



Academia de Medicina do
Estado do Rio de Janeiro

Revista da

ACAMERJ

Ano VI - nº 11 - Janeiro - Junho/2021
ISSN: 2525-9466



A UNICRED NITERÓI NO CONTEXTO NACIONAL DO COOPERATIVISMO

O Cooperativismo no Brasil

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

As Instituições Financeiras Cooperativas Brasileiras

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

A Unicred Niterói

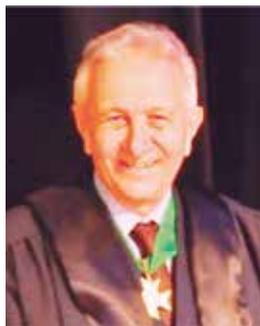
Contribui com esses números beneficiando diretamente 3.400 associados. Administra um patrimônio líquido acima de R\$26 milhões, com ativos superando R\$130 milhões. Suas operações de crédito estão próximas dos R\$60 milhões, com taxa média dos juros em 1,80%, apesar da significativa elevação da taxa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

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

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

COOPERADO UNICRED - BENEFICIÁRIO E BENFEITOR EM UMA EMPRESA CIDADÃ!

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



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

“La grandeur de l’homme est grande en ce qu’il se connaît misérable”

(Blaise Pascal)

Este número (11) de nossa Revista da ACAMERJ continua mantendo, simbolicamente, a mesma capa dos dois números anteriores, dedicados à análise da pandemia de COVID-19. O que as diferem são as tarjas: na primeira, apenas uma, negra; na segunda, duas. As razões foram anteriormente explicadas: sofrimento e luto.

Marcando o final do primeiro semestre de 2021, resolvi manter o simbolismo, completando uma trilogia. Nesta edição a capa apresenta uma terceira faixa, mista - negra e verde - a representar ainda o luto imposto pela doença, contudo equilibrado por uma real esperança de que, com o evoluir da vacinação, em todo o mundo e, especificamente, no Brasil, dias melhores comecem a despontar. Ainda não é o suficiente para conter totalmente o mal, mas é o essencial para elevar o ânimo.

Não é demais repetir afirmação de publicação anterior: o inimigo, o SARS-Cov-2, é traiçoeiro, “inteligente”, resiliente, estuda bem as defesas do adversário, adapta-se, modifica-se para, a seguir, desferir novo ataque. Por estas razões, devemos manter uma esperança consciente, cautelosa, sem baixar a guarda.

Em que pesem os resultados positivos da vacinação, fazem-se necessários cuidados em nossas condutas, pois 100% de pessoas vacinadas não significam o mesmo percentual de pessoas imunizadas, face às particularidades de nosso sistema imunológico e às “saborias” do vírus, principalmente no que tange à possibilidade de mutações.

“Prudência e caldo de galinha não fazem mal”; muita atenção ainda às recomendações de distanciamento social, de higiene, de uso de máscaras, enfim, cultivar o bom senso de comportamento, objetivando a proteção pessoal e, primordialmente, a coletiva.

Essa pandemia da COVID-19 vem, como tudo que é novo, apresentando várias peculiaridades - algumas já detectadas, outras em estudo e outras que serão identificadas no futuro. Necessita-se de tempo para total entendimento e determinação de condutas baseadas na ciência em seu sentido pleno. Assim, o adequado conhecimento da praga, a compreensão ampla da epidemiologia, da etiopatogenia, da fisiopatologia, do quadro clínico - que é multifacetado -, resultarão em recomendações que possam orientar, com segurança, o tratamento, seja ele curativo ou profilático. A complicar essas dificuldades, está o fato de a doença ser agravada ou propiciada por várias outras condições: hipertensão arterial, idade avançada, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares prévias, diabetes, obesidade, insuficiência renal, imunodeficiências, câncer etc, etc... Uma verdadeira sindemia, na real acepção do termo.

Neste curto Editorial, não há espaço para abordar todas as situações e não é esta a finalidade do mesmo. Já ocorreram abordagens em artigos anteriores, continuam nesta publicação, e deverão ser mantidas em edições posteriores. No entanto serve, num mínimo, para valorar a ética e a bioética nas relações humanas, bem como para recordar Blaise Pascal (1623-1662) de quem utilizo um de seus pensamentos como título deste Editorial. De fato, o Homem só se engrandece quando reconhece suas misérias, suas limitações, suas fraquezas...

Esta pandemia tem servido para meditarmos sobre o Homo Sapiens, e identificar além de mazelas físicas, também as mentais e as comportamentais. E, ao identificá-las, buscar a grandeza de corrigi-las. Conseguiremos? É uma questão em aberto.

Friedrich Nietzsche (1844-1900) há, aproximadamente, cento e cinquenta anos, profetizou: - “O Homem é algo a ser superado. Ele é uma ponte, não um objetivo final”.

Pascal e Nietzsche nos trazem, com seus pensamentos, bons motivos para reflexões durante e após a COVID-19. O conceito de sindemia, referido anteriormente, não se deve restringir apenas à área das ciências biológicas, ao contrário, deve ter amplitude de interpretação, abrangendo a relação da doença com fatores ambientais, sociais, psicossociais, morais, econômicos etc. Deve, também, ter o apelo de voltarmos nossa atenção para o futuro do Homem e da Humanidade. - O Homo Sapiens continuará mudando apenas como um mecanismo adaptativo às mudanças do Universo, que está sempre se expandindo? - Ou, por sua própria interferência, se transformará mais rápido que a própria natureza, seja por engenharia genética, ou por engenharia de hibridização - meio homem, meio máquina (cyborg) - ou, ao extremo, ser totalmente substituído por máquinas?

Para muitos, tais conjecturas podem soar como algo surreal, todavia devem merecer atenção para balizamento de práticas futuras, advindas de ilações nesse período de pandemia. Vale uma observação de Albert Einstein (1879-1955): “Se, a princípio, a ideia não é absurda, então não há esperança para ela”.

Na Seção Científica estamos a publicar dois excelentes artigos relacionados à COVID-19, escritos por conceituados colegas: um versando sobre imagem e outro sobre nutrição/imunidade. A Seção Cultural, é valorizada por um instigante artigo sobre cristianismo e estoicismo, com extrapolações para a COVID-19. E na Seção Social/Eventos damos notícias das atividades da ACAMERJ e de seus membros.

Que tenham uma ótima leitura!





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

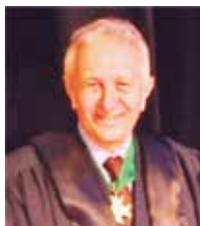




Editorial

“La grandeur de l’homme est grande en ce qu’il se connaît misérable”

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro



Pág. 03

Seções: Científica

Aspectos radiológicos iniciais e evolutivos da Covid-19 no tórax: uma breve revisão

Alair Augusto Sarmet Moreira Damas dos Santos

Pág. 06

Importância da nutrição na promoção da saúde através da imunidade e seu impacto para a COVID-19.

Antonio Alves do Couto

Pág. 12

Cultural



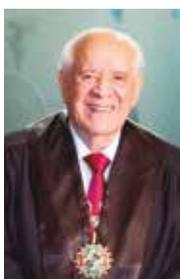
Cristianismo e estoicismo uma receita para os tempos atuais

Raimundo N. Damasceno

Pág. 17

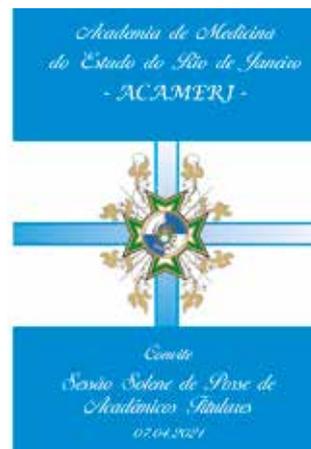
Social / Eventos

Mensagem do presidente sobre o III Congresso Médico da Acamerj



Pág. 19

Sessão Solene de posse de acadêmicos titulares
Referente a matéria da página 19



Pág. 20

Palestras realizadas em maio movimentaram o meio acadêmico

Inauguração de placa em agradecimento aos Acadêmicos



Pág. 21

Obituário.



Morre o Acadêmico Titular José Bullos Seba

Lançamento do Livro “Revolução 50+”



Pág. 22





Aspectos radiológicos iniciais e evolutivos da Covid-19 no tórax: uma breve revisão

Alair Augusto Sarmet Moreira Damas dos Santos*

RESUMO

O Coronavírus (SARS-CoV-2) é responsável por causar a doença COVID-19, que se transformou numa pandemia de enormes repercussões clínicas e sociais em todo o mundo. O conhecimento dos dados clínicos e dos aspectos radiológicos no tórax desta doença devem ser estendidos a todos os médicos, devido à sua gravidade. Neste artigo fazemos uma breve revisão dos aspectos radiológicos que são identificados nos pacientes com COVID-19 ao realizarem uma Tomografia Computadorizada (TC) do tórax e os aspectos evolutivos que são descritos até o momento. Os achados costumam se apresentar como opacidade em vidro fosco, com subsequente evolução para áreas de pavimentação em mosaico e consolidações nos campos pulmonares previamente acometidos, numa distribuição bilateral e periférica, predominando nos lobos inferiores e nas porções posteriores dos pulmões. Na TC dependem da fase da doença e progridem nos primeiros dias após o início dos sintomas, apresentando melhora em alguns dias ou semanas posteriores. Em mais da metade dos pacientes há absorção parcial das lesões duas semanas após alta, com a resolução completa em quatro semanas. Os casos graves podem ter evolução desfavorável apesar das medidas terapêuticas adotadas durante a internação em unidade de cuidados intensivos. Em geral, a regressão ocorre por volta do 26º dia. Alguns pacientes podem desenvolver fibrose e permanecer com alterações da TC a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE:

COVID-19. Aspectos evolutivos na TC do tórax. SARS-CoV-2.

ABSTRACT

Coronavirus (SARS-CoV-2) is responsible for causing COVID-19 disease, which has become a pandemic of enormous clinical and social repercussions worldwide. Knowledge of the clinical findings and radiological aspects of this disease in the chest should be known to all physicians, due to its severity. In this article we briefly review the radiological features that are identified in patients with COVID-19 on a CT scan of the chest and the evolutionary aspects that are described so far. The findings usually present as ground-glass opacity with subsequent evolution to areas of crazy pavement patterns and diffuse consolidations in the previously affected lung fields, in a bilateral and peripheral distribution, predominantly in the lower lobes and in the posterior portions of the lungs. The CT findings depend on the stage of the disease and show progression in the first days after the onset of symptoms, with improvement within a few days or weeks. In more than half of the patients there is partial absorption of the lesions 2 weeks after discharge, with complete resolution in 4 weeks. Severe cases may have an unfavorable outcome despite therapeutic measures taken during the intensive care unit stay. In general, resolution of the findings is complete by day 26. Some patients may progress with fibrosis and remain with long-term CT changes.

KEYWORDS:

COVID-19. Chest aspects on CT scan. SARS-CoV-2.

INTRODUÇÃO

O Coronavírus (SARS-CoV-2) pertence a uma família de vírus que afeta humanos e alguns animais. Os primeiros Coronavírus em humanos foram isolados em 1937. Em 1965 o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do aspecto na microscopia, parecendo uma coroa^(1,2). Ao todo, sete coronavírus humanos (HCoVs) já foram identificados: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e o mais recente, novo coronavírus (que no início foi temporariamente nomea-

do 2019-nCoV e, em 11 de fevereiro de 2020, recebeu o nome de SARS-CoV-2), responsável por causar a doença COVID-19, descrito no final de 2019 na cidade de Wuhan, na China. Os primeiros casos relatados tinham um histórico de exposição no mercado de frutos do mar na cidade de Wuhan, província de Hubei, e daí vimos se espalhar rapidamente por todo o mundo. A infecção é transmitida da mesma forma que outras infecções virais respiratórias, principalmente através de gotículas respiratórias e contato com secreções de paciente infectados^(1,2).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a nova

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





pandemia da COVID-19 vem afetando milhões de pessoas no planeta, com centenas de milhares de mortes. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus⁽³⁾.

De acordo com a OMS, foram confirmados no mundo mais de 199.466.211 casos de COVID-19 e 4.244.541 mortes, sendo o Brasil um dos países com maiores taxas de transmissão comunitária, com mais de 19 milhões de casos confirmados⁽⁴⁾ até o momento.

O período de incubação da COVID-19 geralmente é de quatro a cinco dias após a exposição, podendo ir até 14 dias⁽²⁾. O quadro clínico é variável, com espectro de leve a crítico, sendo a grande maioria de menor gravidade⁽⁵⁾ e com estimativa de aproximadamente 20% dos casos necessitarem de internação hospitalar. Figuram entre os principais sinais e sintomas a febre, dispneia, tosse seca, anorexia e mialgia⁽⁵⁾, além de cefaleia, odinofagia e rinorreia e, menos comumente, sintomas gastrointestinais. Sintomas mais específicos são perda de olfato e de paladar (anosmia e disgeusia, respectivamente)⁽⁶⁾. A apresentação clínica pode variar de doença leve a moderada, que inclui “síndrome gripal” leve, sem necessidade de oxigenioterapia ou internação hospitalar; representam aproximadamente 80% dos casos sintomáticos. Doença grave em torno de 15% dos casos, que incluem os pacientes com pneumonia e hipoxemia que necessitam hospitalização. Doença crítica com falência respiratória (necessidade de ventilação mecânica), choque séptico e disfunção múltipla de órgãos em 5% dos casos⁽⁷⁾.

