JORNAL da ASSEX
74

Impresso Especial
9912221358/2008-DR/RJ
Assex
CORREIO

JORNAL da ASSEX

Órgão oficial da Associação dos Ex-Alunos do IEDE - setembro 2012 – ANO 19
Distribuição dirigida à classe médica
www.assex.org.br

ASSEX IEDE

"POLÊMICAS NA ENDOCRINOLOGIA" É O TEMA DO 41º ENCONTRO ANUAL DO IEDE.

Conheça os detalhes e a programação do evento nas páginas 5 a 7

Dr. Adolpho Milech, referência em Diabetes no Rio de Janeiro e Brasil, receberá o Prêmio José Schermann. Leia sua entrevista na página 3.

Serviço de Metabologia organiza mais uma Oficina de Atualização em Diabetes Mellitus. Leia mais na página 14.

Dr. Miguel Hissa, de Fortaleza, é o entrevistado no Isto é o IEDE e fala um pouco de sua relação com a Endocrinologia e com o IEDE. Leia a entrevista completa na página 15.

EDITORIAL

ENCONTRO ANUAL DO IEDE. SÓ FALTA VOCÊ....

Esta Edição do Jornal da ASSEX está voltada especialmente para o Encontro Anual do IEDE de 2012. Nas páginas 5 a 7, temos a matéria com alguns detalhes do Encontro, além da programação e os pacotes para o Evento. Mais uma vez, teremos a presença de alguns velhos (ou novos) amigo do IEDE para abrilhantar a programação científica. Esperamos poder contar com a presença tanto de ex-alunos como de amigos do Instituto, para podermos fazer este mais um Encontro inesquecível.

Uma das grandes novidades da parte social do Encontro este ano será o Jantar do presidente. Normalmente, o jantar é sempre realizado no Hotel escolhido para sediar o evento. Este ano será diferente. Após muita discussão, conseguimos fechar um dos mais belos restaurantes na famosa Rua das Pedras, em Búzios. Tenho certeza que teremos a oportunidade de passar uma ótima noite de sábado e de terminarmos mais um evento com chave de ouro.

Uma das grandes honras do Presidente da ASSEX é poder entregar o Prêmio José Schermann. No ano passado, tive o prazer de receber o Dr. Bernando Leo Wajchenberg, figura que me inspirou desde minha época de graduação. Neste ano, teremos a honra de homenagear um dos endocrinologistas mais importantes do Rio de Janeiro e do Brasil:o Professor Adolpho Milech. Além de inquestionável fonte de conhecimento em Diabetes e na endocrinologia, o Dr. Adolpho Milech é um dos grandes apoiadores da nova geração da endocrinologia do Rio de Janeiro (na qual me incluo). Não teve uma única vez que o Professor Adolpho Milech não tenha me encontrado sem uma palavra de carinho, um conselho ou um novo ensinamento.

Partindo agora para o Nordeste do Brasil, mais especificamente para Fortaleza, o entrevistado desta edição no Isto é o IEDE é o Dr. Miguel Hissa. A idéia de entrevistá-lo veio após realizar a Edição especial do Jornal da ASSEX. Para os tem a Edição em casa, aconselho uma busca cuidadosa nas fotos antigas, onde poderemos encontrá-lo com um belo terno típico dos anos 70. Considerado uma das grandes referências em Diabetes da região Nordeste, o Dr. Miguel Hissa conta, na página 15, um pouco de sua relação com nosso Instituto e de sua longa e vitoriosa carreira como médico.

As Oficinas de Atualização em Diabetes continuam "a todo vapor". Na página 14, temos uma matéria sobre uma Oficina realizada em 28 de Julho de 2012. Desta vez organizada pelo Dr. Amélio Godoy-Matos (chefe do Serviço de Metabologia do IEDE), o encontro serviu para discutir como alguns velhos conceitos vêm sendo redescobertos e tem ganhado uma importância cada vez maior no tratamento atual do DM. Um evento que, com toda certeza, foi muito bem aproveitado pelos presentes.

Saudações Tricolores,

Rodrigo Moreira
Presidente da ASSEX (Biênio 2011-2012)

EXPEDIENTE

ASSEX – Associação dos Ex-alunos do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione – Rua Moncorvo Filho, 90, Centro, Rio de Janeiro, RJ, Cep 20211-340, tel. (021) 2224-8587, e-mail: contato@assex.org.br, site www.assex.org.br

Presidente de Honra: *Dr. Luiz Cesar Póvoa;* **Diretor Presidente:** *Dr. Rodrigo Moreira;* **Diretor Vice-Presidente:** *Dr. Alexander Benchimol;* **Diretora Tesoureira:** *Dra. Érika Guedes;* **Diretor Vice-Tesoureiro:** *Dr. Roberto Assumpção;* **Diretora Secretária:** *Dra. Cristiane Rangel;* **Diretora Vice-Secretária:** *Dra. Flávia Barbosa;* **Diretora Social:** *Dra. Luciana Souza* e **Diretor de Eventos Científicos:** *Dr. José Mauricio Braga*

JORNAL DA ASSEX – Coselho editorial: *Dr. Ricardo Meirelles; Dr. Luiz Cesar Póvoa e Dr. Walmir Coutinho;* **Editor:** *Dr. Rodrigo Moreira;* **Editores Associados:** *Luiz César Póvoa e Ricardo M. R. Meirelles;* **Jornalistas Responsáveis:** *Elizabeth Pereira dos Santos* – MTRJ 12714; **Projeto Gráfico:** *Celso Pupo*; **Diagramação:** André Borges; **Publicidade:** *Roberto Dutra (ASSEX)*; **Tiragem:** 3 mil exemplares. **Fotolito e Impressão:** Reproarte. **Distribuição dirigida à classe médica**

INFORMED – Rua do Catete, 311, sala 614, Rio de Janeiro, RJ, Cep 22.220-901, telefax: (21) 2205-2430/2205-0707, e-mail: informed@informedjornalismo.com.br.

PRÊMIO JOSÉ SCHERMANN

DR. MILECH É O HOMENAGEADO EM 2012

A escolha, sempre difícil, era para decidir quem seria o homenageado do Prêmio José Schermann em sua décima versão, neste ano de 2012. Os critérios, basicamente os mesmos: contribuição significativa para o crescimento da endocrinologia brasileira, vínculo científico ou afetivo com o IEDE etc. E o nome escolhido foi o do carioca Dr. Adolpho Milech, com mais de 45 anos dedicados ao ensino e à pesquisa na especialidade, dono de extenso e brilhante currículo.

O começo dessa história de dedicação integral à endocrinologia já foi um sucesso: ao se formar, em 1964, o então jovem Dr. Milech estava entre os 10 primeiros alunos, de todas as turmas, que recebiam anualmente o Prêmio Universidade do Brasil.

O homenageado comenta que entrou na faculdade "com a ideia de ser anestesista ou cardiologista", mas foi acadêmico no Hospital Souza Aguiar, no Rio de Janeiro, e detestou. "Não era meu perfil". Até que o destino lhe trouxe uma paciente que um amigo pedira para internar, sem diagnóstico. Este amigo só não contou que ela já fora internada três vezes com aparentes surtos psicóticos. Ao examiná-la, o detalhe das mucosas menos coradas que a pele chamou sua atenção. No meio da madrugada, se fez a pergunta: seria hipotireoidismo? Confirmado: "era 'loucura mixedematosa. Depois de tratada, essa senhora era uma das criaturas mais doces que conheci na vida, que de louca não tinha nada". Estava decidido, "eu gostava muito de metabolismo e me dirigi para esta área e a de diabetes".

A Força do Conhecimento

Mais uma vez o destino, sempre ele, trouxe a notícia de que a Fundação Kellog's, nos EUA, queria mais "Fellows" brasileiros para bolsas de estudo. Dos dois preparados, que já haviam passado com nota alta em prova prévia, só ele podia viajar, e lá se foi para um ano na Joslin Clinic, atuando em diabetes, e outro, em endocrinologia.

Dessa temporada de estudos, lembra com especial carinho de dois profissionais com quem aprendeu muito: a Dra. Priscila White, "mãe" da gravidez em diabetes, e o Dr. George Francis Cahill chefe do setor de pesquisa da Joslin Clinic, "uma pessoa extraordinária". Outro que nunca esqueceu foi o Dr. John Crigler que deu o nome a doença de Crigler-Najar ("eu nunca havia conhecido alguém que desse nome a uma doença, tinha muita curiosidade"). Foi assistindo uma aula sua em que um aluno foi inconveniente, indelicado até, mas não fez o mestre sequer levantar a voz, que diz ter aprendido "que o professor não pode gritar, nem usar da força, a não ser a do conhecimento". Ele conta que aprendeu também que "quando você está satisfeito com o que sabe, não vai pra frente. Você tem que ficar preocupado procurando descobrir o que não sabe!".

Na volta, assumiu como professor auxiliar na cadeira de clínica médica, a convite do professor Clementino Fraga Filho. Nessa ocasião, recorda, "o professor Procópio do Vale criou a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), fundação da qual Dr. Milech não participou, "mas fui da diretoria dele quando do primeiro congresso. Ainda sem patrocínio, arrumamos até as cadeiras no salão, foi o início".

Aprovado em primeiro lugar, em Clínica Médica, no primeiro concurso da UFRJ, mais uma vez participou de um momento histórico: as comissões de implantação do futuro Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, conhecido como Hospital do Fundão.

Centro de Saber

Dr. Milech recorda que, em curso no IEDE, como convidado, foi apresentado ao Dr. José Schermann e, a partir dali – era 1971 – se ligaria "profundamente" ao professor Arduino. "Nós batalhamos pelo diabético pelo menos por 10 anos", comenta.

