ISSN 1517-6428

Diabetes Clínica

REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO DIABETES E DAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS

Impresso Especial
9912171802 DR/SPM
ANAD
CORREIOS

Apoio:

International Diabetes Federation

ALAD

FM ABC

ANAD
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO DIABÉTICO

SUA SAÚDE É A NOSSA META

"IDF Centre of Education"
International Diabetes Federation
IDF Centre of Education
2009-2013

FENAD
UNIDOS SEREMOS FORTES
Federação das Associações e Entidades de Diabetes

COSEMS-SP
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo
"Dr. Sabastião de Moraes"
Fundado em março de 1988

2

DESTAQUES:

Reunião de cúpula da ONU sobre doenças não transmissíveis (DNTs) ***87***

Por que ainda usamos a HCTZ apesar das evidencias? ***92***

AACE: Cirurgia Bariátrica pode Mascarar o Diabetes..... ***93***

HbA1C: Um marcador cardiovascular útil para os não-diabéticos? ***94***

O teste HbA1C pode diagnosticar um pré Diabetes ***97***

O Ponto de vista do laboratório no papel da HbA1C para diagnóstico do diabetes em crianças: mais dúvidas do que certezas?..... ***98***

"Cultivar seu próprio transplante" Pode ser uma opção viável para homens portadores de diabetes tipo 1 .....***108***

Informes do Ministério da Saúde ***118***

INFORMES E RESUMOS DOS EVENTOS:

AACE American Association of Clinical Endocrinologists

Georgetown University

International Diabetes Federation
IDF Centre of Education
2009-2013

Ministério da **Saúde**

Governo Federal BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Tecnologia para mudar a vida de quem tem diabetes.

* Blend

Paradigm® REAL-Time

O primeiro sistema que integra infusão de insulina e monitorização contínua da glicose em TEMPO REAL.

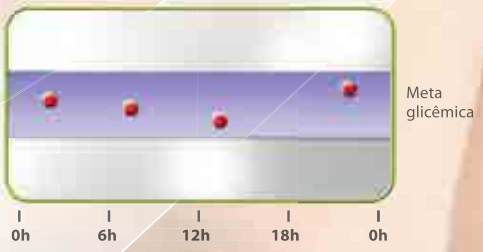
Paradigm® REAL-Time é a nova tecnologia que proporciona muito mais liberdade para quem tem diabetes:

- Ajuda a prevenir a hipo e/ou a hiperglicemia;
- Combina o controle da glicose em TEMPO REAL, com a moderna tecnologia inteligente de infusão contínua de insulina;
- Permite o acompanhamento dos hábitos diários de quem tem diabetes com melhor controle glicêmico.

Revolucione a sua maneira de lidar com o diabetes. Conheça o Paradigm® REAL-Time.

Gráficos de tendência das oscilações glicêmicas com um exame a cada 5 minutos no visor.

Fig. 1 - Glicemias capilares exames pontuais, isolados.



4 glicemias capilares por dia dentro da meta glicêmica.

Fig. 2 - Paradigm® REAL-Time revela cenário completo dia e noite.

Referências bibliográficas: Bode, B.W.; Gross, T.M.; Thornton, K.R.; Mastrototaro, J.J. Continuous glucose monitoring used to adjust diabetes therapy improves glycosylated hemoglobin: a pilot study. **Diabetes Res Clin Pract**, v.46, n.3, p.183-190, 1999. Kaufman, F.R.; Gibson, L.C.; Halvorson, M.; Carpenter, S.; Fisher, L.K.; Pitukcheewanont, P. A pilot study of the continuous glucose monitoring system: clinical decisions and glycemic control after its use in pediatric type 1 diabetic subjects. **Diabetes Care**, v.24, n.12, p.2030-2034, 2001. Ludvigsson, J.; Hanas, R. Continuous subcutaneous glucose monitoring improved metabolic control in pediatric patients with type 1 diabetes: a controlled crossover study. **Pediatrics**, v.111, n.5, pt 1, p.933-938, 2003. Doyle, E.A.; Weinzimer, S.A.; Steffen, A.T.; Ahern, J.A.; Vincent, M.; Tamborlane, W.V. A randomized, prospective trial comparing the efficacy of continuous subcutaneous insulin infusion with multiple daily injections using insulin glargine. **Diabetes Care**, v.27, n.7, p.1554-1558, 2004. Bode, B.; Gross, K.; Rikalo, N. et al. Alarms based on real-time sensor glucose values alert patients to hypo- and hyperglycemia: the guardian continuous monitoring system. **Diabetes Technol Ther**, v.6, n.2, p.105-113, 2004.

Ligue 0800 773 9200 ou escreva para:
atendimento.diabetes@medtronic.com

Medtronic

Dez/2010 Reg. ANVISA 10339190306

Diabetes Clínica

REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO DIABETES, OBESIDADE E DAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS

ISSN 1517-6428

Diabetes Clínica é uma revista multidisciplinar sobre os aspectos médicos e multiprofissionais do diabetes, bem como da obesidade e dos distúrbios associados. Para os especialistas, Diabetes Clínica é um veículo de informação e formação continuada sobre o conhecimento científico da doença e a atualidade da prática clínica no seu tratamento. Diabetes Clínica edita artigos selecionados por seu editor científico, por seu conselho consultivo e profissionais de reconhecidos saber na área. O objetivo da revista é favorecer a discussão interdisciplinar em todas as questões relativas à diabetologia, bem como, através de suas diferentes sessões idealizadas por seu editor científico, informar de maneira rápida, atual e sintética, os múltiplos aspectos dos estudos em diabetes.

Editor Científico:
Professor Doutor Fadlo Fraige Filho, presidente da FENAD e ANAD, Professor Titular de Endocrinologia da Faculdade de Medicina do ABC

Diretora Comercial:
Prof.ª Lilian Fanny de Castilho

Conselho Consultivo:
Prof. Dr. Adolpho Milech
Prof. Dr. Airton Golbert
Dra. Alcina Vinhais Bittencourt
Prof. Dr. Amélio F. G. Matos
Prof. Dr. Antônio Carlos Lerário
Prof. Dr. Arual Augusto da Costa
Prof. Dr. Balduíno Tschiedel
Prof. Dr. Celso Amodeo
Prof. Dr. Edgar d'Avilla Niclewicz
Prof. Dr. Freddy Goldberg Eliaschewitz
Prof.ª Dra. Geisa Macedo
Prof. Dr. Gustavo Caldas
Prof.ª Dra. Hermelinda Pedrosa
Prof. Dr. João Roberto de Sá
Prof. Dr. José Egídio Paulo de Oliveira
Prof. Dr. Juan José Gagliardino
Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Prof. Dr. Laerte Damasceno
Prof. Dr. Leão Zagury
Prof. Dr. Levimar Rocha Araújo
Prof. Dr. Luís Henrique Paschoal
Prof. Dr. Marcos Antônio G. de S. Pinto
Prof. Dr. Marcos Tambascia
Profª. Dra. Maria Tereza Zanella
Prof. Dr. Mário José Saad
Profª. Dra. Mauren G. Papadopol
Prof. Dr. Mauro Sancovski
Prof. Dr. Maximino Ruiz
Dr. Miguel Issa
Prof. Dr. Nairo Sumita
Prof. Dr. Nelson Rassi
Prof. Dr. Orsine Valente
Prof. Dr. Paulo Henrique Morales
Dr. Raimundo Sotero de Menezes Filho
Prof.ª Dra. Reine Marie Chaves
Prof. Dr. Roberto Tadeu Barcellos Betti
Prof. Dr. Ruy Lira
Prof. Dr. Saulo Cavalcanti da Silva
Prof. Dr. Sérgio Atala Dib
Prof. Dr. Simão Augusto Lottemberg
Prof. Dr. Walmir Ferreira Coutinho

Multiprofissionais
Dr. Alexandre Fraige
Dra. Ana Mirian Gebara
Dr. Walmyr Ribeiro de Melo
Profª. Dra. Enfermeira Odete Oliveira
Profª. Dra Enfermeira Sônia Aurora Grossi
Enfermeira Paula Pascali
Prof. Ed. Física Cláudio Canceliéri
Prof. Ed. Física Dr. William Komatsu
Profª. Dra Nut. Sônia Tucunduva Philippi

Apoios:
IDF – International Diabetes Federation
SACA - South And Central America
FMABC – Faculdade de Medicina do ABC
FENAD – Federação Nacional das Associações de Diabéticos
ANAD – Associação Nacional de Assistência ao Diabético
COSEMS-SP – Conselho das Secretarias Municipais de Saúde – São Paulo

FENAD e ANAD
Rua Eça de Queiroz, 198 – Vila Mariana
Cep: 04011-031 - São Paulo – SP
Tel.: (11) 5572-6559/Fax: (11) 5549-6704
Site: www.anad.org.br
E-mail: anad@anad.org.br

Revista Diabetes Clínica
Publicação Bimestral da ANAD
ISSN 1517-6428
Tiragem: 6 mil exemplares

Atendimento ao Assinante e Endereço para Correspondência:
Rua Eça de Queiroz, 198 – Vila Mariana
Cep: 04.011-031 - São Paulo – SP
Tel.: (11) 5572-6559
E-mail: mkt@anad.org.br
Segunda a Sexta das 9 às 17 hrs

Coordenadora Técnica Científica:
Dra. Vivian Fanny Delgado de França Arruda

Tradução e Revisão:
Profª Eloisa Hashimoto

Assitente de Marketing:
Heberson da Silva

Projeto gráfico/Editoração:
Roni Chira Tel: (11) 3326-7412

Impressão e Acabamento:
WT Indústria Gráfica Ltda
Tel.: (11) 3966-4719

I.P. (Informação Publicitária) Todas as informações publicitárias são de total responsabilidade dos anunciantes. Copyright © ANAD - Associação Nacional de Assistência ao Diabético. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio eletrônico, mecânico, digital, fotocópia ou outro, sem a permissão por escrito do proprietário do copyright, ANAD. A editora não assume qualquer responsabilidade por eventuais prejuízos a pessoas ou propriedades ligadas à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostas no material publicado. Em razão do rápido avanço das ciências médicas, a editora recomenda que uma verificação independente do diagnóstico e doses dos medicamentos seja realizada. Apesar de todo o material publicitário estar de acordo com os padrões de ética médica, sua inserção na revistas não é uma garantia ou endosso da qualidade ou do valor do produto ou das asserções de seu fabricante. Os textos assinados são de total responsabilidade de seus respectivos autores.

Diabetes Clínica
REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO DIABETES, OBESIDADE E DAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS

Índice

Grades de programação do 16º Congresso **88**
Comentários **92**
Por que Ainda Usamos a HCTZ Apesar das Evidencias? Nem Todos os Diuréticos Tipo Tiazida são Criados da Mesma Forma 92
AACE: Cirurgia Bariátrica Pode Mascarar o Diabetes 93
HbA1C: um Marcador Cardiovascular Útil para os Não-Diabéticos? 94
O Teste HbA1c Pode Diagnosticar o Pré Diabetes 97
O Ponto de Vista do Laboratório no Papel da HbA1C para Diagnóstico do Diabetes em Crianças: mais Dúvidas do que Certezas? 98
DC Informes **100**
Agulha Inovadora da Novo Nordisk, NovoTwist®, Ganha prêmio de Melhor Design 100
Cientistas Descobrem Ligação entre o Gene e o Mecanismo de Droga para Diabetes 100
Cientistas Descobrem Novo Mecanismo para Controle do Nível Glicêmico 101
MERCK compra a SmartCells, Inc. 102
Nova Caneta da NovoNordisk para Crianças: NovoPen Echo® Ganha Premio de Melhor Design 102
Galway, na Irlanda e EUA são Parceiros em Insulina Inalável 103
FDA Exige mais Pesquisas Clinicas para Insulina Inalável da Mannkind 104
Consenso Solicita mais Pesquisa Sobre Célula Beta no DMT2 104
Diamyd Conclui Triagem para Estudo de Fase III nos EUA 105
Lilly e Boehringer Ingelheim Anunciam Aliança Estratégica para Promover Novos Tratamentos para o Diabetes no Mundo 105
Novartis Ganha Nova Indicação para Lucentis® na União Européia, para Tratamento da Perda de Visão Causada por Edema Macular Diabético, uma Conhecida Causa de Cegueira 107
"Cultivar seu Próprio Transplante" Pode ser Uma Opção Viável para Homens Portadores de Diabetes tipo 1 (DMT1) 108
Resumos **110**
Liraglutida no Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) 110
O Impacto da Deficiência da vitamina D no Diabetes e no Risco Cardiovascular 110
Insulina e Glucagon Regulam a Proliferação da Célula α Pancreática 111
Impacto Regional da Morfologia do Tecido Adiposo no Perfil Metabólico em Obesidade Mórbida 112
Associação entre Glicemia e Lipídeos em Adultos Portadores de Diabetes Tipo 1 (DMT1) 112
Hábitos Saudáveis na Infância Afetam Risco de Colesterol no Futuro 113
Redução da Relação Triglicérides/ Colesterol HDL está Associada a Impacto Benéfico da Pioglitazona no Progresso da Arteriosclerose Coronariana em Portadores de Diabetes 115
Informes do Ministério da Saúde **118**
Produtos e Novidades **124**
Saúde na Imprensa **126**
Frágil, Mini Cão Pode Entrar em Choque por Hipoglicemia 126
Medicamentos na Mira: Anvisa Quer Banir Remédios para Emagrecer; Endocrinologistas Reagem 126
EUA Ampliam o Acesso à Cirurgia para Emagrecer 127
Remédios para emagrecer – Porque é ruim proibir a venda NÃO FAZ SENTIDO 128
Casos de Derrame Cerebral Aumentam entre os Jovens 130
Pesquisadores Criam Índice para Calcular Obesidade 131
Marca Passo Implantado no Estômago Controla Fome 134
Cirurgia Bariátrica para Diabetes tem Novas Regras 134
Nova associação de drogas é promessa contra obesidade 136
Pâncreas artificial controla o diabetes 137
Artigo Original **138**
FUNÇÃO SEXUAL DE GRÁVIDAS COM DIABETES GESTACIONAL - Resultados Preliminares 138
Normas de publicação **146**
Calendário de eventos 2011/2012 ..... **148**

Editorial

Reunião de Cúpula da ONU sobre Doenças Não Transmissíveis (DNTs)

No dia 13 de maio de 2010, a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), aprovou por unanimidade a Resolução 64/265 de realizar uma Reunião de Alto Nível da Cúpula, sobre as Doenças Não Transmissíveis (DNTs) em setembro próximo.

Esta resolução é resultado de um trabalho liderado pelas quatro principais federações de combate às DNTs:

- "International Diabetes Federation"- Federação Internacional de Diabetes (IDF);
- "International Union Against Tuberculosis and Lung Disease" – União Internacional contra a Tuberculose e as Doenças Pulmonares (The Union);
- "Union for International Cancer Control" – União Internacional para o Controle do Câncer (UICC); e
- "World Heart Federation" – Federação Mundial do Coração - (WHF).

Cento e trinta Estados Membros da ONU apoiaram a resolução sinalizando que o mundo reconhece a urgência e a prioridade de combaterem a crescente ameaça imposta pelas DNTs.

O objetivo da cúpula é fazer um levantamento do perfil das DNTs em nível global, mobilizar a comunidade internacional na tomada de decisões, garantir o comprometimento dos Chefes de Estado na condução de esforços governamentais para reversão desta epidemia, e encaminhamento de uma mensagem clara e objetiva para arrecadação de fundos e apoio financeiro.

A Sessão Especial da ONU sobre o HIV/AIDS que aconteceu no ano de 2001, resultou em uma Declaração de Compromisso dos Chefes de Estado com uma resposta urgente para todo o planeta, levando à criação do Fundo Global para o HIV/AIDS, Tuberculose e Malária, levantando US$ 10 bilhões para promover apoio financeiro aos países mais pobres e em desenvolvimento.

No dia 23 de dezembro de 2010 a Assembléia Geral da ONU adotou a Resolução de Modalidades ("Modalities Resolution"), a principal etapa para chegar-se à Cúpula e que contou com o apoio de diversos governos na ONU. A Resolução determina a duração, os resultados e outros detalhes importantes da Reunião, que impactarão o futuro do diabetes e das DNTs.

Qual é o foco principal da Reunião de Cúpula?

A Resolução da ONU 64/265 estabelece que a Cúpula terá como foco principal as quatro doenças não transmissíveis mais importantes, ou seja:

- Doença Cardiovascular
- Câncer
- Doença Crônica Respiratória e
- Diabetes, bem como os fatores de risco mais comuns como tabagismo, alcoolismo, dieta inadequada, sedentarismo e exposição a carcinógenos ambientais.

Quem organizará esta Reunião?

A Reunião de Cúpula da ONU sobre DNTs será organizada sob a coordenação da Assembléia Geral da ONU com o apoio do Departamento de Economia e de Assuntos Sociais, UNDESA, ("Department of Economic and Social Affairs") e da Organização Mundial de Saúde, OMS. A logística do evento ficará sob a responsabilidade do Departamento da ONU para Gerenciamento de Conferências e Assembléias, o "DGACM" (UM Department for General Assembly and Conference Management).

Quando e onde acontecerá a Reunião?

A reunião se realizará na Sede da ONU em Nova York. Apesar de não estarem ainda definidas as datas nem o período, espera-se que aconteça entre 16 e 19 de setembro de 2011, antes da abertura da principal Sessão da Assembléia Geral da ONU que acontecerá no dia 20 de setembro de 2011.

Esta reunião será uma Reunião de Cúpula ou uma Reunião de Alto Nível?

O nome oficial da reunião especificado na Resolução da ONU 64/265 é "Reunião de Alto Nível, que conta com a Participação dos Chefes de Estado e de Chefes de Governo". Apesar de haver semelhança entre os termos, Cúpula e de Alto Nível, o termo Cúpula se refere a reuniões com a participação de Chefes de Estado.

A Aliança das DNTs , "NCD Alliance" recomenda o uso da expressão "UN Summit on NCDs", Reunião de Cúpula da ONU sobre DNTs ao referir-se a este evento específico.

Por que este evento é importante?

Na verdade, a Reunião de Cúpula da ONU é a grande oportunidade que temos de colocar as DNTs na pauta da agenda global. Esta Reunião tem o potencial de garantir o comprometimento dos Chefes de Governo com a causa, aumentando assim de maneira substancial os recursos direcionados para as DNTs, poupando milhares de vidas que seriam ceifadas precocemente, evitando complicações e doenças debilitantes.

Esta reunião também sugere aos governos ações, metas e compromissos de forma que as DNTs possam ser monitoradas através de relatórios regulares de acompanhamento.

O que precisamos fazer para garantir que esta Reunião de Cúpula seja decisiva as DNTs?

Precisamos estar cientes que para podermos implementar as principais mudanças propostas pela Reunião de Cúpula da ONU, temos que contar com esforços orquestrados de todos os setores, e da iniciativa política, para que possamos acordar desfechos mensuráveis específicos com resultados objetivos.

A sociedade civil, por sua vez, desempenha um papel fundamental nesta complexa agenda, apresentando resultados concretos em parceria com o governo municipal, estadual e federal, bem como com as comunidades locais.

Para maiores informações consulte o site:

www.ncdalliance.org

Prof. Dr. Fadlo Fraige Filho
Presidente

Teatro

Abertura Solene

29/07/2011 - Sexta-feira - 8h às 10h

16º CONGRESSO BRASILEIRO MULTIDISCIPLINAR EM DIABETES®

29, 30 e 31 DE JULHO DE 2011

MANHÃ Das 10h às 12h

SIMPÓSIO 01 Políticas de Saúde em D.M.
- Atenção ao Portador de D. M. no Sistema Público de Saúde-SUS. Gestão Compartilhada entre os Gestores
- O Papel da Gestão Estadual na Implementação das Ações
- Gestão Municipal na Implementação das Ações

SIMPÓSIO 02 O Diabético na UTI
- Análise Crítica e Controversias do Controle
- Comparação dos Esquemas Praticados de Insulinoterapia

SIMPÓSIO 03 Diagnóstico Laboratórial do DM: Atualizações
- Os Critérios Atualmente Utilizados no Diagnóstico
- Testes de Tolerância Oral à Glicose no Diagnóstico
- Vantagens e Desvantagens do Uso da Hemoglobina Glicada no

SIMPÓSIO 04 A Correta Utilização do Teste de Hemoglobina Glicada
- Atualização Sobre A Hemoglobina Glicada Para o Diagnóstico e o Seguimento do DM
- Otimizando os Testes de A1C: Aplicações Clínicas e Vantagens do Teste Rápido "A1C Now+" com a Utilização de Sangue

SIMPÓSIO 05 D.M e Sexualidade Resolvendo as Dúvidas com os
- Os Coordenadores Apresentarão 10 Aspectos de Maior Importância
- Através de Perguntas e Respostas a Platéias Debaterá com os

SIMPÓSIO 06 Legislação em DM
- Discriminação no Acesso a Cargos Públicos
- Atualidade Sobre o Fornecimento de Medicamentos pelo

SIMPÓSIO 07 Enfermagem
- Droga Oral e as Injetáveis Não Insulina: o
- Insulinas: Uma Abordagem Atual
- Comunicação com os Pacientes: O que Temos
- Trabalho em Equipe: Um
- Trabalho em Equipe: Um

Almoço Das 12 às 14h

Simpósio Satélite

12:15h às 13:45h

- Eficácia a Longo Prazo da Exenatida no Controle Glicêmico e no Peso
- O Tratamento da Hiperglicemia Intra-Hospitalar

Com Lunch Box

Patrocínio: Lilly

TARDE Das 14h às 18h

SIMPÓSIO 08 Pé Diabético
- Definições Atualizadas de
- Diagnóstico Precoce e Seguimento da Neuropatia
- Infecção em Pé Diabético:
- Como Evitar Amputações?
- Insuficiência Arterial no Pé Diabético: Medicação Oral ou Intervenção Cirúrgica?

SIMPÓSIO 09 Tendências para Terapia Nutricional dos Portadores de
- Alimentação Saudável e o
- Recomendações
- Conduta Nutricional Baseada na Pirâmide
- Alimentos Específicos Utilizados para D.M
- Questionário de Risco "Take the Test. Know the

SIMPÓSIO 10 O Laboratório Clínico no
- Análise Crítica no Uso da A1C no Controle do D.M.
- Novos Marcadores no
- A Nefropatia Diabética. Detecção e
- Caracterização Laboratorial da Síndrome Metabólica
- Exames Laboratoriais no Acompanhamento da Síndrome Metabólica e o

SIMPÓSIO 11 Atualização: D.M e Doenças Cardio
- Diabetes e D.C.V
- Controle Glicêmico e
- Dislipidemias e D.M
- Acompanhamento e Prognóstico nas Coronariopatias e Pós
- Controversias no Uso de Anti Agregantes

SIMPÓSIO 12 O Uso da Modernidade Tecnologica para o Controle do DM e Como
- Conhecendo a Teoria para Conseguir Boa
- Trabalhos na Prática

SIMPÓSIO 13 Conheça o Que São
- Conceituação de
- Vantagens e Ricos
- Análise e Crítica da Legislação Vigente

SIMPÓSIO 14 Aspectos Neuro-Psiquiatricos e DM
- DM e Doenças Neuro-Degenerativa - Alzheimer
- Esquizofrenia, Uso de Anti-Psicóticos e DM.
- Depressão e DM - Aspectos Psiquiátricos
- Depressão e DM - Aspectos Clínicos
- DMT2 e Transtornos
- DMT1 e Transtornos

SIMPÓSIO 15 Insulinização: Quando e Como?
- Insulinação em Paciente Crítico - Infusão de
- Controle Glicêmico em Paciente Não Crítico Hospitalizado
- Insulinização intensiva no DMT1
- Insulinização Progressiva no DMT2
- Monitorização e Titulação na Insulinoterapia

30/07/2011 - Sábado - 8h às 18h

MANHÃ Das 8h às 12h

SIMPÓSIO 16 — Método de Investigação (M.I) Científica Aplicada ao Metabolismo do Diabético
- M.I da Resistência à Insulina e Síndrome Metabolica
- M.I da Função da Célula Beta
- M.I para Hormônios Intestinais de Efeito Incretina
- Métodos da Investigação Nutricional: Da Epidemiologia à Clínica
- Perspectivas de Aplicação da Ciências à Assistencia ao Paciente Diabético

SIMPÓSIO 17 — Terapia Enteral e Parenteral
- Controle Glicêmico do Paciente em Terapia Nutricional Parenteral
- Qual Emulsão Lipidica Usar na Nutrição Parenteral?
- Aplicação da Terapia Nutricional Enteral Oral
- Fórmulas Enterais. Qual Usar?
- Como Planejar a TNE em Função da Insulnoterapia do Paciente

SIMPÓSIO 18 — H.A e Nefropatia.
- Fisiopatologia da Nefropatia Diabética
- Hiperatividade do SRA no DM - Novos Conceitos sobre a Lesão de Orgãos Alvo
- Microalbuminúria como Fator de Risco Cardiovascular e Renal
- Tratamento da H.A no Paciente Diabético em IRC - Tratamento Clínico
- Tratamento da H.A no Paciente Diabético em Tratamento Dialítico

SIMPÓSIO 19 — Avanços Biomoleculares e Tratamento do D.M 2 em Bases Fisiopatológicas
- Novos Mecanismos Moleculares de Ação do Exercício Físico sobre o Fígado no Controle do Diabetes
- Exercício Físico no Controle da Ingestão Alimentar
- Controle Hipotalâmico da Ingestão Alimentar: Novas Proteínas no Circuito
- Tratamento do DM 2 em Bases Fisiopatológicas
- Obesidade, Resistência à Insulina e Câncer: Potencial Terapêutico da Metformina

SIMPÓSIO 20 — Proposta do Manejo Terapeutico na Insulinização do Paciente com D.M
- Desmificando a Insulinização no Paciente com DM - Como insulinizar com Segurança
- Novas Recomendações na Aplicação de Insulina - Prevenção da Variabilidade

SIMPÓSIO 21 — Sistema Integrado de Bomba de Insulina e Glicosímetro em Tempo Real
- O que é Necessário para Alcançar um Bom Controle Glicêmico? O Valor das Ferramentas para o Tratamento da D.M
- A Importância das Informações Fornecidas Pelo Sensor de Glicose em Tempo Real

SIMPÓSIO 22 — Doença Vascular Periférica: do Diagnóstico à Reabilitação
- Arteriopatia Periférica no Paciente Diabético: Diagnósticado Clinico e Complementar.
- Tratamento Convencional da Arteriopatia Periférica: Principios e Quando Indicar?
- Tratamento Endovascular da Arteriopatia Periférica: Principios e Quando Indicar?
- Resultados dos tratamentos da Arteriopatia Periférica: Qual a Técnica mais Indicada?
- Reabilitação de Paciente Diabético

SIMPÓSIO 23 — Enfermagem
- MESA INTERATIVA: Faça seus questionamentos?
- MESA INTERATIVA: Faça seus questionamentos?
- Monitorização Continua da Glicose: Vantagens e Desvantagens
- Monitorização da Clicose: Vantagens e Desvantagens
- Aspectos Importantes da Admissão à Alta Hospitalar

Almoço Das 12 às 14h

Simpósio Satélite

Sábado - 12:15h às 13:45h

Indo Além da Redução da Glicemia no Tratamento do DM2

- **Tratamento Abrangente do DM2: Contemplando Diferentes Mecanismos Fisiopatológicos com a Combinação Vildagliptina + Metformina**
- **Eficácia e Segurança no Tratamento do DM2 do Paciente Idoso**

Patrocínio:

NOVARTIS *cuidar e curar*

TARDE Das 14h às 18h

SIMPÓSIO 24 — Atualização da Interface Obesidade e DM
- Como Avaliar a Resistência Insulínica?
- Esteatose Hepática - Atualidades no Tratamento
- Tratamento da Dislipidemia e Hipertensão no Obeso Diabético
- Tratamento Farmacológico do Obeso Diabético
- Cirurgia Bariátrica para o Tratamento do Obeso Diabético - Quando Indicar?