A taxa de mortalidade pode variar de acordo com a idade e a presença de comorbidades como obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença pulmonar crônica, doença renal crônica e câncer. As principais alterações laboratoriais associadas a pior prognóstico incluem redução dos linfócitos (linfopenia), elevações de LDH (desidrogenase lática), D-dímero, troponina, creatina fosfoquinase (CPK) e prolongamento do Tempo de Protrombina (PT), assim como aumento de marcadores inflamatórios como a Proteína C Reativa (PCR) e a ferritina^(7,8).

O teste laboratorial confirmatório recomendado é realizado por meio da coleta de uma amostra de swab nasofaríngeo, onde será feita a detecção do RNA do SARS-CoV-2 pela reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa (RT-PCR). A sensibilidade do teste depende de uma técnica precisa, da viremia, no momento da coleta e do tipo de amostra obtida. Testes negativos de RT-PCR, associados a achados tomográficos sugestivos de pneumonia viral, foram relatados em alguns pacientes que posteriormente apresentaram resultado positivo para SARS-CoV-2^(8,9).

A TC de tórax em pacientes com COVID-19 pode demonstrar opacidades em vidro fosco bilaterais com subsequente evolu-

ção para consolidação dos campos pulmonares acometidos^(10,11). As anormalidades na TC de tórax são comumente bilaterais, de distribuição periférica e envolvendo predominantemente os lobos inferiores. Raramente são descritos espessamento pleural, derrame pleural e linfonodomegalia.

Ela é útil nos casos dos pacientes com COVID-19, embora nenhum achado possa excluir completamente a possibilidade de outros diagnósticos diferenciais ou de infecção associada⁽¹⁰⁾. De acordo com as recomendações do CBR (Colégio Brasileiro de Radiologia) e de outras instituições internacionais, a tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) do tórax não deve ser usada, isoladamente, para diagnóstico de COVID-19, nem tampouco deve ser realizada para rastreamento da doença^(12,13).

Utilizando os testes de RT-PCR como referência, um estudo chinês mostrou sensibilidade de 97% para os exames de TC, porém com especificidade de apenas 25%, que pode ser atribuído a outras etiologias, causando achados tomográficos semelhantes⁽¹⁴⁾. Na comparação com outras causas, principalmente a pneumonia viral típica, os casos de COVID-19 foram mais propensos a terem opacidades em vidro fosco, distribuição periférica, opacidades reticulares finas e sinal de halo invertido. Por outro lado, houve menor probabilidade de opacidade de distribuição central, broncograma aéreo, espessamento pleural, derrame pleural e linfadenopatia⁽¹⁴⁾. Nesse estudo, um grupo de radiologistas foi capaz de distinguir achados parenquimatosos de COVID-19 com alta especificidade, mas com moderada sensibilidade.

Em um grupo de pacientes, com COVID-19 confirmada em laboratório e sem dificuldade respiratória grave, as anormalidades pulmonares na TC de tórax foram mais exuberantes aproximadamente 10 dias após o início dos sintomas⁽¹⁵⁾. Ademais, anormalidades também foram precocemente identificadas em pacientes antes do desenvolvimento dos sintomas e mesmo antes da detecção do RNA viral^(16,17).

Este estudo é relevante, pois se sabe que em diversos países, o percentual de profissionais da área de Saúde que se tornam positivos para o coronavírus chega a atingir 25% da mão de obra especializada. O Boletim Epidemiológico Interno COVID-19 Número 1, do HUAP (Hospital Universitário Antônio Pedro), informa que a taxa de incidência de infecção por coronavírus entre seus profissionais estava em 12,2%. Segundo o Centro de Medicina Baseada em Evidência (*Centre of Evidence-Based Medicine / CEBM*) da Universidade de Oxford, na Inglaterra, no dia 16 de abril de 2020 houve uma proporção de 30% de infecção de profissionais de saúde pelo SARS-CoV-2 e que, 13,6% da força de trabalho na Grã-Bretanha foi infectada, correspondendo a 1% de todos os trabalhadores⁽¹⁸⁾. O New York Times apontou em 24 de março de 2020, na Espanha, 5400 casos de infecção de profissionais médicos, e na Itália, França e Espanha foram mais de 30 mortes de profissionais de saúde logo no início desta pandemia⁽¹⁹⁾.

É importante que sejam feitos todos os esforços para o diagnóstico precoce desta doença, bem como procurar saber sinais precoces do comprometimento pulmonar, que podem agravar o quadro dos pacientes, sendo a TC um método mais sensível



do que a radiografia convencional do tórax, para a detecção de anormalidade parenquimatosas pulmonares.

A TC é um método de exame que permite a visualização das imagens imediatamente, tendo a possibilidade de contribuir no acompanhamento e diagnóstico, mesmo com discretos sinais e sintomas clínicos. Este exame tem a possibilidade de mostrar lesões iniciais, sendo as opacidades com padrão em vidro fosco, multifocais, geralmente periféricas, um achado frequente nas fases iniciais, conforme diversos artigos publicados internacionalmente.

ASPECTOS RADIOLÓGICOS

O diagnóstico de COVID-19 deve ser confirmado com a RT-PCR ou sequenciamento genético de materiais respiratórios ou sanguíneos^(20,21). Para se definir um diagnóstico de COVID-19 é preciso estar pautado nas informações clínico-epidemiológicas + exames RT-PCR e/ou sorologia.

O exame de TCAR pode auxiliar nesta definição diagnóstica, porém precisa ser cuidadosamente correlacionado com os dados clínicos e laboratoriais. A TCAR do tórax não deve ser usada, isoladamente, para diagnóstico de COVID-19, nem tampouco deve ser realizada para rastreamento da doença. Para os indivíduos assintomáticos não se deve orientar a realização de qualquer exame de imagem, segundo diversas recomendações nacionais e internacionais^(22, 23).

Anormalidades na TC também foram precocemente identificadas em pacientes confirmados por via laboratorial com infecção pelo SARS-Cov-2, antes do desenvolvimento dos sintomas e mesmo antes da detecção do RNA viral^(16,17). Estas anormalidades pulmonares são mais exuberantes aproximadamente 10 dias após o início dos sintomas⁽¹⁵⁾.

Quando indicada, o protocolo é uma TCAR, preferencialmente com baixa dose de radiação. O uso de meio de contraste endovenoso não está indicado, devendo ser reservado para situações específicas, após avaliação do médico radiologista⁽²²⁾.

Os achados costumam se apresentar como opacidade em vidro fosco com subsequente evolução para áreas de pavimentação em mosaico (que corresponde a atenuação em vidro fosco associada a espessamento de septos interlobulares) e consolidação dos campos pulmonares previamente acometidos, numa distribuição bilateral e periférica, predominando nos lobos inferiores e nas porções posteriores dos pulmões^(10,11).

A TC do tórax pode ser útil no diagnóstico precoce dos pacientes com COVID-19, mas o fato de termos um exame aparentemente normal, não exclui completamente a possibilidade de infecção, pois o vírus pode estar localizado somente nas vias aéreas superiores e não haver ainda manifestações pulmonares identificáveis pelos Métodos de Imagem.

Os achados da TCAR dependem da fase da doença. Contados a partir do início dos sintomas, serão mais frequentes nas fases, intermediária (3 a 6 dias) e tardia (a partir de 7 dias), sendo este um dos fatores que explicam a variabilidade da sensibilidade do método, relatada entre 60 a 96%^(7,22) (quadro 1).

Quadro 1: Achados tomográficos nas diferentes fases da COVID-19

Fase inicial (1-2 dias)	Fase intermediária (3-6 dias)	Fase tardia (7-14 dias)
<ul style="list-style-type: none"> - Podem ser normais em 40-50% - Opacidades focais com atenuação em vidro fosco ou consolidações em cerca de 17% dos casos; - Opacidades multifocais bilaterais (cerca de 28%); - As lesões pulmonares têm distribuição periférica em cerca de 22% dos casos. 	<ul style="list-style-type: none"> - TC pode ser normal entre 10 a 25% dos casos; - Consolidação em cerca de 55% dos casos; - Acometimento é bilateral, em sua maioria (cerca de 76%), com distribuição periférica (64%); - Opacidades reticulares em aproximadamente 9% dos casos 	<ul style="list-style-type: none"> - TC pode ser normal em até 5% dos casos; - Consolidação ocorre em até 60% dos casos; - O envolvimento é bilateral em cerca de 88%, com distribuição periférica em 72%; - Opacidades reticulares em 20-48%. - Padrão de pavimentação em mosaico em 5 a 35% dos casos ("crazy paving").

<http://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/295>⁽⁷⁾.

EXEMPLOS

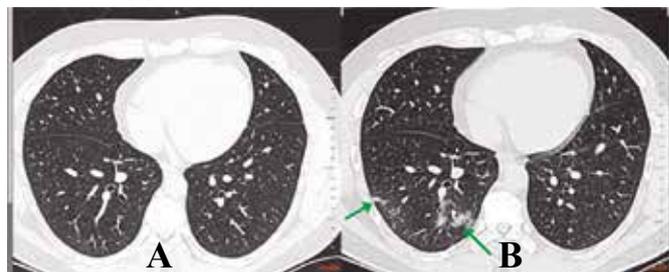


Figura 1: Fase inicial. Paciente COVID-19 positivo com sintomas respiratórios discretos e estado gripal. Mesmo paciente, mesmo nível das imagens (lobos inferiores): TC de 3/7/2020 normal (A) e TC de 17/7/2020 (B) demonstrando pequenos focos de atenuação em vidro fosco no lobo inferior direito (setas).

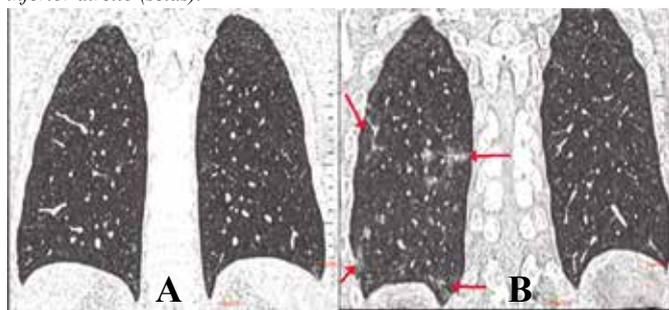


Figura 2: Mesmo paciente da figura anterior: Reconstruções Coronais. TC de 3/7/2020 (A) e TC de 17/7/2020 (B). Nesta evidenciando-se vários pequenos focos de atenuação em vidro fosco nas regiões posteriores do pulmão direito (setas).



Figura 3: Fase inicial. Masc. 54 anos. Referia tosse seca, odinofagia, calafrios e febre. Apresentou, na Emergência, taquipneia e queda da saturação de oxigênio. TC de tórax demonstrando vários focos esparsos de atenuação em vidro fosco na periferia dos lobos superiores e inferiores (setas).

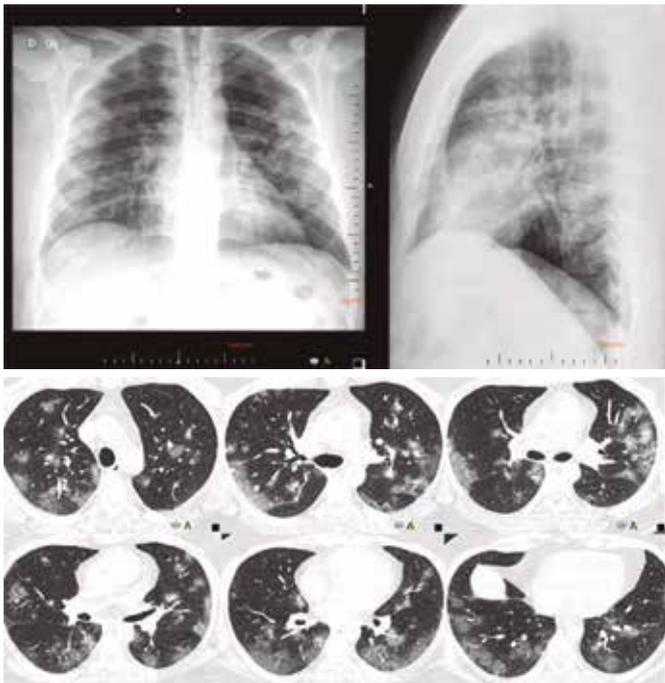


Figura 4: Fase intermediária: Masculino, 40 anos. Hipertenso, iniciou quadro de síndrome gripal com cefaleia, tosse seca e febre. Evoluiu com piora da tosse, relato de hemoptoicos, mialgia e inapetência, limitando atividades diárias simples. Radiografia do tórax demonstrou infiltrado intersticial difuso na periferia dos pulmões. A TC de tórax mostrou múltiplos focos de atenuação em vidro fosco, alguns tendendo a confluência, periféricos e bilaterais.

