



BOLETIM ASBAI

Número 41 | Maio 2020



PALAVRA DO COORDENADOR

Semana Mundial das IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS

Um caloroso abraço virtual para todos os associados nesse período de isolamento em que vivemos, e espero que todos estejam bem e se mantendo seguros com todas medidas protetivas, uma vez que a grande maioria continua no contato direto com os pacientes no dia a dia.

As imunodeficiências primárias (IDP), ou como vem sendo proposto o novo nome Erros Inatos da Imunidade, são um conjunto de doenças de ordem genética que levam a um funcionamento inadequado do sistema imunológico, e a uma maior susceptibilidade a infecções usuais ou não, doenças autoimunes, doenças auto inflamatórias e/ou malignidades. Até poucos anos atrás, as IDP eram tradicionalmente consideradas doenças raras, afetando entre 1 em 10.000 a 1 em 50.000 nascimentos; entretanto, o avanço contínuo dos estudos com interface em genética e imunologia tem mostrado que a prevalência coletiva mais provável dessas condições seja de pelo menos 1/1.000 a



1/5.000. A União Internacional das Sociedades de Imunologia Clínica (IUIS) publicou em 2020 uma atualização dessas doenças com o aumento para 406 doenças e 430 defeitos genéticos conhecidos identificados como causadores dessas condições.

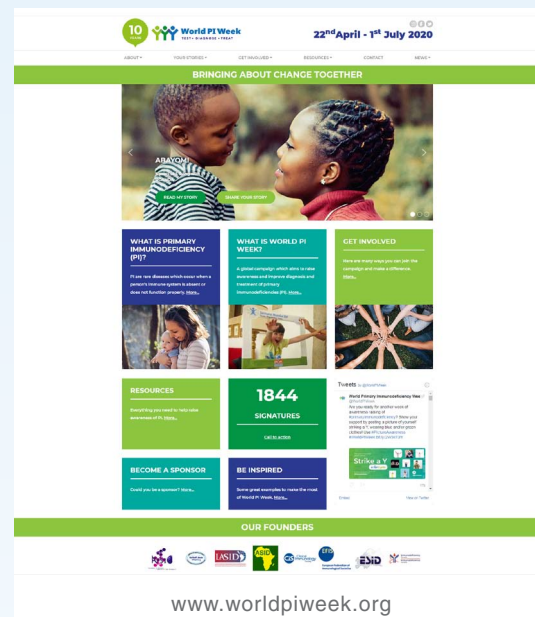
Apesar de todo o avanço no conhecimento científico, muitos pacientes ao redor do mundo ainda encontram barreiras importantes para o seu diagnóstico, seja pelo desconhecimento dos profissionais de saúde, dificuldade de uma rede laboratorial que permita a realização aos exames necessários para o diagnóstico, ou, ainda, no acesso aos tratamentos necessários que muitas vezes são de alto custo. No sentido de dar visibilidade às IDP dentro da sociedade médica e civil, em 2011 um grupo de sociedades internacionais, entre elas a LASID (*Latin American Society for Immunodeficiencies*), a JMF (*Jeffrey Modell Foundation*), a ESID (*European Society for Immunodeficiencies*), a IPOPI (*International Patient Organization for*

Primary Immunodeficiencies), entre outras, se reuniram numa parceria que resultou na criação da primeira semana mundial das imunodeficiências primárias, realizada entre os dias 22 e 29 de abril daquele ano com o slogan “Vamos falar de imunodeficiências primárias”. Esta data se tornou a partir daí a data oficial, e passou a se repetir anualmente desde então, com ênfase em eventos regionais das diversas associações para promover e disseminar o conhecimento das IDP.

Entretanto, neste ano nos encontramos em plena pandemia de COVID-19, e, por esse motivo, praticamente todos os eventos foram cancelados. Sendo assim, o comitê organizador da semana optou por ampliar os esforços da semana mundial do dia 22 de abril a 1º de julho de 2020, ou seja, 10 semanas para comemorar os 10 anos. Neste período, o comitê sugere o uso das mídias sociais para que possamos fazer realmente a ampla divulgação e levar o conhecimento a mais e mais pessoas sobre as IDP, bem como sobre a necessidade do diagnóstico precoce e do tratamento adequado para reduzir sequelas e perda de vidas. No site da semana (<http://www.worldpiweek.org/>) encontramos diversas orientações e materiais que podem ser utilizados em nossas mídias sociais para alcançarmos esses objetivos.

