



Extensior[®]

NOVO NORDISK FARM. DO BRASIL LTDA.

0,25 mg e 0,5 mg - Sistema de Aplicação 1,5 mL

**SOLUÇÃO INJETÁVEL de semaglutida 1,34
mg/mL**

Extensior® semaglutida

IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

Extensior®
semaglutida

APRESENTAÇÕES

Solução injetável de semaglutida 1,34 mg/mL em sistema de aplicação preenchido (multidose e descartável).

ou

Solução injetável de semaglutida 1,34 mg/mL em sistema de aplicação preenchido (multidose e descartável) com 6 agulhas descartáveis.

Cada sistema de aplicação contém 1,5 mL e libera doses de 0,25 mg e 0,5 mg.

Embalagens contendo 1 sistema de aplicação preenchido.

USO SUBCUTÂNEO

USO ADULTO

COMPOSIÇÃO

Cada mL de solução injetável contém 1,34 mg de semaglutida.

Excipientes: fosfato de sódio dibásico di-hidratado, propilenoglicol, fenol, ácido clorídrico (ajuste de pH), hidróxido de sódio (ajuste de pH) e água para injetáveis.

A semaglutida é um agonista do receptor de GLP-1 (peptídeo similar ao glucagon 1 humano) produzido em *Saccharomyces cerevisiae* por tecnologia de DNA recombinante.

Um sistema de aplicação preenchido contém 2 mg de semaglutida em 1,5 mL.

INFORMAÇÕES TÉCNICAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. INDICAÇÕES

Extensior® é indicado para o tratamento de adultos com diabetes mellitus tipo 2 insuficientemente controlado, como adjuvante à dieta e exercício:

- em monoterapia, quando a metformina é considerada inadequada devido a intolerância ou contraindicações;
- em adição a outros medicamentos para o tratamento do diabetes;
- para redução do risco de declínio sustentado da TFGe (Taxa de Filtração Glomerular Estimada), doença renal em estágio terminal e morte cardiovascular em adultos com diabetes tipo 2 e doença renal crônica, em adição à terapia padrão.

Para informação sobre os resultados de estudos relativos às associações, efeitos sobre o controle glicêmico, eventos cardiovasculares, eventos renais, populações estudadas e a terapia padrão utilizada ver item “2. Resultados de Eficácia”.

2. RESULTADOS DE EFICÁCIA

A melhora do controle glicêmico, a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular, a perda de peso e a redução do risco de progressão da doença renal crônica são partes integrantes do tratamento do diabetes mellitus tipo 2.

A eficácia e segurança de Extensior® 0,5 mg e 1,0 mg, uma vez por semana, foram avaliadas em seis estudos de fase 3a, randomizados e controlados, que incluíram 7.215 pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (4.107 pacientes foram tratados com Extensior®). Desses, cinco estudos (SUSTAIN 1-5) tiveram a avaliação de eficácia glicêmica como desfecho primário, enquanto um estudo (SUSTAIN 6) teve o resultado cardiovascular como o desfecho primário.

Adicionalmente, um estudo de fase 3b (SUSTAIN 7), incluindo 1.201 pacientes, foi realizado para comparar a eficácia e a segurança de Extensior® 0,5 mg e 1,0 mg, uma vez por semana, em relação a dulaglutida 0,75 mg e 1,5 mg uma vez por semana, respectivamente. Um estudo fase 3b (SUSTAIN 9), incluindo 302 pacientes com diabetes mellitus tipo 2, foi realizado para investigar a eficácia e a segurança da semaglutida em adição ao tratamento com inibidor do cotransportador sódio-glicose 2 (SGLT2) (com ou sem metformina ou sulfonilureia).

O tratamento com Extensior® demonstrou reduções sustentadas, clinicamente significativas e estatisticamente superiores na HbA_{1c} e no peso corporal por até 2 anos em comparação ao tratamento com placebo e controle ativo (sitagliptina, insulina glargina, exenatida e dulaglutida).

A eficácia de Extensior® não foi impactada por idade, sexo, raça, etnia, IMC basal, peso corporal basal (kg), duração do diabetes e nível de comprometimento da função renal.

Um estudo de desfechos renais de fase 3b (FLOW), que incluiu 3.533 pacientes, foi conduzido para investigar os efeitos de Extensior® 1,0 mg uma vez por semana versus placebo na progressão do comprometimento renal em pacientes com diabetes tipo 2 e doença renal crônica.

Um estudo de fase 3b sobre capacidade funcional (STRIDE), incluindo 792 pacientes, foi conduzido para investigar os efeitos de Extensior® 1 mg, uma vez por semana, em comparação com placebo em pacientes com diabetes tipo 2 e doença arterial periférica.

SUSTAIN 1 - Monoterapia

Em um estudo duplo cego placebo controlado de 30 semanas, 388 pacientes inadequadamente controlados com dieta e exercícios foram randomizados para receber Extensior® 0,5 mg ou Extensior® 1,0 mg, uma vez por semana, ou placebo.

Tabela 1 – SUSTAIN 1: Resultados na semana 30

	Extensior® 0,5 mg	Extensior® 1,0 mg	Placebo
População intenção de tratar - ITT (N)	128	130	129
HbA_{1c} (%)			
Basal (média)	8,1	8,1	8,0
Alteração a partir do basal na semana 30	-1,5	-1,6	0
Diferença do placebo [95% IC]	-1,4 [-1,7; -1,1] ^a	-1,5 [-1,8; -1,2] ^a	-
Pacientes (%) atingindo HbA_{1c} <7%	74	72	25
GPJ (mmol/L) (mg/dL)			
Basal (média)	9,7 (174,8 mg/dL)	9,9 (178,4 mg/dL)	9,7 (174,8 mg/dL)
Alteração a partir do basal na semana 30	-2,5 (-45,0 mg/dL)	-2,3 (-41,4 mg/dL)	-0,6 (-10,8 mg/dL)
Peso corporal (kg)			
Basal (média)	89,8	96,9	89,1
Alteração a partir do basal na semana 30	-3,7	-4,5	-1,0
Diferença de placebo [95% IC]	-2,7 [-3,9; -1,6] ^a	-3,6 [-4,7; -2,4] ^a	-

^a valor p <0,0001 (bilateral) para superioridade

SUSTAIN 2 – Extensior® versus sitagliptina, ambos em combinação com 1-2 medicamentos antidiabéticos orais (metformina e/ou tiazolidinedionas)

Em um estudo duplo-cego ativo-controlado de 56 semanas, 1.231 pacientes foram randomizados para receber Extensior® 0,5 uma vez por semana, Extensior® 1,0 mg uma vez por semana ou 100 mg de sitagliptina uma vez ao dia, todos em associação com metformina (94%) e /ou tiazolidinedionas (6%).

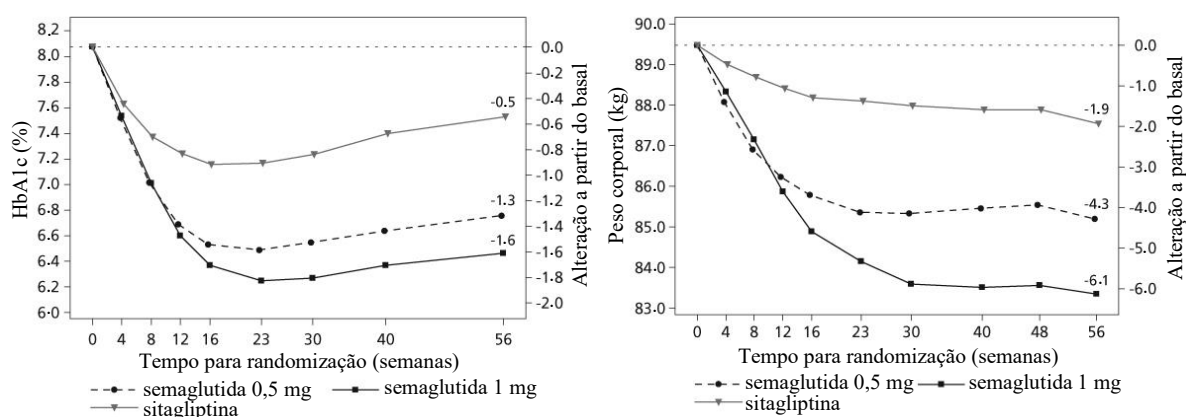
Tabela 2 – SUSTAIN 2: Resultados na semana 56

	Extensior® 0,5 mg	Extensior® 1,0 mg	sitagliptina 100 mg
População intenção de tratar - ITT (N)	409	409	407
HbA_{1c} (%)			

Basal (média)	8,0	8,0	8,2
Alteração a partir do basal na semana 56	-1,3	-1,6	-0,5
Diferença de sitagliptina [95% IC]	-0,8 [-0,9;-0,6] ^a	-1,1 [-1,2;-0,9] ^a	-
Pacientes (%) atingindo HbA _{1c} <7%	69	78	36
GPJ (mmol/L) (mg/dL)			
Basal (média)	9,3 (167,6 mg/dL)	9,3 (167,6 mg/dL)	9,6 (173,0 mg/dL)
Alteração a partir do basal na semana 56	-2,1 (-37,8 mg/dL)	-2,6 (-46,8 mg/dL)	-1,1 (-19,8 mg/dL)
Peso corporal (kg)			
Basal (média)	89,9	89,2	89,3
Alteração a partir do basal na semana 56	-4,3	-6,1	-1,9
Diferença de sitagliptina [95% IC]	-2,3 [-3,1;-1,6] ^a	-4,2 [-4,9;-3,5] ^a	-

^a valor p <0,001 (bilateral) para superioridade

Figura 1. Alteração média na HbA_{1c} (%) e no peso corporal (kg) desde o basal até a semana 56



SUSTAIN 3 – Extensior® versus exenatida liberação prolongada, ambos em combinação com metformina ou metformina com sulfonilureia

Em um estudo aberto de 56 semanas, 813 pacientes recebendo somente metformina (49%), metformina com sulfonilureia (45%) ou outro (6%) foram randomizados para Extensior® 1,0 mg uma vez por semana ou exenatida de liberação prolongada 2,0 mg uma vez por semana.

Tabela 3 - SUSTAIN 3: Resultados na semana 56

	Extensior® 1,0 mg	Exenatida de liberação prolongada 2,0 mg
População intenção de tratar - ITT (N)	404	405
HbA_{1c} (%)		
Basal (média)	8,4	8,3
Alteração a partir do basal na semana 56	-1,5	-0,9
Diferença de exenatida [95% IC]	-0,6 [-0,8;-0,4] ^a	-

Pacientes (%) atingindo HbA_{1c} <7%	67	40
GPJ (mmol/L) (mg/dL)		
Basal (média)	10,6 (191,0 mg/dL)	10,4 (187,4 mg/dL)
Alteração a partir do basal na semana 56	-2,8 (-50,5 mg/dL)	-2,0 (-36,0 mg/dL)
Peso corporal (kg)		
Basal (média)	96,2	95,4
Alteração a partir do basal na semana 56	-5,6	-1,9
Diferença de exenatida [95% IC]	-3,8 [-4,6;-3,0] ^a	-

^a valor p <0,0001 (bilateral) para superioridade

SUSTAIN 4 – Extensior® versus insulina glargina, ambos em combinação com 1–2 medicamentos antidiabéticos orais (metformina ou metformina e sulfonilureia)

Em um estudo aberto de 30 semanas, 1.089 pacientes foram randomizados para receber Extensior® 0,5 mg ou 1,0 mg, uma vez por semana, ou insulina glargina, uma vez ao dia, como adjuvante à metformina (48%) ou metformina e sulfonilureia (51%).

Tabela 4 – SUSTAIN 4: Resultados na semana 30

	Extensior® 0,5 mg	Extensior® 1,0 mg	insulina glargina
População intenção de tratar - ITT (N)	362	360	360
HbA_{1c} (%)			
Basal (média)	8,1	8,2	8,1
Alteração a partir do basal na semana 30	-1,2	-1,6	-0,8
Diferença de insulina glargina [95% IC]	-0,4 [-0,5;-0,2] ^a	-0,8 [-1,0;-0,7] ^a	-
Pacientes (%) atingindo HbA_{1c} <7%	57	73	38
GPJ (mmol/L) (mg/dL)			
Basal (média)	9,6 (173,0 mg/dL)	9,9 (178,4 mg/dL)	9,7 (174,8 mg/dL)
Alteração a partir do basal na semana 30	-2,0 (-36 mg/dL)	-2,7 (-48,6 mg/dL)	-2,1 (-37,8 mg/dL)
Peso corporal (kg)			
Basal (média)	93,7	94,0	92,6
Alteração a partir do basal na semana 30	-3,5	-5,2	+1,2
Diferença de insulina glargina [95% IC]	-4,6 [-5,3;-4,0] ^a	-6,34 [-7,0;-5,7] ^a	-

^a valor p <0,0001 (bilateral) para superioridade

SUSTAIN 5 – Extensior® versus placebo, ambos em combinação com insulina basal

Em um estudo duplo cego placebo-controlado de 30 semanas, 397 pacientes inadequadamente controlados com insulina basal, com ou sem metformina, foram randomizados para Extensior® 0,5 mg ou 1,0 mg, uma vez por semana ou placebo.

Tabela 5 – SUSTAIN 5: Resultados na semana 30

	Extensior® 0,5 mg	Extensior® 1,0 mg	placebo
População intenção de tratar - ITT (N)	132	131	133
HbA_{1c} (%)			

Basal (média)	8,4	8,3	8,4
Alteração a partir do basal na semana 30	-1,4	-1,8	-0,1
Diferença do placebo [95% IC]	-1,4 [-1,6;-1,1] ^a	-1,8 [-2,0;-1,5] ^a	-
Pacientes (%) atingindo HbA _{1c} <7%	61	79	11
GPJ (mmol/L) (mg/dL)			
Basal (média)	8,9 (160,4 mg/dL)	8,5 (153,2 mg/dL)	8,6 (155,0 mg/dL)
Alteração a partir do basal na semana 30	-1,6 (- 28,8 mg/dL)	-2,4 (- 43,2 mg/dL)	-0,5 (- 9,0 mg/dL)
Peso corporal (kg)			
Basal (média)	92,7	92,5	89,9
Alteração a partir do basal na semana 30	-3,7	-6,4	-1,4
Diferença do placebo [95% IC]	-2,3 [-3,3;-1,3] ^a	-5,1 [-6,1;-4,0] ^a	-

^a valor p <0,0001 (bilateral) para superioridade

SUSTAIN 7 – Extensior® versus dulaglutida, ambos em combinação com metformina

Em um estudo aberto de 40 semanas, 1.201 pacientes tratados com metformina foram randomizados 1:1:1:1 para uma dose semanal de Extensior® 0,5 mg, dulaglutida 0,75 mg, Extensior® 1 mg ou dulaglutida 1,5 mg, respectivamente. O estudo comparou Extensior® 0,5 mg versus dulaglutida 0,75 mg, e Extensior® 1 mg versus dulaglutida 1,5 mg.

Os distúrbios gastrointestinais foram os eventos adversos mais frequentes e ocorreram em proporções semelhantes entre os pacientes que receberam Extensior® 0,5 mg (129 pacientes [43%]), Extensior® 1 mg (133 [44%]) e dulaglutida 1,5 mg (143 [48%]); menos pacientes apresentaram distúrbios gastrointestinais com dulaglutida 0,75 mg (100 [33%]).

Na semana 40, o aumento da frequência de pulso para o Extensior® (0,5 mg e 1 mg) e dulaglutida (0,75 mg e 1,5 mg) foi de 2,4; 4,0 e 1,6; 2,1, batimentos/min, respectivamente.

Tabela 6 – SUSTAIN 7: Resultados na semana 40

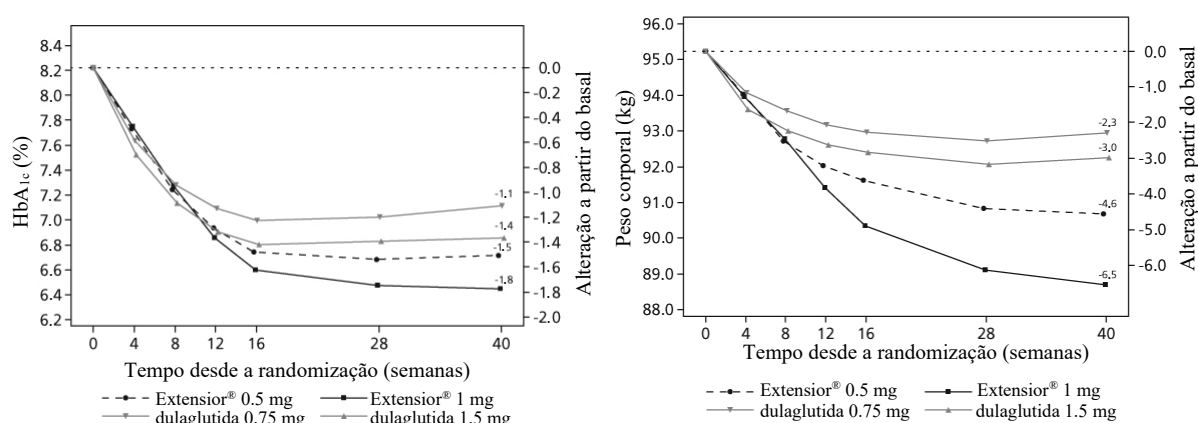
	Extensior® 0,5 mg	Extensior® 1,0 mg	dulaglutida 0,75 mg	dulaglutida 1,5 mg
População intenção de tratar - ITT (N)	301	300	299	299
HbA_{1c} (%)				
Basal (média)	8,3	8,2	8,2	8,2
Alteração a partir do basal na semana 40	-1,5	-1,8	-1,1	-1,4
Diferença de dulaglutida [95% IC]	-0,4 ^b [-0,6; -0,2] ^a	-0,4 ^c [-0,6; -0,3] ^a	-	-
Pacientes (%) atingindo HbA _{1c} <7%	68	79	52	67
GPJ (mmol/L) (mg/dL)				
Basal (média)	9,8 (176,3 mg/dL)	9,8 (177,1 mg/dL)	9,7 (173,9 mg/dL)	9,6 (172,5 mg/dL)
Alteração a partir do basal na semana 40	-2,2 (- 39,6 mg/dL)	-2,8 (- 50,4 mg/dL)	-1,9 (- 34,2 mg/dL)	-2,2 (- 39,6 mg/dL)
Peso corporal (kg)				
Basal (média)	96,4	95,5	95,6	93,4
Alteração a partir do basal na semana 40	-4,6	-6,5	-2,3	-3,0
Diferença de dulaglutida [95% IC]	-2,3 ^b [-3,0; 1,5] ^a	-3,6 ^c [-4,3; -2,8] ^a	-	-

^a: $p < 0,0001$ (bilateral) para superioridade

^b: Extensior® 0,5 mg vs dulaglutida 0,75 mg

^c: Extensior® 1 mg vs dulaglutida 1,5 mg

Figura 2 – Alteração média na HbA_{1c} (%) e no peso corporal (kg) a partir do basal até a semana 40



SUSTAIN 9 – Extensior® versus placebo em adição ao inibidor de SGLT2 ± metformina ou sulfonilureia

Em um estudo duplo-cego, placebo-controlado de 30 semanas, 302 pacientes inadequadamente controlados com inibidor de SGLT2 com ou sem metformina ou sulfonilureia foram randomizados para Extensior® 1,0 mg uma vez por semana ou placebo.

