



# BOLETIM ASBAI

Número 42 | Junho 2020



PALAVRA DO DIRETOR

Semana Mundial da Alergia 2020

## Cuidado com a Alergia não para com a COVID-19

Nunca, em tão pouco tempo, tivemos a massiva informação médica sobre uma infecção viral, com evidências científicas diárias sobre transmissão do vírus, epidemiologia, manifestações clínicas e tentativas de tratamento como aconteceu nos últimos seis meses. Certamente todos nós recorremos às informações diárias para atualização e preparo no nosso modo de agir como médicos para proteção de todos com quem temos contato.

SARS-CoV-2 é a denominação do novo coronavírus, vírus causador da síndrome respiratória aguda grave em humanos que surgiu em Wuhan, na China, disseminou-se globalmente e se constituiu uma emergência em saúde pública. Estamos tendo que aprender rapidamente muitas de suas propriedades infecciosas básicas, e tentar prever

a resposta imunológica ao SARS-CoV-2 com base no que sabemos sobre duas epidemias de coronavírus humanos, SARS e MERS, e os quatro coronavírus humanos sazonais.



Antecipando-se a este desafio, a diretoria da ASBAI prontamente acionou seus departamentos científicos para avaliar as repercussões de COVID-19 em pacientes com doenças imunológicas (p. ex. imunodeficiências primárias) e alérgicas (rinite, asma, angioedema, etc.), além da interferência na prática diária dos associados, como procedimentos, imunoterapia, aplicação de imuno-

biológicos, reposição de imunoglobulina, entre outros.

A seguir estão listados os *links* para os documentos que os Departamentos Científicos da ASBAI criaram e foram divulgados.



## **Orientações da ASBAI frente ao novo coronavírus**

<http://asbai.org.br/orientacoes-da-asbai-frente-ao-novo-coronavirus/>

## **Recomendações da ASBAI para pacientes com Asma**

<http://asbai.org.br/recomendacoes-da-associao-brasileira-de-alergia-e-imunologia-para-pacientes-com-asma/>

## **Comunicado sobre o uso de Omalizumabe em pacientes com UCE e a Covid-19**

<http://asbai.org.br/comunicado-sobre-o-uso-de-omalizumabe-em-pacientes-com-uce-e-a-covid-19/>

## **Imunoterapia específica em época de pandemia de Covid-19**

<http://asbai.org.br/imunoterapia-especifica-em-epoca-de-pandemia-de-covid-19/>

## **Vacinação contra Influenza (gripe) em pacientes alérgicos ao ovo - orientações e recomendações em época de coronavírus**

<http://asbai.org.br/vacinacao-contrainfluenza-gripe-em-pacientes-alergicos-ao-ovo-orientacoes-e-recomendacoes-em-epoca-de-coronavirus/>

## **Comunicado à população brasileira**

<http://asbai.org.br/comunicado-a-populacao-brasileira/>

## **A Covid 19 em pacientes pediátricos com Erros Inatos da Imunidade - posicionamento conjunto**

<http://asbai.org.br/a-covid-19-em-pacientes-pediatricos-com-erros-inatos-da-imunidade-posicionamento-conjunto/>

## **Medicações de uso contínuo na pandemia Covid-19**

<http://asbai.org.br/medicacoes-de-uso-continuo-na-pandemia-covid-19/>

## **Pacientes adultos com Erros Inatos da Imunidade em época de Covid-19**

<http://asbai.org.br/pacientes-adultos-com-erros-inatos-da-imunidade-em-epoca-de-covid-19/>

## **A pandemia Covid-19 e os pacientes com Rinite Alérgica - posicionamento do Departamento Científico de Rinite da ASBAI**

<http://asbai.org.br/a-pandemia-covid-19-e-os-pacientes-com-rinite-alergicaposicionamento-do-departamento-cientifico-de-rinite-da-associao-brasileira-de-alergia-e-imunologia/>

