JORNAL da ASSEX

Órgão oficial da Associação dos Ex-Alunos do IEDE - abril 2013 – ANO 20
Distribuição dirigida à classe médica
www.assex.org.br

ASSEX IEDE

IEDE

PUC RIO

UMENCONTRO QUE NUNCA MAIS SERÁ O MESMO

Dr. Ricardo Meirelles, Rosane Kupfer e Rodrigo Moreira participam do primeiro simpósio pré-Encontro Anual do IEDE organizado em conjunto com a Merck Serono. Leia mais nas páginas 5 a 7.

O Encontro tem que continuar. Mesmo com o óbito do Dr. Póvoa, o Encontro continuou. Leia como foi o Evento nas páginas 5 a 7.

Fotos: Andre Borges

Nova Diretoria da ASSEX no final do Encontro. Fôlego novo para continuar o trabalho e as atividades da nossa Associação.

EDITORIAL

ADEUS

Esta é uma edição de despedidas. Por vários motivos diferentes.

Primeiro, e como não poderia deixar de ser, por ser a edição de despedida ao Dr. Luiz César Póvoa. O Presidente de Honra da ASSEX faleceu durante o último Encontro Anual do IEDE, cercado por seus amigos e alunos. Muitas já foram as homenagens prestadas, mas gostaria de deixar aqui o meu ADEUS a um dos grandes professores que tive em minha vida. Dentre algumas das coisas que aprendi com ele, acredito que nada tenha sido mais importante do que o carinho e o amor pelo IEDE. Sei que nosso Instituto tem alguns problemas, como todos os lugares. Mas duvido que outros Hospitais (e que me perdoem os que não foram do IEDE) tenham o Espírito que o IEDE tem. Aprendi isso com ele e só espero que, nos próximos anos, eu seja capaz de transmitir este espírito para as novas gerações.

Segundo, por ser este meu último editorial como Presidente da Associação dos Ex-Alunos do IEDE. Nos últimos 02 anos, tive a honra de comandar a nossa querida associação. Embora com algumas dificuldades, conseguimos organizar 02 belos Encontros Anuais do IEDE, mesmo com o trágico acontecimento de nosso último evento. Além disso, conseguimos também, junto a algumas Indústrias Farmacêuticas parceiras de nosso Instituto, realizar diversas Oficinas de Atualização em Diabetes Mellitus, eventos estes que já se tornaram parte de nosso calendário. Tenho certeza que o Dr. Alexander Benchimol (Presidente da ASSEX no biênio 2013-2014) e sua diretoria manterão nossas tradições e ainda tornarão nossa Associação ainda maior.

Terceiro, por ser este meu último Jornal como Editor. Nos últimos 06 anos, tenho atuado como Editor do Jornal da ASSEX. Mesmo com todas as dificuldades, conseguimos manter circulante nosso Jornal. Agradeço, principalmente, a todos os nossos colunistas, que foram constate e insistentemente cobrados por mim, todos os entrevistados de nossas edições, a jornalista Beth Santos, que contribuiu com diversas matérias neste período, e a Celso Pupo, fotógrafo e diagramador do Jornal.

Gostaria de agradecer a todos que me apoiaram e me ajudaram nestes últimos 02 anos. Em especial gostaria de agradecer a Roberto Dutra, braço direito (e esquerdo) dos Presidentes da ASSEX. Sem sua presença e dedicação, nada do que realizamos poderia ser feito. Sua dedicação e preocupação com nossa Associação é tão grande quanto a de vários ex-alunos do IEDE.

Para terminar, gostaria de deixar uma última homenagem ao nosso Presidente de Honra. A homenagem abaixo é única e para ele. Somente para ele. É minha maneira de dizer adeus e obrigado. Os que nos conhecem irão entender.

Saudações Rubro-Negras,

Rodrigo O Moreira
Presidente da ASSEX (Biênio 2011-2012).

EXPEDIENTE

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

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

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

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

HOMENAGEM

FUNCIONÁRIOS RELEMBRAM DR. PÓVOA

ASSEX IEDE

Por Beth Santos

Seu estilo era inconfundível e agora, após sua partida, faz parte da história do IEDE. Chamados a dar seus depoimentos sobre o Dr. Luiz Cesar Póvoa, alguns atuais e ex-funcionários do Instituto, além de um colaborador, relembraram o presidente de Honra da ASSEX como "um homem de temperamento muito forte", "extremamente generoso", "um gênio muito forte, mas uma ótima pessoa", 'rigoroso", "durão" e um "segundo pai". Sem dúvida, em todos ele deixou sua marca.

"Tenho Rezado Muito por Ele"

Como assessora da Coordenação da Pós-Graduação em Endocrinologia da PUC, Wilma Vital foi secretária do Dr. Póvoa por quase duas décadas. "Ele me dava muitas tarefas, internas e externas, mas era agradável, era leve. Ele estava bem naqueles primeiros anos. Com o convívio, foi mudando." Ela recorda, no entanto, que "devagarinho ele foi se tornando mais impaciente - com a idade, as doenças. Estava se fragilizando e todos, inclusive ele, percebiam, mas ele não se afastava do trabalho". Ficou em sua memória o "homem de temperamento muito forte, mas extremamente generoso", que conseguiu para ela uma cirurgia de catarata e foi seu fiador quando comprou seu primeiro carro.

Muito Franco

A convivência de Wallace Margoniner com Dr. Póvoa foi menos intensa. Como assistente administrativo na Fundação Francisco Arduíno (FUNDAR) desde 2003, convivia mais com o chefe às segundas e quintas-feiras. "Ele tinha um gênio muito forte, mas era ótima pessoa, não tenho do que reclamar". Lembra que "o que tinha que falar, falava pra própria pessoa, independente de quem fosse. Era muito franco e eu achava melhor assim, porque não enrolava".

Wallace recorda sua ótima memória "Se pedisse uma coisa hoje, amanhã estava cobrando. Gravava tudo. Eu consegui me adaptar muito rápido ao seu estilo, me dava muito bem com ele". Os momentos de descontração, relembra, eram sempre em torno do mesmo assunto: futebol. E, claro, a paixão dos dois, o Flamengo.