Tabela 7 SUSTAIN 9: Resultados na semana 30

	Extensior® 1,0 mg	Placebo
População Intenção de Tratar – ITT (N)	151	151
HbA_{1c} (%)		
Basal (média)	8,0	8,1
Alteração a partir do basal na semana 30	-1,5	-0,1
Diferença do placebo [95% IC]	-1,4 [-1,6; -1,2] ^a	-
Pacientes (%) atingindo HbA_{1c} <7%	78,7	18,7
GPJ (mmol/L) (mg/dL)		
Basal (média)	9,1 (164,2)	8,9 (161,2)
Alteração a partir do basal na semana 30	-2,2 (-39,4)	0,0 (0,3)
Peso Corporal (kg)		
Basal (média)	89,6	93,8
Alteração a partir do basal na semana 30	-4,7	-0,9
Diferença do placebo [95% IC]	-3,8 [-4,7; -2,9] ^a	-

^a: $p < 0,0001$ (bilateral) para superioridade. ajustado em relação à multiplicidade com base em testes hierárquicos do valor de HbA_{1c} e peso corporal

Associação com monoterapia de sulfonilureia

No estudo SUSTAIN 6 (vide item “Doença cardiovascular”), 123 pacientes receberam monoterapia de sulfonilureia no basal. A HbA_{1c} basal era 8,2%, 8,4% e 8,4% para Extensior® 0,5 mg, Extensior® 1,0 mg e placebo, respectivamente. Na semana 30, a alteração na HbA_{1c} foi de -1,6%, -1,5% e 0,1% para Extensior® 0,5 mg, Extensior® 1,0 mg e placebo, respectivamente.

Associação com pré-mistura de insulina ± 1–2 ADOs (medicamento antidiabético oral)

No estudo SUSTAIN 6 (vide item “Doença cardiovascular”), 867 pacientes receberam pré-mistura de insulina (com ou sem antidiabéticos orais) no basal. A HbA_{1c} no período basal era 8,8%, 8,9% e 8,9% para Extensior® 0,5 mg, Extensior® 1,0 mg e placebo, respectivamente. Na semana 30, a alteração na HbA_{1c} foi de -1,3%, -1,8% e -0,4% para Extensior® 0,5 mg, Extensior® 1,0 mg e placebo, respectivamente.

Peso Corporal

Após um ano de tratamento, uma perda de peso de $\geq 5\%$ e $\geq 10\%$ foi atingida em mais indivíduos recebendo Extensior® 0,5 mg (46% e 13%) e 1,0 mg (de 52 - 62% e de 21 - 24%) em comparação com os comparadores ativos sitagliptina (18% e 3%) e exenatida de liberação prolongada (até 17% e 4%).

No estudo de 40 semanas versus dulaglutida, uma perda de peso $\geq 5\%$ e $\geq 10\%$ foi alcançada para mais pacientes com Extensior® 0,5 mg (44% e 14%) em comparação com a dulaglutida 0,75 mg (23% e 3%), e Extensior® 1 mg (até 63% e 27%) em comparação com dulaglutida 1,5 mg (30% e 8%).

Observou-se uma redução significativa e sustentada do peso corporal desde o início até a semana 104 com Extensior® 0,5 mg e 1 mg versus placebo 0,5 mg e 1 mg, além do tratamento padrão (-3,6 kg e -4,9 kg vs -0,7 kg e -0,5 kg, respectivamente) em SUSTAIN 6.

No estudo de desfechos renais (FLOW), o tratamento com Extensior® 1,0 mg resultou em uma redução sustentada no peso corporal na semana 104 em comparação com o placebo, além do tratamento padrão (-5,6 kg para Extensior® e -1,4 kg para o placebo).

Doença cardiovascular

Em um estudo duplo-cego de 104 semanas (SUSTAIN 6), 3.297 pacientes com diabetes tipo 2 e alto risco cardiovascular foram randomizados para receber Extensior® 0,5 mg ou 1,0 mg, uma vez por semana, ou o placebo correspondente, em adição ao tratamento padrão. Em seguida, os pacientes foram acompanhados por 2 anos. No total, 98,0% dos pacientes concluíram o estudo e o estado vital foi conhecido ao final do estudo para 99,6% dos pacientes.

A população do estudo foi distribuída por idade da seguinte forma: 1.598 pacientes (48,5%) ≥ 65 anos, 321 (9,7%) ≥ 75 anos e 20 (0,6%) ≥ 85 anos. Havia 2.358 pacientes com função renal normal ou insuficiência renal leve, 832 com insuficiência renal moderada e 107 com insuficiência renal grave ou em estágio terminal. Havia 61% de homens, com idade média de 65 anos e IMC médio de 33 kg/m². A duração média do diabetes era de 13,9 anos.

O desfecho primário foi o tempo desde a randomização até a primeira ocorrência de um evento adverso cardiovascular maior (MACE): morte cardiovascular, infarto do miocárdio não fatal ou acidente vascular cerebral não fatal. O número total de componentes de desfechos primários MACE foi 254, incluindo 108 (6,6%) com Extensior® e 146 (8,9%) para placebo. Veja Figura 4 para resultados dos desfechos primários e secundários dos eventos cardiovasculares.

O tratamento com Extensior® resultou em uma redução de risco de 26% no resultado do componente primário composto por causas cardiovasculares, infarto do miocárdio não fatal ou acidente vascular cerebral não fatal. O número total de mortes por doenças cardiovasculares, infartos do miocárdio não fatais e acidentes vasculares cerebrais não fatais foram 90, 111 e 71, respectivamente, incluindo 44 (2,7%), 47 (2,9%) e 27 (1,6%), respectivamente, com Extensior® (Figura 4). A redução do risco no desfecho primário foi impulsionada principalmente pela diminuição da taxa de acidente vascular cerebral não fatal (39%) e infarto do miocárdio não fatal (26%) (Figura 3).

Figura 3. Gráfico de Kaplan-Meier do tempo até a primeira ocorrência do resultado composto: morte cardiovascular, infarto do miocárdio não fatal ou acidente vascular cerebral não fatal (SUSTAIN 6).

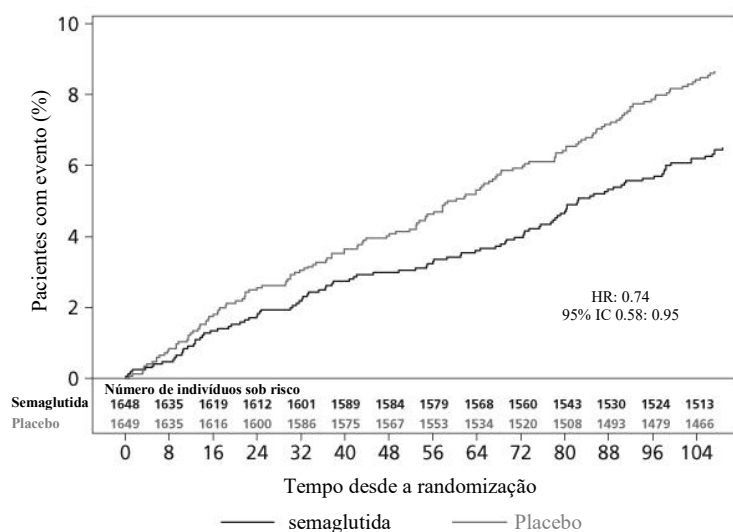
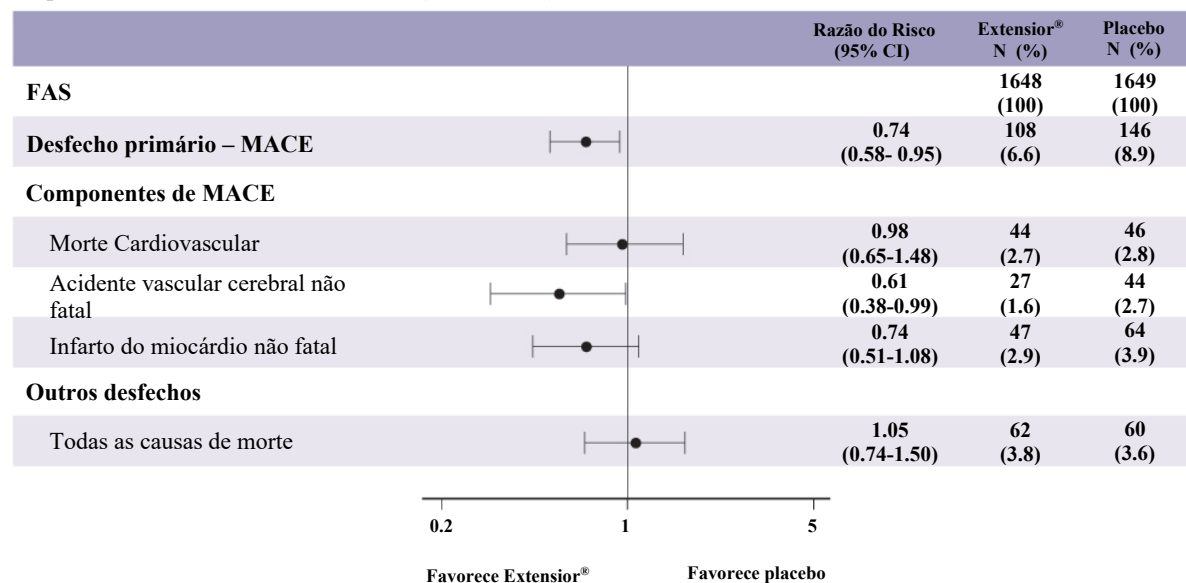


Figura 4. Gráfico Forest: análise do tempo até a primeira ocorrência do desfecho composto, seus componentes e todas as causas de morte (SUSTAIN 6)



Houve 158 eventos de nefropatia novos ou agravados. A razão de risco para o tempo até a nefropatia (início de macroalbuminúria persistente, duplicação de creatinina sérica persistente, necessidade de terapia de reposição renal contínua e óbito por doença renal) foi de 0,64 [0,46; 0,88] dirigido por novo início de macroalbuminúria persistente.

Em um estudo de 52 semanas, duplo-cego (STRIDE), 792 pacientes com diabetes tipo 2 e doença arterial periférica com claudicação intermitente no estágio IIa de Fontaine, foram randomizados para receber Extensor® 1 mg uma vez por semana ou placebo, além do tratamento padrão. O desfecho primário foi a mudança na distância máxima percorrida em um teste de esteira com carga constante e o início ao final da semana 52. Os desfechos secundários confirmatórios foram a mudança na pontuação do Questionário de Qualidade de Vida Vascular-6 (VasculoQoL-6) do início ao final da semana 52 e a mudança na distância percorrida sem dor do início ao final da semana 52. O VasculoQoL-6 é um questionário que inclui os domínios dor, impacto social e emocional, e limitações de atividade. A pontuação varia de 6 a 24, com pontuações mais altas indicando melhor estado de saúde. A média de idade da população do estudo

foi de 67 anos, e 75,4% dos pacientes eram do sexo masculino. O IMC médio foi de 29,6 kg/m² e a duração média do diabetes foi de 13,3 anos.

No estudo STRIDE, o tratamento com Extensior® 1 mg, uma vez por semana, resultou em uma melhoria estatisticamente significativa nos resultados de capacidade funcional (distância máxima percorrida, distância percorrida sem dor) e nos sintomas relatados pelos pacientes e impactos de claudicação intermitente (pontuação total do VascuQoL-6) na semana 52 em comparação com o placebo. A melhoria relativa de 13% representa uma mudança mediana na distância máxima percorrida de 26 metros na esteira com carga constante [12 – 41] no Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) (Tabela 8).

Tabela 8: Resultados de Capacidade Funcional e Pontuação Total do VascuQoL-6 do estudo STRIDE

Intenção de Tratar ^a	Extensior® N = 396	Placebo N = 396
Distância máxima percorrida (metros)		
Semana 52		
Mediana basal ^b	184,50	185,75
Razão em relação à mediana basal	1,21	1,08
Razão de tratamento (Estimativa de HL) [IC 95%] ^c	1,13 [1,056, 1,211]*	
Pacientes (%) que apresentaram mudanças significativas em relação à sua distância basal ^d	49,1	35,1
Distância percorrida sem dor (metros), semana 52		
Mediana basal ^b	119,00	109,00
Razão em relação à mediana basal	1,21	1,10
Razão de tratamento (Estimativa de HL) [IC 95%] ^c	1,11 [1,033, 1,197]*	
Pontuação total do VascuQoL-6, semana 52		
Mediana basal	15,0	15,0
Mudança em relação à mediana basal	2,0	1,0
Diferença de tratamento (Estimativa de HL) [IC 95%] ^c	1,00 [0,478, 1,518]*	

HL = Estimativa de mudança de localização de Hodges-Lehmann (mediana de todas as diferenças emparelhadas entre Extensior® e o placebo); IC = intervalo de confiança.

^a: A população com Intenção de Tratar inclui todos os pacientes randomizados. Dados ausentes na semana 52 devido a morte ou incapacidade física para realizar avaliações na esteira foram tratados usando uma estratégia composta. Dados ausentes em visitas pós-basal por outros motivos foram imputados usando imputação múltipla dentro de grupos definidos pelo tratamento randomizado e status de conclusão na semana 52.

^b: O basal foi definido como a média das medições de distância percorrida realizadas na visita inicial (semana 0).

^c: Os intervalos de confiança de 95% foram estimados com o método de Hodges-Lehmann.

* p <0,05 (bilateral) para a superioridade de Extensior® em relação ao placebo, obtido a partir do teste de soma de posto de Wilcoxon, ajustado para multiplicidade.

^d: A mudança significativa do paciente em relação à sua distância basal para a distância máxima percorrida na semana 52 é definida como uma melhoria de pelo menos 1,2 (20%) em relação à distância percorrida no período basal. Essas estimativas foram obtidas a partir da análise baseada em âncoras, com base na melhora de 1 categoria na escala PGI-S (Impressão Global do Paciente sobre a Gravidade). O desfecho binário foi analisado usando um modelo de regressão logística com o tratamento randomizado como um fator fixo.

FLOW: Estudo dos desfechos renais de Extensior® em adultos com diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crônica

O estudo FLOW foi um estudo clínico randomizado, duplo-cego, controlado por placebo e orientado por eventos em adultos com diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crônica (TFGe de 25 a 75 mL/min/1,73 m² com razão albumina/creatinina urinária [UACR] >100 mg/g e <5000 mg/g). Todos os pacientes precisavam ter HbA1c ≤10% na triagem e estar recebendo tratamento padrão de cuidados, incluindo uma dose máxima tolerada de um agente bloqueador do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), incluindo um inibidor da enzima conversora da angiotensina (iECA) ou um bloqueador do receptor da angiotensina II (BRA), a menos que esse tratamento fosse contraindicado ou não tolerado. O estudo excluiu pacientes com doenças renais congênitas ou hereditárias, incluindo a doença renal policística, doenças renais autoimunes (como glomerulonefrite), ou malformações congênitas do trato urinário.

Um total de 3.533 pacientes foram randomizados para receber Extensior® 1 mg uma vez por semana ou placebo e foram acompanhados por uma mediana de 41 meses. A idade média da população do estudo era de 67 anos, e 70% dos pacientes eram do sexo masculino. Aproximadamente 66% da população do estudo era branca, 24% asiática e 5% negra ou afro-americana.

No início do estudo, a TFGe média foi de 47 mL/min/1,73m², com 11% dos pacientes apresentando TFGe <30 mL/min/1,73m². A mediana do UACR no período basal foi de 568 mg/g, com 69% dos pacientes apresentando UACR >300 mg/g. No início do estudo, 95% dos pacientes estavam em tratamento com um inibidor da ECA ou BRA, 16% estavam com inibidores do cotransportador sódio-glicose tipo 2 (iSGLT-2), 76% estavam usando estatina e 50% estavam em uso de um agente antiplaquetário.

Extensior® demonstrou ser superior ao placebo na redução da incidência do desfecho primário composto de um declínio sustentado na TFGe de ≥50%, TFGe sustentada <15 mL/min/1,73 m², terapia renal substitutiva crônica, morte renal e morte cardiovascular (HR 0,76 [IC 95% 0,66, 0,88], p=0,0003), conforme mostrado na Tabela 8 e na Figura 5. O efeito do tratamento refletiu em uma redução no declínio sustentado da TFGe de ≥50%, progressão para falência renal e morte cardiovascular. Durante o estudo, houve poucas mortes renais.

Extensior® também reduziu a taxa anual de mudança na TFGe (Figura 7), a incidência de um desfecho cardiovascular composto, que consiste em infarto do miocárdio (IM) não fatal, acidente vascular cerebral não fatal e morte cardiovascular, além da incidência de morte por todas as causas (Tabela 9 e Figura 6).

O efeito do tratamento sobre o desfecho primário composto foi geralmente consistente entre os subgrupos pré-especificados analisados, incluindo idade, sexo biológico, TFGe e UACR. O benefício do tratamento sobre o desfecho primário composto não foi evidente em pacientes que estavam usando inibidores de SGLT2 no início do estudo, mas houve poucos eventos nesses pacientes.