## **Pandemia Covid-19 - Atendimento em clínicas e consultórios**

<http://asbai.org.br/pandemia-covid-19-atendimento-em-clinicas-e-consultorios/>

## **A pandemia Covid-19 e os indivíduos com Rinite Alérgica - recomendações da ASBAI**

<http://asbai.org.br/a-pandemia-covid-19-e-os-individuos-com-rinite-alergicarecomendacoes-da-associao-brasileira-de-alergia-e-imunologia/>

## **Posicionamento da ASBAI, BRAGID e JMF sobre o estudo “Correlation between universal BCG vaccination policy and reduced morbidity and mortality for Covid-19 - an epidemiological study”**

<http://asbai.org.br/posicionamento-da-asbai-bragid-e-jmf-sobre-o-estudo-correlation-between-universal-bcg-vaccination-policy-and-reduced-morbidity-and-mortality-for-covid-19-an-epidemiological-study/>

## **Posicionamento da ASBAI - Uso de hidroxiquina na Covid-19**

<http://asbai.org.br/posicionamento-da-asbai-uso-de-hidroxiquina-na-covid-19/>

## **Nota de apoio para aliança global para o desenvolvimento da imunoglobulina antisars cov 2 policlonal hiperimune**

<http://asbai.org.br/nota-de-apoio-para-alianca-global-para-o-desenvolvimento-da-imunoglobulina-antisars-cov-2-policlonal-hiperimune/>

## **Recomendações para pacientes com Angioedema Hereditário durante a pandemia COVID-19**

[http://aaai-asbai.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1072](http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1072)

## **O papel do Alergista/Imunologista clínico na pandemia Covid-19**

<http://asbai.org.br/o-papel-do-alergista-imunologista-clinico-na-pandemia-covid-19/>

---

### Cuidados na Anafilaxia no domicílio em época de pandemia de Covid-19

<http://asbai.org.br/cuidados-na-anafilaxia-no-domicilio-em-epoca-de-pandemia-de-covid-19/>

### Telemedicina - Guia prático ASBAI

<http://asbai.org.br/telemedicina-guia-pratico-asbai/>

Além destes documentos, a ASBAI apoiou ou promoveu quatro *webinars*, que também estão disponíveis *on-line*.

Todos os anos, a Organização Mundial de Alergia (WAO) aborda um tópico diferente que necessita de maior conscientização dos médicos e população. Com a avalanche de informações, a WAO resolveu mudar o tema da Semana Mundial de Alergia, que inicialmente seria sobre Anafilaxia. Para fazer isso, a WAO fornece aos médicos e ao público em geral um *webinar*, infográfico e informações adicionais para educação e conscientização sobre o assunto. Este ano a Semana Mundial da Alergia ocorrerá de 28 de junho a 4 de julho de 2020, e abordará o tema “**COVID-19 e Alergia**”.

Precisamos saber muitas coisas sobre a imunidade à SARS-CoV-2, a resposta imunológica ao vírus, sua intensidade e quanto tempo ela dura. Também precisamos entender se pessoas com infecções leves ou assintomáticas desenvolvem uma resposta imunológica forte ou fraca, e quais propriedades mensuráveis

são preditivas de proteção contra infecções. Quando soubermos mais sobre essas coisas, poderemos entender melhor como as infecções por SARS-CoV-2 continuarão com o tempo.

A ASBAI e WAO juntas promovem saúde e combate à COVID-19 pela informação e recomendação para condutas médicas.



**Prof. Dr. Nelson Augusto Rosário Filho**

Diretor de Relações Internacionais da ASBAI

Acompanhe as atividades do curso EAD 2020 da ASBAI

Neste mês o módulo em estudo é “Desafios”.

Matricule-se no link:



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

Programa  
**ASBAI**  
EAD  
2020



## DESTAQUE EM PESQUISA NO BRASIL

### Multiplexed proteomic analysis for diagnosis and screening of five primary immunodeficiency disorders from dried blood spots

Collins CJ, Yi F, Dayuha R, Whiteaker JR, Ochs HD, Freeman A, Su HC, Paulovich AG, Segundo GRS, Torgerson T, Hahn SH.

