Impresso Especial

9912221358/2008-DR/RJ **Assex**

Assex CORREIO

JORNALda ASSEX







Órgão oficial da Associação dos Ex-Alunos do IEDE - junho 2010 - ANO 17 Distribuição dirigida à classe médica www.assex.org .br

BÚZIOS RECEBE MAIS UMA VEZ O ENCONTRO ANUAL DO IEDE





O Dr. Jucimar Oliveira comenta sobre sua relação com a Andrologia e o IEDE na coluna "Isto é o IEDE" – pag. 19



Cerimônia na Academia Fluminense de Medicina (AFM) empossa Membros do IEDE e da PUC-RJ- Leia mais na **página 3**

EDITORIAL

Caros colegas

Ainda há como se inscrever para o 39º Encontro Anual do IEDE, cujo tema ADOLES CENDO irá proporcionar novas abordagens nesses campos multivariados de experiências na vida do ser humano: a infância e a adolescência, sob o ponto de vista da Endocrinologia. A programação do evento assim como a ficha de inscrição podem ser encontradas aqui ou no site IEDE/ASSEX.

Neste encontro anual do IEDE em dezembro, em Búzios, será homenageado com o Premio Dr. Scherman o ilustre e querido médico pernambucano Dr. Ruy Lyra, que na presidência da SBEM nacional foi um marco na integração entre as representações de cada SBEM regional. Com a atual presidência do Dr. Ricardo Meirelles, a SBEM se consolidou de fato como um corpo único, integrado, sem lutas regionais ou pequenas dissensões. Temos a certeza que a SBEM continuará nessa trajetória de identidade e unidade, na diversidade, objetivo para a qual foi criada.

Queremos destacar que o nosso Dr. Walmir Coutinho, membro do IEDE, com muito orgulho para nós, foi empossado como membro titular da cadeira 47 da Academia Fluminense de Medicina, entidade do mais alto conceito no Estado do Rio de Janeiro.



Não poderíamos também deixar de anunciar com alegria que mais um dos nossos membros do IEDE, a Dra Carmem Leal Assumpção, acaba de se doutorar pela UERJ, com louvor. O novo Código de Ética deve ser observado com cuidado, e segundo as palavras do Dr. Luiz César Póvoa "...apesar de a revisão do código ter incluído a realização de três conferencias nacionais sobre ética médica e ter recebido 2.677 sugestões de médicos e entidades organizadas

na sociedade civil, muitos profissionais não receberam o novo código de ética médica." Há ainda os artigos que são de máxima importância da Dra Vera Leal, do Dr. Amélio Godoy-Matos (frente ao tema do nosso Encontro), e a entrevista com o Dr. Jucimar Brasil, que entre outras coisas fala da importância da Andrologia desde a sua experiência no IEDE.

Amigos, colegas, alunos, patrocinadores e colaboradores, esperamos todos para o nosso encontro em dezembro, reafirmando nossos elos acadêmicos também com parte a social e desfrutar as delícias de Búzios.

Até lá!

Dra Amanda Athayde

Presidente da ASSEX/IEDE

JULHO DE 2010

XI International Congress on Obesity

Data: 11 a 15 de julho Local: Stockholm, Suécia Informações: www.ico2010.org/awards

AGOSTO DE 2010

CODDHi - Segundo Encontro Brasileiro de Controvérsias em Obesidade,Diabetes,Dislipemias e Hipertensão.

Data: 6 e 7 de agosto Local: Rio de Janeiro

Responsável: Dra. Marilia Brito Gomes

Informações: (21) 2587-6324

Endcocrinologia em 1 dia "Hot Topics"

Data: 14 de agosto
Local: Campus da PUC-RJ

Informações: (21) 2507-3706 / 2507-3713

SETEMBRO DE 2010

29º Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia

Data: 4 a 7 de setembro Local: Gramado, RS

Informações: www.cbem2010.com.br

l Oficina de Atualização em Neuropatia Diabética

Data: 18 de setembro Informações: www.assex.org.br Tel.: 2224-8587

DEZEMBRO DE 2010

XXXIX Encontro Anual do IEDE

Data: 10 a 12 de dezembro

Local: Búzios

Informações: www.assex.org.br

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: Dra. Amanda Valeria Luna de Athayde; Diretor Vice-Presidente: Dr. Rodrigo de Oliveira Moreira; Diretor 1º Tesoureiro: Dra. Rosane Kupfer; Diretor 2º Tesoureiro:

Dr. Roberto Pereira Assumpção; Diretor 1º Secretária: Dra. Cristiane Marie de Assis Rangel; Diretor 2º Secretária: Dra. Flávia Regina Barbosa; Diretora Social: Dra. Márcia Magalhães Marinho e Diretor de Eventos Científicos: Dr. Alexander Koglin Benchimol

JORNAL DA ASSEX – Coselho editorial: Dra. Amanda Athayde; Dr. Ricardo Meirelles; Dr. Luiz Cesar Póvoa e Dr. Walmir Coutinho; Editor Dr. Rodrigo Moreira; Jornalistas Responsáveis: Elizabeth Pereira dos Santos – MTR] 12714; e Cristina Dissat – MTRJ 17518; Redação: Cíntia Salomão Castro e André Dissat; Projeto Gráfico: Celso Pupo; 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.

HOMENAGEM

ACADEMIA FLUMINENSE EMPOSSA MEMBROS DO IEDE

Por Beth Santos

Dr. Walmir Coutinho foi empossado, no último dia 28 de maio, como acadêmico titular da cadeira 47 da Academia Fluminense de Medicina (AFM), em cerimônia na sede da entidade, em Icaraí, Niterói. Na mesma ocasião, o Dr. Luis Cesar Póvoa foi elevado a Membro Emérito da AFM, deixando vaga a cadeira assumida em seguida pelo Dr. Walmir, cujo nome foi indicado pelo colega do IEDE.

A dupla cerimônia teve início com a formação da mesa, comandada pelo Presidente da AFM, acadêmico Alcir Vicente V. Chácar; a entrada solene do novo acadêmico; a execução do hino nacional; e a leitura do termo de ascensão e a assinatura do Dr. Luis Cesar Póvoa. Diversas autoridades na área de saúde estiveram presentes, entre elas o Diretor da IEDE e Presidente da SBEM, Dr. Ricardo Meirelles, e representantes da Secretaria de Saúde de Niterói, Unimed, SOPERJ, CREMERJ, PUC, Germed Pharma, sociedades médicas etc.

Ascensão Compulsória

O Dr. Luis Cesar Póvoa explicou, antes da cerimônia, que a ascensão a membro emérito da Academia Fluminense de Medicina ocorre, de maneira compulsória, quando o titular de uma cadeira completa 25 anos nesta posição — o que foi seu caso — ou 75 anos de idade. "Eu tive a honra de, há 25 anos, assumir uma cadeira cujo patrono é meu pai, Hélion de Meneses Póvoa. Tive muita honra de ocupar a cadeira dele e de ter sido o primeiro a assumi-la, assim que ela foi criada. Fiquei aqui todos esses anos, onde aprendi muito, e procurei trazer algum conhecimento nas reuniões periódicas", comentou.

Em suas palavras de acolhimento ao Dr. Walmir Coutinho, o Presidente da AFM, Dr. Alcir Chácar, afirmou que "ingressar na Academia Fluminense de Medicina é fazer parte de um grupo seleto". Em seguida, foi lido o termo de ascensão como membro emérito, assinado pelo Dr. L.C. Póvoa. Na sequencia, ele recebeu do Presidente da AFM o diploma de membro emérito.

A Posse

O secretário acadêmico da AFM, Dr. Carlos Caldas, foi destacado para ler o termo de posse do Dr. Walmir Coutinho, que em seguida foi assinado pelo novo acadêmico titular. Um telão exibiu logo após os principais tópicos de seu



histórico profissional – cursos, diplomas, graduações, cargos etc -, seguido da entrega da beca de acadêmico, medalha, button e diploma. Não faltou nem mesmo a entrega de flores à esposa do Dr. Walmir, Patrícia Coutinho, pela Sra. Regina Chácar, esposa do Presidente da AFM. O acadêmico Waldenir de Bragança fez a saudação ao novo titular da cadeira 47 lembrando os 35 anos da Academia Fluminense de Medicina. Ele afirmou que "a prática da Medicina é uma arte, não um comércio". E finalizou sua fala: "seja feliz e faça a felicidade desta casa".

Em seguida, o Dr. Walmir Coutinho se dirigiu aos presentes, em discurso inspirado no filósofo grego Pitágoras. Seguindo o roteiro proposto na obra "Versos de Ouro", agradeceu aos acadêmicos, ao Dr. Póvoa – sem esquecer de mencionar seu pai, Hélion Póvoa – e a toda sua família. Mais tarde, expressou a alegria do momento: "ele representou para mim, acima de tudo, a felicidade de ser recebido em um grupo muito seleto de profissionais que se distinguiram em sua profissão pela competência técnico-científica, pelas realizações acadêmicas

e pelo entusiasmo com que souberam cultivar as tradições mais nobres da Medicina. A cerimônia me encheu de felicidade, principalmente pela surpresa de me ver cercado pelos meus familiares, meus melhores amigos do IEDE e dos bancos escolares e pelos meus novos confrades acadêmicos, entre os quais espero cultivar novas amizades. Serei sempre grato aos acadêmicos que me acolheram, aos amigos do IEDE, que sempre me apoiaram, e à minha família, que compareceu em peso para partilhar comigo deste momento feliz".

