

TEMAS LIVRES

001 – FREQUÊNCIA DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES EM PACIENTES ACROMEGÁLICOS COM DOENÇA CONTROLADA E DESCONTROLADA: AVALIAÇÃO DO PONTO DE CORTE IDEAL PARA OS NÍVEIS DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO

Campos SMS, Miranda PAC, Rodrigues LFAA, Giannetti AV, Ribeiro-Oliveira Jr A

Introdução: A Acromegalia é caracterizada por hipersecreção de hormônio de crescimento (GH) e a prevalência de Síndrome Metabólica é elevada nestes pacientes. A Acromegalia descontrolada acarreta um risco de mortalidade cardiovascular 2-3 vezes maior, o qual pode ser reduzido com o controle dos níveis de GH e IGF-1. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é avaliar a frequência de alterações nos componentes da Síndrome Metabólica em pacientes acromegálicos e avaliar pontos de corte de GH com melhor sensibilidade para detectar a presença dos fatores de risco avaliados. **Material e Métodos:** Foi avaliada a frequência de hipertensão, diabetes mellitus, HOMA IR >2.71, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e a média de glicemia, pressão arterial e IMC de 68 pacientes que assinaram termo de consentimento na Faculdade de Medicina da UFMG. Foram dosados o GH basal e o IGF-1 dos pacientes e, a partir dos valores encontrados, a doença foi considerada controlada quando GH basal < 2µg/L e IGF-1 dentro da faixa de referência normal para a idade; e descontrolada quando o GH basal foi ≥2µg/L e IGF-1 acima da faixa de referência para a idade. Uma curva ROC foi obtida para detectar o ponto de corte de GH com melhor sensibilidade para detectar cada um dos fatores de risco avaliados. **Resultados:** A idade média dos pacientes com doença descontrolada foi de 50.7 ± 15.1 anos versus 50.5 ± 10.7 anos na doença controlada (p=0.930). Trinta e três pacientes (48.52%) apresentavam doença controlada versus 35 pacientes (51.47%) com doença descontrolada. A frequência de hipertensão encontrada (55.9% nos pacientes descontrolados x 56.7% nos pacientes controlados, p=0.849; foi maior que a relatada na literatura (30%). A glicemia média dos pacientes descontrolados foi maior que aquela dos pacientes controlados (105.4 ± 22.4 x 93.3 ± 17mg/dL, p<0.02). A pressão sistólica média também foi maior no grupo de pacientes com doença descontrolada (131.1 ± 17.6 x 129.5 ± 20.6mmHg, p=0.049). As frequências para obesidade abdominal, IMC>25Kg/m², HAS, diabetes, hiperlipidemia e resistência insulínica não diferiram significativamente com o controle da doença. A frequência de síndrome metabólica nos acromegálicos descontrolados foi de 38.2% versus 33.3% nos controlados (p = 0.870). Após análise da curva ROC, os valores com sensibilidade de 90% para detecção da presença dos fatores de risco acima avaliados oscilaram entre 0.07 e 0.38µg/L. **Discussão:** Apesar dos pacientes acromegálicos com doença descontrolada apresentarem níveis glicêmicos e pressão sistólica mais elevados, não houve diferença na frequência dos fatores de risco avaliados e de síndrome metabólica entre os pacientes acromegálicos com doença controlada e descontrolada. A análise da curva ROC sugere pontos de corte de GH muito baixos para detecção da presença dos fatores de risco avaliados. **Conclusão:** Esses dados sugerem que este grupo específico de pacientes acromegálicos está sob maior risco de doenças cardiovasculares devido à alta frequência dos fatores de risco avaliados. Com o progresso dos métodos de dosagem de GH e o conhecimento dos valores de GH da população hígida, a tendência é que pontos de corte de GH sejam mais rígidos para definir controle da doença, assim como o mostrado neste estudo.

002 – QUAL A PRINCIPAL META PARA REDUZIR O RISCO METABÓLICO EM MULHERES COM SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS: PERDA DE PESO, REDUÇÃO DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL OU REDUÇÃO DO ÍNDICE DE PRODUTO DE ACUMULAÇÃO LIPÍDICA?