*Front Immunol. 2020;11:464. doi:10.3389/fimmu.2020.00464*

**Comentado por:** Gesmar Rodrigues Silva Segundo

A detecção precoce das imunodeficiências primárias (IDP) é de suma importância para o tratamento eficaz e o manejo da doença. Muitas IDPs são fortes candidatas à triagem neonatal (NBS) se métodos inteligentes de triagem pudessem identificar pacientes com por meio de sangue seco em papel de filtro, do inglês “*dried blood spots*” (DBS), no período neonatal. A maioria dos IDPs congênitas resultam da redução ou ausência de proteínas específicas e assim, a quantificação direta dessas proteínas-alvo representa uma ferramenta de triagem potencial atraente. Infelizmente, a detecção é frequentemente limitada pelas concentrações extremamente baixas de proteínas nas células sanguíneas e pelo volume sanguíneo limitado presente no DBS.

Recentemente, desenvolvemos um novo método robusto para quantificação de proteínas de baixa abundância em DBS para as IDPs, usando enriquecimento de imunoafinidade de peptídeos acoplado a monitoramento de reação selecionado (imuno-SRM). Para esse estudo, geramos ainda um painel Immu-SRM multiplexado para a triagem simultânea de oito peptídeos de assinatura representando cinco proteínas específicas para PIDD e duas

para células de DBS. Em amostras de 28 pacientes com IDPs, incluindo dois portadores, representando Agammaglobulinemia ligada ao X (XLA), Síndrome de Wiskott-Aldrich (WAS), doença granulomatosa crônica ligada ao X (XL-CGD), deficiência de DOCK8 e deficiência de ADA, peptídeos que representam cada doença foram encontrados de forma significativamente reduzida em relação aos controles normais, e a identificação dos pacientes teve excelente concordância com o diagnóstico clínico e molecular. Também estão incluídos no painel multiplex marcadores específicos de células para plaquetas (CD42) e células assassinas naturais (CD56). Em pacientes com WAS, os níveis de CD42 foram significativamente reduzidos, consistentes com trombocitopenia característica. Um paciente com WAS analisado antes e após o transplante de medula óssea mostrou proteína normalizada WAS e CD42 plaquetária após o tratamento, destacando a capacidade do imuno-SRM de monitorar os efeitos do tratamento nas IDPs.

O ensaio foi prontamente reproduzido em dois laboratórios separados com desempenho analítico semelhante e concordância completa no diagnóstico do paciente, demonstrando os

métodos padronizados eficazes. Um método Immuno-SRM de alto rendimento que rastreia peptídeos específicos de IDPs em um tempo de execução de 2,5 minutos, que atendem aos requisitos de alto volume de trabalho do NBS, também foi demonstrado neste relatório. Esse método de alto rendimento retornou resultados idênticos ao painel padrão do Immuno-SRM IDPs. A análise do peptídeo Immuno-SRM representa um diagnóstico clínico potencial robusto para identificar e estudar pacientes com IDPs a partir de DBS facilmente coletados e enviados, e dá suporte a um potencial uso do mesmo para o diagnóstico precoce de IDPs através da triagem neonatal.

**Comentários:** O diagnóstico precoce para as imunodeficiências primárias é extremamente importante para o controle e tratamento adequado dos pacientes, permitindo assim uma redução expressiva na ocorrência de infecções,

outras comorbidades, sequelas e na mortalidade dessas doenças. Muitas IDPs ocorrem por falhas genéticas que levam à ausência ou redução de proteínas importantes para o desenvolvimento e funcionamento do sistema imunológico. O estudo apresenta uma nova técnica proteômica que permite a análise quantitativa de proteínas encontradas em quantidades muito pequenas na corrente sanguínea, permitindo assim a quantificação e verificação da redução ou ausência de diversas proteínas que conhecemos associadas com IDPs. No estudo são avaliadas cinco IDPs, Agamaglobulinemia ligada ao X, Wiskott-Aldrich, doença granulomatosa ligada ao X, deficiência de Dock8, e deficiência de ADA, com resultados animadores, reprodutíveis, que ajudam no diagnóstico de forma rápida e ainda, com chances reais de uso como triagem neonatal para diversas imunodeficiências primárias.