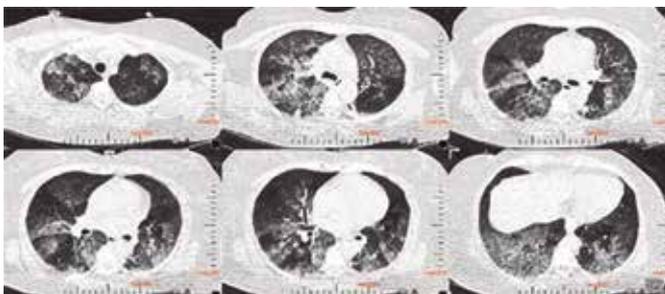


Figura 5: Mulher, 50 anos de idade, relata dispnéia importante em casa, com mais de 10 dias de evolução, foi internada para assistência ventilatória. TC de tórax na admissão hospitalar com múltiplas áreas de atenuação em vidro fosco, áreas de pavimentação em mosaico e consolidações difusas em ambos os pulmões, com mais de 50% de extensão de comprometimento pulmonar.

EVOLUÇÃO DOS ASPECTOS TOMOGRÁFICOS

De modo geral, as lesões na TC apresentam progressão nos primeiros dias após o início dos sintomas, melhorando em alguns dias ou semanas após o início do tratamento (Figura 6). Em mais da metade dos pacientes há absorção parcial das lesões 2 semanas após alta, com a resolução completa em 4 semanas. Os casos graves podem ter evolução desfavorável apesar das medidas terapêuticas adotadas durante a internação em unidade de cuidados intensivos (Figura 7).

Pacientes jovens tendem a apresentar melhores resultados radiológicos durante o período de convalescença. Alguns pacientes, em especial idosos e aqueles que apresentam múltiplas

lesões e extenso acometimento do parênquima, podem evoluir com fibrose e permanecer com alterações à TC a longo prazo. Pacientes idosos geralmente demoram mais tempo para obter a resolução radiológica das lesões (Figura 8).

Um estudo italiano⁽²⁴⁾ avaliou, em pacientes que foram internados em CTI, a persistência de sintomas 60 dias após a infecção por COVID-19 (marcada pelo início dos sintomas). Destes pacientes, 72,7% tiveram pneumonia intersticial confirmada por exame de imagem. Os resultados indicaram que apenas 12,6% ficaram livres de qualquer sintoma, enquanto 32% ainda tinham 1 ou 2 sintomas e 55% tinham 3 ou mais. Os sintomas mais relatados foram fadiga e dispnéia.

Em geral, as lesões na TC do tórax mostram progressão nos primeiros dias após o início dos sintomas, seguidas de uma melhoria algumas semanas após o início do tratamento, dependendo de cada caso. Em média, a resolução se completa por volta do 26º dia. Alguns pacientes podem progredir com fibrose e permanecer com alterações da TC a longo prazo.

Estudos publicados indicaram que a maioria dos pacientes se recuperam dos sintomas e das lesões indicadas por exames de imagem (TC em sua maioria), enquanto alguns persistem com sintomas e apresentam padrões sugestivos de fibrose na TC. Porém, as consequências a longo prazo são especulativas e necessitam de mais estudos para serem avaliadas⁽²⁵⁻²⁸⁾.

O desenvolvimento de lesões pulmonares císticas em doentes com COVID-19 foi descrito recentemente, mas devem ser realizados mais estudos a fim de melhor compreender a fisiopatologia da ocorrência destas lesões⁽²⁹⁾ (Figura 9).

Alguns pacientes, especialmente os idosos e aqueles que tiveram lesões múltiplas e envolvimento extenso do parênquima pulmonar, podem progredir com fibrose e permanecer com alterações da TC a longo prazo.

A TC do Tórax não deve ser usada como controle de tratamento, exceto em casos suspeitos de complicações.

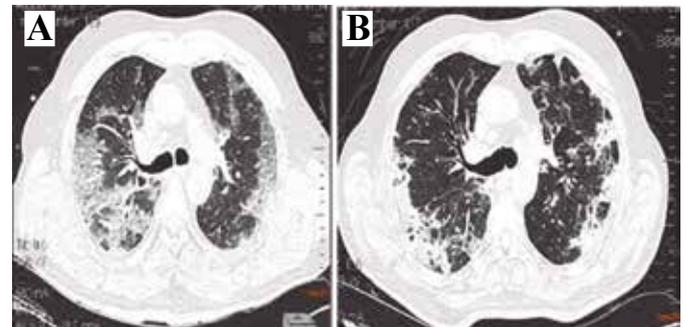


Figura 6: Mulher de 56 anos com COVID-19, tendo sido admitida no CTI necessitando de assistência ventilatória. A 1ª TC (A) realizada mostrou mais de 50% de comprometimento pulmonar com extensas áreas com padrões de pavimentação em mosaico nos terços médios de ambos os pulmões. A TC de controle (B) 12 dias mais tarde já mostrava uma melhoria das alterações pulmonares.

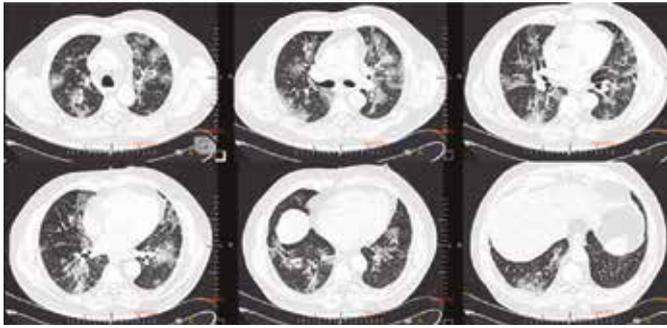


Figura 7A: Homem, 70 anos. Foi admitido com dispneia intensa, baixa saturação, COVID positivo, apresentando várias áreas de padrões de pavimentos loucos, associados a focos esparsos de atenuação em vidro moido e com áreas de consolidações.

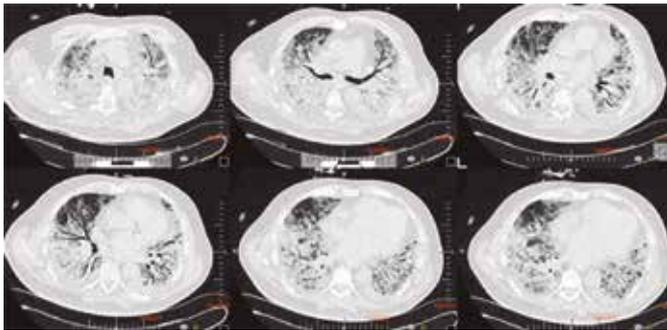


Figura 7B: Apesar de toda a terapia instituída na UTI, houve uma deterioração dos padrões ventilatórios, comprovada por uma nova TC realizada com um intervalo de 28 dias, demonstrando acentuada aumento difuso das áreas de consolidações nos pulmões.



Figura 8A: Homem, 64 anos, internado com TC indicando múltiplas opacidades em vidro fosco associadas a fino reticulado de permeio, apresentando distribuição multifocal bilateral, com predomínio periférico e posterior e de extensão >50% do parênquima. Observa-se também finas faixas atelectásicas em porções posteriores, além de enfisema parasseptal em lobos superiores.

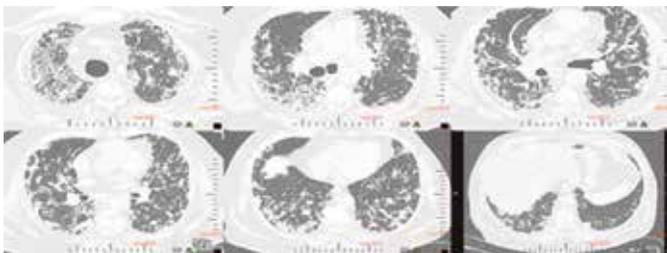


Figura 8B: TC de tórax realizada 10 dias após mostrava múltiplas consolidações de distribuição multifocal bilateral, com predomínio periférico e posterior e de extensão >50%, associadas a espessamento de septos inter e intralobulares, com áreas de pavimentação em mosaico, indicando cronificação com áreas de fibrose. Além disso, havia espessamento peribroncovascular junto aos hilos. Faixas atelectásicas mais espessas e enfisema parasseptal.

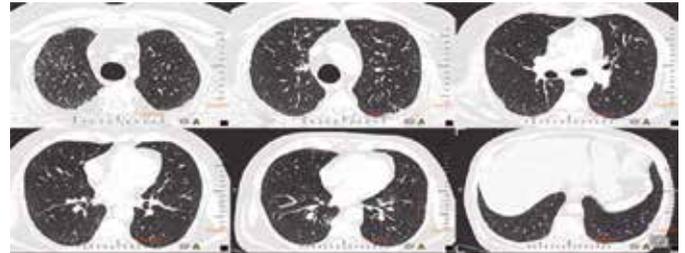


Figura 8C: TC de tórax de controle 4 meses após demonstrou melhora dos padrões em relação aos exames anteriores, com bandas parenquimatosas esparsas, provavelmente decorrentes de fibrose residual.

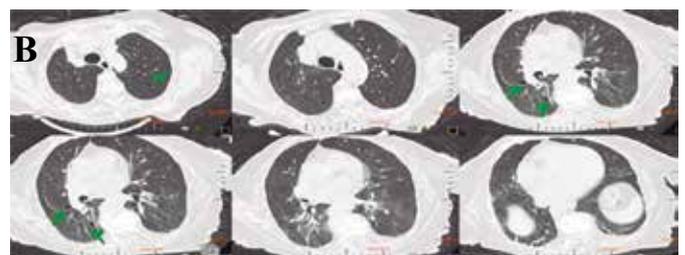
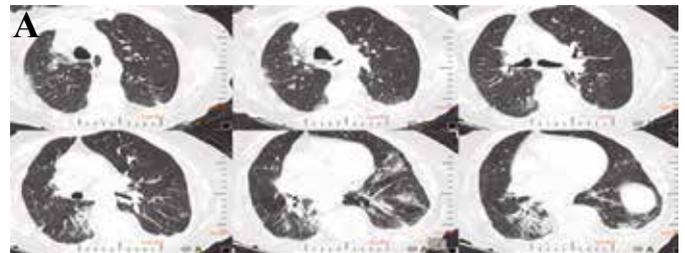


Figura 9: Homem, 70 anos. Foi atendido na Emergência com febre e crepitações nas bases pulmonares e no terço médio do hemitórax esquerdo, com a 1ª TC do tórax a mostrar o envolvimento pulmonar discreto (A). TC realizada após 16 dias na UTI mostrou melhora das lesões pulmonares, com boa evolução clínica. Nova TC realizada 2 meses e 9 dias depois, mostrou o aparecimento de pequenas lesões císticas no lobo inferior direito e no lobo superior esquerdo, ausentes no exame anterior (B).

Figura 9A: TC de tórax mostrando áreas de consolidação, com infiltrado em vidro fosco adjacente, de extensão de cerca de 25%, localizadas predominantemente nos lobos inferiores. Bandas parenquimatosas esparsas nos pulmões, mais evidentes em lobos inferiores.