SIMPÓSIO 25 — Nutrição
- Análise Crítica da Hipertrigliceridemia Carboidrato Induzida
- Recentes Avanços no Tratamento Dietético da Doença Renal no D.M
- Qual a Relevância dos Produtos Avançados de Glicação?
- Como Abordar a Criança Diabética?
- Intervenções Comportamentais para Garantir Aderências ao Tratamento

SIMPÓSIO 26 — D.M e Gravidez
- Fisiopatologia e Diagnóstico do Diabetes Gestacional no Século XXI
- Cuidados Obstétricos no Diabetes Gestacional
- Existe Lugar para Drogas Antidiabéticas Orais no Diabetes Gestacional
- Diabetes Pregestacional: Quais os Riscos para o Feto e para a Mãe?
- Uso de Insulina na Gestação: Análogos x Insulinas Humanas

SIMPÓSIO 27 — Manuseio dos Distúrbios Glicêmicos no D.M em Situações Especiais
- Cetoacidose Diabética: Análise Critica do Diagnóstico e Tratamento
- Sindromes Coronarianas Isquemicas Agudas no D.M
- Manuseio da Hipoglicemia no Paciente Diabético
- Diagnóstico e Tratamento das Hipoglicemias não Diabéticas do Adulto
- Infecções Agudas no Paciente com D.M

SIMPÓSIO 28 — O Impacto da Hiperlipemia no DM Das Evidênicas à Clínica
- Qual o Papel da Escore de Cálcio e Angiotomografia no Diabético Assintomático?
- Avaliação dos Parâmetros Laboratoriais Lipídicos do DM. Há Espaço Para o Apo B e Lipemia Pós-Prandial?
- Qual a Dietas que Traz Mais Benefício na Redução de Risco Cardiovascular na População Diabética? Isto Inclui a Dieta do Mediterrâneo.
- Uso de Estatinas Também em Diabéticos de Baixo Risco?
- Avanços no Tratamento de HDL e da Hipertrigliceridemia no DM

SIMPÓSIO 29 — Psicologia em D.M
- D.M e Neuropsicologia
- D.M e Psicossomática Psicanalítica
- D.M e Obesidade

SIMPÓSIO 30 — DMT1
- Variabilidade Glicêmica: Este é o Alvo do Tratamento do Dm1?
- D.M no Lactente - Um Desafio para o Pediatra e para o Endocrinologista
- Vitamina D e DM Qual a ligação?
- Avanços no tratamento do Dm1 - Há Quanto Estamos da Cura?
- Caso Clínico de Dm1 Discussão Interativa

31/07/2011 - Domingo - 8h às 12h

MANHÃ Das 8h às 12h

SIMPÓSIO 31 Visão Multiprofissional da
- Risco Metabólico e Obesidade Infantil: Novas
- Atenção Nutricional às Alterações Metabólicas da
- Considerações na Prescrição de Exercício Físico para a Criança Obesa
- Aspectos Psicológicos na Obesidade Infantil
- Medidas para o Controle da Obesidade Infantil: O que Vem Sendo Feito

SIMPÓSIO 32 Abordagem Nutricional
- Desafios e Percepção do Nutricionista no Tratamento
- Recomendações Nutricionais Preconizadas x Constatações Práticas
- Expectativas do Paciente Diabético: Supervalorização da Medicação e Resistência
- Vivência Interativa em Orientação Nutricional com
- Avaliação Nutricional de Idoso Diabético

SIMPÓSIO 33 Bases Neuro-Humorais, Clínicos e Experimentais dos Efeitos do Exercício
- Reposição Hormonal Masculina e Exercícios
- Reposição Hormonal Feminina e Exercícios
- Estresse Oxidativo e Exercício Físico (Bases Experimentais
- A Modulação de Receptores de Leptina no Treinamento
- Impacto do Sedentarismo no Perfil Metabólico e Hemodinamico

SIMPÓSIO 34 Atualizações em Oftalmologia
- Retinopatia como Marcador de
- Alterações Oculares Além da Retinopatia
- Inovações de Aplicação Imediata no Tratamento
- Avanços no Tratamento Cirúrgico da Retinopatia
- Mobilização Comunitaria para Combate à

SIMPÓSIO 35 Paciente Diabético em Diálise
- Quando Indicar Diálise para o Paciente
- Qual o Melhor Método Dialítico para o Paciente Diabético: Hemodiálise
- Cuidados com Paciente
- Controle Glicêmico do Paciente Diabético em Diálise
- Qual a Melhor Opção de Tratamento para o Paciente Diabético com Insuficiência Renal: Diálise, Transplante de Rim Isolado ou

SIMPÓSIO 36 Farmácias e DM
- Legislação
- Educação e Orientações
- Principais Problemas no

SIMPÓSIO 37 Discussão de Casos
- Traga as suas
- Fale com o Professor

SIMPÓSIO 38 Fisioterapia em
- Comprometimento da Cartilagem no DM
- Atualização da Literatura - Instrumentos de Avaliação
- Aspectos da Locomoção
- Reabilitação do Paciente Amputado com DM

Cursos Pré-Congresso

- Contagem de Carboidratos Básico
- 7º Curso Medicina Molecular
- Educação em Diabetes
- Projeto FENAD / W.D.F
- 8º Curso Básico de Atividade Física
- 5º Curso Avançado de Atividade Física
- 5º Jornada de Podologia
- 7º Curso Avançado de Odontologia
- 5º Curso Avançado de Odontologia

Simpósio Satélite de Nutrição

29/07 - Sexta-feira

Abordagem Multiprofissional do Paciente Diabetico Candidato à Cirurgia Bariátrica

30/07 - Sábado

Novas Tecnologias em Edulcorantes

GOLD nutrition

Temas Livres 2011

PROGRAME-SE

Dias 29 e 30 das 12h às 14h

Salas 709 e 710.....*Apresentação Oral*
3º e 4º andares.....*Apresentação*

Prêmios: R$ 2.000,00 ..... 1º colocado (oral)
R$ 1.000,00 ..... 1º colocado (pôster)

LOCAL E HORÁRIO

UNIP - Universidade Paulista
Rua Vergueiro, nº 1.211 - Paraíso - São Paulo – SP
Metrô Linha Azul - Estação Vergueiro
Das 8 horas às 18 horas (dias 29, 30 e 31)

INFORMAÇÕES
Secretaria do Congresso
Rua Eça de Queiróz, 198 - Vila Mariana
CEP 04011-031 - São Paulo - SP
Fone/Fax: (11) 5572-6559/5549-6704
E-mail: congresso2011@anad.org.br
Site: www.anad.org.br

TAXA DE INSCRIÇÃO (Até 30 de junho)
Profissionais.....R$ 200,00
Estudantes.....R$ 120,00

Após esta data acréscimo de R$ 50,00
Após 15 de julho - inscrição sob consulta

Atenção : As inscrições canceladas e as faltas não serão reembolsadas

ATIVIDADES PRÉ-CONGRESSO
28 julho de 2011

7º Curso de Biologia Molecular em Endocrinologia

Público: Endocrinologista e demais multiprofissionais, Médicos residentes (preparação para provas de título de especialista)

Curso Básico de Contagem de Carboidratos

Público: Profissionais de saúde que trabalham com Diabetes, Nutricionista
Informações e inscrições:
Preventa Consultoria em Saúde
Tel.: 11-5084-0171 preventa@uol.com.br

8º Curso Básico de Capacitação para Prescrição e Acompanhamento do Exercício em Diabetes

Público: Prof. de Atividade Física que ainda não tem experiência em diabetes, Estudante da área, Profissionais de Saúde interessados em atividades Física

5º Curso Avançado de Capacitação para Prescrição e Acompanhamento do Exercício em Diabetes
Público: Profissionais na área que já atuam com Diabetes

5ª Jornada em Podologia
Público: Podólogos e Estudantes na área.

Projeto FENAD/WDF – Formação de Capacitadores em Diabetes – Rede SUS
Público: Médicos das cidades inscritas

ATIVIDADES PARALELAS

7º Curso Básico de Diabetes em Odontologia
Público: Cirurgiões Dentista e Estudantes

5º Curso Avançado de Diabetes em Odontologia
Público: Cirurgiões Dentista e Estudantes

Temas Livres – Prêmios para apresentação oral em pôster
Público: Profissionais de Saúde, Estudante da área de Saúde

Oficina de Pé Diabetico
Oficinas de Automonitorização e Insulinoterapia
Reunião Técnica OPAS – OMS
Assembléia FENAD
Assembléia ANBED

FICHA DE INSCRIÇAO

ENCAMINHE POR FAX OU CORREIO ESTA INSCRIÇÃO JUNTO COM O COMPROVANTE DE PAGTO. E PROFISSIONAL

16º CONGRESSO BRASILEIRO MULTIDISCIPLINAR EM DIABETES®
29, 30 e 31 DE JULHO DE 2011

Atenção:
1. Este Congresso destina-se exclusivamente pra profissionais da área da saúde com nível universitário.
2. Esta inscrição só será aceita junto com o xerox do comprovante profissional e de depósito bancário.

Nome:

Endereço: Estado

Nº

Cidade:

Telefones: CEP

Celular:

E-mail:

Profissão:

Nº Registro Conselho:

BRADESCO
AGÊNCIA 1074-0 - C/C 17450-5

SUA SAÚDE É A NOSSA META
"IDF Centre of Education"
International Diabetes Federation Europe

ANAD - Associação Nacional de Assistência ao Diabético
Rua Eça de Queiroz, 198
Vila Mariana - CEP 04011-031
São Paulo SP Tel.: (11) 5572-6559
www.anad.org.br
congresso2011@anad.org.br

Por que Ainda Usamos a HCTZ Apesar das Evidencias? Nem Todos os Diuréticos Tipo Tiazida são Criados da Mesma Forma

Prof. Franz Messerli – St Luke's-Roosevelt Hospital, Nova York

Desde que o "Joint National Committee I" (JNC), em 1997 recomendou um "diurético tipo tiazida" como terapia de 1ª linha, todos JNC seguintes (II, III, IV, V, VI e 7) reiteraram essas recomendações, portanto não é de surpreender que a hidroclorotiazida (HCTZ) tenha se tornado a droga anti-hipertensão mais receitada pelos médicos dos EUA.

Em 2008, foram feitas quase 48 milhões de receitas somente de HCTZ, e 87 milhões de HCTZ combinada com outra droga. Destas prescrições somente 3% tinham dose de HCTZ superior a 25 mg; portanto a maior parte das prescrições era para doses de 12.5-25 mg uma vez ao dia. Considerando-se a forte recomendação de todos os JNCs, a maioria dos médicos acreditou na eficácia e na segurança da HCTZ. Recentemente decidimos estudar o "halo" que envolvia esta droga tão venerada há mais de meio século e para tanto, revisamos todas as pesquisas clínicas randômicas avaliando a pressão arterial de 24 horas com HCTZ em comparação com outras drogas anti-hipertensivas.[1]

Analisamos um total de 19 estudos com mais de 1.400 pacientes e para nossa surpresa constatamos uma eficácia anti-hipertensiva insignificante. Neste banco de dados de grande porte a HCTZ de 12,5 mg - 25 mg reduziu a pressão arterial ambulatorial de 24h em, somente, 6,5/4,5 mm/Hg, valor nitidamente inferior aos estudos *"head-to-head"* para redução da pressão arterial com os inibidores da ECA, os bloqueadores do receptor da angiotensina (BRAs), os beta-bloqueadores e os bloqueadores do canal de cálcio (BCCs).

Isso nos leva à conclusão Número 1: A HCTZ é uma droga anti-hipertensiva inferior.

O JNC 7 declara que "Em pesquisas comparativas de diuréticos com outras classes de agentes anti-hipertensivos, os diuréticos foram virtualmente deixados para trás na prevenção das complicações cardiovasculares da hipertensão".

Quais são, então, os dados que mostram que a HCTZ de 12,5 mg - 25 mg reduz os principais eventos cardiovasculares?

Infelizmente tal dado não existe. Todos os estudos com a HCTZ foram feitos com doses muito mais elevadas ou em combinação com um diurético poupador de potássio. Portanto, não há nenhuma evidência que comprove que a HCTZ de 12,5 mg - 25 mg possa reduzir o risco de AVC ou de ataque cardíaco.

Isso nos leva à conclusão Número 2: a hidroclorotiazida em sua dosagem usual não demonstrou reduzir a morbidade nem a mortalidade da hipertensão

Observou-se que nas doses mais elevadas de HCTZ houve um aumento no risco de parada cardíaca dose-dependente.[2] Na comparação feita entre a HCTZ 25 mg/dia e a HCTZ 50 mg/dia foi relatado um aumento no risco de parada cardíaca primária (OR 1,7) e a HCTZ de 100 mg foi associada a risco ainda maior (OR 3,6).[2]

A pergunta nesta atual conjuntura seria qual foi a evidência que levou à declaração do JNC 7. Os diuréticos tiazídicos que mostraram reduzir a morbidade e a mortalidade na hipertensão são a clortalidona nos estudos SHEP[3] e ALLHAT[4] e a indapamida no HYVET[5]. Os dois diuréticos eram tão diferentes da HCTZ que os dados da indapamida, ou da clotalidona não poderiam ser inferidos à HCTZ.

Isso nos leva à conclusão Número 3: Nem todos os diuréticos tiazídicos são iguais.

Inúmeras combinações fixas de HCTZ e beta-bloqueadores, HCTZ e inibidores da ECA, e HCTZ e BRAs encontram-se disponíveis. Na maioria dessas combinações a HCTZ é usada em doses de 12,5 mg - 25 mg. Não há dúvida que combinada com um inibidor do sistema renina-angiotensina a HCTZ aumente a resposta anti-hipertensiva; entretanto, um estudo recente intitulado ACCOMPLISH[6], comparou benazepril/HCTZ com benazepril/amlodipina em mais de 11.500 pacientes e teve que ser interrompido antecipadamente porque houve uma redução de 20% na morbidade e na mortalidade no braço amlodipina/benazepril em comparação ao braço HCTZ/benazepril.

Uma vez que a pressão arterial foi reduzida ao mesmo nível em ambos os braços de tratamento (conforme documentado no monitoramento da pressão arterial ambulatorial de 24h), isto indicaria que, para além da redução da pressão arterial, se a amlodipina é benéfica ou se a HCTZ é prejudial.[7]

Isso nos leva à Conclusão Número 4: Mesmo em combinação com um inibidor da ECA a HCTZ é inferior aos BCC

Quando os autores dos JNC I, II, III, IV, V, VI, e 7 recomendaram as tiazidas como terapia de 1ª linha ou terapia de preferência, eles estavam plenamente cientes de que para 99,9% dos médicos dos EUA isto não significava clortalidona ou indapamida, mas significava simplesmente HCTZ de 12,5 mg - 25 mg uma vez ao dia.

As recomendações do JNC são enganosas. Por duas décadas, desde que foi feita a pesquisa clínica MRFIT,[8] sabemos que a clortalidona pode ser mais eficaz na redução da mortalidade e da morbidade do que a HCTZ.

Conclusão:

Considerando-se a falta de dados e considerando-se que a dose diária de 12,5 mg - 25 mg apresenta eficácia anti-hipertensiva insignificante, a HCTZ é uma droga de 1ª linha inadequada para o tratamento da hipertensão arterial.

Caso se indique um diurético tiazídico, deve se escolher entre a indapamida SR ou a clortalidona.

Referências:

1. Messerli FH, Makani H, Benjo A, Romero J, Alviar C, Bangalore S. Antihypertensive efficacy of hydrochlorothiazide as evaluated by ambulatory blood pressure monitoring: a meta-analysis of randomized trials. *J Am Coll Cardiol.* In press. **2.** Siscovick DS, Raghunathan TE, Psaty BM, et al. *N Engl J Med.* 1994;330:1852-1857. **3.** SHEP Cooperative Research Group. *JAMA.* 1991;265:3255-3264. **4.** ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. *JAMA.* 2002;288:2981-2997. **5.** Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al; HYVET Study Group. *N Engl J Med.* 2008;358:1887-1898. **6.** Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, et al; ACCOMPLISH Trial Investigators. *N Engl J Med.* 2008;359:2417-2428. **7.** Messerli FH, Bangalore S, Julius S. *Circulation.* 2008;117:2706-2715; discussion 2715. **8.** Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Circulation.* 1990;82:1616-1628. **9.** Dahlöf B, Sever PS, Poulter N, et al. *Lancet.* 2005;366:895-906. **10.** ADVANCE Collaborative group. *Lancet.* 2007;370:829-840. FH, Bangalore S, Julius S. *Circulation.* 2008;117:2706-2715; discussion 2715. **8.** Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Circulation.* 1990;82:1616-1628. **9.** Dahlöf B, Sever PS, Poulter N, et al. *Lancet.* 2005;366:895-906. **10.** ADVANCE Collaborative group. *Lancet.* 2007;370:829-840. ■

AACE: Cirurgia Bariátrica Pode Mascarar o Diabetes

Fonte: *American Association of Clinical Endocrinologists (AACE 2010; Abstract 210)*

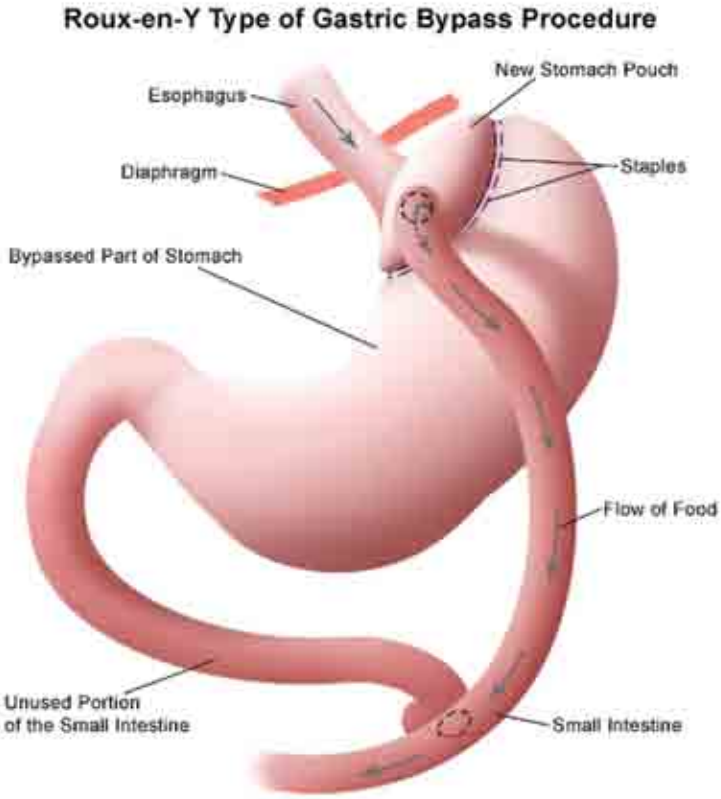
Autora: Marina AL, Trence DL "Is diabetes mellitus reallycured by gastric bypass surgery?"

Pontos de ação:

- Explicar que os resultados da glicemia de jejum e da HbA1c após a cirurgia bariátrica podem ser inadequados na detecção do diabetes, uma vez que a glicemia pós-prandial pode apresentar resultados bem diferentes;
- Observar que este estudo foi publicado como Resumo em uma conferência e que os dados e as conclusões aqui apresentados devem ser considerados como preliminares até que o trabalho seja publicado e revisto.

Boston (EUA): "A cirurgia bariátrica pode aparentemente ser a cura para o diabetes se nos basearmos em medições como a glicemia plasmática de jejum e a HbA1C; entretanto a glicemia pós-prandial pode nos fornecer dados que invertem esta história", afirmaram as autoras.

Em um relato de caso, um paciente que havia se submetido à cirurgia bariátrica, atingiu níveis da HbA1C e resultados da glicemia plasmática de jejum que lhe permitiram parar de tomar insulina. Todavia, este paciente apresentava com frequência níveis glicêmicos



pós-prandiais superiores a 200 mg/dL, observaram as médicas da Universidade de Washington, Dra. Anna Marina, e Dra. Dace Trence, que apresentaram seu trabalho no encontro da AACE.

"A glicemia plasmática de jejum e a HbA1C não são critérios suficientes para determinação da remissão do diabetes após uma cirurgia", afirmou a Dra. Marina. "Os testes de tolerância à glicose, ou o monitoramento continuo de glicose devem ser considerados para promover uma melhor avaliação do status glicêmico deste grupo de pacientes."

A cirurgia bariátrica vem sendo divulgada como uma cura para o diabetes tipo 2 (DMT2), potencialmente através da melhora na resistência à insulina e em sua secreção. A glicemia plasmática de jejum e a HbA1C normalmente provêem evidências para esta conclusão.

Entretanto, a Dra. Mariana declarou que este procedimento certamente melhora os resultados do diabetes, mas que isto não pode ser chamado de cura do diabetes.

A médica se baseou em um relato de caso de um paciente de 55 anos de idade com IMC em torno de 45 kg/m2, que havia se submetido à cirurgia de bypass gástrico em Y de Roux, com história prévia de sete anos de diabetes.

Após a cirurgia, as necessidades de insulina do paciente caíram de 100 unidades/dia para 30 unidades/dia. No 4º mês ele já havia perdido mais de 50 kg com HbA1C e glicemia plasmática de jejum significativamente melhoradas, caindo de 9% para 6.1%, e dentro do limite normal de 90-150 mg/dl, respectivamente. A esta altura ele não mais necessitava da insulina.

Sete meses após a cirurgia, a HbA1C do paciente era de 6.2%, e sua glicemia plasmática de jejum estava normal; entretanto, a glicemia pós-prandial apresentava, esporadicamente, nível de 180 mg/dL.

Três dias consecutivos de monitoramento glicêmico revelaram picos na glicemia pós-prandial que foram superiores a 200 mg/dL, chegando a atingir 294 mg/dL. As pesquisadoras administraram a repaglinida para reduzir a hiperglicemia pós-prandial.

A Dra.Marina afirmou que seus achados são consistentes com os resultados de um estudo mais amplo feito por Roslin et al, que avaliou 38 pacientes por mais de 6 meses após a cirurgia de bypass gástrico em Y de Roux. Seis destes pacientes tinham diabetes antes da cirurgia e cinco deles acreditavam terem sido curados até que o teste de tolerância à glicose provou o contrário.

As pesquisadoras também citaram as falhas observadas em 621 estudos envolvidos em uma meta-análise feita por Buchwald et al, que concluía que a cirurgia bariátrica seria a cura para o diabetes. A maioria desses estudos foi retrospectivo, com um só braço e feito com mulheres relativamente jovens.

Somente 1,6% delas apresentaram evidência de Classe I.

A Dra. Marina concluiu que os resultados obtidos com a HbA1C e com a glicemia plasmática de jejum não são critérios suficientes para determinar-se a "cura" do diabetes tipo 2 após a cirurgia de bypass gástrico.

Por outro lado, a glicemia pós-prandial e a monitorização glicêmica continua devem ser consideradas para uma "avaliação clara do status glicêmico, especificamente, para observação dos efeitos da cirurgia de bypass gástrico nos pacientes DMT2".

O Dr. Arthur Chernoff, presidente do departamento de endocrinologia da "Albert Einstein Medical Center" na cidade de Filadélfia, nos EUA, afirmou que os resultados são plausíveis e que é um desafio decidir a que altura o paciente não está mais diabético. "Não me surpreende o fato de alguns pacientes [que se submeteram à cirurgia bariátrica] apresentarem níveis glicêmicos elevados, pois não acredito que o procedimento promova a cura de qualquer que seja a causa primária do diabetes", concluiu o Dr. Chernoff, que não estava envolvido neste estudo. ■

HbA1C: um Marcador Cardiovascular Útil para os Não-Diabéticos?

D. Preiss, N. Sattar, Universidade de Glasgow, Escócia

Fonte: "Diabetologia, Vol 53, No 12, Dezembro de 2010"

A aparente ligação entre as diferentes medidas de glicemia e a ocorrência de eventos cardiovasculares tem promovido desenvolvimentos importantes recentemente.

A presença do diabetes ainda é um fator de risco cardiovascular importante e bem documentado em inúmeros estudos; entretanto, insights estão surgindo em torno da associação proposta entre a disglicemia e os eventos cardiovasculares que acometem indivíduos que não são portadores de diabetes.

Roche
Você aperta o botão aqui...
...ele responde ali.
ACCU-CHEK® Combo
Conectado, sua vida fica mais fácil.
Accu-Chek Combo vai deixar a vida de seu paciente muito mais fácil. O controle completo do diabetes na palma da mão: um sistema capaz de realizar o teste de glicemia, fazer um cálculo inteligente de bolus e enviar, de maneira fácil e discreta, a quantidade ideal de insulina via Bluetooth para o SIC - Sistema de Infusão Contínua de Insulina. No seu dia-a-dia, você sabe como é bom estar conectado. Agora seu paciente também vai experimentar isso no tratamento do diabetes.
Para mais informações, acesse www.accuchekcombo.com.br ou ligue para 0800 77 20 126.
Accu-Chek Performa Combo e Accu-Chek Spirit Combo são marcas registradas Roche. Reg. ANVISA 10287410884 e 10287410883.
ACCU-CHEK®

Uma recente análise realizada no "Reykjavik Prospective Study" onde os pacientes foram acompanhados por um período de até 24 anos, descobriu que o risco de eventos coronarianos foi 3% mais elevado para cada unidade de mmol/l de elevação no nível de glicose pós-prandial (medição de 1 hora) após ajuste para vários fatores de risco estabelecidos naqueles não portadores de diabetes. No mesmo estudo, a meta-análise de 15 coortes com mais de 100.000 participantes não portadores de diabetes, apresentou um risco coronariano 5% superior para cada unidade de mmol/l de elevação no nível da glicemia pós-prandial. A ligação entre a glicemia de jejum em níveis "não diabéticos" e a doença cardiovascular foi aparentemente mais fraca. Dados do "Emerging Risk Factors Collaboration" concluíram que há uma associação não-linear entre a glicemia plasmática de jejum e o risco para doenças cardiovasculares, com um menor risco para aqueles com glicemia entre 3,9-5,6 mmol/l e riscos mais elevados para qualquer valores que não estes, ainda que modesto. A HbA1C reflete a glicemia dos meses precedentes, predominantemente da glicemia pós-prandial. Os resultados têm sido bem promissores no que se refere à associação com o risco cardiovascular. Em meta-análise feita por Sarwar e seus colaboradores, um aumento de 1% no nível da HbA1C, foi associado a 20% a mais para o risco coronariano, ou seja, bem melhor do que a glicemia de jejum, ou a pós-prandial.

No estudo ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities) os pacientes sem histórico de diabetes e com HbA1C de base de 5,5%-5,9%, 6,0%-6,4% e ≥ 6,5%, apresentaram 23%, 78% e 95% de risco mais elevado para eventos coronarianos, respectivamente, em comparação àqueles com nível de HbA1C de 5,0-5,4% em modelo ajustado multivariado, achados que não foram atenuados por ajustes adicionais para a glicemia de jejum.

Na edição de dezembro de 2010 da Diabetologia, Gerstein e seus colaboradores, do Estudo caso-controle "INTERHEART" incluíram dados acumulados da HbA1C e risco cardiovascular. Eles compararam os níveis da HbA1C de 6.671 pacientes com infarto do miocárdio recente a 9.019 controles combinados por idade e sexo e conseguiram ajustar para todos fatores de risco cardiovascular estabelecido. Os resultados foram obtidos para o coorte inteiro e também para o aqueles sem história de diabetes. De acordo com os estudos acima, a elevação da HbA1C em 1% foi associada a uma "odds ratio" mais elevada de 19% de infarto do miocárdio no modelo completamente ajustado.

Os resultados para aqueles sem história de diabetes foi semelhante, ou seja, 29% de risco mais elevado (ajustados por região, idade e sexo apenas). Há outros achados interessantes nos dados apresentados, como a associação entre a HbA1C e a história de infarto do miocárdio, onde este foi mais forte naqueles não diabéticos (p=0,009 para heterogeneidade), o que provavelmente reflete as terapias de redução glicêmica e possivelmente outros mecanismos.

Vale ressaltar que houve uma interação por idade, com associações mais marcantes entre a HbA1C e o infarto do miocárdio observado em pacientes mais jovens (definidos por homens <65 anos e mulheres <55 anos). Como os próprios autores reconhecem no artigo, o desenho do caso controle do estudo exclui quaisquer conclusões de causa – e de fato previsão da doença cardiovascular – através da disglicemia e das diferenças substanciais inevitáveis entre os casos e os controles significam que confundidores residuais não podem ser descartados.

Entretanto, um grande número de participantes do estudo INTERHEART e a vasta concordância dos resultados de outros estudos e publicações nos dão maior evidência sobre a relação independente entre a HbA1C e os eventos coronarianos nos indivíduos não portadores de diabetes.

Se por um lado é útil concluir-se que há uma relação independente entre a HbA1C e a doença cardiovascular, o aspecto mais importante é a determinação de sua utilidade clínica.

Talvez fosse importante estabelecer o papel que a HbA1C desempenha no prognóstico da doença cardiovascular, avaliando mais detalhadamente seu uso como marcador macrovascular substituto para redução glicêmica em pacientes diabéticos e não diabéticos.

Qual é o valor adicional que a HbA1C proporciona no prognóstico vascular?

O estudo feito por Simmons e seus colaboradores usando dados do coorte "European Prospective Investigation of Cancer-Norfolk" é um dos poucos que abordou a questão. Por um período superior a oito anos e meio com 10.295 participantes, a AUROC (area under the receiver operator characteristic curve)

no escore de risco de Framingham não apresentou melhora com a adição da HbA1C para as mulheres (0,80 para análise com e sem HbA1C) e foi somente minimamente melhor para os homens (0,72 sem HbA1C e 0,73 com HbA1C).

Igualmente, os dados do estudo ARIC mencionados anteriormente mostraram significância estatística, mas melhora limitada no prognóstico da doença cardiovascular com adição da HbA1C para modelos multivariados.

A inclusão da HbA1C levou a uma leve melhora no índice de reclassificação de rede para prognóstico da doença coronariana, mas não apresentou o mesmo resultado para AVC isquêmico ou todas as causas de morte. Apresentou ainda leve impacto nos modelos que já tinham fator de risco cardiovascular convencional e glicemia de jejum. Pesquisas recentes de redução glicêmica intensiva em pacientes com diabetes apresentaram resultados variados, incluindo-se aqueles para todas as causas de mortalidade. Entretanto, o achado consistente da redução em eventos coronarianos nos braços tratados intensivamente em pesquisas relevantes, suporta o conceito geral de que o monitoramento da HbA1C é valioso tanto para o risco de eventos microvasculares como para os eventos macrovasculares no diabetes.

Há poucas pesquisas sobre redução glicêmica em pacientes com risco de diabetes.

No estudo placebo-controlado intitulado NAVIGATOR (Nateglinide and Valsartan in Impaired Glucose Tolerance Outcomes Research) o risco de eventos cardiovasculares não foi reduzido em pacientes randomizados para nateglinida que tinham intolerância à glicose, doença cardiovascular, ou fator de risco cardiovascular (HR 0,94, 95% CI 0,82-1,09). Os níveis da HbA1C não foram determinados neste estudo e ainda não está comprovada a hipótese de que a redução da glicose (ou manipulação de vias correlatas, por exemplo a resistência à insulina) possa reduzir o risco cardiovascular nos não diabéticos.

A avaliação dos níveis da HbA1C permanecerá, inevitavelmente, um teste-chave para os portadores de diabetes. Em um contexto mais amplo, ela tem sido recomendada como uma ferramenta primária para o diagnóstico do diabetes nos EUA, ainda que outros países não a tenham oficialmente adotado. A HbA1C fornece possibilidades mais atraentes e mais abrangentes para screening de diabetes e de risco cardiovascular usando amostras que não precisam ser coletadas em jejum para análise de lipídios.

Necessitamos de estudos mais detalhados para confirmarmos a capacidade de prognóstico da HbA1C como marcador útil para risco cardiovascular em indivíduos não diabéticos. ■

O Teste HbA1c Pode Diagnosticar o Pré Diabetes

Redatora: Kristina Fiore; MedPage Today; 7 de janeiro de 2011

Fonte Primária: "American Journal of Preventive Medicine"

Fonte de Referência: Ackerman RT, et al "Identifying adults at high risk for diabetes and cardiovascular disease using hemoglobin A1c" Am J Prev Med 2011; 40(1): 11–17.

O Dr. Ronald Ackerman e seus colaboradores, pesquisadores da Universidade de Indiana nos EUA, declararam ao "American Journal of Preventive Medicine", que testes que medem os níveis da hemoglobina glicada podem ser a forma mais adequada de se diagnosticar pacientes com pré-diabetes. A HbA1C apresentou probabilidades semelhantes de desenvolver o diabetes e as doenças cardíacas àquelas avaliadas com a definição de pré-diabetes divulgada ela ADA (American Diabetes Association) em 2003. "A HbA1C nos fornece um indicador do risco composto de diabetes e doença cardiovascular incidente, que necessitamos muito".

Pontos de Ação:

- Explicar que a medição dos níveis da hemoglobina glicada (HbA1c) podem representar uma forma apropriada de detectar pacientes pré-diabéticos;
- Observar que a HbA1c com resultados entre 5.5% e 6.5% definem o pré-diabetes e identificam uma população com risco para diabetes e doença cardíaca comparáveis aqueles definidos pelos resultados da glicemia de jejum e da glicemia de 2 horas.

Os testes de glicemia plasmática de jejum e glicemia de 2 horas após sobrecarga de glicose, são normalmente utilizados para avaliar o diabetes e o pré-diabetes, e têm suas limitações pois o paciente necessita fazer mais de uma coleta, sendo uma delas após uma noite de jejum.