Rigoroso e Solidário

Vânia Pereira, auxiliar administrativa da pós-graduação da PUC, conviveu por 20 anos com o Dr. Luiz Cesar Póvoa, desde que foi para lá trabalhar com Wilma Vital. "Na época, D. Wilma era secretária dele". Vânia recorda que "ele já tinha um gênio forte, rigoroso. Os funcionários tinham muito receio de falar com ele, mas eu nunca tive. Havia dias em que ele estava mais exigente, falava mais alto, mas nunca me assustou". Ela garante que "eram coisas de momento, depois ele mudava o tom e vinha perguntar se estava tudo bem".

IEDE

Vânia lembra que ele foi especialmente solidário quando ela tirou licença maternidade, recém-separada de seu marido, num período muito difícil. Ele dizia: "vai dar tudo certo, a hora em que precisar fale comigo, estamos aqui para ajudar". Ela comenta que a atitude "foi muito importante, ainda mais num momento em que a gente fica mais frágil e precisa desse apoio. E ele tinha essa sensibilidade, achei muito bonito da parte de um chefe. Ele se tornou um pouco uma figura paterna e isto marcou muito minha convivência com ele".

Sobre os últimos tempos, comenta bem humorada que, "quando perguntávamos a alguém como ele estava passando e a resposta era 'ele está bem, está calmo', a gente respondia que, então, ele não estava bem! Bem, mesmo, era quando ele já chegava perguntando, cobrando. A gente já estava acostumada com o jeito dele e estranhava. Eu dizia 'não gosto quando o senhor está assim". Ela lembra que quando ele ia ao trabalho e não ficava muito tempo, "a gente fazia de tudo para retê-lo".

Personalidade Muito Forte

Uma pessoa rígida, que queria tudo bem feito. Essa foi a impressão que Rafael de Lima, auxiliar administrativo da FUNDAR, guardou do Dr. Luiz Cesar. "Nunca estranhei o jeito dele, mas ficava preocupado em fazer certo, em agradar. Era aquela agitação: tinha que fazer rápido e bem feito. Ele tinha uma personalidade muito forte, né?".

Rafael não esquece que "por mais que ele fosse exigente, tinha também um lado bom, que se via no dia a dia. Não sei se me dou bem com pessoas com personalidade forte, mas me dava super bem com ele. Nunca fiquei cabisbaixo ou chateado com as broncas dele. Às vezes, num dia péssimo, não era tão fácil... Não caía bem."

Ele lembra que conversavam mais sobre futebol, "e os melhores momentos dele eram quando o Flamengo ganhava. Sou botafoguense e ele ficava brincando...".

PUC RIO

Continua na pág. 15

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

Albert Camus

actos®

cloridrato de pioglitazona

BENEFÍCIOS ALÉM DO CONTROLE GLICÊMICO SUSTENTADO[1-10]

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

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

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

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

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

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

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

Abbott
A Promise for Life

EVENTO

41º ENCONTRO ANUAL DO IEDE - INEXPLICÁVEL

Por Rodrigo Moreira

Existem coisas que simplesmente não podemos explicar. Não há como. Assim foi o 41º Encontro Anual do IEDE. Inexplicável. Talvez esta seja a única palavra que consiga transmitir o que aconteceu no nosso tradicional Encontro este ano.

Fotos: Andre Borges

Dra. Cynthia Valério, Dr. Amélio Godoy-Matos, Dr. Rodrigo Moreira e Dra. Érika Paniago em uma mesa que discutiu controvérsias em obesidade e síndrome metabólica

Sexta-feira pela manhã – O Simpósio Merck de Atualização em Diabetes Mellitus

Assim como nos últimos anos, o Encontro foi realizado no já tradicional Hotel Atlântico Búzios, localizado no final da Rua das Pedras, na tradicional cidade de Armação de Búzios. Este ano, porém, o Encontro começou de uma forma diferente. Pela primeira vez na história, conseguimos realizar um simpósio pré-Encontro do IEDE. Com o apoio de um dos grandes parceiros da Associação dos Ex-Alunos do IEDE (ASSEX), a Merck Serono, realizamos o *Simpósio Merck de Atualização em Diabetes Mellitus.* O simpósio começou na sexta-feira pela manhã com uma mesa redonda com o Dr. Ricardo Meirelles e a Dra. Rosane Kupfer. O Dr. Ricardo apresentou dados muito interessantes sobre os efeitos do tratamento do hipogonadismo no controle glicêmico enquanto que a Dra. Rosane Kupfer discutiu o papel das terapias baseadas em incretinas em associação com insulina no paciente diabético. Estes são dois assuntos extremamente interessantes, e controversos, e a experiências dos dois apresentadores permitiu uma mesa de altíssimo nível.

O Simpósio foi encerrado também com uma atividade inovadora. Após o convite da Merck Serono, resolvi fazer uma aula interativa sobre Diabetes Mellitus (DM). Contando sempre com a participação da plateia (mais de 50 médicos presentes no evento), conseguimos discutir diversos temas relevantes no tratamento do DM, incluindo memória metabólica, variabilidade glicêmica, glucagon, hemoglobina glicada, entre outros. Além disso, utilizamos também a votação eletrônica para avaliar a opinião da plateia sobre casos clínicos, mostrando que algumas condutas ainda são individuais, mas sempre com o objetivo final de melhorar nossa abordagem desta doença hoje tão comum na prática clínica.

Para terminar a manhã, um almoço na beira da piscina do hotel, enquanto já nos preparávamos para o começo oficial das atividades do Encontro a tarde.

Dr. Ricardo Meirelles, Dr. Raul Faria Júnior e Dr. Luiz César Póvoa fazem a abertura do 41º Encontro Anual do IEDE

Sexta-feira a tarde – Começa o 41º Encontro Anual do IEDE

As 15:00 horas do dia 14 de Dezembro de 2012 começaram as atividades do 41º Encontro Anual do IEDE. Com o tema "Polêmicas na Endocrinologia", o objetivo do evento este ano era trazer alguns dos assuntos mais controversos da endocrinologia para discussão. Como em todos os anos, a abertura foi realizada pelos Dr. Ricardo Meirelles, Dr. Raul Faria Júnior, Dr. Luiz César Póvoa e eu (como presidente da ASSEX). Talvez não parecesse na hora, mas ficamos todos comovidos com o tradicional discurso do Dr. Póvoa. Mais tarde, saberíamos o porquê.