Falando no Instituto, recorda que estava sempre por lá, "me dava bem com as pessoas e, delas, destaco a pessoa fantástica do Dr. Raul, que é a alma do IEDE". Ele diz que até hoje tem grandes amigos no Instituto. "Foi pra mim uma grande escola. É um centro de saber".

Sobre e professor Schermann, "quando me perguntam se o conheci bem, digo que não, mas ainda como aluno e residente da Santa Casa ouvi os maiores elogio possíveis, como sendo o melhor endocrinologista clínico. E olhe que só tinha gente boa lá...A imagem que tenho dele é esta: a de uma pessoa que chegava junto ao doente, que conversava, sabia examinar, sabia raciocinar, diagnosticar. E naquela época os exames complementares era paupérrimos, quase nada".

Em 78, terminou seu mestrado "contestando o conceito daquela época do que era resistência à insulina, mostrando que esta fenômeno era muito mais amplo". Galgou postos na UFRJ, e em 1985 assumiu a presidência da SBD "e já peguei pronto o protocolo para fazer o primeiro censo do diabetes no Brasil". Levou 3 anos para ser concluído , porém impulsionou as ações relacionadas a Diabetes e Saúde Pública. Porém sentiu que ainda faltava algo em sua carreira. Em 2008 terminou o Doutorado "com uma tese sobre miscigenação racial e Diabetes Mellitus", explica.

Recentemente, ao completar 70 anos, veio a aposentadoria compulsória como professor. "Temos que permitir que os jovens ocupem espaços, justifica". "Este ciclo terminou, agora vou entrar em outra fase". Faz uma pequena pausa na fala acelerada, e acrescenta tranquilo: "Acho que fui bastante feliz na carreira, sempre gostei do que fiz, sempre gostei de dar aula, de pesquisar. Foram 45 anos".

Hora de pensar no Prêmio. "O Rodrigo, um dos líderes da nova geração, me honrou com o convite. Com a admiração que tenho por todo o pessoal do IEDE, foi uma honra para mim. Achei que não podia fugir do desafio, tinha a obrigação moral de aceitar. Vou caprichar na minha conferência. Encerro com dignidade". ■

"Não se pode criar experiência.
É preciso passar por ela."

Albert Camus

actos®

cloridrato de pioglitazona

BENEFÍCIOS ALÉM DO CONTROLE GLICÊMICO SUSTENTADO[1-10]

- **Reduz a resistência insulínica,[6]**
- **Preserva a função das células-ß,[6]**
- **Diminui risco cardiovascular.[4]**

Dose única diária oral, independente da alimentação.[11]

Referências bibliográficas: 1. Tan MH, et al; Comparison of pioglitazone and gliclazide is sustaining glycemic control over 2 years in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care,* 2005; 28:544-550. **2.** Nissen SE, et al. Comparison of Pioglitazone vs. Glimepiride on Progression of Coronary Atherosclerosis in Patients With Type 2 Diabetes.The PERISCOPE. Randomized Controlled Trial. *JAMA,* 2008; 299(13):1561-1573. **3.** Scheen AJ, et al. Long-term glycaemic effects of pioglitazone compared with placebo as add-on treatment to metformin or sulphonylurea monotherapy in PROactive (PROactive 18). *Diabet. Med.,* 2009; 26(12):1242-9. **4.** Derosa G. Efficacy and Tolerability of Pioglitazone in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Comparison with Other Oral Antihyperglycaemic Agents. *Drugs,* 2010; 70(15). **5.** Charbonnel B, et al. Pioglitazone Use in Combination with Insulin in the Prospective Pioglitazone Clinical Trial in Macrovascular Events Study (PROactive19). *J. Clin. Endocrinol. Metab.,* 2010; 95(5). **6.** Hohberg C, et al. Successful switch from insulin therapy to treatment with pioglitazone in type 2 diabetes patients with residual b-cell function: results from the PioSwitch Study. *Diabetes, Obesity and Metabolism,* 11, 2009; 464-471. **7.** Derosa G, Cicero AF, Gaddi A, et al. Metabolic effects of pioglitazone and rosiglitazone in patients with diabetes and metabolic syndrome treated with glimepiride: a twelve-month, multicenter, double-blind, randomized, controlled, parallel-group trial. *Clin. Ther.,* 2004 May; 26(5):744-54. **8.** Derosa G, D'Angelo A, Ragonesi PD, et al. Metabolic effects of pioglitazone and rosiglitazone in patients with diabetes and metabolic syndrome treated with metformin. *Intern. Med. J.,* 2007 Feb; 37(2):79-86. **9.** PROactive study shows reduced heart attacks and strokes in type 2 diabetics on pioglitazone HCL (Actos®) therapy. *Cardiovascular Journal South Africa,* 2005 Sep/Oct; 16(5):286-7. **10.** Rajagopalan R, Perez A, Ye Z, et al. Pioglitazone is effective therapy for elderly patients with type 2 diabetes mellitus. *Drugs Aging,* 2004; 21(4):259-71. **11.** Actos®. Bula do produto. Abbott Laboratórios do Brasil.

ACTOS® (cloridrato de pioglitazona). MS: 1.0553.0238. USO ADULTO. Indicações: antidiabético oral utilizado como coadjuvante de dieta e exercícios para melhorar o controle glicêmico em pacientes com diabetes tipo 2; como monoterapia e também para uso em combinação com sulfonilureia, metformina, ou insulina. Contraindicações: hipersensibilidade a pioglitazona ou a qualquer um de seus excipientes. É contraindicada a iniciação do medicamento em pacientes com insuficiência cardíaca estabelecidos nas Classes III ou IV do "*New York Heart Association*" (NYHA). Precauções e advertências: Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC): as tiazolidinedionas, incluindo ACTOS® (cloridrato de pioglitazona), causam ou exacerbam a insuficiência cardíaca congestiva. Seu uso não é indicado para pacientes em classes III e IV da *New York Heart Association,*. Diabetes tipo 2 e ICC: o tratamento com ACTOS® (cloridrato de pioglitazona) deve ser iniciado com a menor dose recomendada, prescrita para pacientes com diabetes tipo 2 e insuficiência cardíaca sistólica (Classe I e II do NYHA).ACTOS® (cloridrato de pioglitazona), semelhante a outras tiazolidinedionas, pode causar retenção de fluído quando usado sozinho ou em combinação com outros agentes antidiabéticos, incluindo a insulina. A retenção de fluido pode levar ao exacerbamento da insuficiência cardíaca). Geral: este medicamento não deve ser utilizado em pacientes portadores de diabetes tipo 1 ou para o tratamento de cetoacidose diabética. Hipoglicemia: pacientes recebendo cloridrato de pioglitazona em combinação com insulina ou agentes hipoglicemiantes orais correm risco de apresentar hipoglicemia, podendo ser necessária a redução do agente concomitante. Ovulação: o tratamento com tiazolidinedionas pode resultar em reinício da ovulação. Hematológicas: a pioglitazona pode causar decréscimos na hemoglobina e hematócrito. Edema: pioglitazona deve ser usada com cuidado em pacientes com edema. Edema Macular: é desconhecido se existe relação causal entre pioglitazona e edema macular. Aumento de peso: foi observado aumento de peso relacionado à dose com pioglitazona isoladamente ou em combinação com outros antidiabéticos orais. Efeitos hepáticos: embora os dados clínicos disponíveis não mostrem nenhuma evidência de hepatotoxicidade ou elevações de ALT induzidas por pioglitazona, recomenda-se que pacientes tratados com cloridrato de pioglitazona sejam submetidos a monitorações periódicas de enzimas hepáticas. Fraturas: em um estudo em pacientes com diabetes tipo 2, o aumento da incidência de fratura óssea foi notada em mulheres que tomaram o medicamento. O risco de fraturas deve ser considerado, especialmente em mulheres e deve ser dada atenção à avaliação e manutenção da saúde do osso de acordo com os padrões de cuidado atuais. Exames laboratoriais: medidas de glicemia de jejum e hemoglobina glicosilada devem ser realizadas periodicamente para monitorar o controle glicêmico e a resposta terapêutica ao cloridrato de pioglitazona. Carcinogênese, mutagênese e prejuízo da fertilidade: um estudo em carcinogenicidade foi conduzido em ratos machos e fêmeas e tumores induzidos pelo fármaco não foram observados em nenhum órgão, exceto na bexiga. Um estudo de dois anos em carcinogenicidade foi conduzido em camundongos machos e fêmeas e tumores induzidos pelo fármaco não foram observados em nenhum órgão. Durante a avaliação prospectiva de citologia urinária, envolvendo pacientes recebendo pioglitazona em estudos clínicos, não foi identificado nenhum caso novo de tumor de bexiga. O cloridrato de pioglitazona não foi mutagênico em uma bateria de estudos de toxicologia genética. Nenhum evento adverso sobre fertilidade foi observado em ratos machos e fêmeas para doses orais com cloridrato de pioglitazona. Insuficiência renal: a meia-vida de eliminação da pioglitazona, permanece inalterada em pacientes com disfunção renal moderada a grave quando comparada a indivíduos normais. Nenhum ajuste de dose é recomendado a pacientes com disfunção renal. Insuficiência hepática: o tratamento não deve ser iniciado se o paciente apresentar evidência clínica de doença hepática ativa ou níveis de transaminase sérica acima de 2,5 vezes o limite superior da normalidade. Idosos: nenhuma diferença significativa na segurança ou eficácia foi observada entre pacientes com 65 anos de idade ou mais e pacientes mais jovens. Crianças: a segurança e eficácia da pioglitazona não foram estabelecidas para pacientes pediátricos. Gravidez e Lactação: ACTOS® (cloridrato de pioglitazona) deverá ser usado durante a gravidez somente se os potenciais benefícios justificarem o risco potencial para o feto. Não se sabe se a pioglitazona é secretada no leite humano. Devido ao fato de muitos fármacos serem excretados no leite humano, a pioglitazona não deve ser administrada em mulheres durante o período de amamentação. Reações adversas: Monoterapia com pioglitazona: reação muito comum: infecção do trato respiratório superior; reação comum: dor de cabeça, sinusite, mialgia, alterações dentárias, *diabetes mellitus* agravada, faringite, anemia e edema. Terapia combinada de pioglitazona mais insulina ou sulfonilureia ou metformina: hipoglicemia, edema, dispneia, alteração do peso, anemia e insuficiência cardíaca congestiva. Reações adversas observadas em todos os estudos clínicos: redução dos valores de hematócrito e hemoglobina, aumento dos níveis de transaminases séricas, redução dos valores médios de bilirrubina, redução dos valores de AST, redução da fosfatase alcalina e gama GT e aumento nos níveis de CPK. Reações adversas observadas na pós-comercialização: edema macular diabético e diminuição da acuidade visual. Interações medicamentosas: medicamentos com importante potencial de interação: midazolam, cetoconazol, atorvastatina cálcica, genfibrozila e rifampicina. As seguintes drogas foram estudadas em voluntários saudáveis com a coadministração de cloridrato de pioglitazona 45 mg uma vez ao dia para os quais não foi detectada nenhuma interação ou com interação sem importância clínica: cloridrato de fexofenadina, glipizida, digoxina, varfarina, metformina, cloridrato de ranitidina, nifedipina ER e teofilina. A coadministração de cloridrato de pioglitazona (45 mg uma vez ao dia) e um contraceptivo oral (1 mg de noretindrona mais 0,035 mg de etinilestradiol uma vez ao dia) por 21 dias, resultou na diminuição em 11% e 11-14% na AUC (0-24h) e na Cmax do etinilestradiol, respectivamente. Não houve mudanças significativas na AUC (0-24h) e Cmax da noretindrona. Tendo em vista a alta variabilidade da farmacocinética do etinilestradiol, a importância clínica deste achado é desconhecida. Nas pacientes que estejam em período anovulatório pré-menopausa por resistência insulínica, o tratamento com tiazolidinedionas, incluindo pioglitazona, pode resultar em reinício da ovulação. Como consequência da melhora da sensibilidade à insulina, estas pacientes podem apresentar risco de gravidez se contracepção adequada não for usada. Posologia e modo de usar: uma vez ao dia, independentemente da alimentação. A monoterapia com ACTOS® em pacientes sem controle adequado de dieta e exercícios pode ser iniciada com 15 mg ou 30 mg uma vez ao dia. A dose pode ser aumentada até 45 mg uma vez ao dia (dose máxima diária recomendada). Em pacientes que não respondem adequadamente à monoterapia, uma terapia combinada pode ser considerada. ACTOS® deverá ser iniciado na dose de 15 a 30 mg ao dia. Se o paciente apresentar hipoglicemia na associação com sulfonilureia, a dose desta deverá ser diminuída. Nos pacientes que estejam recebendo ACTOS® e insulina, a dose de insulina pode ser diminuída em torno de 10 a 25% se o paciente apresentar hipoglicemia ou se as concentrações de glicose plasmática diminuírem para valores menores de 100 mg/dL. Não é recomendado o ajuste de doses em pacientes com insuficiência renal. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Registrado por: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda - Rua Michigan, 735 - São Paulo - SP. CNPJ 56.998.701/0001-16. ABBOTT CENTER: 0800 7031050. Se persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado.