O teste da HbA1C é mais prático e pode ser feito com uma única coleta. Em junho de 2009, o "Inter-

national Expert Committee", que representa os principais grupos de diabetes, recomendou a utilização da HbA1c para diagnosticar o diabetes; entretanto, estas recomendações geraram algumas controvérsias e os pesquisadores afirmaram que somente 7% dos pacientes pré-diabéticos (portanto, com risco de terem diabetes e doença cardíaca), tem ciência de seu status.

Para avaliar os riscos de desenvolvimento de diabetes e de doenças cardiovasculares utilizando os diferentes níveis da HbA1c, o Dr. Ronald Ackerman, e sua equipe, pesquisou os dados do "NHANES" (National Health and Nutrition Examination Survey), de 2003 a 2006.

Dentre os adultos que atenderam aos critérios de 2003 da ADA para definição de pré-diabetes, as probabilidades de desenvolverem diabetes tipo 2 foi de 33,5% em de 7 anos e meio, e de 10,7% para doença coronariana em 10 anos.

Os pesquisadores descobriram ainda que, utilizando a HbA1c isolada, dentro da variação de 5,5% a 6,5% na definição do pré-diabetes, identificaria uma população com riscos comparáveis para diabetes e doença coronariana (32,4% e 11,4%, respectivamente).

Entretanto, utilizando um ponto de corte (*cutoff*) um pouco mais baixo, que se inicie aos 5,7%, poderíamos identificar riscos aumentados de 41,3% para diabetes e 13,3% para doença coronariana.

Os riscos são comparáveis àqueles observados em pacientes admitidos no "Diabetes Prevention Program", que teve seu critério de admissão baseado tanto na glicemia plasmática de jejum elevada, como o teste de tolerância à glicose.

Concluíram então, que poderia ser mais apropriado utilizar-se o ponto de corte inicial em 5,7% para diagnosticar o diabetes.

De qualquer maneira, os valores da HbA1c devem ser considerados como uma forma de identificar um número maior de pacientes sob o risco de diabetes e das doenças cardíacas, principalmente devido à sua natureza prática e de ampla disponibilidade.

O estudo limitou-se ao uso de dados seccionais cruzados. Pode ter faltado uma generalização, por exemplo, um número mais elevado de Americanos Afro descentes ser identificado como pré-diabéticos do que através da glicemia plasmática de jejum ou da glicemia de 2 horas. ■

O Ponto de Vista do Laboratório no Papel da HbA1C para Diagnóstico do Diabetes em Crianças: mais Dúvidas do que Certezas?

G. Lippi, G. Targher

Fonte: "Glycosmedia"; Dezembro de 2010

A ADA (American Diabetes Association) incluiu recentemente o teste da HbA1C entre os critérios para o diagnóstico do diabetes, de forma que talvez esta estratégia de diagnóstico pudesse ser estendida às crianças e adolescentes.

Apesar de esta possibilidade ser muito atraente, o teste da HbA1C ainda não pode ser considerado como uma "panacéia", por inúmeras razões, que incluem a correlação "sub-ótima" com a glicemia média, o risco de um diagnóstico errôneo em crianças e adolescentes com disfunção renal, deficiência de ferro, anemia e produção aumentada de hemácias, interferência das variantes da hemoglobina e o desempenho do diagnóstico heterogêneo entre as diferentes populações.

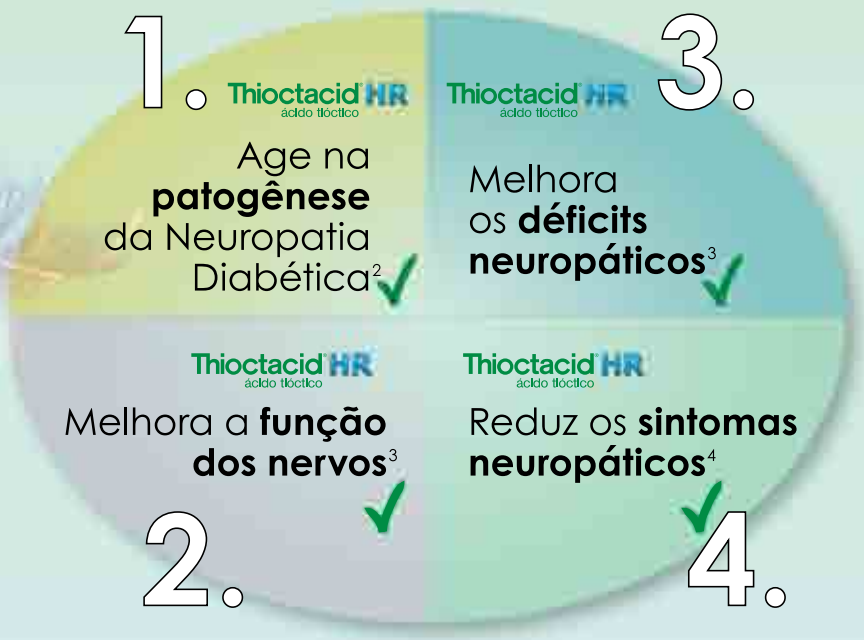
Outras limitações incluem a elevada imprecisão da maioria dos testes da HbA1C (especialmente dispositivos de testes de "point-of-care") quando comparados à medição da glicemia plasmática, com maior custo devido à rotina de substituir a glicemia plasmática pela determinação da A1C.

Concluindo, as limitações atuais sugerem um certo grau de cautela, antes de se recomendar a implementação ampla e irrestrita da HbA1C, para o diagnóstico do diabetes em crianças e adolescentes.

Os benefícios clínicos potenciais desta substituição para o diagnóstico do diabetes ainda são incertos e provavelmente permanecerão desta forma até que estejam disponíveis análises confiáveis que ofereçam melhor custo-benefício. ■

Thioctacid® HR
ácido tióctico

Estudos clínicos confirmam que o tratamento voltado para a base fisiopatológica é na verdade benéfico para a prevenção ou não da 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 MARÇO/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

Agulha Inovadora da Novo Nordisk, NovoTwist®, Ganha prêmio de Melhor Design

A Novo Nordisk acaba de ser agraciada com o prêmio "Good Design 2010"[1], pelo desenho inovador da NovoTwist®, uma agulha exclusivamente desenhada para ser utilizada com as canetas de aplicação de insulina, FlexPen® e Victoza (liraglutida).

Esse prêmio é dado aos projetos e desenhos inovadores que extrapolem o que consideramos ser um "projeto comum", que melhore a vida das pessoas e da sociedade em geral.

A NovoTwist® foi projetada exatamente com este propósito, afirmou o vice-presidente global da Novo Nordisk Sr. Svend Elk. "As agulhas convencionais do tipo rosca podem ser difíceis de manusear e dificultar a aplicação para aqueles pacientes que sofram de limitações motoras. Estamos satisfeitos em podermos compartilhar os benefícios desta simplicidade e do fácil manuseio oferecidos pela NovoTwist®.

A agulha NovoTwist® tem um encaixe inovador que permite que somente com 1 volta ela seja colocada, ou retirada das canetas. Três em cada quatro pacientes preferem a nova agulha ao utilizar a caneta Flex Pen®, pois acham que ela é mais fácil, toma menos tempo e é mais prática do que as agulhas convencionais.

A agulha NovoTwist®, que já foi lançada na África do Sul, Itália, Turquia e Tailândia, é apresentada nas versões 5mm (ponta 32 G) e 8mm (ponta 30G). Um clique confirma o encaixe correto da agulha na caneta.A tecnologia utilizada em seu design reduz a sensação de dor e a equimose.

Desde o início de 2011 a NovoTwist® já vem sendo implementada para ser compatível com os cartuchos de insulina Penfill®, portanto os pacientes que utilizarem a NovoPen® 4 e a NovoPen Echo®, também poderão se beneficiar desta agulha exclusiva.

Para maiores informações, recomendamos que visitem o site: www.novonordisk.com/diabetes/public/needles/novotwist/novo-twist-default.asp ■

Cientistas Descobrem Ligação entre o Gene e o Mecanismo de Droga para Diabetes

Fonte: *EXGENESIS Project: www.dundee.ac.uk/lifesciences/exgenesis, e*

Nature Genetics: www.nature.com/ng/index.html

Um grupo de cientistas patrocinados pela União Européia apresentou uma prova genética de como funcionam as drogas comumente utilizadas para o tratamento do diabetes. Esta descoberta impulsionará o desenvolvimento de futuras drogas. Esta pesquisa foi divulgada pelo periódico Nature Genetics, e contou com o suporte financeiro do Programa FP6 ("Life sciences, genomics and biotechnology for health" – Thematic Area of the EU 6th Framework Programme) e do projeto EXGENESIS ("Os benefícios do Exercício Físico para a Saúde: identificação dos genes e da via de sinalização envolvidos nos efeitos do exercício físico na resistência à insulina, obesidade e síndrome metabólica), para compreender os mecanismos moleculares envolvidos nas doenças crônicas, inclusive o diabetes.

Há muitos anos a metformina é uma droga mundialmente usada no tratamento de portadores de diabetes tipo 2, reduzindo o risco de doenças cardíacas, oftalmológicas e renais no diabetes; mostrando ainda que também pode combater o câncer. Entretanto, até o momento os cientistas não foram capazes de montar as peças do quebra-cabeça de como esta droga age.

Esta última pesquisa dos cientistas da Universidade de Dundee na Escócia utilizou dados anônimos do sistema de informação clínica de pacientes diabé-

ticos, ligados a amostras de doação de sangue de 20.000 escoceses da região de Tayside.

Eles descobriram que a metformina apresentou ação satisfatória em 2.800 pacientes e descobriram uma área do cromossomo 11, a qual inclui um gene chamado ATM (ataxia-telangiectasia mutada), que alterava a forma dos pacientes responderem à metformina. O Dr. Ewan Pearson da Universidade de Dundee mostrou que a ATM está envolvida no sistema de resposta ao dano celular no DNA (ácido *desoxirribonucléico); um mecanismo defeituoso pode disparar o câncer.*

Seus colegas da Universidade de Oxford replicaram as descobertas da Universidade de Dundee com mais de 1.100 pacientes que utilizavam a metformina em seu tratamento. Eles utilizaram a pesquisa clínica prospectiva UKPDS (UK Prospective Diabetes Study) para essa investigação. Outros estudos posteriores também confirmaram o papel crucial que desempenha a ATM na regulação dos mecanismos da metformina.

"Em um dos maiores estudos do gênero, usamos a genética e sua resposta à droga, também conhecida como farmacogenética, para investigar como a metformina age", explicou o Dr. Pearson, que é membro do Instituto de Pesquisa Biomédica da Universidade de Dundee e um dos autores do estudo. "Esperávamos descobrir genes envolvidos na regulação glicêmica. A descoberta de que a ATM estaria envolvida na resposta da metformina foi uma surpresa. Apesar de a ATM ter sido largamente estudada por cientistas oncologistas, nunca se cogitou que ela poderia afetar a ação desta droga tão comumente utilizada no tratamento do diabetes. Nossa descoberta associa mecanismos de proteção contra o câncer e hipoglicemiantes, sugerindo uma nova área para desenvolvimento de uma droga para o diabetes".

O co-autor do estudo, Prof. Colin Palmer, também do Instituto de Pesquisa Biomédica, observou que mais pesquisas são necessárias para assegurar que o teste de genética possa ser usado de maneira segura na clínica, para direcionar o tratamento de formas comuns do diabetes tipo 2".

O professor Peter Donnelly, chefe do "Wellcome Trust Case Control Consortium" da Universidade de Oxford, e principal investigador do estudo, declarou: "Mostramos como a genética pode ser útil e esclarecedora sobre como funcionam as drogas."

Esta é a primeira pesquisa que conseguiu identificar um gene envolvido no funcionamento da metformina, e é, portanto, o primeiro passo importante para compreendermos como os genes de um indivíduo podem afetar sua forma de resposta ao tratamento. ■

Cientistas Descobrem Novo Mecanismo para Controle do Nível Glicêmico

Avanços na compreensão da secreção de insulina poderão impactar o controle do diabetes

Publicado pela Imprensa da Universidade de Leicester, Inglaterra em 29/11/2010 (pressoffice@le.ac.uk)

Autor: Andrew Tobin; tba@le.ac.uk

Médicos cientistas da Universidade de Leicester identificaram, pela primeira vez uma nova maneira através da qual nosso organismo controla os níveis de açúcar no sangue após as refeições.

Eles descobriram o papel de uma proteína em particular, que ajuda a manter os níveis de açúcar dentro dos limites desejáveis.

Esta descoberta foi feita por uma equipe coordenada pelo Professor de Biologia Celular Dr. Andrew Tobin da Universidade de Leicester, na Inglaterra.

A pesquisa foi publicada online antes de sua publicação no periódico internacional "Proceedings of the National Academy of Sciences".

O trabalho que foi desenvolvido integralmente na Universidade de Leicester está focado nos mecanismos através dos quais nosso organismo controla o nível de açúcar no sangue após as refeições.

Os cientistas descobriram que para manter o nível glicêmico correto, uma proteína presente nas células que libera a insulina no pâncreas, tem que estar ativa.

Não basta que esta proteína, chamada de receptor muscarínico M3, esteja somente ativa, além disto ela precisa passar por uma alteração específica. Esta alteração dispara a liberação da insulina e controla os níveis de açúcar do sangue.

Caso não ocorra esta alteração na proteína do receptor muscarínico M3, os níveis glicêmicos se elevam, da mesma forma que observamos ocorrer no diabetes. A equipe médica está testando se esse mecanismo de controle dos níveis glicêmicos descoberto era um dos mecanismos destruídos pelo diabetes. Se for este o caso, esses estudos terão implicações importantes no diabetes.

Nota:

O receptor muscarínico M3 que promove a liberação da insulina através da fosforilação do receptor/ativação dependente de arrestina da proteína quinase D1, surgiu no PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences). ■

MERCK compra a SmartCells, Inc.

2 de dezembro de 2010

A Merck & Co. Inc. e a SmartCells Inc. acabam de anunciar que assinaram um contrato definitivo no qual a Merck adquire a SmartCells, uma empresa privada que está desenvolvendo uma fórmula de insulina glicose-responsiva para o tratamento do diabetes mellitus.

A vice-presidente sênior e chefe da franquia para obesidade e diabetes dos Laboratórios de Pesquisa da Merck, Dra. Nancy Thornberry, declarou que manter o controle dos níveis glicêmicos representa uma luta diária e constante para os portadores de diabetes, e que com a aquisição da empresa SmartCells eles passam a ter acesso a uma tecnologia inovadora que pode ajudá-los a desenvolver insulinas que respondam à glicose. Caso esta tecnologia em investigação seja aprovada para uso em pacientes, ela representará uma nova opção no tratamento do diabetes, com impacto terapêutico muito significativo.

O Dr. Todd Zion, presidente, co-fundador e CEO da empresa, disse que através da SmartCells "poderão rapidamente progredir de um conceito precoce a um desenvolvimento clínico. Com esta aquisição, nossa tecnologia de ponta passa para as mãos de uma companhia farmacêutica comprovadamente capacitada e bem sucedida na manufatura de produtos para pacientes portadores de diabetes".

A SmartCells desenvolveu uma plataforma de tecnologia que viabiliza a auto-regulação da liberação de uma medicação baseada na concentração plasmática de um indicador molecular designado. No caso da insulina, a tecnologia aplica um enfoque, através do qual a insulina é liberada somente na presença de uma concentração específica de glicose. Se esta abordagem for bem sucedida na clínica, ela apresentará potencial de produzir os análogos de insulina que podem resultar em risco mais baixo de hipoglicemia em comparação aos análogos de insulina padrão, melhorando o controle dos níveis glicêmicos de jejum e pós-prandial. ■

Nova Caneta da NovoNordisk para Crianças: NovoPen Echo® Ganha Premio de Melhor Design

19 de janeiro de 2011

A NovoPen® da Novo Nordisk foi agraciada com o prêmio "Good Design™ 2010" pela criação de sua caneta inovadora, desenhada especificamente para atender às necessidades das crianças portadoras de diabetes. O julgamento se baseou no desenho do produto que é exclusivo, inovador e que promove uma melhora na qualidade de vida das pessoas.

No mundo todo, mais de 400.000 crianças são diagnosticadas portadoras de diabetes tipo 1 (DMT1), necessitando fazer auto-aplicação de injeções múltiplas diárias. O dispositivo usado nestas injeções faz parte integrante do dia-a-dia destes indivíduos. A NovoNordisk reconheceu as necessidades específicas destas crianças e desenvolveu uma caneta específica para esta faixa etária.

O designer da Novo Nordisk, Ramin Elahi, fez alguns comentários sobre o processo de desenvolvimento desta caneta: "Primeiramente conversamos com as crianças e com seus pais para determinar quais características das atuais canetas poderiam ser implementadas. A seguir identificamos a necessidade de desenvolvermos uma caneta que combinasse capacidade para doses pequenas, função de memória simples e design adequado para se ajustar às pequenas mãos infantis. O resultado foi a NovoPen Echo®, que é a única caneta que tem todas estas funcionalidades em um só dispositivo."

A NovoPen Echo® pemite que os pacientes injetem doses de no mínimo 0,5 unidades, o que é benéfico para as crianças que necessitam de doses bem diminutas. Esta caneta apresenta uma função de memória bem simples, que registra a dose e há quanto tempo foi aplicada a última injeção.

"A caneta é fácil de ser utilizada pelas crianças e sua função de memória é muito importante", afirmou o Chefe do Departamento de Pediatria do Hospital Glostrup, de Copenhagen, na Dinamarca, Dr. Birthe Olsen. "Os pais ficarão mais tranqüilos, pois poderão assegurar que as crianças tomaram sua dose de insulina na escola. Isto os tornará independentes mais cedo."

A NovoPen Echo® é a mais recente caneta de insulina da Novo Nordisk a ganhar o prêmio Good Design™ Award, sendo que a NovoPen®, uma caneta desenhada para adultos, também recebeu este prêmio no ano de 2005.

A NovoPen Echo® já foi lançada na Dinamarca, Suécia, Finlândia, Canadá e Israel e é uma caneta de insulina durável apresentada em duas cores: vermelha e azul, com capa removível para que os usuários possam personalizar suas canetas. Sua dosagem aceita unidades a partir de 0,5, ela tem uma função de memória simples e um botão de dosagem com distancia curta. Em um teste feito com os usuários observou-se que 80% das crianças, pais e profissionais da saúde escolheram a NovoPen Echo® como sua caneta favorita. ■

Galway, na Irlanda e EUA são Parceiros em Insulina Inalável

14 de janeiro de 2011
Fonte: *www.siliconrepublic.com/innovation/item*

Mais de 200.000 irlandeses portadores de diabetes que necessitam tomar insulina talvez fiquem livres dessas injeções em breve, substituídas pelos inaladores.

A Aerogen, uma empresa de aerossol sediada em Galway, acaba de anunciar a parceria firmada com a companhia de biotecnia, a Dance Pharmaceuticals, de São Francisco, Califórnia, para desenvolver um produto de última geração de insulina inalável.

"A equipe de especialistas em insulina inalável do Dance Pharma considerou todas as potenciais tecnologias do aerossol em todo o mundo e escolheram a tecnologia da Aerogen, por estarem convencidos de que é a melhor e de mais fácil manuseio para o paciente", declarou o Dr. John Patton, CEO da Dance Pharma.

"A Aerogen tem desenvolvido um excelente trabalho, otimizando o desempenho da tecnologia com bom custo-benefício".

"A maioria dos diabéticos evita tomar insulina e adia sua administração por anos, porque o tratamento demanda injeções diárias múltiplas. As conseqüências desta atitude são dramáticas para sua saúde. Nossa missão no Dance Pharma é introduzir a insulina inalável em todos os países do mundo, com dispositivo de fácil aplicação e com baixo custo."

O produto será baseado na tecnologia do aerossol OnQ da Aerogen, que permite que as drogas sejam nebulizadas em um spray que pode ser absorvido pelos pulmões.

De acordo com o contrato firmado, a Aerogen concede à Dance Pharma uma licença de exclusividade mundial sobre a tecnologia do aerossol de liberação de insulina. ■

FDA Exige mais Pesquisas Clinicas para Insulina Inalável da Mannkind

Valencia, Califórnia, EUA:

O fabricante de medicamentos para diabetes, Mannkind Corporation, declarou que o FDA solicitou mais duas pesquisas clínicas para a insulina inalável Afrezza, usando inaladores da próxima geração.

A Mannkind declarou que o FDA solicitou que fossem feitas pesquisas clínicas dos novos inaladores em pacientes portadores de diabetes tipo 1 e 2.

A agência reguladora norte-americana quer pelo menos uma das pesquisas avalie o desempenho daqueles inaladores em comparação ao inalador da *MedTone* que a empresa usou na fase final do teste clínico.

O órgão regulador também está interessado em obter maiores informações sobre as características de desempenho, o uso, o manuseio e a armazenagem desta droga.

O Presidente da Mannkind, Sr. Alfred Mann, declarou seu desapontamento com a resposta do FDA, mas garantiu que, em sua opinião, a agencia reguladora só estaria solicitando mais estudos para confirmar o manuseio e fazer a ponte com o inalador da próxima geração. ■

Consenso Solicita mais Pesquisa Sobre Célula Beta no DMT2

"Leahy J. L.; Clin. Endocrinol. Metab. 2010; 95:4206-4216"

Redação: *Melissa Foster e Emily Shafer*

Devido a evidências de que a falha da célula beta ocorre precocemente e mais gravemente nos pacientes portadores de DMT2, um novo consenso sugere que seja dada maior ênfase ao screening regular de glicemia. Recomenda ainda maior atenção na identificação de pacientes com risco metabólico, os quais demandam intervenção agressiva e imediata.

O consenso publicado no periódico médico "Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism", foi feito por um grupo de pesquisadores, endocrinologistas clínicos e médicos de atendimento primário que se reuniu para considerar as últimas informações sobre como as falhas funcionais das células beta pancreáticas alteram o tratamento do diabetes. Quem organizou este grupo de discussão foi a "Endocrine Society".

Estudos em animais e em humanos mostraram que a disfunção das células beta é uma causa subjacente do DMT2. As células não podem modificar a secreção da insulina para compensar a crescente resistência à insulina. Maiores evidências mostram que a disfunção da célula beta ocorre precocemente com o desenvolvimento do diabetes e que o declínio da função pode ser revertido.

"Está provado que as abordagens convencionais para controlar o DMT2 têm demonstrado ser inadequadas", declarou o Dr. Jack Leahy, professor da Escola de Medicina da Universidade de Vermont e chefe do Departamento de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, membro do grupo de trabalho do consenso. "Os estudos vem demonstrando que as células beta desempenham um papel muito importante na progressão do diabetes. Se conseguíssemos compreender melhor este papel, talvez pudéssemos desenvolver meios mais eficazes de tratar o diabetes."

Os pesquisadores também recomendaram estudos adicionais para determinar o valor clínico das terapias farmacológicas que tem como alvo a função da célula beta e propuseram que sejam feitas mais pesquisas nos subtipos genéticos do diabetes tipo 2 para descobrir se estes são suscetíveis à terapia individualizada, desenhada para retardar, ou reverter, o declínio da célula beta. Propuseram ainda estudos

que determinem a ligação entre a função da célula beta e a resistência à insulina.

Perspectiva

O artigo publicado no "Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism" enfoca um problema muito importante para os pacientes portadores de DMT2: a disfunção das células beta pancreáticas.

O problema fundamental parece ser a deficiência no número de células beta, que está associado a importante disfunção na secreção, onde este número reduzido de células beta libera menos insulina por célula do que em uma situação normal.

Sabemos muito pouco sobre as células beta. Precisamos compreender não só os mecanismos de secreção, mas também a biologia básica de nascimento e morte da célula beta, e como esta pode variar entre os indivíduos.

Essa informação é importante porque parece que há um turnover de células beta, apesar de muito lenta. Precisamos investigar porque as células beta morrem em uma determinada proporção e se alguma abordagem terapêutica possui o potencial de retardar este processo, repondo estas células. Também é fundamental determinarmos porque um indivíduo com resistência à insulina desenvolve ou não o diabetes – a dúvida é: Por que as células beta de alguns indivíduos falham e de outros não?

Essa pesquisa deverá ter um retorno terapêutico em algum ponto do futuro e temos a esperança de que a pesquisa discutida neste consenso aumente nosso conhecimento e nos leve ao desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas.

"Dr. Gordon C. Weir, Investigador Sênior, Joslin Diabetes Center, Professor da Escola de Medicina da Universidade de Harvard." ■

Diamyd Conclui Triagem para Estudo de Fase III nos EUA

A *Diamyd Medical* está finalizando o processo de triagem dos pacientes para o Estudo de Fase III dos EUA, o *DiaPrevent*, encerrando assim a campanha de recrutamento onde mais de 310 pacientes recém diagnosticados DMT1, com idades entre 10 e 20 anos, foram admitidos no estudo recebendo sua primeira injeção da terapia com o antígeno Diamyd®, ou de placebo.

"Esperamos atingir nossa meta de que é de 320 pacientes. Estamos aguardando alguns resultados de triagem ainda em andamento", declarou a Dra. Elisabeth Lindner, CEO e Presidente da Diamyd medical. "O Estudo foi recebido com grande interesse por parte da comunidade diabética americana e eu gostaria de agradecer a todos aqueles que têm dedicado seus esforços para que este recrutamento fosse viabilizado".

A Fase III do estudo na Europa está se desenvolvendo conforme planejado e os primeiros resultados deverão ser divulgados a partir de maio de 2011. Todos os pacientes receberam 4 injeções de Diamyd®, ou 4 injeções de placebo.

Mais de 70% dos participantes completaram seu 15º mês de consulta, mas os dados só serão processados e analisados após todos os pacientes terem passado por esta consulta final.

O programa global de Fase III tem por objetivo investigar se o Diamyd® consegue interromper, ou retardar a destruição das células beta no pâncreas de portadores de DMT1, preservando a capacidade do próprio organismo de controlar o nível glicêmico, que por sua vez reduz o risco das complicações do diabetes de curto prazo e de longo prazo. Nos estudos de Fase II, a terapia de Diamyd® demonstrou retardar a perda da função da célula beta em comparação ao placebo.

Para maiores informações contatar www.diamyd.com ■

Lilly e Boehringer Ingelheim Anunciam Aliança Estratégica para Promover Novos Tratamentos para o Diabetes no Mundo

Alemanha, 11 de janeiro de 2011

Os laboratórios Eli Lilly & Co. e Boehringer Ingelheim anunciaram um acordo conjunto para desenvolver e comercializar um portfolio de compostos para diabetes que estão atualmente em seu estágio intermediário e final de desenvolvimento, incluindo-se os 2 agentes orais para diabetes da Boehringer: linagliptina e

o BL10773; os 2 análogos de insulina basal da Lilly: LY2605541 e LY2963016; bem como a opção de desenvolver e comercializar em conjunto o anticorpo monoclonal beta TGF.

A linagliptina, um inibidor da DPP-4 (dipeptidyl peptidase) que foi descoberta pela Boehringer Ingelheim e que está sendo desenvolvida como comprimido oral 1 vez ao dia para o tratamento do DMT2, está sob revisão das agências reguladoras dos EUA, Europa e Japão.

O agente oral da Boehringer, o BL10773, uma nova molécula *inibidora do co- transportador de glicose dependente* do *sódio* (SGLT-2), iniciou no ano passado, a admissão de voluntários para a Fase III das pesquisas clínicas. O BL10773 pertence a uma nova classe emergente de compostos para o diabetes que bloqueiam a reabsorção tubular da glicose nos rins. Até o momento não há nenhum inibidor do SGLT-2 aprovado para uso.

Espera-se que os dois candidatos do análogo de insulina basal da Lilly iniciem a Fase III dos testes clínicos ainda em 2011.

Os dois análogos da insulina basal da Lilly são: LY2605541, um análogo da insulina basal estruturalmente novo e o LY2963016, um novo produto da insulina glargina. O acordo de cooperação também inclui uma opção de a Boehringer desenvolver e comercializar outra molécula de diabetes em conjunto com a Lilly: um anticorpo monoclonal anti-beta TGF, atualmente na Fase II de teste clínico em pacientes portadores de diabetes com doença renal crônica.

Esta aliança une os esforços, a competência científica e o conhecimento de duas companhias farmacêuticas que são líderes no mercado do diabetes.

“Estamos muito entusiasmados com esta parceria que já foi bem sucedida no passado”, afirmou o Dr. John Lechleiter , Presidente e CEO da Lilly. “Ao trabalharmos em conjunto estaremos unindo duas potencias farmacêuticas especializadas no tratamento do diabetes. Para a Lilly esta aliança proporciona a expansão da oferta de medicamentos para os portadores de diabetes, fortalece nossa capacidade de tratamento para a doença com perspectiva de oportunidades em um futuro próximo, considerando-se a quebra de patente que ocorrerá futuramente com diversos de nossos produtos”.

“Boehringer e Lilly acordaram em formar uma parceria estratégica, a esta altura quando a Boehringer está entrando em uma nova área terapêutica com compostos inovadores, desenvolvidos em operações e pesquisas da própria Boehringer. Esta cooperação trará benefícios à ambas as empresas dentro do mercado do diabetes com dois análogos de insulina basal da Lilly e com o pipeline inovador e de última geração da Boehringer”, afirmou o Professor Andreas Barner, Presidente do Conselho Diretor da Boehringer Ingelheim.

As duas companhias dividirão igualitariamente os custos do desenvolvimento das drogas. Após sua aprovação, as empresas dividirão, também igualitariamente, os custos de comercialização e de margem bruta. Cada uma das empresas também receberá pagamentos de desempenho potencial sobre a venda de moléculas que tenham contribuído para a colaboração.

Como resultado desta transação, a Lilly espera uma diluição de ganho por ação em 2011 entre $0,45-$0,50, incluindo encargos de aproximadamente $0,27 por ação, referente ao pagamento único. Supondo-se que o lançamento da linagliptina seja bem sucedido, a Lilly prevê uma diluição menor progressiva e significativa para 2012 e 2013, sem diluição, ou com leve acreditação em 2014, mas mais significativa a partir de 2015.

O impacto financeiro de 2011 desta transação se refletirá na diretriz financeira da Lilly em 2011, que será fornecido como parte dos resultados financeiros do 4º trimestre de 2010 e do ano de 2010, a ser divulgado em 27 de janeiro de 2011. ■

Novartis Ganha Nova Indicação para Lucentis® na União Européia, para Tratamento da Perda de Visão Causada por Edema Macular Diabético, uma Conhecida Causa de Cegueira

Basiléia, Suíça, 7 de janeiro de 2011

A Comissão Européia (*The European Commission*) concedeu à Novartis uma nova indicação para o medicamento Lucentis® (ranibizumab) para tratar pacientes com visão deteriorada causada por edema macular diabético (EMD), que leva a população economicamente ativa à cegueira na maioria dos países em desenvolvimento.

