo se, culturalmente, estivéssemos ao nível de alguns países, debatendo e implementando procedimentos de interesse comum da sociedade. Perdemos, no mínimo, quatro meses no combate ao SARS-Cov-2 e à melhor maneira de fazê-lo, devido ao enfoque equivocado do problema.

No capítulo final de seu livro, Camus procura descrever as providências e as comemorações consequentes ao controle da epidemia. Cidade de Oran engalanada, feericamente iluminada, povo nas ruas, festas de todos os tipos, restaurantes, cinemas, teatros, Igrejas, todos superlotados, fogos de artifícios... Dr. Rieux, do terraço de um prédio, ao longe, a tudo contemplava e filosofava: - “*Cottard, Tarrou, aqueles e aquelas que tinha amado e perdido, todos, mortos ou culpados, estavam esquecidos. O velho tinha razão, os homens eram sempre os mesmos.*” Talvez coubesse aqui lembrar um pensamento de Píndaro, filósofo e poeta: - “*O homem é um ser que, fundamentalmente, esquece.*” E a primeira epígrafe de José Saramago: - “*Saberemos cada vez menos o que é um ser humano.*”

Ainda assim, diz Albert Camus: - “*Há nos homens mais coisas a admirar que coisas a desprezar.*” E conclui profeticamente: - “*Na verdade, ao ouvir os gritos de alegria que vinham da cidade, lembrava-se (Rieux) de que esta alegria estava sempre ameaçada. Porque ele sabia o que esta multidão eufórica ignorava e se pode ler nos livros: - o bacilo da peste não morre nem desaparece nunca, pode ficar dezenas de anos adormecido nos móveis e na roupa, espera pacientemente nos quartos, nos porões, nos baús, nos lenços e na papelada. E sabia, também, que viria talvez o dia em que, para desgraça e ensinamento dos homens, a peste acordaria os seus ratos e os mandaria morrer numa cidade feliz.*”

Hoje se discute como será o mundo após a pandemia. Arrisco prever que, decorridos alguns poucos anos, o comportamento humano será o mesmo, desde que surja uma vacina eficaz. Tudo será justificado ou esquecido - a doença, as omissões, os mortos, os culpados e os heróis - até quando outros ratos trêfegos surgirem em alguma cidade feliz...ou infeliz. A sociedade poderá evoluir, mas, quanto ao comportamento, o homem continuará o mesmo, até sua extinção.

Os fatos relatados no livro retratam o que nos acontece no dia a dia: - a algumas tragédias, mesmo às de maiores proporções, não conferimos a atenção que merecem, sempre procuramos minimizar, dificilmente dando-lhes o devido crédito.

A intenção do autor vai além de ser o narrador de uma história. Se optasse por esse caminho, estaria sugerindo que somente o emprego dos conhecimentos científicos seriam suficientes para solucionar tragédias coletivas complexas e multifatoriais. Ao inverso, mostra que a deterioração das relações humanas são elementos fundamentais para que elas eclodam ou se agravem, prolongando-se no tempo. Deixa implícito que virtudes como compaixão, solidariedade, humildade, resiliência, empatia, paciência, temperança e amor, entre outras, devem ser acrescentadas no cadinho das soluções, associadas ao saber científico e a recursos tecnológicos. Recordando que, conhecimento científico não se refere apenas ao das ciências médicas e biológicas.

Em “As Intermitências da Morte”, a proprietária do alfange resolveu desembainhá-lo e retornar à sua atividade habitual e reconhecida, permitindo que o país voltasse a funcionar como antes, conforme a carta dirigida a toda a nação, lida pelo Diretor Geral da TV Nacional.

Fê-lo de maneira singular: - os que deveriam morrer mas o infausto não ocorreu no período que vigorou sua decisão de guardar o alfange, permanecendo no mundo dos vivos, voltariam a obedecer ao antigo procedimento imediatamente após a última badalada da meia-noite daquele dia e os demais viventes, quando chegada a ocasião



do “acerto de contas”, receberiam um aviso oito dias antes para que pudessem se preparar para o dia do “check-out” desse hotel chamado vida, recebendo um cartão num envelope, ambos de cor violeta, com um lacônico e fatal comunicado.