## ARTIGOS COMENTADOS

### **1** **Preschool wheezing: trajectories and long-term treatment**

Fainardi V, Santoro A, Caffarelli C.

*Front Pediatr.* 2020;8:240. doi: 10.3389/fped.2020.00240

#### **Comentado por:**

Profa. Dra. Marilyn Urrutia Pereira

A sibilância é muito comum na infância, afetando uma em cada três crianças durante os primeiros 3 anos de vida. Em crianças pré-

escolares, a sibilância é muito heterogênea, e as evidências sobre fisiopatologia e tratamento são escassas, e avaliar o risco de desenvolvimento de asma é difícil.

A sibilância em pré-escolares deve ser considerada um termo genérico para distintas doenças com diferentes características observáveis e mensuráveis (fenótipos). Cada fenótipo pode ser o resultado de diferentes endotipos, descritos por um mecanismo que vincula características clínicas a uma via molecular.

Diferentes abordagens têm sido utilizadas na busca de fenótipos sibilantes. A seleção de

variáveis observáveis pode ser conduzida pelo investigador ou por dados. O design pode ser transversal ou longitudinal. Nesse estudo são analisados fatores predisponentes ao início e persistência de sibilos, como amamentação, atopia, exposição interna a alérgenos, fumaça ambiental de tabaco e infecções virais, e discutido o conhecimento sobre a expressão de fenótipos sibilantes na pré-escola e seu valor em relação a resultados, prognóstico e tratamento em longo prazo.

**Conclusões e considerações:** Estudos sobre fenótipos sibilantes na pré-escola são de pouca ajuda clínica para identificar crianças com maior probabilidade de desenvolver asma em idade escolar. As desvantagens de tais estudos incluem resultados heterogêneos, com consistência apenas parcial, características sobrepostas e instabilidade dos fenótipos ao longo do tempo. As divergências entre os resultados podem ser explicadas pelas diferentes populações estudadas, variações nas abordagens para selecionar características observacionais, falta de uniformidade na escolha do tipo e número de variáveis. Em relação ao tratamento a longo prazo, os corticoides inalatórios (CI) são a terapia de primeira linha em crianças pré-escolares com asma ou sibilância recorrente. Com as limitações relacionadas a uma classificação baseada no fenótipo temporal, o CI diário é a escolha preferida em crianças com sibilância recorrente e sintomas frequentes, especialmente naquelas com eosinofilia no sangue e sensibilidade a alérgenos, enquanto CI de dose alta intermitente pode ser considerado em crianças com sibilâncias episódicas de origem viral e sem sintomas entre os episódios. Até o momento, não há evidências para recomendar o uso de montelucaste intermitente ou diário.

## 2 How I manage natural killer cell deficiency

Orange JS.

*J Clin Immunol.* 2020;40(1):13-23.

### Comentado por:

Prof. Dr. Eli Mansur

**Resumo:** A deficiência das células *natural killer* (DNK) é um subtipo das imunodeficiências primárias (Erros inatos da imunidade) (PID) nas quais anormalidade das células NK é o defeito imunológico principal, resultando na imunodeficiência clínica do paciente. É uma forma distinta de um grande grupo das PIDs que inclui uma anormalidade das Células NK como um componente menor da imunodeficiência. Pacientes com NKD mais frequentemente têm consequências atípicas das infecções por herpesvírus. Existe no momento 6 genes relacionados como causa de NKD, sendo que alguns exclusivamente e outros que são também causa de outras imunodeficiências conhecidas. Esta lista cresceu nos anos recentes, e por isso os aspectos mecânicos e moleculares a respeito do que define uma NKD são um campo de pesquisa emergente e importante. Um aumento contínuo do conhecimento permitirá



abordagens terapêuticas mais racionais aos pacientes. Após ter avaliado vários pacientes para NKD, o autor apresenta as suas perspectivas a respeito da abordagem diagnóstica e o manejo destes pacientes.