A terapia a laser, tratamento padrão atual, estabiliza a visão de muitos pacientes, mas não melhora a visão. O Lucentis é a primeira terapia licenciada que melhora tanto a visão como a qualidade de vida a ela relacionada, em pacientes com deterioração visual por EMD.

"Da mesma forma da degeneração macular relacionada à idade (DMRI), o edema macular diabético pode causar perda da visão e incapacitação visual. A perda da visão devido ao diabetes afeta somente uma pequena parcela da população diabética e é uma das complicações mais temidas", afirmou o Presidente Don Curran, da *AMD Alliance International*. "A deterioração visual afeta a vida das pessoas de inúmeras formas, desde a interação social até a vida profissional e para a maioria das pessoas significa perda de sua independência."

A aprovação de Lucentis se baseou nos dados de duas pesquisas clínicas patrocinadas pela Novartis: RESTORE e RESOLVE, que provaram que Lucentis era superior na promoção do ganho de acuidade visual rápida e sustentada, versus terapia de "sham" (dummy), ou terapia a laser (tratamento padrão atual).

"Nas pesquisas clínicas, os pacientes tratados com Lucentis começaram a recuperar a visão, em média, oito dias após a primeira injeção, sendo que a melhora foi mantida por um ano", declarou a professor da Universidade de Ulm, na Alemanha, Dra. Gabriele E. Lang. "A melhora da visão para muitos desses pacientes foi clinicamente significativa, ou seja, eles recuperaram sua capacidade de manter as atividades de rotina como dirigir, por exemplo."

O estudo RESTORE demonstrou que pacientes tratados somente com Lucentis, ou com Lucentis mais terapia a laser ganharam em média 6,8 e 6,4 letras respectivamente, na acuidade visual aos 12 meses, em comparação à linha de base, enquanto os pacientes tratados com laser ganharam em média 0,9 letras, conforme medição feita pelo padrão da tabela ETDRS.

O estudo RESOLVE mostrou que os pacientes tratados com Lucentis ganharam em média 10,3 letras na acuidade visual aos 12 meses em comparação à linha de base, enquanto os pacientes tratados com "sham" perderam em média 1,4 letras. Destes pacientes, alguns receberam tratamento a laser.

"Desde seu lançamento em 2007 na União Européia, Lucentis se tornou padrão ouro no tratamento da DMRI, e seu uso estimulou pesquisas para outras condições oftalmológicas", declarou o Dr. David Epstein, Chefe da Divisão da Novartis Farmacêutica. "Nosso investimento contínuo no desenvolvimento clínico do Lucentis significa que outro grupo de pacientes com risco de perder a visão terá a opção de se submeter a uma terapia licenciada que poderá auxiliá-los a salvar sua visão."

Os principais dados dos estudos RESTORE e RESOLVE contam ainda com o suporte dos resultados de um estudo independente dos EUA que investigou Lucentis para tratamento do edema macular diabético comparado ao tratamento padrão. Este estudo foi feito pela DRCR.net (*Diabetic Retinopathy Clinical Research Network*) que mostrou que aos 12 meses os pacientes tratados com Lucentis e laser obtiveram um ganho médio de 9 letras na acuidade visual em comparação à linha de base, enquanto os pacientes tratados somente com terapia a laser atingiram um ganho médio de 3 a 4 letras. O estudo demonstrou ainda ganhos superiores na acuidade visual entre os pacientes tratados com Lucentis por até 2 anos, com necessidade de um número reduzido de injeções de Lucentis no segundo ano, em comparação ao primeiro. Mais especificamente, foi observada uma média de somente duas a três injeções necessárias no segundo ano de tratamento, em comparação à média de 8 a 9 injeções necessárias no primeiro ano.

O edema macular diabético (EMD) é conseqüência da retinopatia diabética, a complicação ocular mais comum dos diabéticos. O EMD se caracteriza pelas alterações que ocorrem nos vasos da retina, que é a camada do olho composta de células sensíveis à luz,

no fundo do olho. Nos pacientes portadores de EMD ocorre um sangramento nesses vasos anormais na parte central da retina, chamada de mácula. Como a mácula é responsável pela visão central, a EMD pode causar uma sensível deterioração da visão. Esta deterioração afeta aproximadamente de 1 a 3% dos pacientes portadores de diabetes e é a principal causa da cegueira na população ativa da maioria dos países em desenvolvimento.

Lucentis oferece uma abordagem farmacológica inteiramente nova para o tratamento da deterioração da visão causada pelo EMD, em comparação ao tratamento padrão atual que inclui a cauterização a laser para interromper o sangramento e reduzir o edema. Lucentis é um fragmento de anticorpo que é injetado no olho e neutraliza o fator de crescimento endotelial, uma proteína conhecida por aumentar a permeabilidade vascular, que resulta no sangramento capilar e no edema macular em pacientes diabéticos.

Lucentis foi bem tolerado quando administrado como monoterapia, ou em combinação com o tratamento a laser. Seu perfil de segurança foi consistente com o perfil estabelecido nos pacientes portadores de DMRI. Foi observada uma incidência de eventos de tromboembolismo arterial (≤3,5%) nas pesquisas clínicas de EMD, consistentes com o que havia sido observado nas pesquisas clínicas da DMRI, sem diferença significativa entre os grupos tratados com Lucentis, em comparação à terapia "sham" ou à terapia a laser.

Eventos oculares adversos foram semelhantes àqueles observados nas pesquisas clínicas de DMRI, com incidência de 1,4% de endoftalmite nos estudos pivotais agrupados.

Lucentis foi desenvolvido pelos laboratórios Genentech e Novartis.

O Genentech tem os direitos comerciais da Lucentis nos EUA, onde Lucentis também foi aprovado para o tratamento do edema macular seguido de oclusão da veia retiniana (OVR).

O Genentech também está conduzindo dois estudos de Fase III: o RISE e o RIDE, em pacientes portadores de edema macular diabético com resultados esperados para 2011.

A Novartis tem os direitos de exclusividade do produto nos outros países do mundo e já protocolou pedido de aprovação de Lucentis na União Européia para o tratamento da deterioração visual devido ao edema macular após OVR. ■

"Cultivar seu Próprio Transplante" Pode ser Uma Opção Viável para Homens Portadores de Diabetes tipo 1 (DMT1)

http://explore.georgetown.edu/news

Washington, DC, EUA

Pesquisadores transformam células de testículo humanas em células da ilhota produtoras de insulina; ratos diabéticos foram "curados" por 1 semana

Indivíduos do sexo masculino, portadores de diabetes tipo 1 (DMT1), podem "cultivar" suas próprias células produtoras de insulina a partir de seu tecido testicular, foi o que anunciaram os pesquisadores do GUMC (*Georgetown University Medical Center*), que apresentaram seus achados recentemente no 50º Encontro Anual da "American Society of Cell Biology" na cidade de Filadélfia, nos EUA.

Seus estudos laboratoriais e com animais comprovam o princípio de que as células-tronco espermatogoniais humanas (sigla em inglês SSCs) extraídas do testículo podem se transformar em células beta da ilhota, secretoras de insulina, as quais são normalmente encontradas no pâncreas. Os pesquisadores obtiveram sucesso neste procedimento sem utilizar nenhum gene extra, como ocorre atualmente na maioria dos laboratórios, que transformam células-tronco adultas em um tecido de sua escolha.

"Nenhuma célula-tronco, adulta ou embriônica, foi induzida a secretar insulina suficiente para curar o diabetes humano, mas sabemos que as SSCs têm potencial para fazê-lo e sabemos também como incrementar esta produção", declarou o principal investigador do estudo, Dr. Ian Gallicano, professor associado do Departamento de Biologia Celular e diretor do "Transgenic Core Facility " do *GUMC*.

Devido ao contínuo progresso, o Dr. Gallicano disse que sua estratégia poderia prover uma solução única para o tratamento dos indivíduos DMT1 (diabetes infantil/juvenil). Inúmeras terapias novas têm sido experimentadas nesses pacientes, entretanto, cada uma delas apresenta suas desvantagens. O transplante das células da ilhota de doadores falecidos pode resultar em rejeição e há pouquíssimas doações disponíveis. Os pesquisadores também curaram diabetes

em ratos utilizando células-tronco pluripotentes induzidas (sigla em inglês IPS) – as células-tronco adultas foram programadas com outros genes para se comportarem como as células-tronco embriônicas, mas esta técnica pode produzir teratomas ou tumores no tecido transfectado, criando ainda outros problemas advindos dos genes externos empregados para criar as células IPS, explicou o Dr. Gallicano.

Ao invés de utilizar as células IPS, os pesquisadores resolveram optar por uma fonte disponível de células-tronco, as SSCs que são precursoras das células do esperma.

Estas células foram colhidas dos órgãos de doadores falecidos e como já tem o gene necessário para se tornarem células-tronco embriônicas, não foi necessário adicionar novos genes para induzi-las a se transformar em células progenitoras. "Estas células são células germinativa masculinas e são também células-tronco adultas".

"Descobrimos que uma vez que estas células sejam retiradas de seus nichos do testículo, elas ficam confusas e iniciam a formação de 3 camadas germinativas em poucas semanas. Elas são células-tronco pluripotentes autênticas", concluiu o médico.

A equipe de pesquisa pegou 1 grama de tecido de testículos humanos e produziu em torno de 1 milhão de células-tronco no laboratório. Essas células apresentaram vários marcadores biológicos que caracterizam as células beta normais da ilhota.

Então, eles transplantaram as células para ratos diabéticos com imunodeficiência, reduzindo seu nível glicêmico por aproximadamente uma semana, demonstrando assim que as células produzem insulina suficiente para reduzir a hiperglicemia.

O efeito durou por somente uma semana, mas o Dr. Gallicano afirma que pesquisas mais recentes mostraram resultados com um aumento substancial neste tempo. ■

Johnson & Johnson
MEDICAL BRASIL

ONETOUCH UltraMini

Leve a vida colorida

Chegou OneTouch® UltraMini™, o novo medidor de glicose pequeno e fácil de levar.

três cores diferentes | medição precisa com uma pequena amostra de sangue | armazena até 500 resultados com data e hora

resultados rápidos em 5 segundos | utiliza as mesmas tiras reagentes do OneTouch® Ultra™ | Consulte seu médico.

Mude para o Novo OneTouch® UltraMini™, ligue: 0800 701 5433.

www.onetouch.com.br

Liraglutida no Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2)

"NHS – National Institute for Health and Clinical Excellence"

Esta diretriz foi desenvolvida utilizando um único processo tecnológico de avaliação

1. Diretriz:

1.1 O Uso da liraglutida 1,2 mg/dia em regime de terapia tripla como (em combinação com a metformina e a sulfoniluréia, ou metformina e uma tiazolinediona), é recomendada como opção para o tratamento do DMT2, somente se usada conforme descrito para exenatida no "DMT2: o tratamento do DMT2" (Diretriz Clínica NICE 87); ou seja, quando o controle glicêmico se mantém ou se torrna inadequado (HbA1C ≥ 7,5%, ou outro nível mais elevado de acordo com o paciente), somado às seguintes características:

- IMC ≥ 35 kg/m^2 nos indivíduos caucasianos (com ajuste apropriado para outros grupos étnicos) e problemas médicos ou psicológicos específicos, associados à massa corpórea elevada; ou
- IMC < 35 kg/m^2 onde o tratamento com insulina tivesse implicações ocupacionais significativas, ou perda de peso que viesse a beneficiar outras comorbidades significativas relacionadas à obesidade.

1.2 O tratamento com liraglutida 1,2 mg/dia no regime terapêutico triplo somente deve ser continuado conforme descrito para exenatida no "DMT2: o tratamento do DMT2" (Diretriz Clínica NICE 87); ou seja, se for observada uma resposta metabólica benéfica (definida como redução de pelo menos 1 ponto percentual na HbA1C e perda de peso de pelo menos 3% do peso corporal inicial em 6 meses).

1.3 A liraglutida 1,2 mg em regime de terapia dupla, em combinação com a metformina ou a sulfoniluréia, está indicado como opção para o tratamento de portadores de DMT2 somente se:

- O paciente apresentar intolerância à metformina ou à sulfoniluréia, ou tiver contra-indicação ao tratamento com metformina ou sulfoniluréia, e
- O paciente for intolerante às tiazolidinedionas e aos inibidores da DPP-4 (dipeptidil peptidase-4), ou possuir contra-indicação ao tratamento com tiazolidinedionas e inibidores da DPP-4.

1.4 Tratamento com liraglutida 1,2 mg/dia em regime de terapia dupla somente deve ser continuado se houver resposta metabólica benéfica (definida como redução de pelo menos 1 ponto percentual na HbA1C em 6 meses).

1.5 A liraglutida 1,8 mg/dia não está indicada para o tratamento de pacientes DMT2.

1.6 Os indivíduos portadores de DMT2 que estejam recebendo liraglutida e que não atendam aos critérios especificados na seção 1.1 ou 1.3, ou que estejam recebendo liraglutida 1,8 mg, devem ter a opção de continuar o tratamento até que seu médico considere que seja apropriado interrompê-lo. ■

O Impacto da Deficiência da vitamina D no Diabetes e no Risco Cardiovascular

Merav Baz-Hecht e Allison B. Goldfine

Fonte: *"Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes 17:113-119*

Objetivo da Revisão

Revisar a associação entre a deficiência da vitamina D, o diabetes e o risco cardiovascular.

Achados recentes

A deficiência da Vitamina D foi recentemente reconhecida como uma condição que vem apresentando uma prevalência crescente em todo o mundo.

Clinicamente, a vitamina D tem uma função determ nada no papel do cálcio e no metabolismo ósseo, recentemente associada a um risco aumentado para desenvolvimento do DMT1, DMT2, da doença cardiovascular (DCV), e de outros fatores de risco como a hipertensão e a obesidade.

Os mecanismos moleculares dessas associações ainda não estão bem compreendidos. O metabólito ativo da vitamina D regula a transcrição de múltiplos produtos genéticos, com efeitos anti-proliferativos, pró-diferenciativos e imuno-moduladores.

Apesar de a deficiência da vitamina D ser raramente reconhecida clinicamente, a medição laboratorial é fácil de ser executada e o tratamento de deficiência da vitamina D é relativamente bem tolerado e apresenta baixo custo.

Serão apresentados os resultados dos estudos de intervenção sobre o uso da prova de conceito da terapia de vitamina D no diabetes; entretanto, apesar de serem promissores, esses estudos ainda são limitados.

Sumário

A alta prevalência de deficiência da vitamina D e os mecanismos moleculares em questão ligando este fato ao diabetes e aos riscos cardiovasculares, sugerem o tratamento da deficiência da vitamina D na prevenção e/ou no tratamento do diabetes como uma área promissora a ser explorada. ■

Insulina e Glucagon Regulam a Proliferação da Célula α Pancreática

Z. Liu, W. Kim, Z. Chen, Y. Shin, O. Carlson, J. Fiori, L. Xin, J. Napora, R. Short, J. Odentude, Q. Lao, J. Egan

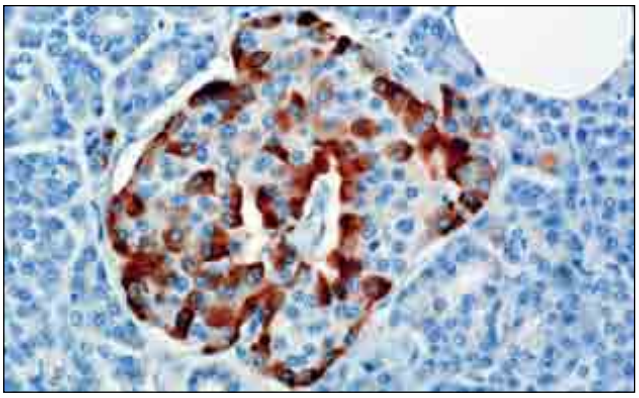
"National Institute on Aging, National Institutes of Health"; Baltimore e Maryland - EUA

Fonte: *"HTTP://www.plosone.org/article"*

Resumo

O DMT2 é resultado da resistência à insulina e da disfunção da célula beta quando se estabelece um quadro de hiperglucagonemia.

O glucagon é um hormônio polipeptídico de 29 aminoácidos que é secretado pelas células alfa pancreáticas. Níveis excessivamente altos de glucagon levam à liberação hepática de glicose.



Investigamos se existe um aumento no número de células alfa no DMT2 que fatores regulam turnover da célula alfa.

Utilizamos camundongos $Lepr^{db}$ / $Lepr^{db}$ (db/db) como modelos para o DMT2 e células de αTC1 para estudarmos os fatores potenciais tróficos da célula alfa.

Demonstramos aqui que em camundongos db/db o número de células alfa os níveis do glucagon plasmático aumentaram de acordo com a pregressão do diabetes.

O tratamento das células com insulina (EC50=2nM) aumentou de forma significativa a proliferação das células alfa de maneira concentração-dependente, em comparação com as células não tratadas com insulina.

A insulina levou a proliferação *up-regulated* da célula alfa de através da via de sinalização IR/IRS2/AKT/mTOR e o aumento da proliferação insulina-mediada foi prevenida com pré-tratamento com rapamicina, um inibidor específico do mTOR.

O antagonismo com GcgRs resultou em taxas reduzidas de proliferação celular nas células αTC1.

Ademais, o bloqueio do GcgRs nos camundongos db/db melhorou a homeostase da glicose, reduziu a proliferação da célula alfa e aumentou o conteúdo da insulina da intra-ilhota em células beta nos camundongos db/db.

Esses estudos ilustram que a proliferação da célula alfa aumenta com a progressão do diabetes, resultando em níveis elevados de glucagon plasmático. Tanto a insulina como o glucagon são fatores tróficos das células alfa.

Nossos achados sugerem que novas estratégias terapêuticas sejam incluídas no tratamento do DMT2, tendo como meta as células alfa e glucagon. ■

Impacto Regional da Morfologia do Tecido Adiposo no Perfil Metabólico em Obesidade Mórbida

J. Hoffstedt, E. Arner, H. Wahrenberg, D. Andersson, V. Qvisth, P. Löfgren, A. Rydén, A. Thörne, M. Wirén, M. Palmer, A. Thorell, E. Toft, P. Arner; "Karolinska Institute", Estocolmo, Suécia

Fonte: *"Diabetologia, Vol 53, No 12, Dezembro de 2010"*

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi determinar se o tamanho médio das células de gordura visceral, ou das células subcutâneas do tecido adiposo, causavam impacto no perfil metabólico e inflamatório na obesidade mórbida.

Método: Em 80 mulheres portadoras de obesidade mórbida, o tamanho médio das células da gordura subcutânea e visceral (omental) foi relacionado a marcadores in-vivo da inflamação, do metabolismo da glicose e do metabolismo lipídico.

Resultados: O tamanho do adipócito visceral, e não do subcutâneo, foi associado de forma significativa à apolipoproteína B plasmática, ao colesterol total, ao colesterol LDL e ao triglicérides (*p* variou de 0,002 a 0,015, *r* parcial de 0,3 a 0,4).

O tamanho do adipócito subcutâneo, mas não do visceral, foi associado de forma significativa à insulina plasmática e à glicose, à liberação de insulina glicose-induzida e à sensibilidade à insulina (*p* variou de 0,002 a 0,005, *r* parcial de 0,34 a 0,35).

As associações foram independentes de idade, IMC, massa de gordura corporal ou distribuição da gordura corporal. A hiperplasia do tecido adiposo (muitos adipócitos pequenos, por exemplo) em ambas as regiões esteve associado de forma significativa a um perfil melhorado de glicose, insulina e lipídeo, em comparação à hipertrofia adiposa (como por exemplo, poucos adipócitos grandes) em qualquer uma das regiões, ou em ambas (*p* variou de <0,0001 a 0,04). Os marcadores inflamatórios circulantes não foram associados ao tamanho da célula de gordura ou a expressão do gene correspondente nas regiões de células gordurosas examinadas.

Conclusão: Em mulheres com obesidade mórbida, as variações região-específicas no tamanho médio do adipócito foram associadas à complicações metabólicas, mas não à inflamação sistêmica ou do tecido adiposo. Células grandes de gordura na região visceral foram ligadas à dislipidemia, mas os adipócitos subcutâneos grandes foram relevantes na glicose e anormalidade insulínica. A hiperplasia (muito adipócitos pequenos) em ambas as regiões adiposas pode ser protetora contra anormalidades lipídicas , da glicose/insulina na obesidade. ■

Associação entre Glicemia e Lipídeos em Adultos Portadores de Diabetes Tipo 1 (DMT1)

Modificação através de Medicação Hipolipemiante

D. Maahs, L. Ogden, D. Dabelea, K. Bergeon, S. Daniels, R. Hamman, M. Rewers Universidade do Colorado, EUA

Fonte: *"Diabetologia, Vol 53, No 12, Dezembro de 2010"*

Resumo

Objetivo: A hiperglicemia e a dislipidemia são anormalidades metabólicas comuns em adultos portadores de DMT1 e ambas aumentam o risco para as doenças cardiovasculares (DCV). A hipótese deste estudo foi a de que a alteração na HbA1C por 6 anos estivesse associada com a alteração dos lipídeos de jejum nos adultos DMT1.

Método: O estudo CACTI (Coronary Artery Calcification in Type 1 Diabetes) examinou 652 pacientes DMT1, sendo 54% destes do sexo feminino, 559 e

543 tiveram consultas de acompanhamento no 3º e no 6º ano. A idade na linha de base (média±SD) foi de 37±9 anos, com duração do diabetes de 23±9 anos e HbA1C de 8,0±1,3%. O uso de medicação para dislipidemia foi de 17%, 32% e 46% nas 3 consultas. Modelos longitudinais mistos separados foram ajustados para se examinar a relação entre a mudança na HbA1C e a alteração no colesterol total de jejum (CT), no colesterol HDL (HDL-c), no colesterol LDL (LDL-c), no log do triacilglicerol (TG)e colesterol não HDL (non-HDL-c). Devido a uma interação entre o uso da medicação de dislipidemia e a associação da HbA1c com lipídeos, os resultados foram estratificados pelo uso de medicação de dislipidemia.

Resultados: Entre os pacientes que não utilizaram medicação de dislipidemia, uma HbA1C mais elevada foi associada com níveis significativamente piores de lipídeos CT, HDL-c, TG e non-HDL-c (por 1% de alteração na HbA1C, CT 0,101mmol/l, 95% IC 0,050, 0152; LDL-c 0,103mmol/l, 95% IC 0,058, 0,148; TG 0,052mmol/l, 95% IC 0,024, 0,081; e não HDL-c 0,129mmol/l, 95% IC 0,078, 0,180), mas não HDL-c (-0,20 mmol/l, 95% IC -0,047, 0,007).

As associações entre a HBA1C e o resultado de qualquer lipídio entre aqueles pacientes sob medicação de dislipidemia foram na mesma direção, mas atenuados em comparação com indivíduos que não estavam sob medicação.

Conclusão: A alteração da HbA1C está significantemente associada à alteração nos lipídios de jejum, mas as medicações de dislipidemia podem ser necessárias para otimizar os lipídios e a saúde vascular. ■

Hábitos Saudáveis na Infância Afetam Risco de Colesterol no Futuro

Por John Gever, Editor Sênior, MedPage Today; 03/01/2011

Fonte: Archives of Pediatric and Adolescent Medicine

Magnussen C, et al "Factors affecting the stability of blood lipid and lipoprotein levels from youth to adulthood: evidence from the Childhood Determinants of Adult Health Study" Arch Pediatr Adolesc Med 2011; 165: 68-76.

Ponto de Ação:

- Mostrar que este estudo relata a importância de um estilo de vida saudável na infância e na adolescência na determinação de perfis lipídicos de alto risco na fase adulta.

Os pesquisadores relataram que os hábitos pouco saudáveis na infância e na juventude, incluindo sobrepeso e tabagismo, podem ajudar a predizer níveis de colesterol não saudáveis em jovens adultos.

De acordo com o Dr. Costan G. Magnussen, e seus colaboradores da "University of Turku", Finlândia, um estudo longitudinal feito com 539 crianças australianas com idades entre 9 e 15 anos, mostrou que fatores como gordura corporal, capacidade cardiorrespiratória e tabagismo estavam significativamente associados à dislipidemia 20 anos mais tarde.

"Mudanças pouco saudáveis no estilo de vida que ocorrem entre a juventude e a fase adulta afetam os indivíduos a manterem, perderem ou desenvolverem níveis lipídicos e de lipoproteínas de alto risco na fase adulta," foi o que declarou o Dr. Magnussen na edição de Janeiro, do periódico médico "Archives of Pediatric and Adolescent Medicine".

Da mesma forma, aqueles que adotaram hábitos mais saudáveis tiveram risco de dislipidemia reduzido. Somente 3% dos jovens que apresentaram melhora a partir da linha de base em dois tipos de fatores de estilo de vida apresentaram colesterol HDL abaixo do normal durante o período de acompanhamento, em comparação aos 14% com uma melhora no estilo de vida e 26% sem nenhuma melhora (Tendência $P<0,001$).

A equipe do Dr. Magnussen sugeriu que "mudanças benéficas em fatores de risco passíveis de serem modificados, como tabagismo e sobrepeso, no período entre a juventude e a fase adulta, têm o potencial de mudar aqueles que apresentam perfil de alto risco na juventude para níveis de baixo risco na vida adulta. "Programas de prevenção para aqueles que não apresentam níveis lipídicos de risco elevado, são tão importantes quanto a proporção de adultos com níveis de alto risco a ser reduzidos."

O coorte foi feito com os participantes do estudo "Childhood Determinants of Adult Health" conduzido na Austrália no início de 1985 com jovens entre 9, 12 e 15 anos de idade, os quais foram submetidos a avaliações físicas incluindo-se exame de sangue e questionário do estilo de vida, na linha de base e posteriormente em 2004 a 2006.

A amostragem inicial incluiu 1.770 participantes, dos quais 539 haviam tido avaliação de acompanhamento com uma segunda rodada de exames de sangue, para determinar seu nível de triglicérides, colesterol HDL, colesterol LDL e colesterol Total.

O Dr. Magnussen e seus colaboradores acharam que um número relativamente pequeno de participantes apresentava níveis lipídicos de alto risco na linha de base e no acompanhamento.

Aproximadamente 1/3 da amostra estava em grupos de alto risco para alteração lipídica quando foram incluídos no estudo, mas no follow up, aproximadamente 90% deles tinham níveis dentro do normal.

Por outro lado, aproximadamente 20% dos participantes com níveis lipídicos normais na linha de base desenvolveram dislipidemia, em uma ou mais categorias, no decorrer do estudo.

A adiposidade – medida por idade ajustada ao IMC, à circunferência abdominal e à profundidade da dobra da pele – foi fortemente associada ao desenvolvimento de níveis lipídicos não saudáveis.

Os participantes com dislipidemia na fase de acompanhamento apresentaram alterações substanciais em cada uma das medidas de adiposidade, enquanto as alterações médias na adiposidade foram mínimas nos participantes com nível lipídico normal durante o acompanhamento. Este achado se aplicou aos participantes cuja "saúde lipídica" alterou durante o estudo e àqueles que permaneceram inalterados.

O desempenho na bicicleta ergométrica que indica a saúde cardiorrespiratória, também acompanhou as alterações nos níveis lipídicos em particular, para aqueles cujo perfil lipídico passou de normal para alto risco. "A tendência destes foi de ficar menos em forma entre as pesquisas".

Outro fator associado aos níveis lipídicos com o passar do tempo foi o status socioeconômico dos participantes, medido através do nível de escolaridade dos pais.

Os participantes que apresentaram melhoras com o passar do tempo tenderam a ter lipídeos dentro dos níveis normais durante o período de acompanhamento.

Surpreendentemente, as mudanças na ingesta de gordura saturada não foram associadas ao status lipídico com o passar do tempo. Os pesquisadores atribuíram o resultado à "inconsistência de medição nas dietas variáveis" avaliadas no estudo, as quais diferiram da linha de base para a fase de acompanhamento.

Os pesquisadores sugeriram ainda que o estudo traz uma luz a atual controvérsia sobre testes lipídicos em crianças.

Sua observação de que os perfis lipídicos aparentemente prejudiciais em crianças, geralmente se tornam normais com a idade, já havia sido observado em outros estudos anteriores, e sugeriam que os testes de rotina em crianças podem não ser preditivos e, portanto, pouco úteis.

O estudo atual indica que a normalização dos lipídeos durante a adolescência e a primeira fase adulta, pode ter sua origem na adoção de um estilo de vida saudável; portanto, o Dr. Magnussen e seus colaboradores sugeriram que de fato a dosagem de lípides é uma ferramenta de valor para identificação de crianças que necessitem intervenções, sem as quais seu risco pode permanecer elevado, ou até aumentar.

A equipe observou algumas limitações em seu estudo, como: tendência causada pela perda no acompanhamento de aproximadamente 70% do corte elegível original, erros de medição e mudanças nas técnicas da análise do sangue desde 1985, e disponibilidade de dados somente para 2 pontos impedindo investigação do tempo, duração ou freqüência das alterações. Outro aspecto seria o fato de o estudo ter sido conduzido apenas com indivíduos australianos e sua generalização pode ser limitada.

Esta pesquisa contou com o apoio financeiro dos seguintes órgãos e instituições:

"Commonwealth Departments of Sport, Recreation and Tourism, and Health", "National Heart Foundation", "Commonwealth Schools Commission", "National Health and Medical Research Council", "Tasmanian Community Fund", "Veolia Environmental Services", "Sanitarium", "ASICS", e "Target". ■

Redução da Relação Triglicérides/ Colesterol HDL está Associada a Impacto Benéfico da Pioglitazona no Progresso da Arteriosclerose Coronariana em Portadores de Diabetes

Insights do estudo PERISCOPE (Pioglitazone Effect on Regression of Intravascular Sonografic Coronary Obstruction Prospective Evaluation) - S. Nicholls, E. Murat, K. Wolsky, O. Bayturan, A. Lavoie, K. Uno, S. Kupfer, A. Perez, R. Nesto e S. Nissen

Fonte: *HTTP://content.onlinejacc.org*

Objetivos

O objetivo deste estudo foi determinar os fatores associados ao efeito favorável da pioglitazona na progressão do ateroma.

Histórico

O diabetes mellitus está associado à progressão acelerada do ateroma coronariano. A pioglitazona retardou este progresso em comparação à glimepirida nesta população.

Métodos

Ao todo, 360 pacientes portadores de diabetes com doença coronariana foram tratados com pioglitazona ou glimepirida por 18 meses no Estudo PERISCOPE ("Pioglitazone Effect on Regression of Intravascular Sonographic Coronary Obstruction Prospective Evaluation"). A progressão do ateroma coronariano foi avaliado por ultrasom intravascular serial. Investigamos a relação entre as alterações dos parâmetros bioquímicos, o volume percentual do ateroma e o volume total do ateroma.