A primeira decisão, evidentemente, produziu atropelos devido ao inopino do ato, gerando demasiada carga de trabalho a setores que deles estavam afastados ou haviam reduzido consideravelmente suas atividades. Agências funerárias, cemitérios, cartórios, Igrejas, órgãos de imprensa, empresas de transportes, bares e congêneres, todos tiveram que se reestruturar rapidamente para atender à súbita, inesperada e exagerada demanda de serviços. Basta imaginar as providências para velar e sepultar mais de sessenta e dois mil corpos num curto espaço de tempo... Mas, com criatividade e muito trabalho, conseguiram dar conta; tudo resolvido.

A segunda, causou à morte certas dificuldades para que alguns fatídicos envelopes violetas chegassem às mãos de seus destinatários. Porém ela era persistente, ardilosa e conseguia obter sucesso em seu propósito. Dessa maneira, foi prosseguindo em sua “labuta” por seguidos meses. Os infelizes escolhidos tinham comportamentos variados após o recebimento do “aviso prévio”, uns aceitavam como um fatalismo de quem está vivo e se preparavam convenientemente, de acordo com seus costumes e organização, outros ficavam apáticos e sem ação, outros procuravam preencher a última semana de vida junto à família, a parentes e a amigos, alguns bebiam seus últimos whiskies, vodcas, vinhos ou, ainda, saboreavam boas cervejas, viajavam, frequentavam os melhores restaurantes, cinemas, teatros, liam, meditavam, oravam, praticavam variadas orgias, simplesmente descansavam antes do eterno descanso, ou qualquer outra possível atividade, inclusive vários tentavam o suicídio, sem sucesso - a data e a hora já estavam estabelecidas. Nem um segundo antes, nem um segundo depois. Se, anteriormente, morrer era esperado, porém a data e a hora eram incertas, no novo modelo ambas estavam contempladas com uma semana de antecedência.

Não há regra sem exceção: - Certo dia, entre os inúmeros envelopes violetas enviados, um retornou à remetente – a morte – sem explicação do motivo. O destinatário havia sido um músico, habilitado em piano e violoncelo, virtuose neste último e membro da Orquestra Sinfônica de sua cidade. Tinha 49 anos e deveria morrer antes de completar 50, o que estava bem próximo, donde a urgência da missão. Ainda assim, a dona da gadanha fez mais três tentativas, que resultaram infrutíferas e sem qualquer explicação por parte dos Correios. Ante à emergência do empreendimento, resolveu ela mesma ser a mensageira. Afinal, era onipresente e nada dificultaria sua missão; precisava apenas adquirir forma humana, diferente de como a representavam os artistas plásticos – pintores, escultores, cinzeladores -, embora nunca a houvessem visto no mundo dos vivos e, talvez, nem depois de mortos. Inexiste obra póstuma de qualquer artista, ou pessoa comum, retratando a morte no seu real aspecto.

Providenciou, também, adquirir hábitos humanos, gestos, movimentos, olhares e procurou vestir-se com elegância. Preparada, “partiu” para a cidade onde morava o instrumentista. Lá, cuidou de hospedar-se em um hotel luxuoso e adquiriu dois ingressos para as apresentações da Sinfônica, na quinta-feira e no sábado.

Após breve descanso (?) resolveu ir, invisível, conhecer o apartamento onde morava o músico. Entrou sem dificuldade (a morte não

respeita obstáculos), pesquisou todos os cômodos: - a sala, com quadros nas paredes, tapetes, duas poltronas, mesa com quatro cadeiras, piano e violoncelo. Cozinha com os eletrodomésticos habituais, e mais dois quartos. O do músico tinha um guarda-roupas e uma cama de casal. Ele era solteiro e, naquele momento, dormia placidamente, tendo um cão ao lado. Satisfeita com a observação, retornou ao hotel, sem deixar a mensagem violeta. Lá descansou, mas não dormiu – a morte nunca dorme.