Contraindicação: É contraindicado em pacientes com insuficiência cardíaca classe funcional III e IV (NYHA).[11] **Interação medicamentosa:** Pioglitazona pode interagir com anticoncepcional oral diminuindo a disponibilidade do etinilestradiol.[11]

Abbott Center
Central de Relacionamento com o Cliente
0800 703 1050 | www.abbottbrasil.com.br

MATERIAL DESTINADO A PROFISSIONAIS DE SAÚDE PRESCRITORES.
REPRODUÇÃO PROIBIDA. PRODUZIDO EM MAI/11.

Abbott
A Promise for Life

ENCONTRO ANUAL DO IEDE

TUDO PRONTO PARA 41º ENCONTRO ANUAL DO IEDE

Depois de muita discussão, finalmente está tudo pronto para o 41º Encontro Anual do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE). Assim como nos últimos anos, o Encontro será realizado no Hotel Atlântico Búzios. Se no último ano tivemos um encontro recheado de surpresas e inovações, este ano não será diferente. Temos uma série de novidades programadas, convidados ilustres, uma programação científica recheada de polêmicas (como o próprio nome do Evento) e algumas mudanças na parte social.

O tema deste ano será "Polêmicas na Endocrinologia". Como pode ser visto na programação (na página ao lado), os temas tentaram incluir alguns dos pontos mais controversos no momento da endocrinologia. E para discutir estes pontos, já temos confirmados alguns grandes nomes do Brasil, que se juntaram aos especialistas do IEDE, para promover uma discussão do mais alto nível científico. Dos convidados de fora do Rio de Janeiro, damos destaque ao Dr. Pedro Wesley Rosário, de Belo Horizonte, considerado hoje um dos maiores especialistas em câncer de tireoide do Brasil. Aproveitaremos a presença do Dr. Pedro Rosário tanto em uma mesa redonda como no Encontro com o Professor, onde poderemos discutir sua vasta experiência no assunto e discutir alguns casos mais complicados de nosso Instituto.

Outra presença já confirmada é o Dr. Carlos Eduardo Barra Couri. Conforme gosta de dizer, o Dr. Carlos Eduardo já é quase considerado um colaborador do IEDE, tantas as vezes que já foi ao nosso Hospital compartilhar de sua experiência no tratamento do Diabetes Mellitus. Neste encontro, reservamos para ele uma conferência sobre efeitos extraglicêmicos dos Antidiabéticos orais, com foco principalmente nos medicamentos mais novos. Tenho certeza que o Dr. Carlos Eduardo Couri trará uma série de novidades no tema, incluindo dados próprios de seu grupo de pesquisa em células tronco de Ribeirão Preto.

O Prêmio José Schermann já é tradição do Encontro e este ano o homenageado é uma das figuras mais importantes no estudo do Diabetes Mellitus no Brasil. É com grande honra que o Prêmio será entregue ao Dr. Adolpho Milech, professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O Dr. Adolpho Milech é reconhecido como um dos maiores estudiosos em DM do Brasil e tenho certeza que sua conferência servirá para abrilhantar ainda mais a parte científica de nosso evento.

Obviamente, a "prata da casa" não poderia ficar de fora. Ronaldo Sinay Neves, Erika Paniago, Amélio Godoy-Matos, Maurício Barbosa Lima, Amanda Athayde são alguns dos nomes de nosso Instituto que participarão da parte científica do evento. Além disso, não podemos esquecer da já tradicional entrega dos diplomas para os residentes e alunos do curso de especialização que encerram seu curso este ano e também do jubileu de prata da turma de 1987.

Para terminar, um tema diferente. A idéia de incluir desreguladores endócrinos na programação veio devido a crescente importância deste tema dentro da Endocrinologia. Ainda estamos terminando de organizar esta última mesa, mas posso afirmar que estamos pensando em algo bem diferente para terminarmos a parte científica do evento. ■

A Parte Social

A programação social terá algumas novidades neste ano. Na sexta-feira, teremos o tradicional coquetel após o Jubileu de prata para celebrar tanto esta atividade como também a "formatura" dos novos endocrinologistas do IEDE. Depois do coquetel, o tradicional jantar e uma festa de confraternização.

No sábado, a programação social continua após o encerramento oficial do evento. Teremos o almoço na beira da piscina, seguido de um Barzinho da ASSEX. Já temos uma série de petiscos para tornar a tarde de sábado bem agradável e também para permitir a confraternização das diferentes gerações do IEDE.

O Jantar do Presidente será uma das grandes inovações do Encontro. Diferente dos últimos anos, o jantar será realizado em um dos belos restaurantes localizados na tradicional Rua das Pedras: o Buda Beach. Em um ambiente muito agradável, com música ao vivo e com uma bela vista da baia de Búzios, teremos a oportunidade de continuar as conversas iniciadas na beira da piscina. As fotos ao lado servem para colocar um pouco de "água na boca" dos leitores e dos que ainda não confirmaram a participação no evento. Para os que ainda tiverem forças, ainda temos algumas ideias para a noite sábado.

A Eleição

Conforme pode ser visto ao lado, teremos também no sábado antes do almoço a assembleia Ordinária da ASSEX. O principal objetivo desta reunião é eleger a próxima diretoria da ASSEX, que terá o duro objetivo de manter nossa associação forte e honrando sempre o "Espírito do IEDE". ■

CONVOCAÇÃO PARA ASSEMBLÉIA GERAL ORDINÁRIA DA ASSEX-IEDE

Rio de Janeiro, Setembro de 2012.

Prezados Associados:

O Presidente da Associação dos Ex-Alunos do IEDE (ASSEX-IEDE) convoca todos os sócios quites, para a realização da Assembléia Geral Ordinária a ser realizada no dia 15 de dezembro de 2012, às 12:00 horas, no encerramento do 41° Encontro Anual do IEDE. Conforme programação do evento.