A primeira atividade do Encontro foi a entrega do Prêmio José Schermann ao Dr. Adolpho Milech. O Dr. Adolpho Milech é um dos professores mais respeitados do Rio de Janeiro e do Brasil e seus conhecimentos sobre o diabetes parecem ser quase que inigualáveis. Após receber seu Prêmio, o Dr. Milech apresentou a conferência José Schermann intitulada "O Pas-

sado, o Presente e o Futuro do Diabetes Mellitus". Em pouco menos de 40 minutos, o Dr. Milech conseguiu contar um pouco da história do DM, passando desde textos da antiguidade, pela descoberta da insulina e até um pouco das inovações que virão para os próximos anos. Não basta conhecer apenas os detalhes técnicos da doença. O Dr. Milech nos provou que conhecer sua história é também essencial para entendermos as proporções que esta doença adquiriu hoje.

A segunda atividade do evento também foi relacionada com o DM. A Dra. Rosane Kupfer teve o prazer de convidar o Dr. Carlos Eduardo Barra Couri, já considerado um grande amigo e colaborador do IEDE, para proferir a conferência "Potenciais Efeitos Extraglicêmicos das terapias Baseadas em Incretinas". Este talvez seja um dos assuntos mais discutidos no momento e o Dr. Carlos Eduardo Couri o abordou com maestria, apresentando inclusive alguns dados de seu grupo de pesquisa em células-tronco de Ribeirão Preto.

Após uma "overdose" de diabetes, era hora de abordarmos outros temas da endocrinologia. A Dra. Vera Leal foi responsável por presidir a mesa sobre "Polêmicas nas Doenças Tireoidianas". Embora seja um grande apaixonado por Diabetes, posso dizer que este foi um dos pontos altos do evento. A primeira palestrante, a jovem (e ex-aluna do IEDE) Fernanda Vaisman já mostrou todo seu conhecimento em doença tireoidiana ao discutir as implicações do Sistema Bethesda para a investigação dos nódulos tireoidianos. Após a brilhante apresentação, o Dr. Pedro Wesley Rosário, que já havia participado do Encontro há alguns anos, mostrou porque é considerado um dos principais pesquisadores em Câncer de Tireóide no Brasil

Dr. Ricardo Meirelles (diretor do IEDE) e Dr. Rodrigo Moreira (Presidente da ASSEX) com os endocrinologistas recém diplomados; Na foto abaixo, o Encontro com o Professor, no sábado pela manhã, continua extremamente concorrido; Na foto ao lado, Dr. Adolpho Milech recebe o prêmio José Schermann do representante da Novo Nordisk em um dos momentos mais importantes do evento

ao discutir quando e como realizar a ablação no Câncer de Tireóide. Foi uma mesa redonda excepcional, que permitiu uma atualização completa para todos os presentes.

Para terminar as atividades oficiais de sexta-feira, tivemos a tradicional diplomação dos novos endocrinologistas. Após receberem seus diplomas, os agora ex-alunos ainda prestaram algumas carinhosas homenagens a vários dos profissionais que, durante os 2 anos de IEDE, contribuíram para a formação destes novos profissionais. Após o término das atividades, tivemos a coquetel de comemoração da diplomação, seguido do jantar e da festa para os formandos.

Sábado pela manhã – O evento continua, apesar de tudo

O sábado pela manhã começou da maneira que já virou tradição no nosso Encontro: com os tradicionais Encontros com o Professor. Três mesas foram montadas e todas elas estavam lotadas. O Dr. Pedro Wesley Rosário continuava a discussão iniciada no dia anterior sobre o manejo do câncer de tireoide; a Dra. Amanda Athayde apresentava alternativas a Terapia de Reposição Hormonal para o tratamento dos sintomas do climatério e o Dr. Maurício Barbosa Lima promovia uma discussão sobre um dos temas mais controversos da atualidade: como e quando realizar a reposição da vitamina D. As atividades corriam bem quando recebemos a notícia que abalaria completamente nosso Encontro. O Dr. Luis Cézar Póvoa havia falecido durante a noite.

É difícil explicar aqui o sentimento que tomou conta de todo o Hotel. Como escrevi no início deste texto, era algo impensável, inacreditável, inexplicável. Ficamos todos abalados, sem saber o que fazer. E o pensamente era um só: o que fazer com o Encontro? Após pensarmos e discutirmos muito, decidimos continuar o evento. Simplesmente, por que sabíamos que seria isso que o Dr. Póvoa gostaria. Gostaria não, exigiria. O IEDE era uma de suas casas e não podemos deixar de imaginar a justiça poética que foi sua morte ocorrer exatamente no Encontro que ele criou.

Embora ainda extremamente abalados, continuamos o evento com a Mesa Redonda "Polêmicas em Obesidade, Diabetes e Dislipidemia". Quis o destino também que todos os palestrantes da manhã de sábado fossem ex-alunos do Dr. Póvoa. Desta forma, cada um dos palestrantes fez questão de deixar claro que as palestras seriam suas homenagens ao eterno professor. A Dra. Érika Paniago abordou as opções para tratamento "off label" da obesidade, a Dra. Cynthia Valério abordou a utilização da Densitometria (DEXA) como ferramenta diagnóstica e o Dr. Amélio Godoy-Matos abordou a chamada teoria da expansividade. Foram 03 grandes conferências e 03 belas homenagens.

Para terminar o evento, tivemos ainda uma Mesa Redonda sobre Reguladores de Desreguladores Endócrinos. Coube a mim e ao Dr. Alexandre Hohl discutirmos o papel dos desreguladores endócrinos na Síndrome metabólica e no eixo gonadotrófico. Embora o clima no local estivesse longe do desejado, tivermos certeza de cumprir com nossas obrigações e de, assim como a mesa anterior, prestar nossas homenagens ao nosso eterno professor.