Tabela 9. Análises dos desfechos primários e secundários e seus componentes individuais no estudo FLOW

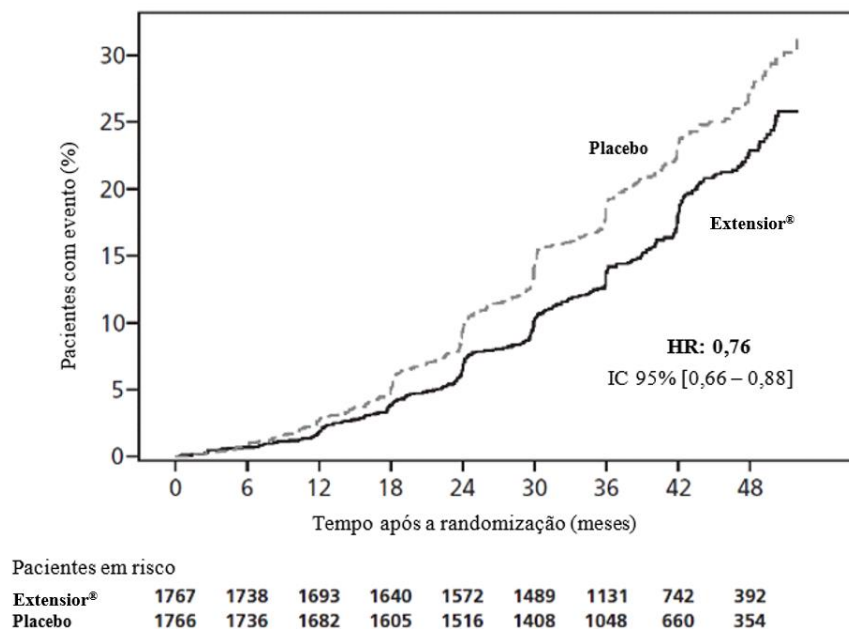
	Placebo N = 1766 (%)	Extensior® 1 mg N=1767 (%)	Razão de Risco vs Placebo (IC 95%) ¹	valor-p ²
	Número de pacientes (%)			
Desfecho Composto (declínio sustentado na TFGe ≥ 50%, TFGe sustentada < 15 mL/min/1,73 m ² , terapia renal substitutiva crônica ou morte renal ou morte cardiovascular (tempo até a primeira ocorrência)) ³	410 (23,2)	331 (18,7)	0,76 (0,66; 0,88)	0,0003
Declínio sustentado na TFGe ≥ 50% ³	213 (12,1)	165 (9,3)	0,73 (0,59; 0,89)	
TFGe sustentada < 15 mL/min/1,73 m ^{2,3}	110 (6,2)	92 (5,2)	0,80 (0,61; 1,06)	
Terapia renal substitutiva crônica	100 (5,7)	87 (4,9)	0,84 (0,63; 1,12)	
Morte renal	5 (0,3)	5 (0,3)	0,97 (0,27; 3,49)	
Morte cardiovascular	169 (9,6)	123 (7,0)	0,71 (0,56; 0,89)	
Desfecho Composto de morte cardiovascular, infarto do miocárdio não fatal e acidente vascular cerebral não fatal (tempo até a primeira ocorrência)	254 (14,4)	212 (12,0)	0,82 (0,68; 0,98)	0,0289
Morte por todas as causas	279 (15,8)	227 (12,8)	0,80 (0,67; 0,95)	0,0104

¹Modelo de riscos proporcionais de Cox com o tratamento como fator e estratificado pelo uso de inibidor de SGLT2 no início do estudo (sim ou não).

²Valor-p bicaudal para o teste de ausência de diferença. O nível de significância foi de 0,03224.

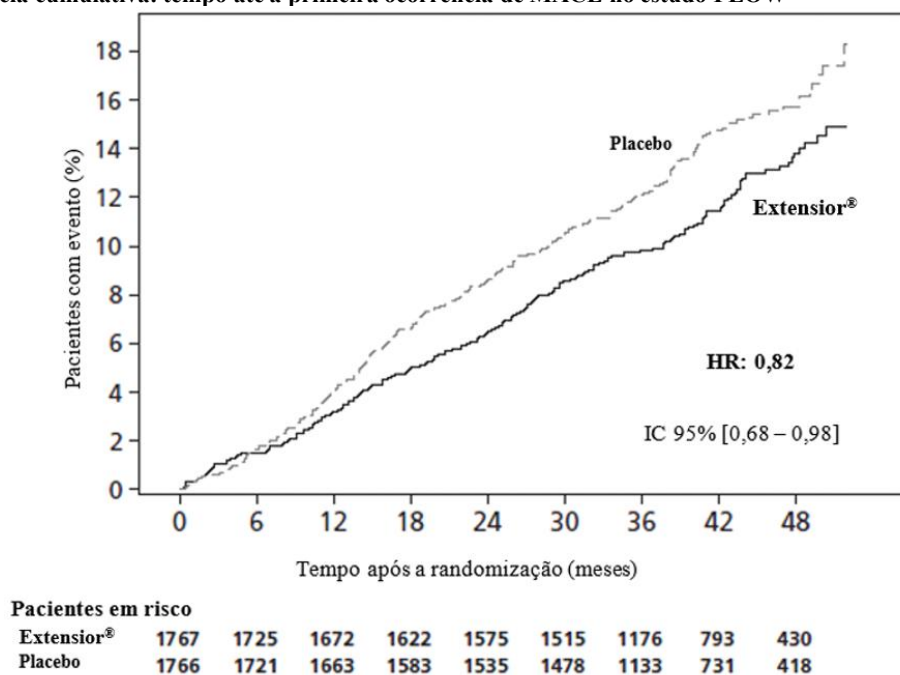
³Sustentado foi definido como ter 2 medições consecutivas com intervalo ≥ 28 dias que atendessem aos critérios.

Figura 5. Incidência cumulativa: tempo até a primeira ocorrência do desfecho primário composto - declínio sustentado na TGFe $\geq 50\%$, TGFe sustentada < 15 mL/min/1,73 m², terapia de substituição renal crônica, morte renal ou morte cardiovascular



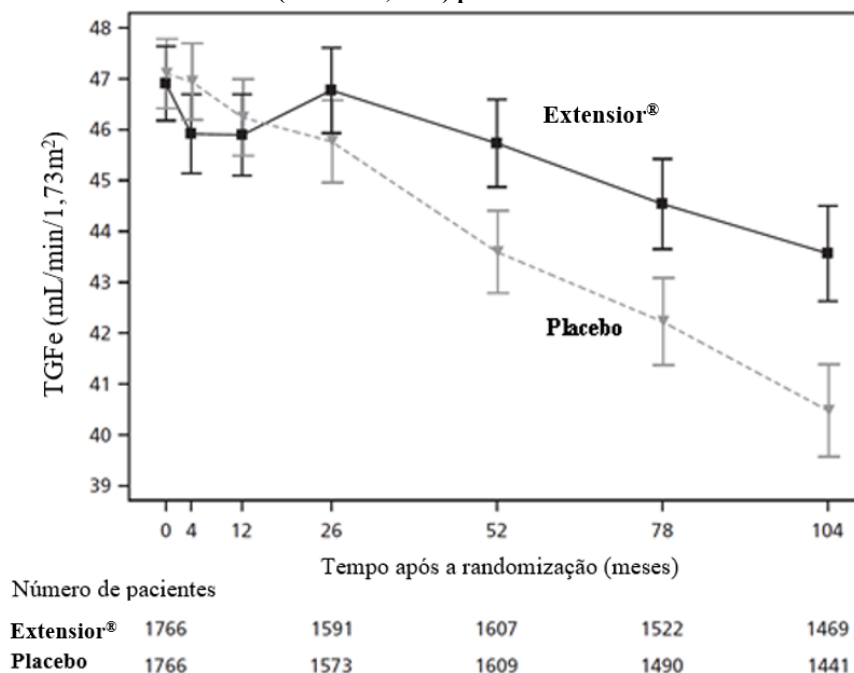
As estimativas de incidência cumulativa são baseadas no tempo desde a randomização até o primeiro evento renal composto, com morte não cardiovascular e não renal modelada como risco concorrente. O eixo x é truncado em 52 meses, onde aproximadamente 5% da população estava no estudo. Sustentado foi definido como ter 2 medições consecutivas com intervalo ≥ 28 dias que atendessem aos critérios.

Figura 6. Incidência cumulativa: tempo até a primeira ocorrência de MACE no estudo FLOW



As estimativas de incidência cumulativa são baseadas no tempo desde a randomização até a primeira ocorrência de MACE (Eventos Cardiovasculares Adversos Maiores, na sigla em inglês) confirmada por EAC (comitê de adjudicação de evento), com a morte não cardiovascular modelada como risco concorrente. O eixo x é truncado em 52 meses, onde aproximadamente 5% da população estava no estudo.

Figura 7. Gráfico de Média Observada: TFG_e (mL/min/1,73m²) por semana no estudo FLOW



Dados observados do período do estudo até a semana 104. As barras de erro são de $\pm 1,96 \times$ erro padrão da média de TFG_e, o qual foi calculado utilizando a fórmula CKD-EPI 2009.

CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration, TFG_e: taxa de filtração glomerular estimada.

Pressão arterial

Reduções significativas na pressão arterial sistólica média foram observadas quando Extensior® 0,5 mg (3,5–5,1 mmHg) e Extensior® 1 mg (5,4–7,3 mmHg) foram utilizados em associação com medicamentos antidiabéticos orais ou insulina basal. Para pressão arterial diastólica, não houve diferenças significativas entre Extensior® e comparadores.

Referências

1. Sorli C et al. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide monotherapy versus placebo in patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 1): a double-blind, randomised, placebo-controlled, parallel-group, multinational, multicentre phase 3a trial. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2017;5(4):251-60.
2. Åhrén B, Masmiquel L, Kumar H, Sargin M, Karsbøl JD, Jacobsen SH, et al. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide versus once-daily sitagliptin as an add-on to metformin, thiazolidinediones, or both, in patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 2): a 56-week, double-blind, phase 3a, randomised trial. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2017;5(5):341-54.
3. Ahmann AJ et al. Efficacy and Safety of Once-Weekly Semaglutide Versus Exenatide ER in Subjects With Type 2 Diabetes (SUSTAIN 3): A 56-Week, Open-Label, Randomized Clinical Trial. *Diabetes Care* 2017;DOI: 10.2337/dc17-0417.
4. Aroda V et al. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide versus once-daily insulin glargine as add-on to metformin (with or without sulfonylureas) in insulin-naïve patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 4): a randomised, open-label, parallel-group, multicentre, multinational, phase 3a trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:355–366.
5. Rodbard H et al. Semaglutide Added to Basal Insulin in Type 2 Diabetes (SUSTAIN 5): A Randomized, Controlled Trial. *J Clin Endocrinol Metab*, June 2018, 103(6):2291–2301.
6. Marso SP et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes *N Engl J Med* 2016;375: 1834–1844.

7. Seino Y et al. Safety and efficacy of semaglutide once weekly vs sitagliptin once daily, both as monotherapy in Japanese people with type 2 diabetes. *Diabetes Obes Metab* 2018;20:378–388.
8. Kaku K et al. Safety and efficacy of once-weekly semaglutide vs additional oral antidiabetic drugs in Japanese people with inadequately controlled type 2 diabetes: A randomized trial. *Diabetes Obes Metab*. 2018;20:1202–1212.
9. Pratley R.E. et al. Semaglutide versus dulaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 7): a randomised, open-label, phase 3b trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2018 Apr;6(4):275-286.
10. Zinman B. et al. Semaglutide once weekly as add-on to SGLT-2 inhibitor therapy in type 2 diabetes (SUSTAIN 9): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019 May;7(5):356-367. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30066-X. Epub 2019 Mar 1. Erratum in: Erratum in: *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019 May;7(5):e5. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30109-3. Epub 2019 Mar 11. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019 Aug;7(8):e20. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30220-7. Epub 2019 Jul 1. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019 Nov;7(11):e22. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30323-7.
11. Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, et al. Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. DOI: 10.1056/NEJMoa2403347.
12. Bonaca MP, et al. Semaglutide and walking capacity in people with symptomatic peripheral artery disease and type 2 diabetes. *The Lancet*. 2025 Mar; S0140673625005094.

3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

Dados Farmacodinâmicos

Todas as avaliações farmacodinâmicas foram realizadas após 12 semanas de tratamento (incluindo o escalonamento de dose) no estado de equilíbrio com 1,0 mg de semaglutida uma vez por semana.

Glicose de jejum e pós-prandial

A semaglutida reduz as concentrações de glicose de jejum e pós-prandial. Em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, o tratamento com semaglutida 1,0 mg resultou em reduções na glicose em termos de alteração absoluta desde o basal (mg/dL) e redução relativa em comparação ao placebo (%) para glicose de jejum (28,8 mg/dL; 22% de redução), glicose pós-prandial de 2 horas (73,8 mg/dL; 37% de redução), concentração de glicose média 24 horas (30,6 mg/dL; 22% de redução) e excursões de glicose pós-prandial em 3 refeições (10,8-19,8 mg/dL) comparado ao placebo.

Semaglutida reduziu a glicose de jejum após a primeira dose.

Função de células beta e secreção de insulina

A semaglutida melhora a função das células beta. A semaglutida, em comparação ao placebo, melhorou a resposta à insulina de primeira e segunda fases, com um aumento de 3 e 2 vezes, respectivamente, e aumentou a capacidade de secreção máxima das células beta em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Além disso, o tratamento com semaglutida aumentou as concentrações de insulina de jejum em comparação ao placebo.

Secreção de glucagon

A semaglutida reduz as concentrações de glucagon de jejum e pós-prandial. Em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, a semaglutida resultou nas seguintes reduções relativas de glucagon em comparação ao placebo: glucagon de jejum (8-21%), resposta do glucagon pós-prandial (14-15%) e concentração média de glucagon de 24 horas (12%).

Insulina dependente de glicose e secreção de glucagon

A semaglutida reduziu as altas concentrações da glicemia por meio do estímulo de secreção de insulina e da diminuição da secreção de glucagon em um modo dependente da glicose. Com semaglutida, a taxa de secreção de insulina em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 foi comparável a de indivíduos saudáveis.

Durante a hipoglicemia induzida, a semaglutida, em comparação ao placebo, não alterou as respostas contrarregulatórias de aumento de glucagon e não comprometeu a redução de peptídeos C em pacientes com diabetes mellitus tipo 2.

Esvaziamento gástrico

A semaglutida causou um pequeno retardo do esvaziamento gástrico inicial pós-prandial, reduzindo, assim, a taxa na qual a glicose aparece na circulação após a refeição.

Apetite, ingestão de energia e escolha alimentar

A semaglutida, em comparação ao placebo, reduziu a ingestão energética de 3 refeições *ad libitum* consecutivas em 18-35%. Isso se deu por uma supressão de apetite induzida por semaglutida no estado de jejum, bem como no pós-prandial, melhora do controle alimentar, redução do desejo de comer e redução relativa da preferência por alimentos com alto teor de gordura.

Lipídeos pós-prandial e em jejum

A semaglutida, em comparação ao placebo, reduziu os triglicerídeos em jejum e as concentrações de colesterol VLDL em 12% e 21%, respectivamente. A resposta de triglicerídeos pós-prandial e colesterol VLDL a uma refeição com alto teor de gordura foi reduzida em > 40%.

Eletrofisiologia cardíaca (QTc)

O efeito da semaglutida na repolarização cardíaca foi testado em um estudo de QTc completo. A semaglutida não prolongou os intervalos de QTc em níveis de dose supraterapêuticos (até 1,5 mg no estado de equilíbrio).

Dados farmacocinéticos

Comparada ao GLP-1 endógeno, a semaglutida possui meia-vida prolongada de aproximadamente 1 semana, tomando-a adequada para a administração subcutânea (s.c.) uma vez por semana. O principal mecanismo de protração é a ligação à albumina, que resulta na redução da depuração renal e proteção da degradação metabólica. Além disso, a semaglutida é estabilizada contra a degradação pela enzima DPP-4.

Absorção

A concentração máxima foi obtida em 1 a 3 dias após a dose.

A exposição no estado de equilíbrio foi atingida após 4-5 semanas de administração uma vez por semana. Em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, as concentrações médias no estado de equilíbrio após administração s.c. de 0,5 mg e 1,0 mg de semaglutida foram de aproximadamente 16 nmol/L e 30 nmol/L, respectivamente.

A exposição à semaglutida aumentou de modo proporcional à dose nas concentrações 0,5 mg e 1,0 mg.

Uma exposição similar foi obtida com administração s.c. de semaglutida no abdome, na coxa, ou na parte superior do braço.

A biodisponibilidade absoluta de semaglutida s.c. foi de 89%.

Distribuição

O volume de distribuição médio de semaglutida após administração s.c., em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, foi de aproximadamente 12,5 L. A semaglutida liga-se extensivamente à albumina plasmática (>99%).

Metabolismo/biotransformação

Antes da excreção, a semaglutida é extensivamente metabolizada através de clivagem proteolítica do esqueleto peptídico e beta-oxidação sequencial da cadeia lateral do ácido graxo. O envolvimento da enzima endopeptidase neutra (NEP) é esperado no metabolismo da semaglutida.

Eliminação

Em um estudo com uma dose única s.c. de semaglutida radiomarcada, verificou-se que as vias primárias de excreção de material relacionado a semaglutida foram urinária e fecal; aproximadamente 2/3 de materiais relacionados com a semaglutida foram excretados na urina e aproximadamente 1/3 nas fezes. Aproximadamente 3% da dose foi excretado como semaglutida intacta por meio da urina.

A depuração da semaglutida em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 foi de aproximadamente 0,05 L/h. Com uma meia-vida de eliminação de aproximadamente 1 semana, a semaglutida estará presente na circulação por cerca de 5 semanas após a última dose.

Populações especiais

• Idosos

A idade não teve efeito na farmacocinética da semaglutida com base nos dados dos estudos de fase 3a, incluindo pacientes de 20-86 anos de idade.

- **Sexo, raça e etnia**

Sexo, raça (branca, negra ou afro-americana e asiáticos) e etnia (hispânica ou latina/não-hispânica ou não-latina) não tiveram efeito na farmacocinética da semaglutida.

- **Peso corporal**

O peso corporal teve efeito na exposição da semaglutida. O peso corporal maior resulta em menor exposição; uma diferença de 20% no peso corporal entre os indivíduos resulta em um valor aproximado de 16% de diferença na exposição. As doses de 0,5 mg e 1,0 mg de semaglutida proporcionam exposição sistêmica adequada na faixa de peso corporal de 40-198 kg.

- **Comprometimento renal**

O comprometimento renal não impactou a farmacocinética de semaglutida de modo clinicamente relevante. Isso foi demonstrado com uma dose única de 0,5 mg de semaglutida para pacientes com diferentes graus de comprometimento renal (leve, moderado, grave ou em pacientes em diálise) em comparação com indivíduos com função renal normal. Isso também foi demonstrado em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 e com comprometimento renal com base nos dados dos estudos de fase 3a, embora a experiência em pacientes com doença renal em estágio terminal fosse limitada.

- **Comprometimento hepático**

O comprometimento hepático não impactou a exposição da semaglutida. A farmacocinética da semaglutida foi avaliada em pacientes com diferentes graus de comprometimento hepático (leve, moderado, grave) em comparação com indivíduos com função hepática normal em um estudo com dose única de 0,5 mg da semaglutida.