Agenda:

- Eleição da nova diretoria da ASSEX-IEDE para o biênio 2013/2014.
- Eleição do Conselho fiscal para o biênio 2013/2014

Atenciosamente,

Rodrigo O Moreira
Presidente da ASSEX
Biênio 2011/2012

Fotos do restaurante Buda Beach, localizado na Rua das Pedras, onde será realizado o Jantar do Presidente na noite de sábado.

41° Encontro Anual IEDE RIO DE JANEIRO

"Polêmicas na Endocrinologia"

POLÊMICAS NA ENDOCRINOLOGIA

SEXTA FEIRA 14/12/12	
15:00	**Abertura -** *Dr. Rodrigo Moreira, Dr. Ricardo Meirelles, Dr. Raul Faria Junior* e *Dr. Luiz Cesar Póvoa*
15:20	**Prêmio José Schermann:** Presidente: *Dr. Luiz Cesar Póvoa* (RJ)
	Conferência Dr. *Adolpho Milech (RJ)*
16:00	Coffee Break
16:20	**Conferência** Presidente: *Dra. Rosane Kupfer (RJ)* • Efeitos Extraglicêmicos dos Antidiabéticos Orais Palestrante: *Dr. Carlos Eduardo Couri (SP)*
17:00	**Mini Mesa Redonda: Polêmicas na Doença Tireoidiana** Presidente: *Dra. Vera Leal (RJ)* • Como e quando realizar a ablação no Câncer de Tireóide? Palestrante: *Dr. Pedro Wesley (MG)* • Qual a melhor forma de tratamento nas diferentes formas do hipertireoidismo? Palestrante: Dr. *Ronaldo Sinay (RJ)* Debate
18:00	**Diplomação dos Novos Endocrinologistas** *Dr. Rodrigo Moreira* (RJ) *Dr. Ricardo Meirelles* (RJ) *Dr. Raul Faria Junior* (RJ) *Dr. Luiz Cesar Povoa* (RJ)
18:30	Coquetel
20:00	**Jantar** Jubileu de Prata - Formados 1987
SÁBADO 15/12/12	
08:30	**Encontro com o Professor** • Mesa 01 - Tratamento e Acompanhamento do Paciente com Carcinoma de Tireóide Palestrante: *Dr. Pedro Wesley Rosario (MG)* • Mesa 02 - Alternativas a Terapia de Reposição Hormonal para os Sintomas do Climatério Palestrante: *Dra. Amanda Athayde (RJ)* • Mesa 03 - Quando e como realizar a reposição de Vitamina D Palestrante: *Dr. Maurício Barbosa Lima (RJ)*
09:30	**Simpósio 01 - Polêmicas na Obesidade, Diabetes e Dislipidemia** Presidente: *Dr. Walmir Coutinho (RJ)* • Tratamento "off label" da Obesidade - Existem opções válidas? Palestrante: *Dra. Erika Paniago (RJ)* • Tratamento da Dislipidemia e do Risco Residual no Paciente Diabético Palestrante: *Dr. Amélio Godoy-Matos (RJ)* • Marcadores laboratoriais e antropométricos de Resistência a Insulina Palestrante: *A definir* Discussão
10:45	Coffee break - Atividades nos estandes
11:00	**Simpósio 02 - Reguladores e Desreguladores Endócinos** Presidente: *Dr. Ricardo Meirelles (RJ)* • Desreguladores Endócrinos e Síndrome Metabólica Palestrante: *Dr. Rodrigo Moreira (RJ)* Discussão
12:00	**ASSEMBLÉIA GERAL DA ASSEX**
12:20	Almoço de confraternização
20:00	**Jantar do Presidente** Restaurante Buda Beach na Orla Bardot
DOMINGO 16/12/12	
08:00	Café da manhã / Manhã Livre
12:00	Check out

Valor do pacote para 03 dias e 02 noites

Hotel	Categoria	Apto	Valor do pacote	3° Pessoa
Atlântico Búzios	Standard	Single / Double	R$1.190,00	R$390,00
	Luxo	Single / Double	R$1.290,00	R$390,00

- 01 criança: até 09 anos "Free" no apto junto com os pais.
- Sócios quites DESCONTO de R$100,00 apto Luxo
- O pacote inclui: "Check in" dia 14/12 as 14:00h / "Check out" dia 16/12 as 12:00h sem Almoço.
- Inscrição no evento
- Coquetel de abertura
- Jantar do dia 14/12/12
- Almoço de confraternização dia 15/12/12
- Jantar e festa da Presidente no Sábado dia 15/12/12 (Restaurante Buda Beach na Orla Bardot).
- Água, refrigerante e suco, durante as principais refeições

OBS: Em caso de desistência não serão devolvidos os valores pagos.

Participantes que não estão hospedados no hotel
Inscrição R$500,00 - Acompanhante R$250,00
Participação na programação científica e na festa da Presidente.

Informações e Inscrições - www.assex.org.br

(21) 2224-8587

Registro M.S. Número: 1.0525.0047

CHEGOU

PIOGLIT

cloridrato de pioglitazona

Muito + no tratamento do Diabetes tipo 2

Efeitos Metabólicos Benéficos:[1,2,3]

- Melhora significativa do perfil lipídico [1]
- Redução da gordura abdominal [2]
- Controle glicêmico eficaz e sustentado [3]

Tratamento MENSAL Completo[4]

Apresentações:
30 comprimidos de 15 mg / 30 mg e 45 mg.

Contraindicação: pacientes com insuficiência cardíaca classe funcional III e IV (NYHA).
Interação Medicamentosa: Pioglit pode interagir com anticoncepcional oral diminuindo a disponibilidade do etinilestradiol.

PIOGLIT (pioglitazona). **Uso Adulto. Registro MS:** nº **1.0525.0047**. **Forma farmacêutica, Apresentações e Composições: PIOGLIT 15 mg:** cada comprimido contém 15 mg de pioglitazona base; embalagem com 30 comprimidos; **PIOGLIT 30 mg:** cada comprimido contém 30 mg de pioglitazona base; embalagem com 15 ou 30 comprimidos. **PIOGLIT 45 mg:** cada comprimido contém 45 mg de pioglitazona base; embalagem com 30 comprimidos. **Indicações:** coadjuvante de dieta e exercícios em pacientes com diabetes tipo 2. Indicado em monoterapia ou em combinação com sulfoniluréia, metformina ou insulina. **Contraindicações:** em pacientes com antecedentes de hipersensibilidade à pioglitazona ou a qualquer dos componentes da fórmula. Contraindicado o início de PIOGLIT em pacientes com insuficiência cardíaca estabelecidos nas Classes III ou IV (NYHA). **Precauções e advertências:** não é recomendado em pacientes com sintomas de insuficiência cardíaca. Deve ser descontinuado se ocorrer qualquer disfunção cardíaca. Não utilizar em pacientes com diabetes tipo 1 ou para tratar cetoacidose diabética. Em pacientes na pré-menopausa pode resultar em reinício da ovulação. Pode causar diminuição da hemoglobina e do hematócrito. Deve-se ter cautela em pacientes com edema. Quando usado em combinação com insulina em pacientes com antecedentes de doença cardíaca, pode ocasionar ICC. Foi observado ganho de peso. Recomenda-se monitorações periódicas das enzimas hepáticas. Gravidez: só deverá ser usada na gravidez se os potenciais benefícios justificarem o risco potencial para o feto. Lactação: a pioglitazona não deve ser usada durante a amamentação. Pediatria: a segurança e eficácia nesta faixa etária não foram estabelecidas. Idosos: não foi observada nenhuma diferença na eficácia e segurança entre estes pacientes e outros mais jovens. **Interações medicamentosas:** reduz as concentrações plasmáticas de contraceptivos orais. In vitro o cetoconazol parece inibir significativamente o metabolismo da pioglitazona. **Reações adversas/colaterais:** as mais comuns foram: cefaléia, sinusite, mialgia, distúrbios dentários, faringite. Outros: edema, ganho de peso, hipoglicemia (quando associada à sulfoniluréia ou insulina), anemia, ICC, redução de hemoglobina e hematócrito, elevação de ALAT e elevações esporádicas de CPK. **Posologia:** deve ser utilizado 1 vez ao dia, independente da alimentação. Monoterapia: iniciar com 15 ou 30 mg/dia, podendo ser aumentada para 45 mg/dia para aqueles pacientes que não responderem adequadamente. Associado com sulfoniluréia: iniciar com 15 ou 30 mg/dia; se o paciente tiver hipoglicemia, a dose da sulfoniluréia deverá ser reduzida. Associado com metformina: iniciar com 15 ou 30 mg/dia. A dose da metformina usada pode ser continuada. Associado com insulina: iniciar com 15 ou 30 mg/dia. A dose da insulina usada pode ser continuada. Caso o paciente apresente hipoglicemia ou se as concentrações de glicose plasmática reduzirem para valores inferiores a 100 mg/dL em jejum, a dose de insulina pode ser reduzida em aproximadamente 10 a 25%. Dose máxima recomendada: não deve exceder 45 mg/dia. O tratamento não deve ser iniciado se o paciente tiver evidências de doença hepática ativa ou aumento de ALAT ≥ 2,5 vezes o limite da normalidade. Crianças: não é recomendado seu uso em pacientes abaixo de 18 anos. **(Set 11). VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** "AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO."

