



GeneFood: alimente seus genes para viver mais e melhor

*Uma abordagem simplificada da Modulação
Epigenética e da Nutrição de Precisão*

AULA INTRODUTÓRIA 03

Quem é Isabela Stoop? (1)

1982

Por que você não faz Medicina Preventiva, a Medicina do Futuro?

Da intuição do pai à
realização da filha

1982 - 2026

Currículo resumido

- Faculdade de Medicina | Universidade Federal de Juiz de Fora - MG (1983 - 1991)
- Especialização em Medicina Nuclear | Hospital Socor em Belo Horizonte - MG (1992 - 1993)
- Prática Ortomolecular - SBMBRL - SP (1998)
- Aluna da 1a. turma do Curso Anual da Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN) em Ribeirão Preto - SP (2003)
- Título de Especialista em Nutrologia pela ABRAN/CFM/AMB (2005)
- Especialização Didático-Pedagógica para Profissionais da Área da Saúde - UFSC - ACM - Florianópolis - SC (2005)

Correção: Na aula gravada, eu disse que a medicina ortomolecular começou em 1998. Na realidade, **eu conheci a medicina ortomolecular naquele ano**. O termo “ortomolecular” foi introduzido por Linus Pauling em um artigo publicado em 1968, inicialmente no contexto da psiquiatria. As ideias e pesquisas que contribuíram para essa abordagem já vinham sendo desenvolvidas antes disso.

Currículo resumido

- Coordenadora de Atividade Científica da ABRAN (2008 - 2012)
- Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) - Palhoça - SC (2015 - 2017)
- Certificado em Nutrição Anti-inflamatória pelo *Inflammation Research Foundation* - Boston - EUA
- Adepta da proposta do *HeartMath Institute* e do *Age Management Medical Group* - EUA
- Idealizadora do Projeto GeneFood
- Vários artigos publicados nos EUA e o livro Algo Mais (2005)



Pioneira no Brasil em:

- Gestão do Envelhecimento
- Engenharia Aplicada ao Tempo de Vida Saudável
- Otimização da Saúde

O que é Gestão do Envelhecimento?

Retardar as areias do tempo



Science & Society | 1 July 2005 | 

Ageing, science and the cosmetics industry: The micro-inflammatory model serves as a basis for developing effective anti-ageing products for the skin

Paolo U Giacomoni

[AUTHOR INFORMATION](#)EMBO reports(2005)6: S45 - S48 | <https://doi.org/10.1038/sj.embor.7400400>

Criou um modelo micro-inflamatório para servir de base para o desenvolvimento de produtos eficazes para combater o envelhecimento cutâneo.



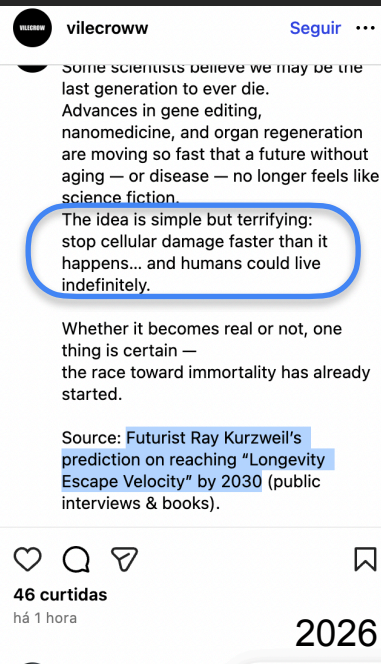
During the twentieth century, public health, improved hygiene and the widespread use of antibiotics dramatically reduced mortality in the Western world. Other technological improvements to our living conditions, such as the use of refrigerators to cool food or the transition from animal to mechanical means of transportation, have also helped to ease the burden of infectious diseases that plagued our ancestors only a century ago. These medical and technological developments have resulted in a massive increase in general life expectancy and consequently the number of people living to a comparatively old age, such as healthy centenarians. Together with a birth rate that has been in decline since the 1950s, this has led to a situation in which the elderly make up nearly half of the population. Western societies are now faced with the medical, social and financial consequences of a population distribution that is skewed towards older people. But the increase of the so-called greying population has also created a huge market for consumer goods that are palatable to active people in their fifties and sixties, including nutritional additives, sports, fashion and cosmetics.

Envelhecimento: **acúmulo** de dano molecular com o passar dos anos.



O principal dano relacionado ao **envelhecimento** era a **inflamação**. Então, pensei: "Se a gente conhece o dano que envelhece e causa doenças, vamos **controlar** o dano!"

A ideia é simples: parar o dano celular (*stop cellular damage*) mais rápido do que ele acontece.