- **Pacientes Pediátricos**

A semaglutida não foi estudada em pacientes pediátricos.

Mecanismo de ação

A semaglutida é um análogo de GLP-1 com 94% de homologia sequencial ao GLP-1 humano. A semaglutida age como um agonista do receptor de GLP-1 que se liga seletivamente e ativa o receptor de GLP-1, o alvo do GLP-1 endógeno.

O GLP-1 é um hormônio fisiológico que possui múltiplas ações na glicemia, na regulação do apetite, no sistema cardiovascular e nos rins. A ação na glicemia e os efeitos no apetite são mediados especificamente pelos receptores de GLP-1 no pâncreas e no cérebro. A semaglutida reduz a glicemia de uma forma dependente da glicose, estimulando a secreção de insulina e diminuindo a secreção de glucagon quando a glicemia é alta. O mecanismo de redução da glicemia também envolve um pequeno atraso no esvaziamento gástrico na fase pós-prandial precoce. Durante a hipoglicemia, a semaglutida diminui a secreção de insulina e não prejudica a secreção de glucagon.

A semaglutida reduz o peso corporal e a massa corporal adiposa por meio da baixa ingestão energética, envolvendo uma redução do apetite de maneira geral. Além disso, a semaglutida reduz a preferência por alimentos com alto teor de gordura.

Os receptores de GLP-1 também são expressos no coração, na vasculatura no sistema imune e nos rins.

O mecanismo de ação da semaglutida é provavelmente multifatorial. Efeitos indiretos são indicados pelo efeito benéfico da semaglutida sobre os lipídios plasmáticos, diminuição da pressão arterial sistólica e redução da inflamação nos estudos clínicos, mas efeitos diretos provavelmente também estão envolvidos.

Em estudos em animais, a semaglutida atenua o desenvolvimento de aterosclerose, pela prevenção da progressão da placa aórtica e reduzindo a inflamação na placa.

Dados clínicos mostraram que a semaglutida reduziu a albuminúria em pacientes com doença renal.

Informações de segurança pré-clínica

Dados pré-clínicos não revelaram riscos especiais para seres humanos com base nos estudos convencionais de segurança farmacológica, toxicidade de dose repetida ou genotoxicidade.

Tumores não letais de células C da tireoide observados em roedores são um efeito da classe dos agonistas do receptor de GLP-1. Nos estudos de carcinogenicidade de 2 anos em ratos e camundongos, a semaglutida causou tumores de células C da tireoide em exposições clinicamente relevantes. Nenhum outro tumor relacionado ao tratamento foi observado. Os tumores de células C de roedores são causados por um mecanismo mediado pelo receptor de GLP-1 específico e não genotóxico, o qual os roedores são particularmente sensíveis. A relevância para seres humanos é considerada baixa, mas não pode ser completamente excluída.

Nos estudos de fertilidade em ratos, a semaglutida não afetou o desempenho de acasalamento ou a fertilidade dos machos. Em ratas, foram observados aumento na duração do ciclo estral e uma pequena redução no corpo lúteo (ovulações) nas doses associadas à perda de peso corporal materno.

Nos estudos de desenvolvimento embrionário em ratos, a semaglutida causou embriotoxicidade abaixo das exposições clinicamente relevantes. A semaglutida causou reduções acentuadas no peso corporal materno, e reduções na sobrevivência e crescimento embrionário. Nos fetos, foram observadas malformações viscerais e esqueléticas importantes, incluindo efeitos nos ossos longos, nas costelas, nas vértebras, na cauda, nos vasos sanguíneos e nos ventrículos cerebrais. A embriotoxicidade demonstrou envolver o mecanismo mediado pelo receptor do GLP-1, levando a um suprimento nutricional comprometido para o crescimento embrionário.

Devido a diferenças de espécies na anatomia e função do saco vitelino, e devido à falta de expressão do receptor GLP-1 no saco vitelino de primatas não humanos, considera-se que este mecanismo é pouco relevante para os seres humanos. Entretanto, um efeito direto da semaglutida no feto não pode ser excluído.

Nos estudos de toxicidade de desenvolvimento em coelhos e macacos *cynomolgus*, foram observados um aumento na perda de gravidez e um leve aumento na incidência de anormalidades fetais em exposições clinicamente relevantes. Os achados coincidiram com a perda de peso corporal materno acentuada de até 16%. Não se sabe se esses efeitos estão relacionados à redução do consumo alimentar materno como efeito direto do GLP-1.

O crescimento e desenvolvimento pós-natal foram avaliados em macacos *cynomolgus*. Os filhotes eram ligeiramente menores no nascimento, mas se recuperaram durante o período de lactação.

Em ratos jovens, a semaglutida causou o retardo da maturação sexual em machos e fêmeas. Esses atrasos não impactaram a fertilidade e a capacidade reprodutiva de nenhum gênero ou a capacidade de as fêmeas manterem a gravidez.

4. CONTRAINDICAÇÕES

Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes listados em “Composição”.

5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

Extensior® não deve ser utilizado em pacientes com diabetes mellitus tipo 1 ou para o tratamento de cetoacidose diabética.

Extensior® não é um substituto de insulina. Cetoacidose diabética foi relatada em pacientes insulínodépendentes que tiveram descontinuação rápida ou redução da dose de insulina quando o tratamento com um agonista do receptor de GLP-1 foi iniciado (vide item “8. Posologia e Modo de usar”).

Tumores não-letais de células C da tireoide observados em roedores são um efeito de classe para os agonistas do receptor de GLP-1. Em estudos de carcinogenicidade de 2 anos em ratos e camundongos, a semaglutida causou tumores da célula C da tireoide em exposições clinicamente relevantes. Nenhum outro tumor relacionado ao tratamento foi observado. Os tumores de células C de roedores são causados por um mecanismo não genotóxico, específico do receptor de GLP-1, para o qual os roedores são particularmente sensíveis. A relevância para os seres humanos é considerada baixa, mas não pode ser completamente excluída. Portanto, Extensior® deve ser usado com cautela em pacientes com histórico pessoal ou familiar de carcinoma medular de tireoide (CMT) ou em pacientes com Síndrome de Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 2 (NEM 2).

Aspiração associada à anestesia geral ou sedação profunda

Casos de aspiração pulmonar foram relatados em pacientes que fazem uso de agonistas do receptor GLP-1 durante anestesia geral ou sedação profunda. Portanto, o aumento do risco de conteúdo gástrico residual devido ao atraso no esvaziamento gástrico (vide item “9. Reações Adversas”) deve ser considerado antes de realizar procedimentos com anestesia geral ou sedação profunda.

Efeitos gastrointestinais e desidratação

O uso de agonistas do receptor de GLP-1 pode estar associado a reações adversas gastrointestinais. Isso deve ser considerado ao tratar pacientes com comprometimento da função renal, visto que náusea, vômito e diarreia podem causar desidratação, que, em casos raros, pode levar à deterioração da função renal (vide item “9. Reações Adversas”).

Os pacientes tratados com Extensior® devem ser aconselhados sobre o risco potencial de desidratação em relação aos efeitos colaterais gastrointestinais e tomar precauções para evitar a depleção de fluidos.

Pancreatite aguda

A pancreatite aguda foi observada com o uso de agonistas do receptor de GLP-1. Os pacientes devem ser informados sobre os sintomas característicos da pancreatite aguda. Se houver suspeita de pancreatite, Extensior® deverá ser descontinuado; se confirmado, Extensior® não deve ser reiniciado. Deve-se ter cautela com pacientes com histórico de pancreatite.

Hipoglicemia

Pacientes tratados com Extensior® em associação com uma sulfonilureia ou insulina podem ter aumento no risco de hipoglicemia. O risco de hipoglicemia pode ser reduzido pela diminuição da dose de sulfonilureia ou de insulina ao iniciar o tratamento com Extensior® (vide item “9. Reações Adversas”).

Retinopatia diabética

Em pacientes com retinopatia diabética tratados com insulina e semaglutida, um risco aumentado de desenvolvimento de complicações da retinopatia diabética foi observado (vide item “9. Reações Adversas”). O cuidado deve ser exercido quando se utiliza a semaglutida em pacientes com retinopatia diabética tratados com insulina. Estes pacientes devem ser monitorados de perto e tratados de acordo com as diretrizes clínicas. Uma melhora rápida no controle glicêmico tem sido associada a um agravamento temporário da retinopatia diabética, mas outros mecanismos não podem ser excluídos.

Insuficiência cardíaca

Não há experiência terapêutica em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva New York Heart Association (NYHA) classe IV e a semaglutida não é, portanto, recomendada para estes pacientes.

Neuropatia óptica isquêmica anterior não arterítica (NOIA não arterítica)

Dados de estudos epidemiológicos indicam um risco aumentado de neuropatia óptica isquêmica anterior não arterítica (NOIA não arterítica) durante o tratamento com semaglutida. Não há um intervalo de tempo identificado para quando NOIA não arterítica pode se desenvolver após o início do tratamento. Uma perda súbita de visão deve levar à realização de exame oftalmológico e o tratamento com semaglutida deve ser descontinuado se NOIA não arterítica for confirmada (vide item “9. Reações Adversas”).

Pacientes com gastroparesia

Pacientes tratados com Extensior® que tem gastroparesia podem apresentar eventos adversos gastrointestinais mais graves ou severos. Extensior® deve ser usado com cautela nesses pacientes, e o uso de Extensior® não é recomendado se a gastroparesia for grave (vide item “9. Reações Adversas”).

Conteúdo de sódio

Este medicamento contém menos de 1 mmol de sódio (23 mg) por dose, portanto, é essencialmente “livre de sódio”.

Fertilidade, gravidez e lactação

Fertilidade

O efeito de semaglutida na fertilidade de seres humanos é desconhecido. A semaglutida não afetou a fertilidade masculina de ratos. Em ratas, foram observados aumento na duração estral e uma pequena redução no número de ovulações em doses associadas à perda de peso corporal materno (vide item “3. Características Farmacológicas, Informações de segurança pré-clínica”).

Mulheres em idade fértil

Recomenda-se que as mulheres em idade fértil usem contraceptivos quando tratadas com semaglutida.

Gravidez

Estudos em animais demonstraram toxicidade reprodutiva (vide item “3. Características Farmacológicas, Informações de segurança pré-clínica”). Há dados limitados sobre o uso de semaglutida em mulheres grávidas. Portanto, semaglutida não deve ser utilizada durante a gravidez. Se uma paciente desejar engravidar ou se ocorrer a gravidez, semaglutida deverá ser descontinuada. A semaglutida deve ser descontinuada pelo menos 2 meses antes da gravidez planejada em razão da meia-vida longa de semaglutida (vide item “3. Características Farmacológicas, Dados Farmacodinâmicos”).

Lactantes/Amamentação

Em ratas lactantes, semaglutida foi excretada no leite. Não se pode excluir um risco para crianças lactentes. A semaglutida não pode ser utilizada durante a amamentação.

Categoria de risco na gravidez: C

Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.

Uso criterioso no aleitamento ou na doação de leite humano: o uso deste medicamento no período da lactação depende da avaliação e acompanhamento do seu médico ou cirurgião-dentista.

Efeitos sobre a capacidade de dirigir ou operar máquinas

Extensior® possui pouca ou nenhuma influência na capacidade de dirigir ou operar máquinas. Quando é utilizado em associação com uma sulfonilureia ou insulina, os pacientes devem ser aconselhados a se precaver para evitar hipoglicemia ao dirigir e operar máquinas.

6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

A semaglutida retarda o esvaziamento gástrico e tem o potencial de influenciar a taxa de absorção se administrada concomitante com medicamentos orais. A semaglutida deve ser usada com precaução em pacientes tratados com medicamentos orais que requerem uma rápida absorção gastrointestinal.

Paracetamol

A semaglutida atrasa a taxa de esvaziamento gástrico, conforme avaliado pela farmacocinética do paracetamol durante teste de refeição padronizado. $AUC_{0-60min}$ e C_{max} do paracetamol diminuiram cerca de 27% e 23%, respectivamente, após o uso concomitante de semaglutida 1 mg. A exposição total ao paracetamol (AUC_{0-5h}) não foi afetada. Não é necessário ajuste posológico do paracetamol quando administrado com semaglutida.

Contraceptivos orais

Não é esperado que a semaglutida reduza a efetividade dos contraceptivos orais, visto que a semaglutida não alterou a exposição global de etinilestradiol e levonorgestrel em um grau clinicamente relevante quando uma associação de contraceptivos orais (0,03 mg de etinilestradiol/0,15 mg de levonorgestrel) foi coadministrada com semaglutida. A exposição do etinilestradiol não foi afetada; um aumento de 20% foi observado na exposição de levonorgestrel no estado de equilíbrio. A C_{max} não foi afetada em qualquer um dos compostos.

Atorvastatina

Semaglutida não alterou a exposição global de atorvastatina após a administração de dose única de atorvastatina (40 mg). A C_{max} de atorvastatina reduziu em 38%. Isso foi avaliado como não clinicamente relevante.

Digoxina

Semaglutida não alterou a exposição global ou a C_{max} de digoxina após uma dose única de digoxina (0,5 mg).

Metformina

Semaglutida não alterou a exposição global ou a C_{max} de metformina após administração de 500 mg 2 vezes ao dia por 3,5 dias.

Varfarina e outros derivados cumarínicos

Semaglutida não alterou a exposição global ou a C_{max} de varfarina R e S após uma dose única de varfarina (25 mg) e os efeitos farmacodinâmicos da varfarina, conforme medidos pela razão normalizada internacional (RNI), não foram afetados de modo clinicamente relevante. No entanto, foram relatados casos de diminuição da RNI durante o uso concomitante de acenocumarol e semaglutida. Após o início do tratamento com semaglutida em pacientes tratados com varfarina ou outros derivados cumarínicos, o monitoramento frequente da RNI é recomendado.

7. CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO

Prazo de validade: 36 meses.

Prazo de validade para o sistema de aplicação em uso: 6 semanas.

Antes de abrir (antes de iniciar o uso):

- Armazenar em geladeira (de 2 °C a 8 °C).
- Manter o medicamento distante do compartimento do congelador.
- Não congelar Extensior® e não utilizar se tiver sido congelado.
- Quando o sistema de aplicação não estiver em uso, mantenha-o tampado para protegê-lo da luz.

Durante o uso:

- Armazenar abaixo de 30 °C ou em geladeira (de 2 °C a 8 °C).
- Manter o medicamento distante do compartimento do congelador.
- Não congelar Extensior® e não utilizar se tiver sido congelado.
- Quando o sistema de aplicação não estiver em uso, mantenha-o tampado para protegê-lo da luz.

Após aberto, válido por 6 semanas. Após este período, Extensior® deve ser descartado mesmo que ainda tenha produto na embalagem.

Não use medicamento com o prazo de validade vencido. Guarde-o em sua embalagem original.

Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem.

Extensior® é uma solução isotônica límpida e incolor (pH = 7,4).

Extensior® deve ser protegido da luz e calor excessivos.

Transporte:

O transporte do medicamento deverá ser realizado através de uma embalagem que proporcione proteção térmica e evite alteração brusca de temperatura, incidência de luz direta e vibração excessiva. No caso de viagens aéreas, não despachar o produto dentro das malas. O compartimento de bagagem dos aviões atinge temperaturas muito baixas, podendo congelar o medicamento.

Antes de usar, observe o aspecto do medicamento.

Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.

8. POSOLOGIA E MODO DE USAR

Método de administração

Extensior® deve ser administrado uma vez por semana, a qualquer momento do dia, acompanhado ou não de refeição.

Extensior® deve ser injetado por via subcutânea no abdome, na coxa ou na parte superior do braço. O local da injeção pode ser alterado sem ajuste de dose. Extensior® não deve ser administrado por via intravenosa ou intramuscular.

O dia da administração semanal pode ser alterado, se necessário, contanto que o intervalo entre as duas doses seja de pelo menos 3 dias (> 72 horas). Após selecionar um novo dia para a aplicação, a administração semanal deve ser continuada.

Posologia

A dose inicial de Extensior® é 0,25 mg, uma vez por semana. Após 4 semanas, a dose deve ser aumentada para 0,5 mg, uma vez por semana. Após pelo menos 4 semanas com uma dose de 0,5 mg, uma vez por semana, a dose pode ser aumentada para 1,0 mg, uma vez por semana, se um controle glicêmico adicional for necessário.

Extensior® 0,25 mg não é uma dose de manutenção. Doses semanais maiores que 1,0 mg não são recomendadas.

Quando Extensior® é adicionado à terapia existente de metformina e/ou tiazolidinediona ou a um inibidor de SGLT2, a dose de metformina e/ou tiazolidinediona ou do inibidor de SGLT2 pode continuar sem alterações.

Quando Extensior® é adicionado à terapia existente de uma sulfonilureia ou insulina, a redução na dose de sulfonilureia ou insulina deve ser considerada para reduzir o risco de hipoglicemia (vide item “5. Advertências e Precauções”). A automonitorização da glicemia não é necessária para ajustar a dose de Extensior®. A automonitorização da glicemia é necessária para ajustar a dose de sulfonilureia e insulina, particularmente quando Extensior® é iniciado e a insulina é reduzida. Recomenda-se uma abordagem gradual para a redução da insulina.

Populações Especiais

- Pacientes idosos: Nenhum ajuste de dose é necessário com base na idade.
- Pacientes com comprometimento hepático: Nenhum ajuste é necessário para pacientes com comprometimento hepático (vide item “3. Características farmacológicas”). A experiência com o uso de semaglutida em pacientes com insuficiência hepática grave é limitada. Deve-se ter cautela ao tratar estes pacientes com semaglutida.

- Pacientes com comprometimento renal: Nenhum ajuste é necessário para pacientes com comprometimento renal leve, moderado ou grave. A experiência com o uso de semaglutida em pacientes com doença renal em estágio terminal é limitada.
- População pediátrica: A segurança e a eficácia de Extensior® em crianças e adolescentes com menos de 18 anos de idade não foram estudadas. Não há dados disponíveis.

Dose esquecida

Se esquecer de tomar uma dose, ela deverá ser administrada logo que possível e no prazo de 5 dias após a dose esquecida. Se mais de 5 dias tiverem passado, a dose esquecida deverá ser pulada e a dose seguinte administrada no dia anteriormente programado. Em todos os casos, os pacientes podem retomar o cronograma de administração regular de uma vez por semana.

Incompatibilidades

Na ausência de estudos de compatibilidade, Extensior® não deve ser misturado com outros medicamentos.