Referências Bibliográficas: 1. Derosa G., *et al.* "Metabolic Effects of Pioglitazone and Rosiglitazone in Patients with Diabetes and Metabolic Syndrome Treated with Metformin". *Internal Medicine Journal 2007*; 37 (2): 79-86. **2.** Miyazaki y *et al.* "Effect of pioglitazone on abdominal fat distribution and insulin sensitivity in type 2 diabetic patients." *J Clin Endocrinol Metab 2002*; 87(6): 2784-91. **3.** Aronoff S., *et al.* "Pioglitazone Hydrochrolide Monotherapy Improves Glycemic Control in the Treatment of Patients with Type 2 Diabetes: a 6-month randomized placebo-controlled dose-response study. The Pioglitazone 001 Study Group". *Diabetes Care 2000*; 23 (11): 1605-11. **4.** Pioglit® - Bula do produto

metabolismo torrent

torrent 10 ANOS DE BRASIL

Juntos a favor da vida.

SAC www.torrent.com.br
0800-770-8818
Serviço de Atendimento Torrent

ESPAÇO CIENTÍFICO

por Rodrigo Moreira

DIABETES E COGNIÇÃO, MODY, TIREÓIDE E GESTAÇÃO, HIPERTRIGLICERIDEMIA E PEPTÍDEO ATRIAL NATRIURÉTICO

Depois de algumas edições ausentes, volto neste número com algumas sugestões bem interessantes de leitura. Um dos pontos que merece destaque são os Guidelines que vem sendo publicados mensalmente no Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. Estes artigos, normalmente escritos pelos maiores especialistas em suas áreas, servem para definir condutas em algumas condições bem específicas e comuns da endocrinologia e merecem ser lidos com muita atenção. Darei alguns exemplos bem interessantes mais a frente.

"Diabetes and Cognitive Dysfunction"

Um dos assuntos que tem chamado minha atenção nos últimos meses é a quantidade crescente de artigos avaliando a cognição no pacientes com Diabetes Mellitus (DM). Estes artigos tem discutido principalmente o papel da resistência a insulina (RI) e da falência das células beta no desenvolvimento da Doença de Alzheimer. Para os que não andam muito ligados neste assunto, a relação entre a RI e a piora progressiva da cognição é tão relevante que o Mal de Alzheimer já vem inclusive sendo chamado de Diabetes Mellitus tipo 3 por alguns autores. Além desta relação, existem diversos outros fatores (principalmente a hipoglicemia) que podem afetar a cognição no paciente diabético, tanto do DM tipo 1 como no DM tipo 2. Todos estes aspectos são brilhantemente discutidos na revisão publicada por Rory McCrimmon e colaboradores no Lancet (Lancet 2012:379;2291-99). Um artigo que aborda uma complicação normalmente negligenciada pela maioria dos médicos que tratam de pacientes com DM e que precisa ser melhor compreendida.

"The development and validation of a clinical prediction model to determine the probability of MODY in patients with young-onset diabetes"

Um dos diagnósticos que trás mais dificuldades para o Endocrinologista é o Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY). Frequentemente recebemos em nosso consultório pacientes com suspeita de MODY e não sabemos corretamente como proceder. Normalmente, tentamos encontrar alguém no Brasil que seja especialista no assunto ou que faça a análise genética de nossos pacientes. Na maioria das vezes, entretanto, esta análise não é realizada e o diagnóstico adequado não é atingido. Encontrei por acaso este artigo e achei que ele merecia um comentário nesta coluna. O objetivo dos Shields e colaboradores foi desenvolver uma calculadora para estimar o risco de MODY em um determinado paciente. Através da inclusão de um grande número de pacientes tanto com MODY como DM tipo 1 e 2, os autores conseguiram uma ferramenta com sensibilidade e especificidade acima de 90%. Para os que quiserem conhecer o artigo em detalhes, a referência completa pode ser encontrada na Diabetologia (Diabetologia 2012;55:1265–1272). Para os que quiserem apenas a calculadora, ela pode ser encontrada no site: www.diabetesgenes.org.

"The Natriuretic Peptides and Fat Metabolism"

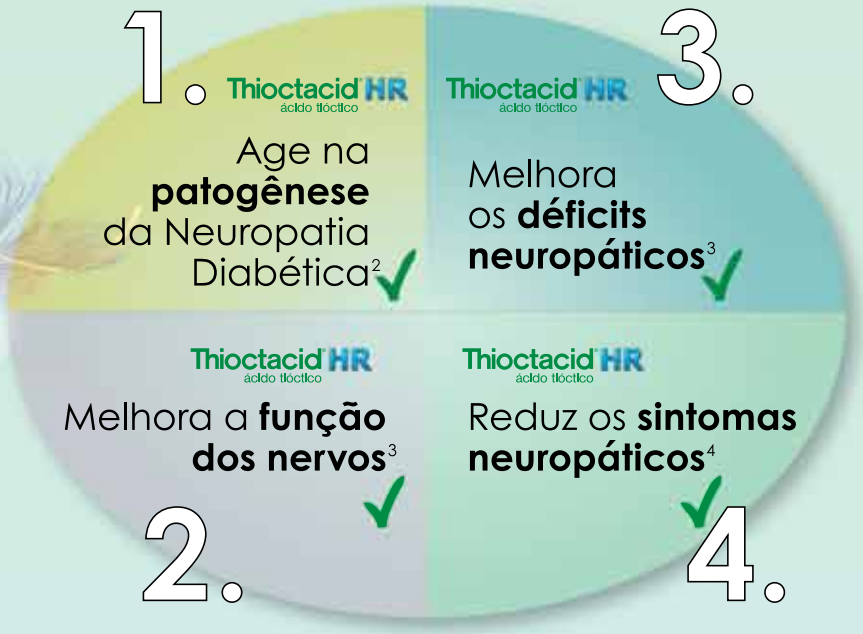
Para os que não conhecem, o New England Journal of Medicine tem uma coluna bem interessante chamada Clinical Implications of Basic Research. Nesta coluna, especialistas em um determinado assunto comentam as implicações de um outro artigo, normalmente sobre ciência básica e publicado em um revista de grande impacto. Me chamou muito a atenção este comentário publicado por Thomas Wang (NEJM 2012;367(4):377-8). O Dr. Saulo Cavalcante, ex-presidente da Sociedade Brasileira de Diabetes, frequentemente provoca os cardiologistas dizendo que o coração nada mais é do que uma glândula. Parece que agora existem ainda mais evidências para comprovar este argumento. Estudos experimentais demonstraram que o Peptídeo Atrial Natriurético pode estimular a lipólise, em um efeito similar as catecolaminas, e que camundongos que apresentam uma maior expressão do Peptídeo Atrial Natriurético são menos propensos a ganho de peso e a intolerância a glicose quando alimentados com uma dieta hipercalórica. Além disso, os autores também demonstraram que o peptídeo atrial natriurético teria também um efeito aumentando a expressão de tecido adiposo marrom. Os autores concluem que a combinação de um efeito lipolítico associado a um aumento da expressão de gordura marrom sugere um importante efeito metabólico do Peptídeo Atrial Natriurético. Alguém ainda duvida que o coração é um enorme órgão endócrino?

"Evaluation and Treatment of Hypertriglyceridemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline" e "Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline"

Conforme comentei no início da coluna, o JCEM tem publicado uma série de excelentes Guidelines. São artigos que utilizam o nível de evidência para traçar condutas em situações específicas. Alguns dos Guidelines publicados recentemente abordam algumas condições mais raras na endocrinologia, como o Carcinoma Anaplásico de Tireóide e a Neoplasia Endócrina Múltipla. Outros abordam assuntos mais do nosso cotidiano. Dentre estes, merecem destaque o Guideline sobre Hipertrigliceridemia, publicado por Lars Berglund e colaboradores (JCEM 2012;97:2969-2989) e sobre doenças tireoidianas da gestação, publicado por ninguém menos do que Leslie De Groot e colaboradores (JCEM 2012;97:2543-2565). Os dois artigos são extremamente importantes para a prática clínica diária e apresentam recomendações baseadas em nível de evidência. ■

Thioctacid® HR
ácido tióctico

Estudos clínicos confirmam que o tratamento voltado para a base fisiopatológica é na verdade benéfico para a prevenção e para conter a progressão desta desordem.[1]



Apresentação: caixa com 30 comprimidos revestidos de 600mg. | Posologia: 1 comprimido ao dia.

Contraindicação: hipersensibilidade conhecida ao ácido tióctico ou a qualquer componente da fórmula. Interação medicamentosa: o efeito da cisplatina pode ser reduzido pela administração concomitante de Thioctacid® HR.

Referências: 1. Yagihashi S.*et al*. Pathology and pathogenetic mechanisms of diabetic neuropathy: Correlation with clinical signs and symptoms. Diabetes Research and Clinical Practice 77S (2007) S184-S189. **2.** Reljanovic M, *et al*. Treatment of diabetic polyneuropathy with the antioxidant thioctic acid (alpha-lipoic acid): a two year multicenter randomized double-blind placebo-controlled trial (ALADIN II). Alpha Lipoic Acid in Diabetic Neuropathy. Free Radic Res. 1999 Sep;31(3):171-9. **3.** Ziegler D, Reljanovic M, Mehnert H, Gries FA. a-Lipoic Acid in the treatment of diabetic polyneuropathy in Germany: Current Evicence from Clinical Trials. Exp Clin Endocrinol Diabetes 1999;107:421-430. **4.** Ziegler D, *et al*. Treatment of symptomatic diabetic polyneuropathy with the antioxidant alpha-lipoic acid: a meta-analysis. Diabet Med. 2004 Feb;21(2):114-21.

