# JORNAL da ASSEX

ASSEX IEDE
IEDE
PUC RIO
Órgão oficial da Associação dos Ex-Alunos do IEDE - novembro 2010 – ANO 17
Distribuição dirigida à classe médica
www.assex.org .br

## ADOLESCENDO

### Da Infância à Juventude

**Centro de Conveções Hotel Atlântico Búzios Convention & Resort Búzios – Rio de Janeiro**
De 10 a 12 de dezembro de 2010

**XXXIX Encontro Anual IEDE**
**RIO DE JANEIRO**

**Últimas Vagas**

Foto: Celso Pupo

ASSEX organiza a I Oficina de Atualização em Diabetes Mellitus: Neuropatia Diabética. **Veja mais nas páginas 12 e 13**

Foto: Celso Pupo

Dr. Ruy Lyra receberá o Prêmio José Schermann este ano. **Leia sua entrevista na página 3**

Foto: Arquivo Pessoal

Dra. Alessandra Casini fala sobre sua carreira e o IEDE no "Isto é o IEDE" – **Pág. 19**

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA ASSEMBLÉIA GERAL ORDINÁRIA DA ASSEX-IEDE - PÁG. 13**

EDITORIAL

# "ENFIM-DE-ANO": NOSSO REENCONTRO ANUAL DO IEDE

*Enfim chegamos a mais um ano de trabalho. Esse número do JORNAL DA ASEX reflete uma parte da variedade de ações, que todos estiveram envolvidos neste ano, nas diferentes frentes de trabalho com suas especialidades e atualizações clínicas- científicas.*

*Lembro de início que não deixem de ler o EDITAL DE CONVOCAÇÃO para a eleição da direção do novo biênio na direção da ASSEX-IEDE, que irá colocar ar novo nos pulmões da nossa querida associação, que se firma cada vez mais como núcleo difusor da vanguarda da endocrinologia no Brasil, como tem sido nestes 39 anos em sua vitoriosa existência.*

*O nosso XXXIX ENCONTRO ANUAL será em Búzios (de 10 a 12 de dezembro de 2010), local escolhido por votação em uma de nossas reuniões, e que terá uma gama variada de apresentação de trabalhos (ver na programação) e tendo além de toda a parte social que nos agrega – além do trabalho- a premiação esperada para o PRÊMIO SCHERMANN ANUAL que neste ano irá para o ilustre médico pernambucano Dr. Ruy Lyra ( vide sua entrevista).*

*Entre os temas tratados neste número estão: Organização da Oficina de Atualização em Diabetes Mellitus: NEUROPATIA DIABÉTICA, pelo Dr Rodrigo Moreira, O Dr Amélio Mattos aponta para a repercussão da retirada da roziglitazona do mercado, a Dra Carmem Asumpção, em sua coluna, fala do nosso Centro de Estudos, e o texto da Dra Rosane Kupfer que aborda a insulinização do DM 2.*

*E o "ISSO É O IEDE" visto pela experiência da Dra Alessandra Casini, ex-aluna e Presidente da Regional do Espírito Santo, temos também do nosso grande patrono o Dr Luis César Póvoa a crônica que aborda com rigor-e humor que "de Médico e de Louco, cada um é um pouco".*

*A Dra Vera Leal nos conta da linda e justa homenagem recebida pelo Dr. Ricardo Meirelles na Associação de apoio aos Portadores de Fibrose Cística.*

*É tempo de agradecimento por mais um ano em que tivemos a colaboração de todos- alunos, mestres, patrocinadores, funcionários e colaboradores, e que de maneira direta ou indireta fortaleceram os nossos vínculos de laços acadêmicos e pessoais, o nosso mais sincero agradecimento.*

*"Enfim-de-ano" à vista, nossas saudações se estendem também a todos os amigos do IEDE e seus familiares , desejando um frutuoso e produtivo 2011 com saúde e paz.*

*Meus agradecimentos por todas as colaborações que tive de todos vocês na presidência da ASSEX/IEDE de 2009 e 2010.*

*Fiquem com o meu alegre saudar*

**Dra Amanda Athayde**
*Presidente da ASSEX/IEDE*

## MARÇO DE 2011

**Endocardio**
Data: 25 e 26
Local: Hotel Windsor Barra
Informações: www.contato@grouwup-eventos.com.br

## ABRIL DE 2011

**Diabetes Sul**
Data: 9 e 10
Local: Porto Alegre

**COBRAPEM**
Data: 17 a 20
Local: Ouro Preto MG

**ECE 2011**
Data: 30 a 04 de maio
Local: Holanda

## MAIO DE 2011

**Curso de Atualização do Tratamento do Diabetes**
Data: 15 a 17
Local: Hotel Windsor Barra
Informações: diabetes@interevent.com.br

## JUNHO DE 2011

**71th Scientific Sessions ADA**
Data: 24 a 28
Local: San Diego, California
Informações: http://scientificsessions.diabetes.org

## OUTUBRO DE 2011

**XVIII Congresso da Soc. Brasileira de Diabetes**
Data: 19 a 22
Local: Brasília - DF
Informações: www.diabetes2011.com.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* – MTRJ 12714; e; **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

# DR. RUY LYRA CONQUISTA PRÊMIO JOSÉ SCHERMANN 2010

*Por Beth Santos*

Em sua sétima edição consecutiva, o Prêmio José Schermann será entregue em dezembro, durante o XXXIX Encontro Anual do IEDE, ao endocrinologista pernambucano Ruy Lyra, ex- presidente da SBEM Nacional. Ele é o atual vice, além de presidente eleito/2013-2015, da Federação Pan-Americana de Endocrinologia (Fepaen). É também vice-presidente da Sociedade Brasileira de Diabetes.

Dono de extenso currículo - com participações em mais de duas centenas de congressos, simpósios; diversos livros e capítulos publicados, além de artigos em periódicos -, o Dr. Ruy Lyra só recebeu elogios por sua recente atuação à frente da SBEM, um dos motivos principais da premiação.

Além de comentar que ele "fez muito pela especialidade, valorizando-a nacional e internacionalmente", o Diretor do IEDE e atual presidente da SBEM, Dr. Ricardo Meirelles, definiu sua gestão como "elegante". Ele comentou que "o Dr. Ruy Lyra é um grande amigo e sempre apoiou o IEDE, já tendo proferido palestras no Instituto. Sempre lembra de convidar professores do IEDE para fazerem apresentações no EndoRecife e lá nos recebe com muito carinho e atenção". A presidente da ASSEX, Dra. Amanda Athayde, afirmou que ele "fez crescer ainda mais a Sociedade, ampliando-a e tornando-a comparável aos padrões internacionais". E acrescentou: "Incansável, estudioso, competente clínico; e como presidente de tão importante Sociedade, fez de seu jeito pessoal de ser um elo cordial entre todos".

## Reconhecimento

Afirmando ter recebido a notícia "com surpresa e uma imensa satisfação", Dr. Ruy se confessou "orgulhoso com a deferência" ao seu nome. "Sempre tive uma especial admiração pelo IEDE – por sua história, sua contribuição para a endocrinologia brasileira, formando tantos e tantos excelentes profissionais, bem como pelas pessoas que compõe essa casa". Segundo ele, "ser homenageado por tão importante instituição é motivo de satisfação para todo e qualquer endocrinologista nesse Brasil". Disse, ainda, sobre o anúncio da premiação, que "a sensação foi de reconhecimento pelo pouco que acredito ter colaborado para o crescimento de nossa especialidade".

Fazendo questão de registrar que o sucesso à frente da SBEM "só foi possível através do trabalho em equipe", citar os nomes dos outros seis integrantes da Diretoria (além do staff Recife/Rio) e agradecer a cada um pela colaboração, o homenageado afirmou que "destacaria a centralização das atividades administrativas no Rio de Janeiro; o desenvolvimento de várias atividades através das Regionais, Departamentos e Comissões; a realização dos Programas de Educação Médica Continuada à distância e presenciais; e a disponibilização de seis periódicos internacionais aos sócios adimplentes da SBEM".

## Um Futuro Melhor

Ele comentou em seguida que "o período à frente da Sociedade foi de enorme aprendizado. Durante os dois anos da nossa gestão, aprendemos a lidar com os contrastes de um país continental, respeitando a todos e tentando construir uma SBEM melhor". E completou: "acho que conseguimos, pois deixamos apenas amigos e companheiros nessa caminhada". O mais difícil, disse, "foi conciliar todas as atividades do cotidiano com a grande responsabilidade de conduzir os destinos da SBEM, que consome bastante tempo e energia". E o mais prazeroso? "Foi o sentimento de que andamos bem na construção de uma SBEM melhor, mais unida, mais científica".