Resultados

Os pacientes tratados com pioglitazona apresentaram colesterol HDL aumentado, e triglicérides, hemoglobina glicada e proteína C reativa reduzidas. Também foram observadas correlações significativas no grupo pioglitazona com alterações no volume percentual do ateroma, do triglicérides (r=0,15, p=0,04), na relação triglicérides/HDL-C (r=0,16, p=0,03) e na hemoglobina glicada (r=0,16, p=0,03). No grupo glimepirida foram observadas alterações no colesterol HDL (r=-0,20, p=0,01).

Houve uma regressão substancial em comparação à progressão, associada a maiores aumentos relativos no colesterol HDL (14,2% versus 7,8%, p=0,04), diminuições relativas do triglicérides (-13,3% versus 1,9%, p=0,045), relação triglicérides/HDL (-22,5 versus -9,9%, p=0,05) e redução da hemoglobina glicada (-0,6% versus -0,3%, p=0,01).

Uma análise multivariada revelou que os efeitos induzidos da pioglitazona no triglicérides/HDL-C estavam associados às mudanças no percentual do volume do ateroma (p=0,03) e no volume total do ateroma (p=0,02)

Conclusões

Os efeitos favoráveis da pioglitazona sobre a relação triglicérides/HDL correlata à progressão retardada do ateroma em pacientes diabéticos.

Este achado mostra a importância potencial de ter-se como meta a dislipidemia aterogênica nos pacientes portadores de diabetes com doença coronariana. ■

HumaPen® LUXURA™

NA CANETA, O REFIL PODE FICAR POR ATÉ 28 DIAS FORA DA GELADEIRA

Uma opção discreta e elegante para aplicar sua insulina de maneira simples e segura

Disponível em 2 cores

Suavidade na aplicação | **Fácil de usar** | **Discreta**

Aplicação mais cômoda e precisa

Sofisticação

Fácil visualização do refil

Fácil de trocar o refil.

Indicador de dose de fácil leitura.

SAC
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE
0800 701 0444
sac_brasil@lilly.com / www.lilly.com.br

© Copyright Eli Lilly do Brasil. Abril de 2011.
Todos os direitos reservados. P2HP137

Lilly

É divertido ser criança!

Festa do pijama, risadas, passear com os amiguinhos, almoçar fora...
Agora tudo fica mais fácil para seu filho e para a família com Luxura HD.

caneta de meia unidade

Caneta para aplicação de insulina

- Precisão de dose em incrementos de meia em meia unidade até 30 unidades[1]
- Dose exata[1]
- Conveniente e durável

SAC
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE
0800 701 0444
sac_brasil@lilly.com / www.lilly.com.br

1 - Clark PE et all. Half-Unit Dose Accuracy with HumaPen® Luxura™ HD: An Insulin Pen for Patients Who Need Precise Dosing. J Diabetes Sci Technol 2010; 4(2):353-356.

Lilly

© Copyright Eli Lilly do Brasil. Abril de 2011. Todos os direitos reservados. Material destinado à classe médica. P2HP133

Projeto do Ministério quer Reduzir Sódio, Açúcar e Calorias na Comida

VIDA

O Ministério da Saúde pretende lançar, em abril, um projeto para incentivar a redução de taxas de sódio, açúcar e calorias dos alimentos produzidos no Brasil.

Segundo planejamento do ministro Alexandre Padilha, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) deverá conceder com mais rapidez os registros de comercialização de produtos considerados mais saudáveis.

As metas de redução da concentração de sódio, açúcar e calorias serão discutidas com representantes das indústrias de alimentos, bebidas e varejo, além de institutos de defesa do consumidor.

A intenção é lançar o modelo em 7 de abril, quando é celebrado o Dia Mundial da Saúde.

"Estamos trabalhando para estabelecer um fluxo prioritário para o registro de produtos com menores níveis de sódio, calorias e açúcar, para que a indústria tenha um estímulo para fabricar produtos que tenham esses índices", afirmou o ministro da Saúde.

A longo prazo, o objetivo é prevenir o desenvolvimento de fatores de risco relacionados à alimentação, como hipertensão, colesterol alto e obesidade.

O programa de redução de índices de sódio, açúcar e calorias em alimentos será criado sob a forma de incentivo e não de exigência - para evitar conflitos com a indústria.

Em 2010, resolução da ANVISA que estabelecia normas para a propaganda de alimentos com altas taxas de açúcar e gordura causou polêmica e foi suspensa pela Advocacia-Geral da União (AGU).

Padilha afirmou que as medidas serão negociadas com empresários e anunciou que discute a participação dos fabricantes em campanhas publicitárias de promoção de hábitos saudáveis.

Vida saudável. Pesquisa divulgada em 2010 pelo INCA revelou que a combinação de alimentação saudável e prática regular de exercícios físicos preveniria 19% de todos os casos de câncer registrados no País. ■

Comida Saudável Terá Registro Facilitado

SAÚDE

Governo deve iniciar em abril movimento para reduzir níveis de gordura, açúcar e sódio dos alimentos industrializados Ministério também anunciou no Dia de Combate ao Câncer, programa de qualidade para mamografias.

O governo quer estabelecer metas para reduzir níveis de açúcares e gorduras nos alimentos. Para estimular a indústria, vai facilitar o registro de alimentos saudáveis.

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, informou que a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) dará prioridade ao registro de produtos que se enquadrem nessa categoria.

Padilha disse que vem se reunindo com representantes das indústrias de bebidas e alimentos para iniciar campanhas que estimulem hábitos alimentares saudáveis dos brasileiros.

A ideia é que o movimento seja iniciado em abril, mês em que é comemorado o Dia Mundial da Saúde -dia 7.

"Além da campanha, queremos estabelecer metas muito claras, em parceria, de redução dos níveis de sódio, de açúcares, de calorias, dentro dos produtos alimentícios", afirmou.

CÂNCER

O ministro esteve no Inca (Instituto Nacional de Câncer) ontem, Dia Mundial de Combate ao Câncer.

O Brasil registra, a cada ano, 500 mil novos casos de câncer, segundo dados do instituto. Entre as

doenças crônicas, o câncer é a segunda causa de morte, atrás das doenças cardiovasculares.

O ministro comentou que o governo vem negociando com a indústria farmacêutica para reduzir o custo de medicamentos voltados para o tratamento da doença.

"Conseguimos redução de 42% a 51% nos custos de remédios para tratamento de algumas leucemias. Essa economia permitiu expandir o tratamento para mais pessoas", observou.

MAMOGRAFIA

Outra medida que vem sendo preparada é a criação um programa nacional para avaliação da qualidade dos exames de mamografia.

Já existe um programa de qualidade semelhante em relação à coleta de material do colo do útero. Esses dois tipos de câncer são os que mais atingem as mulheres.

Cálculo do UICC (sigla, em inglês, da União Internacional de Controle do Câncer) mostra que o câncer demandou gastos de US$ 1 trilhão à economia global em mortes prematura e invalidez. Essa conta não considera os custos médicos. ■

Peso // Obesidade Dobrou em 30 Anos, Indica Estudo

MUNDO

Paris - A obesidade praticamente dobrou no mundo nas últimas três décadas, afetando 500 milhões de adultos, a maioria mulheres, segundo um estudo publicado pela revista médica The Lancet. Em 2008, mais de um em cada 10 adultos no mundo era obeso, revela o estudo coordenado por Majid Ezzati, do Imperial College de Londres, e Salim Yusuf e Sonia Anand, do Instituto de Estudos da População/Saúde de Hamilton, Canadá, que examinaram a evolução do sobrepeso entre 1980 e 2008 nas pessoas acima de 20 anos.

Entre os países ricos, os Estados Unidos lideram o ranking da obesidade, seguidos pela Nova Zelândia, enquanto a população do Japão é a menos afetada pelo sobrepeso. O excesso de peso é caracterizado por um índice de massa corporal (IMC, o parâmetro usado para medir a relação entre peso e altura) acima de 24 kg/m2. O Brasil registra IMC de 25,8 entre os homens (19ª posição) e de 26 entre as mulheres (15ª).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um IMC de 30 significa obesidade e um índice acima de 30 é considerado obesidade severa. ■

Protocolo Sobre Colesterol Gera Controvérsia

BRASIL

SÃO PAULO - Há uma polêmica em curso no Brasil sobre como tratar pacientes com índices elevados de colesterol no sangue (dislipidemias). O Ministério da Saúde está elaborando um novo documento, mas não consultou a Sociedade Brasileira de Cardiologia, que já tem uma diretriz pronta sobre o tema. Os cardiologistas dizem que, seguindo as novas recomendações do ministério, o SUS estará tratando mal os pacientes.

Um dos problemas seria o ministério considerar o nível ótimo do LDL (colesterol ruim) como inferior a 100 mg/dL (miligramas por decilitro de sangue). A SBC preconiza um nível ótimo muito mais baixo, inferior a 70, segundo o coordenador das diretrizes da SBC, Jadelson de Andrade.

A coordenadora do departamento de atenção especializada do Ministério da Saúde, Inez Gadelha, afirma que o ministério consultou as melhores bibliotecas virtuais, como a Cochrane e a Pubmed, para elaborar o protocolo e que não é praxe ouvir as sociedades médicas na fase inicial do documento. Ela afirma que a SBC apresentou contribuições durante a fase de consulta pública, que terminou no mês passado.

Segundo Inez, o grupo técnico que elabora o protocolo assina um termo de confidencialidade para que não sejam assediados ou sofram interferências na elaboração do documento. E a coordenação do grupo técnico, que faz o julgamento final dos trabalhos, é isenta de conflitos. ■

Cirurgia da Obesidade: Prós e Contras

Jock Dean

Da equipe de O Estado

A cirurgia bariátrica cirurgia da obesidade ou ainda redução de estômago é um procedimento cirúrgico que tem por objetivo proporcionar e manter uma perda importante de peso para melhorar a vida de quem sofre com obesidade mórbida e suas doenças associadas e outras conseqüências. O problema é que muitos pacientes recorrem a esse procedimento equivocadamente, muitas vezes por motivos estéticos, sem saber os riscos desse tipo de intervenção, bem como as conseqüências para o resto da vida de uma cirurgia desse tipo.

O cirurgião e endoscopista Hérquimas Pereira afirma que a cirurgia bariátrica só deve ser realizada por motivos de saúde e nunca estéticos por se tratar de um procedimento que requer uma mudança de hábitos alimentares e de vida para ser bem-sucedido. As pessoas, por falta de informação, acham que basta cortar parte do estômago para emagrecer quando não é assim. Há todo um processo pré e pós-operatório que deve ser seguido pelo paciente, do contrário os resultados desejados não serão obtidos, disse.

Hérquimas Pereira comentou ainda que a realização da cirurgia bariátrica em nome da estética é uma atitude extrema e que deveria ser combatida pelos médicos. Certa vez, atendi uma paciente que queria fazer a cirurgia bariátrica porque queria emagrecer três quilos para ir a uma festa. Uma situação absurda, obviamente, e algumas vezes o poder aquisitivo fala mais alto. Felizmente a maioria dos profissionais da área está comprometida com a saúde dos seus pacientes e não faz esse tipo de atendimento, comenta.

A cirurgia bariátrica é indicada para pacientes cujo Índice de Massa Corporal (IMC) é superior a 40. Isso equivale 45 kg de excesso de peso para homens e 36 kg para mulheres. É indicado também para pacientes com IMC entre 35 e 40 e co-morbidades (doenças associadas) significativas, como diabetes, pressão alta e apnéia do sono e pacientes que não tiverem sucesso com outros programas clínicos de controle de peso.

Independentemente do tratamento proposto, a reeducação alimentar é fundamental, uma vez que é através dela que se reduz a ingestão calórica total e o ganho calórico decorrente. Caso contrário, o operado pode voltar a engordar. Segundo pesquisa realizada na Gastrocirurgia de Brasília, mais de 52% dos operados recuperam entre 2 e 7 quilos - um ganho pequeno se comparado aos 40 a 50 quilos eliminados no pós-operatório. Mas 19% têm um ganho de peso importante que ultrapassa 7 quilos e pode chegar a 20 quilos ou mais.

Avaliação - Um paciente que deseja ser operado, ou que seu médico indicou cirurgia bariátrica, deve fazer a avaliação inicial com o cirurgião especialista, onde será verificada a indicação cirúrgica e presença de fatores de exclusão, tais como: idade menor que 18 anos ou superior a 60 anos, alcoolismo, cirrose hepática, dependência química e portadores de doenças que contra indiquem tratamento cirúrgico. Após esta avaliação, o paciente é encaminhado para realizar uma série de exames laboratoriais, de imagens, endoscopia com pesquisa de H. pylori (bactéria que infecta o revestimento mucoso do estômago humano), prova de função respiratória, eletrocardiograma e outros. Além destes exames, será avaliado por diversos especialistas, como endocrinologista, cardiologista, pneumologista, psicólogo, nutricionista, anestesiologista e outros, se necessário.

Nessa preparação, o psicólogo ajuda o paciente a lidar com os conflitos que possam surgir no pré e pós-operatório, através de entrevistas. A cirurgia costuma causar grande expectativa nos pacientes, pois em geral o obeso já passou por outros tratamentos, como dietas, exercícios físicos, reeducação alimentar, spa, entre outros, fazendo com que ele deposite nesta proposta uma enorme esperança, conta Hérquimas Pereira. O acompanhamento psicológico tem ainda a função de detectar possíveis transtornos psicopatológicos que contra-indiquem a cirurgia.

Cirurgias - Segundo Hérquimas Pereira, existem mais de 50 tipos de cirurgias bariátricas no mundo, mas no Brasil apenas cinco são reconhecidas pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) e destas três são as mais realizadas, principalmente a Cirurgia de Fobbi Capella que transforma uma porção do estômago em um pequeno reservatório de cerca de 30 ml, diminuindo bastante a quantidade de alimento ingerido, e também promovem uma desabsorção de uma fração dos alimentos através de um desvio no trânsito do intestino delgado. Foi a este procedimento que a jornalista Vânia Rodrigues se submeteu.

Vânia Rodrigues levou três meses entre a primeira consulta e a intervenção cirúrgica fazendo a avaliação médica. Com 102 quilos, ela sofria com fortes dores na coluna e musculares causados pela lordose, escoliose, seis bicos de papagaio, duas hérnias de disco, causados pelo sobrepeso, além da fibromialgia.

Eu sofria dores atrozes. Certa vez tive uma crise que durou 15 dias. Foi quando meu ortopedista me recomendou a cirurgia, pois o excesso de peso agravava meu problema. A outra opção era uma cirurgia na coluna que tinha 50% de chances de dar certo.

O procedimento cirúrgico durou duas horas e meia e, segundo a jornalista, a recuperação foi rápida. Eu fui anestesiada de forma que dormi quando entrei na sala de cirurgia e acordei já no apartamento. Meu cirurgião disse logo que acordei que a cirurgia havia sido um sucesso. E a partir daí começou todo um processo de reeducação alimentar, de rotina, de vida mesmo, conta Vânia Rodrigues.

Alimentação - O paciente submetido à cirurgia bariátrica será reeducado em termos alimentares aprendendo a valorizar a qualidade e não a quantidade dos alimentos. A sua perda de peso será progressiva, e no primeiro mês deverá diminuir cerca de 10%, do peso inicial até completar 12 meses, quando então estabiliza. A maior perda de peso ocorre nos primeiros seis meses do pós-operatório. O cirurgiado ingere apenas alimentos líquidos no primeiro mês, a partir do segundo passa a fazer refeições pastosas e somente a partir do terceiro mês pode ingerir alimentos sólidos.

Nos primeiros 30 dias após a cirurgia, Vânia ingeriu apenas alimentos líquidos e em quantidades mínimas. Eu tomava o equivalente a um copinho de café a cada 15 minutos, lembra. A partir do segundo mês, passou a ingerir alimentos pastosos e com três meses começou a consumir alimentos sólidos. Esse foi um processo gradativo. A cada mês a nutricionista da equipe foi adequando a alimentação. E é assim ainda hoje. Quando percebemos que um alimento não caiu bem, a gente troca. Enfim, a cirurgia dura algumas horas, mas a mudança é para a vida toda, acredita Vânia Rodrigues. Um ano e três meses depois da cirurgia e 41kg mais magra, ela comemora o sucesso da intervenção. Não sinto mais dores, pontua.

Os pacientes que passam por esse procedimento cirúrgico podem obter melhorias rápidas nas co-morbidades associadas à obesidade como diabetes, hipertensão, apnéia do sono e níveis de colesterol. Foi o que aconteceu com o professor Euclides Moreira Neto. Em 1999, ele estava com as taxas de glicose e colesterol, assim como a pressão arterial, bem acima dos valores máximos permitidos. Seu peso era 135 kg. Eu não conseguia subir uma escada, por exemplo. Tinha dificuldade para realizar minhas atividades sozinho. Foi quando fiz uma cirurgia para colocação de um anel no estômago para diminuir a capacidade do órgão. O objetivo era perder 40% do peso, mas conseguimos apenas 20% , diz.

Cinco anos depois o anel foi absorvido pelo organismo, então ele se submeteu a uma nova cirurgia.

No segundo procedimento, foi feito um desvio gástrico para o intestino grosso, mas o resultado obtido foi o inverso. Ele passou a ganhar peso e chegou a 120 kg. Então, fiz um terceiro procedimento um ano depois para a colocação de uma banda gástrica ajustável, mas eu sofri uma infecção e tive que realizar mais três procedimentos para corrigir os problemas causados pelo último, informa Euclides.

Hoje com 100 kg, Euclides come apenas alimentos líquidos e pastosos. Hérquimas Pereira comenta que o caso dele pode ser o de ganho de peso patológico. É normal que o paciente ganhe de 5% a 10% do peso anterior nos primeiros dois anos depois da cirurgia, pior o organismo se readapta à nova realidade estrutural até que o peso se estabilize. Quando o ganho de peso é superior a 10%, pode haver algum distúrbio no organismo que provoque

isso, além, claro, dos hábitos alimentares que contribuem enormemente, explica.

Apesar de não ter chegado ao peso pretendido, 70 kg, Euclides Moreira Neto diz que sua cirurgia foi um sucesso, pois não tem mais problemas com a taxa de glicose, colesterol e pressão alta. Eu tive um ganho de qualidade de vida, mas ainda preciso perder alguns quilos, por isso devo fazer uma quarta cirurgia, revela.

Alguns pacientes desenvolvem a chamada Síndrome de Dump, que ocorre quando este ingere algum alimento hipercalórico, como doce, tendo sensação de desmaio, sudorese, escurecimento da vista. É uma sensação de morte eminente e ocorre porque no operado a comida é pouco digerida no estômago e vai direto ao intestino e chega com muita concentração de açúcar o que causa todos esses sintomas. Mas a maioria fica assintomática e os que a sentem, não costumam descumprir a dieta, informa Hérquimas Pereira.

Livro

Cirurgia da Obesidade: o que você precisa saber
Especialista em cirurgia bariátrica, o médico Gutemberg Fernandes de Araújo lançou ano passado o livro Cirurgia da Obesidade: o que você precisa saber. A publicação conta ainda com a colaboração do médico Pedro Luiz Bertevello, da equipe da Pro Gastro Clínica e Cirurgia, de São Paulo, e da equipe do Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário (HUUFMA), os médicos Francisca Luzia Macieira de Araújo, Luis Alfredo Neto Guterres Jr. e Manoel Francisco da Silva Santos.

De linguagem fácil, o livro é destinado a pacientes, candidatos à cirurgia, portadores de obesidade, estudantes e professores. A leitura trata da obesidade, uma das principais doenças do século XXI, transcorrendo, ainda, pelos fatores causais da doença e fatores de risco, abrindo um parêntese para falar aos pacientes independente se têm ou não indicação de obesidade mórbida.

Gutemberg Araújo é um dos precursores da implantação da cirurgia bariátrica no Maranhão, que aconteceu pela primeira vez em 2001, no HUUFMA. Desde essa época, o médico vem aperfeiçoando sua técnica e trabalhando a questão da obesidade.

Riscos e sequelas

Como qualquer procedimento cirúrgico, embora mínimos, existem riscos de complicações durante a cirurgia e no pós-operatório.

Reações adversas possíveis:

- Náuseas e vômitos
- Gases intestinais e distensão abdominal
- Síndrome do esvaziamento rápido
- Intolerância à lactose
- Enfraquecimento temporário dos cabelos
- Depressão e angústia psicológica
- Alterações nos hábitos intestinais como diarréia, constipação, fezes gasosas

Complicações possíveis:

- Infecção, sangramento ou vazamento nos sítios de colocação de linhas de sutura/grampos
- Obstrução dos intestinos ou da bolsa estomacal
- Desidratação
- Formação de coágulos sanguíneos nas pernas ou pulmões
- Deficiência de vitaminas e minerais
- Desnutrição protéica
- Hérnia incisional. ■

Farmácia Popular Distribui Mais um Medicamento Gratuito para Diabéticos

O programa Farmácia Popular, iniciativa que garante a distribuição de medicamentos gratuitos à população, passa a oferecer também o cloridrato de metformina de ação prolongada, utilizado no tratamento de diabetes. Por permanecer mais tempo em circulação no organismo do paciente, o cloridrato

pode dar uma resposta mais eficaz ao tratamento da doença.

Com a inclusão, definida pelo Ministério da Saúde, a população passa a ter acesso a 11 itens oferecidos gratuitamente para hipertensos e diabéticos nas mais de 15 mil farmácias e drogarias credenciadas ao Aqui Tem Farmácia Popular em todo o país.

Além dos 11 medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes, são oferecidos outros 13 tipos de remédios, destinados ao tratamento de asma, rinite, mal de Parkinson, osteoporose e glaucoma. Eles podem ser adquiridos por preços até 90% mais baixos que os praticados no mercado. É possível obter também fraldas geriátricas por custos menores.

Para ter acesso aos produtos é necessário que o usuário apresente CPF, documento com foto e receita médica. No caso dos medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes, a identificação é feita pelo nome genérico ou "princípio ativo", que é a substância que compõe o medicamento.

PARCEIROS

No último mês, o Ministério da Saúde debateu com produtores e distribuidores da indústria farmacêutica formas de viabilizar a gratuidade dos medicamentos para hipertensão e diabetes disponíveis no ***Farmácia Popular***. Com isso, o setor produtivo e os estabelecimentos conveniados, em uma atitude socialmente responsável, se comprometeram com o programa. A gratuidade dos medicamentos oferecidos é garantida pelo compromisso do ministério em dar todo o suporte técnico necessário para os parceiros.

Criada em 2004, a iniciativa se expandiu com a adesão da rede privada e se transformou no programa ***Aqui Tem Farmácia Popular***. Atualmente, cerca de 1,3 milhão de brasileiros são beneficiados por mês. Destes, aproximadamente 660 mil são hipertensos e 300 mil, diabéticos.

O Disque Saúde (0800-61-1997) e o site do Ministério da Saúde trazem mais informações sobre os itens oferecidos. ■

Princípios Ativos dos Medicamentos Oferecidos Gratuitamente pelo Aqui Tem Farmácia Popular:

Hipertensão
Captopril 25 mg, comprimido
Maleato de enalapril 10 mg, comprimido
Cloridrato de propranolol 40 mg, comprimido
Atenolol 25 mg, comprimido
Hidroclorotiazida 25 mg, comprimido
Losartana Potássica 50 mg
Diabetes
Glibenclamida 5 mg, comprimido
Cloridrato de metformina 500 mg, comprimido
Cloridrato de metformina 850 mg, comprimido
Cloridato de metformina de ação prolongada 500 mg
Insulina Humana NPH 100 UI/ml – suspensão injetável, frasco-ampola 10 ml
Insulina Humana NPH 100 UI/ml – suspensão injetável, frasco-ampola 5 ml
Insulina Humana NPH 100 UI/ml – suspensão injetável, refil 3 ml (carpule)
Insulina Humana NPH 100 UI/ml – suspensão injetável, refil 1,5 ml (carpule)
Insulina Humana Regular 100 UI/ml, solução injetável, frasco-ampola 10 ml
Insulina Humana Regular 100 UI/ml, solução injetável, frasco-ampola 5 ml
Insulina Humana Regular 100UI/ml, solução injetável, refil 3 ml (carpules)
Insulina Humana Regular 100UI/ml, solução injetável, refil 1,5 ml (carpules)

NESTLÊ

Sorvete Molico Yogo!

- Embalagem: Pote com 542 g
- 0% de adição de açúca
- 1 bola = 60Kcal
- 69% de redução em gorduras
- 39% de redução em calorias
- Sabores: Natural e Frutas Vermelhas
- Com Selo de Qualidade e Confiança Anad.

WOW NUTRITION

Gelatina Diet Doce Maior

- Edulcorante: Aspartame, Acesulfame de Potássio
- Embalagem: Caixa com 12,5g
- 9 kcal. por porção.
- **Sabores:** Abacaxi, Framboesa, Limão, Morango e Uva.
- Agora com o selo de "Qualidade e confiança" ANAD.

JASMINE

Grain Flakes Diet Frutas Vermelhas

- Embalagem: Pacote com 250g
- Sem adição de açúcar;
- Com germen de trigo, flocos de aveia, flocos de arroz;
- Isento de aditivos químicos e sem conservantes;
- Rico em fibras;
- Sabores: Castanhas & Frutas Tropicais e Frutas Vermelhas;
- Com selo de qualidade e confiança Anad.

LOWÇUCAR

Chá Verde Magro Zero Açúcar

- Envelope de 8g;
- Preparo instantâneo e sem adição de açúcar;
- Adoçado com Ciclamato de Sódio, Sacarina Sódica e Aspartame;
- **Sabores:** Limão e Pêssego;
- Com selo de qualidade e confiança Anad.

16º CONGRESSO BRASILEIRO MULTIDISCIPLINAR EM DIABETES®

29, 30 e 31 DE JULHO DE 2011

Organização: ANAD Associação Nacional de Assistência ao Diabético — SUA SAÚDE É A NOSSA META — IDF "Centre of Education" — International Diabetes Federation

Apoio Científico: FM ABC Faculdade de Medicina do ABC; UNIP Universidade Paulista

Impresso Patrocinado por: NOVARTIS cuidar e curar

Apoios: International Diabetes Federation; Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde BRASIL; FENAD; CONASEMS; Secretaria de Saúde São Paulo; Prefeitura de São Paulo; ALAD

Só para profissionais de saúde Nível Universitário

Médicos: Endocrino, Cardio,Clínico, Nefro, Vascular, Oftalmo, Gineco e das especialidades afins.

Multiprofissionais de saúde: Dentistas, Biomédicos, Farmacêuticos, Nutricionistas, Biólogos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Psicólogos, Fisioterapeutas, Professores de Educação Física, Gestores e responsáveis de Saúde Pública.

O MAIS COMPLETO EVENTO DE DIABETES

"Traduzindo a atualização científica para a prática"

44 Simpósios de atualização com 200 palestras e participação ativa dos congressistas em debates e workshops

- Políticas de Saúde em Diabetes
- Atualização Laboratorial em D.M
- Dislipidemias
- Resistência Insulínica
- Insulinização de Pacientes Hospitalizados
- Hipoglicemias
- Manuseio da Hiperglicemia no DMT2: Atualizações
- Consensos 2010-2011 ADA - EASD - SBD
- Insulinização no DMT2
- Incretinas
- Atualização ao Diagnóstico: Uso HBA1c
- Tratamento e Atualização no DMT1
- Pé Diabético (Prevenção - Tratamento - Proteses)
- O Diabético na UTI
- Dialises
- Aspectos Moleculares da Resistência Insulínica
- Diabetes e Doença Cardiovascular. Maior Complicações do DMT2
- Hipertensão e Diabetes: Atualização Terapeutica
- Síndrome Metabólica
- Fisiopatologia Molecular e Celular do D.M.
- Novas Tecnologias e Equipamentos
- Células-Tronco
- Aspectos Especiais no Atendimento do Adolescente Diabético
- Cirurgia Bariátrica: Indicações e Controvérsias
- Sexualidade e Diabetes
- Terapia Nutricional para o Paciente com DM
- Cuidados Nutricionais para Idosos Diabéticos
- Atenção Ginecológica e Obstétrica para a Mulher com Diabetes
- Pré-Diabetes: Atualizações
- Doença Vascular Periférica: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção
- DMT1: Tópicos Atuais na Abordagem e Seguimento
- DM e Transplantes
- Oftalmologia em DM
- Atividade Física: Controle Multiprofissional no Portador de Diabetes
- Acompanhamento Farmacêutico em DM
- Psicologia e DM - Educação em DM
- Paciente Diabético pós AVC
- Discussão de Casos Clínicos - Debates e Perguntas
- Memória Metabólica
- Váscular
- Diabetes na Criança e no Adolescente
- Odontologia em Diabetes
- Economia da Saúde em Diabetes
- Aspectos Jurídicos na Área da Saúde.

Oficinas (workshops) :

- Pé
- Insulina
- Glicosimetros
- Bomba de Insulina
- Treinamento em Software

Inscrições para TEMAS LIVRES
Prêmio R$2.000,00

Informações:

ANAD Associação Nacional de Assistência ao Diabético — SUA SAÚDE É A NOSSA META — IDF - "Centre of Education" — International Diabetes Federation

ANAD - Associação Nacional de Assistência ao Diabético
Rua Eça de Queiroz, 198 - Vila Mariana
CEP: 04011-031 - São Paulo - SP - Tel.: (11) 5572-6559
Web Site: www.anad.org.br E-mail: congresso2011@anad.org.br

Local: UNIP Universidade Paulista
Rua Vergueiro, nº 1.211
Paraíso - São Paulo - SP

Frágil, Mini Cão Pode Entrar em Choque por Hipoglicemia

Filhotes de raças pequenas, como pug, bull-dog francês e yorkshire, pedem cuidados especiais.

Frágeis, esses bichos têm naturalmente uma taxa baixa de glicose no sangue. Por isso, é real a chance de entrarem em estado de hipoglicemia depois de ficar muito tempo sem ingerir açúcar e os casos são mais comuns do que se imagina.

Se o cão come pouco e gasta energia, há mesmo o risco de entrar em choque.

O principal sintoma está na mudança de comportamento. Filhotes, que costumam ser ativos, ficam quietos demais. Em alguns casos, nem conseguem se mexer.

Se percebido no início, o problema pode ser sanado, passado um pouco de mel na língua do cão. Outras vezes, no entanto, é preciso levar o animal ao veterinário, e com urgência.

Como prevenção, pode-se usar o truque do mel, quando não for possível esperar para checar se o bicho vai comer direito. ■

Fonte: Folha de São Paulo, Caderno Cotidiano, Fevereiro de 2010.

Medicamentos na Mira: Anvisa Quer Banir Remédios para Emagrecer; Endocrinologistas Reagem

Proposta para proibir emagrecedores que atuam no sistema nervoso central, como a sibtramina e os derivados de anfetamina, foi anunciada a entidades médicas da área; para especialistas, decisão é radical e deixará pacientes sem alternativa de tratamento.