Ao término das atividades científicas, tivemos ainda a Assembleia Ordinária da ASSEX, onde foi feita uma retrospectiva dos últimos 02 anos e a eleição da nova diretoria da ASSEX. Caberá ao Dr. Alexander Benchimol coordenar as Atividades da ASSEX nos próximos 02 anos.

Sábado a Noite – O Jantar do Presidente

Uma das tradições do Encontro do IEDE era sempre realizar o Jantar e a Festa do Presidente no sábado a noite. Novamente, sem saber muito bem explicar porque, este ano programei uma atividade diferente. Não programamos nenhuma festa para o sábado a noite, apenas um jantar em um restaurante fora do Hotel. Talvez tenha sido obra do destino. Sem qualquer tipo de comemoração, o jantar do Presidente foi realizado no Restaurante Buda Beach, encerrando as atividades de um encontro do IEDE que ficará para sempre na história.

Dr. Luis Cézar Póvoa entrega o diploma de conclusão de curso ao endocrinologista Rafael da Costa. Na foto abaixo, o Dr. Carlos Eduardo Barra Couri apresenta a conferência sobre potenciais efeitos extra-glicêmicos dos Inibidores da DDP-IV

Registro M.S. Número: 1.0525.0047

CHEGOU

PIOGLIT

cloridrato de pioglitazona

Muito + no tratamento do Diabetes tipo 2

Efeitos Metabólicos Benéficos:[1,2,3]

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

Tratamento MENSAL Completo[4]

Apresentações:

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

Contraindicação: pacientes com insuficiência cardíaca classe funcional III e IV (NYHA).

Interação Medicamentosa: Pioglit pode interagir com anticoncepcional oral diminuindo a disponibilidade do etinilestradiol.

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

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

metabolismo torrent

torrent 10 ANOS DE BRASIL

Juntos a favor da vida.

SAC www.torrent.com.br

0800-770-8818

Serviço de Atendimento Torrent

SERVIÇO DE DIABETES

Por Rosane Kupfer - Chefe do Serviço

A CAPACIDADE DE FAZER DO FATO UMA NOTÍCIA IMPORTANTE

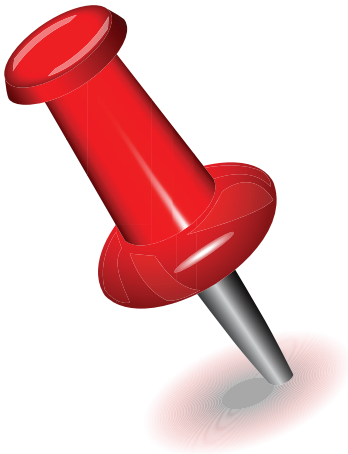


Foto: Celso Pupo

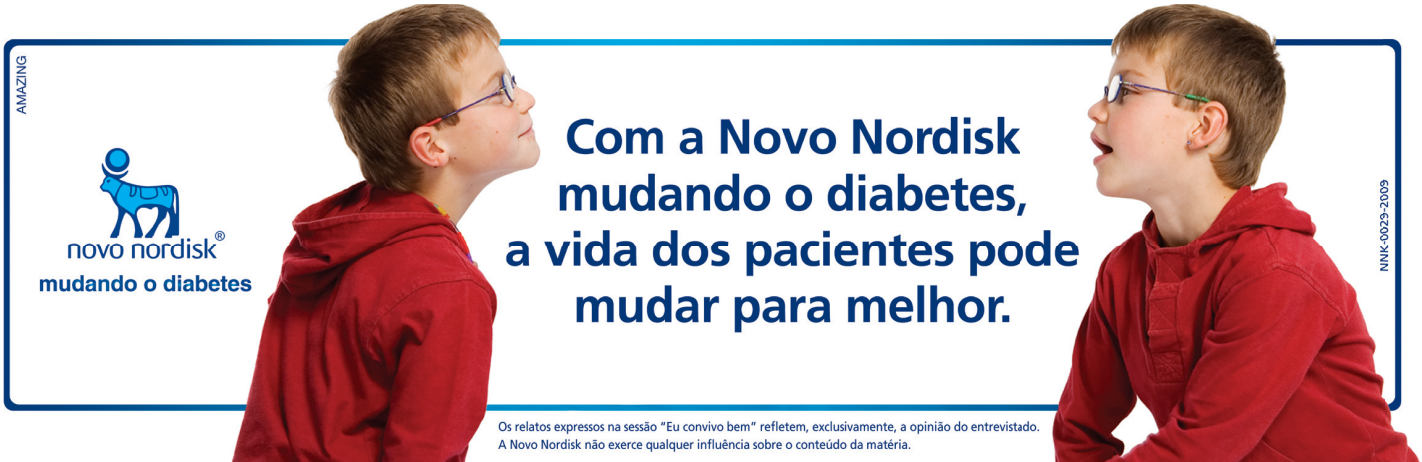
Lembrar do Dr. Povoa pelo carinho e preocupação que dedicava às pessoas, pela firmeza de seus gestos e pela perspicácia que o fazia saber com o que (ou com quem) estava lidando, é muito fácil.

Foram poucas as vezes que ele me procurou como Chefe de Serviço para fazer algum pedido (embora soubesse que sempre seria atendido), mas em todas elas sua preocupação era sempre o indivíduo sem recursos e que se beneficiaria muito do nosso atendimento. Particularmente um caso me sensibilizou, por ter ocorrido em uma época em que não podíamos admitir novos pacientes, mas não me saía da cabeça. Um jovem tetraplégico ficou diabético e se não bastassem suas dificuldades motoras, sua condição predispunha a uma grande variabilidade glicêmica. Chamei o rapaz e fiquei impressionada com sua força de vontade e capacidade de superação. Com a colaboração dos poucos médicos do ambulatório, estamos lhe atendendo. Recentemente ele lançou um livro contando sua história. Fomos convidados para o lançamento na Saraiva, com noite de autógrafos! Viu Dr. Povoa?