A ASBAI tem tido uma participação ativa em associação com o BRAGID (Grupo Brasileiro para Imunodeficiências Primárias) e a LASID na disseminação do conhecimento das IDP, e advogando em favor dos médicos envolvidos na atenção os pacientes com IDP, bem como dos próprios pacientes de uma forma indireta. Sendo assim, gostaríamos de convidar os nossos associados a participarem também dessa semana, como forma de divulgação e até mesmo, de aprendizado, incentivando a todos

a acessarem a página da semana citada acima, conhecerem os objetivos e, ainda, participarem com a divulgação da mesma nas suas mídias sociais.



Contamos com todos os associados para nos ajudar na ampla divulgação da **Semana Mundial das Imunodeficiências Primárias** e esperamos que em breve possamos estar juntos novamente em nossos eventos.



**Dr. Gesmar Rodrigues
Silva Segundo**

Coordenador do Departamento Científico
de Imunodeficiências da ASBAI



DESTAQUE EM PESQUISA NO BRASIL

Guia prático de abordagem da criança e do adolescente com asma grave: Documento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria

Comentado por: Prof. Dr. Herberto José Chong Neto

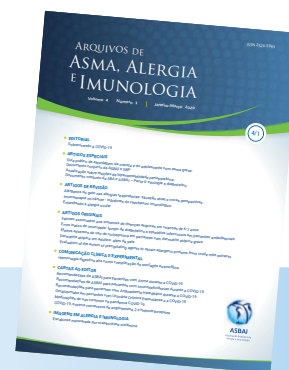
Asma grave é a asma que requer tratamento com altas doses de corticosteroide inalado associado a um segundo medicamento de controle (e/ou corticosteroide sistêmico) para impedir que se torne “descontrolada” ou permaneça “descontrolada” apesar do tratamento. Asma grave é considerada um subtipo de asma de difícil tratamento. A prevalência em crianças evidenciada pelo *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* variou entre 3,8% e 6,9%. Existem diversos instrumentos para avaliação subjetiva, como diários de sintomas e questionários, bem como para avaliação objetiva com função pulmonar e avaliação da inflamação por escarro induzido, ou óxido nítrico exalado. A abordagem terapêutica varia desde doses altas de corticosteroide inalado e/ou oral, broncodilatadores de longa duração, antagonistas de receptores muscarínicos, até os mais recentes imunobiológicos que bloqueiam a IgE ou IL-5.

Comentários

Em em mais um esforço conjunto de especialistas dedicados ao atendimento de crianças com asma grave da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira

de Pediatria, reforçando seus laços de amizade e de trabalho mútuo em prol da criança asmática, este guia traz uma abordagem diagnóstica prática e fluxograma de tratamento inovador.

É material de cabeceira para consulta do Alergista e Imunologista, bem como do Pediatra com área de atuação em Pneumologia, e Alergia e Imunologia.



Referência:

1. Chong Neto HJ, Wandalsen GF, Pastorino AC, Dela Bianca C, Chong-Silva DC, Riedi CA, et al. Guia prático de abordagem da criança e do adolescente com asma grave: Documento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria. Arq Asma Alerg Immunol. 2020;4(1):3-34.

ARTIGO disponível em:

http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1059

ARTIGOS COMENTADOS

1 Mendelian susceptibility to mycobacterial disease: recent discoveries

Bustamante J.

Hum Genet. 2020. doi: 10.1007/s00439-020-02120-y

Comentado por:
Prof. Dr. Eli Mansur

Resumo: A susceptibilidade mendeliana à doença micobacteriana (MSMD) é causada por erros inatos da imunidade do IFN- γ . Os pacientes afetados são altamente e seletivamente suscetíveis a micobactérias fracamente virulentas, tais como as micobactérias ambientais e a vacina *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG). Desde 1996, mutações causadoras da doença vêm sendo relatadas em 15 genes, com heterogeneidade alélica levando a 30 defeitos genéticos. Esta é uma breve revisão do progresso obtido pelos estudos moleculares, celulares, imunológicos e clínicos de MSMD desde a revisão anterior, publicada em 2018. Os destaques incluem as descobertas de novas etiologias genéticas de MSMD: deficiências completas de (1) SPPL2a, (2) IL-12R β 2, e (3) IL-23R autossômicas recessivas (AR), e (4) homozigose para TYK2 P1104A, resultando em diminuição seletiva da resposta a IL-23. A penetrância da deficiência de SPPL2a para MSMD é alta, provavelmente completa, enquanto que para as deficiências de IL-12R β 2 e IL-23R, e homozigose de TYK2 P1104A é incompleta, e provavelmente baixa. A deficiência de SPPL2a adicionou peso à noção de que as