**Comentários:** As células NK são linfócitos do sistema imune inato, com papel importante na vigilância antitumoral e no controle de infecções virais. No sangue periférico, cerca de 10% dos linfócitos são NK. Ao serem ativadas, por vários tipos de receptores, as NK secretam citocinas, exercem coestimulação dependente de contato e citotoxicidade. A citocina mais importante secretada pelas NK é a IFN- $\gamma$ , além de TNF- $\alpha$ , IL-10, IL-5 e IL-13. Na coestimulação expressam vários receptores coestimuladores, como CD154 (CD40L) e CD137 (TNFRSF9). As NK são capazes de induzir a morte de células-alvo. Esta citotoxicidade é de fato importante, visto que células NK com capacidade normal de secretar citocinas, mas com defeitos na citotoxicidade contribuem para a PID linfocitose hemofagocítica (HLH) em alguns subgrupos de HLH. Nestes, as NK são capazes de se ligarem às células infectadas por vírus e secretar grande quantidade de citocinas, promovendo a inflamação, mas são incapazes de erradicar a infecção via citotoxicidade. Várias SCID apresentam defeito das células NK, como na SCID ligada ao X por mutação no gene do IL-2R $\gamma$  ( $\gamma$ c). De outro lado, NKD representa um subgrupo de PID com deficiência principal nas NK. Vários defeitos gênicos já foram descritos como causa de NKD, mas em comum apresentam maior susceptibilidade a infecções por herpesvírus. A investigação deve ser considerando a quantidade absoluta e relativa de células NK no sangue periférico por citometria de fluxo. Outro método, mais difícil de realizar, é avaliar a citotoxicidade. Se a quantidade de células NK estiver diminuída

(< 1%) em relação à população de linfócitos, é indicativo de NKD.

Como tratamento, o uso da imunoglobulina hiperimune, particularmente para CMV, pode ser opção no tratamento de casos resistentes no contexto de NKD. A vacina recombinante para zoster pode ser indicada, assim como para HPV, e a MMR pode ser usada. O uso de antivirais, IFN- $\alpha$  e IFN- $\gamma$  podem ser considerados.



### 3 The need for clean air: The way air pollution and climate change affect allergic rhinitis and asthma

Eguiluz-Gracia I, Mathioudakis AG, Bartel S, Vijverberg SJH, Fuertes E, Comberiat P, et al.

*Allergy. 2020 Jan 9. doi: 10.1111/all.14177. Online ahead of print.*

#### Comentado por:

Dra. Cristine Secco Rosário

Dr. Atila Brizola Ribas

Prof. Dr. Nelson Augusto Rosário Filho

**Resumo:** A poluição e as mudanças climáticas têm impacto significativo na saúde e bem-estar humanos e contribuem para o iní-

cio e agravamento da rinite alérgica e asma, entre outras doenças respiratórias. Em países ocidentais, as famílias têm sofrido processo de isolamento, e os indivíduos tendem a ficar mais dentro de casa. Isso tem como consequência um aumento na exposição a alérgenos intradomiciliares (ácaros da poeira, animais, fungos, etc.), fumaça de cigarro e outros poluentes que influenciam na saúde respiratória. A poluição do ar extradomiciliar derivada do tráfego e outras atividades humanas tem efeito direto negativo na saúde humana, aumenta a alergenicidade de algumas plantas e contribui para o aquecimento global. As mudanças climáticas modificam a disponibilidade e distribuição de alérgenos derivados de plantas e fungos e aumentam a frequência de eventos climáticos extremos. Essa revisão resume os efeitos da poluição intra e extradomiciliar e das subsequentes mudanças climáticas na asma e rinite alérgica em crianças e adultos, e contempla os ajustes nas políticas e mudanças de estilo de vida necessárias para mitigar seus efeitos deletérios.