Sobre outras conquistas profissionais, cita a defesa da tese de Doutorado em julho passado, a revisão do livro Diabetes Mellitus "para uma possível nova edição em 2011", e o desafio de presidir a Fepaen a partir de 2013, "o que me deixa muito honrado". E encerra: "a todos os que integram o IEDE e a ASSEX, o meu muito obrigado pela distinção. Vocês têm a grande responsabilidade de continuar dignificando essa instituição. Vocês, que são presente, serão História. Através de seus esforços e contribuições, poderão construir o objetivo maior de todos nós que abraçamos a Medicina: o melhor para nossos pacientes. Diante disso, o futuro certamente será melhor". ■

Foto: Celso Pupo

actos®
cloridrato de pioglitazona

# Promove o controle glicêmico vencendo a resistência insulínica[1,2]

- Reduz a resistência insulínica[1]
- Promove controle glicêmico sustentado[3]
- 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]

Contra-indicado em pacientes com insuficiência cardíaca classe funcional III e IV (NYHA)[13]

Pioglitazona pode interagir com anticoncepcional oral diminuindo a disponibilidade do etinilestradiol[13]

**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, hidroxipropilcelulose, carboximetilcelulose cálcica e estearato de magnésio. Indicações: antidiabético oral utilizado como coadjuvante de dieta e exercícios para melhorar o controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2; como monoterapia e também para uso em combinação com sulfoniluréia, 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 reinício 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 cardíaca classe III ou IV da NYHA. As elevações de TGP em pacientes tratados com cloridrato de pioglitazona foram reversíveis e não foram relacionadas com a terapia com pioglitazona. Embora os dados clínicos disponíveis não mostrem nenhuma evidência de hepatotoxicidade ou elevações de TGP induzidas por pioglitazona, a mesma está estruturalmente relacionada com a troglitazona. Recomenda-se que pacientes tratados com cloridrato de pioglitazona sejam submetidos a monitorações periódicas de enzimas hepáticas. A terapia com cloridrato de pioglitazona não deve ser iniciada se o paciente exibir evidência clínica de doença hepática ativa ou níveis de TGP 2,5 vezes acima dos limites da normalidade. A pioglitazona não deve ser usada em pacientes que apresentaram icterícia durante o uso de troglitazona. Medidas de glicemia de jejum e hemoglobina glicosilada (HbA1c) devem ser realizadas periodicamente para monitorar o controle glicêmico e a resposta terapêutica, bem como enzimas hepáticas. Pioglitazona deverá ser usada durante a gravidez somente se os potenciais benefícios justificarem o risco potencial para o feto. Não deve ser administrada a mulheres durante o período de amamentação. O uso da pioglitazona não é recomendado para pacientes com menos de 18 anos de idade. Nenhuma diferença significante na eficácia e segurança foi observada entre pacientes idosos. **Interações medicamentosas:** Devem ser adotadas precauções adicionais relativas à contracepção em pacientes que estejam recebendo pioglitazona. Cetoconazol parece inibir significativamente o metabolismo da pioglitazona. **Reações adversas:** Eventos adversos relatados em estudos clínicos com frequência > 5%: infecção do trato respiratório superior, cefaléia, sinusite, mialgia, alterações dentárias,diabetes melitus agravado, faringite. Hipoglicemia leve a moderada foi relatada durante a terapia combinada com sulfoniluréia ou insulina. Em estudos de monoterapia, edema foi registrado em 4,8%. Na combinação com insulina, o edema ocorreu em 15,3% dos pacientes. 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 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 MÉDICA. 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, I 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 2000, 23 (11): 1605-11. **3** - Tan MH, et al, Diabetes Care 2005; 28:544-550. **4 -** Miyazaki Y et al. Dose- response effect of pioglitazone on insulin sensitivity and insulin secretion in type 2 diabetes. 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, 55(2): 517-522, 2006. **6 -** Campbell IW, Mariz S b-Cell Preservation with Thiazolidinedionas. Diab Res Clin Pract 2007;76:163-176. **7-** Miyasaki Y et al. J Clin Endocrinol Metab. 2002, 87(6):2784-2791. **8-** Bajaj M, De Fronzo RA, et al. Intern J Obesity 2004, 28:783–789. **9.** Pfützner, A et al. Pioglitazone: update on an oral antidiabetic drug with antiatherosclerotic effects Expert Opin. Pharmacother. 2007, 8(12): 1985-1998. **10.** Sourij H et al. Effects 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 with diabetes and metabolic syndrome treated with metformin. Internal medicine journal 2007;37(2):79-86. **12 -** Chiquette E, Ramirez G, Defronzo R. A meta-analysis comparing theeffect of thiazolidinediones on cardiovascular risk factors. Archives of internal medicine 2004;164(19):2097-104. **13 -** Bula do Produto

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

Material destinado a profissionais da saúde prescritores. Reprodução proibida
Produzido em 3/2010

Abbott
A Promise for Life

EVENTO

# NA RETA FINAL PRO XXXIX ENCONTRO ANUAL DO IEDE

Estamos na reta final para o XXXIX Encontro Anual do IEDE. O local já está definido e preparado; a programação está completa e com os temas mais interessantes possíveis; e teremos algumas surpresas bem interessantes e inovadoras na nossa programação social. Ninguém vai querer ficar de fora.

No primeiro dia do Evento, teremos 03 atividades científicas do mais alto nível. Recebendo o Prêmio José Schermann, teremos o Dr. Ruy Lira apresentando a Conferência "Prevenção do Risco Cardiovascular no Diabetes Mellitus tipo 2". Mostrando um pouco mais sobre 02 doenças cuja prevalência vem aumentando progressivamente nas últimas décadas, o Dr. Alexander Benchimol apresentará sobre o risco cardiovascular na infância e adolescência e o psiquiatra Bruno Nazar sobre transtornos alimentares na mesma população. Será, sem sombra de dúvida, uma tarde que interessará a todos aqueles que tratam de crianças e adolescentes, e que vem se preocupando com a saúde dessa jovem população. Além disso, teremos também a Diplomação dos Novos Endocrinologistas e o Jubileu de Prata da Turma de 1985. Para terminar as atividades de sábado, um coquetel para celebrar as duas últimas atividades e, após o jantar, uma atividade Surpresa que irá deixar a todos os presentes "de boca aberta".

No sábado pela manhã, teremos a complementação da parte científica (impressa em detalhes na próxima página). Como já se tornou praxe nos últimos anos, faremos o tradicional Encontro com o Professor na beira da piscina. Com isso, permitiremos que os participantes possam aproveitar o belo café da manhã do Hotel tirando suas dúvidas com a Dr. Rosane Kupfer , o Dr. Ricardo Meirelles e o Dr. Alexandre Hohl. Depois desta primeira atividade, a primeira mesa redonda do dia reunirá especialistas de diferentes áreas para a discussão de Controvérsias envolvendo algumas das principais doenças da infância e adolescência. Teremos o radiologista Euderson Tourinho, o ginecologista Ricardo Bruno e o pediatra Paulo Solberg (todos grandes amigos do IEDE) juntos com a Dra. Rita Weiss (que acabou de retornar da Europa) numa mesa com temas interessantes e claro, controversos. Para terminar, o Mosaico Endocrinometabólico terá 04 palestrantes com 10 minutos para apresentarem uma atualização em 04 assuntos apenas com artigos publicados em 2010. Simplesmente imperdível. Para fechar o dia e o evento, nosso tradicional churrasco e a festa do presidente.

Tudo isso, em dos mais belos lugares do Brasil: Búzios. A procura pelo Evento este ano tem sido grande, mas ainda temos algumas vagas disponíveis. Então, não deixe para a última hora. Reserve logo sua vaga.

Um abraço e nos vemos em Búzios. ■

## SEXTA FEIRA 10/12/10

**15h00** **Abertura**
*Dra. Amanda Athayde*
*Dr. Ricardo Meirelles*
*Dr. Raul Faria Junior*
*Dr. Luiz Cesar Póvoa*

15:20 – 16:00 **Conferência: Diabetes Mellitus tipo 2. Prevenção do Risco Cardiovascular**
*Palestrante Dr. Ruy Lyra (PE)*
*Presidente Dr. Luiz Cesar Póvoa (RJ)*

16:00 **Coffee Break**

16:20 – 17:00 **Mini - Conferências 1: Transtornos Alimentares na infância e adolescência**
*Palestrante: Dr. Bruno Nazar (RJ)*
*Presidente Dra. Silvia Freitas (RJ)*

17:00 – 17:40 **Mini - Conferências 2: Risco Cardiovascular na Adolescência. Como e Quando Investigar?**
*Palestrante: Dr. Alexander Benchimol (RJ)*
*Presidente Dr. Amélio Godoy-Matos (RJ)*

## SÁBADO 11/12/10

**08:30** **Encontro com o Professor**

**Mesa 1- Monitorização do DM tipo 1. Como utilizar os Softwares disponíveis?**
*Palestrante: Dra. Rosane Kupfer (RJ)*

**Mesa 2 - Irregularidade Menstrual na adolescência**
*Palestrante: Dr. Ricardo Meirelles (RJ)*

**Mesa 3 - Tratamento de Ginecomastia no Adolescente**
*Palestrante: Dr. Alexandre Hohl (SC)*

**09:10 – 10:45** **Simpósio 01 - Controvérsias.....**
*Presidente Dr. Claudio Hoineff (RJ)*

**Métodos de Imagens no Diagnóstico da Puberdade Precoce**
*Palestrante: Dr. Euderson Tourinho (RJ)*

**Uso do GH em Crianças sem Deficiência de GH. Quando?**
*Palestrante: Dr. Paulo Solberg(RJ)*

**Novas Opções para o Tratamento da Puberdade Precoce**
*Palestrante: Dra. Rita Weiss (RJ)*

**Anticoncepção na Adolescência**
*Palestrante: Dr. Ricardo Bruno (RJ)*

**Discussão**

10:45 **Coffee Break – Atividades nos Estandes**

**11:00 – 12:35** **Simpósio 02 - Mosaico Endocrinometabólico**
*Presidente Dra. Vera Leal (RJ)*

**Tireóide**
*Palestrante: Ronaldo Sinay Neves (RJ)*

**Obesidade**
*Palestrante: Walmir Coutinho (RJ)*

**Metabolismo ósseo**
*Palestrante: Rosita Fontes (RJ)*

**Endocrinologia Feminina e Infertilidade**
*Palestrante: Edna Pottes Pinto (RJ)*

**Discussão**

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

| 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

# Glibeta

## cloridrato de metformina + glibenclamida

Antidiabético oral que atua na **resistência** e **deficiência insulínicas**[1]