O Dr. Ricardo Meirelles disse, sobre o Dr. Walmir, que "como Diretor do IEDE, expresso a alegria de todos os colegas pela posse na Academia Fluminense de Medicina. Como Presidente da SBEM, comento a importância de ter nos nossos quadros um profissional com tal qualificação; e, como pessoa, me orgulho de tê-lo como amigo". Sobre o Dr. Póvoa, comentou que "a ascensão a Emérito traz ainda mais brilho a uma trajetória cheia de conquistas, criatividade e estímulo à formação de novos endocrinologistas".



Promove o controle glicêmico vencendo a resistência insulínica¹²



- Reduz a resistência insulínica¹
- Promove controle glicêmico sustentado³
- Preserva a função das células beta pancreáticas^{4,5,6}
- Reduz a gordura visceral^{7,8}
- Diminui a resposta inflamatória pró-aterogênica^{9,10}
- Melhora o perfil lipídico^{11,12}

Pioglitazona pode interagir com anticoncepcional oral diminuindo a disponibilidade do etinilestradiol¹³

ACTOS® (Cloridrato de Pioglitazona). USO ADULTO. Frascos com 15 comprimidos. Cada comprimido contém Cloridrato de Pioglitazona 15 mg, 30 mg ou 45 mg. Excipientes q.s.p. (1 comprimido): Lactose monoidratada, hidroxpropilceullose, carboximetilloeullose calcica e estearato de magnésio. Indicações: antidiabético oral utilizado como coadjuvante de dieta e exercicios para melhorar o controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2; como monoterapia e também para uso em combinação com sulfioniluréia, metformina, ou insulina. Contra-indicações: hipersensibilidade a pioglitazona ou a qualquer um de seus excipientes. Precauções e advertências: Não deve ser utilizado em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1 ou para o tratamento de cetoacidose diabética. Em combinação com insulina ou agentes hipoglicemiantes orais há risco de hipoglicemia, podendo ser necessária a redução do agente concomitante. Pacientes que estejam em período anovulatório pré-menopausa podem ter reinicio da ovulação. A pioglitazona pode causar decréscimos na hemoglobina (de 2 a 4%) e hematócrito. Estudos clínicos observaram o aparecimento de edema leve a moderado. Não está indicada em pacientes com insuficiência cardiaca dasse III ou IV da NYTAA. As elevações de TGP em pacientes tratados com cloridrato de pioglitazona reversiveis e não foram relacionadas com a terapia com pioglitazona. Embora os dados clínicos disponíveis não mostrem nenhuma evidência de hepatoticidade ou elevações de TGP induzidas por pioglitazona, a mesma está estruturalmente relacionadas com a troglitazona. Recomenda-se que pacientes tratados com condridato de pioglitazona, a mesma está estruturalmente relacionada com a troglitazona. Recomenda-se que pacientes tratados com condridato de pioglitazona a monitora o controle glicêmico e a resposta terapêutica, bem comenda e paciente esta pacientes com menos de 18 anos de idiade. Nentro de adequado de veser administrada a mulheres durante o período de amamentação. O uso da pioglitazona não é recomendado para paciente

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 sulfoniluréia, 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. Superdosagem: deve ser iniciado tratamento de suporte adequado, de acordo com os sinais e sintomas do paciente. REG. MS.: 1.0553.0238. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MEDICA. Fabricado por Takeda Chemical Industries, Ltd. - Osaka – Japão. Distribuído por: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda. Informações adicionais: Diretoria Médica - Abbott Laboratórios do Brasil Ltda. Rua Michigan, 735 - Brooklin, São Paulo / SP - CEP: 04566-905. Abbott Center: 0800 7031050.

Referências: 1 - Pavo, 1 et al. Effect of pioglitazone compared with metformin on glycemic control and indicators of insulin sensitivity in recently diagnosed patients with type 2 diabetes. The Journal of clinical endocrinology and metabolism 2003, 88, (4):1637-45. 2 - Aronoff S et al. Pioglitazone hydrochloride 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 2002, 25:517-523. 5 - Xiang AH, et al. Effect of pioglitazone on Pancreatic [beta] - Cell Function and Diabetes Risk in Hispanic Women with Prior Gestacional Diabetes. Diabetes. Diabetes Scare 2002, 25:517-523. 5 - Xiang AH, et al. Effect of pioglitazone on endothelial function, insulin sensitivity, and glucose control in subjects with coronary artery disease and new-onset type 2 diabetes. Diabetes care 2006, 29 (5):1039-45. 11 - Derosa G, D'Angelo A, Ragonesi PD, et al. Metabolic effects of pioglitazone and rosiglitazone in patients wi





inalmente está definido. O XXXIX Encontro Anual dos Ex-Alunos do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) será realizado novamente no Hotel Atlântico Búzios nos dias 10,11 e 12 de Dezembro, em Búzios. Depois de muita discussão e de avaliar algumas novas opções, a diretoria da ASSEX resolveu organizar o evento mais uma vez neste lugar tradicional. A escolha foi baseada na estrutura do hotel, facilidade de acesso e também pelas belezas naturais da cidade que nos acolherá pela 4ª vez. Embora o lugar já seja bem conhecido por aqueles que freqüentam anualmente o nosso encontro, a programação deste ano foi feita com o objetivo

de trazer o que há de novo, melhor e, ao mesmo tempo, controverso na endocrinologia.

OTEMA DO ENCONTRO E O PRÊMIO JOSÉ SCHERMANN

O tema deste ano também foi difícil de ser escolhido. Depois de discutirmos no último ano diversos aspectos relacionados a Andrologia e Endocrinologia Feminina do adulto, este ano iremos discutir o oposto. Com o tema ADOLESCENDO, o Encontro deste ano discutirá aspectos relacionados a essa importante fase da vida. Além disso, o escolhido este ano para receber o Prêmio José Shermann é nosso Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de

Endocrinologia e Metabologia, o Dr. Ruy Lyra. É importante frisar que o objetivo do prêmio é homenagear alguém que tenha se destacado por realizações dentro da Endocrinologia no último ano. Depois de tudo o que o Dr. Ruy Lyra fez pela Endocrinologia nos últimos 02 anos, acreditamos que esta homenagem seja mais do que merecida. Teremos o prazer de ouvir o Dr. Ruy fala sobre o Diabetes Mellitus tipo 2: Prevenção do Risco CardioVascular, epidemia esta crescente e que nos preocupa cada vez mais.

A PROGRAMAÇÃO

A programação também já está quase pronta. Na sexta-feira a tarde, teremos, além da Conferência José Shermann, 02 outras miniconferências. Na primeira, teremos 02 dos integrantes do Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA) discutindo sobre transtornos alimentares na infância e adolescência. Na segunda conferência do dia, teremos o Dr. Alexander Benchimol discutindo sobre avaliação e tratamento de fatores de risco cardiovasculares na infância e adolescência. Como pode ser visto, o objetivo do primeiro dia de evento é abordar aspectos relevantes e atuais de doenças que vêm se tornando cada vez mais freqüente em uma população que deveria ser,



teoricamente, livre destas doenças. Ainda na sexta-feira, teremos o jubileu de prata da turma de 1985 (organizado pela Dra. Denise Boechat) e a diplomação dos Novos Endocrinologistas.

No sábado, mais assuntos controversos. Para começar a manhã, faremos o já tradicional Encontro com o Professor. Tentamos este ano escolher alguns temas onde pudéssemos explorar o máximo de nossos especialistas convidados. Teremos o Dr. Ricardo Meirelles discutindo a abordagem da adolescente com irregularidade menstrual, a Dra Rosane Kupfer mostrando como utilizar os softwares disponíveis para interpretação dos resultados dos glicosímetros e como optimizar o tratamento do jovem com DM tipo 1 e o Dr. Alexandre Hohl discutindo opções de tratamento para ginecomastia puberal.

Na primeira mesa do dia, mais discussão sobre as algumas das principais doenças da adolescência. De início, o Dr. Euderson Tourinho apresentará o que temos de novo no diagnóstico radiológico da Puberdade Precoce. Para todos que conhecem o Dr. Euderson, podemos ter certeza que teremos muita coisa nova para aprender. Depois, teremos mais um assunto controverso: a utilização de GH em pacientes sem Deficiência de GH. Ainda na mesma mesa, teremos a Dra. Rita Weiss (recém-chegada da Suiça) discutindo novas opções no tratamento da puberdade precoce e o Dr. Ricardo Bruno a anticoncepção na adolescência.

Para terminar a parte científica do evento, iremos repetir uma das sugestões que foi muito apreciada no último ano: o Mosaico Endocrinometabólico. O objetivo desta mesa redonda é apresentar, em 20 minutos, artigos importantes que tenham sido publicados apenas no último ano. Uma maneira rápida e objetiva de nos atualizarmos e nos prepararmos para algumas das importantes mudanças que virão em decorrência da publicação destes artigos. Neste ano, teremos o Dr. Walmir Coutinho falando sobre Obesidade, a Dra. Rosita Fontes discutindo sobre metabolismo ósseo, a Dra. Edna Pottes apresentando Endocrinologia feminina e infertilidade e o Dr. Ronaldo Sinay com as novidades em Doenças Tireoidianas.