O reinado dos remédios emagrecedores está por um fio. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (**Anvisa**) quer banir de vez a comercialização de todas as drogas usadas para emagrecer que atuam no sistema nervoso central: A subtramina e os derivados de anfetamina (femproporex, dietilpropiona e mazindol).

A única droga para o tratamento da obesidade que continuará liberada será o orlistate (Xenical), que atua diretamente no intestino, reduzindo em cerca de 30% a absorção de gordura.

Diante de estudos que apontam que o consumo de sibutramina aumenta o risco de problemas cardíacos, desde o ano passado a (Anvisa impôs novas regras e endureceu os critérios de venda dessa droga – considerada de primeira classe no tratamento da obesidade. Ela deixou de ser vendida como medicamento comum e passou a integrar a categoria dos anorexígenos, drogas que exigem receita especial.

A proposta de proibir os emagrecedores foi anunciada a especialistas e entidades médicas da área e publicada no site da agência, junto com um parecer explicando os motivos.

Para médicos endocrinogistas que atuam no combate à obesidade, a medida é radical demais e vai deixar os pacientes sem opção de tratamento, já que o controle da fome e da saciedade ocorre no cérebro e quase metade da população brasileira tem sobrepeso. Muitos pacientes não conseguem perder peso com o tratamento clínico convencional, que inclui dieta e exercícios físicos.

O estudo no qual a Anvisa se baseia para tentar banir a sibutramina foi feito em pacientes com mais de 55 anos, com doenças coronarianas sendo que já não se indicava sibutramina para paciente cardíacos.

A Anvisa não considerou as atuais diretrizes sobre tratamento da obesidade. Como eles defendem mudanças de hábitos e exercícios físicos, ficará a idéia de que só é gordo quem quiser. Colocaram no mesmo saco o profissional sério e os que promovem o uso indiscriminado dessas drogas. O correto seria intensificar a fiscalização.

A grande maioria dos pacientes toma esses remédios com critério e com acompanhamento. Retirar do mercado é uma medida drástica. ■

Fonte: Estado de São Paulo, Caderno Vida, Fevereiro de 2010.

EUA Ampliam o Acesso à Cirurgia para Emagrecer

FDA aprova a redução do peso mínimo para candidatos à banda gástrica

Mas mudança só vale no caso de pacientes com doenças associadas à obesidade, como diabetes e hipertensão.

"Do New York Times"

Americanos no limite inferior da obesidade vão poder fazer cirurgia para emagrecer. A FDA (agência dos EUA que regula remédios e alimentos) aprovou na quarta-feira a ampliação do acesso à operação de banda gástrica.

Nessa operação, é usada uma prótese de silicone que "estrangula" o estômago. Esse anel limita a quantidade de comida que a pessoa consegue ingerir e aumenta a sensação de saciedade.

A prótese é fabricada pela Allergan (laboratório que também faz o Botox).

No estudo apresentado pela Allergan à FDA, os pacientes perderam, em média, 18% do peso corporal um ano após a cirurgia.

A empresa estima que mais de 26 milhões de americanos vão passar a ser candidatos à cirurgia. De acordo com as regras antigas, só 18 milhões poderiam ser submetidos ao procedimento.

Até agora, a banda gástrica era indicada para pessoas com IMC (Índice de Massa Corporal) acima de 40, se não tivessem complicações relacionadas à obesidade, ou de ao menos 35, caso tivessem doenças associadas.

A Allergan, pediu a redução desse limite para IMC de 35, no caso de pessoas saudáveis, e de 30, no caso dos que têm problemas de saúde.

A FDA concordou em baixar a exigência para um IMC de 30, no caso de pacientes doentes. Mas manteve o limite mínimo de 40 para obesos saudáveis. (Considera-se que uma pessoa é obesa se ela tem IMC a partir de 30).

Para que a terapia seja indicada a pacientes que possam se beneficiar mais dela a recomendação é limitada a pessoas com maior risco de complicações ligadas à obesidade.

Diabetes

Nas regras antigas, uma pessoa com 1,60m que sofre de diabetes teria que pesar 89,6 kg para ser operada. Agora, a mesma pessoa pode ser operada pesando 76,8 kg.

Um comitê consultivo já tinha recomendado a mudança, concluindo que os benefícios da cirurgia compensam os riscos para pessoas na faixa mais baixa de obesidade.

Especialistas dizem que o maior acesso à cirurgia, somado às restrições às drogas antiobesidade, vão levar mais obesos moderados a procurar a operação. ■

Fonte: Folha de São Paulo, Caderno Saúde, Fevereiro de 2010.

Remédios para Emagrecer – Porque é Ruim Proibir a Venda NÃO FAZ SENTIDO

A intenção da Anvisa de banir os anorexígenos das farmácias, além de ferir as liberdades individuais, é uma ameaça à saúde de 16 milhões de brasileiros que, por questões de ordem biológica, precisam de remédio para emagrecer.

Dos 40 milhões de brasileiros em guerra com a balança, 16 milhões não conseguem perder peso apenas com mudanças no estilo de vida. Eles podem se esfalfar na academia de ginástica e viver à base de alface e, mesmo assim, estão condenados ao fracasso pela genética ou por desajustes biológicos adquiridos. Alguns apresentam um ritmo metabólico mais lento do que o normal – e, por isso, queimam menos gordura. Outros, por causa de um desequilíbrio químico cerebral, precisam de muita comida para que se sintam satisfeitos. Sem medicamentos, esses homens e mulheres não emagrecem. E, assim, podem adoecer seriamente. A obesidade é fator de risco para o aparecimento e agravamento de problemas cardiovasculares, diabetes, câncer e hipertensão, entre outros males. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), órgão do Ministério da Saúde, anunciou a intenção de banir do mercado os principais remédios para emagrecer que agem sobre o sistema nervoso central: os anorexígenos sibutramina, femproporex, anfepramona e mazindol. Eles não têm equivalentes, ao contrário de outros medicamentos cuja venda foi proibida.

Para a agência, o único composto antiobesidade que deveria permancer à venda é o orlistat, princípio ativo do Xenical – um remédio caro, com efeitos colaterais bastante inconvenientes por agir diretamente no intestino e de pouca eficácia terapêutica. A Anvisa argumenta que anorexígenos oferecem mais riscos do que benefícios, em especial complicações cardíacas. Tais efeitos colaterais não são nenhuma novidade.

Eles estão descritos, inclusive, na bula dos medicamentos. Porém um médico responsável não receita um inibidor de apetite para um paciente com perfil de risco. Além disso, os perigos da obesidade não tratada são bem maiores que os do uso adequado dos anorexígenos.

Dirceu Barbano, diretor-presidente interino da Anvisa, defendeu o banimento: ”Os médicos podem encontrar alternativas de tratamento, como, dieta, exercícios físicos e tratamentos de comorbidades”. É um retrocesso ao tempo em que os gordos eram vistos como desleixados, preguiçosos e sem força de vontade para enfrentar seu problema, porque a medicina ainda não havia descoberto os complexos mecânicos que levam uma pessoa a ser obesa, independentemente de seus hábitos. A Anvisa promoveu uma audiência pública para discutir com “a sociedade “ se anorexígenos devem ser banidos do mercado. Em seguida, a diretoria colegiada da agência, composta atualmente de três representantes, anunciou seu parecer final. Como esse tipo de iniciativa serve apenas para conferir uma aparência democrática a decisões já tomadas, boa parte delas de caráter eminentemente ideológico,é dado como certo que os medicamentos para emagrecer desaparecerão das farmácias brasileiras.

No fim do ano passado, a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), com a colaboração de outras quatro organizações médicas, elaborou diretrizes atualizadas para o tratamento farmacológico da obesidade e do sobrepeso, com base em uma ampla revisão de literatura científica sobre os medicamentos para emagrecer. Tal documento atesta a eficácia das quatro substância que a Anvisa quer proibir. O texto é bastante claro ao distinguir o que são efeitos colaterais frequentes das medicações

Optium Xceed

DIABETES SOB CONTROLE

Para controlar o diabetes de forma simples e rápida, nada melhor que um glicosímetro que cabe na palma da sua mão e ainda carrega funcionalidades que se adaptam às suas necessidades. Optium Xceed é o glicosímetro que facilita a vida do portador de diabetes.

Simplicidade no manuseio e leitura

- Fácil navegação e configuração
- Números grandes
- Display luminoso

Precisão e segurança

- Exclusiva tira-teste com tecnologia TrueMeasure™
- Tiras-teste embaladas individualmente: garantia de integridade dos reagentes
- Único com testes de glicemia e cetonemia* no mesmo monitor

Economia

- Menor custo: único com opção de caixa com 100 tiras-teste

* Com tira-teste específica

Abbott On-Line Care
0800 703 0128
De 2ª a sábado, das 8h às 20h
www.abbottdiabetes.com.br

DIABETES SOB CONTROLE

Abbott Diabetes Care

(boca seca, irritabilidade, insônia) das suas contra indicações (para pessoas com risco cardiovascular, com histórico de doenças psiquiátricas e dependências de álcool e drogas). O documento da Anvisa ignora as diretrizes das entidades médicas e, ao avaliar a segurança dos anorexígenos,entende as contradições a todos os pacientes. Sobre a anfepramona, por exemplo, a agência descreve: "A Anvisa registrou 341 reações adversas".

O papel não informa, porém o período analisado. Se a estatística abrange as cinco décadas de uso do remédio no Brasil e se levou em conta o imenso número de pacientes tratados desde então e se os 341 relatos de efeitos adversos estavam dentro dos parâmetros de segurança.

A Anvisa e as entidades médicas utilizaram os mesmos estudos para instruir seus documentos. Mas, curiosamente, as conclusões a que chegaram são opostas. ■

Fonte: Revista Veja, Caderno Medicina, Fevereiro de 2011.

Casos de Derrame Cerebral Aumentam entre os Jovens

Internações de homens com até 34 anos crescem 51% em 13 anos, nos EUA

Casos de derrame aumentam entre os jovens, mostra levantamento dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças, ligados ao Departamento de Saúde dos EUA.

Em pouco mais de uma década, houve crescimento de 51% nas internações por acidente vascular cerebral isquêmico entre homens de 15 a 34 anos. Nas mulheres dessa faixa, a alta foi de 17%

Os pesquisadores acessaram dados sobre a internação de pacientes em cerca de mil hospitais americanos entre os anos de 1994 e 2007.

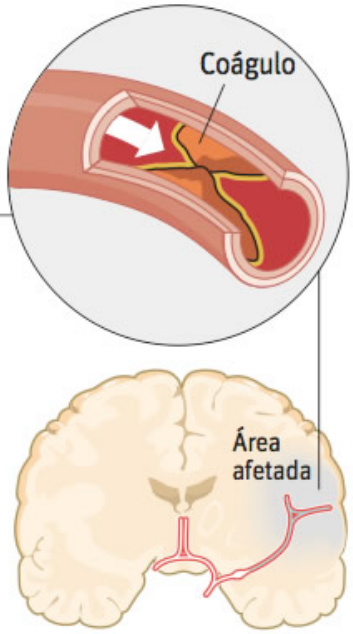
No Brasil, as doenças cerebrovasculares também tiveram aumento expressivo entre os jovens, segundo números do Datasus, banco de dados do Ministério da Saúde.

ACIDENTE PRECOCE

Maus hábitos e sedentarismo aumentam o risco

O que é acidente Vascular cerebral

É a interrupção súbita da irrigação sanguínea no cérebro causada por um coágulo (AVC isquêmico) ou pelo rompimento dos vasos (AVC hemorrágico)



Fatores de risco

- Hipertensão
- Arritmias cardíacas
- Colesterol elevado
- Diabetes
- Tabagismo

Causas da incidência em jovens

- Sedentarismo
- Estresse
- Consumo de drogas
- Consumo de álcool
- Dieta com poucas verduras e fibras
- Consumo de muito sal

Sinais do avc

- Perda da força ou dormência nos membros
- Dificuldade para falar ou entender o que os outros estão falando
- Tontura e desequilíbrio
- Dor de cabeça intensa

Nos **EUA, entre 1994 e 2007,** o aumento de internações por AVC isquêmico entre jovens de 15 a 34 anos foi de:

51% em homens

17% em mulheres

No **Brasil, entre 1998 e 2007,** o aumento de internações por doenças cerebrovasculares entre jovens de 15 a 34 anos foi de:

64% em homens

41% em mulheres

Fontes: SHEILA MARTINS e SANTINO LACANNA, neurologistas; Datasus; Centers for Disease Control and Prevention

Entre 1998 e 2007, houve crescimento de 64% nas internações por AVC entre homens, e de 41% entre mulheres na faixa de 15 a 34 anos.

O AVC isquêmico representa cerca de 90% dos casos e é causado pela obstrução das artérias cerebrais.

Se não for contida a tempo, a doença pode lesionar áreas do cérebro e causar sequelas nos movimentos e em funções como a fala.

Só em 2007 houve um total de 7.599 internações por doenças cerebrovasculares no Brasil, nessa faixa etária.

MAIS SAL

Hipertensão, diabetes e colesterol alto são fatores de risco de derrame.

"O AVC isquêmico é comum em idades mais avançadas, mas o jovem passa a ter os mesmos riscos se é mais sedentário e obeso", diz o neurologista Luiz Alberto Bacheschi, presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

"Pensam que é doença de velho, mas cada vez mais jovens chegam aos hospitais com perda de força nos membros, tonturas, sinais que antes só víamos entre pessoas de mais idade", diz Martins.

O jovem, está ingerindo mais sal, bebendo mais álcool e comendo mal.

O uso de álcool e drogas pode causar lesões arteriais, tornando o adolescente e o jovem predispostos ao problema, diz Bacheschi.

O neurologista Santino Lacanna, da Unifesp, não descarta a possibilidade de que nos últimos anos os diagnósticos tenham ficado mais precisos, o que pode explicar parte do aumento dos casos.

Mas acrescenta que fatores como o estresse também podem ser uma hipótese válida.

"Com a competitividade, não dá para jogar o estresse pela janela, mas dá para controlar a alimentação e praticar exercícios físicos."

SINAIS

Dor de cabeça, dificuldade para falar ou enxergar e dormência nos membros são sinais. "As pessoas não sabem reconhecê-los e demoram a chegar aos hospitais", diz Sheila Martins.

Para Bacheschi, "faltam campanhas mostrando que o jovem está levando uma vida comparável à de um idoso". ■

Fonte: Folha de São Paulo, Caderno Saúde, Março de 2011.

Pesquisadores Criam Índice para Calcular Obesidade

Novo método desenvolvido nos EUA mede percentual de gordura com mais precisão do que IMC

O Índice de Massa Corporal (IMC), usado para medir o grau de magreza ou obesidade de uma pessoa, tem quase 200 anos de idade e defeitos.

Oito pesquisadores liderados por Richard Bergman, da Universidade do Sul da Califórnia, em Los Angeles, criaram "Um Índice Melhor de Adiposidade do Corpo". Esse é o título do artigo científico em que descrevem o método, na revista médica "Obesity".

O novo método chama-se Índice de Adiposidade Corporal (IAC) e usa uma equação e apenas duas medidas -a circunferência do quadril e a altura da pessoa- para chegar à porcentagem de gordura no corpo.

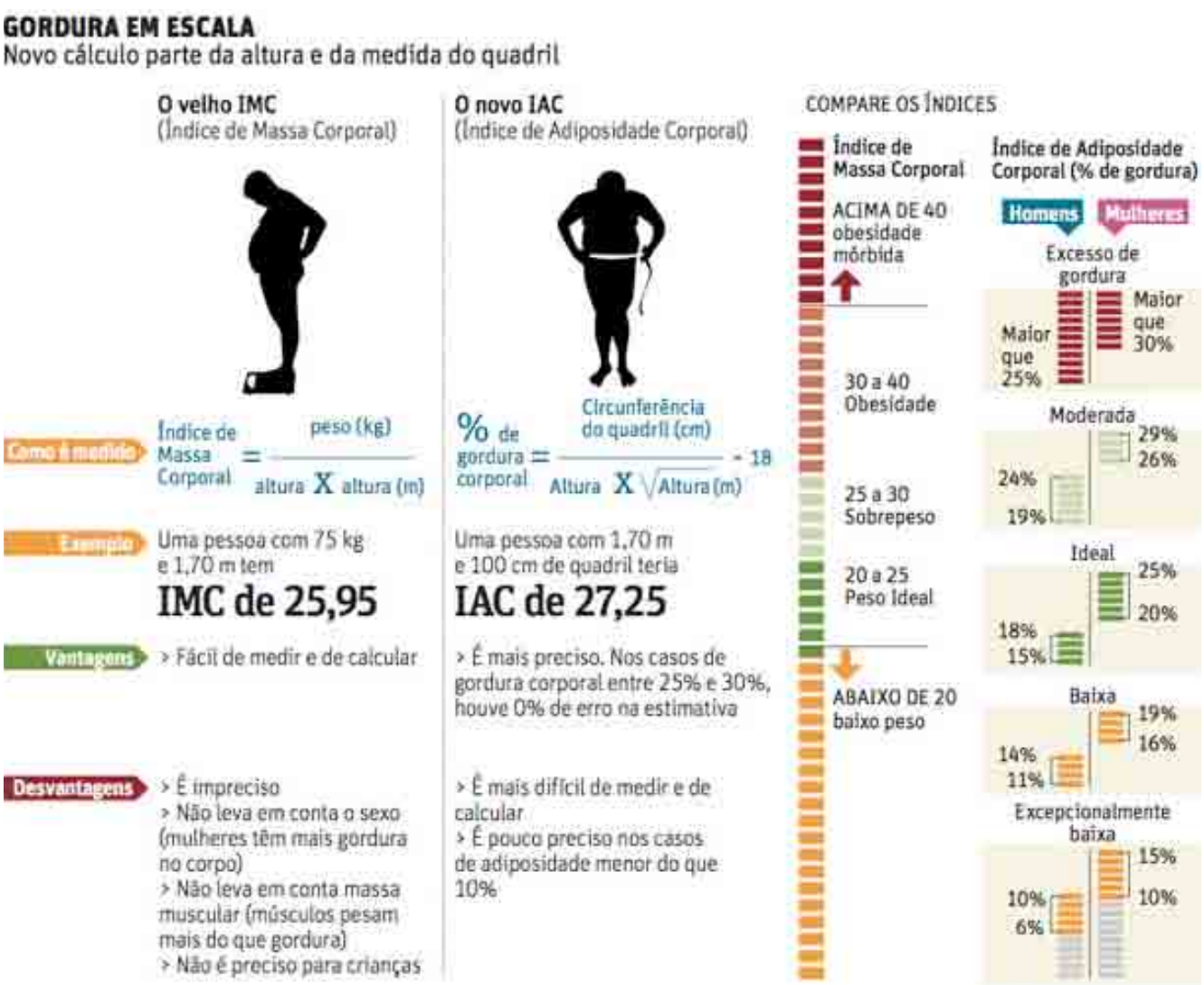
O método tradicional de calcular é obtido ao se dividir o peso da pessoa em quilos pelo quadrado de sua altura em metros. [veja ilustração]

O velho índice foi criado em 1832 pelo matemático e astrônomo belga Lambert Adolphe Jacques Quetelet (1796-1874). O Índice de Quetelet foi rebatizado de IMC em 1972, e depois adotado pela Organização Mundial de Saúde como um método simples de medir a obesidade.

SÓ PARA MAIORES

O IMC é impreciso, pois não leva em conta o sexo ou a massa muscular (mulheres têm mais gordura; e músculos pesam mais que gordura). Também não é adequado para menores de 18 anos.

Saber a prevalência de obesidade em uma população é importante em termos de saúde pública. Trata-se de fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensão e câncer.



Por exemplo: estudo com 24.508 pessoas de 45 a 79 anos, no Reino Unido, revelou que 1.708 homens e 892 mulheres desenvolveram doença coronária cerca de nove anos depois.

Homens com as maiores cinturas em relação aos seus quadris tiveram 55% maior chance de desenvolver a doença; entre elas, o risco foi 91% maior.

Bergman e colegas testaram várias equações para checar qual corresponderia melhor à realidade. Eles tinham a porcentagem de gordura no corpo de duas populações estudadas antes, uma de 1.733 americanos descendentes de mexicanos, outra de 223 afro-americanos.

A gordura tinha sido medida por uma técnica de raio-X, a DXA (sigla em inglês para Absorciometria de Raios-x de Dupla Energia).

A fórmula conseguiu prever com precisão a gordura corporal nos casos acima de 20%; nos casos de gordura de 25% a 30%, a precisão foi total, erro de 0% na estimativa. Apenas nos casos de adiposidade abaixo de 10% a equação não foi tão precisa, indicando um erro de 17,4% a mais de gordura.

Os autores do estudo reconhecem que é preciso mais medidas e de diferentes populações para validar o novo índice. ■

Fonte: Folha de São Paulo, Caderno Saúde, Março de 2011.

NO CONTROLE DO DIABETES, A BAYER ESTÁ SEMPRE UM PASSO À FRENTE.

A1CNow+®
MONITOR PORTÁTIL DE HbA1c

NOVO USO PROFISSIONAL

SIMPLES
- Teste de fácil realização, necessita apenas 5 µL coletados por punção, com lanceta, da ponta do dedo.

PRÁTICO
- Disponível em *kits* contendo 1 aparelho e 10 testes.
- Não necessita de refrigeração (se usado em um período de 4 meses).
- Previamente calibrado.

RÁPIDO
- Resultados em apenas 5 minutos.
- Permite reavaliações e tomada de decisões no tratamento do diabetes.[2,3]

PRECISO
- Apresenta alto grau de precisão.[1]
- Obtém anualmente a certificação pelo *National Glycohemoglobin Standardisation Program*.

PORTÁTIL
- Seu *design* e tamanho pequeno permite o transporte e utilização em vários locais.

Para mais informações, ligue 0800 723 1010
ou acesse o site www.bayerdiabetes.com.br

simplewins®
ésimplesvencer

Bayer HealthCare
Diabetes Care

Referências bibliográficas: 1. Bode BW, et al. Advances in hemoglobin A1c point of care technology. **J. Diabetes Sci. Technol.** 2007; 1(3):405-411. **2.** Standards of Medical Care in Diabetes. 2007. American Diabetes Association. **Diabetes Care.** 2007; 30 (suppl. 1). **3.** Miller CD, et al. Rapid A1c availability improves clinical decision-making in an urban primary care clinic. **Diabetes Care.** 2003; 26:1158-1163 LBR.DC.2010-10-15.0073 Material destinado à classe médica

Marca Passo Implantado no Estômago Controla Fome

Aparelho é similar ao usado para o coração

Há cinco meses, Patrick Hetzner implantou um marca-passo no estômago que pode controlar seu apetite.

Desde que colocou o dispositivo, Hetzner, 20, um carteiro de Munique, perdeu mais de dez quilos.

Ele faz parte de uma pesquisa clínica. Desde fevereiro, o dispositivo já é vendido em toda União Europeia.

O marca-passo é parecido com o usado para o coração. O aparelho transmite impulsos elétricos para "enganar" o estômago e o cérebro e dar a sensação de saciedade.

Hetzner diz que sente os impulsos minutos após começar a comer. "Sinto uma pressão no estômago ou um beliscão, mas não é ruim." Ele fica satisfeito com metade da quantidade de comida.

Até agora, 65 pacientes receberam o dispositivo. Metade está com ele há pelo menos um ano e a maioria perdeu 20% do peso.

Já existem outros marca-passos para estômago no mercado, mas muitos são usados para aliviar náuseas e vômitos, e não para combater a obesidade.

O efeito colateral mais sério registrado foi uma infecção relacionada à cirurgia. Na Grã-Bretanha, a operação custa 15 mil euros (R$ 34 mil).

Segundo a fabricante, a bateria dura cinco anos e cabe ao paciente decidir quanto tempo vai manter o aparelho. Hetzner quer ficar com o marca-passo por quatro anos. "Quero ter certeza de que meu corpo vai se adaptar a essa nova forma de comer." ■

Fonte: Folha de São Paulo, Caderno Saúde, Março de 2011.

Cirurgia Bariátrica para Diabetes tem Novas Regras

Relatório internacional define critérios para selecionar candidatos à operação

Texto admite redução do estômago para diabéticos com obesidade leve, mas só em casos excepcionais

A Federação Internacional de Diabetes (IDF) divulgou pela primeira vez um documento com diretrizes para a realização da cirurgia bariátrica em pacientes com diabetes.

O relatório traz regras mais precisas e rígidas para fundamentar a opção de tratamento via redução de estômago. Entre elas, há a recomendação de exames pré-operatórios mais sofisticados (de retina e de avaliação da função do fígado, por exemplo).

O documento considera a cirurgia uma opção para diabéticos com IMC entre 30 e 35.

No entanto, essa indicação para pessoas com obesidade leve só vale em casos excepcionais, quando o diabetes não é controlável clinicamente e há risco cardíaco.

O texto afirma que a prioridade da cirurgia continua sendo para pacientes com obesidade mórbida (IMC acima de 40), ou moderada (acima de 35) com doenças relacionadas, como o diabetes.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina estabelece que a cirurgia só é indicada para esses dois casos.

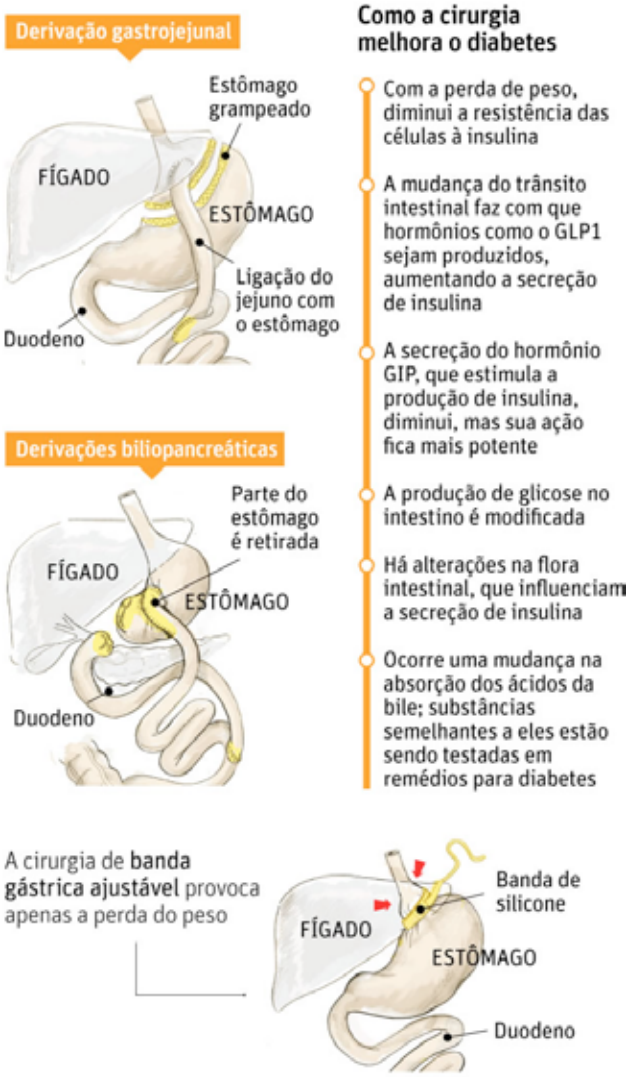
O texto "The IDF Taskforce on Epidemiology and Prevention" foi apresentado na segunda, no Congresso de Intervenção para Terapia do Diabetes Tipo 2, nos EUA, que terminou anteontem.

O documento foi redigido por 20 endocrinologistas, cirurgiões e especialistas em saúde pública de diversos países, incluindo o Brasil.

O texto da IDF estabelece também quais são as cirurgias eficazes e quais são experimentais. Novas técnicas, agora, terão que mostrar, por meio de estudos, benefícios iguais ou superiores aos das cirurgias clássicas.

EMAGRECIMENTO VIA BISTURI

Entre as técnicas aprovadas, apenas duas causam mudanças metabólicas nos diabéticos



Fonte: Bruno Geloneze e Saulo Cavalcanti, endocrinologistas

Coração

Operação reduz risco de infarto

A incidência de infartos e derrame é 30% menor em pacientes que fizeram a cirurgia bariátrica. A conclusão é do maior estudo sobre o assunto, apresentado no congresso de diabetes, nos EUA, e que analisou dados de 20 anos de 4.047 pacientes. ■

Fonte: Folha de São Paulo, Caderno Saúde, Abril de 2011.

Nova Associação de Drogas é Promessa Contra Obesidade

Em estudo com 2400 pessoas, combinação entre antiepiléptico e derivado da anfetamina foi eficaz

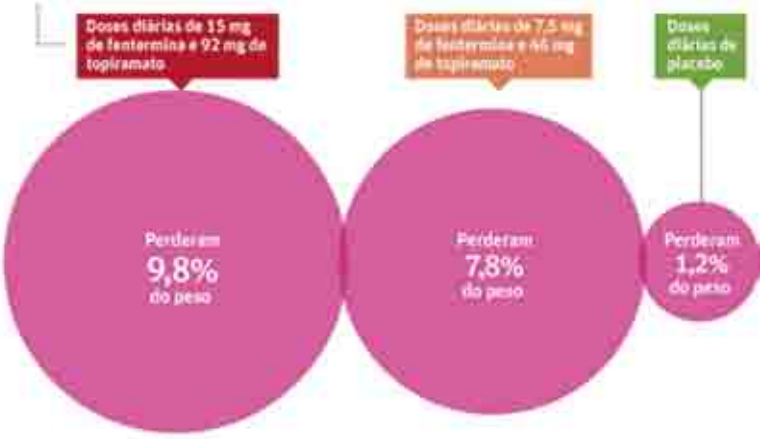
COMBO ANTIOBESIDADE

Pesquisa analisou o efeito da associação de duas substâncias na perda de peso

	FENTERMINA	TOPIRAMATO
O que é	Substância derivada das anfetaminas	Medicamento antiepilético e que combate enxaqueca
Como age	Estimula a produção de noradrenalina, neurotransmissor que inibe o centro da fome na região do hipotálamo	Seu mecanismo é desconhecido, mas a hipótese mais provável é que atue diminuindo a compulsão por comida
Efeitos colaterais	Insônia, depressão, tremores, agitação, boca seca	Perda de memória, irritabilidade, queda na concentração, sensação de formigamento
	☒ Não é comercializada no Brasil	☑ É comercializado no Brasil

COMO FOI O ESTUDO

2.487 indivíduos obesos ou com sobrepeso foram divididos em **3 GRUPOS** e acompanhados durante 56 semanas



Medicamentos para perder peso à venda no Brasil

Medicamento	Como age	Eficácia
Anfepramona (Hipofagin)	Libera mais noradrenalina no hipotálamo. Isso inibe a fome	A redução do peso acontece só a curto prazo, não é mantida
Femproporex (Desobesi)	Inibe a recaptação de dopamina e de serotonina	Não há estudos que comprovem a eficácia do remédio
Mazindol (Moderine, Absten)	Inibe a recaptação de noradrenalina e reduz o líquido gástrico	Estudos publicados não têm qualidade para comprová-la
Sibutramina (Plenty, Saciette)	Inibe serotonina e noradrenalina, aumentando a saciedade	A redução de peso é pequena; muitos pacientes não têm benefício
Orlistate (Xenical)	Reduz a absorção de gordura, bloqueando enzima do pâncreas	Estudo mostrou redução significativa do peso no primeiro ano

Medicamento é visto com otimismo por endocrinologistas.