E suas broncas? Levei algumas. O problema é que ele tinha razão! E eu me via tendo que admitir. Essa era sua característica, a dedicação de um pequeno momento era realmente genuína e eu os aproveitei. Algumas vezes eram a respeito da minha vida pessoal e, portanto não vou exemplificar...

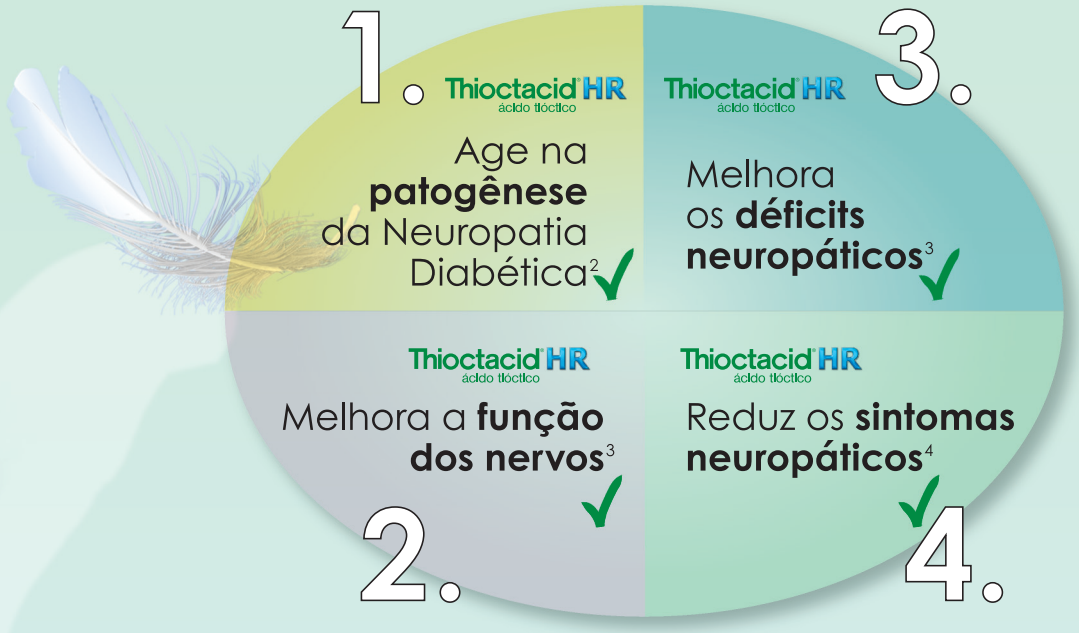
Além disso, também sabia como ninguém fazer os fatos virarem notícias. Lá estávamos nós, na PUC, para um "pequeno" evento no Dia Mundial do Diabetes em 2011. Pequeno? O então jogador de futebol recentemente aposentado, Washington foi escalado mas não foi devido ao mau tempo que o impediu de voar. Mas deu uma entrevista ao vivo por telefone! Fui recrutada na hora pelo Dr. Povoa e pelo Padre Reitor para dar um depoimento improvisado sobre as atividades em que participei. No minuto seguinte lá estava eu no Jornal Hoje junto com Dr. Povoa. Eu disse que era só um pequeno evento?

Quero reafirmar aqui, nesta coluna dedicada ao Serviço de Diabetes do IEDE, que quanto ao Serviço, o meu querido amigo pode descansar em paz, pois eu sigo firme no propósito de engrandecer o nome do IEDE através da qualidade do atendimento aos pacientes diabéticos, e que continuo lutando quer seja por melhorias materiais, quer seja (como acontece agora) por recursos humanos. Sempre ficarei agradecida pela sua confiança e pelo convívio desses anos. Seu espírito se confunde com o espírito do IEDE e sempre será lembrado. ■



Thioctacid® HR
ácido tióctico

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



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

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

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

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

A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

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

Merck Serono

Merck Serono é uma divisão da Merck

MERCK

SERVIÇO DE METABOLOGIA

por Amélio F. Godoy-Matos

REFLEXÕES DE UM INÍCIO DE ANO

Ilustração: Shutterstock/Saravut Alemsinsuk

FIM DE ANO

O IEDE terminou o ano de 2012 de uma forma triste e pesarosa com a perda do Luiz César. Da mesma forma, o Serviço de Metabologia ressente-se da perda de um amigo, colega e mestre. Mas a vida continua e devemos seguir com os nossos projetos.

O Serviço de Metabologia terminou 2012 com uma excelente produção científica. Além dos artigos publicados, já comentados no número anterior deste boletim, 3 novas monografias realizadas no Serviço foram muito interessantes, por pioneiras, e com resultados preliminares interessantes. As Dras. Juliana Severo de Almeida, Luiza Barreto Soares e Priscila Siciliano estudaram o comportamento da DPP4 e do Glucagon em pacientes com lipodistrofia parcial familiar, adolescentes obesos e filhos saudáveis de diabéticos, respectivamente. Ainda não podemos divulgar os dados, pois sequer passaram pela correção, mas são interessantes alguns achados...

INÍCIO DE ANO

Estamos aguardando os novos médicos que seriam destinados ao IEDE através da fundação. Até agora, nada! Ou seja, já se vão mais de 14 meses desde o início do planejamento até a seleção dos médicos, por concurso, e até agora não temos notícias definitivas do início das suas atividades e da "entrada" da fundação no hospital. Como é de se esperar, o início do ano é muito "frouxo", com poucas atividades e com alguns colegas, alunos e residentes de férias.

RISCO DE MORTALIDADE EM OBESOS

Vale a pena discutir uma metanálise publicada recentemente no JAMA (Flegal KM e cols. 2013;309:71-82), que recebeu grande atenção da mídia no mundo inteiro. Os autores levantaram dados de 97 estudos, envolvendo mais de 2.88 milhões de indivíduos e mais de 270.000 mortes! Os pacientes foram estratificados em grupos de Índice de Massa Corporal (IMC) normal, sobrepeso, obesos graus I, II e III. Assim, os resultados mostraram que a taxa de mortalidade por todas as causas, em comparação com o grupo de IMC normal, foi ***menor*** no grupo de sobrepeso (HR= 0.94; IC 0.91-0.96) e foi maior apenas (18% maior) nos grupos de obesidade combinados. Uma vez mais, estratificando pelo grau de obesidade, grau II e grau III mostraram, juntos, uma mortalidade 29% maior. O grupo com obesidade grau I não teve maior mortalidade, mas "bateu na trave".