Para terminar o evento, a Assembléia Ordinária da ASSEX, nosso já tradicional churrasco na beira da piscina e, a noite, a Festa do Presidente. Simplesmente imperdível!!! Os pacotes para o evento já estão disponíveis e a ficha de inscrição pode ser encontrada na página ao lado. Agora é só separar a data na agenda e preparar para encontrar com novos e velhos amigos no segundo final de semana de Dezembro.

Nos vemos em Búzios.

SEXTA	FEIRA 10/12/10		
15:00	Abertura Dra. Amanda Athayde Dr. Ricardo Meirelles e Dr. Raul Faria Junior Dr. Luiz Cesar Póvoa		
15:20	Prêmio José Schermann Presidente – <i>Dr. Luiz Cesar Póvoa</i> (RJ) Conferência: Diabetes Mellitus tipo 2. Prevenção do Risco Cardiovascular <i>Dr. Ruy Lyra</i> (PE)		
16:00	Coffee Break		
16:20	Mini - Conferências 1 – Presidente: <i>Dra. Silvia Freitas</i> (RJ) • Transtornos Alimentares na infância e adoslecência – <i>Dr. Bruno Nazar</i> (RJ) Debate		
	Mini - Conferências 2 — Presidente: <i>Dr. Amélio Godoy-Matos</i> (RJ) • Risco Cardiovascular na Adolescência. Como e Quando Investigar? <i>Dr. Alexander Benchimol</i> (RJ) Debate		
17:40	Jubileu de Prata - Formados 1985 – Dra. Denise Boechat Leite		
18:00	Diplomação dos Novos Endocrinologistas Dra. Amanda Athayde (RJ), Dr. Ricardo Meirelles (RJ), Dr. Raul Faria Junior (RJ) Dr. Luiz Cesar Póvoa(RJ)		
18:30	Coquetel		
20:00	Jantar		
SÁBADO	0 11/12/10		
8:30	Encontro com o Professor Mesa 01 – Monitorização do DM tipo 1. Como utilizar os Softwares disponíveis? — Dra Rosane Kupfer (RI)		

8:30	Encontro com o Professor				
	Mesa 01 – Monitorização do DM tipo 1. Como utilizar os Softwares disponíveis?				
	 Dra. Rosane Kupfer (RJ) Mesa 02 – Irregularidade Menstrual na adolescência – Dr. Ricardo Meirelles (RJ) 				
9:10	Simpósio 01 - Controvérsias Presidente: Dr. Claudio Hoineff (RJ)				
	 Métodos de Imagens no Diagnóstico da Puberdade Precoce – Dr. Euderson Tourinho (RJ) 				
	• Uso do GH em Crianças sem Deficiência de GH. Quando? – Dr. Paulo Solberg (RJ)				
	• Novas Opções para o Tratamento da Puberdade Precoce <i>Dra. Rita Weiss</i> (RJ)				
	• Anticoncepção na Adolescência <i>– Dr. Ricardo Bruno</i> (RJ)				
	Discussão				
10:45	Coffe break - Atividades nos estandes				
11:00	Simpósio 02 - Mosaico Endocrinometabólico				

Presidente: Dra. Vera Leal (RJ)

- Tireóide Dr. Ronaldo Sinay (RJ)
- Obesidade Dr. Walmir Coutinho (RJ)
- Metabolismo ósseo Dra. Rosita Fontes (RJ)
- Endocrinologia Feminina e Infertilidade *Dra. Edna Pottes* (RJ) Discussão

12:35 ASSEMBLÉIA GERAL DA ASSEX - Presidente: Dra. Amanda Athayde (RJ)

13:00 Almoço: churrasco de confraternização

20:00 Jantar

22:00 Festa da Presidente

DOMINGO 10/12/10

8:00	Café da manhã / Manhã Livre			
12:00	Check out			



FICHA DE INSCRIÇÃO / RESERVA

Enviar juntamente com os cheques nominais à ASSEX para: Rua Moncorvo Filho, 90 centro Cep. 20 211-340 Rio de Janeiro/RJ

Nome:							
Nomep/Crachá:	Especialidade:						
CRM:	CPF:						
Tel.:(e-mail:						
End.:	Bairro:	Cep:	UF				
Acompanhante(s)*:							
Pacote: () A vista () 2 parcelas () 3 parcelas () 4 parcelas () 5 parcelas							
Data://2010 Assinatura:							
* Criança, favor informar data de nascimento.							

Valor do pacote para 03 dias e 02 noites								
Hotel	Categoria	Apto	Valor do pacote	3° Pessoa				
Atlântico Búzios	Standard	Single / Double	R\$1.030,00	R\$320,00				
	Luxo	Single / Double	R\$1.130,00	R\$320,00				

- 01 Crianças: 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 10/12 as 13:00h / "Check out" dia 12/12 as 12:00h sem Almoço.
- Inscrição no evento

- coquetel de abertura
- Jantar do dia 10/12/10
- Churrasco de confraternização dia 11/12/10
- Jantar e festa da Presidente no Sábado dia 11/12/10.
- 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\$400,00 - Acompanhante R\$150,00 Participação na programação científica e na festa da Presidente.

www.assex.org.br



Reg. MS nº 1.0525.0033

cloridrato de metformina + glibenclamida

Antidiabético oral que atua na

resistência e deficiência insulínicas1

- Controle efetivo da glicemia, reduzindo o risco de complicações micro e macrovasculares^{2,3}
- Maior redução da HbA_{1c} quando comparado à utilização isolada de metformina^{2,4}
- Custo acessível⁵



Posologia

Após a falha da monoterapia ou terapia de substituição: Iniciar com 1 comprimido de 500 mg/2,5 mg ou de 500 mg/5 mg, 2 vezes ao dia.

Contraindicação: hipersensibilidade aos componentes da formulação. Interação medicamentosa: corticosteroides.

Referências Bibliográficas: 1) Guedes, Erika Paniago e cols. "Abordagem Terapêutica do Diabetes Tipo 2" in "Endocrinologia". Editora Rubio, 1º edição. 2006: pg 73-84. 2) Garber AJ et al. "Simultaneous glyburide/metformin therapy is superior to component monotherapy as an initial pharmacological treatment for type 2 diabetes." Diabetes Obes Metab 2002;4(3):210-8. 3) Stratton IM et al. "Association of glycemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study." BMJ 2000;321(7258):405-12. 4) Davidson JA et al. "Tolerability profi le of metformin/glibenclamide combination tablets (Glucovance): a new treatment for the management of type 2 diabetes mellitus." Drug Saf 2004; 27(15): 1205-16. 5) Revista ABCFARMA nº. 222, Fevereiro de 2010.

inflights (loridrato de metformina e) gibenclamida). ISSA DOULTO. Registro MS or 1.0625.0033. Composição, Forma farmacêutica e Apresentações: Cada comprimido de GLIBETA 500 mg + 2,5 mg contém: 500 mg de cloridrato de metformina e 2,5 mg de glibenclamida. Embalagers contendo 10 ou 30 comprimidos revestidos. Indicações: Terapia inicial em pacientes com diabetes mellio tipo 2. Terapia de 2º linha, em pacientes com diabetes mellio tipo 2. Terapia de 2º linha, em pacientes com diabetes mellio tipo 2. Terapia de 2º linha, em pacientes com diabetes mellio tipo 2. Terapia de 2º linha, em pacientes com diabetes mellio tipo 2. Terapia de 2º linha, em pacientes com diabetes mellio tipo 2. Terapia de 2º linha, em pacientes com diabetes mellio tipo 2. Terapia de 2º linha, em pacientes com diabetes mellio tipo 2. Terapia de 2º linha, em pacientes com diabetes mellio tipo 2. Terapia de 2º linha, em pacientes com diabetes mellio tipo 2. Terapia de 2º linha, em pacientes com diabetes mellio diabetes mellio a diabete mellio diabetes de conspicio de compacion de compacion diabetes mellionares de compacion de com







espaço PUC



NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA



elação entre médico e paciente, normas na reprodução assistida e cuidados paliativos estão entres as principais mudanças do novo Código de Ética Médica que entrou em vigor em março. Resultado de dois anos de trabalho (2007/2009) do Conselho Federal de Medicina Junto com representantes do Ministério Público Federal, da Ordem dos Advogados do Brasil e entidades representativas, o documento possui 118 normas que estabelecem princípios gerais, direitos de deveres dos médicos.

Após mais de vinte anos sem alteração, o novo Código define como deve ser a atuação dos médicos em clínicas, hospitais, consultórios e outros serviços de saúde. "O código de ética estava bastante defasado e precisava realmente de uma atualização. A profissão médica não pode ser vista como um negócio, e sim como uma prestação de serviço que visa exclusivamente o benefício do próximo, mas que deve ser remunerada" explica o Professor Titular do Curso de Endocrinologia da Escola Médica de Pós-Graduação da PUC-Rio, Luiz Cesar Póvoa.

A atualização engloba os avanços tecnológicos que afetaram diretamente o exercício da profissão, como o acesso à internet que permite aos pacientes tomarem conhecimento de diferentes formas de tratamento. Nesse contexto, o médico agora é obrigado a apresentar todas as possibilidades terapêuticas cientificamente reconhecidas para que o paciente escolha com qual deseja ser tratado, mas também não é mais o único responsável pelos resultados obtidos dividindo esse papel com o paciente.