Figura 9B: TC de tórax controle: 2 meses e 9 dias após a 1ª, demonstrando áreas de atenuação em vidro fosco na periferia do lobo superior esquerdo e ápice do pulmão direito associados à surgimento de lesões císticas esparsas nos pulmões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quisemos demonstrar nesta breve revisão, os principais aspectos tomográficos da COVID-19 e a importância da TC de tórax na avaliação destes pacientes. O padrão radiológico mais comum da COVID-19 no tórax é o de focos de atenuação em vidro fosco difusas, periféricas e bilaterais, evoluindo com áreas de pavimentação em mosaico, além de consolidações esparsas, com envolvimento predominante das áreas inferiores e posteriores dos pulmões. Devemos lembrar que a COVID-19 é uma doença multissistêmica, que atinge muitos outros órgãos e sistemas orgânicos e que ainda temos muito a aprender com esta nova doença que se transformou numa pandemia com repercussões inimagináveis, modificando, em vários aspectos, a existência humana em nosso planeta.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sobre a doença. O que é COVID-19. Ministério da Saúde. <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>
2. Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med.* 2020;382(13):1199–1207. doi:10.1056/NEJMoa2001316.
3. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak situation. WHO – World Health Organization. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
4. Dados extraídos da OMS em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875 (acessado em 05/08/2021).
5. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China [published online ahead of print, 2020 Feb 7]. *JAMA.* 2020;e201585. doi:10.1001/jama.2020.1585
6. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, De Siati DR, et al. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study [published online ahead of print, 2020 Apr 6]. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2020;10.1007/s00405-020-05965-1. doi:10.1007/s00405-020-05965-1
7. Dias V., Carneiro M., Vidal C., Corradi M., Brandão D., Cunha C., Chebabo A., et al. Orientações sobre Diagnóstico, Tratamento e Isolamento de Pacientes com COVID-19. *J. Infect. Control,* 2020 Abr-Jun;9(2):XX-XX [ISSN 2316-5324] <http://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/295>
8. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study [published correction appears in *Lancet.* 2020 Mar 28;395(10229):1038] *Lancet.* 2020;395(10229):1054–1062. doi:10.1016/S0140-6736(20)30566-3
9. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Guidelines for Collecting, Handling, and Testing Clinical Specimens from Persons Under Investigation (PUIs) for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). February 14, 2020.
10. Patel A, Jernigan DB; 2019-nCoV CDC Response Team. Initial Public Health Response and Interim Clinical Guidance for the 2019 Novel Coronavirus Outbreak - United States, December 31, 2019-February 4, 2020 [published correction appears in *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020 Feb 14;69(6):173]. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(5):140–146. Published 2020 Feb 7. doi:10.15585/mmwr.mm6905e1
11. Shi H, Han X, Jiang N, et al. Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(4):425–434. doi:10.1016/S1473-3099(20)30086-4
12. Zhao W, Zhong Z, Xie X, Yu Q, Liu J. Relation Between Chest CT Findings and Clinical Conditions of Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Multicenter Study [published online ahead of print, 2020 Mar 3]. *AJR Am J Roentgenol.* 2020;1–6. doi:10.2214/AJR.20.22976
13. Colégio Brasileiro de Radiologia e Imagem por Diagnóstico. Recomendações gerais de prevenção de infecção pelo COVID-19 para clínicas e serviços hospitalares de diagnóstico por imagem [Internet]. 2020. Ai T, Yang Z, Hou H, et al. Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases [published online ahead of print, 2020 Feb 26]. *Radiology.* 2020;200642. doi:10.1148/radiol.20200642.
14. Bai HX, Hsieh B, Xiong Z, et al. Performance of radiologists in differentiating COVID-19 from viral pneumonia on chest CT [published online ahead of print, 2020 Mar 10]. *Radiology.* 2020;200823. doi:10.1148/radiol.20200823
15. Pan F, Ye T, Sun P, et al. Time Course of Lung Changes on Chest CT During Recovery From 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Pneumonia [published online ahead of print, 2020 Feb 13]. *Radiology.* 2020;200370. doi:10.1148/radiol.20200370
16. Shi H, Han X, Jiang N, et al. Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(4):425–434. doi:10.1016/S1473-3099(20)30086-4
17. Xie X, Zhong Z, Zhao W, Zheng C, Wang F, Liu J. Chest CT for Typical 2019-nCoV Pneumonia: Relationship to Negative RT-PCR Testing [published online ahead of print, 2020 Feb 12]. *Radiology.* 2020;200343. doi:10.1148/radiol.2020200343
18. COVID-19: How many Healthcare workers are infected? The Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM). <https://www.cebm.net/covid-19/how-many-healthcare-workers-are-infected/>.
19. Virus Knocks Thousands of Health Workers Out of Action in Europe. *The New York Times.* <https://www.nytimes.com/2020/03/24/world/europe/coronavirus-europe-covid-19.html>
20. Pan A, Liu L, Wang C, et al. Association of Public Health Interventions With the Epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China [published online ahead of print, 2020 Apr 10]. *JAMA.* 2020;e206130. doi:10.1001/jama.2020.6130
21. Colégio Brasileiro de Radiologia e Imagem por Diagnóstico. Recomendações de uso de métodos de imagem para pacientes suspeitos de infecção pelo COVID-19. https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Recomendacoes-de-uso-de-metodos-de-imagem-para-pacientes-suspeitos-de-infeccao-pelo-COVID19_v3.pdf
22. Revel MP, Parkar AP, Prosch H et al. COVID-19 patients and the radiology department – advice from the European Society of Radiology (ESR) and the European Society of Thoracic Imaging (ESTI). *Eur Radiol.* 2020, 20: 1–7. doi: 10.1007/s00330-020-06865-y.
23. Carfi A., Bernabei R, Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA.* 2020 Aug 11;324(6):603–605. doi:10.1001/jama.2020.12603.
24. Spagnolo P., Balestro E., Aliberti S., Cocconcelli E., Biondini D., Casa G.D. et al. Pulmonary fibrosis secondary to COVID-19: a call to arms? *Lancet Respir Med.* 2020 Aug;8(8):750–752. doi:10.1016/S2213-2600(20)30222-8.
25. Tale S., Ghosh S., Meitei S.P., Kollu M., Garbhapu A.K., Pudi S. Post-COVID-19 pneumonia pulmonary fibrosis. *QJM.* 2020 Nov 1;113(11):837–838. doi: 10.1093/qjmed/hcaa255
26. Araujo-Filho, J.A.B., Sawamura M.V.Y., Teixeira F.B., Apanavicius A., Costa, A.N. Temporal evolution of tomographic findings of pulmonary infection in COVID-19. [einstein] (S.P). 2020;18:e-CE5974 http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020CE5974
27. Han X, Fan Y, Alwalid O, Li N, Jia X, Yan M et al. Six-month Follow-up Chest CT Findings after Severe COVID-19 Pneumonia. *Radiology* 2021; 299:E177–E186. <https://doi.org/10.1148/radiol.2021203153>
28. Ojo AS, Balogun SA, Williams OT, Ojo OS. Pulmonary Fibrosis in COVID-19 Survivors: Predictive Factors and Risk Reduction Strategies. *Pulm Med.* 2020 Aug 10;2020:6175964. doi:10.1155/2020/6175964.
29. Ojo AS, Balogun SA, Williams OT, Ojo OS. Pulmonary Fibrosis in COVID-19 Survivors: Predictive Factors and Risk Reduction Strategies. *Pulm Med.* 2020 Aug 10;2020:6175964. doi:10.1155/2020/6175964





Importância da nutrição na promoção da saúde através da imunidade e seu impacto para a COVID-19

Antonio Alves do Couto*

RESUMO

Diante da sindemia de COVID-19 é mister ter uma imunidade fortalecida. Para tal, há pilares além da vacina e remédios, como a nutrição adequada, hidratação, sono reparador, atividade física, controle do estresse e da microbiota intestinal, quantidades adequadas de Vitamina D, magnésio, Vitamina K2, zinco, ômega 3 etc. O zinco, por exemplo, inativa a RNA polimerase que permite a replicação viral. Da expectativa armada combinada teremos a eficácia contra a COVID-19. Retratam-se, também, os fundamentos bioquímicos do sistema imune.

PALAVRAS-CHAVE:

Nutrição. Vacinas. COVID-19. Imunidade.

ABSTRACT

In the sindemia of COVID-19 that we face nowadays it is fundamental to have a particularly good immunity. To reach such a target we need to pay attention to nutrition, hydration, good sleep, physical activity, and control of stress and intestinal microbiota, besides the vaccines or drugs. It is also important to have good levels of D vitamin, K2, Mg, Zn, omega 3, among others. Zn, for example, inhibits RNA polymerase which permits viral replication. From this big combination surely, we'll have the best immunity for protection against COVID-19. The author describes the biochemical mechanisms involved in the immunity.

KEYWORDS:

Nutrition. Vaccines. COVID-19. Immunity.

DISCUSSÃO

Os médicos se formam pensando no diagnóstico e na formulação de uma receita que inclui geralmente medicamentos. Estes, por sua vez, são de grande utilidade, sobretudo aqueles com evidência IA (11% dos fármacos da Cardiologia e 30% da Ginecologia – no JAMA 2020), porque mudam a história natural das doenças cardiovasculares. Realçamos que muitos fármacos são usados sem plena comprovação científica. Para serem patenteados necessitam não existirem na natureza. Como exemplo, podemos citar, na Insuficiência Cardíaca e no Diabetes Mellitus tipo II, o impacto provocado recentemente em estudos como o PARADIGM⁽¹⁾, DECLARE⁽²⁾, DAPA HF⁽³⁾, DAPA CKD⁽⁴⁾ e EMPAREG⁽⁵⁾, pelo uso do Sacubitril-Valsartana e das Glifozinas. Também podemos realçar recentemente o impacto da Rivaroxabana em baixas doses, na doença arterial coronária ou periférica, conforme demonstrado no estudo COMPASS⁽⁶⁾.

Devemos, entretanto, chamar a atenção para a receita divina, isto é, a importância da nutrição natural que pode permitir, em conjunto com os fármacos, que a pessoa “envelheça jovem, esquecendo de morrer”. Nas últimas décadas, tem-se observado na população brasileira maior consumo de alimentos processados com alta densidade calórica e pobres em nutrientes

essenciais, em substituição ao consumo alimentar mais nutritivo como as frutas (não os sucos – estes não têm a proteção da fibra, e a frutose é inflamatória), e as verduras. A consequência será a disbiose intestinal e fraca imunidade geral.

Devemos conjugar todos os conhecimentos para promover a saúde e, em particular na abordagem da COVID-19, pandemia-sindemia (COVID-19 mais síndrome metabólica) que matou, em um ano, um milhão de pessoas pela ação SARS-CoV-2. O corona vírus tipo L é mais agressivo do que o tipo S, mas a Hipertensão Arterial Sistêmica leva a morte, em um ano, 10 milhões de pessoas no mundo, e a gripe espanhola H1N1 exterminou 50 milhões de pessoas, na segunda década do século XX.

No caso dessa pandemia que estamos vivendo, sonhamos com vacina muito eficaz em conferir imunidade para reduzir ou abolir a morbimortalidade deste vírus e de seus mutantes, cada vez mais agressivos e ferozes (maior capacidade de replicar, inflamar e trombosar em dez dias e com rabdomiólise). Destacamos o fato de que as cepas mutantes visam o fígado, pâncreas e rim na sua agressão, causando confusão, como se o causador pudesse ser o uso prévio da Ivermectina. Porém, este fármaco não é hepatotóxico (reduz, em alguns trabalhos, o

* Professor Titular Cardiologia – Faculdade de Medicina – Universidade Federal Fluminense (UFF). Endereço para correspondência: Rua Visconde de Pirajá, 608 - Ipanema, Rio de Janeiro – RJ. CEP: 22410-002. E-mail: prof.couto@globo.com



risco de adquirir COVID de 70%, com $p < 0,05$). Estudo brasileiro recente, com biopsia em ratos, não demonstrou qualquer zero por cento de agressão hepática, e é um medicamento não cumulativo. No momento as cepas mutantes se responsabilizam por mais de 80% da doença.

Voltando à promoção de saúde, é necessário se reconhecer que a imunidade geral pode ser alcançada através de nutrição adequada. Assim, consideraremos vários aspectos que fortalecem ou rebaixam a imunidade.

Começamos pela **Vitamina D**, que é um hormônio com mais de 80 funções. É o carro chefe de nossa imunidade. Estudo realizado na Indonésia com 780 pacientes com COVID-19 e níveis sanguíneos de Vitamina D3 perto de 17ng/ml, mostrou 100% de mortalidade, e aqueles próximos a 35ng/dl quase não evoluíram para o óbito. No Brasil se considera nível normal acima de 30, porém países do primeiro mundo consideram os valores acima de 50. São vários os benefícios da Vitamina D3, que além de 70ng/ml é grande inimigo do câncer.

Este hormônio D3 está envolvido na proliferação celular, resposta imunológica e ação insulínica. Infelizmente, 1/3 da população mundial tem níveis abaixo de 20ng/ml, e o Brasil segue a tendência mundial, mesmo sendo um país ensolarado.

No estudo VITAL publicado na revista “New England” em 2019, demonstrou-se que a correção dos níveis reduzidos se associa a menor mortalidade global, menor calcificação coronária e menos aterosclerose⁽⁶⁾.

O próprio projeto GENOMA já vislumbrara que este hormônio é grande regulador da imunidade. Há inúmeras viroses e infecções causadas pela deficiência de Vitamina D, bem como doenças auto-imunes. Atualmente é utilizada no autismo, esclerose múltipla, depressão, Alzheimer, psoríase, LES, pois linfócitos e macrófagos são ricos em receptores para Vit. D. A proteção só é perdida se o cortisol estiver aumentado (estresse), já que este leva a resistência à Vit. D. Ela interfere nos genes (epigenética). Sua redução também pode causar HAS resistente. Controla 2.330 genes dos 23.330 do código genético. Aliada ao Zinco (rico nas castanhas) e Vit. A, demonstra-se que a Vit. D rompe o capsídeo viral facilitando a fagocitose, combatendo inflamação agindo em “toll like receptor2”. A cloroquina, que é um ionóforo, também age no receptor viral do Zinco que entra e inibe RNA polimerase impedindo replicação viral. Bloqueia apoptose por inibir BCLX, reduzindo também expressão de E caderinas, evitando a disbiose intestinal e metástases por reduzir frouxidão celular intestinal. A coenzima Q10 melhora o super cansaço da COVID.

Podemos produzir Vit. D com o sol entre 10h e 14h (10.000 U Vit. D ou 0,21mg), principalmente ao meio-dia (15 minutos são suficientes, sem o uso do protetor solar, desde que alcance 80% do corpo). Porém, quase 100% da população brasileira tem deficiência desta “Vitamina”. Realçamos que negros têm mais deficiência do que não negros (razão da maior gravidade da COVID-19 nos afrodescendentes). É de bom alvitre a administração de 10.000 U dia para se atingir o nível ideal. Não há descrição de hipervitaminose D na literatura, que só ocorreria com níveis acima de 220ng/ml. É muito comum, além da baixa

imunidade decorrente de Vit. D reduzida, ocorrer a osteomalácia (dores ósseas em adultos), e em crianças, nas formas graves, o raquitismo. Esta “vitamina” também impede o retorno do cálcio do osso para o sangue, aumentando densidade óssea.

Sabemos hoje que várias doenças necessitam de altas doses de Vit. D, como Autismo, Esclerose Múltipla, Câncer (redução de até 80%), dentre outras. Promove grande sensação de bem-estar, reduz a HAS, osteoporose, doença cardiovascular e tensão pré-menstrual. Niels Ryberg Finsen ganhou Prêmio Nobel em 1903 ao demonstrar que a luz solar evita inúmeras doenças.