- 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 acessível[5]

### 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, 1ª 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.

**Glibeta** (cloridrato de metformina + glibenclamida). **USO ADULTO. Registro MS nº 1.0525.0033. 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; cada comprimido de **GLIBETA 500 mg + 5 mg** contém: 500 mg de cloridrato de metformina + 5 mg de glibenclamida. Embalagens contendo 10 ou 30 comprimidos revestidos. **Indicações:** Terapia inicial em pacientes com diabetes melito tipo 2. Terapia de 2ª linha, em pacientes com diabetes tipo 2, quando não se obtém um controle glicêmico adequado com tratamento inicial com sulfonilureia ou metformina. **Contraindicações:** hipersensibilidade a qualquer componente da formulação; doença ou disfunção renal, inclusive quando resultante de colapso cardiovascular (choque), infarto agudo do miocárdio ou septicemia; ICC e acidose metabólica aguda ou crônica, incluindo ceto-acidose diabética com ou sem coma. **Precauções e advertências:** pode ocorrer acidose láctica devido ao acúmulo de metformina durante o tratamento. Pacientes com ICC têm mais risco de desenvolverem acidose láctica. Nos pacientes idosos deve-se ter cuidadoso monitoramento da função renal e não deve ser iniciado em pacientes acima de 80 anos, a não ser que o clearance de creatinina esteja normal. O tratamento deve ser imediatamente interrompido na presença de hipoxemia, desidratação ou septicemia. Deve-se evitar esta associação em pacientes com evidências de doença hepática e naqueles que têm consumo excessivo de álcool. Esta associação deve ser temporariamente descontinuada antes do uso de qualquer contraste radiológico intravascular e em caso de qualquer procedimento cirúrgico. A determinação dos eletrólitos séricos, cetonas, glicemia, pH sanguíneo, nível de lactato e às vezes os níveis sanguíneos de metformina podem ser úteis. O produto deve ser imediatamente descontinuado em paciente com acidose láctica, bem como instituir imediatamente medidas gerais de suporte. Recomenda-se imediata hemodiálise para corrigir a acidose e remover a metformina acumulada. Esta associação pode causar hipoglicemia ou sintomas hipoglicêmicos e o risco aumenta com ingestão calórica deficiente, com exercícios vigorosos ou durante o uso concomitante com outros agentes hipoglicemiantes, com etanol, com insuficiência renal ou hepática, em pacientes idosos, debilitados ou mal-nutridos, naqueles com insuficiência supra-renal ou hipofisária, ou com intoxicação alcoólica. Recomenda-se avaliação anual dos parâmetros hematológicos em pacientes tratados com metformina e qualquer anormalidade aparente deve ser apropriadamente investigada e tratada. Certos indivíduos parecem ser predispostos a apresentar níveis subnormais de vitamina B12 e nestes pacientes, pode ser útil determinar os níveis séricos de vit. B12 duas a três vezes ao ano. **Gravidez:** Esta associação não deve ser usada durante a gravidez, a menos que absolutamente necessária. Entretanto, se usada, deve ser descontinuado pelo menos 2 semanas antes da data provável do parto. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **Lactação:** deve-se decidir entre a descontinuação da amamentação ou da administração do medicamento, levando em consideração a importância do medicamento para a mãe. Caso esta associação seja descontinuada e somente a dieta seja insuficiente para controlar a glicemia, deve-se considerar a terapia insulínica. Pediatria: não foi estabelecida a sua segurança e eficácia em pacientes pediátricos. Idosos: somente deve ser usado em pacientes com função renal normal e com cautela. Em geral, os idosos não devem ser tratados com a dose máxima recomendada. **Interações medicamentosas:** drogas que tendem a causar hiperglicemia: tiazidas e outros diuréticos, corticosteróides, miconazol oral, ciprofloxacina, fenotiazinas, medicamentos para tireoide, estrógenos, contraceptivos orais, fenitoína, acido nicotínico, simpatomiméticos, bloqueadores dos canais de cálcio, isoniazida, IECAs salicilatos, sulfonamidas, cloranfenicol, probenecida, cumarínicos, IMAOs e agentes bloqueadores beta-adrenérgicos. Os diuréticos de alça e os contrastes iodados podem ocasionar falência renal. Nifedipino parece aumentar a absorção da metformina. Drogas catiônicas (amilorida, digoxina, morfina, procainamida, quinidina, quinina, ranitidina, trianterene, trimetoprima e vancomicina) teoricamente têm potencial para interação com a metformina. A cimetidina oral causa aumento de 60% de metformina. **Reações adversas:** As mais comuns, quase sempre de intensidade leve a moderada, são gastrintestinais: diarreia, dor abdominal, náuseas, vômito, dispepsia, flatulência e paladar metálico. Pode ocorrer também hipoglicemia, com obnubilação, tremor, sudorese, sensação de fome incomum, cefaleia, prurido e exantemas. Deve-se ter em mente a possibilidade de ocorrência de acidose láctica que é um quadro grave e que requer cuidados imediatos. **Posologia:** deve ser administrado junto às refeições e iniciado com dose baixa. No início e durante o ajuste da dose, recomenda-se monitoramento mais rigoroso da glicemia para checar a resposta terapêutica e identificação da dose mínima. Dose Inicial: 250 mg/1,25 mg, uma vez ao dia, junto com uma refeição. Em pacientes com valores de HbA1C >9% ou glicemia de jejum > 200 mg/dL, pode-se administrar-se 250 mg/1,25 mg, duas vezes ao dia, junto ao café da manhã e ao jantar. Os aumentos de doses devem ser feitos a intervalos de 2 semanas, acrescentando-se 250 mg/1,25 mg ao dia, até o alcance da dose efetiva para o controle da glicemia. **GLIBETA 500 mg/5 mg** não deve ser usado como terapia inicial devido a um aumento do risco de hipoglicemia. Em pacientes não adequadamente controlados com glibenclamida (ou outra sulfonilureia) ou metformina, administradas isoladamente, a dose inicial recomendada é de 1 comprimido de **GLIBETA 500 mg/2,5 mg** ou de **GLIBETA 500 mg/5 mg**, duas vezes ao dia, junto ao café da manhã e ao jantar. Os aumentos da dose diária não devem exceder ao equivalente a 1 comprimido de **GLIBETA 500 mg/5 mg**, até o alcance da dose mínima efetiva, ou até a dose máxima diária de 2.000 mg/20 mg. Nos pacientes previamente tratados com terapia combinada de glibenclamida (ou outra sulfonilureia) e metformina, se trocada para **GLIBETA**, a dose inicial não deve exceder a dose diária de glibenclamida e de metformina previamente em uso pelo paciente. Em seguida a esta troca, os pacientes devem ser monitorados para sinais e sintomas de hipoglicemia e, para os aumentos de dose, deve-se proceder como descrito imediatamente acima. Pacientes idosos: ver "Precauções e advertências". **(Jun 09) VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** "AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO".

0800-770-8818
Serviço de Atendimento Torrent

torrent online www.torrentonline.com.br

metabolismo torrent

# NÓS TAMBÉM...

Em 02 setembro, fui publicado no New England Journal of Medicine, uma das mais importantes revistas médicas de todos os tempos, o artigo "Effect of Sibutramine on Cardiovascular Outcomes in overweight and obese Subjects", também conhecido como SCOUT (Sibutramina Cardiovascular OUTcomes).