O avanço da tecnologia também proporcionou a discussão sobre cuidados paliativos e ortotanásia. Em caso de doenças incuráveis, o médico deve evitar procedimentos desnecessários nesses pacientes e oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, levando sempre em conta a opção do paciente. "O código só fala de ortotanásia, mas no meu ponto de vista o Conselho Federal de Medicina deveria criar uma cadeia destinada à morte no ensino da Mecinina, porque o médico precisa se preparar melhor para trabalhar com a pré-morte, a morte e o pós-morte de um paciente", sugere Póvoa.

De acordo com o novo Código, os médicos podem se

recusar a trabalhar em locais onde não tenha infra-estrutura adequada, em exceção em casos de emergência, mas não pode abandonar um paciente, nem faltar ao plantão. A partir de agora também está definido que a reprodução assistida está limitada a quatro embriões por tentativa, de acordo com um consenso internacional, e a escolha do sexo do bebê está proibida.

Outras mudanças que aparecem no código são: proibição da divulgação de consultórios médicos; direito do paciente a cópia do prontuário e a buscar outro médico para obter uma segunda opinião; inclusão do número do CRM em qualquer anúncio profissional; proibição da relação entre médicos e comércio ou farmácia; obrigação a escrever receitas e prontuários com letras legível.

Apesar de a revisão do código ter incluído a realização de três conferencias nacionais sobre ética médica e ter recebido 2.677 sugestões de médicos e entidades organizadas na sociedade civil, muitos profissionais não receberam o novo código de ética médica. Para a realização desta matéria, alguns médicos não puderam expressar sua opinião porque ainda não haviam recebido o código, apenas tomaram conhecimento das mudanças pela impressa. Essa forma de divulgação gerou algumas questões como: se os médicos não tomaram conhecimento oficial, como vão aplicar o novo código de ética médica no exercício da profissão? E se o Conselho federal de Medicina não informou a todos os médicos em exercício no pais sobre as mudanças como fiscalizar se as novas normas estão sendo postas em prática?

"Envolver o médico com responsabilidade de gerar o comitê de ética médica, para que ele possa ser um fiscal da ética e, sobretudo, atribuir ao médico a responsabilidade de seu trabalho" são algumas sugestões do professor da PUC-Rio. Utilizar os conselhos regionais de medicina para trabalhar melhor as mudanças do novo código pode ser uma opção para democratizar essas informações em todo o país. "Eu propus à Academia nacional de Medicina que crie um grande fórum para todos os médicos, inclusive os não-acadêmicos, para discutirmos idéias que possam corrigir a adequar o código. A proposta foi aceita e a Academia irá providenciar", garantiu prof. Póvoa. ■



O Laboratório Sérgio Franco está completando 70 anos de dedicação e respeito aos seus clientes.

Um trabalho em busca da qualidade total, para cuidar do nosso bem mais valioso: a sua vida.

Neste momento de alegria e renovação, estamos ganhando de presente uma nova marca,
fortalecendo cada vez mais nossa relação com você.

Muito obrigado por acreditar em nosso trabalho durante todos esses anos.



SERVICO DE METABOLOGIA

ATUANDO EM OBESIDADE HIPOTALÂMICA E LIPODISTROFIAS

por Amélio F. Godoy-Matos

Serviço de Metabologia-Obesidade e Síndrome Metabólica (SM-OSM) continua no seu esforço de produzir ciência dentro do que é possível fazer. No mês de abril, aconteceu o 20 Curso de Endocardiometabologia (ENDOCARDIO) coordenado pelo Dr. Amélio Godoy-Matos, chefe do Serviço de Metabologia. Esta é, no fundo, uma atividade científica do SM-OSM. Membros do Serviço, como os Drs. Rodrigo Moreira, Érika Paniago e o próprio Amélio participaram como palestrantes. Aliás, através dos seus membros, o SM-OSM esteve presente em diversas atividades científicas ao longo dos 3 últimos meses.

Na sessão clínica do dia 20/5, a cargo do SM-OSM, a Dra. Érika Paniago coordenou a apresentação de um caso clínico de obesidade hipotalâmica do ambulatório de adolescentes. O caso, de um menino de 11 anos que apresentou um craniofarigeoma operado há cerca de 14 meses, suscitou muito interesse e discussões. A Dra. Débora Ayres Saraiva apresentou o caso e a Dra. Débora Dambrauskas de Mello atuou como comentadora. O paciente, após a cirurgia do craniofaringeoma realizada no INCA, ganhou 53

Kg em cerca de um ano, ou seja, cerca de 1kg por semana! Ao apresentar-se ao ambulatório o menor chegou em cadeira de rodas e apresentava grande dificuldade de locomoção. Em apenas 2 meses, sob uso da sibutramina, perdeu 4kg e está reiniciando atividade física. Na apresentação, ficou clara a dificuldade de controlar estes casos, que apresentam grande descontrole do apetite além de redução do gasto energético. Outros pacientes com obesidade hipotalamica, como Prader-Willi, são tratados no serviço. Apesar da grande dificuldade em lidar com estes pacientes, a diretriz do serviço é proativa. A mentalidade intervencionista, medicamentosa, com eventual combinação de drogas, ou quando se fizer indicada a cirurgia bariátrica, é decorrente da grande morbidade desses casos. Assim, o serviço está aceitando o encaminhamento de novos casos de obesidade hipotalâmica para serem triados no ambulatório.

Da mesma forma, o ambulatório de lipodistrofia continua crescendo e aberto para receber novos casos, tanto para as formas familiares quanto para as adquiridas. Para suspeita de pacientes com lipodistrofia parcial ou total, é fundamental que os colegas examinem seus

pacientes pedindo que fiquem vestidos apenas com roupas íntimas. Ao observar a escassez ou ausência de gordura periférica, geralmente com pseudohipertrofia muscular, e que apresentem pelo menos 1 das manifestações da tabela abaixo, o médico pode estar diante de uma lipodistrofia. Pedimos que nos encaminhem para estudo genético e melhor caracterização clínicometabólica. Lembramos que a caracterização de novos casos e identificação das famílias é essencial para a prevenção de desfechos cardiovasculares, bem como tornará o nosso serviço referência no tratamento desta doença.

- Acúmulo preferencial de tecido adiposo em regiões troncular, facial e cervical. A distribuição de gordura nestes locais varia com o tipo de LFP, podendo ser inclusive normal.
- Hirsutismo e irregularidade menstrual (oligomenorréia) em mulheres, caracterizando SOP
- Acantose Nigricans
- Glicemia de jejum alterada ou DM2 com hiperinsulinemia
- hipertrigliceridemia com HDL colesterol baixo

DESAFIO DIAGNÓSTICO



Editor - Dr. Alexander Benchimol Colaboração com o caso clínico — Dra. Marcia Helena S. Costa

aciente de 67 anos, feminina, branca, do lar, encaminhada ao serviço de endocrinologia para investigação de síndrome de Cushing; esta paciente relatava história de hipertensão arterial há 10 anos com piora do controle há 6 meses e diagnóstico recente de Diabetes Mellitus (DM); apresentava imagem de tomografia computadorizada (TC) de adrenais (FOTO 1) mostrando grandes massas bilaterais hipodensas, sem atenuação após contraste. Ao exame físico, observava-se fáscies cushingóide e presença de giba; ausência de estrias violáceas, acne ou hirsurtismo.

PA:150/100 mmHg, FC: 82 bpm, IMC: 26,3 kg/m2. Exames: glicemias: 120 − 327 mg/dl; cortisol pós 1 mg de dexa overnight:19,7 ug/dl; cortisol livre urinário: 436 ug/24h/ml e ACTH< 5pg/ml. ■

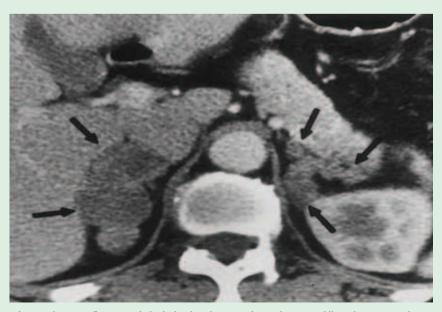


Imagem de tomografia computadorizada de adrenais mostrando grandes massas bilaterais em uma paciente de 67 anos encaminhada ao serviço de endocrinologia por apresentar fáscies cushingóide, giba, cortisol pós 1 mg de dexa overnight de 19,7 ug/dl, cortisol livre urinário de 436 ug/24h/ml e ACTH< 5pg/ml.

Qual o diagnóstico? Responda no site www.assex.org.br





INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: MERITOR. glimepirida. cloridrato de metformina. MS: 1.0573.0377. Indicações: MERITOR Tratamento oral de Diabetes mellitus 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; - INSUFICIÊNÇIA HEPÁTICA GRAVE; - ACIDOSE METABÓLICA. - TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS INSULINO DEPENDENTE (TIPO I), E EM CASOS DE DESCOMPENSAÇÃO DIABÉTICA COM CETOACIDOSE DIABETICA, HIPEROSMOLARIDADE, PRÉ-COMA E COMA DIABÉTICO. ESTE MEDICAMENTO É CONTRAINDICADO EM CRIANÇAS. Cuidados 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 aumenta a concentração de cloridrato de metformina. Ínibidores 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, quanetidina, 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 glimepinda. 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 OBSERVADAS 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 FREQUENTES 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 da primeira dose de **MERITOR.** Caso o paciente esteja utilizando clorpropamida, recomenda-sé suspender sua administração por 48 horas antes de iniciar o uso de MERITOR. Pacientes previamente tratados com glimepirida (ou outras sulfonilureias) 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 CONSULTADO." VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. "Material técnico científico de distribuição exclusiva à classe médica" SAP 4067700 BU 05 (D) 05/09

Referências Bibliográficas: 1) Gonzáles-Ortiz, M Et al: Efficacy of glimepiride/metformin combination versus glibenclamide/3 metformin in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus Journal of Diabetes and Its Complications.