A Vit. D também aumenta o telômero e a longevidade pelo aumento da telomerase (antienvelhecimento). Quando o telômero encurta, ativa p53, levando a apoptose (suicídio celular)⁽⁷⁾.

Outra vitamina muito importante para a imunidade é a **Vitamina K2** (após os 50 anos quase todos têm deficiência). Considerada a vitamina da beleza, também retira o cálcio da parede vascular e o leva para o osso, conduzida pelo **Magnésio** e fixada pela **Vitamina D3** e colágeno. Foi descoberta por um dentista de Cleveland (Dr. Price), que a descreveu como Fator X, e valeu-lhe o Prêmio Nobel em 1941. Em suas viagens verificou que povos de algumas culturas envelheciam com dentes fortes e sem rugas, e ossos também sem osteoporose. Só em 2007 foi identificado que este fator lipossolúvel é a Vitamina K2 muito parecida com o Q10.

Sua ingestão alimentar se associa com redução do risco de doença coronária -ROTTERDAM STUDY⁽⁸⁾ e Vit. K – CAC TRIAL⁽⁹⁾. Portanto, é uma vitamina importante no continuum cardiovascular e postergação do envelhecimento. A Vit. K2 ou MK7 ativa GLA (que retira cálcio dos tecidos) e osteocalcina, que leva o cálcio para o osso. Também inibe crescimento e invasão celular pela ativação da proteína Kinase A. Há evidências de benefícios no tratamento de vários tipos de câncer: pulmão, hepatocelular, pâncreas e próstata⁽¹⁰⁾.

Nenhuma vitamina é produzida em nosso organismo, por isso a deficiência tem que ser restaurada a partir do que a natureza produz (a receita divina). Esta deficiência ocorre mais em idosos, renais crônicos e diabéticos.

O **Magnésio** é um mineral que participa de mais de 400 reações químicas no organismo e, como nosso país não é vulcânico, todos temos deficiência (a dosagem correta não deveria ser no sangue, porém eritrocitária). É um dos responsáveis por nossa imunidade, razão pela qual devemos considerar este mineral se quisermos nos preparar para qualquer infecção, como a da COVID-19, bem como proteger o intestino cuja flora é responsável por 80% da imunidade. O Magnésio é central nas reações químicas essenciais, como as do ciclo de Krebs e fotossíntese, sendo ricamente encontrado nas castanhas, nozes, abacate e maçã. Sua deficiência e/ou de Vit. D leva a hipertensão arterial, arritmias, diabetes tipo 2 e imunodeficiência⁽¹¹⁾.

Um pilar da inflamação, indutora de doenças degenerativas, câncer e oxidação de LDL (aterogênese), é a substância NFKAPABETA, que merece ser inibida para melhora de osteoporose, câncer e tempestade inflamatória. Isto ocorre com o uso de cúrcuma e do ácido alfa lipóico encontrado no espi-





nafre, chá verde e sob a forma de suplemento. Este ácido é potente antioxidante, que também fortalece a imunidade. Entre os alimentos, o cacau é o mais potente anti-inflamatório e grande modulador da imunidade, por ter riqueza de polifenóis e, com comprovação científica, previne várias doenças como HAS e câncer. Tem rico conteúdo de betacaroteno, Vitaminas B1, B3, E, C, Cálcio, Zinco, Selênio, Cobre, Manganês, Magnésio e Ferro, além de Alanina, Leucina, Lisina, Arginina e Triptofano.

Estudos não definitivos e controversos, discutem o papel do **Zinco** no tratamento da COVID-19. Algumas pesquisas recomendam sua suplementação porque é peça fundamental para o sistema imunológico. Auxilia na atividade e multiplicação dos linfócitos combatendo inflamação e radicais livres. Admite-se que o Zinco iniba a polimerase do RNA da SARS-CoV-2, reduzindo a atividade do receptor ECA2. Como consequência o vírus terá um obstáculo para sua infecção.

É encontrado na alimentação que inclui cogumelos, lentilha, espinafre, legumes e nozes. Apesar disso, 17% da população mundial é deficiente. Estudo recente de HARVARD aponta que a falta de zinco leva a diminuição da resistência global contra infecções, particularmente no idoso. Neste estudo houve redução do número de casos de pneumonia e mortalidade geral com os níveis de Zinco corrigidos. Sua deficiência reduz a testosterona (hipogonadismo) e provoca degeneração macular⁽¹²⁾.

Suplementação exagerada e/ou desnecessária reduz o Cobre no organismo.

Saliente-se que pacientes mais graves com COVID-19 possuem níveis baixos de Zinco. Os que têm níveis mais baixos têm mortalidade de 21%, enquanto os com níveis normais ela é de 5%⁽¹²⁾.

O **cacau**, conforme comentado, contém três substâncias protetoras essenciais: teobromina, polifenóis e flavonoides. A teobromina age por modulação do linfócito, melhorando a relação CD4/CD8 com efeito favorável na imunidade. Os polifenóis combatem os radicais livres aumentando óxido nítrico, e os flavonoides agem em receptores intestinais SGLT1, reduzindo absorção de glicose. Contém também procianidinas que alteram fluxo sanguíneo para as células cancerosas promovendo a morte delas, bem como as poliaminas que inibem crescimento das células cancerosas. O cacau tem o mesmo efeito da EPA, diminuindo inflamação no terreno biológico que propicia o câncer (efeito epigenético). Os chocolates serão mais ou menos benéficos dependendo da quantidade de cacau. Ocupam papel central na imunidade⁽¹³⁾.

A **microbiota intestinal** quando está alterada, é ponto de partida de doenças como o Câncer e Alzheimer⁽¹³⁾. Os principais causadores desta disbiose intestinal são os açúcares, adoçantes (exceto stevia), carboidratos, glúten, caseína, lactose, frutose, inibidores de bomba e similares, óleos hidrogenados (exceto óleo de coco), refrigerantes, além de alimentos processados e hidrogenados, ricos em gordura trans, perniciosos à saúde. Hoje reconhecemos a importância dos probióticos no restabelecimento da imunidade, através de oferecimento ao tubo digestivo das bactérias do “bem”. O alho, pepino e me-

lancia, por exemplo, tem efeito antiplaquetário e estimulam NK do sistema imune particularmente combinado com óleo de coco. Há indol 3 carbinol nas crucíferas que evitam câncer de mama (repolho, brócolis, espinafre). O vinho tinto tem resveratrol que também é altamente benéfico, bem como a coerctina da cebola. Aliás na uva, no vinho e na banana, encontramos o ácido tânico que inativa duas enzimas fundamentais para o coronavírus se replicar e espalhar no organismo.

Após os 40 anos de idade é muito comum a menor produção de ácido clorídrico pelo estômago (gastrite atrófica). Como consequência, alimentos não totalmente digeridos, ao chegarem no intestino provocarão **disbiose** intestinal com sérias consequências, como a redução da imunidade. As ondas eletromagnéticas também perturbam a imunidade diminuindo células “NK”, favorecendo o câncer, principalmente cerebral. Além disso, agem nas linfocinas de modo deletério – provocam alergia, enxaqueca e interferem na melatonina e no sono REM (a fase saudável do sono), gerando cansaço e fadiga.

Ainda na natureza encontramos potentes anti-inflamatórios como a cúrcuma, quinoa, gengibre, chia, aipim, romã e limão. A cúrcuma ou açafrão, por exemplo, age na proteína intracelular M-TOR inibindo-a e reduzindo a promoção e propagação do câncer.

A microbiota intestinal saudável, decorrente de uma boa alimentação justifica que, em certos locais, viva-se mais, devido a menor prevalência de câncer e de demência.

Evidentemente, a epigenética é a principal responsável por desvios para o bem ou para o mal de nossa genética. Somos 10% genética e 90% epigenética (por exemplo, a Vit. D controla 10% dos 23.300 genes do código genético).

Quando se fala em imunidade e rejuvenescimento, nos reportamos também ao jejum prolongado ou dieta cetogênica e à coenzima Q10 (bioquimicamente próxima da Vit. K2). Nesta condição a célula trabalha mais com ácidos graxos e cetona. Há inibição de M-TOR e autofagia de organelas como mitocôndria e lisossomas. Com esta nova maquinaria celular teremos inúmeros benefícios como, por exemplo, a **imunidade** (efeito jejum “like” ocorre com as gliofozinas, como a dapaglifozina).

Voltando à COVID-19, além da vacina precisamos considerar vários pilares da imunidade como os nutrientes citados, atividade física, noites de sono reparadoras, combate ao estresse (níveis de cortisol plasmático) e boa hidratação (6 a 8 copos d’água por dia).

O vírus da COVID-19 também tem afinidade por receptores de testosterona, podendo haver grande benefício, particularmente em homens calvos, o bloqueio hormonal (ex. finasterida), ou em mulheres com ovário policístico ou na menopausa. Há facilitação de entrada do vírus pelo receptor, decorrente do aumento da di-hidrotestosterona. Esta medida reduz a mortalidade em até 92%.

Realçamos que para enfrentar a COVID-19 precisamos de um arsenal adequado que inclui o uso de máscaras (em um espirro se elimina 3.000 vírus), distanciamento social, higienização das mãos, calçados fora da casa e das vacinas. Embora os “Lockdowns” sejam importantes, os prolongados aumentaram



transmissão e mortalidade em 85% dos países em que foi feita.

Outras medidas fazem parte da receita de Deus – a **naturaleza** (nutrição), o combate imune inespecífico e o preparo do profissional de saúde para atuação nas comorbidades. Muitos caminhos levam a Roma, por isso todo esse conjunto de informações permite, ao ser assimilado, um resultado mais eficaz e efetivo.

Há medicamentos para tratamento da COVID-19 que são baratos, como a Ivermectina, e caros como o Redesimivir (200 dólares), e há fármacos que não funcionam na fase 3 (fase da intubação) como a cloroquina. Aliás, este medicamento não previne infecção por SARS-CoV-2, ou forma sintomática, em pessoas saudáveis expostas a alguém com PCR-positivo⁽¹⁴⁾. Estudos brasileiros, com milhares de pacientes, demonstram a segurança do medicamento que, inclusive, fez parte de recomendação pelo MS contra a chicungunha.

Estudo recente demonstrou que o uso de Redesimivir, hidroxicloroquina, lopinavir e interferon em pacientes hospitalizados com COVID-19 tiveram pouco ou nenhum efeito na mortalidade geral, início de ventilação e duração da internação⁽¹⁴⁾. Em 16 de junho de 2021 foi publicada, no New England Journal of Medicine uma pesquisa com Tofacitinibe - usado inicialmente para artrite reumatoide - para tratar a pneumonia causada por COVID-19, pois impede a tempestade inflamatória que ocorre pela resposta do sistema imunológico ao SARS-CoV-2. O estudo se chama Stop-Covid⁽¹⁴⁾, sendo o primeiro no mundo a investigar o impacto medicamentoso contra a enfermidade, seguindo o modelo de pesquisa randomizado duplo-cego. Incluiu 289 pacientes adultos internados. Foi realizado em parceria com a Pfizer e se concluiu que houve redução do risco de morte nesses pacientes com insuficiência respiratória severa. A mortalidade foi de 2,8% no grupo do fármaco, e 5,5% no grupo controle (OR de 0.63, IC 0.41 a 0.97, IP= 0.04). É algo a mais no vislumbre terapêutico⁽¹⁴⁾.

Este medicamento é um inibidor seletivo da janus kinase (JAK) um e três. Tem seletividade pela JACK-2, bloqueando a transdução intracelular. Assim, não há resposta da célula porque suprime a liberação de citoquinas. Também modula a ação do interferon e interleucina-6, decorrentes do “T helper”. Age, portanto, em pontos críticos da cascata inflamatória. Enfatizamos que a cortisona deve ser usada em todas as fases da doença.

A cloroquina foi usada desde os Incas, em 1495, como fonte de quinino para tratar infecções como as viroses da região amazônica. A hidroxicloroquina é muito menos tóxica, com propriedades antioxidantes, anticoagulante e antiviral. Ambas agem alcalinizando o endossomo que era ácido e mantenedor do vírus. Passando a alcalino torna-se desfavorável à ativação viral por protonização da histidina, além da propriedade ionófora do Zinco.

Não há trabalhos que demonstrem que o medicamento piore a COVID-19, porém, não parece haver melhora, pelo menos nas fases adiantadas. Estes fármacos têm efeitos benéficos possíveis no prognóstico de COVID-19. Entretanto, raramente pode ter efeito cardiovascular (aumento do QT) e ocular adverso.

Pesquisas mais recentes mostram que não reduzem mortes por COVID-19, e provavelmente não reduzem o número de pessoas que precisam de ventilação mecânica. Ainda não há palavra final, embora a recomendação seja não conduzir mais estudos. No estudo brasileiro publicado na revista NATURE, nas 22 mortes na Amazônia com o uso da cloroquina, o que sugeriu sua inviabilidade, em verdade usou-se dose letal de 10g deste fármaco, quando se usa, em geral, 1g, variando de acordo com os protocolos.