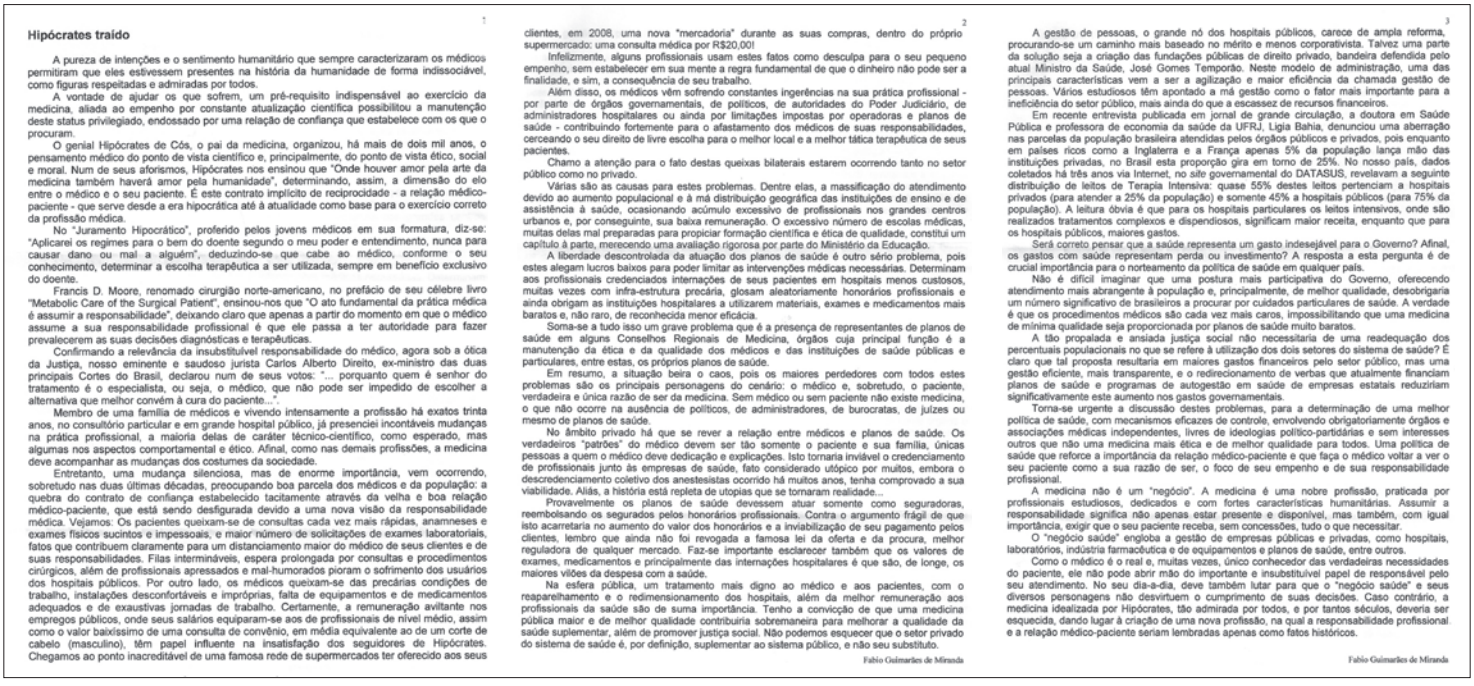
Este artigo, assinado por diversos pesquisadores de diferentes centros de pesquisa em todo o mundo (incluindo o Brasil), é um dos principais artigos publicados sobre o tratamento da obesidade este ano e vem cercado de muita discussão e controvérsia. O trabalho avaliou 10.744 obesos de 55 anos ou mais, com doença cardiovascular preexistente, Diabetes Mellitus ripo 2 ou ambos. Todos os pacientes receberam Sibutramina, além de orientação nutricional, durante 6 semanas, quando passaram a fase duplo cego chegando ao final com 9.804 pacientes. Os pacientes obesos que tomaram sibutramina apresentaram, entre outros, 11.4% a mais de eventos cardiovasculares, sem que, no entanto, houvesse aumento na mortalidade.

Para orgulho de todos nós, um dos signatários, e membro do *Steering Comitte*, é o Prof. Walmir Coutinho, um dos Coordenadores de nosso Curso e atual Presidente eleito da IASO *(International Association of Studies on Obesity)*. Walmir, nosso amigo, fez sua carreira docente na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) onde fez Mestrado, seguido de Doutorado na Universidade Federal de São Paulo (Escola Paulista de Medicina), culminando em brilhante Livre Docência na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Tal titulação, junto com outros títulos que compõem seu currículo, o habilitam a concorrer ao cargo de Professor Titular na PUC.

***Dr. Walmir Coutinho***

O motivo de ementar a existência de tal artigo é o de ressaltar a presença do Departamento de Endocrinologia da nossa PUC em periódico de tal impacto. Nós estamos certos que iremos mais longe.

L.C.Póvoa



**Hipócrates traído**

A pureza de intenções e o sentimento humanitário que sempre caracterizaram os médicos permitiram que eles estivessem presentes na história da humanidade de forma indissociável, como figuras respeitadas e admiradas por todos.

A vontade de ajudar os que sofrem, um pré-requisito indispensável ao exercício da medicina, aliada ao empenho por constante atualização científica possibilitou a manutenção deste status privilegiado, endossado por uma relação de confiança que estabelece com os que o procuram.

O genial Hipócrates de Cós, o pai da medicina, organizou, há mais de dois mil anos, o pensamento médico do ponto de vista científico e, principalmente, do ponto de vista ético, social e moral. Num de seus aforismos, Hipócrates nos ensinou que "Onde houver amor pela arte da medicina também haverá amor pela humanidade", determinando, assim, a dimensão do elo entre o médico e o seu paciente. É este contrato implícito de reciprocidade - a relação médico-paciente - que serve desde a era hipocrática até à atualidade como base para o exercício correto da profissão médica.

No "Juramento Hipocrático", proferido pelos jovens médicos em sua formatura, diz-se: "Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém", deduzindo-se que cabe ao médico, conforme o seu conhecimento, determinar a escolha terapêutica a ser utilizada, sempre em benefício exclusivo do doente.

Francis D. Moore, renomado cirurgião norte-americano, no prefácio de seu célebre livro "Metabolic Care of the Surgical Patient", ensinou-nos que "O ato fundamental da prática médica é assumir a responsabilidade", deixando claro que apenas a partir do momento em que o médico assume a sua responsabilidade profissional é que ele passa a ter autoridade para fazer prevalecerem as suas decisões diagnósticas e terapêuticas.

Confirmando a relevância da insubstituível responsabilidade do médico, agora sob a ótica da Justiça, nosso eminente e saudoso jurista Carlos Alberto Direito, ex-ministro das duas principais Cortes do Brasil, declarou num de seus votos: "... porquanto quem é senhor do tratamento é o especialista, ou seja, o médico, que não pode ser impedido de escolher a alternativa que melhor convém à cura do paciente..."

Membro de uma família de médicos e vivendo intensamente a profissão há exatos trinta anos, no consultório particular e em grande hospital público, já presenciei incontáveis mudanças na prática profissional, a maioria delas de caráter técnico-científico, como esperado, mas algumas nos aspectos comportamental e ético. Afinal, como nas demais profissões, a medicina deve acompanhar as mudanças dos costumes da sociedade.

Entretanto, uma mudança silenciosa, mas de enorme importância, vem ocorrendo, sobretudo nas duas últimas décadas, preocupando boa parcela dos médicos e da população: a quebra do contrato de confiança estabelecido tacitamente através da velha e boa relação médico-paciente, que está sendo desfigurada devido a uma nova visão da responsabilidade médica. Vejamos: Os pacientes queixam-se de consultas cada vez mais rápidas, anamneses e exames físicos sucintos e impessoais, e maior número de solicitações de exames laboratoriais, fatos que contribuem claramente para um distanciamento maior do médico de seus clientes e de suas responsabilidades. Filas intermináveis, espera prolongada por consultas e procedimentos cirúrgicos, além de profissionais apressados e mal-humorados pioram o sofrimento dos usuários dos hospitais públicos. Por outro lado, os médicos queixam-se das precárias condições de trabalho, instalações desconfortáveis e impróprias, falta de equipamentos e de medicamentos adequados e de exaustivas jornadas de trabalho. Certamente, a remuneração aviltante nos empregos públicos, onde seus salários equiparam-se aos de profissionais de nível médio, assim como o valor baixíssimo de uma consulta de convênio, em média equivalente ao de um corte de cabelo (masculino), têm papel influente na insatisfação dos seguidores de Hipócrates. Chegamos ao ponto inacreditável de uma famosa rede de supermercados ter oferecido aos seus clientes, em 2008, uma nova "mercadoria" durante as suas compras, dentro do próprio supermercado: uma consulta médica por R$20,00!

Infelizmente, alguns profissionais usam estes fatos como desculpa para o seu pequeno empenho, sem estabelecer em sua mente a regra fundamental de que o dinheiro não pode ser a finalidade, e sim, a consequência de seu trabalho.

Além disso, os médicos vêm sofrendo constantes ingerências na sua prática profissional - por parte de órgãos governamentais, de políticos, de autoridades do Poder Judiciário, de administradores hospitalares ou ainda por limitações impostas por operadoras e planos de saúde - contribuindo fortemente para o afastamento dos médicos de suas responsabilidades, cerceando o seu direito de livre escolha para o melhor local e a melhor tática terapêutica de seus pacientes.

Chamo a atenção para o fato destas queixas bilaterais estarem ocorrendo tanto no setor público como no privado.

Várias são as causas para estes problemas. Dentre elas, a massificação do atendimento devido ao aumento populacional e à má distribuição geográfica das instituições de ensino e de assistência à saúde, ocasionando acúmulo excessivo de profissionais nos grandes centros urbanos e, por conseguinte, sua baixa remuneração. O excessivo número de escolas médicas, muitas delas mal preparadas para propiciar formação científica e ética de qualidade, constitui um capítulo à parte, merecendo uma avaliação rigorosa por parte do Ministério da Educação.

A liberdade descontrolada da atuação dos planos de saúde é outro sério problema, pois estes alegam lucros baixos para poder limitar as intervenções médicas necessárias. Determinam aos profissionais credenciados internações de seus pacientes em hospitais menos custosos, muitas vezes com infra-estrutura precária, glosam aleatoriamente honorários profissionais e ainda obrigam as instituições hospitalares a utilizarem materiais, exames e medicamentos mais baratos e, não raro, de reconhecida menor eficácia.