Cândido AL, Marques P, Freitas S, Martorina W, Sousa BA, Brandão KA, Costa JF, Mendonça HC, Reis FM

Ambulatório de Hiperandrogenismo, Serviços de Endocrinologia e Ginecologia, Hospital das Clínicas da UFMG

Objetivo: Comparar a relação entre três índices biométricos – índice de massa corporal, circunferência abdominal e índice de acumulação lipídica – e três indicadores de risco metabólico e cardiovascular em mulheres portadoras de síndrome dos ovários policísticos (PCOS). **Material e métodos:** O estudo incluiu 109 mulheres com PCOS diagnosticada de acordo com os critérios do consenso de Rotterdam (2003). Pelo critério do índice de massa corporal (IMC), as mulheres foram categorizadas em magras (até 25 Kg/cm²), sobrepeso (25,1-30 Kg/m²) e obesas (>30 Kg/m²). A circunferência abdominal foi medida no ponto intermediário entre o rebordo costal e a crista ilíaca e dicotomizada em normal (<88 cm) e aumentada (>= 88 cm). O índice de produto de acumulação lipídica (LAP = cintura [cm]-58 x triglicérides [mmol/l]) foi categorizado em normal (<34,5) e aumentado (>= 34,5). Os desfechos analisados foram o índice de resistência insulínica HOMA-IR (glicemia em jejum x insulina/405) classificado arbitrariamente como elevado (>3) e normal (= 140 mg/dl) e hipertensão arterial. A combinação entre os índices biométricos e os desfechos foi feita por tabelas de contingência e submetida ao teste exato de Fisher. **Resultados:** Resistência insulínica indicada por HOMA-IR >3 foi significativamente associada ao índice LAP (39% no grupo com índice LAP aumentado vs. 9% no grupo com índice LAP normal, p<0.05, teste exato de Fisher). A circunferência abdominal aumentada também se associou a maior frequência de alterações no HOMA-IR (26% vs. 4%, p<0,05). Tolerância diminuída à glicose foi mais comum nas mulheres com sobrepeso (20%) comparadas às magras (0%) e ainda mais freqüente nas mulheres obesas (33%, p=0,01) e não se associou aos outros índices biométricos pesquisados. Hipertensão arterial foi mais freqüente entre as mulheres obesas (30%) do que nas com sobrepeso (3%) e nas magras (0%, p<0,01) e não se correlacionou com a circunferência abdominal ou o índice LAP. **Conclusões:** Em mulheres com PCOS, menor índice LAP e menor circunferência abdominal associam-se a menor probabilidade de resistência insulínica, confirmando achados de outro estudo recente (Wiltgen et al. Hum Reprod 2009;24:1726). Entretanto, os dados sugerem que para reduzir o risco de hipertensão arterial e intolerância à glicose nessa população é importante ter como meta a redução da obesidade.

003 – AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DE PARÂMETROS CLÍNICO-LABORATORIAIS QUE INFLUENCIAM OS RESULTADOS DO TESTE DE TOLERÂNCIA ORAL À GLICOSE

Dias APG, Lauria MW, Lages MV, Brandão JB, Dias INB

Introdução: O teste de tolerância oral à glicose (TTOG) freqüentemente identifica pacientes com diabetes mellitus (DM) ou intolerância oral à glicose (IGT), estados associados a um risco cardiovascular aumentado. Ainda se discute em quais pacientes esse teste deveria ser rotineiramente realizado. **Objetivo:** Comparar dados clínicos e laboratoriais entre indivíduos com tolerância normal à glicose (NGT), IGT e DM diagnosticados pelo TTOG padrão com 75 gramas de dextrosol. **Métodos:** 377 pacientes (idade=53,8 ± 15,2 anos; 77,7% do sexo feminino; IMC= 31,4 ± 5,9 Kg/m², circunferência abdominal= 101 ± 12,4cm nas mulheres e 106,9 ±14,1cm nos homens), submetidos a um TTOG de acordo com o julgamento clínico, foram retrospectivamente avaliados entre abril de 2008 e abril de 2009. Nenhum paciente tinha história prévia de diabetes, níveis de glicemia de jejum (GJ) > 125 mg/dl, insuficiência renal crônica, hepatopatias, níveis de TSH >5 UI/ml; ou estava em uso de glicocorticóides. Os dados foram comparados usando o teste do qui-quadrado e ANOVA, seguidos pelo Newmans-Keuls. P <0.05 foi considerado como significativo. **Resultados:** Quando comparados ao grupo de pacientes com tolerância normal a glicose (n=175), os pacientes com IGT (n=133) ou DM (n=69) eram mais velhos, apresentaram com maior frequência hipertensão e estavam mais freqüentemente em uso de diuréticos, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e estatinas. Não houve diferença entre os grupos em relação a sexo, IMC, presença de acantose nigricans, uso de beta bloqueadores ou história familiar de DM. Os pacientes com IGT ou DM possuíam maiores níveis de glicemia de jejum (GJ) e triglicérides e menores de HDL-c, mas não houve diferença nos níveis de colesterol total e LDL. Os níveis de ácido úrico também estavam mais elevados nas mulheres dos grupos de IGT e DM. Os pacientes com DM tiveram maior GJ que pacientes com IGT, enquanto os outros parâmetros não mostraram diferenças significativas entre esses dois grupos. **Conclusão** GJ é um parâmetro útil na indicação do TTOG. No entanto, outros parâmetros clínicos e laboratoriais, especialmente a presença de hipertensão ou dislipidemia, idade avançada e hiperuricemia (no sexo feminino), devem ser considerados na decisão de se realizar ou não o TTOG em pacientes obesos ou com sobrepeso.