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





CENTRO DE ESTUDOS

Dra. Carmen Regina Leal de Assumpção Presidente Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Jayme Rodrigues-CEA



NOTÍCIAS DO CEA

1- Aconteceu – Dia Mundial da Nutrição e Saúde

Comemorou-se no dia 31 de março o Dia Mundial da Nutrição e Saúde. O Centro de Estudos Jayme Rodrigues através de sua Presidente Dra Carmen Assumpção realizou uma orientação alimentar com os pacientes e funcionários do IEDE, com a demonstração



dos tipos de alimentos e das porções alimentares adequados as diversas faixas etárias e patologias; entre elas: Diabetes, Síndrome Metabólica, Obesidade e Hipertensão Arterial. Foi utilizado um método prático para esse fim, com o uso de alimentos de silicone e da pirâmide alimentar, além da retirada de dúvidas, troca de experiências e de salutares e saborosas receitas. Um sucesso!

2- Em 27 de maio realizou-se a sessão clínica especial sobre o tema: O Novo Código de Ética Médica, tendo a Dra Kassie Regina Neves Cargnin, conselheira do CREMERJ como palestrante. Importante oportunidade de reflexão. e discussão!

3- Sessões Científicas

As Sessões Científicas são de padrão

internacional, tratam de casos clínicos do próprio hospital ou da clínica privada e são regidas sob os princípios éticos. Ocorrem também palestras ministradas por convidados e filmes educativos.

Você que foi ex-aluno, venha discutir seu caso nas Sessões que são realizadas às 5ª feiras a partir das 10 horas, no Auditório Dona Anna.

As sessões científicas do mês de Junho abordarão os seguintes temas: Tireóide Especial + Medicina Nuclear, Endocrinologia Feminina e Nódulos Tireoidianos.

O Centro de Estudos Jayme Rodrigues (CEA) se localiza no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luis Capriglione Rua Moncorvo Filho , 90 – Centro, Sala do Centro de Estudos , 2º andar.

Dra Carmen Regina Leal de Assumpção

Presidente do Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Jayme Rodrigues - IEDE

Tel.: 2332-7154 R: 1193

ESPACO CIENTÍFICO

por Rodrigo O. Moreira



HIPERTIREOIDISMO INDUZIDO POR AMIODARONA E NAVIGATOR

esta edição, teremos uma coluna um pouco menor. Com as mudanças envolvendo os Protocolos do Ministério da Saúde, resolvemos deixar um maior espaço para a discussão da Dra. Vera Leal sobre o assunto (ver página 17). Com certeza, um assunto que interessa a todos. Quanto a minha coluna, segue o comentário sobre uma excelente revisão de hipertireoidismo e amiodarona e sobre a publicação dos resultados do estudo NAVIGATOR.

"Approach to the Patient with Amiodarone-Induced Thyrotoxicosis"

primeiro artigo a ser comentado este mês é certamente um artigo que interessará a todos os endocrinologistas e também aos cardiologistas. Na edição de junho de 2010 do Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism (JCEM 2010;95[6]:2529-35), Fausto Bogazzi e colaboradores apresentam uma revisão sobre Tireoitoxicose induzida por amiodarona. Os autores apresentam uma discussão bem in-

teressante sobre o diagnóstico desta condição, incluindo o papel da cintilografia e da Ultrassonografia com doppler colorido nos diferentes tipos de Tireotoxicose (para os que não sabiam, existem dois tipos específicos de tireotoxicose induzida por amiodarona, cada um deles com suas características). Além disso, os autores também apresentam as diferentes opções de tratamento para cada tipo específico de lesão, discutindo o papel das tionamidas, perclorato de potássio, Iodo radioativo, Glicocorticóides e cirurgia. Um artigo extremamente importante para nossa prática clínica do dia a dia.

"Effect of Nateglinide on the Incidence of Diabetes and Cardiovascular Events" e "Effect of Valsartan on the Incidence of Diabetes and Cardiovascular Events"

o mês de Abril de 2010, foram publicados no New England Journal of Medicine (NEJM 2010:362:1463-76 e 1477-90) os resultados do estudo NAVIGATOR. Embora

tenha sido conduzido como um único estudo, os resultados foram apresentados em 02 artigos por se tratarem de dois medicamentos diferentes sem qualquer tipo de interação entre si. Os objetivos do NAVIGATOR foram avaliar o risco de DM tipo 2 e eventos cardiovasculares em pacientes com Intolerância a Glicose tratados com Nateglinida Vs. Placebo e Valsartana vs. Placebo. Os resultados foram bem supreendentes: 1) Nem a Nateglinida nem a Valsartana reduziram o risco de eventos cardiovasculares após uma média de 5 anos de acompanhamento e 2) Apenas a Valsartana levou a pequena redução no risco de desenvolvimento de DM tipo 2. Para os que quiserem entender melhor as implicações deste resultados controversos (principalmente da Nateglinida e Incidência do DM e do Valsartana e Incidência de Eventos Cardiovasculares), sugiro uma leitura cuidadosa dos 02 artigos e também do editorial de David Nathan ("Navigating the Choices for Diabetes Prevention") publicado na mesma edição (1533-1534).

HISTÓRIA DA MEDICINA – LUIZ CESAR PÓVOA



O PHD E A EMPADA - CLAUDIO TADEU E DANIEL RIBEIRO

O GLOBO- SEÇÃO OPINIÃO, 1º CADERNO, PAG 7, 09/12/1996

Com a mão na maçaneta, preparava-me para abrir a porta de meu laboratório, em um dos mais produtivos departamentos científicos do Instituto Oswaldo Cruz, quando fui atropelado pela pergunta:

— Vai de quibe fresquinho, Claudio?

Voltei-me e conferi a impressão, constituída em décimos de segundos, de que a voz do vendedor ocasional de salgados na hora do almoço era mesmo a de um colega. PhD em patologia experimental, tentando aumentar seu magro orçamento.

Transtornado diante de tão desconcertante constatação, sento-me para escrever algumas linhas de análise desta triste situação. Decido torná-las publicas.

Perguntei certa vez a um colega visitante estrangeiro quais carreiras eram mais valorizadas e mais bem remuneradas em seu país. A resposta foi de uma lógica contundente: "A que estivermos precisando no momento: engenheiros mecânicos, enfermeiros ou carvoeiros."

No Brasil, temos que decidir se precisamos ou não dos cientistas e tecnólogos.

Se não precisamos é necessário que todos saibamos: se, ao contrário, pensamos que são necessários, temos que protegê-los.

É antiga a idéia de um plano de carreiras que protegesse a ciência e a tecnologia (C&T) no país através da formalização de ambiente institucional estimulante ao mérito e ao progresso acadêmicos.

Uma ilustração do sucesso dessa estratégia é oferecida pelo Conselho Nacional de Pesquisa Científica (CNRS) e Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica (Inserm), instituições francesas dotadas de um corpo de cientistas pelo país, avaliados periodicamente de acordo com critérios nacionais, e lotados em instituições (próprias, universitárias, hospitalares e outras) que albergam laboratórios credenciados, também avaliados regularmente. No Brasil, um modelo semelhante é adotado pelo Conselho

Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnologia (CNPq) com as chamadas bolsas de produtividade em pesquisa acessíveis a cientistas de quaisquer instituições que aceitam ter sua produtividade e seu desempenho acadêmico avaliados a cada dois anos. Esta estratégia que adequadamente aprimorada poderia se constituir no ponto de partida do verdadeiro Plano de C& no país tende a minimizar os efeitos da postura de aumento, comum nas instituições de pesquisa-que consiste em dotar padrões de excelência e cobranças rigorosas de produção e desempenha remunerando os pesquisadores, entretanto, com baixos salários.

É de fato razoável pensar que a carreira de pesquisador, com suas exigências intrínsecas de esforços, disciplina e dedicação, deveria ser apoiada em bases permanentes pelo Estado. Desta forma, um plano de carreiras em C&T, que ordenasse os salários em patamares dignos, em nível nacional, poderia estimular o processo de valorização da carreira e constituir possibilidade atraente para jovens talentoso no momento da escolha pelos que ingressam na universidade.

Sem dúvida, dentro desta ótica, a definição de um tal plano era urgente e podemos pensar que duas eram as alternativas para sua criação. A primeira delas, talvez mais natural no nosso entender, através da análise da vocação individual, criando-se um plano que se fundamentasse na definição de "quem faz o quê?", na natureza da atividade que o indivíduo exerce ("ele faz pesquisa ou tecnologia?") e na avaliação individual com base no desempenho e na produção científica ("ele faz isso bem"). Uma segunda alternativa, recheada de um imbatível discurso de que "todas as atividades são necessárias para a pesquisa" "a vocação e a atividade individuais são decorrentes do objetivo maior da instituição", confundiria carreira com lotação e enquadramentos das "Instituições de C&T". Esta foi a alternativa escolhida pelo Ministério da Ciência e Tecnologia. E assim, através de um poderoso lobby, que aliou diretores e sindicalistas em uma aliança profana, abençoada e costurada pelos setores mais corporativistas e cientistas do funcionalismo publico, garanti-se a aprovação de um plano demagógico.