Soma-se a tudo isso um grave problema que é a presença de representantes de planos de saúde em alguns Conselhos Regionais de Medicina, órgãos cuja principal função é a manutenção da ética e da qualidade dos médicos e das instituições de saúde públicas e particulares, entre estas, os próprios planos de saúde.

Em resumo, a situação beira o caos, pois os maiores perdedores com todos estes problemas são os principais personagens do cenário: o médico e, sobretudo, o paciente, verdadeira e única razão de ser da medicina. Sem médico ou sem paciente não existe medicina, o que não ocorre na ausência de políticos, de administradores, de burocratas, de juízes ou mesmo de planos de saúde.

No âmbito privado há que se rever a relação entre médicos e planos de saúde. Os verdadeiros "patrões" do médico devem ser tão somente o paciente e sua família, únicas pessoas a quem o médico deve dedicação e explicações. Isto tornaria inviável o credenciamento de profissionais junto às empresas de saúde, fato considerado utópico por muitos, embora o descredenciamento coletivo dos anestesistas ocorrido há muitos anos, tenha comprovado a sua viabilidade. Aliás, a história está repleta de utopias que se tornaram realidade...

Provavelmente os planos de saúde devessem atuar somente como seguradoras, reembolsando os segurados pelos honorários profissionais. Contra o argumento frágil de que isto acarretaria no aumento do valor dos honorários e a inviabilização de seu pagamento pelos clientes, lembro que ainda não foi revogada a famosa lei da oferta e da procura, melhor reguladora de qualquer mercado. Faz-se importante esclarecer também que os valores de exames, medicamentos e principalmente das internações hospitalares é que são, de longe, os maiores vilões da despesa com a saúde.

Na esfera pública, um tratamento mais digno ao médico e aos pacientes, com o reaparelhamento e o redimensionamento dos hospitais, além da melhor remuneração aos profissionais da saúde são de suma importância. Tenho a convicção de que uma medicina pública maior e de melhor qualidade contribuiria sobremaneira para melhorar a qualidade da saúde suplementar, além de promover justiça social. Não podemos esquecer que o setor privado do sistema de saúde é, por definição, suplementar ao sistema público, e não seu substituto.

Fabio Guimarães de Miranda

A gestão de pessoas, o grande nó dos hospitais públicos, carece de ampla reforma, procurando-se um caminho mais baseado no mérito e menos corporativista. Talvez uma parte da solução seja a criação das fundações públicas de direito privado, bandeira defendida pelo atual Ministro da Saúde, José Gomes Temporão. Neste modelo de administração, uma das principais características vem a ser a agilização e maior eficiência da chamada gestão de pessoas. Vários estudiosos têm apontado a má gestão como o fator mais importante para a ineficiência do setor público, mais ainda do que a escassez de recursos financeiros.

Em recente entrevista publicada em jornal de grande circulação, a doutora em Saúde Pública e professora de economia da saúde da UFRJ, Ligia Bahia, denunciou uma aberração nas parcelas da população brasileira atendidas pelos órgãos públicos e privados, pois enquanto em países ricos como a Inglaterra e a França apenas 5% da população lança mão das instituições privadas, no Brasil esta proporção gira em torno de 25%. No nosso país, dados coletados há três anos via Internet, no site governamental do DATASUS, revelavam a seguinte distribuição de leitos de Terapia Intensiva: quase 55% destes leitos pertenciam a hospitais privados (para atender a 25% da população) e somente 45% a hospitais públicos (para 75% da população). A leitura óbvia é que para os hospitais particulares os leitos intensivos, onde são realizados tratamentos complexos e dispendiosos, significam maior receita, enquanto que para os hospitais públicos, maiores gastos.

Será correto pensar que a saúde representa um gasto indesejável para o Governo? Afinal, os gastos com saúde representam perda ou investimento? A resposta a esta pergunta é de crucial importância para o norteamento da política de saúde em qualquer país.

Não é difícil imaginar que uma postura mais participativa do Governo, oferecendo atendimento mais abrangente à população e, principalmente, de melhor qualidade, desobrigaria um número significativo de brasileiros a procurar por cuidados particulares de saúde. A verdade é que os procedimentos médicos são cada vez mais caros, impossibilitando que uma medicina de mínima qualidade seja proporcionada por planos de saúde muito baratos.

A tão propalada e ansiada justiça social não necessitaria de uma readequação dos percentuais populacionais no que se refere à utilização dos dois setores do sistema de saúde? É claro que tal proposta resultaria em maiores gastos financeiros pelo setor público, mas uma gestão eficiente, mais transparente, e o redirecionamento de verbas que atualmente financiam planos de saúde e programas de autogestão em saúde de empresas estatais reduziriam significativamente este aumento nos gastos governamentais.

Torna-se urgente a discussão destes problemas, para a determinação de uma melhor política de saúde, com mecanismos eficazes de controle, envolvendo obrigatoriamente órgãos e associações médicas independentes, livres de ideologias político-partidárias e sem interesses outros que não uma medicina mais ética e de melhor qualidade para todos. Uma política de saúde que reforce a importância da relação médico-paciente e que faça o médico voltar a ver o seu paciente como a sua razão de ser, o foco de seu empenho e de sua responsabilidade profissional.

A medicina não é um "negócio". A medicina é uma nobre profissão, praticada por profissionais estudiosos, dedicados e com fortes características humanitárias. Assumir a responsabilidade significa não apenas estar presente e disponível, mas também, com igual importância, exigir que o seu paciente receba, sem concessões, tudo o que necessitar.

O "negócio saúde" engloba a gestão de empresas públicas e privadas, como hospitais, laboratórios, indústria farmacêutica e de equipamentos e planos de saúde, entre outros.

Como o médico é o real e, muitas vezes, único conhecedor das verdadeiras necessidades do paciente, ele não pode abrir mão do importante e insubstituível papel de responsável pelo seu atendimento. No seu dia-a-dia, deve também lutar para que o "negócio saúde" e seus diversos personagens não desviturem o cumprimento de suas decisões. Caso contrário, a medicina idealizada por Hipócrates, tão admirada por todos, e por tantos séculos, deveria ser esquecida, dando lugar à criação de uma nova profissão, na qual a responsabilidade profissional e a relação médico-paciente seriam lembradas apenas como fatos históricos.

Fabio Guimarães de Miranda

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.

www.sergiofranco.com.br

70 anos
Uma marca para
se comemorar

SERVIÇO DE METABOLOGIA

*por Amélio F. Godoy-Matos*

# REPERCUSSÕES DA RETIRADA DA ROSIGLITAZONA DO MERCADO

Desde a última edição desse boletim, apenas uma grande novidade, com repercussão no Serviço, surgiu no mundo da metabologia: a retirada da Rosiglitazona do mercado europeu e brasileiro. Aparentemente, esta não seria uma notícia a ser aqui debatida. Acontece, porém, que alguns dos nossos pacientes lipodistróficos fazem, fizeram ou fariam uso deste medicamento. Como são pacientes com grande resistência à insulina, a maioria com Diabetes de difícil controle, este medicamento era extremamente útil no manejo destes casos. De fato, hoje, apenas 2 semanas após a notícia da retirada do mercado europeu, muitos pacientes que estavam bem controlados (aqui no serviço e pacientes diabéticos da clínica particular de muitos de nós) tiveram que trocar de medicamento. Doloroso foi perceber que a maioria absoluta estava muito bem controlada! Mais ainda, que não apresentaram qualquer complicação com a medicação. Sei que uma amostragem individual, e de um Serviço com um número reduzido de pacientes com poder aquisitivo para usá-lo, não pode servir como argumentação científica. Mas, como não estou fazendo afirmações estatísticas, ou fruto de estudo controlado, e sim uma afirmação puramente observacional, fico confortável. Afinal, o que determinou a retirada do medicamento não foi nada mais nada menos do que afirmações baseadas em estudos observacionais ou de uma metanálise mal feita e tendenciosa.

Resta-nos, porém, a pioglitazona. Creio que os benefícios desta são semelhantes. Também espero que as especulações que já surgiram sobre a segurança da pioglitazona não a leve ao mesmo destino da sua contra-irmã ( não posso dizer que eram co-irmãs!). Por isso, estamos pleiteando ao laboratório que a comercializa que disponibilize alguma quantidade para atender alguns pacientes. Aliás, outro laboratório já ofereceu outro medicamento de outra classe que pode nos ajudar a melhor controlar os pacientes mais necessitados.

Assim vamos continuando com o tratamento de nossos pacientes. Como temos um Ambulatório com pacientes com doenças raras e graves (como as lipodistrofias), vamos contando com o apoio de algumas industrias farmacêuticas para que possamos manter um controle adequado destes pacientes. Como alguns destes medicamentos são de um custo elevado e ainda não disponíveis na rede pública, este apoio é essencial. E vamos aguardando as próximas "bombas" envolvendo medicamentos que utilizamos, como, por exemplo, as novidades com sibutramina. Mas isso fica pra próxima coluna. ■

DESAFIO DIAGNÓSTICO

*Editor - Dr. Alexander Benchimol*
*Colaboração com o caso clínico – Dra. Luciana Lopes de Souza*

RNM de região cervical seqüencia T1 coronal de paciente do sexo feminino com 70 anos de idade. Diabética, hipertensa, com história de aumento progressivo da região cervical anterior há 10 anos. Nega: dispnéia, disfagia ou rouquidão. Sinal de Pemberton negativo.