004 – HIPOADIPONECTINEMIA NO PROLACTINOMA CONTROLADO E DESCONTROLADO

Rodrigues LFAA, Campos SMS, Miranda PAC, Castro RF, Giannetti AV, Ribeiro-Oliveira Jr A

Faculdade de Medicina da UFMG

Introdução: A adiponectina é uma proteína de 247 aminoácidos secretada exclusivamente pelo tecido adiposo que possui propriedades sensibilizadoras da ação da insulina. Níveis de adiponectina reduzidos têm sido relatados na obesidade e resistência à insulina (RI). A RI pode ser avaliada pela elevação do Homa-IR e redução da adiponectina. Estudos têm mostrado a associação da hiperprolactinemia com obesidade e RI, indicando que a prolactina possa inibir a liberação da adiponectina. O objetivo deste estudo foi avaliar se existe diferença nos níveis de adiponectina e fatores relacionados à RI entre pacientes com prolactinoma controlado (PRLC) e descontrolado (PRLD), comparado a indivíduos saudáveis (controle). Materiais e métodos: Foram estudados 40 pacientes com prolactinoma (20 PRLC e 20 PRLD) e 40 pacientes-controle recrutados do HC-UFMG. Os critérios de inclusão foram pacientes com diagnóstico clínico de prolactinoma confirmados por dosagens de prolactina e exames de imagem. Os critérios de exclusão foram outras causas de elevação da prolactina que não prolactinoma, hipopituitarismo sem reposição hormonal adequada e diabetes. Os critérios para PRLC foram a ausência de manifestações clínicas e prolactina < 30 ng/mL e os critérios para PRLD foram a presença de manifestações clínicas de hiperprolactinemia e prolactina > 30 ng/mL. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética local e todos assinaram termo de consentimento. Foram coletados dados clínicos e parâmetros laboratoriais, incluindo índice de massa corporal (IMC), índice cintura-quadril (ICQ), prolactina, colesterol, HOMA-IR e adiponectina. A dosagem de adiponectina foi realizada pelo método de ELISA, com amostras em duplicata. **Resultados:** Os grupos PRLD, PRLC e controle não apresentaram diferença estatística quanto ao sexo, idade e IMC. Os níveis de prolactina no momento da coleta dos exames foram de $221,7 \pm 25,8$ e $12,81 \pm 10,5$ ng/ml nos grupos PRLD e PRLC, respectivamente. Todos os pacientes do grupo PRLC e 12 pacientes (60%) do PRLD estavam em uso de agonista dopaminérgico. Não houve diferença significativa nos níveis de colesterol e HOMA-IR entre os grupos ($p > 0,05$). O ICQ no sexo feminino foi de $0,92 \pm 0,09$; $0,85 \pm 0,07$ e $0,85 \pm 0,06$ ($p < 0,05$ para PRLD versus PRLC e controle) nos grupos PRLD, PRLC e controle, respectivamente. As dosagens de adiponectina (ng/mL) foram $12,03 \pm 7,83$; $19,73 \pm 8,39$ e $33,81 \pm 18,37$ nos grupos PRLD, PRLC e controle, respectivamente ($p < 0,01$ para todas as comparações entre grupos). **Conclusão:** Este estudo mostra pela primeira vez que os níveis de adiponectina encontram-se diminuídos em pacientes com prolactinoma quando comparado a indivíduos hígidos, e ainda que o controle do prolactinoma com agonistas dopaminérgicos aumenta parcialmente os níveis de adiponectina, sugerindo um efeito dos níveis elevados da prolactina na redução da adiponectina, mesmo na ausência de RI.