Na noite do dia seguinte, foi ao Concerto. Ocupou, sozinha, o camarote principal, próximo ao palco. Sua presença a todos interessou – bela, atraente, sobriamente vestida, com uma bolsa negra pendente do ombro direito, que, vez por outra, transferia para o esquerdo e vice-versa, olhar penetrante e impessoal. De joias, apenas um cordão e uma pulseira, ambos de ouro; vestido e sapatos pretos, como se convencionou simbolizar o resguardo familiar de sua ação. Atração para os homens, invejada pelas mulheres.

Enquanto a orquestra se posicionava, o violoncelista, observando a plateia, cruzou seu olhar com o dela; algo fugaz, acidental, trivial, mas o suficiente para produzir nele uma sensação diferente de todas as que já experimentara em situações semelhantes.

Durante o espetáculo, seus olhares voltaram a se encontrar algumas vezes. A Orquestra Sinfônica tocou peças de vários compositores clássicos e, numa delas, o músico realizou maravilhoso solo, que surpreendeu não só ao maestro e aos outros componentes, como a ele próprio.

Encerrada a apresentação, a morte esperou-o na saída para parabenzá-lo e entabularam uma conversação, para ele inesperada e surrealista. Estranha, enigmática, de entendimento dúbio, que o deixou extremamente desconfortável. O mesmo ocorreu enquanto iam, de táxi, até sua residência, onde ficou, e a morte seguiu para o hotel. Naquela noite, mais uma vez, o bilhete violeta continuou esquecido na bolsa da remetente. No dia posterior, conversaram brevemente por telefone e se encontraram em uma pracinha, também por curto espaço de tempo, entabulando o mesmo confuso diálogo. Como ocorrera nas vezes anteriores, a misteriosa interlocutora não lhe entregou a carta.

No sábado, noite da segunda apresentação, a morte não compareceu. O camarote ficou vazio e o violoncelista cheio de dúvidas e ansioso. Noite alta, após encerrado o espetáculo, ela surgiu na casa dele causando-lhe surpresa, pois portas e janelas estavam fechadas. Linda, atraente, sedutora, entabulou uma conversação completamente diferente dos dias anteriores. Trocaram belas palavras, elogios, cumplicidades... Em determinado momento, ela tomou o caderno da suíte número seis de Bach e solicitou que ele a executasse, o que de pronto atendeu e o fez como se fosse no último dia de sua vida. Maravilhosa interpretação, insensivelmente guiada pelas mãos da morte. A partir deste resumo, sigo com o próprio linguajar peculiar, pleno de diátopes, inimitável, de José Saramago: - *“Quando ele terminou, as mãos dela já não estavam frias, as suas ardiavam, por isso foi que as mãos se deram às mãos e não se estranharam. Passava muito de uma hora da madrugada quando o violoncelista perguntou, Quer que chame um táxi para a levar ao hotel, e a mulher respondeu, Não, ficarei contigo, e ofereceu-lhe a boca. Entraram no quarto, despiram-se e o que estava escrito que aconteceria, aconteceu enfim, e outra vez, e outra ainda. Ele adormeceu, ela não. Então ela, a morte, levantou-se,*





abriu a bolsa que tinha deixado na sala e retirou a carta de cor violeta. Olhou em redor como se estivesse à procura de um lugar onde a pudesse deixar, sobre o piano, metida entre as cordas do violoncelo, ou então no próprio quarto, debaixo da almofada em que a cabeça do homem descansava. Não o fez. Saiu para a cozinha, ascendeu um fósforo, um fósforo humilde, ela que poderia desfazer o papel com o olhar, reduzi-lo a uma impalpável poeira, ela que poderia pegar-lhe fogo só com o contacto dos dedos, e era um simples fósforo, o fósforo comum, o fósforo de todos os dias, que fazia arder a carta da morte, essa que só a morte podia destruir. Não ficaram cinzas. A morte voltou para a cama, abraçou-se ao homem e, sem compreender o que estava a lhe suceder, ela que nunca dormia, sentiu que o sono lhe fazia descair suavemente as pálpebras. No dia seguinte ninguém morreu.”