A burocracia do setor de C&T, diante da ameaça de sucateamento e do estigma de inoperância e incompetência que começava a pairar sobre a cabeça funcionalismo público, delineou a possibilidade de criar cargos sem identidade, específicos de algumas instituições (e que é analista de C&t? Transformar motoristas e almoxarifes e "auxiliares ou assistentes de C&T" não obedece a mesma lógica que faria do copeiro da policia um policial?) a mecanismos de "antlisonomia" (porque um contador – fala-se analista de C&T – do IB-GE, por exemplo, passa a valer mais do que um dos Ministérios da Agricultura?). Quando aceitamos que um profissional passe a valer mais unicamente em função de sua lotação em uma instituição, não estamos na verdade constituindo um elemento importante de desorganização do Estado?

Não estamos dando a ele um passe-parlout e criando uma nova sorte de reserva de mercado? (Ninguém, que aí já não esteja, entra nas instituições do clube.)

Mas não há nenhuma dúvida que denunciar tal absurdo é expor-se automaticamente ao rótulo de elitista. Será? Talvez então devamos – ao invés de enxergar na idéia de criação de um plano de C%T um mecanismo protetor de carreiras desassistidas cronicamente pelo Governo – lutar pela valorização do serviço publico como um todo, com melhores salários para todos os funcionários e reconhecendo as varias especialidades aí existentes. Curiosamente, os que usualmente vociferavam, classificando de odiosos os privilégios, não fizeram nem uma coisa nem outra, mas viram no planouma oportunidade de criar jurisprudência a muitos. Não parece tão coerente quanto a

continua na página seguinte

espaço IEDE



EDITORIAL IEDE



Ricardo M. R. Meirelles

OS MENTORES

Ricardo M. R. Meirelles

o último congresso da American Diabetes Association, chamou a minha atenção, na palestra de Richard Bergenstal, President, Medicine & Science, a grande importância que foi dada aos mentores. Citou dois. O primeiro foi Arthur Rubenstein, caracterizado como um homem de ciência, com foco na investigação de hipóteses baseadas em fisiologia. O outro, Donnell Etzwiler, foi identificado como aquele que traduzia a ciência para a prática clínica.

Impossível, para aqueles que assistiram ao nascimento do IEDE, não fazer um paralelismo com dois dos nossos mais importantes mentores: Jayme Rodrigues e José Scherman. O primeiro, um visionário, perseguia as pesquisas de ponta, os grandes avanços da ciência básica e os progressos na compreensão da fisiologia endócrina. Inesquecível, por exemplo, a empolgação de Jayme Rodrigues diante da descoberta, por Earl Sutherland, do segundo mensageiro, que explicava a o mecanismo de ação de vários hormônios. Já

Scherman era o médico clínico por excelência, e procurava sempre a aplicação prática dos avanços da ciência básica. A ele interessava o que podia ser benéfico aos seus pacientes. Seu trabalho no IEDE, até o fim, se fazia na triagem dos que procuravam o Instituto, emprestando sua gigantesca experiência no diagnóstico e encaminhamento dos pacientes, diante do encantamento de seus alunos. Não contente com essa importante tarefa, passeava pelos ambulatórios, orientando a conduta nos casos mais difíceis.

Os dois se completavam e marcaram profundamente seus discípulos. Tinham em comum o prazer e a generosidade do ensino. Suas personalidades carismáticas e seus exemplos foram fundamentais para todos nós. Um dos seus primeiros e mais aplicados seguidores, Luiz Cesar Póvoa, herdou um pouco de ambos e continuou a obra dos pioneiros, tornando-se, ele próprio, mais um importante e memorável mentor.

Outros tiveram grande importância em campos específicos da Endocrinologia, como Francisco Arduíno, criador do embrião do Instituto, o Centro de Diabetes do Hospital Moncorvo Filho, e, depois, do próprio IEDE. Num momento em que o tratamento do diabetes era ainda mais difícil do que agora e parco em recursos, Arduíno foi capaz de despertar em centenas de colegas a dedicação a esta cada vez mais proeminente patologia.

Mais um, Raul Faria Júnior, outro pioneiro, até hoje é o médico que permanece mais tempo no hospital, sempre disponível e colaborando com todos. Lembrado sempre com carinho por aqueles que se formaram no IEDE, muitos lhe devem gratidão pela ajuda despretensiosa na elaboração de monografias, trabalhos e teses.

A Banting Lecture, mais importante palestra do congresso, proferida por Robert Rizza, também se iniciou pela referência aos mentores. Exemplo a ser seguido. Inspirado pelos professores Bergenstal e Rizza, presto aqui merecida homenagem aos nossos mentores. A memória dos que nos ensinaram deve se manter sempre viva e não devemos perder nenhuma oportunidade de exaltá-la. Depois dos nossos pais, são, sem dúvida, aqueles que mais nos influenciaram e nos ajudaram a ser o que somos.

continuação da página anterior

defesa de um projeto ecológico de preservação de baleias que incluísse também os elefantes. Igualmente mamíferos, e não menos importantes? Assistimos, assim, ao nascimento de uma nova "visão de mundo" que considera que "elitista é aquilo ou aquele que privilegia os que estão acima de mim; justo é todo o privilégio que me inclui e corporativismos é a luta dos outros privilégios". E o que é um plano que reivindica diferenciação salarial para as instituições de um "clube"?

Em vez de protegê-los, o plano, já apelidado de "mata-cientista" pelo jornalista Ell Gaspari, engessou os salários de 2.300 cientistas em uma bota excessivamente pesada para avançar com 28 mil funcionários na folha e o seu objetivo maior fracassou. Com o resultado, ao invés de estimular para as instituições envolvidas em C&T, com remuneração digna dos profissionais com atividades específicas desta área, assistimos ao sacrifício daqueles que efetivamente determinam o perfil da instituição e que acabaram menos remunerados do que seus colegas universitários.

Evidentemente, precisamos de salários decentes para todos: almoxarifes e motoristas, contadores e cientistas; mas não é possível que pesquisadores e tecnologistas – bases para o discurso populista e pretexto para um plano demagógico – fiquem onde estavam... agora só mais pobres... brevemente menos numerosos.

Hoje o Ministério da Administração e da Reforma do Estado (Maré) finalmente aponta na direção da revisão do enquadramento dos funcionários do Plano de C\$T e da correção dos abusos antes que sejam efetivados. Mas se o objetivo inicial do plano, de se criar carreira estável que se configure como alternativa atraente e digna, não for contemplado, só nos restará esperar o dia em que receitas de empadinhas farão parte dos currículo de pós-graduação.

DIABETES ATUALIDADES

por Rosane Kupfer



NA ERA DA MONITORIZAÇÃO GLICÊMICA

nfim, com anos de atraso, mas muito bem vinda, passamos a contar com a distribuição pública em massa de insumos para os pacientes diabéticos. Inicialmente em Setembro de 2008, por iniciativa conjunta com a Secretaria Municipal de Saúde e posteriormente com a adesão da Secretaria Estadual, foi implantado no IEDE o protocolo hoje seguido pela maioria dos Serviços de Diabetes no Município do Rio de Janeiro. Isto foi realmente um avanço para a saúde dos nossos pacientes. Dados parciais apontam para um total acima de 3.000 pacientes cadastrados no IEDE, 42% deles com Diabetes tipo 1, para o recebimento de glicosímetro, tiras reagentes, seringas e lancetas. Embora, por ser um centro de referência da SESDEC (Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civial), a clientela do IEDE seja naturalmente composta por pacientes procedentes dos diversos municípios do Estado do Rio, vemos com preocupação o constante crescimento por parte dos diabéticos que nos procuram para um atendimento especializado,

vindos de outras cidades. Hoje, desse total de 3.000 pacientes, cerca de 680 são moradores de mais de 20 municípios, principalmente da Baixada Fluminense. É muito gratificante poder atendê-los, porém melhor seria estarem inseridos em programas de Diabetes próximos a sua residência. O Projeto Rio Endócrino criado por iniciativa do IEDE há quase uma década, foi recentemente reestruturado e reapresentado como a proposta que é de implantação do atendimento aos pacientes com Diabetes e outras Endocrinopatias, por Centros Especializados (UPADES - Unidades Públicas de Atendimento em Diabetes e Endocrinopatias), em áreas estratégicas do nosso Estado, a semelhança do que ocorre em nosso centro. Estamos aguardando a resposta dos nossos gestores e esperamos que seja positiva desta vez.

Neste momento demos início à avaliação destes pacientes, pois queremos aperfeiçoar a utilização desta importante ferramenta que é a automonitorização da glicemia. Para isso tem sido fundamental a atuação de nossos educadores. É também uma forma de prestarmos contas deste investimento. Nossos pacientes melhoraram?

O próximo passo será a implantação, em breve, dos computadores nos consultórios médicos, dotados dos softwares para download dos dados do glicosímetro, permitindo um melhor gerenciamento do controle glicêmico pela equipe, incluindo também o paciente. Por ser um método de baixo custo, fácil, rápido e altamente informativo acreditamos ser possível a sua utilização de rotina em um Centro de Referência onde o paciente já receba as tiras reagentes.

Por fim não custa sonhar com a utilização da Monitorização Contínua da Glicose em uma escala maior na nossa população.

Estamos no caminho certo e o crescente interesse por essa área ficou bem demonstrado no último congresso da Associação Americana de Diabetes, em Orlando, quando foram selecionados para apresentação 78 trabalhos sobre o tema Monitorização da Glicose.