Thioctacid HR® ácido tióctico 600mg - Embalagem contendo 30 comprimidos revestidos. USO ORAL – ADULTO. Registro M.S. 1.0089.0330. Indicações: tratamento dos sintomas da polineuropatia diabética periférica. Contraindicações: hipersensibilidade conhecida ao ácido tióctico ou a qualquer dos componentes da fórmula. Cuidados e advertências: o consumo regular de álcool representa um fator de risco significativo para a ocorrência e progressão de quadros clínicos neuropáticos, podendo prejudicar o sucesso do tratamento com Thioctacid® 600 HR. Assim, recomenda-se que pacientes com polineuropatia diabética abstenham-se de bebidas alcoólicas o máximo possível, mesmo durante os intervalos de tratamento. Gravidez e lactação: testes toxicológicos não indicaram influência sobre a fertilidade ou no desenvolvimento embrionário. Não foram evidenciados efeitos embriotóxicos. Não se sabe se o ácido tióctico passa para o leite materno. O tratamento com Thioctacid® 600 HR em pacientes grávidas ou amamentando deve ocorrer apenas após cuidadosa avaliação do critério risco/benefício. Gestantes e lactantes só devem fazer uso do produto se expressamente indicado pelo médico. Na ausência de dados clínicos disponíveis, não utilizar o produto em crianças e adolescentes. Interações medicamentosas: o efeito da cisplatina pode ser reduzido pela administração concomitante de Thioctacid® 600 HR. Como o ácido tióctico é um quelante de metais, não utilizar simultaneamente com compostos metálicos, como produtos à base de ferro ou magnésio e derivados do leite, em função do seu conteúdo de cálcio. Se a administração de Thioctacid® 600 HR ocorrer 30 minutos antes do café da manhã, produtos contendo ferro e magnésio podem ser utilizados no horário do almoço ou ao anoitecer. Como o efeito hipoglicemiante da insulina e de antidiabéticos orais pode ser intensificado, recomenda-se acompanhamento regular da glicemia, particularmente durante o início do tratamento. Em casos isolados, pode ser necessário reduzir a dose de insulina ou do antidiabético oral, de forma a evitar sintomas de hipoglicemia. Reações adversas: muito raras (< 0,01%): sintomas gastrintestinais: náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal. Reações alérgicas: erupção cutânea ("rash"), urticária, prurido. Alterações do paladar. Diminuição da glicemia decorrente de um aumento da utilização da glicose, com ocorrência de sintomas semelhantes aos de hipoglicemia (vertigem, sudorese excessiva, cefaleia e alterações visuais). Posologia: em geral, um comprimido (600 mg) uma vez ao dia, em dose única, aproximadamente meia hora antes da primeira refeição. O uso crônico por via oral do produto foi estudado pelo período de 2 anos. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Maiores informações: Serviço de Atendimento ao Consumidor pelo tel.: 0800-7277293 ou na Internet: www.merck.com.br JULHO/2011 Material destinado exclusivamente à classe médica.

A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

SAC 0800 727-7293
www.merck.com.br

Merck Serono

Merck Serono é uma divisão da Merck

MERCK

SERVIÇO DE DIABETES

Por Rosane Kupfer - Chefe do Serviço

EDUCAÇÃO EM DIABETES NO IEDE

Escrevo esta coluna na véspera do aniversário de 90 anos do Dr. Raul. Como ele mesmo diz, "não é ele que está no IEDE e sim o IEDE é que está nele". Sempre com idéias avançadas, Dr. Raul foi um dos pioneiros da Educação em Diabetes no Brasil, organizando junto com Dr. Leão Zagury (na época de seus primeiros anos de IEDE), a primeira colônia de férias para pacientes com Diabetes do país.

Muitos anos se passaram, a Educação "pegou". Está difundida no mundo todo, tem espaço nos mais importantes congressos, grandes investimentos são destinados aos diversos programas nos mais variados países. No Brasil temos vários exemplos bem sucedidos, embora o reconhecimento da consulta em educação em diabetes ainda não tenha sido oficializado pelo SUS.

Um desses exemplos tem sido o Programa de Educação do IEDE. Como muitos sabem, o programa atual foi implantado pelo Dr. Leão Zagury há 11 anos e após sua saída do IEDE segue mantido com amor e dedicação pela Dra. Claudia Piper e toda a equipe multidisciplinar da Unidade de Educação. O programa é baseado na capacitação pela Professora Tânia Zagury dos diversos profissionais das várias áreas da saúde, com técnicas pedagógicas. Estes ensinamentos os tornaram não mais médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos etc , e, sim Educadores em Diabetes. Há 11 anos foi editado o Manual de Educação em Diabetes para Profissionais de Saúde. Agora estamos lançando o Manual de Diabetes para Pacientes, o que veio dar prosseguimento ao trabalho desenvolvido nestes anos. Acreditamos que havia uma lacuna que foi finalmente preenchida. Ressalto que este material será disponibilizado em breve nos sites de interesse em diabetes e poderá ser baixado gratuitamente. Esperamos com isso poder estar contribuindo com serviços e pacientes que não puderam ter seu próprio material. ■

Novo Manual de Educação em Diabetes para Pacientes é lançado no IEDE.

Equipe Multidisciplinar é essencial para o sucesso de um Programa de Educação em Diabetes.

Dra. Rosane Kupfer e Dr. Raul Faria Júnior participam do lançamento do Manual.

Meritor

glimepirida/cloridrato de metformina

Controle para viver bem.

MEDICAMENTO REFERÊNCIA[4,5]

1ª combinação fixa de glimepirida + metformina

1ª associação no País de Glimepirida + Metformina no mesmo comprimido.[4,5]

Combinação fixa de Meritor permite:

- **EFICÁCIA:** maior controle glicêmico comparado à metformina e glimepirida em monoterapia.[1,3]
- **SEGURANÇA:** menor ocorrência de efeitos adversos, sem ocorrência de hipoglicemia severa.[1]
- **SIMPLICIDADE:** 1x ao dia.[2]

Contraindicações: insuficiência renal orgânica ou funcional, inclusive casos leves (creatinina sérica ≥ 1,5 mg/dl em homens adultos e ≥ 1,4 mg/dl em mulheres adultas). **Interações medicamentosas:** o uso da glimepirida pode potencializar ou diminuir os efeitos dos derivados cumarínicos.

Referências Bibliográficas: 1) GONZALEZ-ORTIZ, Manuel. et al. Effifi cacy of glimepiride/metformin combination versus glibenclamide/metformin in patients with uncontrolled type diabetes mellitus. Journal of Diabetes and its Complications, v. 23, n.6, p.376-9, 2000. **2)** Bula do produto MERITOR: comprimidos revestidos. Responsavel Técnico: Dr. Wilson R. Farias. Guarulhos, SP. Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A. **3)** GONZALEZ-ORTIZ, Manuel. et al. Efi cacia y seguridad de la terapia hipoglucemiante oral combinada de glimepirida mas metformina en una sola forma farmacêutica en pacientes con *diabetes mellitas* tipo 2 y fallasecundaria a monoterapia con glibenclamida. Revista de Investigacion Clinica, v. 56, n.3, p. 327-33, 2004. **4)** Publicacao no D.O.U (Diario Oficial da União) ISS 1676-2339, no 69, abril de 2009. **5)** Lista de medicamentos Referência, ANVISA 22/02/2011.