O grupo sanguíneo ABO também tem relação com a imunidade, e nele não podemos interferir. Publicação do New England Journal of Medicine aponta que o tipo A tem risco aumentado de 45% se tiver contato com o vírus da COVID-19. Já o tipo O, tem redução de 35% do risco de contaminação relacionado ao gene 3p21 e 31, mais cinco genes como o SL-C6A20.

O próprio Hipócrates valorizava o grupo sanguíneo ao dizer que o tipo de sangue faz as pessoas diferentes, o que é valorizado no Japão. Tipo A, pessoas conservadoras, que se beneficiam de carne vermelha na alimentação; já o tipo B com pessoas impulsivas, o AB de pessoas organizadas e o tipo O com pessoas de liderança e ambiciosas.

A perspectiva futura é a utilização da biofísica quântica para matar vírus, bactérias e fungos. Baseia-se no fato de que já se conhecem as frequências de ondas emitidas por tais microrganismos. Utilizando-se um diapasão na mesma frequência poderemos “explodir” o agente viral como se quebra, por exemplo, um copo de cristal.

Estudos mais recentes apontam proteção vacinal contra COVID-19 sintomática, infecção por SARS-COV-2 assintomático e na doença severa e crítica, incluindo hospitalização e morte (ENSEMBLE TRIAL)^(13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20).

Assim dizia Hipócrates: “faz do teu alimento o teu remédio”. Urge fortalecer nosso sistema imunológico!! Porque podemos até ir mais longe, ao perceber que nossa saúde e imunidade dependem em muito “do alimento que nosso alimento comeu”. Devemos preferir alimento orgânico, integral e não transgênico. A propósito, todo nosso milho é transgênico.

Ainda não conhecemos bem esta síndrome da COVID-19 e não sabemos o porvir das vacinas feitas a partir de fragmentos de RNA. O fato é que a IgG, voltando aos níveis pré-imunização, permitem a reinfeção que pode ocorrer já em três meses. A sua administração antes dos 19 anos de idade (Moderna e Pfizer) culminou nos últimos dias em muitos casos de miocardite/miocardiopatia, com menos de 1% de mortalidade. Portanto, para esta faixa etária as vacinas não devem ser do tipo nRNA, mas já há três aprovadas para adultos jovens⁽²¹⁾.

Outras medidas merecem estudos aprofundados, como a inibição da RNA polimerase, com morte do vírus promovida pelo Zinco. Mas a Ivermectina tem eficácia preventiva e poucos efeitos adversos^(22, 23, 24, 25). Estão em andamento estudos de fase 2 em diante (Oxford University – trata-se do PRINCIPLE TRIAL⁽²⁶⁾). Existem 60 estudos com Ivermectina em 18.931 pacientes com 71% de melhora (IC-62-77%)^(27, 28, 29). Tais fármacos não têm mais patente.

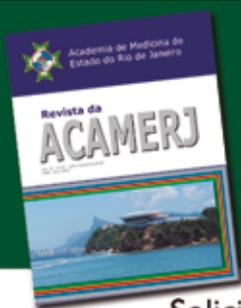




O fundamental é democratizar o conhecimento. Quem não lê muito é propenso a dizer que “não é científico”. Importante é a saúde. Não é TUDO, porém TUDO sem ela é NADA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McMurray, JJ; Von Packer, M; Desai, AS et al. Angiotensin -Nepriylsin – Inhibition Versus Enalapril In Heart Failure. *New Engl. J. Med.*, 2014; 371: 993-1004.
2. Wiviott, SD; Raz, I; Bonaca, MP et al. Declare-Timi 58 Investigators. Dapaglifozin And Cardiovascular Outcomes In Type 2 Diabetes. *New Engl. J. Med.*, 2019; 380: 347-57.
3. McMurray, JJV; Scott, D S; Inzuchi, SE et al. Dapaglifozin In Patients With Heart Failure And Reduced Ejection Fraction. *New Engl. J. Med.*, 2019; 381: 1995-2008.
4. Heerspink, E. Dapaglifozin In Patients With Chronic Kidney Disease. *New Engl. J. Med.*, 2020; 383 (13): 1436-1446.
5. Zinman, B. Empaglifozin, Cardiovascular Outcomes, And Mortality In Type 2 Diabetes. *The New Engl. J. Med.*, 2015; 373(22): 2117-28.
6. Manson, JE. Vital Trial – Vitamin D And Ômega-3 Trial. *New Engl. J. Med.*, 2019; 380: 33-44.
7. Zarei, M. The Relationship Between Vitamin D And Telomere/Telomerase. *Frailty Aging*, 2021.
8. Gelejnje, J; Vermeer, C; Grobee, DE et al. Rotterdam Study Dietary Intake Of Menaquinona. *J. Nutr.* 2004; 134: 3100-3105.
9. Vossen, LM. Vitack-Cac Trial. Menaquinona-7 Supplementation. *Nutrients* 2015; 7-8, 905-915.
10. Kurnatows, I; Gzelak, P; Masajtis, A et al. Effect Vitamin K2 On Progression Of Atherosclerosis And Vascular Calcification In Non-Dialyzed Patients With Chronic Kidney Disease Stages 3-5. *Pol. Arch. Med.*, 2015; 125(9): 631-640.
11. Haaland, G. Warfarin Linked To Lower Rate Of Cancer, Particularly For Atrial Fibrillation, <https://Cardiac Rhythm News. Com 2018. Jama>.
12. Sethuram, R, Bai, D & Abu-Soud, HM. Potential Role Of Zinc In The Covid-19. *Sci (2021) https://Doi.Org/10. 1007. https://Brasil.Elpais.Com 2021.*
13. Belkaid, Y; Hand, TW, (2014). Role Of The Microbiota In Immunity And Inflammation. *Cell* 157(1), 121-141. Doi 10. 1016/J.Cell.2014.03.011,
14. Mitja, O; Monné, MC; Ubals, M et al. A Cluster Randomized Trial Of Hydroxychloroquine For Prevention Of Covid-19. *New Engl. J. Med.* 2021; 384: 417-427.
15. Ellinghaus (2020). Genome Wide Association Study Of Severe Covid-19 With Respiratory Failure. *The New England Journal Of Medicine*. Doi 8, 10.1056/Nejm Moa 2020283.
16. Lucas, C; Klein, J; F Wasok et al. Delayed Production Of Anti-Bodies. *Nature*, 2021; 25:1740.
17. Who Solidarium Trial Consortium. Repurposed Antiviral Drugs For Covid-19. *N. Engl. J. Med.*, 2021; 384: 497-511.
18. Saleh, J; Edeas, M. Mitochondria And Microbiota Dysfunction In Covid-19 Pathogenesis. *Mitochondrion*, 2020; 54: 1-7.
19. Quantum Mechanics Applied To Atoms And Light. *Phw Courtelle. Www.Ifsc.Usp.Br*, 2021
20. Mehra, MR; Desai, SS; Kuschilska, F; Patel, AN. Hydroxychloroquine And Covid-19. *Lancet*, 2020; 6736(20): 311180-6.
21. Mont Gomery, J; Ryan, M; Engler, M et al. Myocarditis Following Immunization With Mrna Covid-19 Vaccines. *Jama Cardiology*, 30jun2021.Jamanetwork.Com/Journals/Jamac@Jamacardio.
22. The Effect Of Early Treatment With Ivermectin In Patients With Covid-19. Doi: <https://Doi.Org/10.1016. Eclim.2020.100720>. Research Paper 32, 100720, 2021.
23. Whocovid-19 <https://Www.Who, Int./Publications/M/Item/Weekly-Epidemiological Update>, 2020.
24. Rubin, R. Difficult To Determine Immunity Threshold For Covid-19. *Jama*, 2020; 324:732.
25. Fontanet, A. Cauchemess. Covid-19 Herd Immunity: Where Are We? *Nat. Rev. Immunol.* 2020; 20:583-584.
26. *Clinical Trials Arena.Com* 2021.
27. Abd-Elsalam. *Journal Medical Virology*. Doi: 10.1002/ Jmv.27122. Ivermectin In Covid-19.
28. Altman, D; BMJ, Doi:10-1136/ Bmj. D 2304. Ivermectin And Covid-19.
29. Ivermectin For Covid-19: Real Time Meta-Analysis Of 60 Studies. *Covid Analyses*, Nv 6, 2020 (V94, Jul 2, 2021).



Atenção!

Solicitamos aos confrades, confreiras 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.





Cristianismo e estoicismo uma receita para os tempos atuais

Raimundo N. Damasceno*



Uma boa receita comportamental para esses dias de perplexidade e confusão generalizada é combinar a filosofia prática do estoicismo com os ensinamentos cristãos que nos foram legados. É oportuno fazermos um mergulho breve nessas duas correntes de pensamento.

O cristianismo começa fincado em raízes do judaísmo. Jesus era o que se chamava, na época em que viveu, um “rabino itinerante” em contraposição aos rabinos do “establishment”, vale dizer, aqueles que faziam parte da hierarquia, os mandachuvas do poder. Nessa condição, ele formou um grupo de seguidores que foi se propagando tal e qual o Coronavírus. Suas idéias não foram sistematizadas em escritas, na época em que viveu.

Coube aos seus seguidores dar uma sistematização e tentar consolidar o que viria a ser aceito como doutrina cristã. Em outras palavras, separar o joio do trigo, o que é verdade do que é heresia. Porém não foi, e não tem sido, fácil estabelecer como sendo a verdade transmitida pelo Espírito Santo. A Igreja Católica vale-se do mecanismo dogmático, definido pelo Papa, ou consensualmente aceito em concílios de todos os bispos reunidos com este propósito.

Não é objetivo deste texto discutir esses assuntos doutrinários e sim ver como a doutrina cristã se formou devido à contribuição de diversas correntes filosóficas e como isso nos pode ajudar a lidar com o nosso dia-a-dia.

Começemos pelo judaísmo. É fato que ele é uma das bases do cristianismo. Jesus era judeu, bem como o apóstolo Paulo, primeiro grande missionário, divulgador e arregimentador de novos seguidores, que não chegou a conhecer o Mestre. Não fosse Paulo, o cristianismo não teria se consolidado e medrado. Talvez tivesse ficado como um nicho religioso localizado. Talvez! Quem sabe?

A Igreja compartilha com o judaísmo a aceitação do Velho Testamento das Sagradas Escrituras e aceita como verdadeiras as ideias salutares ali trazidas. As diferenças estão na interpretação e na não aceitação de determinados livros, pois, para os judeus, só fazem parte da Bíblia os livros originalmente em hebraico e aramaico, sendo recusados os escritos em grego como primeira língua, por decisão de uma “cúpula” de rabinos “ad hoc” convocada no final do Século I d.C.. Isso mostra que o Velho Testamento, tal como o conhecemos, foi o resultado de uma decisão entre homens. Assim é que o cânon católico contém 46 livros e no judaico, adotado pelos evangélicos, estão ausentes, dentre outros, os livros de Tobias, Judite, Macabeus I e II, Eclesiástico.

No início do cristianismo as pregações eram feitas nas sinagogas, este não dispunha de templos e ainda não havia uma distinção nítida se o que os apóstolos pregavam era uma forma ou interpretação do judaísmo. Devia ser nelas que o apóstolo Paulo mais pregava. Ele, pessoa culta e com cidadania romana,

chegou a falar em locais de outros grupos filosóficos e crenças, muitos deles compostos por notáveis do estoicismo.

Um filósofo que influenciou muito o cristianismo foi Platão. Ele dizia que o “corpo era o túmulo da alma”. Santo Agostinho, um dos pais do cristianismo, que vivenciou a queda do Império Romano, era um platonista e cristianizou a filosofia de Platão.

O cristianismo absorveu fragmentos, principalmente em seu início, de várias correntes filosóficas vigentes, sobretudo gregas. Algumas delas, posteriormente, foram consideradas heréticas e rejeitadas como, por exemplo, o maniqueísmo, duramente combatido por Santo Agostinho; ao passo que outras foram absorvidas e incorporadas ao cristianismo. É conhecida a influência de Platão no pensamento agostiniano; e de Aristóteles, no de Santo Tomás de Aquino.

Uma das correntes que mais influenciou na formação da Igreja foi o estoicismo, corrente filosófica muito popular na Grécia e em Roma no período de 250 a.C. a 180 d.C. Esta doutrina, ou corrente filosófica, está dividida em três fases:

- Estoicismo Antigo (Stoá antigo). Período mais focado na doutrina ética. Os maiores representantes desse período foram Zênon de Cítion, Cleantes de Assos e Crísipo de Soli.

- Estoicismo Helenístico Romano (Stoá médio). Período mais eclético com destaque para os filósofos Panécio de Rodas, Posidônio de Apaméia e Cícero.

- Estoicismo Imperial Romano (Stoá novo), de cunho mais religioso, sendo seus principais e conhecidos representantes Epicteto, Sêneca e Marco Aurélio (121 a.C. 180 d.C.).

O estoicismo, por ser uma filosofia prática de vida, continua atual e pode nos ajudar a entender a vida e nos oferecer um modo de encará-la que, se não nos livra dos problemas do cotidiano, nos ensina a suportar e lidar com eles de tal maneira que não se tornem maiores do que nós. Descreveremos brevemente alguns dos fundamentos do estoicismo que nos auxiliam a lidar com as situações que nos são antepostas:

A - “Quanto mais você se importa com a situação e com as coisas, mais se torna escravo delas”. Os estóicos pregavam a Apatheia diante da vida (ausência de “pathos”, morbidez, patologia). Não se afetar com as próprias emoções, sejam estas de prazer, de angústia ou tristeza. A ideia é buscar um estado de não emoção ou de mínima emoção.