células humanas cDC2 e Th1* são importantes para a imunidade antimicobacteriana. Os estudos das deficiências de IL-12R β 2 e IL-23R, e da homozigose para P1104A TYK2, mostraram que tanto IL-12 como IL-23 são necessárias para níveis ótimos de IFN- γ . Estes achados recentes ilustram como os estudos genéticos de MSMD estão em andamento para jogar luz sobre os mecanismos da imunidade protetora contra micobactérias em humanos.

Comentários: A susceptibilidade a infecções por micobactérias, tanto tuberculose como as atípicas, pode estar presente em pacientes portadores de diferentes erros inatos da imunidade (EEI), até recentemente chamados de imunodeficiências primárias (PID). Porém, pacientes portadores de MSMD apresentam uma susceptibilidade a infecções por micobactérias que, em indivíduos normais, não provocam infecção. A MSMD pode se manifestar de forma localizada ou disseminada, e infecção aguda ou crônica. O início é usualmente na infância, mas pode ocorrer na idade adulta. Além de micobactérias, alguns destes pacientes são em risco de infecção por *Salmonella*. Mais ra-



ramente, podem ter candidíase mucocutânea crônica, e infecções virais, bacterianas, fúngicas e parasitárias. A investigação imunológica de rotina é normal, e é necessária a investigação do eixo IL-12/IFN- γ . Os diferentes defeitos genéticos levam à diminuição da produção ou da resposta ao IFN- γ . A IL-12 é produzida pelos macrófagos infectados e ativa as células T e NK para produzirem IFN- γ , e esta, por sua vez, ativa os próprios macrófagos. Os macrófagos ativados serão capazes de destruir os microrganismos fagocitados.

Por fim, esta publicação atualiza os defeitos genéticos causadores de MSMD, e, com isto, o nosso conhecimento a respeito da complexa arquitetura genética necessária para a resposta imune com micobactérias. Apesar dos avanços, o caminho para a sua completa elucidação está longe de ser completado.

2

Prevenção primária da sensibilização ao leite de vaca e alergia alimentar ao se evitar a suplementação com fórmula de leite de vaca ao nascimento: um ensaio clínico randomizado

Mitsuyoshi U, et al.

JAMA Pediatr. 2019, Oct 21.

doi:10.1001/jamapediatrics.2019.3544

Comentado por:

Dr. Jessé Vinícius Lana

Prof. Dr. Nelson Augusto Rosário

Importância: Fórmula de leite de vaca é usada para suplementação do aleitamento materno ao nascimento sem evidências clínicas claras que indiquem esta prática.



Objetivo: Determinar se evitar a suplementação com fórmula de leite de vaca ao nascimento pode reduzir os riscos de sensibilização à proteína do leite de vaca e/ou alergia alimentar, incluindo alergia à proteína do leite de vaca (APLV), globalmente e nos subgrupos estratificados pelos níveis de 25-hidroxivitamina D (25OHD).

Método: Estudo randomizado, aberto, iniciou recrutamento em 1° de outubro de 2013 e completou o seguimento em 31 de maio de 2018, em um hospital universitário no Japão. Foram selecionados para o estudo 330 recém-nascidos em risco de atopia; destes, 312 foram incluídos na análise. Os dados foram analisados de 1° de setembro a 31 de outubro de 2018.

Intervenções: Imediatamente após o nascimento, os recém-nascidos foram randomizados (razão 1:1) para aleitamento materno com ou sem fórmula de aminoácidos por pelo menos 3 primeiros dias de vida (grupo BF/EF), ou aleitamento materno suplementado com fórmula de leite de vaca (≥ 5 mL/dia), do primeiro dia de vida até os 5 meses de idade (grupo BF + CMF).