Precauções para descarte

O paciente deve ser advertido a descartar a agulha da injeção após cada aplicação, e armazenar o sistema de aplicação sem a agulha acoplada. Isso previne: agulhas entupidas, contaminação, infecção, vazamento de solução e dosagem imprecisa.

O descarte de agulhas deve ser realizado através de embalagens coletoras resistentes, como latas e plásticos, para eliminar o risco de acidentes e contaminação. Os medicamentos usados, vencidos ou fora de uso, assim como seu sistema de aplicação e as embalagens coletoras contendo agulhas, devem ser descartados em Postos de Coleta localizados em Farmácias, Drogarias, Postos de Saúde ou Hospitais, que possuem coletores apropriados. O cartucho e a bula, que não possuem contato direto com o medicamento, podem ser descartados no lixo reciclável.

Não tente repor o conteúdo do sistema de aplicação ou reutilizá-lo. Uma vez vazio, ele deve ser descartado.

O sistema de aplicação Extensior® é destinado somente ao uso individual.

Extensior® não deve ser utilizado se não estiver límpido e incolor.

Extensior® não deve ser utilizado se tiver sido congelado.

Extensior® pode ser administrado com agulhas de até 8 mm de comprimento. O sistema de aplicação foi desenvolvido para ser utilizado com as agulhas descartáveis NovoFine®. **AS AGULHAS PODEM OU NÃO ESTAR INCLUÍDAS.** Isso depende da apresentação adquirida.

9. REAÇÕES ADVERSAS

Resumo do perfil de segurança

Nos 8 estudos de fase 3a, 4.792 pacientes foram expostos ao Extensior®.

As reações adversas mais frequentemente relatadas nos estudos clínicos foram os distúrbios gastrointestinais, incluindo náusea (muito comum), diarreia (muito comum) e vômito (comum). Em geral, essas reações foram de gravidade leve a moderada e de curta duração.

Reações adversas tabuladas

A Tabela 10 lista as reações adversas identificadas nos estudos de fase 3a em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (para maiores informações, vide item “2. Resultados de Eficácia”). As frequências de reações adversas são baseadas em um agrupamento dos estudos de fase 3a, exceto o estudo de desfechos cardiovasculares (vide Tabela 10 abaixo para detalhes adicionais).

As reações são listadas abaixo pela classe de sistema orgânico e frequência absoluta. As frequências são definidas como: muito comum: ($\geq 1/10$); comum: ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); incomum ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); rara: ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); muito rara: ($< 1/10.000$) e desconhecida: (não pode ser estimada a partir dos dados disponíveis). Dentro de cada agrupamento de frequência, as reações adversas são apresentadas em ordem decrescente de gravidade.

Tabela 10. Reações adversas dos estudos de fase 3a controlados incluindo o estudo de desfecho cardiovascular

Classe de Sistema	Muito comum	Comum	Incomum	Rara	Muito rara	Desconhecida
-------------------	-------------	-------	---------	------	------------	--------------

Orgânico do MedDRA						
Distúrbios do sistema imunitário			Hipersensibilidade ^c	Reação anafilática		
Distúrbios metabólicos e nutricionais	Hipoglicemia ^a quando utilizado com insulina ou sulfonilureia	Hipoglicemia ^a quando utilizado com outros antidiabéticos orais (ADO) Redução do apetite				
Distúrbios do sistema nervoso		Tontura Cefaleia	Disgeusia			Disestesia ^d
Distúrbios oculares		Complicações de retinopatia diabética ^b			Neuropatia Óptica Isquêmica Anterior não Arterítica (NOIA não arterítica)	
Distúrbios cardíacos			Aumento da frequência cardíaca			
Distúrbios gastrointestinais	Náusea Diarreia	Vômito Dor abdominal Distensão abdominal Constipação Dispepsia Gastrite Doença do refluxo gastroesofágico Eructação Flatulência	Pancreatite aguda Atraso no esvaziamento gástrico			Obstrução intestinal ^d
Distúrbios hepatobiliares		Colelitíase				
Distúrbios dos tecidos cutâneos e subcutâneos						Angioedema ^d
Distúrbios gerais e quadros clínicos no local de administração		Fadiga	Reações no local da injeção			
Investigações		Lipase aumentada Amilase aumentada Perda de peso				

^a) Hipoglicemia definida como grave (necessita de assistência de outra pessoa) ou sintomática em associação com a glicemia < (55,8 mg/dL).

^b) Complicações de retinopatia diabética é um composto de: necessidade de fotocoagulação da retina, tratamento com agentes intravítreos, hemorragia vítrea, início de cegueira relacionada ao diabetes (incomum). Frequência baseada no estudo de desfechos cardiovasculares.

^c) Termo agrupado que abrange também eventos adversos relacionados à hipersensibilidade, como erupção cutânea e urticária.

^d) A partir de relatos pós-comercialização.

Estudo de segurança e desfechos cardiovasculares de 2 anos

Em uma população com alto risco cardiovascular, o perfil de reação adversa foi similar ao observado em outros estudos de fase 3a (descrito no item “2. Resultados de Eficácia”).

Hipoglicemia

Não foram observados episódios de hipoglicemia grave quando Extensior® foi utilizado como monoterapia. Hipoglicemia grave foi principalmente observada quando Extensior® foi utilizado com uma sulfonilureia (1,2% dos pacientes, 0,03 eventos/paciente-ano) ou insulina (1,5% dos pacientes, 0,02 eventos/paciente-ano). Poucos episódios (0,1% dos pacientes, 0,001 eventos/paciente-ano) foram observados com Extensior® em associação com medicamentos antidiabéticos orais, exceto sulfonilureia.

Reações adversas gastrointestinais

Náusea ocorreu em 17% e 19,9% dos pacientes quando tratados com Extensior® 0,5 mg e 1,0 mg, respectivamente, diarreia em 12,2% e 13,3% e vômito em 6,4% e 8,4%. A maioria dos eventos foi de gravidade leve a moderada e de curta duração. Os eventos levaram à descontinuação do tratamento em 3,9% e 5% dos sujeitos. Os eventos foram relatados com maior frequência durante os primeiros meses do tratamento. Pacientes com baixo peso corporal podem ter mais efeitos colaterais gastrointestinais quando tratados com semaglutida.

Pacientes com gastroparesia podem apresentar efeitos gastrointestinais mais graves ou severos ao serem tratados com Extensior®.

Pancreatite aguda

A frequência de pancreatite aguda confirmada por adjudicação relatada nos estudos clínicos de fase 3a foi de 0,3% para Extensior® e de 0,2% para o comparador, respectivamente. No estudo de desfechos cardiovasculares de 2 anos, a frequência de pancreatite aguda confirmada por adjudicação foi de 0,5% para Extensior® e 0,6% para o placebo (vide item “5. Advertências e Precauções”).

Complicações da retinopatia diabética

Em um estudo clínico de 2 anos envolvendo 3.297 pacientes com diabetes mellitus tipo 2 e alto risco cardiovascular, longa duração de diabetes e glicemia mal controlada, eventos adjudicados de complicações da retinopatia diabética ocorreram em mais pacientes tratados com Extensior® (3%) em comparação ao placebo (1,8%). Isto foi observado em pacientes tratados com insulina com conhecida retinopatia diabética. A diferença de tratamento apareceu cedo e persistiu durante todo o estudo. Uma avaliação sistemática da complicação da retinopatia diabética somente foi realizada nos desfechos cardiovasculares do estudo.

Em outros estudos clínicos de até 1 ano envolvendo 4.807 pacientes com diabetes mellitus tipo 2, eventos adversos relacionados à retinopatia diabética foram relatados em proporções similares de indivíduos tratados com Extensior® (1,7%) e comparadores (2,0%).

Neuropatia óptica isquêmica anterior não arterítica (NOIA não arterítica)

Resultados de diversos estudos epidemiológicos de grande porte sugerem que a exposição à semaglutida em adultos com diabetes tipo 2 está associada a um risco relativo de aproximadamente duas vezes maior de NOIA não arterítica, correspondendo a aproximadamente um caso adicional em 10.000 pessoas-ano de tratamento.

Descontinuação em razão de evento adverso

A incidência de descontinuação do tratamento em razão de eventos adversos foi de 6,1% e 8,7% para pacientes tratados com Extensior® 0,5 e 1,0 mg, respectivamente, versus 1,5% para placebo. Os eventos adversos mais frequentes levando à descontinuação foram gastrointestinais.

Reações no local de injeção

Reações no local de injeção (por exemplo erupção no local da injeção, eritema) foram reportadas por 0,6% e 0,5% de pacientes que receberam Extensior® 0,5 mg e 1 mg, respectivamente. Essas reações geralmente foram leves.

Imunogenicidade

Consistente com as propriedades potencialmente imunogênicas dos medicamentos contendo proteínas ou peptídeos, os pacientes podem desenvolver anticorpos após o tratamento com semaglutida. A proporção de indivíduos com resultado positivo para anticorpos anti-semaglutida a qualquer momento após o período basal foi baixa (1–2%) e nenhum indivíduo possuía anticorpos neutralizantes anti-semaglutida ou anticorpos anti-semaglutida com efeito neutralizante de GLP-1 endógeno ao final do estudo.

Aumento da frequência cardíaca

Um aumento na frequência cardíaca foi observado com os agonistas do receptor do GLP-1. Nos estudos clínicos de fase 3a, foram observados aumentos médios de 1 a 6 batimentos por minuto (bpm) a partir do basal de 72 a 76 bpm em pacientes tratados com Extensior®. Em um estudo clínico a longo prazo com pacientes com fatores de risco cardiovasculares, 16% dos pacientes tratados com Extensior® tiveram um aumento na frequência cardíaca de > 10 bpm em comparação a 11% dos pacientes que receberam placebo após 2 anos de tratamento.

Resultado relatado por paciente

A notificação de suspeita de reações adversas do medicamento é importante. Isto permite uma monitorização contínua da relação benefício / risco do medicamento. Profissionais de saúde são alertados a relatarem qualquer suspeita de reação adversa.

Atenção: este produto é um medicamento que possui nova indicação terapêutica no país e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis, mesmo que indicado e utilizado corretamente, podem ocorrer eventos adversos imprevisíveis ou desconhecidos. Nesse caso, notifique os eventos adversos pelo Sistema VigiMed, disponível no Portal da Anvisa.

10. SUPERDOSE

As superdosagens de até 4 mg em dose única, e até 4 mg em uma semana foram relatadas nos estudos clínicos. O evento adverso mais comumente relatado foi náusea. Todos os pacientes se recuperaram sem complicações.

Não há antídoto específico para superdosagem de Extensior®. Em caso de superdosagem, deve-se iniciar um tratamento de suporte adequado de acordo com os sinais e sintomas clínicos do paciente. Um período prolongado de observação e tratamento desses sintomas pode ser necessário, considerando a meia-vida longa de Extensior® de aproximadamente 1 semana (vide item 3. “Características Farmacológicas”).

Em caso de intoxicação ligue para 0800 722 6001, se você precisar de mais orientações.

DIZERES LEGAIS

Registro: 1.1766.0043

Produzido por:

Novo Nordisk A/S
Bagsværd, Dinamarca
ou
Novo Nordisk A/S
Hillerød, Dinamarca

Importado por:

Novo Nordisk Farmacêutica do Brasil Ltda.
São José dos Pinhais/PR

Registrado por:

Novo Nordisk Farmacêutica do Brasil Ltda.
Rua Fidalga, 360
São Paulo/SP
CNPJ: 82.277.955/0001-55

SAC: 0800 0144488

Comercializado por:

Eurofarma Laboratórios S.A.
São Paulo/SP

VENDA SOB PRESCRIÇÃO COM RETENÇÃO DA RECEITA

Esta bula foi aprovada pela Anvisa em 17/04/2026.



Extensior® e NovoFine® são marcas registradas de propriedade da Novo Nordisk A/S, Dinamarca.

© 2026

Novo Nordisk A/S

Instruções sobre como usar Extensior® 0,25 mg e 0,5 mg/dose de solução para injeção em sistema de aplicação preenchido

Leia essas instruções cuidadosamente antes de usar seu sistema de aplicação preenchido Extensior®.

Converse com seu médico, enfermeiro ou farmacêutico sobre como aplicar Extensior® corretamente. Somente use Extensior® conforme prescrito.

Inicie verificando seu sistema de aplicação para **se certificar de que ele contém Extensior® 0,25 mg ou 0,5 mg/dose**. Em seguida, olhe as ilustrações a seguir para conhecer as diferentes partes de seu sistema de aplicação e agulha.

Se você possui deficiência visual total ou parcial e não puder ler o contador de dose de seu sistema de aplicação, não utilize este sistema de aplicação sem ajuda. Peça ajuda de uma pessoa com boa visão e que saiba como utilizar o sistema de aplicação Extensior®.

Extensior® é um sistema de aplicação preenchido de controle de dose. Ele contém 2 mg de semaglutida e você pode selecionar doses de 0,25 mg e 0,5 mg.

Um sistema de aplicação não utilizado contém:

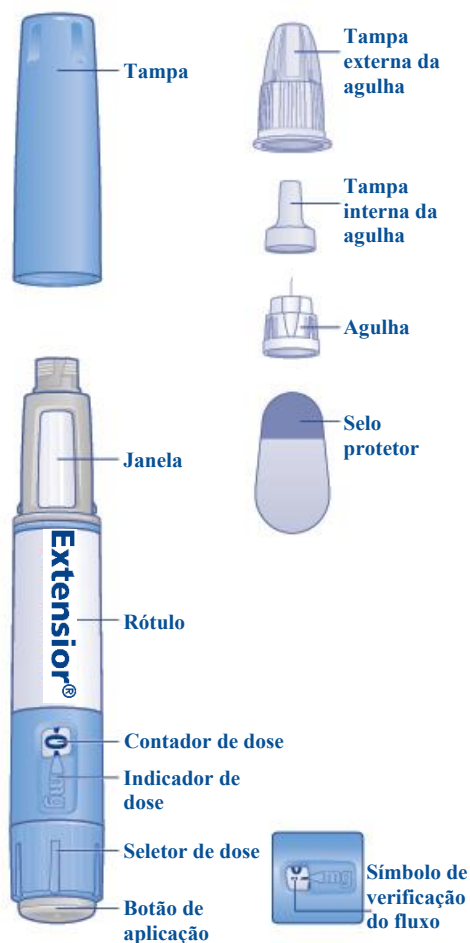
- 4 doses de 0,25 mg (dose inicial) e 2 doses de 0,5 mg
- **ou** 4 doses de 0,5 mg

Extensior® pode ser administrado com agulhas de até 8 mm de comprimento. Seu sistema de aplicação foi desenvolvido para ser utilizado com agulhas descartáveis NovoFine®.

AS AGULHAS PODEM OU NÃO ESTAR INCLUÍDAS.

Isso depende da apresentação adquirida.

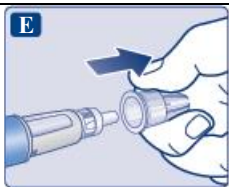
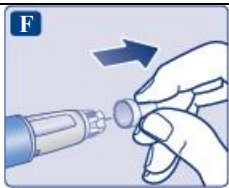
Extensior® sistema de aplicação e agulha (exemplo)



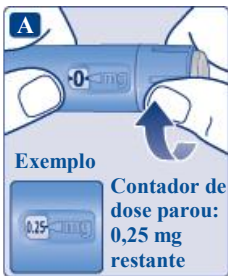
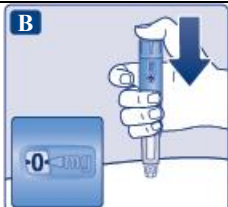
Informações importantes

Atente-se especialmente a estas observações, pois são importantes para o uso seguro do sistema de aplicação.

1. Prepare seu sistema de aplicação com uma agulha nova

• Verifique o nome e o rótulo colorido de seu sistema de aplicação para se certificar de que ele contém Extensior® 0,25 mg e 0,5 mg/dose. Isso é especialmente importante se você tomar mais de um tipo de medicamento injetável. Usar o medicamento errado pode ser prejudicial à sua saúde. • Tire a tampa do sistema de aplicação.	
• Verifique se a solução no sistema de aplicação está límpida e incolor. Olhe pela janela do sistema de aplicação. Se a solução parecer turva ou não for incolor, não use o sistema de aplicação.	
• Pegue uma nova agulha. Verifique se o selo protetor e a tampa externa da agulha possuem danos que possam afetar a esterilidade. Se houver qualquer dano visível, use uma nova agulha. • Retire o selo protetor.	
• Certifique-se de colocar a agulha corretamente. • Rosqueie a agulha no sistema de aplicação. • Gire até que esteja firme.	
A agulha é coberta por duas tampas. Você deve remover ambas as tampas. Se você esquecer de remover ambas as tampas, você não injetará nenhuma solução. • Retire a tampa externa da agulha e guarde-a. Você precisará dela após a injeção para remover a agulha do sistema de aplicação de forma segura.	
• Retire a tampa interna da agulha e descarte-a. Se tentar recolocá-la, você poderá se ferir acidentalmente com a agulha. Uma gota da solução pode aparecer na ponta da agulha. Isso é normal, mas você deve verificar o fluxo se você estiver usando um sistema de aplicação novo pela primeira vez. Veja a etapa 2. “Verifique o fluxo com cada sistema de aplicação novo”. Não rosqueie uma nova agulha no sistema de aplicação até que esteja pronto para a injeção.	
 Sempre use uma nova agulha para cada injeção. Isso pode evitar agulhas entupidas, contaminação, infecção e administração imprecisa.	
 Nunca use uma agulha danificada ou torta.	
2. Verifique o fluxo com cada sistema de aplicação novo	

- Se o seu sistema de aplicação Extensior® já estiver em uso, vá para a etapa 3 “Selecione sua dose”. Somente verifique o fluxo de Extensior® antes da sua primeira injeção com cada sistema de aplicação novo. - Gire o seletor de dose para o símbolo de verificação de fluxo () logo após o “0” (zero). Certifique-se de que o símbolo de verificação de fluxo esteja alinhado com o indicador de dose.	 Símbolo de verificação do fluxo
Segure o sistema de aplicação com a agulha apontando para cima. Pressione e segure o botão de aplicação até que o contador de dose retorne para “0” (zero). O “0” deve se alinhar com o indicador de dose. Uma gota da solução deve aparecer na ponta da agulha.	
Uma pequena gota pode permanecer na ponta da agulha, mas ela não será injetada. Se nenhuma gota aparecer, repita a etapa 2 “Verifique o fluxo com cada sistema de aplicação novo” até 6 vezes. Se a gota ainda não aparecer, troque a agulha e repita a etapa 2 “Verifique o fluxo com cada sistema de aplicação novo” novamente. Descarte o sistema de aplicação e use um novo se uma gota de solução ainda não aparecer.	
 Certifique-se sempre de que uma gota apareça na ponta da agulha antes de usar um novo sistema de aplicação pela primeira vez. Isso garante o fluxo da solução. Se nenhuma gota aparecer, você não injetará o medicamento mesmo que o contador de dose se mova. Isso pode indicar uma agulha entupida ou danificada. Se você não verificar o fluxo antes da sua primeira injeção com cada sistema de aplicação novo, você pode não receber a dose prescrita e o efeito pretendido de Extensior®.	
3. Selecione sua dose	
Gire o seletor de dose até que o contador de dose mostre sua dose (0,25 mg ou 0,5 mg). - Se você selecionar a dose errada, você poderá girar o seletor de dose para frente ou para trás para corrigir a dose. - O sistema de aplicação pode marcar até 0,5 mg.	 Exemplo 0,25 mg selecionado
O seletor de dose altera a dose. Somente o contador de dose e o indicador de dose mostrarão quanto mg você seleciona por dose. Você pode selecionar até 0,5 mg por dose. Quando o sistema de aplicação contém menos de 0,5 mg, o contador de dose para antes de mostrar 0,5. O seletor de dose clica de modo diferente quando é girado para frente, para trás ou quando passa o número de mg restante.	