005 – CORRELAÇÃO DOS VALORES DE HEMOGLOBINA GLICADA COM OS ACHADOS DO TESTE DE TOLERÂNCIA ORAL À GLICOSE EM PACIENTES COM GLICEMIA DE JEJUM ALTERADA

Lages MV, Lauria MW, Dias APG, Dias INB, Brandão JB, Cordeiro GV, Ramos AV, Soares MMS, Barbosa VE, Oliveira MM, Gonçalves AP

Introdução: Recentemente tem sido cogitada a utilização da hemoglobina glicada (A1C) como teste de rastreio ou diagnóstico de diabetes em substituição ao teste de tolerância oral à glicose (TTOG). A1C superior a 6,5%, se confirmada, seria diagnóstica de diabetes, enquanto que valores entre 6,0 e 6,5% sugeririam um estado de pré-diabetes. **Objetivo:** Correlacionar os valores de A1C com o TTOG em indivíduos sem o diagnóstico prévio de diabetes e com a glicemia de jejum (GJ) alterada (100-125 mg/dl). **Metodologia:** 85 pacientes com idade = $54,0 \pm 13,7$ anos, predominantemente mulheres (74,1%), com índice de massa corporal (IMC) = $30,7 \pm 5,4$ kg/m², cintura abdominal de $107,3 \pm 11,9$ cm (homens) e $110,1 \pm 11,9$ cm (mulheres), com a glicemia de jejum alterada (100-125 mg/dl), foram submetidos, em um mesmo laboratório, à dosagem de A1C (pelo método de HPLC) e ao TTOG, com a medição da glicemia duas horas após 75 gramas de dextrosol (GPD). Nenhum paciente tinha história prévia de diabetes, síndrome de Cushing, acromegalia, insuficiência renal crônica, hepatopatias, níveis de TSH > 5 UI/ml; ou estava em uso de glicocorticóides. Além disso, foram excluídos pacientes com anemia ou hemoglobinopatias conhecidas. Os dados foram comparados usando o teste do qui-quadrado, o coeficiente de correlação de Pearson e ANOVA. $P < 0,05$ foi considerado como significativo. **Resultados:** Valores de A1C < 6,0%, entre 6,0-6,5% e > 6,5% foram encontrados em 49,4%, 34,1% e 16,5% dos pacientes, respectivamente. Os níveis de A1C se correlacionaram à GJ e particularmente à GPD. Não houve relação entre os níveis de A1C e o sexo, idade, IMC, concentração de hemoglobina, lípides séricos ou nível de ácido úrico dos pacientes. Pacientes com A1C inferior a 6,0% apresentaram 71,4% dos TTOG normais. Portadores de A1C entre 6,0 e 6,5 apresentam TTOG semelhantes aos daqueles com A1C inferior a 6,0. A1C superior a 6,5% esteve relacionada a alterações no TTOG em 85,7% dos casos, entretanto, em somente 35,7% deles a GPD foi superior a 200 mg/dl. Por outro lado, apenas 41,7% dos pacientes com diagnóstico de diabetes ao TTOG apresentaram A1C > 6,5%. **Conclusão:** Na avaliação de pacientes com a GJ alterada, mas sem critérios para diabetes, a dosagem da A1C é uma ferramenta útil, que fornece informações complementares, mas não substitutivas, ao TTOG.

006 – CIRCULATING ACYLATED GHRELIN (ACTIVE) LEVELS DURING OGTT IN GESTATIONAL DIABETES AND NORMAL PREGNANCY

Leite RB, Nascimento GF, Bizzzi MF, Miranda PAC, Nogueira AI, Foscolo RB, Ribeiro-Oliveira Jr A