Segundo o algoritmo para o tratamento da polineuropatia diabética da ALAD, o ácido tióctico deve ser iniciado para todos os pacientes com polineuropatia diabética, dolorosa ou não dolorosa.¹

Thioctacid HR

ácido tióctico

- Age na fisiopatologia²
- Age nos sintomas³



Apresentação: caixa com 30 comprimidos revestidos de 600 mg

Posologia: 1 comprimido ao dia

Indicação: Tratamento dos sintomas da polineuropatia diabética periférica.

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. NEURAL AD 2010, Guiae Práctica en el manejo de la Polineuropaità Diabetica - Associação Latino Americana de Diabetes Volume XVIII- Suplemento nº1: Março 2010, 2. Relijanovic M, et al. Treatment of diabetic polyneuropathy with the antioxidant thiocitic acid (alpha-lipoic acid; a two year multicenter randomized double-blimd placebo-controlled trial (AL ADIN II). Alpha Lipoic Acid in Diabetic Neuropathy. Free Radic Res. 1999 Sep. 31(3):171-9. 3. Tiegler 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 Thiotacid® 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 hipoglicemia de a 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

A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.





SERVICO DE ENDOCRINOLOGIA



por Vera Leal

PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS NA INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DA BAIXA ESTATURA

Ministério da Saúde (MS) repassa, através dos gestores municipais e estaduais, medicamentos dito excepcionais. Para tanto, os médicos em seus consultórios públicos ou privados devem seguir os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Neste ano de 2010, o MS revisou alguns PCDT na área da Endocrinologia, encontrados no site do MS, e devemos estar atentos a essas modificações. Abaixo, algumas alterações referente ao Hormônio do Crescimento:

- Quanto ao diagnóstico laboratorial, foi acrescentada a dosagem do IGF-1 e valor de referência de acordo com idade e sexo (não há citação em relação à idade óssea).
- Os testes de estímulo provocativos foram mantidos (insulina, clonidina, levodopa e glucagon). O teste de insulina não deve ser realizado em crianças com história de convulsões, cardiopatias ou menores de 20Kg.
- O Teste do exercício foi retirado do diagnóstico laboratorial
- Foi mantido o "priming" com estrogênios conjugados na dose de 1,25 mg/m2 via oral, 3 doses, administradas 72, 48 e 24 horas antes da realização do teste, em meninas com idade a partir de 8 anos e estágio puberal abaixo de M3 e P3 de Tanner. Os meninos com idade a partir de 9 anos e estágio puberal abaixo de P3, deve ser realizado com cipionato de testosterona 50 mg IM, em 2 doses, administradas 16 dias e 48h antes da realização do teste,
- O ponto de corte foi alterado para < 5ng/ml, em ensaio por quimioluminescência ou imunofluorimetria. Assim, de uma certa maneira, dificultou-se mais a liberação no fornecimento de GH.
- As curvas de crescimento encontram-se no site da OMS www.cdc.gov/growthcharts.

TESTE DE ESTÍMULO COM GLU-CAGON REVISITADO

teste de estímulo com glucagon é útil na avaliação do eixo somatotrófico e corticotrófico. Algumas vantagens deste em relação à maioria dos demais testes são: poucos efeitos colaterais; seguro e bem tolerado mesmo em pacientes com hipopituitarismo e em crianças muito pequenas; facilidade na administração; não há necessidade de manter um acesso venoso durante o teste; e possibilita testar, simultaneamente, os eixos somatotrófico e corticotrófico.

Permanece obscuro o mecanismo pelo qual o glucagon estimula a liberação tanto do GH como do ACTH. Sabe-se, no entanto, que não se deve à hipoglicemia reativa, uma vez que o pico de estímulo do GH ocorre entre os tempos 90 e 120 minutos e o pico do cortisol entre os tempos 150 e 180 minutos, enquanto a hipoglicemia, por outro lado, é tardia, ocorrendo habitualmente depois da terceira hora. No caso do GH, o mecanismo estimulatório mais provável parece ocorrer através da inibição na liberação da somatostatina, mas um estímulo mediado pelo aumento dos ácidos graxos livres e até mesmo uma estimulação noradrenérgica induzida pelo glucagon tem sido postulada. Já os mecanismos envolvidos na estimulação do eixo corticotrófico são ainda menos bem esclarecidos. Alguns estudos demonstraram que a administração IM de glucagon apresenta efeito estimulatório sobre o ACTH e cortisol tão potente como o (CRH) e mais potente que a vasopressina (AVP), dois importantes hormônios estimulatórios do eixo corticotrófico. Sabe-se, entretanto, que o glucagon "per se" não funciona como secretagogo de GH e ACTH, uma vez que o estímulo ocorre somente após a utilização IM ou SC e não após administração endovenosa da medicação. Tem se hipotetizado que a proteólise do glucagon IM possa gerar um fragmento peptídico com atividade secretagoga destes hormônios.

Uma limitação deste teste é o fato de ser demorado - em geral, coletas de 30' em 30' até o tempo 180 ou mesmo até 210 minutos. No intuito de rever a real necessidade de coleta nestes tempos, revisamos os resultados de pacientes de uma das regionais da DASA e do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) submetidos tanto ao teste de estímulo do GH como do cortisol após glucagon.

GH após glucagon

rinta e um pacientes com idade de 7,8 ± 3,7 foram submetidos ao teste de estímulo do GH com glucagon com dosagens nos tempos Basal, 90, 120, 150, 180 e 210 minutos. Destes, 21 alcançaram níveis de GH iguais ou maiores que 7 ng/mL, pelo método ICMA, entre os tempos 90' e 150'.

Nossos dados mostraram que o teste de estímulo com glucagon representa uma excelente opção na avaliação tanto do eixo somatotrófico como corticotrófico, uma vez que consiste em teste robusto, simples, seguro e bem tolerado. A aparente desvantagem quanto a ser demorado (3 horas ou mais horas), não se confirma. Nesse intuito, propomos a simplificação do teste através da coleta do GH e cortisol nos tempos 90, 120 e 150 minutos como ideal para o diagnóstico do médico aliado ao conforto para o paciente, o mesmo sendo referido por outros estudos. Destacamos ainda que a coleta do sangue basal pode ser dispensada uma vez que não há necessidade de manutenção de acesso venoso. O glucagon é administrado via sub-cutânea ou intramuscular e o critério utilizado para caracterizar a resposta ao estímulo consiste na análise dos níveis absolutos de GH e de cortisol através de pontos de corte pré-determinados.

Por Yolanda Schrank, Joyce Cantoni, Rosita Fontes

LANÇAMENTO



Fácil de aprender. Fácil de usar¹

Caneta descartável para aplicação de insulinas

- Botão fácil de apertar¹
- Clique para marcar unidades²
- Ajuste de doses retroativo²
- Máximo de dose por aplicação: 60 unidades²



HUMALOG® insulina lispro (derivada de ADN* recombinante) * ADN = Ácido Desoxirribonucléico

INDICAÇÃO - É indicada no tratamento de pacientes com diabetes mellitus para o controle da hiperglicemia. CONTRA-INDICAÇÕES - HUMALOG é contra-indicado durante episódios de hipoglicemia e também aos pacientes que apresentem hipersensibilidade à insulina lispro ou a qualquer componente da fórmula. ADVERTÊNCIAS - HUMALOG difere das demais insulinas porque tem uma estrutura única, um início de ação muito rápido e atividade de curta duração. Não há nenhum efeito conhecido sobre a capacidade de dirigir automóveis ou de operar maquinário, quando se utiliza a dose terapêutica correta de insulina. Hipoglicemia - A hipoglicemia é a reação adversa mais comum que se observa com as insulinas, incluindo HUMALOG. Alterações na terapia com insulina - Qualquer mudança de insulina deve ser feita cautelosamente e somente sob supervisão médica. As necessidades do uso de insulina durante uma doença ou alterações emocionais podem aumentar. Na presença de insuficiência renal ou hepática, as necessidades de insulina podem diminuir. Pode ser necessário um ajuste de dose caso os pacientes alterem sua atividade física ou sua dieta habitual. Uso durante a gravidez e amamentação - A experiência de estudos em pacientes gestantes é limitada. Entretanto, dados de um grande número de gestantes expostas à insulina lispro não indicam qualquer efeito adverso na gravidez ou na saúde de fetos/recém-nascidos. As pacientes que estiverem amamentando podem necessitar ajustes de doses, de dieta ou ambos. Não se sabe se HUMALOG é excretado no leite humano em quantidades significativas. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS - As necessidades de insulina podem aumentar se o paciente estiver tomando outras drogas com atividade hiperglicemiante, tais como, contraceptivos orais, corticosteróides ou estiverem sob terapia de reposição de hormônio tireoideano. As necessidades de insulina podem ser diminuídas na presença de agentes, tais como agentes antidiabéticos orais, salicilatos, antibióticos sulfas e alguns antidepressivos (inibidores da monoaminoxidase), inibidores da enzima conversora de angiotensina e bloqueadores do receptor de angiotensina II. Os bloqueadores beta-adrenérgicos podem mascarar os sintomas de hipoglicemia em alguns pacientes. REAÇÕES ADVERSAS – A reação adversa mais frequente é a hipoglicemia, mas podem também ocorrer: reações alérgicas, reações no local da injeção, lipodistrofia, prurido e erupção cutânea. POSOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO - O médico determinará qual a dose de HUMALOG a ser usada, de acordo com as necessidades de cada paciente. O início rápido da atividade de HUMALOG permite que sua administração seja feita mais próxima a uma refeição (até 15 minutos antes) quando comparado à insulina regular (30 minutos antes da refeição). Em casos especiais, HUMALOG pode ser administrada imediatamente após a refeição. HUMALOG pode ser administrado em combinação com uma insulina de ação mais prolongada ou com sulfoniluréias orais sob supervisão médica. HUMALOG deve ser administrado por via subcutânea, incluindo o uso em bombas de infusão subcutânea contínua. A administração subcutânea deve ser na parte superior dos braços, coxas, nádegas ou no abdome. Estudos em crianças com diabetes mellitus usando HUMALOG mostraram um melhor controle da glicemia pós-prandial mantendo um perfil de segurança similar quando comparado com crianças usando insulina humana regular. O início mais rápido da ação de HUMALOG e sua duração de ação mais curta comparados à insulina humana regular são mantidos em pacientes com insuficiência renal ou hepática. FORMAS FARMACÊÚTICAS É APRESENTAÇÕES: HUMALOG é uma solução aquosa clara, incolor, apresentada em frascos de vidro, com 10 ml de solução, e em refis de vidro de 3,0 ml em caixas contendo 2 e 5 refis, para uso em canetas compatíveis para administração de insulina. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Registro MS 1.1260.0008. Documentação científica e/ou informações adicionais à classe médica sobre o produto mediante solicitação. Para maiores informações, consulte a bula completa do produto ou o Serviço de Atendimento ao Cliente Lilly SAC 0800 7010444, e-mail: sac_brasil@lilly.com. Caixa Postal 21.313.6 CEP 04602-970 - São Paulo - SP. CDS12JUL06