DANOS MOLECULARES

ABORDAGEM CLÍNICA

Inflamação

Modulação inflamatória

Oxidação

Redução do estresse oxidativo

Glicação

Controle glicometabólico

Acidificação

Regulação do equilíbrio ácido-base

Hipo ou Hipermetilação

Regulação epigenética equilibrada



Ponto de partida

Avaliação Geral do Estado
Nutricional, Metabólico e Hormonal

EXAMES	4.10.24	26.02.25	7.8.25	9.12.25					REF
Hm	5,49	4,88	4,99	4,91					M: 4,32 - 5,66F: 3,88 a 4,91
Hb	16,1	14,1	14,9	14,8					M: 13,3 - 16,7; F: 11,8 a 14,8
Htc	48,2	41,8	42,3	43,3					M: 39 - 50; F: 36,0 a 44,0
VGM	87,8	85,7	86,0	86,1					80 - 100
Leuc	5350	4970	5030	5301					3.900 - 11.000
Seg	50,3	54	55	56					1.700 - 7.500 (45-75%)
Linf	40,2	33	36	35					1.000 - 3.200 (20-50%)
Eos	7,1	5,9	2	3					30 - 460 (0-7%)
Mon	7,8	7,1	7	6					
Plaquetas	278	271	277	259					150.000 - 450.000
VHS	13		2						H: < 15-20; M: < 20-30 (50 anos)
PCR-us	2,36		0,6	0,12					< 3 (risco CV); < 5 (Inf/Infec)
Ferritina	392	303	201	215					20 - 380
IST	18	29,6	33	34					M: 20 - 50; F: 15 - 50
CTLF	316	303	315	315					250 - 425
CLLF	258	212							140 - 238
Ferro	58								H: 65 - 175; M: 50 - 170
Transferrina	259								215 - 365/250 - 380

Normal que pode melhorar

EXAMES	27.2.24	3.5.24	28.9.24	6.1.25	26.3.25	4.6.25	19.8.25	27.11.25	27.2.26	Referências
Hm	4,05	4,38	3,9	4,36	4,40	4,47	4,53	4,3	4,1	F: 3,88 a 4,91
Hb	12,6	13,8	12	13,8	13,9	14,3	14,3	13,7	13	F: 11,8 a 14,8
Htc	37,4	41	38,6	40,4	40,4	42,1	42,4	40,3	38,5	F: 36,0 a 44,0
VGM	92,4	93,5	98,2	92,6	91,9	96,1	93,5	93,5	95,3	80 - 100
Leuc	4.780	5.210	5.840	6.570	5.370	5.560	4.570	4.620	6.070	3.900 - 11.000
Seg	60,8	61,5	67,1	71,6	59,9	58,6	61,5	56,2	71,4	1.700 - 7.500 (45-75%)
Linf	31,7	31,2	34,1	22,2	32,6	33	31,9	35,9	20,6	1.000 - 3.200 (20-50%)
Eos	1,7	1,4	1,4	1,6	1,5	1,9	1,1	1,7	0,7	30 - 460 (0-7%)
Mon	5,4	5,6	8,2	4,4	5,5	6,4	12,5	5,6	6,1	200 - 920 (2-10%)
Plaquetas	209	227	287	217	218	206	229	224	231	150.000 - 450.000
VHS	16	16	5	4				3		H: < 15-20; M: < 20-30 (50 anos)
PCR-us	*	0,22	*	0,22	0,15	*	*	*	*	< 3 (risco CV); < 5 (Dç. Inf/Infec)
Ferritina		85,8		34,3	81,7		80,5	80,1	109	M: 15 - 200
Glicose	88	97		97	88		93	93,4		70 - 99
Insulina	5,1	7		7,7			4,3	4,7		2,6 - 37,6
HbA1c	5,6	5,6		5,7	5,5	5,4	5,2	5,2	5,2	N: 4 a 5,6 ; 5,7 - 6,4 = risco; 6,5 DM
TSH		1,4		1,43	0,89		1,43	1,37	1,19	0,55 - 4,78

EXAMES	2.2.23	2.6.23	28.9.23	3.4.24	9.1.25	13.6.25	24.10.25	3.11.25	3.2.26	Referências
Ác úrico		3,9				4,2				M: 3,5 - 7,2; F: 2,6 - 6,0
25OHHvit D		85,2	58,6	85,9	61,1	79,5	77,9		71	> 30 - Variável
Ca T			8,9	9,7	9,2	9,3			9,3	8,3 - 10,6
PTH			58		45	37,5			32	13,6 - 85,8
Mg		1,8			2,1		1,9			1,3 - 2,7
Mg Hm	3,94	4,96	4,66			4,77		4,67	4,80	3,24 - 5,14
Zn Total					73,53		71			70-110
Zn Hm	820	846	635	675,8		893		789,3	840	440 - 860
Cobre		91,3	61,9	93,5			99,6		120	75 - 155
Selênio		100	209	135			140			63-160
Sódio			142		141		142		141	136 - 145
Potássio			4,2		4,1		4,2		4,5	3,5 - 5,1
Fósforo					3,2					2,4 - 5,1
Cloro		104	104				103		102	98 - 107
Manganês		0,6	0,5				1,2		1,6	<2,9
Vit A		0,4	0,5	0,6		0,6			0,7	0,3 - 0,7
Vit E		11		8,1		14,2			16	5 - 20
Ac Fólico										>5,38
Vit B12	691	>1500	633	1073		797	830		880	>600
Homocist			5,2		6,5	5,7	9		8,5	5-15



VitalTrack

Português

English



Paciente mo...