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: MERITOR. glimepirida/cloridrato de metformina 2/1000 mg e 4/1000 mg. comprimidos revestidos. Uso oral. Uso Adulto. MS: 1.0573.0377. Indicações: Tratamento oral de *diabetes melito* não insulino-dependente (tipo II), quando os níveis de glicose não podem ser adequadamente controlados apenas por meio de dieta alimentar, exercícios físicos e redução de peso. **Contraindicações:** HIPERSENSIBILIDADE A QUALQUER DOS COMPONENTES DA FÓRMULA; INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA QUE REQUER TRATAMENTO FARMACOLÓGICO; INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO; GRAVIDEZ; INSUFICIÊNCIA RENAL ORGÂNICA OU FUNCIONAL, INCLUSIVE CASOS LEVES (CREATININA SÉRICA ≥ 1,5 MG/DL EM HOMENS ADULTOS E ≥ 1,4 MG/DL EM MULHERES ADULTAS), ESTE VALOR LIMITE DEVE SER REDUZIDO DE ACORDO COM A IDADE FISIOLÓGICA E A MASSA MUSCULAR, OU CLEARANCE DE CREATININA ANORMAL; INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA GRAVE; ACIDOSE METABÓLICA; TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELITO INSULINO DEPENDENTE (TIPO I), E EM CASOS DE DESCOMPENSAÇÃO DIABÉTICA COM CETOACIDOSE DIABÉTICA, HIPEROSMOLARIDADE, PRÉ-COMA E COMA DIABÉTICO. MERITOR É CONTRA-INDICADO EM CRIANÇAS. PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS: ANTES DE INICIAR O TRATAMENTO COM O CLORIDRATO DE METFORMINA, A CREATININA SÉRICA DEVERÁ SER AVALIADA E A SEGUIR, MONITORIZADA REGULARMENTE: É NECESSÁRIA CAUTELA EXTREMA, COM A REDUÇÃO DE DOSES OU ATÉ MESMO A SUSPENSÃO DA MEDICAÇÃO ANTIDIABÉTICA ORAL SE HOUVER QUALQUER ELEVAÇÃO DA CREATININA SÉRICA ACIMA DOS NÍVEIS NORMAIS. O CLORIDRATO DE METFORMINA PODE DESENCADEAR OU CONTRIBUIR PARA O APARECIMENTO DE ACIDOSE LÁTICA (SÃO CONSIDERADOS SINAIS PREMONITÓRIOS O APARECIMENTO DE CÃIBRAS MUSCULARES ACOMPANHADAS POR ALTERAÇÕES DIGESTIVAS, DORES ABDOMINAIS E ASTENIA INTENSA). TODAS AS SULFONILUREIAS SÃO CAPAZES DE PRODUZIR SEVERA HIPOGLICEMIA. DESTE MODO, SELECIONAR APROPRIADAMENTE OS PACIENTES E A DOSAGEM SÃO IMPORTANTES PARA EVITAR EPISÓDIOS DE HIPOGLICEMIA. EVITE USAR BEBIDAS ALCOÓLICAS DURANTE O TRATAMENTO. EM GERAL, OS PACIENTES IDOSOS NÃO DEVEM RECEBER A DOSE MÁXIMA DO MEDICAMENTO. Gravidez e Lactação: O medicamento está contraindicado durante a gravidez. Uma vez que existe o risco potencial de hipoglicemia no lactente. Metformina: categoria B de risco na gravidez. Glimepirida: categoria C de risco na gravidez. Interações medicamentosas: O uso concomitante de betabloqueadores não-cardiosseletivos com cloridrato de metformina pode ocasionar hipo ou hiperglicemia ou hipertensão. O uso associado com cimetidina aumenta a concentração de cloridrato de metformina. Inibidores da monoamino oxidase (MAO podem causar risco de aumento nos efeitos hipoglicêmicos. Podem potencializar os efeitos dos hipoglicemiantes: insulina ou outro antidiabético oral, inibidores da ECA, cloranfenicol, esteróides, anabolizantes e hormônios sexuais masculinos, ciclofosfamidas, derivados cumarínicos, fenfluramina, disopiramida, fibratos, fenilramidol, guanetidina, fluoxetina, ifosfamida, ácido para-aminosalicílico, miconazol, fenilbutazona e oxifembutazona, pentoxifilina (uso parenteral em doses elevadas), probenecida, azapropazona, salicilatos, fluorquinolonas, antibióticos sulfonamídicos, sulfimpirazona, tritoqualina, tetraciclinas, trofosfamida. Clonidina e reserpina podem induzir tanto a potencialização quanto a diminuição do efeito hipoglicemiante da glimepirida.Certas drogas tendem a produzir hiperglicemia e podem levar a uma perda de controle da glicemia, como: acetazolamida, barbitúricos, corticosteróides, diazóxido, diuréticos, epinefrina (adrenalina) e outros agentes simpatomiméticos, glucagon, laxantes (após uso prolongado), ácido nicotínico (em doses elevadas), estrogênios e progestagênios, fenotiazínicos, fenitoína, rifampicina, hormônios da tireóide O uso da glimepirida pode potencializar ou diminuir os efeitos dos derivados cumarínicos. **Reações adversas:** EM ESTUDOS CLÍNICOS, EPISÓDIOS DE HIPOGLICEMIA (GLICEMIA MENOR DO QUE 60 MG%) OCORRERAM EM 0,9 A 1,7% DOS PACIENTES TRATADOS COM GLIMEPIRIDA. TONTURA, ASTENIA E CEFALÉIA FORAM OBSERVADOS EM MENOS DE 2% DOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II TRATADOS COM GLIMEPIRIDA. NÁUSEAS VÔMITO, DIARRÉIA E DOR ABDOMINAL. O CLORIDRATO DE METFORMINA PODE DESENCADEAR OU CONTRIBUIR PARA O APARECIMENTO DE ACIDOSE LÁTICA. OUTROS SINTOMAS POUCOS FREQÜENTES INCLUEM: HIPONATREMIA, TURVAMENTO VISUAL, REAÇÕES CUTÂNEAS – TIPO ALÉRGICA, ALTERAÇÕES HEMATOLÓGICAS NAS SÉRIES VERMELHA, BRANCA, PLAQUETOPENIA. **Posologia:** MERITOR deve ser administrado preferencialmente pela manhã juntamente com o café da manhã ou com a primeira refeição principal do dia. A dose inicial sugerida para início de terapia deverá ser a mais baixa (2 mg de glimepirida/1000 mg de metformina) e os ajustes de dosagem devem ser feitos com aumentos gradativos a cada 2 semanas. Posologia inicial recomendada em pacientes diabéticos não adequadamente controlados com a terapia não farmacológica: 1 comprimido ao dia na dose 2 mg de glimepirida/1000 mg de metformina administrado junto com a refeição (preferencialmente após o café da manhã). Em pacientes previamente tratados com monoterapia utilizando glimepirida (ou outras sulfonilureias) ou metformina isoladamente em que não se esteja obtendo o controle adequado dos níveis glicêmicos, é recomendável que a dose inicial de MERITOR não contenha quantidade superior de metformina ou glimepirida (ou o equivalente de outras sulfonilureias) àquela previamente utilizada pelo paciente. Caso o paciente esteja utilizando uma sulfonilureia que não seja a clorpropamida, a mesma deverá ser suspensa por 24 horas antes de primeira dose de MERITOR. Caso o paciente esteja utilizando clorpropamida, recomenda-se suspender sua administração por 48 horas antes de iniciar o uso de MERITOR. Pacientes previamente tratados com glimepirida (ou outras sulfoniluréias) e metformina em combinação: A dose inicial não deve exceder a dose diária de glimepirida (o equivalente de outra sulfonilureia) e de metformina previamente em uso pelo paciente. Pacientes diabéticos tipo 2 em uso de insulina: Nesses casos, deve-se considerar que a utilização da associação glimepirida/metformina pode reduzir a necessidade diária de insulina, devendo-se efetuar monitorização rigorosa dos parâmetros glicêmicos. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADOVENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Material técnico científico de distribuição exclusiva à classe médica.** MB_06 SAP 4067700(D)

CAC Central de atendimento a clientes
0800 701 6900
cac@ache.com.br
8:00 h às 18:00 h (seg. a sex.)

Produzido em Julho 2012

aché

SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA

Por Vera Leal e Joyce Cantoni

DIFICULDADES ATUAIS NA REALIZAÇÃO DE PROVAS FUNCIONAIS

Os testes de estímulo são, muitas vezes, ferramentas importantes para a conclusão diagnóstica em diferentes patologias endócrinas. Recentemente o IEDE, como órgão público, não tem tido acesso à compra de alguns dos medicamentos necessários para a realização dessas provas funcionais, como Cortrosina e Gonadorelina.

Pelas informações que recebi, a explicação estaria no fato de que esses medicamentos não tem registro na ANVISA e as leis de comercialização de medicamentos no Brasil, incluem o mesmo regulamento técnico, para fins de vigilância sanitária, tanto para a produção de medicamentos no Brasil como para os importados.

- Nesse quadro, como ficam as tradicionais Provas Funcionais em Endocrinologia no Brasil?

- Como preencher os critérios previstos pelo Ministério da Saúde, através dos PROTOCOLOS CLÌNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (PCDT), que norteiam o fornecimento de medicamentos excepcionais?

Para a patologia Puberdade Precoce Central, na falta do GnRH, poderíamos tentar padronizar o teste com um agonista do GnRH, leuprolide , para fim diagnóstico (Pediatrics,2009;123: e752).

Na avaliação de Insuficiência Adrenal Central, nos casos de contraindicação do Teste de Tolerância à Insulina (ITT) e na falta do análogo do ACTH (Cortrosina), uma possibilidade seria o uso do Glucagon (J Clin Endocrinol Metab, may 2010; 95(5): 2132–2139). Para o diagnóstico da Insuficiência Adrenal Primária, quando as dosagens basais não são conclusivas, o teste de estímulo com 250 mcg de ACTH, se impõe para o diagnóstico. Como realiza-lo atualmente?

Para a patologia Hiperplasia Adrenal Congênita também não temos como substituir a Cortrosina. É chegada a hora de incluirmos na rotina os testes de biologia molecular na investigação da HAC e de uma ampla reflexão para esses fatos, na prática clínica do endocrinologista. ■

IEDE É A PRIMEIRA ESCOLHA DOS RESIDENTES

Por José Maurício Braga – Coordenador da Residência Médica.

Em 2009, o Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (NERJ) criou um ranking para classificar a preferência dos médicos residentes pelos Programas de Residência Médica oferecidos no concurso que abrange os hospitais do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde, da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, da Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto D'Or. No Programa de Endocrinologia e Metabologia, o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) concorre com o Hospital Federal dos Servidores do Estado, o Hospital Federal da Lagoa e o Hospital Federal de Bonsucesso.

No dia 12 de julho, o Programa de Residência Médica do IEDE recebeu, pelo quarto ano consecutivo, a condecoração por ser a primeira escolha entre os residentes que prestam o concurso organizado pelo NERJ. A cerimônia de entrega do certificado foi realizada no Hospital Federal dos Servidores do Estado e, para representar o IEDE, compareceram o Dr. Ricardo Meirelles, diretor geral, o Dr. José Maurício Braga, coordenador da Residência e a Dra. Rosane Kupfer, chefe do Serviço de Diabetes.