**Comentários:** A poluição representa grande ameaça à saúde global, afetando o suprimento de alimentos, a qualidade do ar e da água, o clima, a economia e outros fatores importantes para a saúde. Mais de 90% da população vive em locais onde a qualidade do ar não atende às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). A poluição do ar é uma das principais causas de mortes prematuras no mundo. Enquanto a poluição do ar tem importantes associações com situações como doenças cardiovasculares e câncer, tem havido grande interesse em entender os efeitos médicos primários da poluição do ar *per se* e atribuir a situação à indução ou exacerbação de asma e doenças respiratórias. A asma e a rinite alérgica (RA) têm mecanismos fisiopatológicos em

comum, e a prevalência delas vem aumentando em alguns países. Como as vias aéreas são uma importante fronteira do corpo humano, as exposições ambientais, coletivamente conhecidas como “expossoma”, afetam a homeostase da mucosa respiratória. Sabe-se muito sobre a influência dos aeroalérgenos nas doenças respiratórias, e a influência da poluição tem tido destaque na comunidade científica.

As principais fontes de poluição intradomiciliar incluem tabagismo passivo, dióxido de nitrogênio (NO<sub>2</sub>), monóxido de carbono (CO) e alguns compostos orgânicos voláteis. O tabagismo passivo está relacionado à maior prevalência de asma, pior controle da asma, crises mais graves, alterações epigenéticas e no microbioma respiratório, levando à disbiose. A exposição ao NO<sub>2</sub> e compostos orgânicos aumenta o risco de asma e o número de exacerbações.

Constituintes da poluição podem ser categorizados em partículas ou gases. Estudos mostram que poluentes gasosos podem causar exacerbações da asma, e existe substrato para pensar que eles podem ser uma causa de asma *per se*. No entanto, a exposição na vida real a poluentes tem componentes gasosos e particulados em combinações variadas, então, a resposta geral a estes poluentes depende da combinação de materiais e





formas em que são apresentados às vias aéreas. Além de influenciar as características de deposição no trato respiratório, o tamanho das partículas também interfere no tempo em que elas ficam suspensas na atmosfera e, portanto, na exposição. Partículas menores podem permanecer em suspensão por longos períodos e altas concentrações podem ser inaladas, ao contrário das partículas grandes, que caem rapidamente. As que têm diâmetro aerodinâmico de  $2,5 \mu\text{m}$  ( $\text{PM}_{2,5}$ ) adentram todo o trato respiratório e, portanto, constituem um alto risco à saúde. Partículas maiores (diâmetro  $> 2,5$  e  $< 10 \mu\text{m}$ ) impactarão nas vias aéreas maiores, mas não nos alvéolos.

Foi observado aumento expressivo nas concentrações de dióxido de carbono ( $\text{CO}_2$ ) nas últimas décadas. O  $\text{CO}_2$  é o mais importante gás de efeito estufa, e a sua concentração atmosférica aumentou de um valor pré-industrial de cerca de 280 ppm para 379 ppm em 2005, sendo grande parte das emissões de  $\text{CO}_2$  na atmosfera durante os últimos 20 anos resultantes da queima de combustíveis fósseis, e a maior parte do restante resultante de mudanças no uso do solo, especialmente o desmatamento. A mesma tendência ocorreu para os outros gases de efeito estufa: metano ( $\text{CH}_4$ ) e óxido nitroso ( $\text{N}_2\text{O}$ ). Além disso, o aumento das temperaturas contribuiu para a elevação das concentrações de ozônio (devido à maior incidência de luz solar e temperaturas mais elevadas) e material particulado em nível do solo (devido a queimadas, secas, desertificação, tempestades de areia e aumento do uso de carvão para geração de energia).