Introduction: Ghrelin is a 28-amino acid peptide predominantly produced by stomach, also detectable in many endocrine tissues such as pancreas, placenta, pituitary and hypothalamus. Ghrelin first was characterized as a natural ligand of GH secretagogue receptor type 1a (GHS-R1a), but has a multiplicity of physiological functions affecting food intake, energy, glucose homeostasis, and others. The ghrelin levels raise in pre-prandial time and suppress after meals, and therefore shows involvement in meal initiation, energy balance and post prandial metabolism. This post-prandial suppression is blunted in pathological conditions like obesity, diabetes and another insulin resistance condition. Insulin sensitivity decreases during late pregnancy, and in gestational diabetes we can assure an insulin resistant state. In recent studies acylated ghrelin, and not total ghrelin, seems to exert a tonic inhibitory regulation on insulin secretion. The objective of our study was find if there was difference in acylated ghrelin in fasting and during OGTT in gestational diabetes compared to healthy pregnancy and no pregnant women. **Methods:** A total of 43 women were recruited from the gestational diabetes outpatients' clinic and from obstetrics outpatient ward when they underwent a routine oral glucose tolerance test (75g-2h-OGTT) after 24th week of pregnancy. A total of 30 pregnant women were included in the study. Pregnant subjects were assigned, based to the ADA's fourth Workshop Conference Criteria for Gestational Diabetes A total of 41 women gave informed consent and were included. Groups were assigned, based on ADA fourth Workshop Conference Criteria for Gestational Diabetes: 15 with gestational diabetes (GDM) and 13 healthy pregnant (GES). Another 13 voluntary non pregnant healthy women, matched by age and BMI to pregnancy group, were recruited from outpatient clinic to undergo OGTT as controls (NOR). The study was approved by the local Ethics Committee. Blood samples were drawn at baseline and 60, 120 min baseline after glucose overload for the determination of insulin and active ghrelin. **Results:** GDM and GES showed similar gestational weeks (GDM $29,29 \pm 2,58$; NGT $30,00 \pm 3,68$). As expect the three groups (GDM, GES, NOR) were significant different in glucose levels during OGTT ($p < 0,01$). When we analyze the insulin curve, GES had higher insulin level when compared with GDM and NOR. Acylated ghrelin did not show different statistical values in baseline values among groups. When we compare the curves during OGTT we found statistical difference among the curves by two way ANOVA repeated measures ($p = 0,018$), which differed statistically at 60 minutes when GDM showed lower acylated ghrelin levels than GES ($p = 0,006$). Our data did not show suppression of acylated ghrelin during OGTT in any of the groups. **Conclusion:** We show that acylated ghrelin has similar values in healthy women, healthy pregnant, and gestational diabetes when matched for age and BMI. Our data show lower values of acylated ghrelin at 60 minutes in GDM group when compared to GES group during OGTT. Acylated ghrelin do not show suppression after glucose overload in any of the groups, opposing to what has been shown to total ghrelin.

007 – ANÁLISE DAS AUTORIZAÇÕES DE RADIOIODOTERAPIA REALIZADAS PELO CENTRO MUNICIPAL DE REGULAÇÃO DE BELO HORIZONTE NO PERÍODO DE 2000 A 2008

Drummond MCF, Cosso MAM; Dayrell M

Análise das autorizações de radioiodoterapia realizadas pelo Centro Municipal de Regulação de Belo Horizonte no período de 2000 a 2008

Introdução: A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte há quase duas décadas deu início às atividades que tinham como objetivo garantir o acesso ao tratamento com iodo radioativo aos pacientes portadores de câncer da tireóide. **Objetivos:** Análise das autorizações de radioiodoterapia realizadas pelo Centro Municipal de Regulação de Belo Horizonte no período de 2000 a 2008 **Material e Métodos:** Foram estabelecidos protocolos para o tratamento do carcinoma diferenciado da tireóide de acordo com as diretrizes brasileiras e internacionais e fluxos de autorização foram criados. O Centro Municipal de Alta Complexidade (CMAC) do Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte (BH) passou a ser o único local para autorização e agendamento deste tratamento. O CMAC do SUS-BH possui um sistema informatizado próprio, com registro de todos os tratamentos autorizados desde o ano de 2000. As solicitações são feitas através de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) e são previamente avaliadas por dois endocrinologistas. O Setor recebe solicitações de tratamento de usuários procedentes de 568 (66,6%) dos 853 municípios do estado Minas Gerais. Os tratamentos autorizados são realizados por dois hospitais credenciados em Oncologia e que possuem serviço habilitado em Medicina Nuclear para esta finalidade. **Resultados:** Foram autorizados 1262 tratamentos no período de 2000 a 2008, com uma média de 140 por ano. Observou-se um aumento gradativo do número de tratamentos autorizados no período avaliado, com 98(7,8%) autorizações em 2000 e 176(13,9%) em 2008. Em relação às doses autorizadas, 563(44,6%) foram de 100 mCi, 461(36,6%) de 150 mCi e 234(18,5%) de 200mCi. Apenas 04(0,32%) pacientes obtiveram autorização para o uso de 250mCi, pois esta dose só foi instituída pela portaria ministerial de número 466 em 20 de agosto de 2007. A maioria dos pacientes 1058(83,8%) era do sexo feminino; a idade variou entre 11 a 97 anos, sendo a média de 50 anos e a mediana de 49 anos. Novecentos e quatro (85%) pacientes tiveram apenas uma autorização para o tratamento e 159 (15%) tiveram mais de uma autorização. Destes, 115 pacientes tiveram dois tratamentos autorizados, 31 pacientes três autorizações e 11 pacientes quatro autorizações. Apenas dois pacientes obtiveram cinco autorizações. Do total de 1262 procedimentos autorizados, 798(63,2%) foram solicitados por estabelecimentos de saúde de Belo Horizonte, mas somente 391(31%) pacientes eram procedentes deste município. No município de Belo Horizonte as principais instituições solicitantes foram: Instituto Mineiro de Oncologia - 448(35,5%) tratamentos; Hospital das Clínicas da UFMG - 260(20,6%) tratamentos e Santa Casa de Misericórdia de BH - 223(17,7%). **Conclusão:** A organização do acesso aos portadores de carcinoma diferenciado da tireóide à radioiodoterapia foi de grande importância. Através desta iniciativa a Secretaria Municipal de Saúde pode conhecer o perfil dos pacientes submetidos a este tipo de intervenção, acompanhar todo o processo desde a autorização até a realização dos tratamentos e qualificar as indicações terapêuticas.