O que foi manchete, e discutido por alguns colegas na imprensa, foi que ser gordinho teria menor risco do que ser magro! Este é um exemplo da má discussão na mídia de dados conflitantes e com grandes limitações. Sim, o uso do IMC como medida de obesidade tem grandes limitações. Mas esta é a medida usualmente utilizada em estudos epidemiológicos grandes. Esta metanálise foi diferente apenas porque categorizou os IMCs de forma estratificada e não linearmente. Quando feita linearmente, os estudos mostram um grau ascendente de risco a partir de um IMC em torno de 27. Contudo, em geral, as conclusões desta metanálise correspondem ao que se esperava, ou seja, que a obesidade como um todo traz mais risco, notadamente grau II e III. A surpresa foi o grupo de sobrepeso em comparação com o de IMC normal. Talvez aqui a estratificação tenha elucidado melhor. Acho que as limitações que os próprios autores enumeram falam bem da não verdade absoluta destes dados. As principais: IMC, e não cintura ou RCQ; o desfecho foi mortalidade por todas as causas e não especificou outras, como por exemplo mortalidade cardiovascular; limitação quanto à idade da qual não tinham muitas informações; viés de publicação - em especial estudos nulos provavelmente não publicados e não utilizados na metanálise.

De qualquer sorte, o estudo consolida o risco associado aos IMCs acima de 30. Mas, uma vez mais, entendamos que IMC é um índice ruim como marcador de risco cardiometabólico (lembrem-se do INTERHEART, que "matou" o IMC como medida de risco para infarto e mostrou que a cintura e a relação cintura-quadril são, de fato, os melhores marcadores). Outra metanálise recente (J Am Coll Cardiol 2013;61:553-60), mostra que pacientes com Doença Arterial Coronariana com IMC normal, mas com RCQ aumentado, têm o pior prognóstico em termos de sobrevida de todos os outros subgrupos. Ou seja, magro com distribuição de gordura central maior que periférica, é o mais vulnerável de todos!

Assim, viva a ideia da gordura periférica como protetora cardiometabolica... e vamos discutir isto e muito mais no ENDOCARDIO este ano! ■

Meritor

glimepirida/cloridrato de metformina

Controle para viver bem.

MEDICAMENTO **REFERÊNCIA**[4,5]

1ª combinação fixa de glimepirida + metformina

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

Combinação fixa de Meritor permite:

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

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

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

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

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

Produzido em Julho 2012

achē

ESPAÇO CIENTÍFICO

por Rodrigo Moreira

GUIDELINES DE HIPOTIREOIDISMO, TABAGISMO, DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12 E DOENÇA DE PAGET

Para a edição deste mês, quatro artigos diferentes para serem comentados. Acredito que os artigos sejam de grande relevância para a prática clínica e que possam ajudar bastante no manejo de alguns pacientes.

"Clinical Practice Guidelines for Hypothyroidism in Adults: Cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association"

Acredito que este seja um dos artigos mais importantes publicados nos últimos meses. Como o próprio nome já demonstra, trata-se de um *Guideline* para tratamento de hipotireoidismo em adultos publicado em duas revistas ao mesmo tempo (*Thyroid* 2012;22(12):1200-1235 e *Endocrine Practice* 2012;18(6):988-1028). E o mais importante, este artigo está grátis na internet, podendo ser baixado por qualquer médico. É um artigo de leitura OBRIGATÓRIA para qualquer endocrinologista, já que ele aponta, recomendação por recomendação, todas as bases para o diagnóstico e tratamento do hipotireoidismo no adulto. Quer saber qual a recomendação atual para hipotireoidismo subclínico? Qual o parâmetro de tratamento de mulheres com desejo de engravidar ou que já estão grávidas? Qual o papel da dosagem de Anti-TPO para estas pacientes? Quais medicamentos ou doenças interferem com os níveis dos hormônios tireoidianos? Qual a frequência de monitorização dos pacientes recebendo tratamento? Qual o melhor horário para a tomada da medicação se não puder ser tomada antes do café da manhã? Embora pareçam perguntas "bobas", são perguntas do dia a dia e que precisamos conhecer muito bem as respostas. Novamente, um artigo de cabeceira para todos os endocrinologistas.

"Vitamin B12 Deficiency"

Este artigo, publicado na edição de 10 de Janeiro de 2013 por Sally P. Stabler no *New England Journal of Medicine* (NEJM 2013;368:149-160), não é um artigo diretamente voltado para a endocrinologia. É uma excelente revisão sobre diagnóstico e tratamento da deficiência de Vitamina B12. Mas por que eu estou comentando este artigo ou recomendando sua leitura? Pelo fato de que a deficiência de Vitamina B12 é um achado cada vez mais comum em nossos pacientes. Precisamos lembrar que temos duas condições na prática diária que cursam com esta deficiência: o uso de metformina pelos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 e os pacientes obesos em pós-operatório de cirurgia bariátrica. Estas duas situações são apresentadas no artigo, assim como as diferentes estratégias para reposição e quais os exames que podem ser solicitados para confirmar este diagnóstico. Com certeza, um artigo que merece uma atenta leitura.