A poluição do ar intra e extradomiciliar exacerba sintomas de asma, porém, a evidência de que poluição causa novos casos de asma é pouco convincente, exceto o ozônio



troposférico. A exposição a poluentes pode induzir inflamação alérgica e não alérgica em asmáticos. O aumento progressivo nos níveis de dióxido de carbono e na temperatura afeta a polinização das plantas, modificando a potência dos polens.

As evidências relacionando tabagismo passivo e exposição à poluição relacionada ao tráfego (incluindo  $\text{NO}_2$  e  $\text{PM}_{2,5}$ ) à asma na infância são robustas. No entanto, são mais fracas na asma em adultos e também na rinite alérgica. Os mecanismos pelos quais a poluição induz doenças respiratórias são variados, e incluem alterações epigenéticas no epitélio respiratório e alterações no microbioma respiratório.

A exposição a alérgenos intra e extradomiciliares é um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento de asma e RA, sendo que os alérgenos intradomiciliares induzem fenótipos mais graves de alergia respiratória. A capacidade dos poluentes extradomiciliares de aumentar a alergenicidade e a imunogenicidade dos aeroalérgenos foi demonstrada *in vitro*, mas as implicações desses fenômenos necessitam ser melhor estabelecidas. Diferentemente dos poluentes, as mudanças climáticas afetam os grãos de pólen e os esporos fúngicos, aumentando sua disponibilidade sem alterar sua estrutura química, o que impacta na saúde respiratória.

São medidas importantes: incentivar políticas de promoção do acesso a fontes de energia não poluentes; reduzir o tráfego privado nas cidades e melhorar os transportes públicos; diminuir o uso de combustíveis fósseis e controlar as emissões dos veículos; plantar árvores não alergênicas nas cidades e, nesse contexto, a implantação de novas árvores em parques e vias públicas deve ser avaliada por especialistas em Alergia, a fim

de evitar espécies altamente alergênicas. Muitas medidas para reduzir as emissões de gases de efeito estufa podem ter benefícios positivos para a saúde. Estratégias para reduzir as mudanças climáticas e a poluição do ar são de natureza política, mas os cidadãos e, em particular, os profissionais de saúde, devem ter voz no processo decisório em apoio a políticas limpas, tanto nacionais como internacionais.



## ESPAÇO DO ESPECIALISTA

### 46º Congresso Brasileiro de Alergia e Imunologia conquista prêmio DOCTALKS

É com imensa alegria e satisfação que a Diretoria da ASBAI e o Comitê Científico e Organizador do **46º Congresso Brasileiro de Alergia e Imunologia**, realizado em setembro de 2019 em Florianópolis, anuncia a conquista do Prêmio DOCTALKS 2020, de “Melhor Evento na Categoria 2 Mil Pessoas”, que visa homenagear os eventos e personalidades da área Médica que se destacaram pela excelência e relevância de seu trabalho.

Desde o início da organização do 46º Congresso, houve sinergia, comprometimento e dedicação para que fosse um encontro ím-



par para todos os associados da ASBAI e para as demais especialidades que sempre prestigiaram o evento.

O nosso único objetivo era o de levar conhecimento de qualidade, com os mais renomados especialistas nacionais e internacionais das áreas de Alergia e Imunologia. Jamais pensávamos ser premiados por isso.

O nosso agradecimento a todos, sejam membros da Diretoria, dos comitês organizador e científico, palestrantes, associados da ASBAI e demais congressistas.

Vocês fazem parte dessa conquista!

## Dia Nacional do Teste do Pezinho

No dia 6 de junho comemora-se o **Dia Nacional do Teste do Pezinho**, que visa diagnosticar precocemente, na fase pré-sintomática, doenças que precisam de rápida intervenção terapêutica para garantir a sobrevivência e o adequado desenvolvimento do bebê. Neste contexto, o Departamento Científico de Imunodeficiências da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia ressalta a importância da triagem neonatal para as Imunodeficiências Primárias.