Principais desfechos e medidas: O desfecho primário foi sensibilização ao leite de vaca (nível de $\geq 0,35$ UA/mL) no segundo ano de vida. Desfechos secundários foram alergia ali-

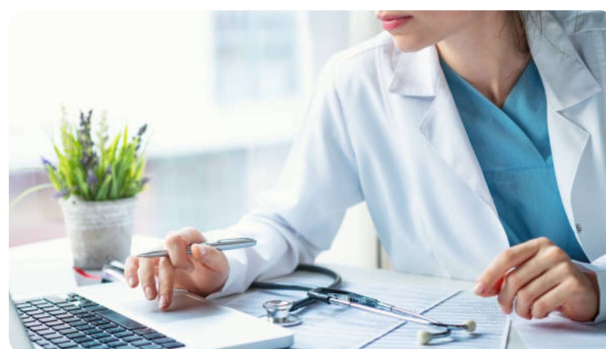
mentar imediata e anafilaxia, incluindo APLV, diagnosticada por teste de provocação oral ou desencadeada pela ingesta alimentar, com níveis de IgE específica de pelo menos 0,35 UA/mL. A análise dos subgrupos foi especificada por tercís de níveis séricos de 25OHD aos 5 meses de idade.

Resultados: Dentre os 312 bebês incluídos na análise (≥ 160 feminino [51,3%] e 152 masculino [48,7%]), 151 de 156 (96,8%) nos grupos BF/EF e BF+CMF foram acompanhados até o segundo ano de vida. O desfecho primário ocorreu em 24 crianças (16,8%) no grupo BF/EF, o que foi significativamente menor do que 46 crianças (32,2%) no grupo BF+CMF (risco relativo [RR] 0,52; 95% IC 0,34-0,81). O subgrupo do tercil médio de 25OHD, mas não os de baixo e alto tercís, tiveram uma interação significativa com a intervenção (RR 0,19; 95% IC 0,07-0,50; $P = 0,02$). A prevalência de alergia alimentar ao segundo ano foi significativamente menor no grupo BF/EF do que no grupo BF+CMF para alergia imediata (4[2,6%] vs. 20 [13,2%]; RR 0,20; 95% IC 0,07-0,57) e anafilaxia (1 [0,7%] vs. 13 [8,6%]; RR 0,08; 95% IC 0,01-0,58).

Conclusões e relevância: A evidência sugere que a sensibilização ao leite de vaca e alergia alimentar, incluindo APLV e anafilaxia, são primariamente preveníveis ao se evitar suplementação com fórmula de leite de vaca por pelo menos os 3 primeiros dias de vida.

Comentários: Este estudo do tipo ensaio clínico randomizado, realizado no Japão, com 312 recém-nascidos, demonstra uma redução de aproximadamente 50% no risco de sensibilização ao leite de vaca quando a fórmula infantil é evitada nos primeiros dias de vida, além da redução do risco de APLV e outras alergias alimentares. No Brasil, frequentemente o recém-

nascido recebe fórmula infantil no berçário, já no primeiro dia de vida. Diante dessas novas evidências, seria prudente a recomendação de se evitar fórmula à base de leite de vaca nos primeiros dias de vida e, caso seja necessário, suplementar com fórmula de aminoácidos.



3

Association of respiratory allergy, asthma, and expression of the SARS-CoV-2 receptor ACE2

Jackson D, Busse W, Bacharier L, Kattan M, O'Connor G, Wood R, et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2020 [Epub ahead of print].

Comentado por:

Prof. Dr. Gustavo Falbo Wandalsen

A identificação de fatores de risco e proteção para formas graves de COVID-19 é fundamental para direcionar o desenvolvimento de novos tratamentos e estratégias de prevenção de infecções. A asma foi considerada fator de

risco para formas graves de COVID-19, mas a asma e as alergias respiratórias não foram identificadas como fator de risco significativo em estudos chineses. O SARS-CoV-2 usa o receptor da enzima conversora de angiotensina-2 (ACE2) como receptor celular, e estudos identificaram maior a expressão do gene ACE2 no tabagismo, diabetes e hipertensão, condições associadas a maior gravidade da COVID-19. Nossa hipótese foi que uma potencial explicação para a inesperada observação de que a asma e outras doenças alérgicas podem não ser um fator de risco para formas graves de COVID-19 seja a reduzida expressão do gene ACE2 nas células das vias aéreas. Para testar essa hipótese, examinamos se asma e as alergias respiratórias estão associadas à expressão reduzida de ACE2 nas células das vias aéreas em três coortes diferentes de crianças e adultos.