⚠ Sempre utilize o contador de dose e o indicador de dose para ver quanto mg você selecionou antes de injetar este medicamento. Somente doses de 0,25 mg ou 0,5 mg devem ser selecionadas com o seletor de dose. A dose selecionada deve se alinhar precisamente com o indicador de dose para garantir que está recebendo a dose correta.	
Quanto de solução resta	
• Para ver quanto de solução resta, use o contador de dose: Gire o seletor de dose até que o contador de dose pare. - Se ele mostrar 0,5, pelo menos 0,5 mg resta no sistema de aplicação. - Se o contador de dose parar antes de 0,5 mg, não há solução suficiente para uma dose completa de 0,5 mg.	 Exemplo Contador de dose parou: 0,25 mg restante
⚠ Se não houver solução suficiente no sistema de aplicação para uma dose completa, não o utilize. Use um novo sistema de aplicação Extensior®.	
4. Injete sua dose	
• Insira a agulha na sua pele como seu médico ou enfermeiro mostrou. • Certifique-se de que possa ver o contador de dose. Não cubra o contador com seus dedos. Isso pode interromper a injeção.	
• Pressione e segure o botão de aplicação. Observe o contador de dose retornar para o “0” (zero). O “0” deve se alinhar com o indicador de dose. Você pode ouvir ou sentir um clique. • Continue pressionando o botão de aplicação enquanto mantém a agulha na sua pele.	
• Conte lentamente até 6 enquanto mantém o botão de aplicação pressionado. - Se a agulha for removida antes, você poderá ver um fluxo de solução vindo da ponta da agulha. Se isso ocorrer, a dose completa não foi liberada.	
• Retire a agulha da sua pele. Você pode então soltar o botão de aplicação. - Se aparecer sangue no local da injeção, pressione levemente.	

Você pode ver uma gota de solução na ponta da agulha após a aplicação. Isso é normal e não afeta sua dose.

 **Sempre observe o contador de dose para saber quanto mg você injeta.** Pressione o botão de aplicação até que o contador de dose retorne para o “0”.

Como identificar uma agulha danificada ou entupida

- Se “0” não aparece no contador de dose após pressionar continuamente o botão de aplicação, você pode ter utilizado uma agulha entupida ou danificada.
- Nesse caso, você pode não ter recebido a medicação – mesmo que o contador de dose tenha movido da dose original que você ajustou.

Como manusear uma agulha entupida

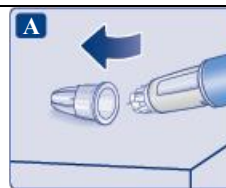
Troque a agulha, conforme descrito na etapa 5 “Após sua injeção” e repita todas as etapas iniciando na etapa 1 “Prepare seu sistema de aplicação com uma nova agulha”. Certifique-se de que você selecionou a dose total que precisa.

Nunca toque no contador de dose ao injetar. Isso pode interromper a injeção.

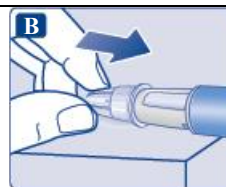
5. Após sua injeção

Sempre descarte a agulha após cada injeção para garantir injeções seguras e evitar o entupimento da agulha. Se a agulha estiver entupida, você **não** injetará nenhum medicamento.

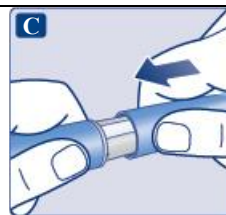
- **Leve a ponta da agulha para a tampa externa da agulha** em uma superfície plana sem tocar na agulha ou na tampa externa da agulha.



- Após cobrir a agulha, **empurre cuidadosa e completamente a tampa externa da agulha.**
- **Desrosque a agulha** e descarte-a cuidadosamente, conforme descrito no item “8. POSOLOGIA E MODO DE USAR” desta bula, na seção “Precauções para descarte”.



- **Coloque a tampa** do sistema de aplicação após cada uso para proteger a solução da luz.



Quando o sistema de aplicação estiver vazio, descarte-o **sem** a agulha, conforme descrito no item “8. POSOLOGIA E MODO DE USAR” desta bula, na seção “Precauções para descarte”.

 **Nunca tente recolocar a agulha na tampa interna da agulha.** Você pode se machucar com a agulha.

 **Sempre retire a agulha do sistema de aplicação imediatamente após cada injeção.**
Isso pode evitar agulhas entupidas, contaminação, infecção, vazamento de solução e administração incorreta.

 **Outras informações importantes**

Sempre mantenha o sistema de aplicação e agulhas **fora do alcance de terceiros**, especialmente de crianças.

- **Nunca compartilhe** o sistema de aplicação ou agulhas com outras pessoas.

- Cuidadores devem **ter cautela ao manusear as agulhas usadas** para evitar lesão e infecção cruzada.

Cuidados com o sistema de aplicação

Cuide de seu sistema de aplicação. O manuseio descuidado ou errado pode resultar na administração de dose imprecisa. Se isso acontecer, você pode não obter o efeito pretendido de Extensior®.

- **Não deixe o sistema de aplicação no carro** ou em outro local onde possa ficar muito quente ou muito frio.
- **Não injete Extensior® que foi congelado.** Se injetar, você pode não obter o efeito pretendido de Extensior®.
- **Não injete Extensior® que foi exposto à luz solar direta.** Se injetar, você pode não obter o efeito pretendido de Extensior®.
- **Não exponha o sistema de aplicação à poeira, sujeira ou líquidos.**
- **Não lave, mergulhe ou lubrifique o sistema de aplicação.** Ele pode ser limpo com um pano úmido e detergente neutro.
- **Não derrube o sistema de aplicação** ou o bata contra superfícies duras. Se derrubar ou suspeitar de um problema, encaixe uma agulha nova e verifique o fluxo antes de injetar.
- **Não tente reutilizar o sistema de aplicação.** Depois de vazio, ele deve ser descartado.
- **Não tente reparar o sistema de aplicação** ou desmontá-lo.



Extensior[®]

NOVO NORDISK FARM. DO BRASIL LTDA.

1,0 mg - Sistema de Aplicação 3,0 mL

**SOLUÇÃO INJETÁVEL de semaglutida 1,34
mg/mL**

Extensior® semaglutida

IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

Extensior®
semaglutida

APRESENTAÇÕES

Solução injetável de semaglutida 1,34 mg/mL em sistema de aplicação preenchido (multidose e descartável)
ou

Solução injetável de semaglutida 1,34 mg/mL em sistema de aplicação preenchido (multidose e descartável) com 4 agulhas descartáveis.

Cada sistema de aplicação contém 3 mL e libera doses de 1 mg.

Embalagens contendo 1 sistema de aplicação preenchido.

USO SUBCUTÂNEO

USO ADULTO

COMPOSIÇÃO

Cada mL de solução injetável contém 1,34 mg de semaglutida.

Excipientes: fosfato de sódio dibásico di-hidratado, propilenoglicol, fenol, ácido clorídrico (ajuste de pH), hidróxido de sódio (ajuste de pH) e água para injetáveis.

A semaglutida é um agonista do receptor de GLP-1 (peptídeo semelhante ao glucagon 1 humano) produzido em *Saccharomyces cerevisiae* por tecnologia de DNA recombinante.

Um sistema de aplicação preenchido contém 4 mg de semaglutida em 3 mL.

INFORMAÇÕES TÉCNICAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. INDICAÇÕES

Extensior® é indicado para o tratamento de adultos com diabetes mellitus tipo 2 insuficientemente controlado, como adjuvante à dieta e exercício:

- em monoterapia, quando a metformina é considerada inapropriada devido a intolerância ou contraindicações;
- em adição a outros medicamentos para o tratamento do diabetes;
- para redução do risco de declínio sustentado da TFGe (Taxa de Filtração Glomerular Estimada), doença renal em estágio terminal e morte cardiovascular em adultos com diabetes tipo 2 e doença renal crônica, em adição à terapia padrão.

Para informação sobre os resultados de estudos relativos às associações, efeitos sobre o controle glicêmico, eventos cardiovasculares, eventos renais, populações estudadas e a terapia padrão utilizada ver item “2. Resultados de Eficácia”.

2. RESULTADOS DE EFICÁCIA

A melhora do controle glicêmico, a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular, a perda de peso e a redução do risco de progressão da doença renal crônica são partes integrantes do tratamento do diabetes mellitus tipo 2.

A eficácia e segurança de Extensior® 0,5 mg e 1,0 mg, uma vez por semana, foram avaliadas em seis estudos de fase 3ª, randomizados e controlados, que incluíram 7.215 pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (4.107 pacientes foram tratados com Extensior®). Desses, cinco estudos (SUSTAIN 1-5) tiveram a avaliação de eficácia glicêmica como desfecho primário, enquanto um estudo (SUSTAIN 6) teve o resultado cardiovascular como o desfecho primário.

Adicionalmente, um estudo de fase 3b (SUSTAIN 7), incluindo 1.201 pacientes, foi realizado para comparar a eficácia e a segurança de Extensior® 0,5 mg e 1,0 mg, uma vez por semana, em relação a dulaglutida 0,75 mg e 1,5 mg uma vez por semana, respectivamente. Um estudo fase 3b (SUSTAIN 9), incluindo 302 pacientes com diabetes mellitus tipo 2, foi realizado para investigar a eficácia e a segurança da semaglutida em adição ao tratamento com inibidor do cotransportador sódio-glicose 2 (SGLT2) (com ou sem metformina ou sulfonilureia).

O tratamento com Extensior® demonstrou reduções sustentadas, clinicamente significativas e estatisticamente superiores na HbA_{1c} e no peso corporal por até 2 anos em comparação ao tratamento com placebo e controle ativo (sitagliptina, insulina glargina, exenatida e dulaglutida).

A eficácia de Extensior® não foi impactada por idade, sexo, raça, etnia, IMC basal, peso corporal basal (kg), duração do diabetes e nível de comprometimento da função renal.

Um estudo de desfechos renais de fase 3b (FLOW), que incluiu 3.533 pacientes, foi conduzido para investigar os efeitos de Extensior® 1,0 mg uma vez por semana versus placebo na progressão do comprometimento renal em pacientes com diabetes tipo 2 e doença renal crônica.

Um estudo de fase 3b sobre capacidade funcional (STRIDE), incluindo 792 pacientes, foi conduzido para investigar os efeitos de Extensior® 1 mg, uma vez por semana, em comparação com placebo em pacientes com diabetes tipo 2 e doença arterial periférica.

SUSTAIN 1 – Monoterapia

Em um estudo duplo cego placebo controlado de 30 semanas, 388 pacientes inadequadamente controlados com dieta e exercícios foram randomizados para receber Extensior® 0,5 mg ou Extensior® 1,0 mg, uma vez por semana, ou placebo.

Tabela 1 – SUSTAIN 1: Resultados na semana 30

	Extensior® 0,5 mg	Extensior® 1,0 mg	Placebo
População intenção de tratar – ITT (N)	128	130	129
HbA_{1c} (%)			
Basal (média)	8,1	8,1	8,0
Alteração a partir do basal na semana 30	-1,5	-1,6	0
Diferença do placebo [95% IC]	-1,4 [-1,7; -1,1] ^a	-1,5 [-1,8; -1,2] ^a	-
Pacientes (%) atingindo HbA_{1c} <7%	74	72	25
GPJ (mmol/L) (mg/dL)			
Basal (média)	9,7 (174,8 mg/dL)	9,9 (178,4 mg/dL)	9,7 (174,8 mg/dL)
Alteração a partir do basal na semana 30	-2,5 (-45,0 mg/dL)	-2,3 (-41,4 mg/dL)	-0,6 (-10,8 mg/dL)
Peso corporal (kg)			
Basal (média)	89,8	96,9	89,1
Alteração a partir do basal na semana 30	-3,7	-4,5	-1,0
Diferença de placebo [95% IC]	-2,7 [-3,9; -1,6] ^a	-3,6 [-4,7; -2,4] ^a	-

^a valor p <0,0001 (bilateral) para superioridade

SUSTAIN 2 – Extensior® versus sitagliptina, ambos em combinação com 1-2 medicamentos antidiabéticos orais (metformina e/ou tiazolidinedionas)

Em um estudo duplo-cego ativo-controlado de 56 semanas, 1.231 pacientes foram randomizados para receber Extensior® 0,5 uma vez por semana, Extensior® 1,0 mg uma vez por semana ou 100 mg de sitagliptina uma vez ao dia, todos em associação com metformina (94%) e /ou tiazolidinedionas (6%).

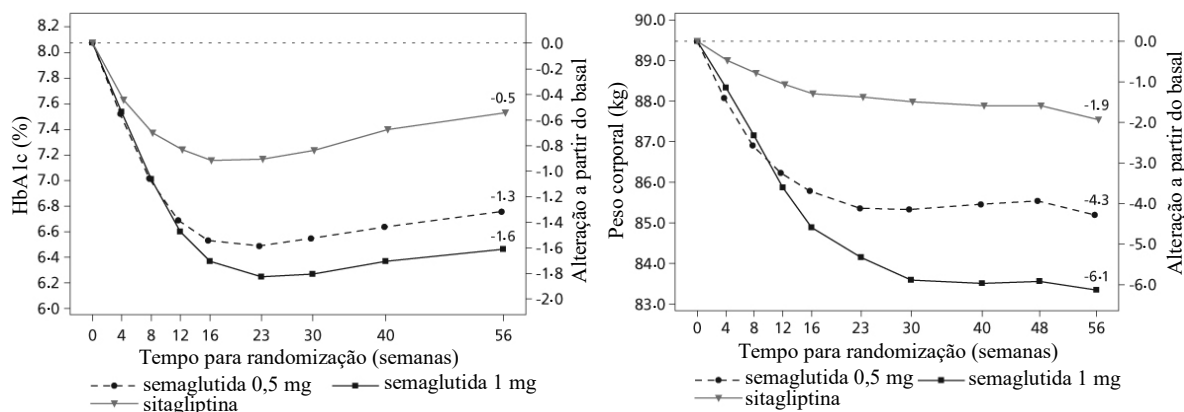
Tabela 2 – SUSTAIN 2: Resultados na semana 56

	Extensior® 0,5 mg	Extensior® 1,0 mg	sitagliptina 100 mg
População intenção de tratar – ITT (N)	409	409	407
HbA_{1c} (%)			

Basal (média)	8,0	8,0	8,2
Alteração a partir do basal na semana 56	-1,3	-1,6	-0,5
Diferença de sitagliptina [95% IC]	-0,8 [-0,9;-0,6] ^a	-1,1 [-1,2;-0,9] ^a	-
Pacientes (%) atingindo HbA _{1c} <7%	69	78	36
GPJ (mmol/L) (mg/dL)			
Basal (média)	9,3 (167,6 mg/dL)	9,3 (167,6 mg/dL)	9,6 (173,0 mg/dL)
Alteração a partir do basal na semana 56	-2,1 (-37,8 mg/dL)	-2,6 (-46,8 mg/dL)	-1,1 (-19,8 mg/dL)
Peso corporal (kg)			
Basal (média)	89,9	89,2	89,3
Alteração a partir do basal na semana 56	-4,3	-6,1	-1,9
Diferença de sitagliptina [95% IC]	-2,3 [-3,1;-1,6] ^a	-4,2 [-4,9;-3,5] ^a	-

^a valor p <0,001 (bilateral) para superioridade

Figura 1. Alteração média na HbA_{1c} (%) e no peso corporal (kg) desde o basal até a semana 56



SUSTAIN 3 – Extensior® versus exenatida liberação prolongada, ambos em combinação com metformina ou metformina com sulfonilureia

Em um estudo aberto de 56 semanas, 813 pacientes recebendo somente metformina (49%), metformina com sulfonilureia (45%) ou outro (6%) foram randomizados para Extensior® 1,0 mg uma vez por semana ou exenatida de liberação prolongada 2,0 mg uma vez por semana.

Tabela 3 – SUSTAIN 3: Resultados na semana 56

	Extensior® 1,0 mg	exenatida de liberação prolongada 2,0 mg
População intenção de tratar – ITT (N)	404	405
HbA_{1c} (%)		
Basal (média)	8,4	8,3
Alteração a partir do basal na semana 56	-1,5	-0,9
Diferença de exenatida [95% IC]	-0,6 [-0,8;-0,4] ^a	-

Pacientes (%) atingindo HbA_{1c} <7%	67	40
GPJ (mmol/L) (mg/dL)		
Basal (média)	10,6 (191,0 mg/dL)	10,4 (187,4 mg/dL)
Alteração a partir do basal na semana 56	-2,8 (-50,5 mg/dL)	-2,0 (-36,0 mg/dL)
Peso corporal (kg)		
Basal (média)	96,2	95,4
Alteração a partir do basal na semana 56	-5,6	-1,9
Diferença de exenatida [95% IC]	-3,8 [-4,6;-3,0] ^a	-

^a valor p <0,0001 (bilateral) para superioridade

SUSTAIN 4 – Extensior® versus insulina glargina, ambos em combinação com 1–2 medicamentos antidiabéticos orais (metformina ou metformina e sulfonilureia)

Em um estudo aberto de 30 semanas, 1.089 pacientes foram randomizados para receber Extensior® 0,5 mg ou 1,0 mg, uma vez por semana, ou insulina glargina, uma vez ao dia, como adjuvante à metformina (48%) ou metformina e sulfonilureia (51%).