"Paget´s Disease of Bone"

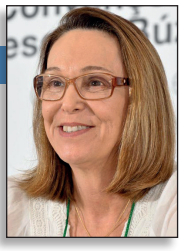
Diferente das duas condições acima, a Doença de Paget não é uma doença muito comum em nossa prática clínica. Entretanto, precisamos estar atentos para saber reconhecê-la e tratá-la de maneira adequada. Com isso em mente, vale a pena uma leitura cuidadosa do artigo publicado por Stuart H. Ralston também no *New England Journal of Medicine* (NEJM 2013:368:644-650). Através da apresentação de um caso clínico, o autor apresenta, de maneira bem clara e direta, dados gerais sobre a Doença de Paget, com um grande foco do artigo no diagnóstico e tratamento da condição. O autor discute alguns aspectos que frequentemente esquecemos da Doença de Paget, passando pelo tratamento da dor (em alguns casos) e das deformidades ósseas. ■

"**Association of Smoking Cessation and Weight Change With Cardiovascular Disease Among Adults With and Without Diabetes"**

Para terminar, um interessante artigo original publicado na edição de 13 de Março do *Journal of the American Medical Association* (JAMA 2013;309[10]:1014-1021). Como todos sabem, a cessação do tabagismo é uma das medidas mais importantes para a prevenção de eventos cardiovasculares. Entretanto, já foi também exaustivamente provado que existe um ganho significativo de peso quando um paciente para de fumar. Isso é tão importante que a maioria dos estudos clínicos em obesidade inclui como critério de exclusão "indivíduos tabagistas que tem a intenção de parar de fumar", já que isso pode afetar os resultados do estudo. No artigo publicado por Carole Clair e colaboradores, a autora utiliza dados do famoso *Framinghan Offspring Study* para avaliar se o ganho de peso após a interrupção do tabagismo poderia se sobrepor aos benefícios de se parar de fumar. As conclusões não poderiam sem melhores. Embora exista um ganho de peso após a cessação do tabagismo, os pacientes que pararam de fumar ainda permaneceram com uma redução significativa dos eventos cardiovasculares. Um achado que reforça o papel de todos os médicos, inclusive do endocrinologista, no controle do tabagismo. Quanto ao que fazer com o ganho de peso destes pacientes, isso é outra história. ■

Ilustração: Shutterstock/Miguel Angel Salinas

SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA



Por Vera Leal e Joyce Cantoni

CORTISOL SALIVAR NA GRADE DO IEDE

Os médicos do Serviço de Endocrinologia do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE), apesar do parco salário, não perdem o entusiasmo de trabalhar no IEDE e continuamente sugerem mudanças administrativas, novos temas de pesquisa clínica, reorganização dos ambulatórios e até mesmo encontros sociais.

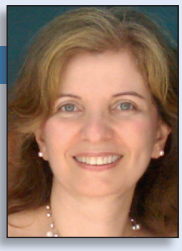
Recentemente, uma colega do ambulatório de Endocrinologia Pediátrica solicitou-me ajuda pois necessitava da dosagem do cortisol salivar para auxiliar no diagnóstico de uma criança obesa, com resultado inicial de hipercortisolismo não exógeno. Seria importante incluir na grade do IEDE a dosagem do cortisol salivar?

A medição do cortisol salivar avalia o cortisol livre, já tendo sido comprovada a boa relação com o cortisol livre sérico. O cortisol salivar pode ser realizado em casa, pelo paciente, inclusive em horários de difícil acesso ao laboratório, como por exemplo 23 horas ou meia-noite. É um método não invasivo e pode ser repetido, para confirmação, em diferentes ocasiões. Além disso, ele facilita na avaliação do ritmo do cortisol, no diagnóstico ambulatorial do hipercortisolismo nos obesos, em crianças, pós cirurgia de Cushing, no Cushing Cíclico, em gestantes e nas pacientes em uso de anticoncepcional. Pela sua conveniência e alta sensibilidade, o cortisol salivar já entrou no fluxograma para o diagnóstico inicial da Síndrome de Cushing.

Aceitamos a tarefa e, com a colaboração do Dr. Ricardo Bourrus, a dosagem do cortisol salivar entrou na grade do IEDE.

Pequenas conquistas que nos mantêm o entusiasmo de trabalhar. ■

CENTRO DE ESTUDOS



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

HOMENAGEM DO CEA AOS MESTRES QUE FIZERAM PARTE DA HISTÓRIA DO IEDE. CENTENÁRIO DO DR. SCHERMANN - 2013

"Dr. José Schermann, 40 anos de prática clínica. Aqueles que o conheceram afirmam que, apesar de rígido, era ao mesmo tempo terno e cuidadoso com seus pacientes e alunos. Segundo o Dr. Luiz Cesar Póvoa "era o homem dos detalhes na análise do doente, um indivíduo fantástico". Comentário que, em seguida, provoca uma reflexão: "Nós, os mais velhos no Instituto que ele ajudou a criar, temos uma responsabilidade, que é tomarmos o lugar dele e substituirmos o insubstituível." Um belo desafio! Foi o chefe de clínica do Serviço do Professor Capriglione, que na época era a quinta cadeira de clínica médica da Faculdade Nacional de Medicina. Em 1950, fez parte do grupo que fundou, no Rio de Janeiro, a Sociedade de Endocrinologia, atual Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - SBEM, e em 1980 estava entre os que fundaram o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglionne - IEDE, cuja biblioteca, inaugurada, em 5 de dezembro de 1989, recebeu o seu nome'.

Nossa homenagem aos queridos mestres e aos 100 anos do Dr. José Schermann. ■

Continuação da pág. 3

O último dia do chefe, no Encontro do IEDE, em dezembro, ficou na sua memória. O acompanhante do Dr. Póvoa precisou se afastar e Rafael ficou ajudando com a cadeira de rodas por mais ou menos meia hora. "Foi um momento diferente", recorda. "Ele estava feliz, falando com todo mundo, satisfeito". O fotógrafo do evento registrou o raro momento do Dr. Póvoa, cercado por Rafael e alguns funcionários, sorridentes. "Aquilo me marcou, porque horas depois fiquei sabendo que tinha sido o último dia dele".

"Ele Acreditava em Mim"

Em 1999 Fátima Mesquita foi para a FUNDAR como secretária da antiga assistente que, em 2000, precisou sair. "Os Drs. Póvoa, Ricardo e Raul acharam que eu tinha condições de assumir a administração", conta Fátima. "Foi com o apoio deles que fiquei. Me deram a maior força, porque eu mesma não me sentia preparada". Ela achou que seria muita responsabilidade, "mas Dr. Póvoa, presidente da Fundar na época, me garantiu todo o apoio, disse que me auxiliaria em tudo que pudesse", recorda.