Com suas, repito para enfatizar, metáforas e descrições atemporais, proféticas, os autores, cada um à sua maneira, terminam seus livros da mesma forma que iniciaram. Albert Camus começa descrevendo uma cidade feliz infestada por ratos, e encerra dizendo que os ratos, um dia, aparecerão em outra cidade feliz. José Saramago abre e encerra sua narrativa com as mesmas palavras: - *“No dia seguinte ninguém morreu.”*

As duas narrativas remetem-nos a várias situações fáticas, explícitas, assemelhadas ao momento pelo qual passa a humanidade, que são enfadonhamente repetitivas ao longo dos tempos, e a outras tantas metáforas que convergem para um ponto que, para as interpretar, uso pensamento do saudoso Confrade Jayme Treiger, com construção vernacular modificada e ampliada: - *“O Universo tem um ritmo, que gera ciclos que incluem a vida e a morte, a qual assegura um novo nascimento. O medo da morte dificulta essa compreensão e atrapalha o nosso viver. E, para Camus, infere-se que só o amor, travestido de compaixão, é capaz de ‘vencer’ a morte.”*

Saramago, ainda mais explícito, trabalha com uma dicotomia: - O ódio que a morte devota à humanidade, por não a acolher em seu convívio, bem descrito ao início do seu livro, fê-la abdicar de seu precioso afazer; da mesma forma que o amor por um homem levou-a à mesma conduta, descrita no final. Ódio e amor produzindo o mesmo resultado. A se pensar...

Os textos mostram as grandes semelhanças entre a pandemia que nos aflige e outras que afligiram nossa geração e gerações passadas. Parece que justificamos erros e continuamos errando. Píndaro e o “Livro das Previsões” estão certos – o homem esquece e cada vez sabemos menos dele e da humanidade -, embora Camus seja menos pessimista ressaltando sentimentos nobres que afloram ao homem em situações críticas: - compaixão, solidariedade, amor, proteção etc.

Os males que nos espreitam podem eclodir subitamente, conforme descreve Saramago, ou de maneira lenta, sorrateira (termo apropriado à história de Camus), - é necessário estar alerta e entender os avisos.

A humanidade passa por um momento curioso, que a leitura de “As Intermittências da Morte” nos ajuda a meditar. Embora muitos vivam plenos de certezas, a única e inquestionável certeza do homem é a morte. Mas ele vive como se essa certeza não existisse e se aferra a outras certezas circunstanciais e operacionais. Estas certezas geram o fatalismo, que conduz ao imobilismo e ao descompromisso com o futuro - nada justifica o empenho, pois tudo está predeterminado.

Acreditar no destino é negar o livre arbítrio do homem. Somos concebidos por um acaso, um encontro fortuito, e morremos por determinismo, nosso ou biológico; entretanto, entre os extremos podemos dar sentido ao nosso viver.

A vida é incerta e é a incerteza que nos move a pensar, a discutir, a viver o presente e a projetar o futuro, apoiando-nos em experiências passadas. Ela aumenta na medida em que avançam os conhecimentos. Parece um paradoxo, mas não é. A gripe espanhola de 1918 causou, na época, menos dúvidas e incertezas do que nos causa a COVID-19, e o conhecimento, em geral, aumentou exponencialmente nos últimos cem anos. Portanto, é válido supor que as incertezas estimulam a buscar novos conhecimentos, novas condutas, gerar ou aperfeiçoar modos de interação, novas maneiras de comunicação, enfim, procedimentos que poderão tornar o homem e a humanidade melhores. É uma esperança para o porvir, mas... para que aconteça, necessitamos de ações virtuosas... senão...a expectativa do Homo sapiens será a extinção conforme profetizou Nietzsche: - *“O homem é algo a ser superado, ele é uma ponte, não o objetivo final.”*

Quando a megera resolveu voltar a entesourar as pessoas daquele pequeno país, criado pela fascinante imaginação de Saramago, com data e hora marcadas, a angústia e o sofrimento foram muito maiores. Assim, não é demais repetir, fica entendido que as criaturas não devem interferir na obra do Criador.