Merece destacar que, este ano, o IEDE foi o único hospital da rede da Secretaria de Estado de Saúde a receber este certificado, o que nos deixa muito felizes e orgulhosos. ■

OFICINA DE ATUALIZAÇÃO EM DIABETES MELLITUS

INCORPORANDO VELHOS CONCEITOS A NOVOS TRATAMENTOS

Incorporando Velhos Conceitos a Novos Tratamentos. Este foi o tema de mais uma Oficina de Atualização em Diabetes Mellitus promovida pela Associação dos Ex-Alunos do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (ASSEX/IEDE). Assim como já realizada no último ano, este evento teve como parceiro e organizador o chefe do Serviço de Metabologia do IEDE, Amélio F. de Godoy-Matos, e teve o apoio da Indústria Farmacêutica Novartis. A idéia foi a de aproveitar um sábado pela manhã para discutir alguns temas que vem se tornando cada vez mais presentes em discussões e Congressos de Diabetes. Mais importante, a idéia foi a de buscar assuntos que se encontravam "esquecidos", mas que são essenciais na abordagem adequada do paciente com Diabetes Mellitus (DM).

O evento começou com uma das grandes discussões atuais no tratamento do DM: o impacto que os antidiabéticos orais podem ter sobre o risco cardiovascular. Na conferência "Risco Cardiovascular com os Antidiabéticos Orais", o Dr. Rodrigo Moreira realizou uma pequena revisão sobre o tema, apresentando os estudos que avaliam este risco com os diferentes medicamentos utilizados para o tratamento do DM. É interessante observar que muitos destes estudos não foram desenhados para responder esta pergunta específica e que somente em alguns anos, quando alguns dos maiores estudos de desfecho cardiovascular forem encerrados, estas dúvidas serão realmente esclarecidas.

As Oficinas também abordaram dois assuntos extremamente palpitantes e que vem sendo redescobertos nos últimos anos. Na primeira, a Dra. Cynthia M. Valério, coordenadora do Ambulatório de Lipodistrofia do IEDE, apresentou o tema "Lipodistrofias na Prática Clínica". Utilizando sua ampla experiência no assunto (adquirida em seu ambulatório), a Dra. Cynthia mostrou aos presentes as características que podem permitir uma melhor identificação destes pacientes no dia a dia, além de apresentar também novas opções de tratamento, incluindo dados obtidos em seu ambulatório. Um assunto não tão comum, mas de grande relevância e interesse. Na outra Oficina, intitulada "Como Incorporar a variabilidade Glicêmica na Prática Clínica?", o Dr. Rodrigo Moreira abordou alguns pontos teóricos e utilizou de casos clínicos para demonstrar como a incorporação do conceito de variabilidade glicêmica a prática pode promover uma grande melhora da abordagem do paciente com DM tipo 2 no consultório.

Para terminar esta manhã de sábado, uma conferência de "tirar o chapéu". O Dr. Amélio Godoy-Matos utilizou de toda o seu conhecimento e experiência para preparar a conferência "Novos Conceitos em Incretinas e Glucagon". Durante o tempo de apresentação, o Dr. Amélio introduziu novos conceitos sobre o papel das células a e b na fisiopatologia do DM tipo 2, assim como demonstrou toda importância do glucagon para os mecanismos de hiperglicemia. Como ele mesmo já publicou neste Jornal, é a era "Glucagonocêntrica" que estamos vendo e revivendo. Tenho certeza que todos que assistiram a aula saíram impressionados com a quantidade nova de informação e imaginando tudo o que ainda precisamos conhecer e que poderá vir nos próximos anos.

No final, saldo extremamente positivo. Mais uma manhã de sábado recheada de conhecimento teórico, indispensável para a formação de um grande médico, e também de parte prática, para que possamos melhorar o tratamento dos pacientes com DM tipo 2 em nosso dia a dia.

Esperamos mais eventos neste nível. Certamente, ainda temos muito a aprender e estas são excelentes oportunidades para uma grande troca de informação, experiência e conhecimento. ■

ISSO É O IEDE

"O INÍCIO DE UM APRENDIZADO CONCRETO NA ENDOCRINOLOGIA"

Por Sandra Malafaia

Espectador assíduo do antigo seriado da TV, Dr. Kildare, o Dr. Miguel Hissa já pensava em fazer medicina desde o tempo de ginásio e científico. Mas foi acompanhando, na Clínica São Vicente, o professor Jaime Rodrigues, que seu interesse pela endocrinologia despertou.

Ele entrou para o IEDE em 1976, pretendendo ficar até o final de 1977, mas teve de antecipar sua volta à Fortaleza (CE) por motivo de saúde de familiares. Isso, no entanto, não o impediu de criar vínculos de amizade no Instituto.

"Fiz grandes amizades no IEDE, porém os mais próximos foram José Martins, Ivan Ferraz, Luciano Sanches e Liane Braide. A Liane, especialmente, porque fomos colegas de turma da faculdade, participamos da clinica médica no mesmo hospital (Moncorvo Filho) e, juntos, lutamos para a aprovação na residência do IEDE", lembra.

O Dr. Hissa acrescenta que o Ivan fazia parte de seu grupo de ambulatório, juntamente com a Liane, e o Luciano era seu parceiro de plantão.

Quanto aos professores, ele declara ter tido o privilégio de estudar, entre outros, com José Schermann e Francisco Arduíno, ambos já falecidos.

"Os preceptores eram pessoas simples, que se misturavam com os residentes na hora do almoço, nos convidavam para jantar em suas casas e prontamente nos atendiam em nossas dificuldades, nos emprestando artigos, livros etc", comenta.

Episódio Constrangedor

Com o professor Schermann, sua referência na medicina, ele diz ter passado por um episódio engraçado e constrangedor:

"Durante uma visita do Dr. Schermann à enfermaria, havia um paciente do colega Ivan com ginecomastia e provável diagnóstico de Síndrome de Klinefelter. Como o Ivan nesse dia não pôde participar da visita, pediu que apresentasse o seu caso, sem, entretanto, ter me passado o mesmo, apenas dizendo que se

Dr. Rodrigo Moreira e Dra. Érika Guedes em um momento de confraternização com o Dr. Miguel Hissa.

tratava de uma Síndrome de Klinefelter. Então o Dr. Schermann começou a fazer perguntas sobre o paciente. Eu respondia baseado no que essa síndrome poderia apresentar. Aí ele perguntou sobre a genitália e eu respondi: genitália infantil. Ele próprio foi examinar o paciente e, na frente de todos, em alto e bom som, gritou comigo: 'essa genitália é infantil? Só se for lá pelas bandas do Ceará!'. Na verdade, o paciente já tinha a genitália quase toda formada", conta.

Atualmente, como professor associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, onde chefia o Serviço de Endocrinologia e Diabetes do Hospital Walter Cantídio, o Dr. Hissa carrega a lembrança e a experiência adquiridas no IEDE – lugar que o fez ser mais humano, como diz:

"Para mim, o IEDE foi o início de um aprendizado concreto na endocrinologia, como médico e pessoa humana, que aprendeu a escutar, aconselhar e a cuidar de pessoas inferiorizadas por doenças, às vezes as mais graves possíveis".

O Dr. Hissa relata um caso de uma velhinha, com quase 80 anos, portadora de Ca papilífero da tireoide, e que não conseguia mais deglutir. "Foi feita uma gastrostomia para que ela pudesse se alimentar. Eu havia acabado de comprar uma máquina fotográfica, pois tinha a intenção de fotografar os casos para futuras apresentações em aulas. E ela, me vendo fotografar sua vizinha na enfermaria, se ofereceu para ser fotografada, sem que eu solicitasse. Na verdade, eu não tinha coragem de pedir isso a ela", afirma.

Eu Sou O IEDE

1 – Porque escolheu a Endocrinologia como especialidade?

Um dos fatores que me influenciaram a seguir a endocrinologia foi o de que muitos dos meus familiares tinham diabetes. No quarto ano de medicina, participei de uma aula prática de endocrinologia no IEDE, ministrada por uma cearense, Ana Maria (posteriormente, Coumarú). Na época, seu futuro marido havia recebido o Prêmio Nobel, estudando os fatores hipotalâmicos reguladores da adenohipófise. Sua abordagem sobre esse tópico foi extremamente envolvente e empolgante! Acho que, a partir daí, também me interessei ainda mais pela endocrinologia.

2 - Porque escolheu o IEDE?

O IEDE era conhecido como o melhor hospital para se aprender endocrinologia clínica.

3 - Cite um evento marcante pra você dentro da Endocrinologia. Explique o por quê.

A premiação Nobel da Medicina por um cientista, que atuava na área da endocrinologia e que posteriormente casou com uma cearense.

4 - Cite um endocrinologista que tenha influenciado sua carreira, além de três coisas que você admira nesta pessoa e porque ela o influenciou.

José Schermann. Pelo conhecimento profundo, simplicidade e facilidade como discorria na avaliação clínica e diagnóstica de um paciente. Era uma pessoa que gostava de ensinar.

5 - Descreva o IEDE em uma frase.

Lembrança formidável da minha formação profissional. ■

NUMA CIDADE COMO O RIO ESTAR SAUDÁVEL É IMPORTANTE. É BOM SABER QUE TEMOS OS LABORATÓRIOS SERGIO FRANCO E CLINICAS CDPI POR TODOS OS LADOS.

Seu paciente pode contar o Laboratório Sérgio Franco para realizar exames com confiabilidade e precisão. Já são 40 anos oferecendo tradição, qualidade e também a comodidade de estar nos principais bairros do Rio. Além disso, seu paciente também pode ter a segurança dos equipamentos de alta tecnologia da clinica CDPI que utiliza o que há de mais moderno no mercado, sempre com excelência no atendimento. A credibilidade do Sergio Franco e a inovação da CDPI estão à disposição de quem vive no Rio.

SérgioFranco MedicinaDiagnóstica

www.sergiofranco.com.br

CDPI Clínica de Diagnóstico Por Imagem

www.cdpi.com.br