No estudo URECA, a sensibilização alérgica foi inversamente relacionada à expressão de ACE2 no epitélio nasal, independentemente do *status* da asma. Nas crianças com asma, sensibilização alérgica moderada e intensa foram associadas à redução progressiva de ACE2 na comparação com crianças com asma, mas sem ou com mínima sensibilização. A expressão de ACE2 também foi inversamente associada aos biomarcadores do tipo 2.

Em outro estudo, 24 adultos com rinite alérgica e sensibilização ao gato, sem sintomas de asma no ano anterior, foram submetidos a teste de provocação nasal com alérgenos de gato e exposição a alérgenos de gato em câmara de exposição. As duas formas de exposição aos alérgenos induziram redução significativa da expressão de ACE2.

Uma coorte adicional de 23 participantes adultos com asma leve, não tratados com te-

rapia de controle, foi submetida a broncoprovocação segmentar com alérgenos de ácaros, ambrósia ou gato. Foi observada redução significativa da expressão de ACE2 na via aérea inferior quando os escovados brônquicos pós-provocação foram comparados aos pré-provocação.



Assim, relatamos que a presença de alergia respiratória e a exposição controlada a alérgenos estão associadas à redução significativa na expressão da ACE2. A expressão mais baixa de ACE2 foi encontrada nas pessoas que apresentavam concomitantemente altos níveis de sensibilização alérgica e asma. É importante ressaltar que a asma não atópica não foi associada à redução da expressão de ACE2. Dado que o ACE2 serve como receptor para SARS-CoV-2, nossos achados sugerem um potencial mecanismo para a menor gravidade de COVID-19 em pacientes com alergias respiratórias. No entanto, é provável que fatores adicionais, além da expressão de ACE2, participem da modulação da resposta ao COVID-19 em indivíduos alérgicos, e a elucidação desses fatores podem contribuir para o conhecimento da patogênese da COVID-19 e para a identificação de novas estratégias terapêuticas para controlar mais efetivamente essa pandemia.

Comentários: Esse interessante artigo foi recentemente publicado na forma de carta ao editor no JACI. Nele, os autores mostram evidências derivadas de três estudos já publicados de redução da expressão do receptor da angiotensina 2 (ACE2) em crianças e adultos com asma e/ou alergia respiratória. Nesses estudos, tanto a exposição a alérgenos, quanto a presença de marcadores de inflamação do tipo

2 foram significativamente associados com menor expressão de ACE2. Considerando que o ACE2 é o receptor celular utilizado pelo SARS-CoV-2, o mecanismo proposto nesse artigo pode explicar a menor incidência de formas graves de COVID-19 em asmáticos e alérgicos e, principalmente, sugerir uma nova linha de pesquisa para estratégias terapêuticas de combate ao vírus.



ESPAÇO DO ESPECIALISTA

A Comissão de Ética e Defesa Profissional da ASBAI elaborou o documento que segue com o intuito de ajudar os associados da ASBAI a entender de forma simples como poderiam utilizar a metodologia da Telemedicina para prestar assistência, com segurança, aos seus pacientes de forma ética, obedecendo a legislação vigente.

TELEMEDICINA – Guia Prático ASBAI

Em razão da situação atual de pandemia de COVID-19, o Conselho Federal de Medicina autorizou a utilização do método da **Telemedicina**, visando reduzir a circulação de pessoas, diminuindo a propagação do coronavírus em nosso país.

Desta forma, o exercício da Medicina através do método da **Telessaúde** também poderá trazer benefícios para quem vive ou está temporariamente distante de locais que ofereçam



atendimento de qualidade, sendo conveniente para a coleta de informações e orientações preliminares até que um atendimento presencial possa ser realizado.

Vale ressaltar que o médico responsável pelo paciente poderá indicar ou não uma consulta presencial complementar, se assim considerar necessário.

Neste sentido, a ASBAI, em consonância com a Lei de N° 13.989, publicada em 12 de abril

de 2020, que autoriza esta prática, em caráter excepcional, tem entendimento favorável com relação à Telessaúde, obedecendo os preceitos acordados com os órgãos competentes.

Segundo orientação da ANS (Agência Nacional de Saúde), foi determinado através de notas técnicas emitidas recentemente, que não se faz necessária a revisão do ROL para inclusão desse procedimento, sendo utilizada a mesma codificação TUSS já existente para a consulta, contudo, visando que seja especificado esse tipo de atendimento na cobrança do serviço, deve ser utilizada uma codificação criada na tabela 50 do padrão TISS com codificação específica para esse fim.