Ao final de seu livro, o autor nos propõe uma última e desafiadora metáfora: - com todo o seu poder, a morte rende-se ao amor e com um pequeno palito de fósforo, um simples e humilde fósforo, queima a sinistra carta. Um pequeno gesto, ou uma discreta atitude, fez toda a diferença. Quantas vezes agimos da mesma forma, mudando o curso de acontecimentos, tanto para melhor quanto para pior... É tênue ou, algumas vezes, diáfana, a linha divisória entre o bem e o mal, entre o certo e o errado, entre o amor e o ódio...

Por outro lado, Camus, ao final de “A Peste”, nos mostra uma verdade científica e propõe mais uma metáfora. A descrição do bacilo que não morre, apenas permanece adormecido em um canto qualquer, às vezes por anos a fio, é reconhecida e observada em várias epidemias ou pandemias que assolaram a humanidade. É uma realidade: - os micro-organismos patogênicos podem retornar a qualquer momento. Devemos estar sempre alertas, pois não há dia nem hora marcados.

A metáfora final de Camus refere-se a outras mazelas sociais que podem se apresentar de forma endêmica (disfarçada), epidêmica ou pandêmica: - a mentira, a hipocrisia, a falsidade, a maldade e a inveja predatória, que é mãe de todas elas. Estarmos atentos a elas é igualmente recomendável.

Se o epílogo de “As Intermittências da Morte” sugere que grandes tragédias podem ser evitadas com pequenas atitudes, - a morte, travestida de uma linda mulher, não usou seus poderes para destruir a missiva, valeu-se apenas de um fósforo comum - , da mesma forma, em “A Peste”, no seu início, a simples observação e valorização de ratinhos morrendo, sem aparente razão, poderia ter abortado o surto da Peste Bubônica.

Tudo muito semelhante ao que atualmente ocorre. É a vida imitando a arte!...

Talvez essa pandemia possa ser combatida e vencida a partir de um pequeno ato, de uma singela descoberta... - Quem sabe?

OBS: - Texto iniciado em 09/04/20 e terminado em 29/04/20.



Mensagem do presidente da ACAMERJ

Acadêmico Professor Luiz José Martins Romão Filho

Prezados confrades e confradeiras

O ano de 2019 foi auspicioso. Além das reuniões científicas, de Diretoria e do Conselho Científico aconteceram a Assembleia Geral Ordinária anual e quatro Assembleias Extraordinárias, duas de posse de novos confrades, uma para reforma do Estatuto e Regimento e uma assembleia de aniversário. Tivemos ainda o Segundo Congresso Sul Americano de Academias e duas visitas aos núcleos de Friburgo e Teresópolis.

Infelizmente, no ano de 2020, em função da pandemia, as atividades foram virtuais, através de aplicativos. Realizamos reuniões administrativas de Diretoria e do Conselho Científico, com o que mantivemos a normalidade e as principais decisões acadêmicas.

Realização bastante importante foi a introdução do canal científico, que duas vezes ao mês, às dezesseis horas das quintas-feiras, apresentava uma palestra sobre a Covid-19, ministrada por um acadêmico.

A primeira palestra, ocorrida no dia 07 de maio de 2020, versou sobre “PANDEMIAS E EPIDEMIAS ATRAVÉS DOS SÉCULOS” e foi proferida pelo Professor e Acadêmico Evandro Tinoco Mesquita e pela Professora Áurea Grippa. No dia 21 de maio, os mesmos professores discorreram sobre “PANDEMIAS E EPIDEMIAS NO BRASIL”, com destaque para a gripe espanhola, de 1918 a 1920.

A terceira palestra aconteceu no dia 04 de junho de 2020, proferida pelo Professor e Acadêmico Edmilson Ramos Migowski de Carvalho, sobre o tema “ESTADO ATUAL DA PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL - O QUE APRENDEMOS”. Vários foram os temas abordados, principalmente formas de contágio, formas de evitar o contágio, distanciamento, uso de máscara e luvas, tratamento, vacinas.

No dia 18 de junho a Professora e Acadêmica Tânia Cristina de Mattos Barros Petrágliã palestrou sobre “IMUNIZAÇÕES EM GERAL E CONTRA A COVID-19”. Na primeira parte da palestra, fez um resumo de todas as vacinas que as crianças devem tomar, e na segunda parte detalhou as vacinas que estão sendo produzidas, concluindo que com elas o mundo deve voltar à normalidade.