A Imunodeficiência Combinada Grave (SCID – *Severe Combined Immunodeficiency*) é caracterizada primordialmente pelo defeito no desenvolvimento dos linfócitos T e, a depender da etiologia genética, acompanha-se também de alterações nos linfócitos B e/ou células NK. Esta alteração dramática no sistema imunológico faz com que a doença seja uma emergência pediátrica. As infecções graves podem aparecer já nas primeiras semanas de vida, e sem o diagnóstico e tratamento adequados, estes bebês vão a óbito em até 24 meses de vida.

O defeito no desenvolvimento dos linfócitos T pode ser medido através da quantificação dos círculos de excisão dos receptores de células T (TREC). Além disso, também é possível investigar deficiências de células B, através da quantificação dos círculos de excisão de recombinação por deleção da cadeia kappa

(KREC). Estas quantificações são feitas a partir do DNA extraído de um círculo de 3 mm do papel filtro, onde é coletado o sangue para o teste do pezinho. O custo é relativamente baixo, e o resultado é emitido em até 48 horas a partir do momento que a amostra chega ao laboratório.



Além do diagnóstico de SCID, os testes de TREC e/ou KREC podem estar alterados também na agamaglobulinemia, Síndrome de Di George, Trissomia do 21, ou associados a condições como prematuridade extrema e malformações gastrointestinais. Desta forma, ressaltamos a função de **triagem** dos exames, que devem estar vinculados a um

fluxo de encaminhamento imediato dos bebês para testes confirmatórios e acesso a serviços de referência em Imunologia, bem como transplante de medula óssea nos casos de SCID. Tudo isso, antes que se instalem as infecções de repetição.

Em 2019 o Distrito Federal foi o primeiro ente da federação a incluir a triagem para SCID entre as doenças a serem analisadas no teste do Pezinho (Lei n° 6.382/2019). Esperamos que em breve os exames estejam disponíveis, e que os demais Estados mobilizem-se para fazer desta uma realidade nacional.

A triagem neonatal para imunodeficiências primárias salva vidas e pode transformar a história de milhares de famílias.

## Homenagem ao Dr. Walfrido Antunes



É com profunda tristeza que a ASBAI comunica o falecimento do Presidente Emérito **Dr. Walfrido da Cunha Antunes Neto**. O Dr. Walfrido cursou Medicina na cidade de Recife, pela Universidade de Pernambuco - UPE (antiga Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco). Realizou Pós-Graduação em Alergia e Imunologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, e foi Presidente da ASBAI no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2004.

Foi um dos primeiros médicos a consolidar e divulgar a Alergia e Imunologia Clínica no Brasil, e em especial, em Pernambuco.

Manifestamos nosso reconhecimento pelo trabalho de vários anos em prestigiar a Alergia e Imunologia Clínica. Respeito, carinho e referência que é sentida por seus amigos de longas décadas, entre eles, Geraldo Machado, que escreveu assim: “Conheci Walfrido, que foi filho de nosso professor Waldemir Antunes, na Cátedra de Microbiologia, logo nos tornamos amigos. Sempre frequentamos juntos congressos, cursos e jornadas médicas de Alergia e Imunologia nas várias cidades do Brasil. Realmente sua ausência física me dói muito, no entanto, jamais deixarei de lembrar sua imagem cativante”.

O Dr. Walfrido foi Presidente da Regional de Pernambuco, cargo hoje exercido por seu filho, Waldemir Antunes, que assim se pronunciou: “O tempo voa, e hoje temos esse enorme grupo de amigos que exercem a Alergologia e Imunologia Clínica com muita dedicação. E nesse momento homenageia ao meu pai, um amante pelo trabalho e pela Alergologia. Papai descansou, mas descansou com a roupa que ele mais gostava de usar, a bata de médico, a qual usou, amou e respeitou por aproximadamente 50 anos. A saudade fica, mas o amor, o respeito e a gratidão serão eternos”.

---



**ASBAI**

Associação  
Brasileira  
de Alergia  
e Imunologia

[www.asbai.org.br](http://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)