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

Seu paciente Merece

# Meritor

## glimepirida/cloridrato de metformina

Controle para viver bem.

**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; - INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA GRAVE; - ACIDOSE METABÓLICA. - TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS INSULINO DEPENDENTE (TIPO I), E EM CASOS DE DESCOMPENSAÇÃO DIABÉTICA COM CETOACIDOSE DIABÉTICA, 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 câibras 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 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-se 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. 2009 Nov-Dec; 23(6):376-9. 2) Bula do produto.

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.

CAC Central de atendimento a clientes
0800 701 6900
cac@ache.com.br
8:00 h às 17:00 h (seg. a qui.)
8:00 h às 12:00 h (sex.)

Material produzido em junho/2010.

achê

Material técnico-científico de distribuição exclusiva à classe médica.

# ASSEX ORGANIZA A I OFICINA DE ATUALIZAÇÃO EM DIABETES MELLITUS: NEUROPATIA DIABÉTICA

Não foi fácil. Mas depois de muita discussão, troca de datas e ajuste da programação, foi realizada no dia 18 de Setembro, no Hotel Flórida, a I Oficina de Atualização em Diabetes Mellitus, com foco em Neuropatia Diabética. Nosso objetivo não era pequeno: queríamos organizar um evento com com a participação de todos os Serviços de Endocrinologia do Rio de Janeiro, que mesclasse tanto a parte prática como teórica e que servisse também para promover a interação e a união dos residentes e alunos de pós-graduação do Rio de Janeiro. Para que estes objetivos fossem cumpridos, precisamos do trabalho de diversas pessoas de diferentes serviços, que acreditaram na idéia e que fizeram de tudo para que o evento acontecesse. Foi preciso também que uma Indústria farmacêutica nos apoiasse integralmente, sem interferir na programação ou na organização: neste ponto, o papel da Merck Serono foi fundamental. Sem ele, nosso evento não seria possível.

A idéia inicial do evento era de juntarmos atividades teóricas e práticas, de modo a oferecer aos futuros endocrinologistas uma visão bem geral da Neuropatia Diabética. Dividimos o evento em 02 atividades: conferências e oficinas. Em relação as 04 conferências, tivemos, no início da manhã, o Dr. Rodrigo Moreira (IEDE) com a palestra "Diabetes Mellitus no Brasil e Mundo: Ontem, hoje e Amanhã", que apresentou uma visão geral dos números assustadores do DM tipo 2 no Brasil e mundo e a Dra. Rosane Kupfer (IEDE) com o tema "Fisiopatologia das Complicações Microvasculares do Diabetes". Em um evento sobre uma das mais temidas complicações do DM, uma aula sobre sua fisiopatologia era essencial as próximas atividades que viriam.

Depois das 02 conferências, vieram os pontos fortes do evento: as oficinas. Os participantes foram divididos em 04 grupos e, durante 30 minutos, participaram de atividades específicas, cada grupo em sua sala. Tivemos o Dr. Rodrigo Siqueira (Santa Casa) e a Dra. Flávia Barbosa (UNIRIO) demonstrando de maneira prática o diagnóstico da Polineuropatia Simétrica, com ênfase no exame neurológico e também na utilização do monofilamento; a Dra. Lucianne Tannus (UERJ) apresentou o diagnóstico da Neuropatia Autonômica Cardiovascular, realizando na hora os Testes de Ewing e explicando sua importância e interpretação; o Dr. Robson Vital (neurologista da UFF), apresentou detalhes sobre a eletromiografia e tirou dúvidas sobre sua interpretação e de seu papel no diagnóstico da Neuropatia Diabética; e a Dra. Melanie Rodacki (UFRJ) e Dr. Sérgio Blumemberg (Hospital do Servidores) fizeram discussões de casos clínicos, onde foram discutidos aspectos controversos.

Para finalizar o evento, 02 conferências sobre tramento. Na primeira, "Tratamento Convencional da Dor Neuropática", a Dra. Roberta Cobbas discutiu o papel de novas e velhas drogas no tratamento do paciente com neuropatia dolorosa e o Dr. Rodrigo Moreira apresentou "Novas Abordagens da Neuropatia Diabética", com foco em novos medicamentos e de algumas promessas para um futuro próximo.

Fotos: Celso Pupo

*Dr. Rodrigo Moreira*

*Dra. Lucienne Tannus*

*Dra. Rosane Kupfer*

*Dr. Sergio Blumemberg*

Acredito que o saldo final do evento tenha sido extremamente positivo. Com a presença de 53 endocrinologistas (incluindo 44 residentes e pós-graduandos e 09 staffs), realizamos, em uma manhã uma atividade científica que incorporou teoria e prática. Mais importante, permitiu a união de todos os serviços do Rio de Janeiro e plantou uma semente que, com certeza, ainda dará muitos frutos. ■

*Dra. Melanie Rodacki*

*Dr. Robson Vital*

*Dra. Roberta Cobas*

*Dra. Flavia Barbosa*

*Anfiteatro cheio em um sábado de manhã*

# EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA ASSEMBLÉIA GERAL ORDINÁRIA DA ASSEX-IEDE

## ART. 21 DA SEÇÃO I DO CAPITULO V

**Rio de Janeiro, novembro de 2010**
**Prezados Associados:**
A 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 12 de dezembro de 2010, às 12:35 horas, no auditório do hotel Atlântico Búzios após o encerramento do XXXIX Encontro Anual do IEDE. Conforme divulgação na programação do evento.
**Agenda:**
- Eleição da nova diretoria da ASSEX-IEDE para o biênio 2011/2012.

Atenciosamente,
**Amanda Athayde**
Presidente da ASSEX
Biênio 2009/2010

# CHAPA INSCRITA PARA DIRETORIA DA ASSEX BIÊNIO 2011 / 2012

**Diretor Presidente:** Rodrigo de Oliveira Moreira
**Diretor Vice Presidente:** Alexander Koglin Benchimol
**Diretor 1º Tesoureiro:** Éika Paniago Guedes
**Diretor 2º Tesoureiro:** Roberto Assumpção
**Diretor 1º Secretário:** Cristiane Marie Rangel
**Diretor 2º Secretário:** Flávia Regina Barbosa
**Diretor de Eventos Científico:** Luciana Lopes de Souza

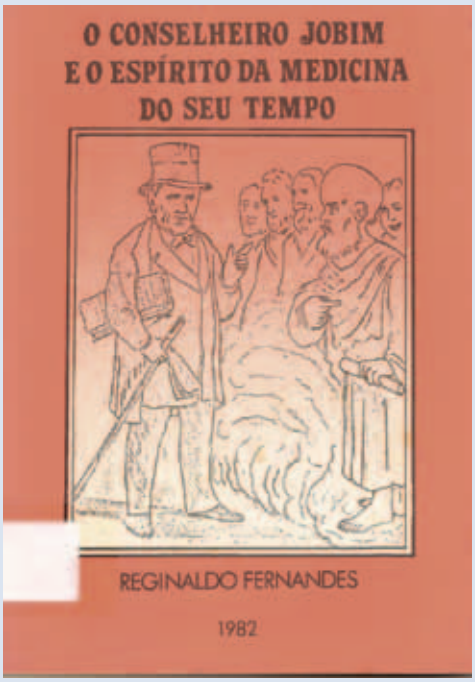
# EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIO DA ASSEX-IEDE

## ART. 22 DA SEÇÃO I DO CAPITULO V DO ESTATUTO SOCIAL

**Rio de Janeiro, novembro de 2010**
A Diretoria da Associação dos Ex-Alunos do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (ASSEX-IEDE), no uso das atribuições que lhe confere o Art. 22 Seção I do Capitulo V do Estatuto Social, e observando o disposto nos artigos de 15 a 22, todos do referido Estatuto, convocam os Associados, que estejam em pleno gozo de seus direitos estatutários, para reunirem-se em Assembléia Geral Extraordinária, a realizar-se no dia 12 de dezembro de 2010 (sábado) às 13:00 horas, A Assembléia será instalada com a presença de no mínimo 1/5 (um quinto) do número de Associados quites com suas contribuições, em primeira convocação ou 1/10 (um décimo) em segunda convocação, a qual se realizará trinta minutos após a primeira, para deliberar sobre a seguinte ordem do dia:
1. Incluir no Quadro Social, a categoria de Presidente de Honra da ASSEX

**Amanda Athayde**
Presidente da ASSEX
Biênio 2009/2010

HISTÓRIA DA MEDICINA – LUIZ CESAR PÓVOA




# "DE MÉDICO E LOUCO CADA UM É UM POUCO..."

Por volta dos anos sessenta a Academia tornaria a expiar nova fase de dificuldades.