Uma nova droga que combina uma substância anticonvulsiva e um derivado da anfetamina é a nova promessa da indústria farmacêutica para combater a obesidade.

O medicamento foi testado em um estudo com mais de 2.400 pessoas que apresentavam obesidade ou sobrepeso e que tinham pelo menos duas doenças associadas, como hipertensão e diabetes.

A pesquisa foi conduzida pela Universidade Duke, nos Estados Unidos, e financiada pelo laboratório Vivus. É esse laboratório que aguarda a aprovação do medicamento pela FDA (agência reguladora americana).

Os participantes foram divididos em três grupos e acompanhados durante 56 semanas.

No grupo que tomou a dose maior da droga, a perda de peso média foi de 9,8%. No grupo que tomou a dose menor, a média foi de 7,8%.

Já no grupo placebo, que só se submeteu a um programa de dieta, a média da perda de peso foi de 1,2%.

Os resultados foram publicados anteontem na edição virtual do periódico “Lancet”.

Segundo endocrinologistas consultados, a medicação é a nova promessa no combate à obesidade.

ARSENAL

O remédio é uma combinação de fentermina derivado da anfetamina que inibe o centro da fome no cérebro e topiramato um anticonvulsivo que atua na compulsão por comida.

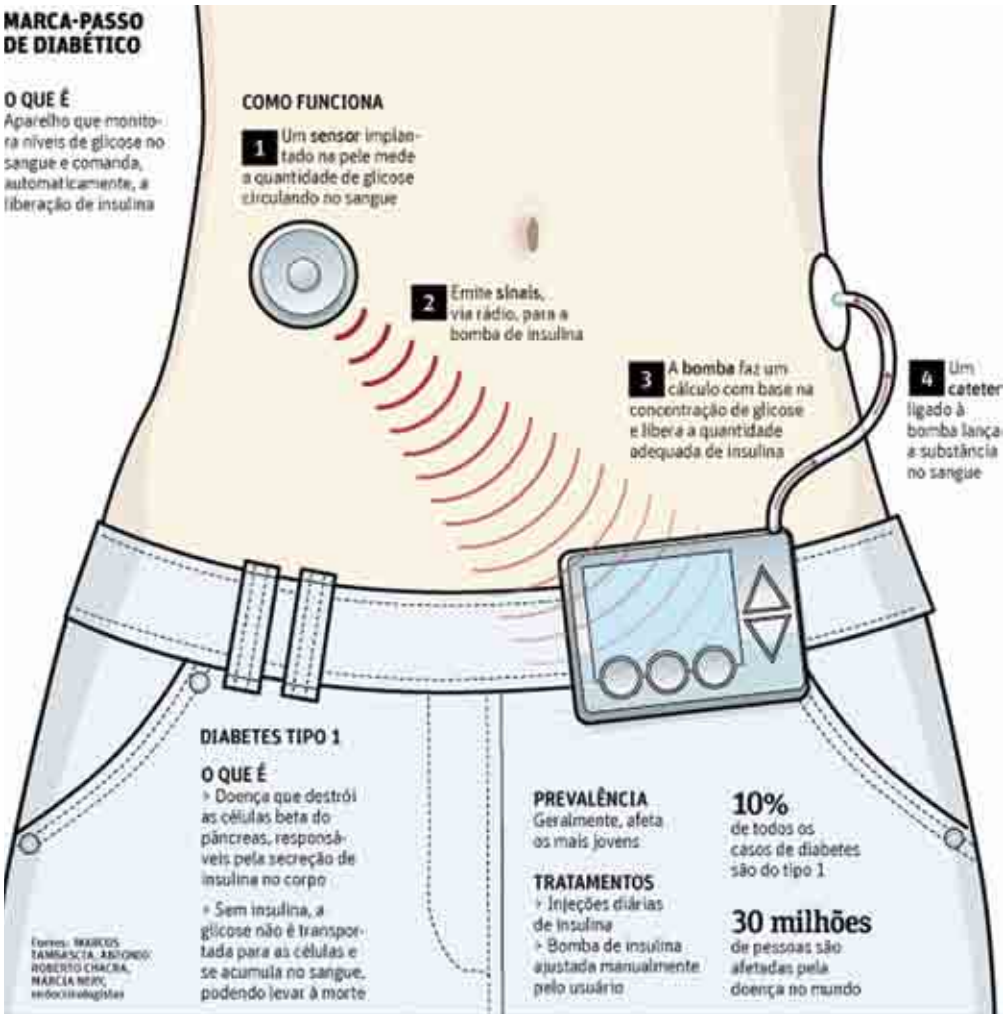
REAÇÕES

O remédio pode causar dependência. Os efeitos colaterais já observados para essa associação de drogas incluem insônia, irritabilidade, depressão, dor de cabeça e tontura. ■

Fonte: Folha de São Paulo, Caderno Saúde, Abril de 2011.

Pâncreas Artificial Controla o Diabetes

Aparelho monitora a concentração de açúcar no sangue e calcula a quantidade de insulina que deve ser liberada. Estudo da Universidade de Cambridge mostrou que equipamento reduz risco de paciente ter hipoglicemia noturna



Um pâncreas artificial, que monitora os níveis de açúcar no sangue e libera, automaticamente, quantidades adequadas de insulina, é a nova promessa para o tratamento de DMT1.

Pesquisadores da Universidade de Cambridge testaram o aparelho e dizem que ele está pronto para ser usado por diabéticos em casa.

Eles fizeram a pesquisa com 24 pacientes hospitalizados. Os resultados foram publicados no periódico "British Medical Journal".

SENSOR DE GLICOSE

O aparelho combina um sensor de glicose implantado no corpo a uma bomba com cateter, que libera a insulina. Ao detectar variações nos níveis de açúcar, o sensor dispara sinais de radio frequência para a bomba, que libera a quantidade de insulina adequada.

No estudo que testou o dispositivo, os pacientes foram divididos em dois grupos: um se alimentou com quantidades razoáveis de comida e outro comeu excessivamente e bebeu álcool.

O pâncreas artificial detectou corretamente as diferentes necessidades e conseguiu controlar os níveis de glicemia nos dois grupos.

HIPOGLICEMIA

Um dos principais perigos é reduzir demais o nível de açúcar no sangue.

Quando o suprimento de insulina é excessivo, as taxas de glicose diminuem e podem levar a desmaios, convulsões e até causar a morte.

A estimativa dos médicos é que o pâncreas artificial estará disponível no mercado daqui a três anos. ■

Fonte: Folha de São Paulo, Caderno Saúde, Abril de 2011.

FUNÇÃO SEXUAL DE GRÁVIDAS COM DIABETES GESTACIONAL
Resultados Preliminares

SEXUAL FUNCTION OF PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES – Preliminary Results

FUNCIÓN SEXUAL DE EMBARAZADAS CON DIABETES GESTACIONAL – Resultados Preliminares

MEIRELUCI COSTA RIBEIRO[1] - MARY UCHYIAMA NAKAMURA[2] - MARCO DE TUBINO SCANAVINO[3]
MARIA REGINA TORLONI[4] - CARMITA HELENA NAJJAR ABDO[5] - ROSIANE MATTAR[6].

1. Especialista em Sexualidade Humana e Pós-graduanda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP- EPM).

2. Professora associada livre-docente do Departamento de Obstetrícia da UNIFESP-EPM.

3. Psiquiatra. Doutor pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Médico assistente do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clinicas da FMUSP.

4. Médica tocoginecologista do Departamento de Obstetrícia da UNIFESP-EPM, Doutora pela Universidade Federal de Medicina (UNIFESP-EPM).

5. Psiquiatra. Livre-docente do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (IPq-HC-FMUSP).

6. Professora livre-docente do Departamento de Obstetrícia da UNIFESP-EPM.

Resumo

O objetivo deste trabalho foi comparar a função sexual de grávidas adultas saudáveis à de mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) no terceiro trimestre. Foi realizado estudo transversal com gestantes em acompanhamento pré-natal na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Para avaliação da função sexual utilizou-se o questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F). Testes Qui-quadrado e t de Student foram utilizados para comparar diferenças entre os grupos, com valores de $p<0,05$ considerados estatisticamente significantes. Apresentamos aqui os resultados preliminares desse estudo. Não foram detectadas diferenças significantes nos escores médios totais do QS-F nos dois grupos (60,46 normal x 66,84 GDM, $p=0,26$) nem nas questões referentes aos aspectos de desejo e satisfação, excitação sexual, vaginismo e dor durante o intercurso. O grupo com DMG apresentou escores significativamente maiores para orgasmo (3,42 versus 2,42 com $p=0,02$) e padrão de desempenho sexual superior ao do grupo sem patologias físicas.

Palavras-chave: Gravidez; Diabetes Gestacional; Sexualidade; Coito.

Abstract

The objective of this study was to compare the sexual function of healthy adult pregnant women with that of gestational diabetes patients (GDM) in the third trimester. This cross-sectional study enrolled women managed at São Paulo Federal University (UNIFESP) antenatal care clinics. The Sexual Quocient - Feminine Version (QS-F) questionnaire was used to assess sexual function. Chi square and Student´s t tests was used to compare differences between groups and $p<0.05$ was considered significant. We present the preliminary results of this study. We detected no significant differences in the mean QS-F scores of the two groups (60.46 normal x 66.84 GDM, $p=0.26$), nor in aspects related to satisfaction, sexual arousal, vaginismus and pain during intercourse. Women with GDM had significantly higher scores for orgasm (3.42 versus 2.42, $p=0.02$) and sexual performance than healthy pregnant women.

Key words: Pregnancy; Gestational Diabetes; Sexuality; Coitus,

Resumen

El objetivo de este trabajo fué comparar la función sexual de embarazadas adultas con buena salud a la de mujeres con Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) en el tercer trimestre. cional en, con 19 años o más. Fué realizado estudio transversal com embarazadas en acompanãmiento prénatal en La Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP). Para avaliación de la función sexual se utilizó el cuestionario Cociente Sexual – Versión Femenina (QS-F). Testes Qui-quadrado e t de Student fueron utilizados para comparar diferencias entre los grupos, con valores de $p<0,05$ considerados estadisticamente significativos. Mostramos aqui los resultados preliminares de este estudio. No fueron detectadas diferencias significativas en los escores médios totales del QS-F en los dos grupos (60,46 normales x 66,84 DMG, $p=0,2608$) ni en las preguntas referentes a los aspectos del deseo y satisfacción, excitación sexual, vaginismo y dolor durante el intercurso. El grupo con DMG presentó escores significativamente mayores para el orgasmo (3,42 versus 2,42 con $p=0,02$) y padrón de desempeño sexual superior al del grupo sin patologias físicas.

Descritores: Embarazo; Diabetes Gestacional; Sexualidad; Coito.

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde sexual não se limita à ausência de doenças, sendo definida como um estado de bem-estar físico, mental e social em relação à sexualidade, incluindo a possibilidade de uma vida sexual segura e prazerosa (1).

No Brasil, estudo com mais de sete mil indivíduos reporta que a dificuldade para o orgasmo afeta até um terço da população feminina em idade reprodutiva, enquanto a inibição do desejo afeta quatro vezes mais as mulheres (8,2%) que os homens (2,1%) (2). As alterações da função sexual são ainda mais frequentes durante a gestação, sendo que mais de 70% de gestantes brasileiras apresentam sintomas de disfunção sexual no terceiro trimestre, segundo estudo recente (3).

Postula-se que as dificuldades sexuais sejam mais frequentes durante a gestação devido a fatores psicológicos, físicos, relacionais, sócioculturais, religiosos, além de medos e mitos quanto à sexualidade feminina durante a gravidez (4, 5). De modo geral, todas as fases do ciclo de resposta sexual feminina descritas por Kaplan (desejo, excitação e orgasmo) (6) são comprometidas durante o período gestacional de mulheres saudáveis, especialmente no terceiro trimestre (5, 7, 8, 9). Diversos estudos indicam que a queixa de dispareunia parece aumentar com o avançar da gestação (3, 8, 10, 11), afetando até 80% de mulheres no último trimestre (10), enquanto a satisfação sexual diminui à medida que o momento do parto se aproxima (3, 10, 12).

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma doença relativamente frequente na gestação, afetanto de 3% a 14% de mulheres, variando de acordo com a população estudada e critérios diagnósticos utilizados. Nos Estados Unidos, são diagnosticados 135.000 novos casos de DMG por ano (13). No Brasil, estima-se a prevalência de 2,4% a 7,2% (14). Devido ao aumento da prevalência de obesidade, estima-se que o número de mulheres com DMG cresça substancialmente nos próximos anos, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (13).

Além das ansiedades e fantasias normais relacionadas à gestação e ao parto que comumente surgem na maioria das mulheres saudáveis durante essa fase de suas vidas, a gestante com DMG terá que enfrentar uma série de preocupações adicionais. O tratamento do DMG exige conscientização e educação da gestante, sem as quais a adesão é prejudicada. Para otimizar os resultados gestacionais, as mulheres com DMG devem modificar hábitos. Basicamente, precisam manter alimentação regrada e adequada para assegurar ganho de peso apropriado, manter estilo de vida ativa, monitorar constantemente os seus níveis de glicose e, por vezes, também necessitam fazer múltiplas injeções diárias de insulina (16). Além disso, como parte do seu acompanhamento, essas pacientes recebem informações sobre os riscos do DMG, e passam a se preocupar com as possíveis complicações fetais associadas à doença como polidrâmnio, macrossomia, parto prematuro e tocotraumas (17).

Apesar de existirem estudos sobre distúrbios emocionais (stress, ansiedade, depressão) em mulheres que receberam o diagnóstico de DMG, não encontramos na literatura estudos que avaliaram como a grávida vivencia sua função sexual convivendo com esta patologia, o que nos motivou a realizar esta pesquisa.

Este estudo visa investigar se, devido às modificações no estilo de vida e preocupações com a saúde própria e do feto, as gestantes com DMG apresentam maior comprometimento da função sexual quando comparadas a gestantes saudáveis no terceiro trimestre gestacional.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado estudo transversal com gestantes em acompanhamento nos ambulatórios de pré-natal da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), entre março e julho 2010. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida universidade e todas as participantes assinaram um termo de consentimento informado.

A amostra foi constituída por dois grupos: gestantes com diagnóstico de DMG e gestantes saudáveis. Para ambos os grupos, foram critérios de inclusão: manter relacionamento estável há pelo menos seis meses; ser alfabetizada; ter idade ≥ 19 anos; ter completado 28 semanas de gestação. Os critérios de exclusão foram: presença de intercorrências clínicas e/ou obstétricas que contra-indicassem atividade sexual (placenta prévia, rotura prematura de membrana e trabalho de parto prematuro, por exemplo); presença de hipertensão arterial controlada por medicamentos; gravidez resultante de estupro; parceiro sexualmente indisponível ou ausente no último mês; internação hospitalar no último mês; uso de cremes vaginais nos últimos 30 dias; gestação gemelar; uso regular de álcool e/ou outras drogas ilícitas; uso de medicamentos que interfiram na função sexual (por exemplo, antidepressivos, tranqüilizantes, hormônios) e estar em trabalho de parto.

Para a constituição do grupo DMG, as pacientes deveriam ter glicemia de jejum ≥ 126mg/dL e/ou 2h após a carga de 75 g de glicose ≥ 140 mg/dL, entre 24-28 semanas de gestação, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde (17). O grupo de grávidas saudáveis foi constituído por aquelas que apresentaram curva glicêmica normal.

As pacientes foram abordadas pela pesquisadora principal (MCR) e convidadas a participar do estudo enquanto aguardavam suas consultas de pré-natal nos ambulatórios de Obstetrícia Fisiológica (grupo saudável) e no Centro de Diabetes da UNIFESP-EPM (grupo DMG).

Aquelas que preencheram os critérios de elegibilidade e concordaram em participar, receberam questionários para serem preenchidos de forma individual, escrita e anônima. Foram colhidos dados sócio demográficos (idade, idade gestacional, escolaridade, etnia, estado civil, religião, ocupação, renda familiar e número de filhos). Em seguida, as pacientes preencheram o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F), questionário para avaliação da função sexual, elaborado e validado por Abdo, em 2006 (18). Este instrumento é composto por 10 questões que avaliam cada fase do ciclo de resposta sexual. Contempla ainda outros domínios, a saber: desejo e interesse sexual (questões 1, 2 e 8); preliminares (questão 3); excitação pessoal e sintonia com o parceiro (questões 4 e 5); conforto (questões 6 e 7); orgasmo e satisfação (questões 9 e 10). Conseqüentemente, o QS-F permite identificar disfunções específicas do desejo, da excitação, do orgasmo, dispareunia ou vaginismo.

Cada uma das questões recebe uma pontuação que varia de 0 a 5 e o desempenho/satisfação sexual global é avaliado pelo escore final numa escala de 0-100 pontos categorizada da seguinte forma: 82 – 100 pontos bom a excelente; 62 – 80 pontos regular a bom; 42 – 60 pontos desfavorável a regular; 22 – 40 pontos ruim a desfavorável e 0 – 20 pontos nulo a ruim.

O tamanho amostral foi calculado tomando-se por base a prevalência de 73% de disfunção sexual em grávidas brasileiras, adultas no terceiro trimestre (3) e a hipótese de que pacientes com DMG teriam uma prevalência aproximadamente 20% maior deste distúrbio (95%). Com um erro $a=0,05$ e $\beta=90\%$, obteve-se um total de 42 participantes para cada grupo. A caracterização das participantes foi expressa por estatística descritiva. Teste t de Student foi utilizado para comparar os dois grupos (gestantes saudáveis e com DMG) quanto às variáveis sociodemográficas contínuas (idade e idade gestacional). Teste do Qui-quadrado foi utilizado para comparação das variáveis categóricas. Utilizou-se o teste t de Student para comparar as diferenças entre os grupos quanto aos escores médios de cada domínio do QS-F. Valores de $p<0,05$ foram considerados estatisticamente significantes. A análise estatística foi realizada com o software Instat 3.

RESULTADOS

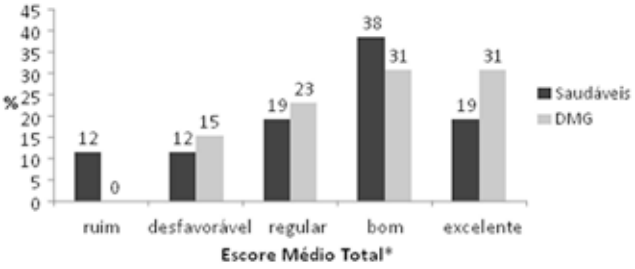
Um total de 60 mulheres foi convidado a participar do estudo e oito foram excluídas por intercorrências no mês anterior ao momento da entrevista: uma havia sido internada; duas tinham companheiros ausentes; uma fez uso de creme vaginal; duas usavam antihipertensivo; uma era medicada com anticonvulsivante e uma não mantinha relações sexuais desde o início da gestação por vontade do parceiro. Cinqüenta e duas mulheres preencheram os critérios de inclusão, sendo formados dois grupos: 26 com DMG e 26 saudáveis. O tempo médio para preencher os questionários foi de aproximadamente dez minutos.

A idade das participantes variou de 21 a 39 anos, com média de 29,0 (+5,2 anos, desvio padrão-DP) e 30,8 (+4,8 anos, desvio padrão-DP)) nos grupos sem e com DMG, respectivamente, e não diferiu significantemente entre os dois grupos. A idade gestacional média no momento da avaliação foi de aproximadamente 33 semanas nos dois grupos. Todas as pacientes com DMG haviam recebido o diagnóstico há pelo menos um mês. A maioria das mulheres era católica, casada, branca, com ensino fundamental completo, tinha até um filho, trabalhava e tinha renda mensal familiar entre 1 e 3 salários mínimos (Tabela I). A maioria das pacientes com DMG (73%) não usava insulina no momento da entrevista.

Não foram detectadas diferenças significantes nos escores médios dos dois grupos nas questões referentes aos aspectos de desejo e satisfação, excitação sexual, vaginismo e dor durante o intercurso. Os escores para orgasmo foram significativamente maiores no grupo de gestantes com DMG (3,42 versus 2,42, p=0,02). O grupo com DMG apresentou padrão de desempenho sexual superior ao do grupo sem patologias físicas (Tabela II).

A prevalência de dificuldades sexuais (escore final < 60 pontos) não diferiu significativamente entre os dois grupos, sendo de 42,3% entre as grávidas saudáveis e 38,5% para as mulheres com DMG (p=0,7775) (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição do escore total de função sexual no questionário QSF dos grupos DMG e saudáveis



*Categorização do escore final do questionário QS-F: padrão de desempenho sexual

0 – 20 pontos nulo a ruim
22 – 40 pontos ruim a desfavorável
42 – 60 pontos desfavorável a regular
62 – 80 pontos regular a bom
82 – 100 pontos bom a excelente

DISCUSSÃO

O DMG parece não afetar a sexualidade de grávidas no terceiro trimestre gestacional com base nos resultados (preliminares) aqui apresentados. No entanto, o grupo com DMG apresentou escores mais altos para orgasmo e padrão de desempenho sexual superior.

A prevalência de alterações sexuais entre grávidas saudáveis foi de 42,3%, valor semelhante aos relatados por outros investigadores que apontam taxas entre 43,7% (19) e 55% (12) no mesmo trimestre gestacional. A prevalência de alterações sexuais no grupo das mulheres com DMG foi semelhante (38,4%). Não foram encontrados estudos que avaliassem a função sexual de grávidas com DMG ou com outras doenças específicas da gestação (como por exemplo, pré-eclampsia ou ameaça de parto prematuro), o que impossibilita a comparação desses resultados.

Os achados desse estudo contrariam a nossa hipótese inicial de que pacientes com DMG teriam uma função sexual mais comprometida do que gestantes saudáveis na mesma idade gestacional. Estes resultados poderiam ser decorrentes de benefícios indiretos associados ao diagnóstico de DMG. Apesar de o DMG acarretar uma série de transtornos, privações, preocupações e frustrações na vida diária dessas gestantes, essas mulheres acabam tendo um contato mais frequente e intenso com equipe multiprofis-

sional especializada constituída por obstetra, endocrinologista, nutricionista, enfermeira, fisioterapeuta e psicóloga. Na UNIFESP-EPM, as pacientes com DMG retornam semanalmente ao Centro de Diabetes durante o terceiro trimestre, sendo atendidas pelos mesmos profissionais. Esta atenção especializada, concentrada e intensificada durante o acompanhamento pré-natal poderia ajudar as gestantes na manutenção de sua auto-estima e do equilíbrio emocional (20), minimizando em parte o impacto negativo do diagnóstico de DMG.

Este é o primeiro estudo a avaliar a função sexual de pacientes com DMG em comparação com gestantes saudáveis. Entretanto, o pequeno tamanho amostral constitui uma limitação deste estudo, podendo interferir nos achados inesperados de melhor pontuação para orgasmo e padrão de desempenho sexual no grupo de grávidas com DMG. Outra limitação deste estudo é que foram incluídas apenas gestantes de baixo nível socioeconômico, usuárias de serviços públicos de saúde. Portanto, os achados deste estudo preliminar não podem ser generalizados para gestantes de níveis socioeconômicos mais elevados, uma vez que a literatura mostra que maior poder aquisitivo e maior grau de conhecimento estão relacionados ao maior grau de satisfação sexual (21).

Esses achados sugerem que apesar de preocupações adicionais advindas do seu diagnóstico e tratamento, pacientes com DMG não apresentam maior prevalência de disfunção/alteração sexual do que gestantes sem DMG na mesma idade gestacional e, portanto, não necessitam de abordagem diferenciada quanto a este aspecto.

São necessários novos estudos envolvendo um maior número de participantes, de diferentes níveis socioeconômicos para avaliar a função sexual de mulheres com DMG.

CONCLUSÃO

A função sexual de pacientes com DMG não difere significativamente da de grávidas saudáveis no terceiro trimestre da gestação.

AGRADECIMENTOS

A todas as mulheres que se dispuseram a participar da pesquisa.

Este projeto tem suporte financeiro da:

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo n. 9/54509-6) ■

BIBLIOGRAFIA

WHO - World Health Organization. Sexual health. 2011. Available in: http://www.who.int/topics/sexual_health/en [2011 Fev 02].

Abdo CNH. Descobrimento sexual do Brasil. São Paulo: Summus, 2004. p.89-100.

Leite APL, Campos AAS, Dias ARC, Amed AM, de Souza E. Prevalence of sexual dysfunction during pregancy. Rev Assoc Med Bras 2009;55(5):563-8.

Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. Bratisl Lek Listy 2009;110(7):427-31.

Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. J Sex Méd 2010;7:2782-2790.

Kaplan HS. A nova terapia do sexo. 3.ed. Rio de Janeiro:Nova Fronteira, 1977.

von Sydow K. Sexuality during pregnancy and childbirth: a meta-content analysis of 59 studies. J Psychosom Res 1999; 47:27-49.

Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Íspahi Ç, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. International Journal of Impotence Research 2004; 1-4.

Pauleta J, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. J Sex Med 2010;7:136-142.

Gökyildiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. Journal of Sex & Marital Therapy 2005;31:201-215.

Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction pregnancy. J Sex Med 2007;4:1381-1387.

Bogren LY. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. Archives of Sexual Behavior 1991; 20:35-45.

Brody SC, Harris R, Lohr K. Screening for gestational diabetes: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Obstet Gynecol 2003;101:380-92.

Schimdt MI, Duncan BB, Rechelt AJ, Branchtein MC, Costa e Forti A, et al. Gestational diabetes mellitus diagnosed with a 2-h 75g oral glucose tolerance test and adverse pregnancy outcomes. Diabetes Care 2001; 24:1151-5.

Basso NAS, Costa RAA, Magalhães CG, Rudge MVC, Calderon IMP. Insulinoterapia, controle glicêmico materno e prognóstico perinatal – diferença entre o diabetes gestacional e o clínico. Rev Bras Ginecol Obstet 2007;29(5):263-9.

Maganha CA, Vanni DGBS, Bernardini MA, Zugaib M. Tratamento do diabetes melito gestacional. Rev Assoc Med Bras. 2003;49:1-5.

World Health Organization. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications: Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO 1999;1-30.

Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina; uma escala para avaliar a função sexual da mulher. RBM Rev Bras Med 2006; 63(9):477-82.

Khamis MA, Mustafa MF, Mohamed SN, Toson MM. Influence of gestational period on sexual behavior. J Egypt Public Health Assoc 2008;82:65-90.

Dragonas T, Christodoulou GN. Prenatal care. Clin Psychol Rev. 1998;18(2):127-42.

Fahs B, Swank E. Social identities as predictors of women's sexual satisfaction and sexual activity. Arch Sex Behav 2010; Sep 28.

Tabela I - Características sociodemográficas de gestantes saudáveis e com DMG atendidas na UNIFESP-EPM

Variável	Grávidas Saudáveis N=26	Grávidas com DMG N=26	Valor de p
Idade (anos); média (DP)	**28,8 ± 6**	**30,3 ± 5,21**	**0,3413**[1]
Idade Gestacional(semanas); média (DP)	**33,8 ± 3,6**	**34,4 ± 3,67**	**0,5545**[1]
Religião, N (%) Católica Evangélica Outras/nenhuma	 18 (69,2) 5 (32,7) 3 (10,7)	 **11 (42,3)** 9 (34,6) 6(23,1)	 **0,0939**[2] **0,3483**[2] **0,4635**[2]
Escolaridade N (%) Ensino fundamental Ensino médio Ensino superior	 2 (7,7) 18 (69,2) 6 (23,1)	 8 (30,8) 16 (61,5) 2 (7,7)	 **0,0785**[2] **0,7707**[2] **0,2489**[2]
Etnia, N (%) Branca Não-branca	 18 (69,2) 8 (30,7)	 **14 (53,8)** **12 (46,1)**	 **0,3925**[2] **0,3925**[2]
Estado Civil, N (%) Casada Mora junto Solteira	 14 (53,8) 8 (30,8) 4 (15,4)	 **16 (61,5)** **10 (38,5)** **0**	 **0,7789**[2] **0,7707**[2] **0,1185**[2]
Ocupação, N (%) Do lar Trabalha Desempregada	 6 (23,1) 14 (53,8) 6 (23,1)	 **10 (38,4)** **15 (57,7)** **1 (3,8)**	 **0,3674**[2] **0,7801**[2] **0,1041**[2]
Renda mensal familiar, N (%) **< 1 salário mínimo** **De 1 a 3 salários mínimos** **> 3 salários mínimos**	 **1 (3,8)** **19 (73,1)** **6 (23,1)**	 **5 (19,2)** **16 (61,5)** **5 (19,2)**	 **0,1929**[2] **0,5544**[2] **0,7342**[2]
Número de filhos, N (%) **0 - 1** **≥ 2**	 **20 (76,9)** **6 (23,1)**	 **18 (69,2)** **8 (30,8)**	 **0,7546**[2] **0,7546**[2]

1- Valores acessados com teste t de Student.
2- Valores acessados com teste do Qui-quadrado.

Tabela II - Quociente Sexual - versão feminina (QS-F)

Domínios*	**Grávidas Saudáveis** N=26 Média ± DP	**Grávidas com DMG** N=26 Média ± DP	Valor de P**
Desejo e interesse sexual			
1. Desejo	2,30 ± 1,05	2,19 ± 0,94	0,6923
2. Desejo e interesse sexual	2,92 ± 1,60	3,04 ± 1,40	0,7747
8. Desejo e interesse sexual (concentração)	3,04 ± 1,61	3,00 ± 1,69	0,9307
Preliminares			
3. Preliminares	3,53 ± 1,72	3,69 ± 1,40	0,7145
Excitação Pessoal e Sintonia com o Parceiro			
4. Excitação Pessoal (lubrificação)	3,15 ± 1,64	3,65 ± 1,32	0,2316
5. Excitação Pessoal e Sintonia com o Parceiro	3,38 ± 1,65	3,53 ± 1,39	0,7244
Conforto			
6. Vaginismo	3,38 ± 1,65	3,73 ± 1,40	0,4134
7. Dispareunia	3,08 ± 1,41	3,73 ± 1,63	0,1304
Orgasmo e Satisfação			
9. Orgasmo	2,42 ± 1,60	3,42 ± 1,41	**0,0206**
10.Satisfação	3,00 ± 1,81	3,42 ± 1,65	0,3861
Total*	**60,46 (21,55)** (desfavorável a regular)	**66,84 (18,81)** (regular a bom)	0,2608

Todos os valores são expressos em média (desvio padrão)

* A nota de cada domínio varia de 0 até 5 pontos.