Enviar laudo



Acrescentar dados manualmente

Zenith Longévité

Dra. Isabela Stoop (Nutrologia RQE 7.455) e Dra. Laura David (Tricologia)

Paciente modelo

Resultados laboratoriais do paciente ao longo do tempo.



Salvar



Exportar PDF

Legenda: ● Ótimo ● Limítrofe ● Fora do intervalo[+ Acrescentar exame](#) 👁 6 linhas ocultas

EXAME	27/11/25	27/02/26	27/05/26	15/09/26
Eritrócitos (Hm) (milhões/mm ³)	4.30 3,8–4,8	4.10 3,8–4,8	4.10 3,8–4,8	4.30 3,8–4,8
Hemoglobina (Hb) (g/dL)	13.7 12–15	13 12–15	12.5 12–15	13.1 12–15
Hematócrito (Htc) (%)	40.3 36–46	38.5 36–46	38.1 36–46	39.8 36–46
VCM / VGM (fL)	93.5 83–101	94.3 83–101	93.8 83–101	92.5 83–101
HCM (pg)	31.8 27–32	31.8 27–32	30.7 27–32	30.4 27–32
CHCM (g/dL)	34 31.5–34.5	33.7 31.5–34.5	32.8 31.5–34.5	32.9 31.5–34.5
RDW (%)	12.4	12.6	12.8	12.2

Zenith Longévité

Dra. Isabela Stoop (Nutrologia RQE 7.455) e Dra. Laura David (Tricologia)

Paciente modelo — Resultados Laboratoriais — 29/09/2026

EXAME	27/11/25	27/02/26	27/05/26	15/09/26
Eritrócitos (Hm) (milhões/mm ³)	4.30 3.8–4.8	4.10 3.8–4.8	4.10 3.8–4.8	4.30 3.8–4.8
Hemoglobina (Hb) (g/dL)	13.7 12–15	13 12–15	12.5 12–15	13.1 12–15
Hematócrito (Htc) (%)	40.3 36–46	38.5 36–46	38.1 36–46	39.8 36–46
VCM / VGM (fL)	93.5 83–101	94.3 83–101	93.8 83–101	92.5 83–101
HCM (pg)	31.8 27–32	31.8 27–32	30.7 27–32	30.4 27–32
CHCM (g/dL)	34 31.5–34.5	33.7 31.5–34.5	32.8 31.5–34.5	32.9 31.5–34.5
RDW (%)	12.4 11.6–14	12.6 11.6–14	12.8 11.6–14	12.2 11.6–14
Leucócitos (/μL)	4620 4000–10000	6070 4000–10000	5630 4000–10000	4690 4000–10000
Neutrófilos (Seg) (%)	56.2 45–75	71.4 45–75	60.5 45–75	51.1 45–75
Linfócitos (%)	35.9 20–50	20.6 20–50	32.5 20–50	38.6 20–50
Eosinófilos (%)	1.7 0–7	1.2 0–7	1.2 0–7	1.7 0–7
Monócitos (%)	5.6 2–10	6.1 2–10	5.3 2–10	7.5 2–10

Portanto, um exame é uma **fotografia**. A tabela é um **filme**. As cores da tabela permitem uma visualização clara da evolução do paciente através de avaliações **sistemáticas** periódicas, geralmente de 4 em 4 meses.

Nesta avaliação inicial, resultados absolutamente dentro da normalidade também são dados **relevantes** — pois indicam que iremos atuar para preservá-los.

Concluindo, as tabelas de gestão do envelhecimento permitem um acompanhamento adequado dos resultados laboratoriais para uma atuação mais efetiva na **manutenção** da saúde, o foco da medicina **preventiva** do século XXI.



Assista a seguir a Aula Introdutória 4

Quem é Isabela Stoop? - Parte 2

Declaração de ausência de conflitos de interesse

GeneFood é um curso autoral, desenvolvido de forma independente, sem patrocínio ou vínculo com empresas.

Não há interesses financeiros, comerciais, institucionais ou pessoais relacionados aos temas, empresas ou produtos mencionados no seu conteúdo. As menções têm finalidade exclusivamente didática.