CONTRAINDICAÇÃO - HUMALOG É CONTRAINDICADA DURANTE EPISÓDIOS DE HIPOGLICEMIA.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS - AS NECESSIDADES DE INSULINA PODEM AUMENTAR SE O PACIENTE ESTIVER TOMANDO OUTRAS DROGAS COM ATIVIDADE HIPERGLICEMIANTE, TAIS COMO. CONTRACEPTIVOS ORAIS. CORTICOSTEROIDES OU ESTIVEREM SOB TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE HORMÔNIO TIREOIDEANO.

- Referências: 1. Ignaut DA, Schwartz SL, Sarwat S, Murphy HL. Humalog KwikPen compared with vial and Syringe and Flexpen. Diabetes Edu. 2009;35(5):789-798.
 - 2. Manual Humalog KwikPen.

© Copyright Eli Lilly do Brasil. Junho de 2010. Todos os direitos reservados. Material destinado à classe médica. P2HU110







Por Cintia S. Castro

ndocrinologista do IEDE há 23 anos, o Dr. Jucimar Brasil de Oliveira atua no serviço de Andrologia da instituição desde 1989. Ele ingressou no Instituto através de concurso público, em 1987, tendo passado pelo ambulatório de tireoide e pela enfermaria de Endocrinologia. "Dois anos depois, fui chamado para atuar no ambulatório de Andrologia, pelo Dr. Antonio Carlos Bonaccorsi (falecido em 2002). Não tinha nenhuma experiência no setor. Desde então, não saí mais de lá", conta.

O Médico e o Paciente

A proximidade da relação médico-paciente na Andrologia é marcante para o Dr. Jucimar, devido a questões familiares e sociais correlatas aos problemas da saúde masculina, como a disfunção erétil.

"O grau de envolvimento e fragilidade do paciente é muito grande nesse caso. Ele se revela completamente para você. A relação médicopaciente, em outras especialidades, em geral, não é tão forte", analisa. Um exemplo dessa situação é quando a pessoa descobre que é estéril. "O sentimento de incompetência do paciente é visível. Muitas vezes, ele perde o convívio e a autoestima. Nós, da equipe, acabamos sofrendo junto com ele, e lhe damos apoio psicológico", relata.

O especialista, atualmente, tem trabalhado no ambulatório de endocrinologia pediátrica, com foco nas patologias correlatas à andrologia, mas que incidem na criança. Ele faz questão de enfatizar a união existente na área de Endocrinologia da instituição, "fundamental para o sucesso e a competência do IEDE".

MARCANTE RELAÇÃO COM A ANDROLOGIA

Um fato marcante para a trajetória do Dr. Jucimar, segundo ele, é a projeção que tem adquirido na mídia como profissional. "Como reconhecimento pelo meu serviço no IEDE, fui entrevistado por vários veículos de comunicação nos últimos anos, incluindo redes de televisão de projeção nacional. Isso tem marcado minha carreira", comenta.

Lembranças

Entre as muitas histórias curiosas que testemunhou no IEDE, ao longo de mais de duas décadas, o Dr. Jucimar lembra-se particularmente de uma, envolvendo o Dr. Bonaccorsi. "Certa vez, um ex-travesti, com uma Bíblia na mão, entrou no hospital acompanhado de uma moça, que apresentou como sua noiva, querendo saber se poderia ter filhos. Ao examiná-lo, perguntou de que atividade se ocupava. O paciente disse que dançava em boates. A partir das brincadeiras e do estímulo do Dr. Bocaccorsi, ele começou a dançar dentro do ambulatório. Foi inesquecível", recorda, citando a irreverência do médico.

Agradecimentos

O Dr. Jucimar sente-se particularmente agradecido ao grupo de colegas que atua no setor de Andrologia do IEDE. Ele cita o Dr. André Meirino, o qual, "mesmo não pertencendo mais ao quadro, continua colaborando conosco". Lembra também do Dr. Fabiano Serfaty e de todos aqueles que chegaram recentemente ao setor. Ele elogia particularmente a direção do IEDE, na pessoa do Dr. Ricardo Meirelles que, em sua gerência, tem dado apoio à Andrologia.

Ao falar do IEDE, ele reafirma seu apreço pela instituição: "Aqui, os médicos trabalham porque gostam e pelo prazer de estar nesta estrutura, que nos permite o desenvolvimento técnico e profissional. E isto prende um médico", resume.

Eu Sou o IEDE

1 - Por que você escolheu a Endocrinologia?

Durante a graduação na Universidade Federal Fluminense (UFF), no Hospital Antonio Pedro, ao passar pela cadeira de Endocrinologia encontrei um serviço muito organizado, onde havia um espírito de equipe muito bom. Isto começou a despertar em mim o interesse pela área. Esse mesmo grupo me incentivou. Então, ao sair dali, fui fazer o internato em Endocrinologia, por volta de 1986.

2 – Por que você escolheu o IEDE?

Fiz um concurso estadual em 1987, para um a vaga no IEDE. Como era um serviço de referência em Endocrinologia, eu queria muito trabalhar ali. Não apenas pela tradição, pela organização, pela parte científica, como também pelo próprio corpo médico.

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

Para mim, foi o último Encontro Anual do IEDE (ocorrido em dezembro de 2009, em Búzios), durante o qual fui responsável por uma mesa redonda, dedicada a métodos de diagnóstico ambulatorial em doenças masculinas. Foi marcante pelo tipo de envolvimento e de interação com os ex-alunos, já que a minha formação não foi feita aqui. Eu passei a conhecer o grau de comprometimento que permanece entre os ex-alunos e o IEDE. O espírito que fica aqui no hospital envolve a todos os que por aqui passam.

4 – Cite um Endocrinologista que tenha influenciado a sua carreira. Cite três coisas que você admira nessa pessoa e por que a mesma o influenciou.

Cito o Dr. Mauricio Barbosa Lima, cuja influência foi uma das razões pelas quais vim trabalhar no IEDE. Quando terminei o internato na UFF, fui classificado para o Hospital da Lagoa, onde ele atuava, e onde o conheci. Por sua ética, personalidade ímpar, seu profissionalismo e seu conhecimento, ele influenciou a minha formação. Na época em que passei no concurso, ele era o diretor do IEDE. Aqui (como chefe do Serviço de Doenças Osteometabólicas), ele continua sendo a mesma pessoa, um amigo, um companheiro. Para mim, é uma referência. Cito três qualidades suas que admiro: ética, honestidade e capacidade técnico-científica.

5 - Quem é o Endocrinologista de renome internacional que você considera mais importante em sua área? Por que?

O Dr. Amélio Godoy-Matos. Pela capacidade que teve de crescer sozinho, de se projetar de maneira ética e correta, e pela sua própria capacidade de se manter um colega, ou seja, uma pessoa acessível.

6 - Descreva o IEDE em uma frase.

Minha ilha de cultura, de amizade, de aprendizado e, numa projeção futura, onde pretendo terminar meus dias, trabalhando, enquanto eu tiver saúde.

Helion Póvoa:

Tradição com inovação

O Helion Póvoa tem uma ampla gama de soluções e serviços em Medicina Diagnóstica com o respaldo de mais de 50 anos de tradição nesse mercado.

E para que você, médico, tenha sempre a garantia da excelência técnica nos exames realizados conosco, oferecemos:

- · Assessoria médica
- Resultados de exames pela internet com laudo evolutivo
- Ampla rede de planos de saúde parceiros
- Unidades com profissionais habilitados e atualizados com os recursos tecnológicos da área.

Acesse o nosso site e confira uma série de informações e serviços voltados para sua área de interesse.

www.helionpovoa.com.br

Central de Atendimento

(21) 3003-0338