B - “Viva o presente”. Procure não antecipar os eventos e as preocupações decorrentes do mesmo. Não se importe com o que vai acontecer. Não absorva as notícias apocalípticas da mídia. Viva o momento de hoje, como se a vida tivesse um sentido de urgência. Há várias maneiras de se expressar esse pensamento como “não deixe para amanhã o que pode fazer hoje”; “memento mori”; “tempo é ouro”. Procrastinar nossas ações é uma fonte de estresse interior. Não pense em fazer algo que lhe interessa; faça!

* *Doutor em Química e Pós-doutor em Oceanografia Química - University of Miami; Pesquisador visitante da Texas A&M University; Diretor do Núcleo de Estudos em Gerenciamento de Água e Biomassa (NAB) - UFF; Benemérito da Acamerj.*



C – “Tenha amor às coisas como elas são”. A expectativa é um inimigo e um veneno para nós. Aprenda a coabitar consigo mesmo e não com problemas externos sobre o quais não pode exercer influência.

Como foi dito, “separar o que não depende de nós e focarmos naquilo em que podemos agir e interferir” é muito importante para nossa saúde física e mental. Atualmente, com essa mídia massacrante e as redes sociais, nossa vida pode ficar complicada e podemos nos enredar numa teia que só vai nos trazer angústia. Um bom exercício de bem viver é quando você escutar uma notícia, raciocinar logo: “Posso interferir nesse assunto? Não posso. Então vou deixar pra lá”.

D – “Não seja escravo dos desejos”. Não pautar suas ações no que não depende de você. Devemos ser os protagonistas das ações que dependem de nós. Nessa crise do Coronavírus, algumas ações não dependem de nós como, por exemplo, fechar ou abrir o comércio, comprar máscaras na China e outras medidas que fogem ao nosso alcance tomar.

E – “Devemos nos desapegar das coisas”. Elas não valem por elas mesmas mas o que pensamos que elas valem. Agindo assim, eliminamos muitas das nossas preocupações.

F – “A vida deve seguir a natureza”. Nisso o pensamento dos estoicos continua atualizado, e muito, num momento em que a natureza está sendo desrespeitada, no plano global e no plano individual. Muitas das doenças e epidemias vêm por desrespeito à natureza. Doenças são contraídas porque o homem violenta as leis naturais, ingerindo, por exemplo, esses pseudo alimentos na forma de refrigerantes, produtos industrializados e outros mais. Esse tipo de alimentação leva a doenças, que, por sua vez, levam a outras violações da natureza, como o uso de medicamentos onde, muitas vezes, os efeitos colaterais se sobrepõem aos benefícios. Assim ficamos escravos de uma cadeia opressora e cruel. Temos, em grande monta, o poder de nos livrarmos dela.

Viver de acordo com a natureza é ingerir alimentos saudáveis, movimentar o corpo, beber água o mais pura possível, nutrir a mente com pensamentos positivos, ter uma atitude generosa com o semelhante, evitar as notícias ruins. Para isso, reduza a um mínimo o tempo de televisão ou de ler jornal; procure ler bons livros. Resumindo, ter uma vida saudável é buscar uma perfeita harmonia entre o corpo e o espírito. No aspecto de separação entre o corpo e o espírito, há um distanciamento brutal entre a filosofia estoica e a de Platão para quem o corpo é o túmulo da alma. Essa filosofia dos idealistas adotada por Santo Agostinho, pode levar a que se descure da harmonia e dos cuidados com a parte física do ser humano. Basta ver o exemplo de São Francisco de Assis que se autoflagelava. Importante registrar que para outro filósofo da natureza, Spinoza, não existe transcendência no ser humano, inexistente “alma sem corpo”. Não faz parte desse texto o aprofundamento filosófico em qualquer corrente. O que pretendemos é abordar, um pouco, como uma filosofia pode ajudar a ter vida mais resiliente diante das vicissitudes ou da diversidade de situações enfrentadas.

Para os estoicos “as atitudes têm mais valor que as palavras, ou seja, o que é feito tem mais valor do que é dito”. Pe. Antônio Vieira, que viveu no Séc. XVII, dizia, em um de seus sermões: -“Palavra sem exemplo é como tiro sem bala”. Mais uma vez, este ensinamento deveria ser incorporado em nosso cotidiano. A surrada e hipócrita frase “faça o que digo e não o que faço” deve ser escoimada da vida de cada um de nós.

Como ensinavam os estoicos “devemos ser seletivos nas opções” ou, como se diz atualmente devemos ter foco nas coisas que nos são relevantes, procurando fazê-las bem feitas e ir até o final, nada deixando pela metade. Os jesuítas, que são muito práticos na educação, usam a expressão: “Devemos fazer gestos acabados” - querendo dizer com isso que se deve ir até fim com uma ação que se propõe a fazer. Deixar por fazer para retomar depois significa, no mínimo, perda de energia e desperdício de tempo.

A visão holística dos estoicos nos impressiona, considerando os dias atuais e a abordagem fragmentada que nos é ensinada, seja no meio ambiente, seja na saúde. As especialidades médicas têm aspectos positivos mas também criam muitas limitações. Para o estoico, somos um todo único e “nosso organismo é feito para a colaboração entre os pés, as mãos, as pálpebras”. Aplicando ao campo da saúde, nossos órgãos (fígado, coração, pulmão, ...) formam um todo e quem manobra é o cérebro, e quem os une, irriga e alimenta é o maravilhoso sistema circulatório.

Uma maneira de obtermos um comportamento dentro do que o estoicismo preconiza, baseado na ética e na sabedoria, é fazer o que recomendava Epíteto, da fase romana do estoicismo. Escolha uma pessoa que admira e sempre que for executar algo ou tomar uma decisão imagine que ela está presente naquele momento e se pergunte se aprovaria tal atitude. Os estoicos estavam mais preocupados em ensinar uma filosofia prática.

O estoicismo teve muitos seguidores e era muito popular em Roma no período do cristianismo nascente. O exemplo maior foi o imperador Marco Aurélio. Ele assumiu o poder aos trinta e nove anos, após ter tido uma sólida formação nesta corrente filosófica, com grandes mestres. Seu reinado foi um dos mais turbulentos de Roma. O império era vasto e havia muitas rebeliões. Basta dizer que ele, durante os vinte anos em que foi o todo poderoso imperador, esteve viajando pelas províncias, combatendo as revoltas, para o Império não se fragmentar.

Tempos difíceis eram aqueles para o imperador Marco Aurélio. Sua formação e prática estoica ajudou a enfrentar as turbulências e a organizar uma coletânea dos textos filosóficos que seguia, reunidos sob o nome atual de MEDITAÇÕES, sendo por isso, com justiça, chamado de “Imperador Filósofo”. Ele detestava o ambiente da corte, evitava comportar-se sem o domínio de suas emoções (cólera ou euforia), pregava a moderação nos gastos, tinha preocupações com o bem comum e para que os romanos preservassem os costumes tradicionais, tanto nos ritos quanto nos gastos. Posteriormente o Imperador Juliano, vendo o perigo que a perda das tradições romanas podia trazer para o Império, tentaria restaurar o paganismo como religião. Mas aí já era tarde. O cristianismo já estava espalhado por todos os cantos do Império e seguramente ajudou na sua fragmentação e derrocada.

O estoicismo com o seu lado imanente prático, combinado com o cristianismo que é mais voltado para o transcendente - alma, vida eterna, julgamento final - pode nos ajudar a transpor com segurança esses dias de intensos tiroteios físicos e mentais. Uma boa sugestão para o período de isolamento é procurar se familiarizar com essa tão útil filosofia do estoicismo que tem ajudado tantas pessoas a fazer com que a vida seja levada sem angústias e medo. Hoje ela está cada vez mais sendo usada nas empresas, e por pessoas que buscam a sabedoria na arte de viver.





Mensagem do presidente sobre o III Congresso Médico da Acamerj

Acadêmico Professor Luiz José Martins Romêo Filho



Realizou-se dias 24, 25 e 26 de junho de 2021, o III CONGRESSO MÉDICO DA ACAMERJ.

Ao contrário dos congressos anteriores, este foi virtual realizado através dos métodos digitais e veiculado através do software de teleconferência Zoom e pela plataforma de vídeos YouTube.

A Presidente do Congresso foi a Acadêmica Professora Selma Maria Azevedo Sias do Depar-

tamento Materno Infantil da Universidade Federal Fluminense. Coube a ela junto com a Comissão Organizadora por ela escolhida, composta pelos Professores da Universidade Federal Fluminense, Acadêmicos Aduino Dutra de Moraes Barbosa, Alair Augusto Sarmet dos Santos, Eduardo Nani da Silva, Gesmar Volga Haddad, Luiz José Martins Romêo Filho, Selma Maria Azevedo Sias, Vânia Gloria Silami Lopes, montar o congresso.

No dia 24 às 09h ocorreu a abertura.

O Reitor da Universidade Federal Fluminense, Professor Acad. Antônio Claudio Lucas da Nóbrega, não pode comparecer na abertura do Congresso por estar na data em Brasília, em reunião com o Ministro da Educação.

Na abertura, usaram de palavra o Prof. Luiz José Martins Romêo Filho, Presidente da Acamerj e a Professora Selma Maria Sias, Presidente do Congresso.

Neste dia pela manhã tivemos a conferência Magna proferida pelo Acadêmico Waldenir de Bragança “A Acamerj da Fundação ao momento atual”. Em seguida o Acadêmico Professor Edmilson Ramos Migowski fez uma retrospectiva da COVID-19 no Brasil, falando sobre o tema “Estado atual da Covid-19 no Brasil”. Ambas as conferências foram muito elogiadas e apreciadas.

A manhã do dia 24 encerrou-se com a Mesa redonda “Impacto da COVID-19 no organismo humano”. Esta mesa constou de 5 (cinco) especialistas renomados nos aparelhos e sistemas mais envolvidos pela COVID-19 durante sua evolução: cardiologia, pneumologia, endocrinologia, neurologia, sistema vascular periférico. Participaram da Mesa os Professores Acadêmicos: Evandro Tinoco Mesquita, José Luiz Reis Rosati, Marcos Raimundo Gomes de Freitas, Rubens Antunes da Cruz Filho, Antônio Luiz

de Araújo. A mesa teve profundidade nos assuntos abordados e foi muito especificada.

A tarde foi também exitosa. Abriu os trabalhos o Professor Jorge Alberto Costa e Silva, com a apreciada conferência “Impacto de COVID-19 na Saúde Mental”. A seguir despertou grande interesse a mesa sobre imunizações que teve dois participantes da FIOCRUZ Dra. Maria de Lourdes de Souza Maia e Dra. Elena Cristina Caride, e da SOPERJ a Acadêmica Tânia Cristina Petraglia.

Dia 25 iniciou-se com o Professor José Genilson Alves Ribeiro, proferindo a instigante conferência sobre transplante de órgãos e espiritualidade. A seguir duas mesas despertaram muita atenção e proporcionaram grande aprendizado. Uma moderada pelo Acadêmico Piero Novellino, sobre atualização em técnicas cirúrgicas, e a segunda conduzida pelo Acadêmico, Presidente do Núcleo de Nova Friburgo da ACAMERJ, José Antônio Verbicario Carim, nos atualizou sobre cirurgia bariátrica.

Participaram da primeira mesa redonda os excelentíssimos palestrantes Acad. Antônio Chinelli; Delta Madureira; Rossano Fiorelli e Dr. José Luiz de Souza Varela. Da segunda participaram os colegas Antônio Claudio Jamel, José Afonso Sallet, Luiz Gonzaga de Moura Junior, Anselmo Sasso Fin e Cid Pitombo. A exemplo do dia 24, tivemos também, dia 25, o Espaço Artes na Medicina.

Nos dois dias apresentaram-se professores artistas que mostraram suas virtudes com passeio pelos diversos caminhos da arte. Pinturas de alto nível, música não só ao piano, como em flauta doce, declamações. Todas as manifestações artísticas foram muito apreciadas.

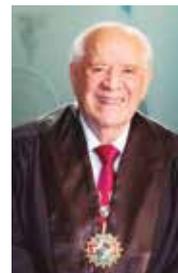
A tarde do dia 25 foi a vez do Binômio-Materno Infantil. As manifestações da COVID-19 foram dissecadas na obstetria com o Professor Acad. Antônio Rodrigo Braga Neto, na Neonatologia com o Professor Alan Araújo Vieira e com a Placenta, Professora Acad. Vânia Silami Lopes. A seguir seguiu-se o curso de radiologia comandado pelo Professor Acad. Alair Sarmet.

No dia 26, encerrando o congresso, foi feita uma excelente revisão sobre O Laboratório na COVID-19, com a Professora Karla Oliveira Ronchini, uma brilhante palestra proferida pela Acad. Professora Vilma Duarte Câmara, que envolveu todos os assistentes com o assunto Demência e Envelhecimento.

Por fim podemos dizer que o III Congresso revestiu-se de grande êxito.