Tabela 4 – SUSTAIN 4: Resultados na semana 30

	Extensior® 0,5 mg	Extensior® 1,0 mg	insulina glargina
População intenção de tratar – ITT (N)	362	360	360
HbA_{1c} (%)			
Basal (média)	8,1	8,2	8,1
Alteração a partir do basal na semana 30	-1,2	-1,6	-0,8
Diferença de insulina glargina [95% IC]	-0,4 [-0,5;-0,2] ^a	-0,8 [-1,0;-0,7] ^a	-
Pacientes (%) atingindo HbA_{1c} <7%	57	73	38
GPJ (mmol/L) (mg/dL)			
Basal (média)	9,6 (173,0 mg/dL)	9,9 (178,4 mg/dL)	9,7 (174,8 mg/dL)
Alteração a partir do basal na semana 30	-2,0 (- 36 mg/dL)	-2,7 (- 48,6 mg/dL)	-2,1 (- 37,8 mg/dL)
Peso corporal (kg)			
Basal (média)	93,7	94,0	92,6
Alteração a partir do basal na semana 30	-3,5	-5,2	+1,2
Diferença de insulina glargina [95% IC]	-4,6 [-5,3;-4,0] ^a	-6,34 [-7,0;-5,7] ^a	-

^a valor p <0,0001 (bilateral) para superioridade

SUSTAIN 5 – Extensior® versus placebo, ambos em combinação com insulina basal

Em um estudo duplo cego placebo-controlado de 30 semanas, 397 pacientes inadequadamente controlados com insulina basal, com ou sem metformina, foram randomizados para Extensior® 0,5 mg ou 1,0 mg, uma vez por semana ou placebo.

Tabela 5 – SUSTAIN 5: Resultados na semana 30

	Extensior® 0,5 mg	Extensior® 1,0 mg	placebo
População intenção de tratar – ITT (N)	132	131	133
HbA_{1c} (%)			

Basal (média)	8,4	8,3	8,4
Alteração a partir do basal na semana 30	-1,4	-1,8	-0,1
Diferença do placebo [95% IC]	-1,4 [-1,6;-1,1] ^a	-1,8 [-2,0;-1,5] ^a	-
Pacientes (%) atingindo HbA _{1c} <7%	61	79	11
GPJ (mmol/L) (mg/dL)			
Basal (média)	8,9 (160,4 mg/dL)	8,5 (153,2 mg/dL)	8,6 (155,0 mg/dL)
Alteração a partir do basal na semana 30	-1,6 (- 28,8 mg/dL)	-2,4 (- 43,2 mg/dL)	-0,5 (- 9,0 mg/dL)
Peso corporal (kg)			
Basal (média)	92,7	92,5	89,9
Alteração a partir do basal na semana 30	-3,7	-6,4	-1,4
Diferença do placebo [95% IC]	-2,3 [-3,3;-1,3] ^a	-5,1 [-6,1;-4,0] ^a	-

^a valor p <0,0001 (bilateral) para superioridade

SUSTAIN 7 – Extensior® versus dulaglutida, ambos em combinação com metformina

Em um estudo aberto de 40 semanas, 1.201 pacientes tratados com metformina foram randomizados 1:1:1:1 para uma dose semanal de Extensior® 0,5 mg, dulaglutida 0,75 mg, Extensior® 1 mg ou dulaglutida 1,5 mg, respectivamente. O estudo comparou Extensior® 0,5 mg versus dulaglutida 0,75 mg, e Extensior® 1 mg versus dulaglutida 1,5 mg.

Os distúrbios gastrointestinais foram os eventos adversos mais frequentes e ocorreram em proporções semelhantes entre os pacientes que receberam Extensior® 0,5 mg (129 pacientes [43%]), Extensior® 1 mg (133 [44%]) e dulaglutida 1,5 mg (143 [48%]); menos pacientes apresentaram distúrbios gastrointestinais com dulaglutida 0,75 mg (100 [33%]).

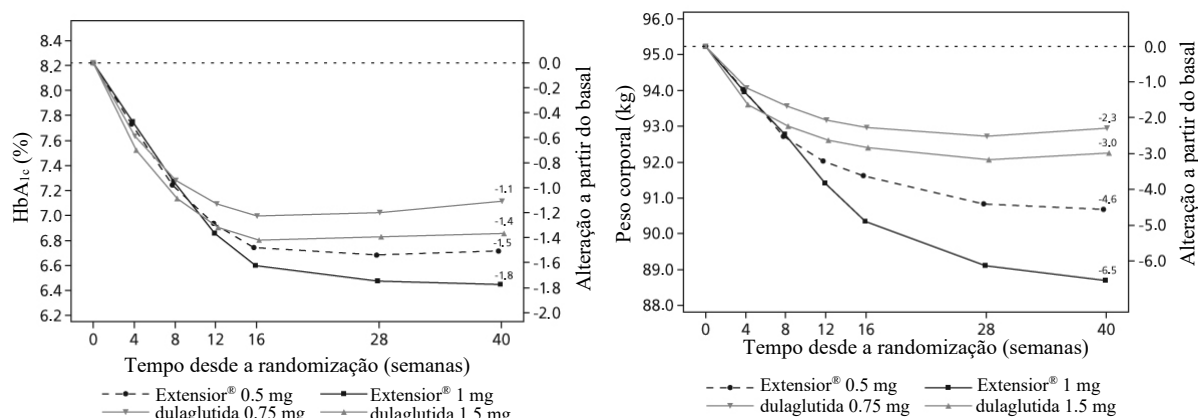
Na semana 40, o aumento da frequência de pulso para o Extensior® (0,5 mg e 1 mg) e dulaglutida (0,75 mg e 1,5 mg) foi de 2,4; 4,0 e 1,6; 2,1, batimentos/min, respectivamente.

Tabela 6 – SUSTAIN 7: Resultados na semana 40

	Extensior® 0,5 mg	Extensior® 1,0 mg	dulaglutida 0,75 mg	dulaglutida 1,5 mg
População intenção de tratar – ITT (N)	301	300	299	299
HbA_{1c} (%)				
Basal (média)	8,3	8,2	8,2	8,2
Alteração a partir do basal na semana 40	-1,5	-1,8	-1,1	-1,4
Diferença de dulaglutida [95% IC]	-0,4 ^b [-0,6; -0,2] ^a	-0,4 ^c [-0,6; -0,3] ^a	-	-
Pacientes (%) atingindo HbA _{1c} <7%	68	79	52	67
GPJ (mmol/L) (mg/dL)				
Basal (média)	9,8 (176,3 mg/dL)	9,8 (177,1 mg/dL)	9,7 (173,9 mg/dL)	9,6 (172,5mg/dL)
Alteração a partir do basal na semana 40	-2,2 (-39,6 mg/dL)	-2,8 (-50,4 mg/dL)	-1,9 (-34,2 mg/dL)	-2,2 (-39,6 mg/dL)
Peso corporal (kg)				
Basal (média)	96,4	95,5	95,6	93,4
Alteração a partir do basal na semana 40	-4,6	-6,5	-2,3	-3,0
Diferença de dulaglutida [95% IC]	-2,3 ^b [-3,0; 1,5] ^a	-3,6 ^c [-4,3; -2,8] ^a	-	-

- ^a: $p < 0,0001$ (bilateral) para superioridade
^b: Extensior® 0,5 mg vs dulaglutida 0,75 mg
^c: Extensior® 1 mg vs dulaglutida 1,5 mg

Figura 2 – Alteração média na HbA_{1c} (%) e no peso corporal (kg) a partir do basal até a semana 40



SUSTAIN 9 – Extensior® versus placebo em adição ao inibidor de SGLT2 ± metformina ou sulfonilureia

Em um estudo duplo-cego, placebo-controlado de 30 semanas, 302 pacientes inadequadamente controlados com inibidor de SGLT2 com ou sem metformina ou sulfonilureia foram randomizados para Extensior® 1,0 mg uma vez por semana ou placebo.

Tabela 7 SUSTAIN 9: Resultados na semana 30

	Extensior® 1,0 mg	Placebo
População Intenção de Tratar – ITT (N)	151	151
HbA_{1c} (%)		
Basal (média)	8,0	8,1
Alteração a partir do basal na semana 30	-1,5	-0,1
Diferença do placebo [95% IC]	-1,4 [-1,6; -1,2] ^a	-
Pacientes (%) atingindo HbA_{1c} <7%	78,7	18,7
GPJ (mmol/L) (mg/dL)		
Basal (média)	9,1 (164,2)	8,9 (161,2)
Alteração a partir do basal na semana 30	-2,2 (-39,4)	0,0 (0,3)
Peso Corporal (kg)		
Basal (média)	89,6	93,8
Alteração a partir do basal na semana 30	-4,7	-0,9
Diferença do placebo [95% IC]	-3,8 [-4,7; -2,9] ^a	-

^a: $p < 0,0001$ (bilateral) para superioridade. Ajustado em relação à multiplicidade com base em testes hierárquicos do valor de HbA_{1c} e peso corporal

Associação com monoterapia de sulfonilureia

No estudo SUSTAIN 6 (vide item “Doença cardiovascular”), 123 pacientes receberam monoterapia de sulfonilureia no basal. A HbA_{1c} basal era 8,2%, 8,4% e 8,4% para Extensior® 0,5 mg, Extensior® 1,0 mg e placebo, respectivamente. Na semana 30, a alteração na HbA_{1c} foi de -1,6%, -1,5% e 0,1% para Extensior® 0,5 mg, Extensior® 1,0 mg e placebo, respectivamente.

Associação com pré-mistura de insulina ± 1–2 ADOs (medicamento antidiabético oral)

No estudo SUSTAIN 6 (vide item “Doença cardiovascular”), 867 pacientes receberam pré-mistura de insulina (com ou sem antidiabéticos orais) no basal. A HbA_{1c} no período basal era 8,8%, 8,9% e 8,9% para Extensior® 0,5 mg, Extensior® 1,0 mg e placebo, respectivamente. Na semana 30, a alteração na HbA_{1c} foi de -1,3%, -1,8% e -0,4% para Extensior® 0,5 mg, Extensior® 1,0 mg e placebo, respectivamente.

Peso Corporal

Após um ano de tratamento, uma perda de peso de $\geq 5\%$ e $\geq 10\%$ foi atingida em mais indivíduos recebendo Extensior® 0,5 mg (46% e 13%) e 1,0 mg (de 52 – 62% e de 21 – 24%) em comparação com os comparadores ativos sitagliptina (18% e 3%) e exenatida de liberação prolongada (até 17% e 4%).

No estudo de 40 semanas versus dulaglutida, uma perda de peso $\geq 5\%$ e $\geq 10\%$ foi alcançada para mais pacientes com Extensior® 0,5 mg (44% e 14%) em comparação com a dulaglutida 0,75 mg (23% e 3%), e Extensior® 1 mg (até 63% e 27%) em comparação com dulaglutida 1,5 mg (30% e 8%).

Observou-se uma redução significativa e sustentada do peso corporal desde o início até a semana 104 com Extensior® 0,5 mg e 1 mg versus placebo 0,5 mg e 1 mg, além do tratamento padrão (-3,6 kg e -4,9 kg vs -0,7 kg e -0,5 kg, respectivamente) em SUSTAIN 6.

No estudo de desfechos renais (FLOW), o tratamento com Extensior® 1,0 mg resultou em uma redução sustentada no peso corporal na semana 104 em comparação com o placebo, além do tratamento padrão (-5,6 kg para Extensior® e -1,4 kg para o placebo).

Doença cardiovascular

Em um estudo duplo-cego de 104 semanas (SUSTAIN 6), 3.297 pacientes com diabetes tipo 2 e alto risco cardiovascular foram randomizados para receber Extensior® 0,5 mg ou 1,0 mg, uma vez por semana, ou o placebo correspondente, em adição ao tratamento padrão. Em seguida, os pacientes foram acompanhados por 2 anos. No total, 98,0% dos pacientes concluíram o estudo e o estado vital foi conhecido ao final do estudo para 99,6% dos pacientes.

A população do estudo foi distribuída por idade da seguinte forma: 1.598 pacientes (48,5%) ≥ 65 anos, 321 (9,7%) ≥ 75 anos e 20 (0,6%) ≥ 85 anos. Havia 2.358 pacientes com função renal normal ou insuficiência renal leve, 832 com insuficiência renal moderada e 107 com insuficiência renal grave ou em estágio terminal. Havia 61% de homens, com idade média de 65 anos e IMC médio de 33 kg/m². A duração média do diabetes era de 13,9 anos.

O desfecho primário foi o tempo desde a randomização até a primeira ocorrência de um evento adverso cardiovascular maior (MACE): morte cardiovascular, infarto do miocárdio não fatal ou acidente vascular cerebral não fatal. O número total de componentes de desfechos primários MACE foi 254, incluindo 108 (6,6%) com Extensior® e 146 (8,9%) para placebo. Veja Figura 4 para resultados dos desfechos primários e secundários dos eventos cardiovasculares.

O tratamento com Extensior® resultou em uma redução de risco de 26% no resultado do componente primário composto por causas cardiovasculares, infarto do miocárdio não fatal ou acidente vascular cerebral não fatal. O número total de mortes por doenças cardiovasculares, infartos do miocárdio não fatais e acidentes vasculares cerebrais não fatais foram 90, 111 e 71, respectivamente, incluindo 44 (2,7%), 47 (2,9%) e 27 (1,6%), respectivamente, com Extensior® (Figura 4). A redução do risco no desfecho primário foi impulsionada principalmente pela diminuição da taxa de acidente vascular cerebral não fatal (39%) e infarto do miocárdio não fatal (26%) (Figura 3).

Figura 3. Gráfico de Kaplan-Meier do tempo até a primeira ocorrência do resultado composto: morte cardiovascular, infarto do miocárdio não fatal ou acidente vascular cerebral não fatal (SUSTAIN 6).

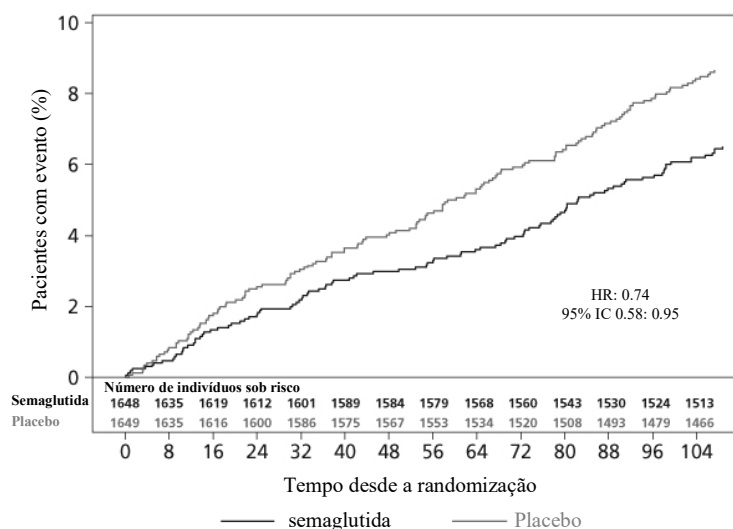
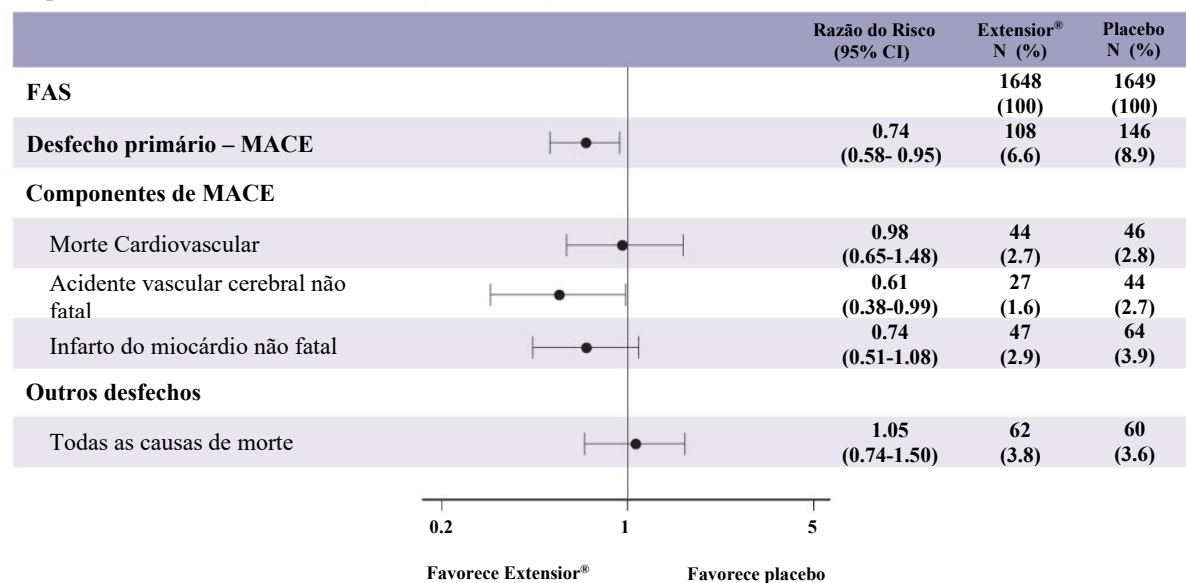


Figura 4. Gráfico Forest: análise do tempo até a primeira ocorrência do desfecho composto, seus componentes e todas as causas de morte (SUSTAIN 6)



Houve 158 eventos de nefropatia novos ou agravados. A razão de risco para o tempo até a nefropatia (início de macroalbuminúria persistente, duplicação de creatinina sérica persistente, necessidade de terapia de reposição renal contínua e óbito por doença renal) foi de 0,64 [0,46; 0,88] dirigido por novo início de macroalbuminúria persistente.

Em um estudo de 52 semanas, duplo-cego (STRIDE), 792 pacientes com diabetes tipo 2 e doença arterial periférica com claudicação intermitente no estágio IIa de Fontaine foram randomizados para receber Extensior® 1 mg uma vez por semana ou placebo, além do tratamento padrão. O desfecho primário foi a mudança na distância máxima percorrida em um teste de esteira com carga constante do início ao final da semana 52. Os desfechos secundários confirmatórios foram a mudança na pontuação do Questionário de Qualidade de Vida Vascular-6 (VascuQoL-6) do início ao final da semana 52 e a mudança na distância percorrida sem dor do início ao final da semana 52. O VascuQoL-6 é um questionário que inclui os domínios dor, impacto social e emocional, e limitações de atividade. A pontuação varia de 6 a 24, com pontuações mais altas indicando melhor estado de saúde. A média de idade da população do estudo foi de 67 anos, e 75,4% dos pacientes eram do sexo masculino. O IMC médio foi de 29,6 kg/m² e a duração média do diabetes foi de 13,3 anos.