"Hoje estou aqui graças a ele e aos outros dois. O Dr. Póvoa acabou tendo uma participação importante na minha vida profissional. Ele e Dr. Raul me mandavam fazer cursos para que pudesse desempenhar melhor a função, eles sempre me ajudaram".

A atual assistente de diretoria da FUNDAR recorda que "quando encontrava alguma dificuldade, corria atrás do Dr. Luiz Cesar para ajudar a resolver. Nesse ponto, sempre pude contar com sua boa vontade", afirma. "Ele sempre foi muito justo e me dava muito respaldo nas minhas decisões no cargo. Ele acreditava em mim, na verdade", diz ela.

Uma das dificuldades que Fátima lembra na convivência com o chefe era sua letra. "Era difícil porque escrevia de modo muito bagunçado, caótico. Tinha uma letra complicada, mas depois de um certo tempo a gente acostumava. Mas muitas vezes tinha que adivinhar o que ele havia escrito", comenta.

"Dizia que Eu Era seu Filho Mais Moço"

Durante dez anos, como funcionário da clínica do Dr. Póvoa e depois como motorista particular, Bruno Rodrigues conviveu com o homem que não hesita em classificar como "praticamente meu segundo pai. Ele me orientava em tudo, me ensinou muito. Acho que sou a pessoa que ele mais aconselhou na vida dele". Entre as lembranças, algo que Bruno gostava muito: "dizia que eu era o filho mais moço dele, e eu ficava muito orgulhoso. Era o reconhecimento do meu trabalho", comenta.

De 2008 a 2012, seguiu a rotina do chefe de segunda a sexta, da manhã à noite: levava Dr. Póvoa de manhã ao IEDE; à tarde para o consultório; uma vez por semana à Academia Nacional de Medicina, da qual era membro titular; e ao Flamengo, "que era a paixão dele, do qual era grande benemérito e conselheiro". Lá estava Bruno em todas as reuniões do clube, às segundas-feiras, e nos almoços da diretoria, às sextas-feiras. "Eu sentava ao lado dele nesses almoços", relembra.

Mas ela também recorda que o chefe "era brabo, durão, exigente, mas no bom sentido. E, por ser assim, me ensinou muita coisa, a levar as coisas a sério". Bruno conta que no tempo de office-boy, na clínica, algumas vezes chegou atrasado, "mas levei umas broncas dele, nunca mais me atrasei". Por isso, como motorista nunca faltou ao trabalho, "só quando meu filho nasceu", recorda. Sobre as broncas, lembra que depois de meia hora Dr. Póvoa o chamava e falava algo engraçado e acabavam rindo. "O lado bom falava mais alto do que o lado difícil. Acho que 50% do meu jeito de ser devo a ele...".

Entre as melhores recordações estão as idas ao Flamengo com o chefe. "Ele já estava muito acostumado, tinha 50 anos de clube, mas eu não. Eu ficava bobo quando encontrava o Zico e outros. Apertei a mão e tirei uma foto com ele".

Bruno garante que os únicos maus momentos que se recorda foram as internações hospitalares, no primeiro semestre de 2012: "ele se internava e saía, internava e saía...e eu ficava ao lado dele, no hospital". Quando melhorou, retomou as idas ao Flamengo, aos almoços no Le Coin e as idas ao supermercado. "Ele adorava fazer compras", revela.

Ele conta que na véspera do início do Encontro Anual do IEDE eles passaram o dia inteiro no Flamengo, pois "tinha uma reunião importante". Nesse dia, o segurança da portaria era novato e pediu a carteira ao Dr. Póvoa, que estava vencida. Ele foi tirar uma nova e ficou numa felicidade enorme. Isso foi na quinta-feira e, na sexta, me despedi dele, que iria com o acompanhante para Búzios". Com tristeza, Bruno recorda: "a última imagem que ficou foi ele acenando no carro".

"Não Consigo Imaginar como Vai Ser sem Ele"

Em meados de 1995, Roberto Dutra foi contratado como secretário da ASSEX, na gestão do Dr. Walmir Coutinho. Dessa época, lembra especialmente de uma reunião na recém inaugurada sala da Associação, em que ele sugeriu que a cobrança da anuidade fosse por via bancária. "Tinha feito um levantamento e verifiquei que não gerava custos, mas Dr. Póvoa perguntou, incisivo, se eu tinha certeza. Tão incisivo, que fui conferir novamente...".

Esta é das primeiras lembranças que guarda do então Presidente de Honra da ASSEX. "Ele exigia que a pessoa tivesse certeza do que estava falando, e todo mundo tinha medo disso. Assustava", comenta. Mais: "Ele era uma pessoa rígida, exigente e também muito correto. Dizia, de frente, a verdade para as pessoas", relembra. "E era insistente naquilo que queria, tinha uma memória de elefante".

Roberto recorda que, com Dr. Póvoa, as reuniões eram muito objetivas, "nunca terminavam sem que tudo ficasse resolvido". As cobranças eram inevitáveis. "Por isso eu procurava estar sempre preparado. Na hora é muito chato, ninguém gosta de ser cobrado. Mas pensando friamente, foi muito bom, só aprendi", reconhece.

Por falar em cobranças e aprendizado, o secretário da ASSEX lembra da rotina dos últimos dez encontros do IEDE: "todo dia, às 7h, Dr. Póvoa tomava café e me cobrava cada detalhe. Ele me ajudava muito com isso". Impossível não lembrar de dezembro passado. "Deu 8 horas, ele não apareceu e foi muito complicado. Fiquei perdido". Pensar no futuro ainda é difícil, mas já há uma certeza: "Podemos dividir o Encontro em antes e depois do Dr. Póvoa, um divisor de águas. Não consigo imaginar como vai ser sem ele". Com emoção na voz, conclui: "Superar, não sei, só sei que vamos conseguir fazer. Mas será um outro evento". ■

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

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

SérgioFranco MedicinaDiagnóstica desde 1940
www.sergiofranco.com.br

CDPI Clínica de Diagnóstico Por Imagem
www.cdpi.com.br