Desta vez não havia sequer candidatos as vagas abertas no quadro de titulares. Um dos candidatos admitidos fora um doente mental, o médico José Luiz da Costa, egresso do Hospício D. Pedro II, onde, por várias vezes, tentara o suicídio. Ao candidatar-se à academia escolhera para tema da sua memória a "Loucura como alteração das Forças da Matéria" na qual faz a auto-observação da sua doença, reconstituindo-a através dos delírios e alucinações que o dominavam. Eleito membro titular em 1861, a sua primeira decisão foi apelar para a Academia pleiteando a anulação do casamento a que fora coagido, pois na ocasião em que o fizera estava louco e consequentemente irresponsável. Na época, sob a presidência do Conselheiro Antônio Félix Martins, Barão de São Félix, a academia preferiu se omitir cautelosamente deixando que o tempo se encarregasse de mergulhar nas trevas aquela conturbada existência que só findaria em 1887, merecendo de Francisco de castro generosa referencia.

Seria exatamente José Luiz da Costa a quem caberia relatar as questões formuladas por Jobim à Academia solicitando o seu pronunciamento sobre a conveniência de se modificar o ciclo curricular nas faculdades de Medicina do Rio e Bahia, com vistas não só à criação de novas escolas como ainda à formação de maior número de médicos de cuja falta tanto se ressentiam as Províncias para assistir às precárias condições de saúde de suas populações. Essa abertura para a discussão da matéria fora motivada pelo ofício, datado de 16 de outubro de 1861, dirigido, em forma de consulta, à diretoria da Faculdade pelo Ministro do Império. Com base no Regulamento, baixado a 29 de setembro de 1851, que prevê a existência de oficiais competentes aprovados para fazerem às vezes de Boticário, e e reconhecendo a grave insuficiência de pessoal habilitado tanto para atender às necessidades farmacêuticas como também às medicas e obstétricas, muito especialmente, no interior das Províncias, o Governo Imperial desejava saber quais as providencias a tomar a fim remediar a situação que se vinha agravando com a crescente redução de diplomados pela Faculdade. Antes de 1854, ano da última reforma do ensino médico, atingia a 40, em média, a relação dos graduados pelas Faculdades do Rio e da Bahia. Tomando-se como referência o presente ano de 1862, esse número, também em termos médios, decresceu para 6, ou sejam: 12 médicos formados por ambas as Faculdades. A esse respeito, acreditava Souza Costa que a reforma de 1854 ao aumentar as matérias preparatórias e exigir maior rigor nos seus estudos, afugentara os aspirantes ao exercício da Medicina. Ao contrário, nas Faculdades de Direito de São Paulo e Recife fora sensível o aumento de candidatos. ■

EDITORIAL IEDE

Ricardo M. R. Meirelles

# O ENSINO COMO MISSÃO

Mais uma vez o IEDE conseguiu 100% de aprovação na prova de Título de Especialista em Endocrinologia e Metabologia da SBEM, realizada no 29º CBEM, em Gramado. Isso confirma que os nossos rumos didáticos estão no caminho certo. O IEDE é, atualmente, o serviço credenciado pela SBEM com maior número de vagas. O aumento do número de residentes para 10 fez com que, junto com os alunos do Curso de Pós-Graduação em Endocrinologia da PUC-Rio, formem-se, a cada ano, 22 novos especialistas. É importante salientar que o conteúdo didático da Residência Médica e do Curso de Pós-Graduação é rigorosamente o mesmo, diferenciando-se apenas pelo fato de que os residentes têm maior carga horária semanal em virtude dos plantões obrigatórios.

Também mais uma vez, este ano, o IEDE recebeu a certificação do Ministério da Saúde de primeiro colocado no ranking de escolha dos Médicos Residentes no concurso de 2010. Significa que, entre os programas de Endocrinologia do Rio de Janeiro, o do IEDE foi o preferido pelos aprovados com melhores notas. Tem sido assim desde que esta certificação foi criada.

Isso tudo indica que estamos no caminho certo na formação dos nossos endocrinologistas, o que deve ser creditado tanto à qualidade do ensino teórico quanto à experiência adquirida nos nossos ambulatórios e enfermarias. É o fruto do trabalho de todos aqueles que compõem o quadro funcional do Instituto. A Endocrinologia, atualmente, compreende diversas subespecialidades e todas têm seu espaço nos diversos módulos que integram o curso. Além dos módulos de Diabetes, Tiróide, Hipófise, Adrenal, Endocrinologia Feminina, Doenças osteometabólicas e Metabologia, os alunos têm a oportunidade de participar de ambulatórios de Crescimento, Genética, Medicina Nuclear, Psiconeuroendocrinologia, Triagem Neonatal, Andrologia, Disforia de Gênero e Sala de Provas Funcionais, além de freqüentarem um curso de métodos complementares de diagnóstico: Imagem e Patologia Clínica. Em breve será reinaugurado o Centro Cirúrgico, permitindo que a formação se complete com o acompanhamento pré, per e pós-operatório dos pacientes com endocrinopatias e diabetes. O programa de R3 em Endocrinologia Pediátrica também vem cumprindo seus objetivos, com a aprovação dos formados nos Concursos de Área de Atuação em Endocrinologia Pediátrica (CAAEP), realizados pela Comissão Paritária da SBEM e da Sociedade Brasileira de Pediatria.

*Residentes e Alunas do Curso de Especialização juntas, após a aprovação no TEEM 2010*

Não podemos esquecer a contribuição de outras especialidades e categorias, como a Anatomia Patológica, Angiologia, Cardiologia, Cirurgia, Dermatologia, Gastrenterologia, Ginecologia, Nefrologia, Oftalmologia, Psiquiatria, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e a multidisciplinar Unidade do Pé Diabético.

A integração entre as chefias de Serviços, os coordenadores do Curso de Pós-Graduação e da Residência Médica e o Centro de Estudos se faz através das Reuniões Acadêmicas, realizadas mensalmente, há mais de 10 anos. Nessas reuniões os principais assuntos didáticos são discutidos e decididos em conjunto.

Do trabalho de todos é que se obtêm os bons resultados. Não é fácil conciliar as três vertentes da missão do IEDE: assistência, ensino e pesquisa. A convivência com os alunos é um estímulo constante para a atualização e os questionamentos, que surgem a cada momento, exigem o exercício constante de uma visão crítica sobre a atividade diária, cuja execução rotineira tende a converter em automatismo. Aumentar o número de formandos sem perder qualidade do ensino é um desafio que está sendo aceito e vencido, com muita competência, pelo corpo clínico do IEDE.

DIABETES ATUALIDADES

*por Rosane Kupfer*

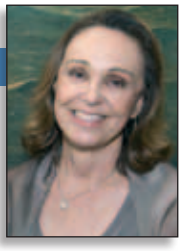
# INICIANDO A INSULINIZAÇÃO NO PACIENTE COM DIABETES TIPO 2

Dados alarmantes de mau controle metabólico já não nos surpreendem mais. Mesmo após vários estudos mostrarem de forma inequívoca a real necessidade de manter o controle da glicemia para a prevenção das complicações microvasculares e macrovasculares, o que vemos é uma massa de pacientes longe do controle desejado.

Diversos são os motivos no nosso meio, mas a hesitação médica em insulinizar o paciente ainda predomina. Estudos mostram que as metas glicêmicas devem ser individualizadas. São candidatos ao controle mais intensivo pacientes com diabetes de curta duração, expectativa de vida longa e ausência de doença cardiovascular prévia. Aqueles com história de hipoglicemia grave, expectativa de vida limitada, complicações micro ou macrovasculares avançadas, comorbidades graves, diabetes lábil de longa duração com alto risco de hipoglicemia devem ter metas mais flexíveis.

Quando não há controle com as mudanças de estilo de vida (MEV) associadas ao uso de hipoglicemiantes orais (HOs), associar insulina deve ser considerada uma opção em nosso meio. As principais barreiras são o ganho de peso e a hipoglicemia. Estudos mostram que a melhor forma de iniciar insulina nestes pacientes é administrando uma insulina de ação intermediária ou análogo de longa duração que terá a função de insulina basal, em geral à noite, em 1 injeção. O objetivo é o controle da glicemia de jejum pela redução da gliconeogênese hepática e pela captação de glicose pelo músculo. Dessa forma os HOs que são mantidos podem exercer seu efeito na modulação da secreção de insulina às refeições. Até 60% dos pacientes podem atingir uma HbA1c < 7% com esse esquema, com menos hipoglicemia e menor ganho de peso do que com os esquemas mais intensivos utilizados. A dose inicial pode ser de 10 Ui (ou 0,2 Ui/ kg) SC a noite, seguida de ajuste semanal, ou a cada 3 dias, utilizando a média dos últimos 3 dias da glicemia capilar de jejum. Para evitar hipoglicemias graves, este ajuste deve ser adiado se houver glicemia < 70 mg/dl, além de também ser mais seguro reduzirmos a dose de insulina em 2 ou 4 unidades. A reavaliação da HbA1c deverá ser feita em 8 a 12 semanas. ■

SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA



# ESPECIALIZAÇÃO, SUPERESPECIALIZAÇÃO E HOMENAGENS

*por Vera Leal*

O Jornal da ASSEX, através de suas matérias e ampla divulgação, vem atingindo seu principal objetivo: manter unida a Famiglia IEDE (acho que todos os alunos e ex-alunos vão entender o Famiglia com "g"). Abrindo o livro de Fundação da ASSEX, já com as marcas do tempo, relembrei do já maduro IEDE, nos seu 43 anos.