Lembrando sempre da importância da confidencialidade na relação médico/paciente e da integridade na proteção de dados, a ASBAI recomenda redobrada atenção a estes itens na prestação de serviços médicos através da Telemedicina.

Aos profissionais que atuam na Saúde Suplementar, vale ressaltar a primordial importância na formalização de prestação de serviços através deste método junto às Operadoras de Plano de Saúde, não havendo a necessidade de documentos tão rígidos quanto um aditivo contratual. A ANS entende que uma simples troca de e-mail já é suficiente para formalizar este acordo possibilitando o acesso dos pacientes à assistência médica utilizando o método da Telemedicina.

No tocante aos códigos TUSS, a ANS determina que sejam mantidas as mesmas referências.

A ASBAI entende que a realização dos procedimentos oximetria e medidas de pico de fluxo expiratório poderão ser praticados através do método da Telemedicina.

Além disso, conclui que os valores atribuídos à prática médica através da Telemedicina, na especialidade de Alergologia e Imunologia Clínica, devem ser mantidos com relação aos que já vinham sendo praticados pelo método convencional.

Diante disto, elaboramos este texto com orientações práticas para que os médicos especialistas que desejarem, possam implementar esta modalidade de atendimento em suas rotinas.

Requisitos básicos para o atendimento

1. Referentes ao médico

- A atividade demanda treino;
- Capacidade de comunicação;
- Vestimentas adequadas (sugere-se que sejam semelhantes a que usa em seu consultório).

2. Referentes ao ambiente

- Ambiente apropriado, silencioso;
- Preferencialmente fundo com parede clara;
- Evitar posicionar-se diante de portas.

3. Cuidados com vídeo e som

- Adoção da plataforma digital certificada para Telemedicina;
- Realizar testes de vídeo, enquadramento da câmera;
- Manter contato visual direto com o paciente, para isso olhar direto para a lente;
- Se estiver digitando, fazendo anotações ou olhando para mais de uma tela de computador, explicar ao paciente para que não pareça falta de atenção;

- Cuidar as expressões faciais que normalmente tornam-se exageradas em vídeo.

4. Iniciando o atendimento

- Apresente-se se for o primeiro atendimento;
- Assegurar que as informações obtidas neste procedimento serão confidenciais e mantidas em segurança, seguindo normas da proteção de dados;
- Informe a necessidade de TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para atendimento a distância).



5. Coleta da história clínica

- Documentar em prontuário próprio ou na plataforma do plano de saúde.

6. Exame físico (contando com a colaboração do paciente)

- Expressão facial do paciente;
- Aferição de temperatura e pressão arterial (se necessário/exequível);
- Aspecto dos olhos, visualização de orofaringe;

- Palpação de gânglios cervicais;
- Palpação de seios da face (pesquisa de dor);
- Frequência respiratória, uso de musculatura acessória;
- Expiração forçada, pode indicar presença de tosse ou sibilância;
- Em caso de lesões cutâneas, testar se desaparecem com a pressão, visualização por meio de fotos.

7. Condutas

- Formular a hipótese diagnóstica;
- Há necessidade de exames complementares de laboratório ou imagem?
- Prescrição médica;
- Enviar orientações por escrito, preferencialmente por e-mail, fará com que o paciente se sinta prestigiado. Deve-se levar em conta que a maioria dos clientes consegue memorizar muito pouco do que foi dito pelo médico durante uma consulta presencial. Portanto, espera-se que seja uma tarefa mais difícil se for por meio eletrônico.

Considerações finais

Os médicos que adotarem a Telemedicina em suas rotinas serão obrigados a revisar seus modelos de atendimento tradicionais, o que resulta em desconforto, mudança de práticas, investimentos, necessidades de adaptações e certamente muitos questionamentos por parte de seus pacientes. Devemos tranquilizá-los e deixá-los cientes de que estamos todos passando por um período de adaptação, e que com confiança mútua vamos ser efetivos.