As palestras continuarão de julho até novembro.

Todas as palestras estão disponíveis no site da ACAMERJ ou no YOU TUBE. Para inscrição no YOU TUBE utilize ACADEMIA DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

A partir de julho, as palestras a serem realizadas serão:

Dia 16 julho de 2020, “AS COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES DA COVID-19”, pelo Acadêmico Professor Evandro Tinoco Mesquita;

Dia 06 de agosto de 2020, “IMAGENS RADIOLÓGICAS NA COVID-19”, pelo Acadêmico Professor Alair Augusto Sarmet Moreira Damas dos Santos;

Dia 20 de agosto de 2020, “COVID-19, DESAFIO EXISTENCIAL E CORPORATIVO”, pelo Acadêmico João Aylmer e pelo Doutor Roberto Aylmer;

Dia 03 de setembro de 2020, “COVID-19 E GUILLAIN BARRÉ”, pelo Acadêmico Professor Marcos Raymundo Gomes de Freitas;

Dia 17 de setembro de 2020, “O MUNDO ANTES E APÓS A COVID-19”, pelo Acadêmico Professor Luiz Augusto de Freitas Pinheiro;

Dia 1º de outubro, “PNEUMOPATIAS A VIRUS E COVID-19”, pelo Acadêmico Professor José Luis Reis Rosati;

Dia 15 de outubro de 2020, “COVID NA INFÂNCIA”, pela Acadêmica Professora Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant Anna;

Dia 05 de novembro de 2020, “ENDOCRINOPATIAS, DIABETES E COVID-19”, pelo Professor e Acadêmico Rubens Antunes da Cruz Filho;

Dia 19 de novembro de 2020, “INSUFICIÊNCIA VASCULAR PERIFÉRICA E COVID-19”, pelo Acadêmico Professor Antônio Luiz de Araújo.

A capa da revista com contorno da paisagem em cor roxa e uma tarja preta representa nosso pesar e nossa homenagem às vítimas da COVID-19, bem como solidariedade às famílias enlutadas no Brasil e no mundo





Obituário

Neste primeiro semestre de 2020 a ACAMERJ viu-se privada do convívio salutar de dois eminentes Confrades, e a sociedade niteroiense perde um ícone do saber médico e pessoa benquista por todos.

A Diretoria e demais membros da Academia se solidarizam com as famílias enlutadas.



ACAD. FRANCISCO LUIZ GONZAGA

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina da UFF, no ano de 1967, construiu sua vida na Universidade e no Hospital

Universitário Antônio Pedro – HUAP –, do qual foi Diretor. Especializado em Ginecologia e Obstetrícia pela Associação Médica Brasileira – AMB –, no ano de 1970, foi Chefe do Departamento Materno-Infantil na Faculdade de Medicina, membro do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e autor do livro “Princípios Emergenciais em Obstetrícia”.

Empossado Membro Titular da ACAMERJ em 08/12/1987, foi elevado à categoria de Acadêmico Emérito em 08/12/2014.

Sua morte, em 07/03/2020, deixa um grande vazio na UFF, no meio médico e na ACAMERJ.



ACAD. HILOBERTO CARNEIRO DE OLIVEIRA

Nascido no estado do Acre, desenvolveu sua vida médica nas cidades do Rio de Janeiro e de Nova Iguaçu.

Graduou-se em medicina pela Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro – UNIRIO, em 1966. Fez-se Mestre e Doutor em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

Nesta Universidade foi Professor de 1975 até 1993, quando se aposentou como Professor Adjunto IV. Seguiu carreira do magistério Superior sendo Livre Docente da UNIRIO (1992), Professor Titular de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

– UERJ – e Professor de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de Nova Iguaçu – UNIG -. Por um breve período foi Professor de Semiologia na Fundação Técnico Educacional Souza Marques (FTESM). Empossado Acadêmico Titular da ACAMERJ em 25/10/2011 e da Academia Nacional de Medicina – ANM – em 09/05/2017.