Na sala da ASSEX, olhar o mapa do Brasil, com todos aqueles marcadores orgulhosamente ali fincados, nos enche de orgulho e mostra que, por quase todos os Estados, temos ex-alunos. Com essas conjecturas povoando (com trocadilho!) minhas idéias, achei que poderia levar aos recentes e antigos ex-alunos uma visão abrangente de como está, no momento, o Serviço de Endocrinologia do nosso querido Instituto.

A superespecialização não escapou na nossa evolução. Hoje, temos uma diversidade de ambulatórios: Andrologia, Crescimento, Crescimento – GH, Endocrinologia Feminina, Disforia de Gênero, Endocrinologia – Gestante, Endocrinologia Pediátrica, Genética, Genética – GH, Hipófise/Supra-Renal, Doenças Ósteo-Metabólicas (o chamado DOM) adulto, DOM infantil, Obesidade Infantil, Osteoporose, Osteogênese Imperfeita, Síndrome de Turner, Tireóide, Tireoide – Especial, Tireóide – Hipertireoidismo, Tireóide – Medicina Nuclear e Tireoide – Oftalmopatia. Temos ainda nossa Enfermaria, Sala de Provas e os agregados: Ginecologia, Psiquiatria – Endocrinologia, Psicologia e Cardiologia.

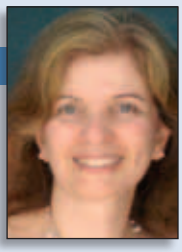
Pode parecer exagero tantos ambulatórios, mas foi um grande avanço para nosso Serviço. Essa distribuição facilitou o levantamento de dados e, principalmente, o atendimento ao paciente, pois este é assistido por um endocrinologista com interesse específico na sua patologia.

## Dr. Ricardo Meirelles recebe Homenagem pelo seu Trabalho com a Fibrose Cística

No dia 22 de setembro, a Associação Carioca de Apoio aos Portadores de Mucoviscidose – Fibrose Cística (ACAM) comemorou com um grande Jantar Beneficente a inclusão do diagnóstico precoce da Fibrose Cística (também conhecida como Mucoviscidose) no Teste do Pezinho.

Vários colegas da Endocrinologia lá compareceram para dar apoio a tão importante evento. Além disso, tivemos a grande satisfação de assistir à homenagem ao Dr. Ricardo Meirelles, pela sua luta para a inclusão dessa doença no Programa de Triagem Neonatal do Rio de Janeiro. Outros colegas do IEDE também deram seu importante apoio à esta nobre causa, como por exemplo: Valéria Amaral, Euderson Tourinho, José Maurício, Walmir Coutinho, Silvia Freitas, Rosane Kupfer e Solange Warszaswki.

CENTRO DE ESTUDOS



# NOTÍCIAS DO CEA

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

**Tempo de eleição:** Comunicamos que após divulgação e eleição para o Centro de Estudos a nova Diretoria foi eleita e seguem abaixo os novos membros:

**Presidente Centro de Estudos:** Carmen Regina Leal de Assumpção

**Coordenador de Formação e Pós-Graduação:** José Maurício de Almeida Braga

**Coordenador de Educação Continuada:** Ana Beatriz Aguiar de Carvalho Fernandes

**Coordenador Administrativo:** Marcia Guerrero Silva

**Atividades:**

O CEA, desde 2003, realiza e organiza uma comemoração ao Dia Mundial Alimentação (16 de outubro), através do Projeto "Coma Bem, Viva Bem". Este ano teremos duas atividades:

**1-** Em parceria com o ambulatório de Obesidade Infantil que desenvolverá atividades nas dependências do IEDE com objetivo de conscientizar os familiares e as crianças a terem hábitos de vida saudável. Teremos oficinas de artes, a presença de um grupo de crianças e jovens com apresentação circense e brincadeiras que estimulam a atividade física sob supervisão de uma professora de Educação Física.

**2-** Em parceria com a SBEM-RJ, estaremos novamente presente na Escola Estadual de Formação de Professores Júlia Kubitschek, através do Projeto Escola Saudável. O IEDE, por ser um Instituto especializado em doenças metabólicas, através da missão do CEA, tem procurado educar, prevenir e conscientizar os alunos principalmente por pertencerem a uma escola de formação de professores, sabemos do efeito multiplicador, quanto ao conhecimento adquirido sobre uma alimentação saudável e as doenças decorrentes dos maus hábitos alimentares, principalmente a Obesidade e Diabetes

**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 às 10 horas, no Auditório Dona Anna.

As Sessões do mês de Outubro, Novembro e Dezembro, abordarão os seguintes temas relacionados ao ambulatório e convidados: Tireóide, Genitália Ambígua, Dislipidemia, Resultados Controversos em Diabetes, Obesidade Infantil, Genética e Endocrinologia Pediátrica. ■

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 / cea@saude.rj.gov.br

Humalog® KwikPen™
insulina lispro (origem de ADNr)

**LANÇAMENTO**

# Fácil de aprender. Fácil de usar[1]

## Caneta descartável para aplicação de insulinas

- **Botão fácil de apertar[1]**
- **Clique para marcar unidades[2]**
- **Ajuste de doses retroativo[2]**
- **Máximo de dose por aplicação: 60 unidades[2]**

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 freqüente 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 FARMACÊUTICAS E 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

SIC
SERVIÇO DE INFORMAÇÕES CIENTÍFICAS
0800 701 0444
sic_brazil@lilly.com / www.lilly.com.br

Lilly

# PROFISSIONALISMO E BOAS LEMBRANÇAS

Foto: Arquivo Pessoal

*Por Cintia S. Castro*

Quando a capixaba Alessandra Ferri Casini fazia residência de clínica médica na cidade de São Paulo, no Hospital Santa Marcelina, já ouvia falar muito bem do IEDE.

Além da perspectiva de obter especialização em uma instituição com credibilidade nacional, a possibilidade de morar na cidade do Rio de Janeiro a atraía muito, o que acabou pesando para que ela decidisse buscar a aprovação no concurso do IEDE. "Estudei muito para passar nas provas. Quando soube que tinha sido aprovada, fiquei muito feliz", conta.

Aos 34 anos, ela assumiu o cargo de presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), Regional do Espírito Santo (gestão 2009-2010). Através da entidade, participa da realização de eventos que acabam oferecendo oportunidades para reencontros com os profissionais do IEDE. Um exemplo é a II Jornada Capixaba de Endocrinologia, que acontece entre 21 e 23 de outubro, cuja programação conta com a presença do professor Maurício Barbosa Lima. "Durante essas atividades, mantemos contatos com os médicos de lá", afirma.

## Plantões

A fama de "pé frio" marcou os plantões da então residente Alessandra Ferri Casini. "Eu era a única residente cujos plantões não eram tranquilos. Os colegas brincavam comigo. Quando era a minha vez, acontecia de tudo, como transferência de pacientes graves e várias intercorrências. Por isso, me chamavam de pé frio", lembra.

## Marcantes

Entre os profissionais que marcaram sua formação de modo especial, está o Dr. Ricardo Meirelles, Diretor do IEDE e atual presidente da SBEM Nacional. Para ela, o médico é um espelho e uma grande referência.

"Dia desses, comentei com ele que assumi a presidência da regional da SBEM no Espírito Santo, ao mesmo tempo em que ele assumiu a presidência nacional. Ele me ensinou e me marcou muito no IEDE", resume.

A Dra. Andréa Vangeloti é outro exemplo de profissionalismo para Alessandra. "Para mim, a Dra. Andréa representa uma excelente referência, tanto do ponto de vista científico quanto na relação médico-paciente".

As boas lembranças do Dr. Amélio de Godoy Matos também permaneceram. "Tive uma convivência muito boa com o Dr. Amélio. Acompanhei o ambulatório de obesidade e fiz trabalhos científicos com ele na época". E conclui: "Sou muito feliz e satisfeita de ter tido minha formação no IEDE".

## Eu Sou o IEDE

**1 - Por que você escolheu a Endocrinologia como especialidade?**
Acho uma área interessante e motivadora.

**2 – Por que você escolheu o IEDE?**
Por ser uma entidade séria.

**3 - Qual sua área de maior interesse dentro da Endocrinologia e por quê?**
A Neuroendocrinologia, área do meu mestrado e do meu doutorado. (A tese do doutorado, atualmente em curso pela UFRJ, é dedicada à acromegalia).

**4 - Cite um evento marcante para você dentro da Endocrinologia, e o motivo.**
Nenhum muito marcante, mas todos importantes.

**5 - Cite um Endocrinologista que tenha influenciado sua carreira. Cite três coisas que você admira nessa pessoa e por que a mesma a influenciou.**
A Dra. Mônica Roberto Gadelha, minha orientadora de mestrado e doutorado pela UFRJ. O que mais admiro nela são a determinação, o profissionalismo e dedicação. Aprendi muito com ela como profissional.

**6 - Quem é o Endocrinologista de renome internacional que você considera mais importante nessa área. Por quê?**
O Dr. Sholmo Melmed, grande pesquisador da área de neuroendocrinologia.

**7 - Descreva o IEDE em uma frase.**
Boas lembranças de minha formação em endocrinologia. ■

# 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.**

LABORATÓRIO PALC acreditação laboratorial SBPC/ML ACREDITADO

Responsável técnico: Dr. Claudio Pereira (CRM 52.50696-2 RJ)

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**

Laboratório
HELION PÓVOA
Medicina diagnóstica