Dia Mundial do **Angioedema Hereditário**

O dia 16 de maio é o **Dia Mundial da Conscientização sobre o Angioedema Hereditário (AEH)**, que é uma doença genética rara e potencialmente fatal. Caracteriza-se por crises que acometem tanto a derme e o subcutâneo quanto órgãos internos, predominantemente o trato gastrointestinal e as vias respiratórias superiores, sendo o desfecho mais temido o angioedema laríngeo. Essas crises podem ser espontâneas ou desencadeadas por trauma, estresse, infecções, procedimentos cirúrgicos e dentários, uso de hormônios à base de estrogênio, inibidores da enzima conversora da angiotensina (iECA), entre outros. Em decorrência do conhecimento restrito da doença, e porque seus sintomas são semelhantes aos de outras enfermidades,

o seu diagnóstico frequentemente é tardio, ocasionando angústia aos pacientes e seus familiares. Não responde à terapia com anti-histamínicos, uma vez que a bradicinina é um dos principais mediadores da doença.

A melhor compreensão dos mecanismos fisiopatológicos da doença nos últimos anos levou ao desenvolvimento de novos medicamentos, tanto para o tratamento das crises, como para o tratamento profilático.

A divulgação e conscientização sobre o AEH é fundamental para um diagnóstico mais precoce e instituição de medicação específica, com consequente controle da doença e melhora da qualidade de vida dos que sofrem de angioedema hereditário.



Acompanhe o

Encontro Nacional de Pacientes de AEH

em transmissão ao vivo pelo canal AEH RIO no YouTube

.....
SÁBADO, 16 de maio, a partir das 10h

A ASBAI disponibilizou mais posicionamentos aos seus associados, não deixem de ler!

Quem pode ser denominado Alergista e Imunologista?

http://asbai.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Doc_Alergista_Imunologista.pdf

O papel do Alergista/Imunologista Clínico na pandemia COVID-19

http://asbai.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Doc_Papel_do_Alergista_na_COVID.pdf

Cuidados na anafilaxia no domicílio em época de pandemia de COVID-19

http://asbai.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Doc_Anafilaxia_COVID.pdf

Em tempos de quarentena, a ASBAI está **disponibilizando gratuitamente** aos seus associados na Universidade Digital ASBAI o conteúdo dos **dois últimos Congressos Brasileiros de Alergia e Imunologia**. Aproveite a oportunidade para atualizar-se!



Universidade Digital ASBAI

Material online, podendo ser acessado a qualquer hora e com qualquer dispositivo (desktop, tablets e smartphones)

Os cursos são oficiais ASBAI

www.universidade.asbai.org.br

A ASBAI lançou também seu **curso EAD 2020**.
Neste mês o curso é sobre **Alergia Dermatológica**.

Matricule-se no link:



<http://universidade.asbai.org.br/courses/programa-asbai-ead-2020-m-dulo-dermatologia>

Programa
ASBAI
EAD
2020



ASBAI

Associação
Brasileira
de Alergia
e Imunologia

www.asbai.org.br

Presidente

Dr. Flávio Sano (SP)

1º Vice-Presidente

Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)

2º Vice-Presidente

Dr. Fábio Chigres Kuschnir (RJ)

Diretora Secretária

Dra. Fatima Rodrigues Fernandes (SP)

Diretora Secretária Adjunta

Dra. Alexandra Sayuri Watanabe (SP)

Diretor Financeiro

Dr. Gustavo Falbo Wandalsen (SP)

Diretor Financeiro Adjunto

Dr. Marcelo Vivolo Aun (SP)

Diretor Científico

Dr. Dirceu Solé (SP)

Diretora Científica Adjunta

Dra. Ekaterini Simões Goudouris (RJ)

Diretor de Relações Internacionais

Dr. Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

Diretor de Ética e Defesa Profissional

Dr. Antonio Carlos Bilo (MS)

Diretor de Educação Médica a Distância

Dr. Luis Felipe Chiaverini Ensina (SP)

Editor da Revista da ASBAI

Dr. Pedro Francisco Giavina Bianchi Jr. (SP)

Coordenador de Mídia

Dr. Herberto Jose Chong Neto (PR)

Membros do Conselho Fiscal

Dra. Isaura Barreiro Rodrigues (SP)

Dr. Clóvis Eduardo Santos Galvão (SP)

Dra. Maria de Fátima Marcelos Fernandes (SP)

Suplentes

Dr. Raul Emrich Melo (SP)

Dr. Cármino Caliano (SP)

Dra. Cynthia Mafra Fonseca de Lima (SP)