** Valor de p acessado com teste t de Student.
*** O escore total varia de 0 a 100 pontos e foi obtido através de fórmula específica (1)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1) Hamann A, et al. A randomized clinical trial comparing breakfast dinner, or bedtime administration of insulin glargine in patients with type 1 diabetes. Diabetes Care. 2003 Jun;26(6):1738-1744. 2) Riddle MC, et al. The trat-to-target trial: randomized addition of glargine or human NPH insulin to oral therapy of type 2 diabetic patients. Diabetes Care. 2003 Nov;26(11):3080-3086. 3) Fischer J, et al. The impact of insulin glargine on clinical and humanistic outcomes in patients uncontrolled on other insulin and oral agents: an office-based naturalistic study. Curr Med Res Opin. 2004 Nov;20(11):1703-10.4) Bula do produto.

LANTUS® (insulina glargina 100 UI/ml). INDICAÇÕES: LANTUS® (insulina glargina) é indicada para o tratamento de diabetes mellitus tipo 2 em adultos e também é indicada para o tratamento de diabetes mellitus tipo 1 em adultos e em crianças com 6 anos de idade ou mais que necessitam de insulina basal (longa duração) para o controle da hiperglicemia. **CONTRAINDICAÇÕES:** LANTUS® (insulina glargina 100 UI/ml) está contrandicada em pacientes com hipersensibilidade a insulina glargina ou a qualquer um dos componentes da fórmula. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** A terapia com insulina geralmente requer habilidades apropriadas para o autocontrole do diabetes, incluindo monitorização da glicemia, técnicas de injeção adequadas, medidas para o reconhecimento e controle de aumentos ou reduções nos níveis glicêmicos (hipoglicemia ou hiperglicemia). Os pacientes devem aprender como lidar com situações especiais como administração de doses de insulina inadvertidamente aumentadas, doses inadequadas ou esquecidas, ingestão inadequada de alimentos ou perda de refeições. Fatores como a aderência do paciente ao tratamento prescrito, a escolha do local de injeção ou técnicas inadequadas, o manuseio de aparelhagem para injeção e todos os outros fatores relevantes devem ser revistos antes de considerar um ajuste de dose. Hipoglicemia: o tempo para a ocorrência da hipoglicemia depende do perfil de ação das insulinas usadas. Cuidado particular e monitoração intensificada da glicemia é aconselhável em pacientes nos quais sequelas de episódios hipoglicêmicos podem ser de particular relevância clínica (estenoses significativas das artérias coronárias ou retinopatia proliferativa). Os sintomas iniciais que indicam o início da hipoglicemia ("sintomas de aviso") podem se alterar, ser menos pronunciados ou ausentes, por exemplo nas seguintes situações: controle glicêmico acentuadamente melhor, hipoglicemia de desenvolvimento gradual, idade avançada, na presença de neuropatia autonômica, em pacientes com história longa de diabetes, em pacientes com doenças psiquiátricas ou que estejam sob uso concomitante de outros medicamentos. Nestas circunstâncias, a hipoglicemia grave pode desenvolver-se sem que o paciente perceba. O efeito prolongado da insulina glargina subcutânea pode atrasar a recuperação de hipoglicemia. A presença de fatores que aumentam a suscetibilidade à hipoglicemia requer monitoração particularmente cuidadosa e pode necessitar ajuste da dose. Estes incluem: alteração da área da injeção; aumento na sensibilidade à insulina (por exemplo: remoção dos fatores de estresse); atividade física aumentada ou prolongada ou falta de hábito no exercício físico; doenças intercorrentes (por exemplo: vômito ou diarreia); ingestão inadequada de alimentos; consumo de álcool; certos distúrbios endócrinos não compensados; uso concomitante de outros medicamentos. Hipoglicemia pode ser corrigida geralmente pela ingestão imediata de carboidrato. Os pacientes devem transportar consigo pelo menos 20 g de carboidrato durante todo o tempo, bem como alguma informação que os identifiquem como diabéticos. Doenças intercorrentes: Em muitos casos, testes de urina para cetonas são indicados e frequentemente é necessário ajuste de dose da insulina. A necessidade de insulina é frequentemente aumentada. Em pacientes com diabetes tipo 1, o suprimento de carboidrato deve ser mantido mesmo se os pacientes forem capazes de comer ou beber apenas um pouco ou nenhum alimento, ou estiverem vomitando etc.; em pacientes com diabetes do tipo 1, a insulina não deve nunca ser omitida completamente. Como resultado de, por exemplo, hipoglicemia, hiperglicemia ou visão prejudicada a habilidade de concentração e reação pode ser afetada, possivelmente constituindo risco em situações onde estas habilidades são de particular importância. Os pacientes devem ser aconselhados a tomar precauções para evitar hipoglicemia enquanto dirigem. Risco de uso por via de administração não recomendada: Não há estudos dos efeitos de Lantus® administrado por vias não recomendadas. A administração deve ser por injeção tecidual subcutânea. Não deve ser administrada intravenosamente. Uso durante a gravidez e lactação: Não há nenhum estudo clínico bem controlado com o uso de insulina glargina em mulheres grávidas. Um número limitado de gestantes expostas ao produto, determinado por dados de farmacovigilância no pós marketing, indicam que não há efeitos da insulina glargina em gestantes ou na saúde de fetos ou recém-nascidos. Não há nenhum outro dado epidemiológico relevante disponível até o momento. Estudos em animais, com doses de até 6 - 40 vezes a dose humana, não indicam efeitos prejudiciais diretos na gravidez. Os ajustes das doses de insulina e dieta podem ser necessários em mulheres que estão amamentando. Categoria de risco na gravidez: categoria B. Lantus® pode ser administrada em crianças com 6 anos de idade ou mais. Em pacientes com insuficiência renal ou hepática, as necessidades de insulina podem ser menores devido ao metabolismo de insulina reduzido. Em idosos, a deterioração progressiva da função renal pode levar a uma redução estável das necessidades de insulina. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Um aumento no efeito de redução de glicemia e na suscetibilidade à hipoglicemia pode ocorrer no uso concomitante de por exemplo: antidiabéticos orais, inibidores da ECA, salicilatos, disopiramida; fibratos; fluoxetina; inibidores da MAO; pentoxifilina; propoxifeno; antibióticos sulfonamídicos. Uma diminuição no efeito de redução de glicemia pode ocorrer com o uso concomitante de corticosteroides, danazol, diazoxido, diuréticos, agentes simpatomiméticos (como epinefrina, salbutamol, terbutalina), glucagon, isoniazida, derivados da fenotiazina, somatropina, hormônios da tireoide, estrógenos e progestágenos (por exemplo: em contraceptivos orais), inibidores da protease e medicações antipsicóticas atípicas (por exemplo: olanzapina e clozapina). Os beta-bloqueadores, clonidina, sais de lítio e álcool podem tanto potencializar ou diminuir o efeito de redução da glicemia da insulina. A pentamidina pode causar hipoglicemia, que pode algumas vezes ser seguida por hiperglicemia. Além disso, sob a influência de medicamentos simpatolíticos como, por exemplo, beta-bloqueadores, clonidina, guanetidina e reserpina, os sinais de contraregulação adrenérgica podem ficar reduzidos ou ausentes. **REAÇÕES ADVERSAS:** Hipoglicemia: Pode ocorrer hipoglicemia caso a dose de insulina seja muito alta em relação às necessidades de insulina. Ataques hipoglicêmicos graves, especialmente se recorrentes, podem levar a distúrbios neurológicos. Episódios hipoglicêmicos graves ou prolongados podem ser de risco à vida. Em muitos pacientes, os sinais e sintomas de neuroglicopenia são precedidos por sinais de contraregulaçãoadrenérgica. Geralmente, quanto mais rápido e maior o declínio na glicemia, mais acentuados são os fenômenos de contraregulação e os seus sintomas. Visão: Uma alteração acentuada nos níveis glicêmicos pode causar distúrbios visuais temporários, devido à alteração temporária na turgidez e índice de refração das lentes. O controle glicêmico melhorado a longo prazo diminui o risco de progressão de retinopatia diabética. Contudo, como com todos os tratamentos com insulina, a terapia intensificada com insulina com melhora repentina nos níveis de glicemia pode estar associada com a piora temporária da retinopatia diabética. Em pacientes com retinopatia proliferativa, particularmente se não forem tratados com fotocoagulação, episódios hipoglicêmicos graves podem causar perda transitória da visão. Lipodistrofia: pode ocorrer lipodistrofia no local da injeção e retardo da absorção da insulina. Em estudos clínicos, em tratamentos que incluíam insulina glargina, foi observada lipo-hipertrofia em 1 a 2% dos pacientes, enquanto que lipoatrofia era incomum. A rotação contínua do local de injeção dentro de determinada área pode ajudar a reduzir ou evitar essas reações.Local da injeção e reações alérgicas: Em estudos clínicos usando tratamentos que incluíam insulina glargina, reações no local das injeções foram observadas em 3 a 4% dos pacientes. Tais reações incluem rubor, dor, coceira, urticária, inchaço, inflamação. A maioria das pequenas reações geralmente é resolvida em poucos dias ou poucas semanas. Reações alérgicas do tipo imediata são raras. Tais reações à insulina (incluindo insulina glargina) ou aos excipientes podem, por exemplo, ser associadas com reações cutâneas generalizadas, angioedema, broncospasmo, hipotensão e choque, podendo ser de risco à vida. Outras reações: A administração de insulina pode causar a formação de anticorpos. Em estudos clínicos, os anticorpos que têm reação cruzada com insulina humana e insulina glargina foram observados tanto nos grupos de tratamento com NPH quanto nos grupos com insulina glargina, com incidências similares. Em casos raros, a presença de tais anticorpos pode necessitar ajuste de dose da insulina para corrigir a tendência à hiperglicemia ou hipoglicemia. Raramente, a insulina pode causar retenção de sódio e edema, particularmente após melhora significativa do controle metabólico em associação com a terapia intensificada por insulina.Atenção: este é um medicamento novo e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis para comercialização, efeitos indesejáveis e não conhecidos podem ocorrer. Neste caso, informe seu médico. **POSOLOGIA E MODO DE USAR:** Insulina glargina é uma nova insulina humana recombinante análoga, equipotente à insulina humana. Devido ao perfil de redução de glicose sem pico com duração de ação prolongada da LANTUS® (insulina glargina 100 UI/ml), a dose é administrada por via subcutânea uma vez ao dia. Pode ser administrada a qualquer hora do dia, entretanto, no mesmo horário todos os dias. Os níveis desejados de glicemia, bem como as doses e intervalos das medicações antidiabéticas devem ser determinadas e ajustadas individualmente. Em regimes de injeção basal em bolus, geralmente 40-60% da dose diária é administrada como insulina glargina para cobrir os requerimentos de insulina basal. Num estudo clínico com pacientes diabéticos Tipo 2 sob tratamento com antidiabético oral, foi iniciada terapia com dose de 10 UI de insulina glargina, 1 vez ao dia, e subsequentemente o tratamento foi ajustado individualmente. LANTUS® (insulina glargina 100 UI/ml) não é a insulina de escolha para o tratamento de cetoacidose diabética. Nos estudos clínicos realizados quando os pacientes foram transferidos de insulina NPH uma vez ao dia ou insulina ultralenta para LANTUS® (insulina glargina 100 UI/ml) administrada uma vez ao dia, a dose inicial utilizada foi geralmente inalterada, a quantidade de unidades internacionais, UI, de LANTUS® (insulina glargina 100 UI/ml) por dia foi igual as UI de insulina NPH. Para aqueles que foram transferidos de insulina NPH duas vezes ao dia para LANTUS® (insulina glargina 100 UI/ml) uma vez ao dia na hora de dormir, a dose inicial (UI) foi geralmente reduzida em aproximadamente 20% (comparada com a dose total diária em UI de insulina NPH), dentro da primeira semana de tratamento e então ajustada com base na resposta do paciente. Um programa de monitorização metabólica cuidadosa sob supervisão médica é recomendado durante a transferência nas semanas iniciais posteriores. Pacientes que, devido aos anticorpos à insulina humana, necessitam de altas doses de insulina podem apresentar uma resposta acentuadamente melhor com insulina glargina. Um controle metabólico melhor pode resultar em aumento da sensibilidade à insulina (necessidades reduzidas de insulina) podendo ser necessário posterior ajuste das doses de LANTUS® (insulina glargina 100 UI/ml) e outras insulinas ou antidiabéticos orais. A monitorização da glicemia é recomendada para todos os pacientes com diabete. Uso pediátrico: LANTUS® (insulina glargina) pode ser administrada em crianças com 6 anos de idade ou mais.O perfil de segurança para pacientes 18 anos é similar ao perfil de segurança para pacientes com mais de 18 anos. Não há dados clínicos de segurança disponíveis em pacientes menores de 6 anos.Pacientes Idosos: Não há advertências e recomendações especiais sobre o uso adequado desse medicamento por pacientes idosos. Administração: LANTUS® (insulina glargina 100 UI/ml) é administrada por injeção tecidual subcutânea. Não deve ser administrada intravenosamente. A absorção de insulina glargina não é diferente entre as áreas de injeção subcutânea do abdômen, coxa ou deltoide. O início e a duração da ação podem ser afetados por exercício e outras variáveis. A prolongada duração de ação da insulina glargina é dependente da injeção no espaço subcutâneo. A administração intravenosa da dose subcutânea usual pode resultar em hipoglicemia grave. Instruções gerais para uso de LANTUS® (insulina glargina 100 UI/ml): Conservar o produto em sua embalagem original, protegido da luz, armazenado em temperatura entre 2 e 8°C. Não congelar. Evitar o contato direto do produto com o compartimento do congelador ou pacotes congelados. Antes de utilizar o produto, mantê-lo à temperatura ambiente por 1 a 2 horas.Inspecionar cada frasco, refil ou caneta descartável de LANTUS® (insulina glargina) antes do uso. Somente utilizar se a solução estiver clara, incolor, sem a presença de partículas visíveis e se estiver com a consistência de água. Instruções para uso dos frascos-ampolas de LANTUS® (insulina glargina 100 UI/ml): As seringas não devem conter quaisquer outros medicamentos ou vestígios de outros medicamentos (por exemplo, traços de heparina). LANTUS® (insulina glargina 100 UI/ml) não deve ser misturada ou diluída com qualquer outra insulina, pois pode alterar o perfil de tempo/ação da LANTUS® (insulina glargina 100 UI/ml) ou causar a sua precipitação. O prazo de validade da solução injetável após o primeiro uso é de 4 semanas. Instruções para uso de LANTUS® (insulina glargina 100 UI/ml) para Optipen: LANTUS® (insulina glargina 100 UI/ml) para Optipen deve ser utilizada no mecanismo de injeção da Optipen. O usuário deve saber operar o mecanismo corretamente e ter conhecimento dos possíveis problemas e medidas corretivas a tomar (ler o manual de instruções ao adquirir a caneta Optipen®). Não encher os refis vazios. Após a inserção de um novo refil, verificar se a caneta está funcionando corretamente antes de injetar a primeira dose. Veja o livro de instruções da caneta para maiores detalhes. O prazo de validade após o primeiro uso do refil é de 4 semanas. Instruções para uso de LANTUS® (insulina glargina) OPTISET®: LANTUS® (insulina glargina) OPTISET® não deve ser misturada ou diluída com qualquer outra insulina, pois existe risco de alterar o perfil de tempo/ação da LANTUS® (insulina glargina) OPTISET® ou causar a sua precipitação. Recomenda-se anotar a data do primeiro uso da caneta. O prazo de validade da solução injetável após o primeiro uso é de 4 semanas. LANTUS® (insulina glargina) OPTISET® libera insulina em quantidades de 2 UI até uma dose única máxima de 40 UI. A LANTUS® (insulina glargina) OPTISET® apresenta-se em refis lacrados nas canetas injetoras descartáveis. O manual para utilização da LANTUS® (insulina glargina) OPTISET® ensinará como utilizá-la. Mantenha a caneta em temperatura ambiente durante 1 ou 2 horas antes de utilizá-la. Antes da administração, remover todas as bolhas de ar. Assegurar que álcool,desinfetantes ou outras substâncias não contaminem a insulina. Não reutilizar canetas vazias. As canetas vazias não devem ser recarregadas, devendo ser adequadamente descartadas. Para evitar a transmissão de doenças, cada caneta deve ser utilizada somente por um único paciente. A data do primeiro uso da caneta deve ser anotada. A caneta pode ser mantida à temperatura de até 25ºC durante quatro semanas, protegida do calor e da luz direta. As canetas em uso não devem ser armazenadas sob refrigeração. Utilizar sempre uma nova caneta caso notar que o controle glicêmico estiver piorando inesperadamente. Isto ocorre porque a insulina pode ter perdido um pouco de sua eficácia. Acoplar uma agulha nova antes de cada aplicação. Remover a agulha após cada aplicação e armazenar a caneta sem agulha. A caneta para insulina não deve sofrer quedas ou impactos. Caso isto ocorra, utilize uma nova caneta. Instruções para uso de LANTUS® SOLOSTAR®: LANTUS® SOLOSTAR® não deve ser misturada ou diluída com qualquer outra insulina, pois existe risco de alterar o perfil de tempo/ação da LANTUS® SOLOSTAR® ou causar a sua precipitação. Recomenda-se anotar a data do primeiro uso da caneta. O prazo de validade da solução injetável após o primeiro uso é de 4 semanas. LANTUS® SOLOSTAR® libera insulina em quantidades de 1 UI até uma dose única máxima de 80 UI. A LANTUS® SOLOSTAR® apresenta-se em refis lacrados nas canetas injetoras descartáveis. O manual para utilização da LANTUS® SOLOSTAR® ensinará como utilizá-la. Mantenha a caneta em temperatura ambiente durante 1 ou 2 horas antes de utilizá-la. Antes da administração, remover todas as bolhas de ar. Assegurar que álcool, desinfetantes ou outras substâncias não contaminem a insulina. Não reutilizar canetas vazias. As canetas vazias não devem ser recarregadas, devendo ser adequadamente descartadas. Para evitar a transmissão de doenças, cada caneta deve ser utilizada somente por um único paciente. A data do primeiro uso da caneta deve ser anotada. A caneta pode ser mantida à temperatura de até 25ºC durante quatro semanas, protegida do calor e da luz direta. As canetas em uso não devem ser armazenadas sob refrigeração. Utilizar sempre uma nova caneta caso notar que o controle glicêmico estiver piorando inesperadamente. Isto ocorre porque a insulina pode ter perdido um pouco da eficácia. Acoplar uma agulha nova antes de cada aplicação. Remover a agulha após cada aplicação e armazenar a caneta sem agulha. A caneta para insulina não deve sofrer quedas ou impactos. Caso isto ocorra, utilize uma nova caneta. SUPERDOSAGEM: A superdosagem com insulina pode levar à hipoglicemia grave e algumas vezes prolongada e apresentar risco de vida. Controle: Episódios leves de hipoglicemia podem geralmente ser tratados com carboidratos por via oral. Episódios mais graves culminando em coma, convulsões ou danos neurológicos podem ser tratados com glucagon (intramuscular ou subcutâneo) ou solução de glicose intravenosa concentrada. A ingestão sustentada de carboidrato e observação podem ser necessárias devido a possibilidade de recorrência de hipoglicemia após aparente recuperação clínica. APRESENTAÇÕES: Solução Injetável – embalagem com 1 frasco-ampola com 10 mL e embalagem com 1 refil com 3 mL para utilização com a caneta Optipen®. Embalagem com 1 caneta (sistema de aplicação OPTISET®) contendo 3 mL de solução injetável. Embalagens com 1 caneta descartável pré-enchida (SoloStar®), contendo 3 mL de solução injetável **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. M.S 1.1300.0285.** Farm. Resp. Antonia A. Oliveira CRF-SP nº 5854 Data de revisão: 18/03/2009. "Para maiores informações antes de sua prescrição, favor ler bula completa do produto."

BR-GLA-09.03.08

Agosto2009

A revista Diabetes Clínica é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas ao Diabetes e patologias associadas.

Os artigos publicados em Diabetes Clínica poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista Diabetes Clínica assume o "estilo Vancouver" (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, N Engl J Med. 1997; 336(4): 309-315), preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir.

Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2001.

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica a aceitação do mesmo, que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Editorial

Trabalhos escritos por sugestão do Comitê Científico, ou por um de seus membros.

Extensão: Não devem ultrapassar 3 páginas formato A4 em corpo (tamanho) 12 com a fonte English Times (Times Roman) com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.; a bibliografia não deve conter mais que 10 referências.

2. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

Tabelas: Considerar no máximo 6 tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato. tif ou .jpg – em alta resolução) ou que possam ser editados em PowerPoint, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, originalidade, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

3. Revisão

Serão os trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas ao Diabetes, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

4. Atualização ou divulgação

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Diabetes (novas técnicas, legislação, etc.) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

5. Relato ou estudo de caso

São artigos de dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

6. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 3 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas e figuras: No máximo quatro tabelas em Excel e figuras digitalizadas (formato.tif ou .jpg – em alta resolução) ou que possam ser editados em PowerPoint, Excel, etc

Bibliografia: São aconselháveis no máximo 15 referências bibliográficas.

7. Resumos

Nesta seção serão publicados resumos de trabalhos e artigos inéditos ou já publicados em outras revistas, a cargo do Comitê Científico, inclusive traduções de trabalhos de outros idiomas.

8. Correspondência

Esta seção publicará correspondência recebida, sem que necessariamente haja relação com artigos publicados, porém relacionados à linha editorial da revista.

Caso estejam relacionados a artigos anteriormente publicados, será enviada ao autor do artigo ou trabalho antes de se publicar a carta.

Texto: Com no máximo 2 páginas A4, com as especificações anteriores, bibliografia incluída, sem tabelas ou figuras.

Preparação do original

1. Normas gerais

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte ma-

neira: fonte Times Roman (English Times) tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com resolução de qualidade gráfica (300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos.tif ou.gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e também das palavras-chave (key-words).

O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, CD--ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc.) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:

- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e e-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3. Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c).

A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

Os Editores podem solicitar justificativa para a inclusão de autores durante o processo de revisão do manuscrito, especialmente se o total de autores exceder seis.

4. Resumo e palavras-chave (Abstract, Key-words)

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:

- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço Internet seguinte: http://decs.bvs.br.

Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes das referências, em uma seção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes.

As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto, seguindo as seguintes normas:

Livros - Número de ordem, sobrenome do autor, letras iniciais de seu nome, ponto, título do capítulo, ponto, In: autor do livro (se diferente do capítulo), ponto, título do livro (em grifo - itálico), ponto, local da edição, dois pontos, editora, ponto e vírgula, ano da impressão, ponto, páginas inicial e final, ponto.

Exemplo: 1. Phillips SJ, Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven press; 1995. p.465-78.

Artigos – Número de ordem, sobrenome do(s) autor(es), letras iniciais de seus nomes (sem pontos nem espaço), ponto. Título do trabalho, ponto. Título da revista ano de publicação seguido de ponto e vírgula, número do volume seguido de dois pontos, páginas inicial e final, ponto. Não utilizar maiúsculas ou itálicos.

Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação List of Journals Indexed in Index Medicus ou com a lista das revistas nacionais, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (www.bireme.br).

Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina et al.

Exemplo: Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. Cancer Res 1994;54:5016-20.

2011

Março

The 6th International Symposium on Diabetes & Pregnancy
Data: 24 a 26 de março de 2011
Local: Salzburg - Austria
Informações: dip@kenes.com

Abril

4th International Congress on PREDIABETES and the METABOLIC SYNDROME
Data: 6 a 9 de abril de 2011
Local: Madri - Espanha
Informações: www.kenes.com./prediabetes
prediabetes@kenes.com

DiabeteSul 2011
Local: Porto Alegre, RS
Data: 9 e 10 de abril de 2011
Informações: Grow-up Eventos, **Tel.:** (11) 3044-1339

9º Congresso Brasileiro Pediátrico de Endocrinologista e Metabologia
Local: Ouro Preto, MG
Data: 17 e 20 de Abril
Informações: www.cobrapem2011.com.br/

Maio

ISG 2011 - The Annual Meeting of the islat Study Group
Local: Natal, RN
Data: 8 a 10 de Maio
Informações: secretariat@easd.org

14º Congresso Brasileiro de Obesidade e Síndrome Metabólica
Local: São Paulo, SP
Data: 25 a 28 de Maio
Informações: abeso@eventus.com.br
Site: www.abeso.com.br

Junho

GANEPÃO 2011 - IV Congresso Brasileiro de Nutrição Integrada (CBNI) e GANEPÃO 2011
Data: 15 a 18 de junho de 2011
Local: São Paulo
Informações: ganepao@ganep.com.br
www.ganepao.com.br

71ST Scientific Sessions
Data: 24 a 28 de junho de 2011
Local: San Diego Convention Center
Informações: www.scientificsessions.diabetes.org

Julho

16º. Congresso Brasileiro Multidisciplinar e Multiprofissional em Diabetes
Data: 29, 30 e 31 de julho de 2011
Local: São Paulo - SP
Informações: anad@anad.org.br
Tel: (11) 5572-6559

Agosto

IV Congresso Brasileiro de Atualização em Endocrinologia e Metabologia (CBAEM) / X Congresso Paulista de Endocrinologia e Metabolismo (COPEM)
Local: Centro de Convenções Frei Caneca - São Paulo, SP
Data: 25 a 27 de Agosto
Tel.: (11) 3044-1339 / 3849-0099

Setembro

47th EASD Meeting
Local: Lisboa, Portugal
Data: 12 a 16 de setembro de 2011
Informações: atl@visitlisboa.com

Outubro

XVIII Congresso da Sociedade Brasileira de Diabetes
Local: Centro de Convenções Ulysses Guimarães - Brasília, DF
Data: 19 a 22 de Outubro

Para pacientes com diabetes tipo 2

Faça mais que reduzir a glicemia.

Atinja o diabetes pela raiz[1] com

NOVO

VICTOZA®

liraglutida

- Redução na HbA_{1c}: até 2,74%[2]
- Redução média do peso: 2,8 kg[3,4]
- Redução média na PAS: até 6,7 mm Hg[3,4]
- Melhora na função da célula beta [3,5]

Victoza® - liraglutida. Solução injetável de liraglutida 6,0 mg/mL em sistema de aplicação pré-preenchido com 3 mL. Indicação: tratamento de diabetes mellitus tipo 2 quando dieta e exercícios sozinhos não são suficientes para o controle da glicemia. Victoza® pode ser usado em combinação com metformina, sulfonilureia, metformina e uma sulfoniureia, assim como metformina e uma glitazona. Contraindicações: hipersensibilidade à liraglutida ou a qualquer excipiente. Contraindicado para menores de 18 anos. Advertências e Precauções: não deve ser usado em pacientes com diabetes mellitus tipo 1 ou para o tratamento de cetoacidose diabética. A experiência em pacientes com doença inflamatória intestinal e gastroparese diabética é limitada e Victoza® é, portanto, não recomendado nestes pacientes. Se houver suspeita de pancreatite, Victoza® e outros medicamentos potencialmente suspeitos devem ser descontinuados. Substâncias adicionadas á solução de Victoza® podem causar degradação de liraglutida. Categoria de risco na gravidez: C. Victoza® não deve ser usado durante a gravidez e amamentação. Interações: O uso de Victoza® com insulina não foi avaliado. Os pacientes em tratamento com Victoza® em combinação com sulfonilureia podem ter um risco aumentado de hipoglicemia. O risco de hipoglicemia pode ser diminuído pela redução na dose da sulfonilureia. Posologia: A dose inicial é de 0,6 mg de liraglutida por dia. Após pelo menos uma semana, a dose deve ser aumentada para 1,2 mg. Não são recomendadas doses diárias maiores do que 1,8 mg. Victoza® pode ser adicionado ao tratamento existente com metformina ou metformina em combinação com tiazolidinediona. Victoza® pode ser adicionado ao tratamento existente com sulfonilureia ou metformina em combinação com sulfonilureia. Grupos específicos de pacientes: Não é necessário ajuste da dose com base na idade. Para pacientes com insuficiência renal leve, não é necessário ajuste de dose. Victoza® não é recomendado para pacientes com insuficiência renal grave incluindo pacientes com doença renal terminal A experiência com pacientes com insuficiência hepática é muito limitada para recomendar o uso em pacientes com insuficiência hepática leve, moderada ou grave Reações adversas: Reação muito comum: náusea e diarréia (normalmente desaparecem com o tempo). Reação comum: hipoglicemia, anorexia, redução do apetite, dor de cabeça, vômito, dispepsia, gastrite, doença do refluxo gastroesofágico, distensão abdominal, dor na parte superior do abdome, constipação, flatulência, eructação, infecção das vias aéreas superiores. Reação incomum: pancreatite, distúrbios da tireoide como nódulos, aumento da calcitonina no sangue e bócio. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Registro MS: 1.1766.0028

VIC-017-04/2011

Este medicamento não deve ser utilizado em caso de hipersensibilidade à liraglutida ou qualquer um de seus excipientes. O uso simultâneo de liraglutida com sulfonilureia pode aumentar o risco de hipoglicemia.

Referências: 1. U.K. Prospective Diabetes Study Group. U.K. Prospective Diabetes Study 16: overview of 6 years' therapy of type II diabetes: a progressive disease. Diabetes. 1995;44(11):1249-1258. **2.** Nauck M, Marre M. Adding liraglutide to oral diabetic drug monotherapy: efficacy and weight benefits. Postgrad Med. 2009;121(3):5-15. **3.** Bula do Produto. **4.** Gallwitz B, Vaag A, Falahati A, Madsbad S. Adding liraglutide to oral antidiabetic drug therapy: onset of treatment effects over time. Int J Clin Pract. 2010;64(2):267-276. **5.** Chang AM, Jakobsen G, Sturis J, et al. The GLP-1 derivative NN2211 restores b-cell sensitivity to glucose in type 2 diabetic patients after a single dose. Diabetes. 2003;52(7):1786-1791.

novo nordisk®

© Novo Nordisk Farmacêutica do Brasil Ltda.
Av. Francisco Matarazzo, 1.500 - 13º andar
CEP: 05001-100 - São Paulo/SP - Brasil.
Disk Novo Nordisk: 0800 14 44 88

NOVO
VICTOZA®
liraglutida

Controle de 24h e atinge a meta de A1C com melhor qualidade de vida.[1-3]

LANTUS®
insulina glargina

24 horas de controle glicêmico.
Uma vez ao dia.
Sem pico de ação.[4]

"LANTUS® está contraindicada em pacientes com hipersensibilidade à insulina glargina ou a qualquer um dos componentes da fórmula. Um aumento no efeito de redução de glicemia e na suscetibilidade à hipoglicemia pode ocorrer no uso concomitante de antidiabéticos orais."

EURO RSCG LIFE