Tem cinquenta e quatro trabalhos publicados, quatro livros e vinte e três capítulos de livros, além de ser homenageado com vários títulos e prêmios.

Faleceu em 09/06/2020, após longa batalha contra a Covid-19.



PROF. MOUNIR ASSAF

Libanês, muito cedo veio para o Brasil com a família, que se radicou em Conceição do Macabu.

Colou grau na Faculdade de Medicina da UFF em

1966. Com Título de Especialista e Mestre em Pneumologia, precocemente se dedicou à medicina intensivista, havendo sido Chefe do CTI do Hospital Universitário Antônio Pedro por mais de 20 anos. Mesmo após aposentado continuou frequentando diariamente a Universidade e o CTI. Ainda em vida o HUAP/UFF, o homenageou, dando seu nome ao referido centro.

Desde o final da década de 1960 mantinha consultório no Edifício Galeria da Paz na Av. Amaral Peixoto, 36 - onde costumava reunir-se com amigos nas noites das sextas-feiras, após o expediente.

Figura humana excepcional, caráter sem jaça, só fez amigos.

Barítono afinado e de voz forte, era um admirador das artes em geral.

Sua morte, em 03/07/2020, vítima da Covid-19, aos 79 anos, deixou muita saudade não apenas no seio de sua família, porém também entre seus inúmeros colegas, amigos, admiradores e clientes.

Lançamento de livro pela AMF



A Presidente da AMF Zelina Caldeira, ladeada pelos ex-Presidentes, à sua direita, Dr. Alkamir Issa, Dr. Aloysio Decnop Martins e Dr. Glauco Barbieri. À esquerda, Acads. Waldenir de Bragança, Alcir Chácar e Dr. Benito Petrágli

Dia 14/01/2020, a Associação Médica Fluminense – AMF –, em seu Salão Nobre, lançou o livro “ASSOCIAÇÃO MÉDICA FLUMINENSE – Mais de 100 anos de amor à Medicina”, que teve o Acad. Alcir Vicente Visela Chácar como organizador, e responsável por vasto acervo pessoal utilizado no livro.

Ressalte-se a qualidade do texto e a primorosa apresentação.

A cerimônia da noite de autógrafa ocorreu às 19:00h com a presença da Presidente da AMF, Dra. Zelina Caldeira, do organizador, de vários ex-Presidentes e numerosas figuras do meio médico e social de Niterói.

A ACAMERJ e sua REVISTA se associam às manifestações de júbilo cumprimentando a todos os que colaboram no exaustivo trabalho.



UM NOVO CENTRO DE PREVENÇÃO VOLTADO PARA OS CUIDADOS QUE VOCÊ MERECE

- MAIS SERVIÇOS
- MAIS ESPECIALIDADES
- MAIOR COMODIDADE
- MELHOR ESTRUTURA



CONSULTAS, EXAMES E REABILITAÇÃO CARDÍACA EM UM SÓ LOCAL

ICARAÍ

(CENTRO DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO CARDÍACA)
R. LOPES TROVÃO, 209 - NITERÓI - RJ

NINGUÉM CUIDA COMO A GENTE!

PIRATININGA
(CENTRO DE PREVENÇÃO)

CAMBOINHAS
(REABILITAÇÃO CARDÍACA)

VITAL BRAZIL
(CENTRO DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO CARDÍACA)

SÃO GONÇALO
(REABILITAÇÃO CARDÍACA)

☎ 21 2609-8547 | ☎ 21 3674-9100 ☎ 21 99805-5640

WWW.SEACOR.COM.BR

[/CLINICASEACOR](#)

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 Abib Seba

Antonio Jorge Abunahman

Mário Duarte Monteiro

Germano Brasiliense Bretz

Guiseppe Mauro

Paulo Dias da Costa

Waldenir de Bragança

Waldemar Bianchi

Guilherme Eurico Bastos da Cunha

Alcir Vicente Visela Chácar

Renato Luiz Nahoum Curi

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Luiz José Martins Romêo Filho

Hino da ACAMERJ

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

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

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

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

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

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

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

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

Interlúdio

Refrão 3X

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