008 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS COM DEFICIÊNCIA DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO: VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PRÓPRIO NO BRASIL

Mol SM, Asmar G, Naves L, Boguszewski CL, Kamarano K, Vilar L, McKenna S, Ribeiro-Oliveira A Jr

Objetivo: A deficiência de hormônio do crescimento no adulto é uma entidade bem reconhecida, apesar de ainda não disponibilizarmos de um instrumento para quantificar o grau desta deficiência através de um questionário específico. Este estudo objetiva apresentar o resultado do processo de tradução e validação de questionário específico para pacientes com deficiência de GH (hormônio de crescimento) no Brasil – QoL-AGHDA (Quality of Life-Assessment for Growth Hormone Deficiency in Adults). **Material e métodos:** o presente estudo seguiu a metodologia do Galen Research, responsável pelo desenvolvimento deste questionário no Reino Unido e validação em outros países europeus. Esta metodologia incluiu a utilização de dois painéis para tradução inicial e adequação da mesma à língua portuguesa. O primeiro foi constituído por um grupo bilíngüe de 9 indivíduos. O segundo foi constituído por um grupo de 9 indivíduos leigos representativos da população brasileira, de forma a assegurar a produção de frases conceitualmente equivalentes e em linguagem acessível aos respondedores. Os questionários foram então aplicados a 16 pacientes adultos deficientes de GH não tratados, para avaliação da compreensão e clareza das frases, a partir de entrevistas individuais realizadas com cada um dos pacientes. As dúvidas na compreensão das frases foram anotadas e discutidas com os pacientes, fazendo-se correções que resultaram na tradução final do questionário. A terceira etapa do processo constou da aplicação do questionário na sua versão final a um grupo de 122 pacientes em 2 ocasiões com 15 dias de intervalo. Dos 122 questionários (incluindo 80 testes e retestes), 79 foram provenientes dos serviços de Neuroendocrinologia do Hospital das Clínicas da UFMG e da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte e os restantes a partir da colaboração com serviços de Curitiba, Brasília, Recife e São Paulo. Como questionário comparador, foi utilizado o Notting Health profile (NHP), um questionário de qualidade de vida inespecífico utilizado no Reino Unido. A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa SPSS. **Resultados:** Os coeficientes de Alpha Cronbach para consistência interna foram de 0.9 para ambas as medidas; e a análise de teste-reteste foi de 0.88. Estes dados mostram respectivamente que os itens do questionário se inter-relacionam bem e que o erro de medida randômico é baixo, apontando boa responsividade na mensuração. Além disso, houve uma adequada consistência do AGHDA com o NHP para os itens que avaliam pontos semelhantes entre eles ($p < 0.01$). **Conclusão:** Os resultados apresentados dão suporte para a utilização clínica da versão brasileira do questionário AGHDA para o seguimento de pacientes adultos com deficiência de GH antes e após o tratamento com o hormônio, com o objetivo de avaliação da qualidade de vida. Considerando-se o fato de que a reposição do GH no adulto necessita de um instrumento direcionado para verificação do impacto deste tratamento sobre a qualidade de vida, a validação da tradução do questionário AGHDA no Brasil representa um marco neste tratamento. Estudos futuros realizados no Brasil devem buscar correlações dos resultados obtidos neste questionário com exames bioquímicos relacionados ao déficit de GH.