A Acamerj agradece a Professora Selma Maria Azevedo Sias, à Comissão Organizadora e ao técnico de informática Rodrigo Campos responsáveis pela excelência do evento.

Foi um marco o III Congresso da ACAMERJ, para a medicina fluminense e uma importante revisão sobre a Pandemia da COVID-19, trazendo-nos uma atualização profunda sobre a terrível doença que enlutou tanto o Brasil com o Mundo.





Sessão Solene de posse de acadêmicos titulares

No dia 7 de abril deste ano, a ACAMERJ promoveu, de forma virtual, a posse dos novos acadêmicos. A solenidade foi aberta pelo presidente da ACAMERJ, Acadêmico Emérito Luiz José Martins Romêo Filho, que proferiu palavras de acolhimento. A seguir foi feita a leitura do Termo de Posse dos novos acadêmicos pelo Acad. Elimar Antônio Bittar e, finalmente, houve a Leitura do Juramento pelos novos acadêmicos empossados e encerramento procedido pelo presidente da ACAMERJ.

Aqui, os novos Acadêmicos Titulares:

- **Antônio Rodrigues Braga Neto**, Cadeira nº 08, Patronímica do Professor Fernando Augusto Ribeiro de Magalhães, com Ascensão a Membro Emérito (in memoriam) do Acadêmico Dib Abdalla Chacur;

- **Carlos Alberto Araújo Chagas**, Cadeira nº 27, Patronímica do Professor Mário Negreiros Pardal, com Ascensão a Membro Emérito do Acadêmico Antônio Chinelli;

- **Carlos de Souza Machado**, Cadeira nº 75, Patronímica do Professor Giuseppe Mauro;

- **Claudio Tinoco Mesquita**, Cadeira nº 26, Patronímica do Professor Carlos Justiniano Ribeiro Chagas, com Ascensão a Membro Emérito Acadêmico José Paravidino de Macedo Soares;

- **Eduardo Nani Silva**, Cadeira nº 73, Patronímica do Professor Luiz Augusto de Freitas Pinheiro;

- **Marco Antônio Caldeira Brant Saldanha**; Cadeira nº 71, Patronímica do Professor Waldemar Bianchi;

- **Marco Antônio Rodrigues Torres**, Cadeira nº 74, Patronímica do Professor Waldenir de Bragança;

- **Marcio Alberto Steinbruch**, Cadeira nº 70, Patronímica do Professor Altamiro Vianna;

- **Mendel Suchmacher Neto**, Cadeira nº 42, Patronímica do Professor Odorico Martins Mullulo da Veiga, com Ascensão a Membro Emérito (in memoriam) do Acadêmico Hildoberto Carneiro de Oliveira;

- **Neide Kalil Gaspar**, Cadeira nº 63, Patronímica do Professor Roched Abib Seba; com Ascensão a Membro Emérito (in memoriam) do Acadêmico Jô Yoshikuni Osuge;

- **Nilson Gomes**, Cadeira nº 18, Patronímica do Professor Jorge de Moraes Grey, com Ascensão a Membro Emérito do Acadêmico Clovis Orlando Pereira da Fonseca;

- **Rodrigo Sattamini Pires e Albuquerque**, Cadeira nº 35, Patronímica do Professor Pedro Luciano Victor Pestre, com Ascensão a Membro Emérito do Acadêmico Gladyston Luiz Lima Souto.

*Academia de Medicina
do Estado do Rio de Janeiro
- ACAMERJ -*



*Convite
Sessão Solene de Posse de
Acadêmicos Titulares
07.04.2021*

PROGRAMAÇÃO

1. Palavras de Acolhimento do Presidente da ACAMERJ Acadêmico Emérito Luiz José Martins Romêo Filho.
2. Leitura do Termo de Posse dos Novos Acadêmicos; pelo Acadêmico Elimar Antônio Bittar.
3. Leitura do Juramento pelos Novos Acadêmicos.
4. Encerramento pelo Presidente da Acamerj, Professor Acadêmico Luiz José Martins Romêo Filho.



Palestras realizadas em maio movimentaram o meio acadêmico

ACAMERJ
19 quarta-feira
MAIO 16:00h

Estado atual da Pandemia da Covid-19 no Brasil
Acad. Prof. Edimilson Ramos Migowski

Microsoft Teams
Acesse o link: rebrand.ly/acamerj

www.acamerj.org
acamerj.secretaria@gmail.com | 21 2711-0721 ou 21 2612-0970

ACADEMIA DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - ACAMERJ
25 DE MAIO 07:30H

Utilização do PET e SPECT no diagnóstico e tratamento de Cardiomiopatias e Insuficiência Cardíaca.

PALESTRANTE
Prof. Raffaele Giubbini (Università & Spedali Civili di Brescia)

PRÉSIDENTE
Acad. Evandro Tinoco Mesquita (ACAMERJ/UFF)

DEBATEDORES
Acad. Cláudio Tinoco Mesquita (ACAMERJ/UFF)
Acad. Luiz José Martins Romêo (ACAMERJ/UFF)
Prof. Wolney Martins (UFF)
Prof. Humberto Villacorta (UFF)

REALIZAÇÃO: UFF, Associação Acadêmica Paulista
TRANSMISSÃO: ZOOM
Acesse: <http://bit.ly/acamerj-uff>

No mês de maio a ACAMERJ promoveu duas exitosas palestras de forma virtual, que tiveram grande repercussão entre os profissionais de saúde. A primeira foi realizada no dia 19. Nela, o Prof. Edimilson Ramos Migowski dissertou sobre o tema “Estado atual da Pandemia da Covid-19 no Brasil”.

Já no dia 25, o Prof. Raffaele Giubbini, da Università & Spedali Civili di Brescia, palestrou sob o tema “Utilização do PET e SPECT no diagnóstico e tratamento de Cardiomiopatias e Insuficiência Cardíaca”. O evento foi presidido pelo Acadêmico Evandro Tinoco Mesquita (ACAMERJ/UFF) e com os seguintes debatedores: Acadêmico Claudio Tinoco Mesquita (ACAMERJ/UFF), Acadêmico Luiz José Martins Romêo (ACAMERJ/UFF), Prof. Wolney Martins (UFF) e Prof. Humberto Villacorta (UFF).

Inauguração de placa em agradecimento aos Acadêmicos



O Presidente, Luiz José Martins Romêo Filho, e o Secretário, Elimar Antônio Bittar, em presença física no ato.

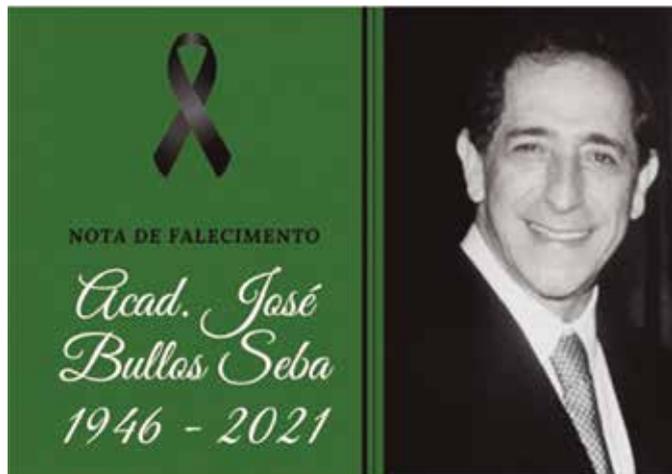
A Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - Acamerj, realizou no dia 02 de junho do corrente ano, em sua sede, a inauguração da Placa de Agradecimento aos Acadêmicos Eméritos que ajudaram, de forma inestimável, na reforma da sala da Academia, concluída a partir de doações feitas entre o período de julho - setembro do ano de 2019.





OBITUÁRIO

Morre o Acadêmico Titular José Bullos Seba



Faleceu em 20/03/2021 o Acadêmico Titular José Bullos Seba, aos 75 anos de idade. Figura humana admirável e exemplar, destacou-se, em Niterói, no meio médico, no social, no universitário e no político, chegando a ocupar o cargo de Secretário de Ciência e Tecnologia da cidade e candidato a vice-Prefeito. Excelente médico e professor de medicina, a todos encantava pela lhanza do trato e pela alegria de viver que transmitia.

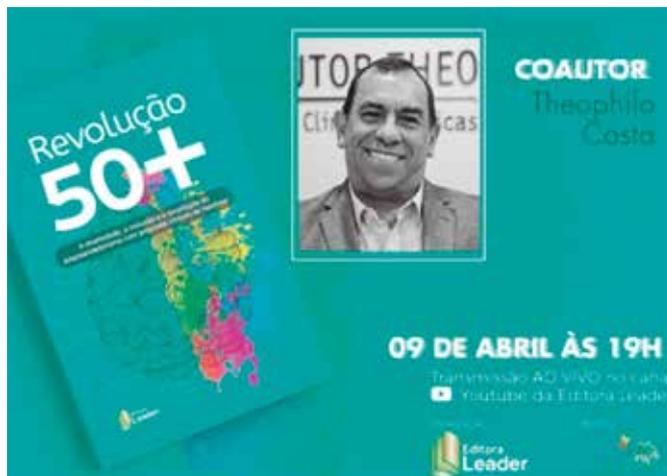
A Diretoria da ACAMERJ solidarizou-se e solidariza-se com sua família, na certeza de que ele manteve acesa a chama da integridade e do amor à educação médica e à pesquisa, herdada de seu honrado e pranteado pai, Roched Abib Seba.

A seguir, um breve resumo do currículo de nosso Saudoso Acadêmico.

Mini Currículo

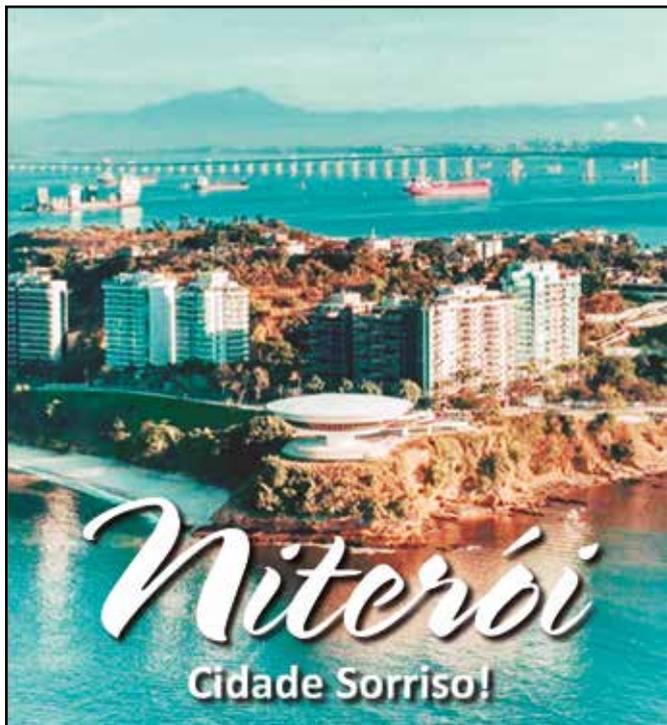
- . Graduação em medicina pela Universidade Federal Fluminense (1970).
- . Membro Efetivo da European Academy of Allergology and Clinical Immunology.
- . Membro da International Association of Allergology and Clinical Immunology.
- . Membro da Sociedade Latino-Americana de Alergia e Imunologia.
- . Membro da Sociedade Luso-Brasileira de Alergia e Imunologia.
- . Chefe do Departamento de Fisiologia da Universidade Federal Fluminense (1991-1993). Médico (1987-1991) da Universidade Federal Fluminense.
- . Presidente (1994-96) e Diretor Científico (2000-02) da Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia.
- . Diretor do Instituto Biomédico.
- . Cidadão Benemérito de Niterói.

Lançamento do Livro "Revolução 50+" do Acad. Theophilo Costa



Nosso Acadêmico Titular Theophilo José da Costa Neto, lançou dia 09/04/2021 o livro intitulado "REVOLUÇÃO 50+", onde enfoca a vida após os cinquenta anos – a maneira de aproveitá-la, modificá-la, empreender, ser útil – quando o amor faz a diferença.

A obra tem a coordenação da diretora de projetos e CEO da Editora Leader, Andréia Roma, e da sócia-diretora da Sinergia Consultoria em Gestão de Pessoas & Mentoria de Novos Negócios, Betty Dabkiewicz, do Instituto Revolução 50+.



LABORATÓRIO

BITTAR

CRM: 5897209-1

ALTA TECNOLOGIA EM EXAMES LABORATORIAIS

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



www.labittar.com.br

21 2621-6161

Dir. Geral

Dr. Elimar Bittar

CRM: 5203148-7

Dir. Téc

Christina Bittar

CRM: 5240248-4

Análises Clínicas, Anatomia Patológica e Citopatológica

Biologia Molecular | Bioquímica

Hormônios | Hematologia Alergia

Imunologia | PCR

PELM



Unidades

Niterói: Centro | São Francisco | Shopping Icaraí

Presidente Backer | Av. Roberto Silveira | Itaipu Multicenter

São Gonçalo: Centro | Alcântara

ACAMERJ

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

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

Hino da ACAMERJ

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

Letra: Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro

Voice

5 Fine

10

15

20 na segunda vez, Rall...

25

D. S 2x

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

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

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

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

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

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

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

Interlúdio
Refrão 3X

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