No estudo STRIDE, o tratamento com Extensior® 1 mg, uma vez por semana, resultou em uma melhoria estatisticamente significativa nos resultados de capacidade funcional (distância máxima percorrida, distância percorrida sem dor) e nos sintomas relatados pelos pacientes e impactos de claudicação intermitente (pontuação total do VascuQoL-6) na semana 52 em comparação com o placebo. A melhoria relativa de 13% representa uma mudança mediana na distância máxima percorrida de 26 metros na esteira com carga constante [12 – 41] no Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) (Tabela 8).

Tabela 8: Resultados de Capacidade Funcional e Pontuação Total do VascuQoL-6 do estudo STRIDE

Intenção de Tratar ^a	Extensior® N = 396	Placebo N = 396
Distância máxima percorrida (metros)		
Semana 52		
Mediana basal ^b	184,50	185,75
Razão em relação à mediana basal	1,21	1,08
Razão de tratamento (Estimativa de HL) [IC 95%] ^c	1,13 [1,056, 1,211]*	
Pacientes (%) que apresentaram mudanças significativas em relação à sua distância basal ^d	49,1	35,1
Distância percorrida sem dor (metros), semana 52		
Mediana basal ^b	119,00	109,00
Razão em relação à mediana basal	1,21	1,10
Razão de tratamento (Estimativa de HL) [IC 95%] ^c	1,11 [1,033, 1,197]*	
Pontuação total do VascuQoL-6, semana 52		
Mediana basal	15,0	15,0
Mudança em relação à mediana basal	2,0	1,0
Diferença de tratamento (Estimativa de HL) [IC 95%] ^c	1,00 [0,478, 1,518]*	

HL = Estimativa de mudança de localização de Hodges-Lehmann (mediana de todas as diferenças emparelhadas entre Extensior® e o placebo); IC = intervalo de confiança.

^a: A população com Intenção de Tratar inclui todos os pacientes randomizados. Dados ausentes na semana 52 devido a morte ou incapacidade física para realizar avaliações na esteira foram tratados usando uma estratégia composta. Dados ausentes em visitas pós-basal por outros motivos foram imputados usando imputação múltipla dentro de grupos definidos pelo tratamento randomizado e status de conclusão na semana 52.

^b: O basal foi definido como a média das medições de distância percorrida realizadas na visita inicial (semana 0).

^c: Os intervalos de confiança de 95% foram estimados com o método de Hodges-Lehmann.

* p <0,05 (bilateral) para a superioridade de Extensior® em relação ao placebo, obtido a partir do teste de soma de posto de Wilcoxon, ajustado para multiplicidade.

^d: A mudança significativa do paciente em relação à sua distância basal para a distância máxima percorrida na semana 52 é definida como uma melhoria de pelo menos 1,2 (20%) em relação à distância percorrida no período basal. Essas estimativas foram obtidas a partir da análise baseada em âncoras, com base na melhora de 1 categoria na escala PGI-S (Impressão Global do Paciente sobre a Gravidade). O desfecho binário foi analisado usando um modelo de regressão logística com o tratamento randomizado como um fator fixo.

FLOW: Estudo dos desfechos renais de Extensior® em adultos com diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crônica

O estudo FLOW foi um estudo clínico randomizado, duplo-cego, controlado por placebo e orientado por eventos em adultos com diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crônica (TFGe de 25 a 75 mL/min/1,73 m² com razão albumina/creatinina urinária [UACR] >100 mg/g e <5000 mg/g). Todos os pacientes precisavam ter HbA1c ≤10% na triagem e estar recebendo tratamento padrão de cuidados, incluindo uma dose máxima tolerada de um agente bloqueador do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), incluindo um inibidor da enzima conversora da angiotensina (iECA) ou um bloqueador do receptor da angiotensina II (BRA), a menos que esse tratamento fosse contraindicado ou não tolerado. O estudo excluiu pacientes com doenças renais congênitas ou hereditárias, incluindo a doença renal policística, doenças renais autoimunes (como glomerulonefrite), ou malformações congênitas do trato urinário.

Um total de 3.533 pacientes foram randomizados para receber Extensior® 1 mg uma vez por semana ou placebo e foram acompanhados por uma mediana de 41 meses. A idade média da população do estudo era de 67 anos, e 70% dos pacientes eram do sexo masculino. Aproximadamente 66% da população do estudo era branca, 24% asiática e 5% negra ou afro-americana.

No início do estudo, a TFGe média foi de 47 mL/min/1,73m², com 11% dos pacientes apresentando TFGe <30 mL/min/1,73m². A mediana do UACR no período basal foi de 568 mg/g, com 69% dos pacientes apresentando UACR >300 mg/g. No início do estudo, 95% dos pacientes estavam em tratamento com um inibidor da ECA ou BRA, 16% estavam com inibidores do cotransportador sódio-glicose tipo 2 (iSGLT-2), 76% estavam usando estatina e 50% estavam em uso de um agente antiplaquetário.

Extensior® demonstrou ser superior ao placebo na redução da incidência do desfecho primário composto de um declínio sustentado na TFGe de ≥50%, TFGe sustentada <15 mL/min/1,73 m², terapia renal substitutiva crônica, morte renal e morte cardiovascular (HR 0,76 [IC 95% 0,66, 0,88], p=0,0003), conforme mostrado na Tabela 8 e na Figura 5. O efeito do tratamento refletiu em uma redução no declínio sustentado da TFGe de ≥50%, progressão para falência renal e morte cardiovascular. Durante o estudo, houve poucas mortes renais.

Extensior® também reduziu a taxa anual de mudança na TFGe (Figura 7), a incidência de um desfecho cardiovascular composto, que consiste em infarto do miocárdio (IM) não fatal, acidente vascular cerebral não fatal e morte cardiovascular, além da incidência de morte por todas as causas (Tabela 9 e Figura 6).

O efeito do tratamento sobre o desfecho primário composto foi geralmente consistente entre os subgrupos pré-especificados analisados, incluindo idade, sexo biológico, TFGe e UACR. O benefício do tratamento sobre o desfecho primário composto não foi evidente em pacientes que estavam usando inibidores de SGLT2 no início do estudo, mas houve poucos eventos nesses pacientes.

Tabela 9. Análises dos desfechos primários e secundários e seus componentes individuais no estudo FLOW

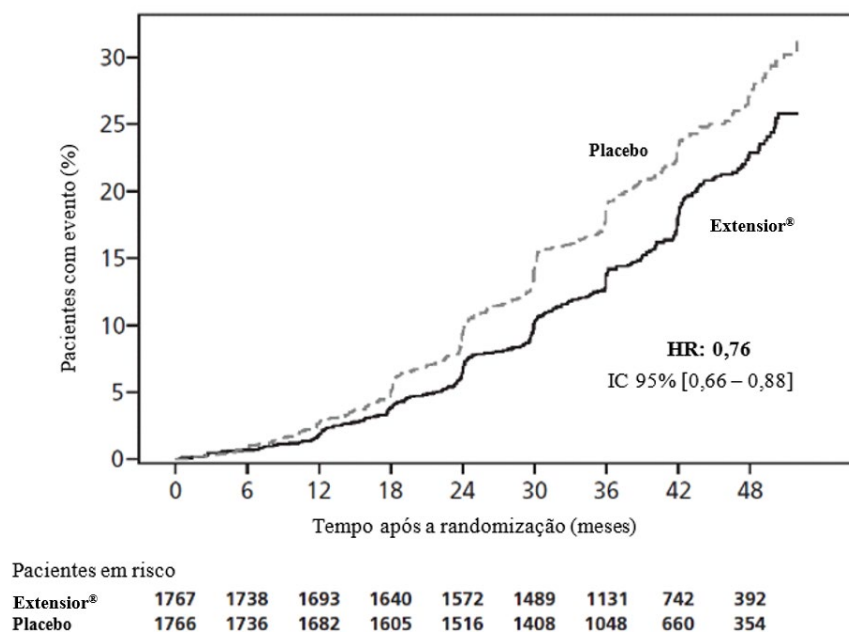
	Placebo N = 1766 (%)	Extensior® 1 mg N=1767 (%)	Razão de Risco vs Placebo (IC 95%) ¹	valor-p ²
	Número de pacientes (%)			
Desfecho Composto (declínio sustentado na TFGe ≥ 50%, TFGe sustentada < 15 mL/min/1,73 m ² , terapia renal substitutiva crônica ou morte renal ou morte cardiovascular (tempo até a primeira ocorrência)) ³	410 (23,2)	331 (18,7)	0,76 (0,66; 0,88)	0,0003
Declínio sustentado na TFGe ≥ 50% ³	213 (12,1)	165 (9,3)	0,73 (0,59; 0,89)	
TFGe sustentada < 15 mL/min/1,73 m ^{2,3}	110 (6,2)	92 (5,2)	0,80 (0,61; 1,06)	
Terapia renal substitutiva crônica	100 (5,7)	87 (4,9)	0,84 (0,63; 1,12)	
Morte renal	5 (0,3)	5 (0,3)	0,97 (0,27; 3,49)	
Morte cardiovascular	169 (9,6)	123 (7,0)	0,71 (0,56; 0,89)	
Desfecho Composto de morte cardiovascular, infarto do miocárdio não fatal e acidente vascular cerebral não fatal (tempo até a primeira ocorrência)	254 (14,4)	212 (12,0)	0,82 (0,68; 0,98)	0,0289
Morte por todas as causas	279 (15,8)	227 (12,8)	0,80 (0,67; 0,95)	0,0104

¹Modelo de riscos proporcionais de Cox com o tratamento como fator e estratificado pelo uso de inibidor de SGLT2 no início do estudo (sim ou não).

²Valor-p bicaudal para o teste de ausência de diferença. O nível de significância foi de 0,03224.

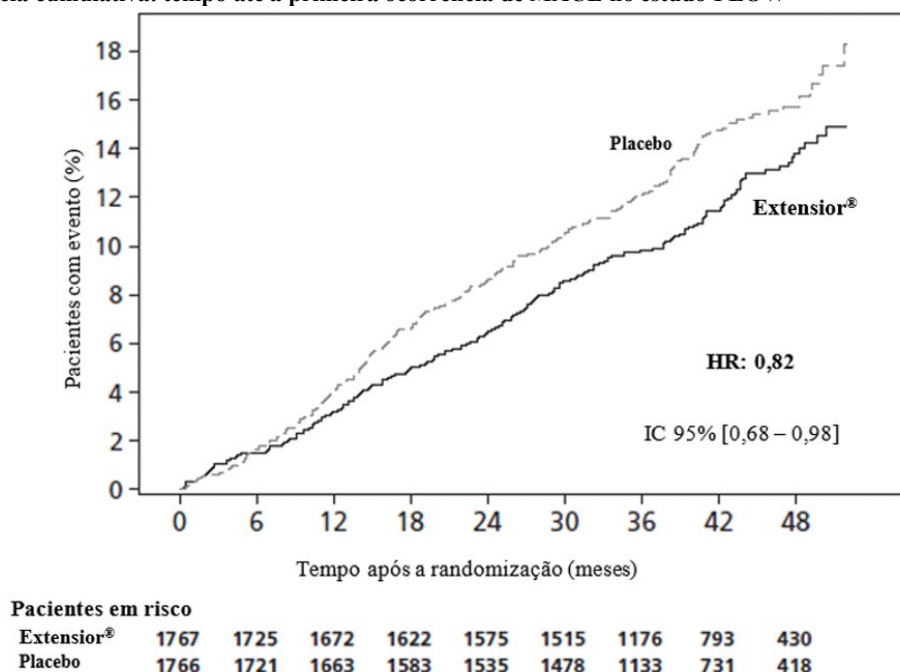
³Sustentado foi definido como ter 2 medições consecutivas com intervalo ≥ 28 dias que atendessem aos critérios.

Figura 5. Incidência cumulativa: tempo até a primeira ocorrência do desfecho primário composto - declínio sustentado na TFGe ≥50%, TGFGe sustentada <15 mL/min/1,73 m², terapia de substituição renal crônica, morte renal ou morte cardiovascular



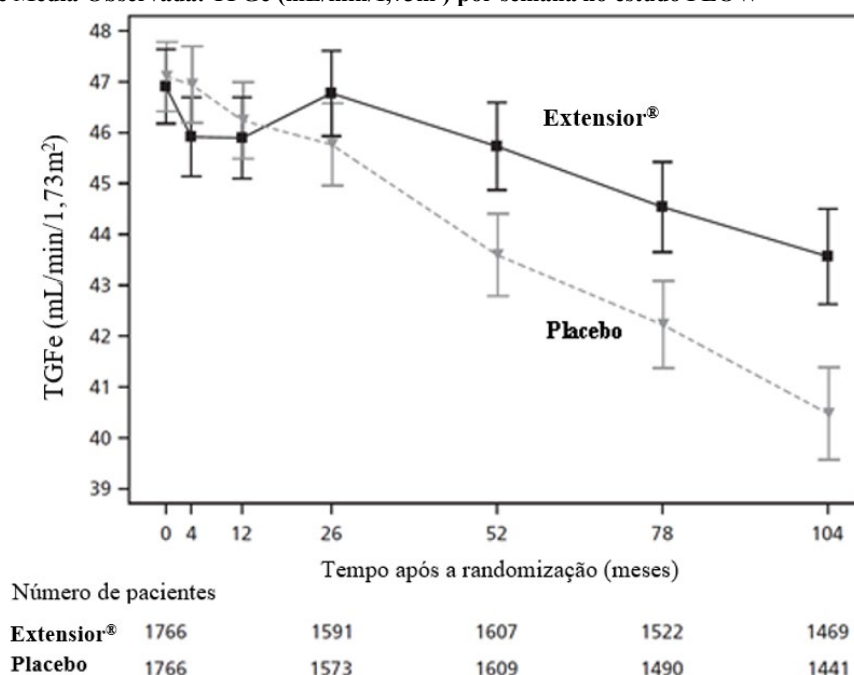
As estimativas de incidência cumulativa são baseadas no tempo desde a randomização até o primeiro evento renal composto, com morte não cardiovascular e não renal modelada como risco concorrente. O eixo x é truncado em 52 meses, onde aproximadamente 5% da população estava no estudo. Sustentado foi definido como ter 2 medições consecutivas com intervalo ≥ 28 dias que atendessem aos critérios.

Figura 6. Incidência cumulativa: tempo até a primeira ocorrência de MACE no estudo FLOW



As estimativas de incidência cumulativa são baseadas no tempo desde a randomização até a primeira ocorrência de MACE (Eventos Cardiovasculares Adversos Maiores, na sigla em inglês) confirmada por EAC (comitê de adjudicação de evento), com a morte não cardiovascular modelada como risco concorrente. O eixo x é truncado em 52 meses, onde aproximadamente 5% da população estava no estudo.

Figura 7. Gráfico de Média Observada: TFGe (mL/min/1,73m²) por semana no estudo FLOW



Dados observados do período do estudo até a semana 104. As barras de erro são de $\pm 1,96 \times$ erro padrão da média de TFGe, o qual foi calculado utilizando a fórmula CKD-EPI 2009.

CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration, TFGe: taxa de filtração glomerular estimada.

Pressão arterial

Reduções significativas na pressão arterial sistólica média foram observadas quando Extensior® 0,5 mg (3,5–5,1 mmHg) e Extensior® 1 mg (5,4–7,3 mmHg) foram utilizados em associação com medicamentos antidiabéticos orais ou insulina basal. Para pressão arterial diastólica, não houve diferenças significativas entre Extensior® e comparadores.

Referências

1. Sorli C et al. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide monotherapy versus placebo in patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 1): a double-blind, randomised, placebo-controlled, parallel-group, multinational, multicentre phase 3a trial. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2017;5(4):251-60.
2. Ahrén B, Masmiquel L, Kumar H, Sargin M, Karsbøl JD, Jacobsen SH, et al. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide versus once-daily sitagliptin as an add-on to metformin, thiazolidinediones, or both, in patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 2): a 56-week, double-blind, phase 3a, randomised trial. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2017;5(5):341-54.
3. Ahmann AJ et al. Efficacy and Safety of Once-Weekly Semaglutide Versus Exenatide ER in Subjects With Type 2 Diabetes (SUSTAIN 3): A 56-Week, Open-Label, Randomized Clinical Trial. *Diabetes Care* 2017;DOI: 10.2337/dc17-0417.
4. Aroda V et al. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide versus once-daily insulin glargine as add-on to metformin (with or without sulfonylureas) in insulin-naïve patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 4): a randomised, open-label, parallel-group, multicentre, multinational, phase 3a trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:355–366.
5. Rodbard H et al. Semaglutide Added to Basal Insulin in Type 2 Diabetes (SUSTAIN 5): A Randomized, Controlled Trial. *J Clin Endocrinol Metab*, June 2018, 103(6):2291–2301.
6. Marso SP et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2016;375: 1834–1844.
7. Seino Y et al. Safety and efficacy of semaglutide once weekly vs sitagliptin once daily, both as monotherapy in Japanese people with type 2 diabetes. *Diabetes Obes Metab* 2018;20:378–388.
8. Kaku K et al. Safety and efficacy of once-weekly semaglutide vs additional oral antidiabetic drugs in Japanese people with inadequately controlled type 2 diabetes: A randomized trial. *Diabetes Obes Metab*. 2018;20:1202–1212.
9. Pratley R.E. et al. Semaglutide versus dulaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 7): a randomised, open-label, phase 3b trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2018 Apr;6(4):275-286.

10. Zinman B. et al. Semaglutide once weekly as add-on to SGLT-2 inhibitor therapy in type 2 diabetes (SUSTAIN 9): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019 May;7(5):356-367. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30066-X. Epub 2019 Mar 1. Erratum in: *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019 May;7(5):e5. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30109-3. Epub 2019 Mar 11. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019 Aug;7(8):E20. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30220-7. Epub 2019 Jul 1. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019 Nov;7(11):E22. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30323-7.
11. Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, et al. Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* DOI: 10.1056/NEJMoa2403347.

3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

Dados Farmacodinâmicos

Todas as avaliações farmacodinâmicas foram realizadas após 12 semanas de tratamento (incluindo o escalonamento de dose) no estado de equilíbrio com 1,0 mg de semaglutida uma vez por semana.

Glicose de jejum e pós-prandial

A semaglutida reduz as concentrações de glicose de jejum e pós-prandial. Em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, o tratamento com semaglutida 1,0 mg resultou em reduções na glicose em termos de alteração absoluta desde o basal (mg/dL) e redução relativa em comparação ao placebo (%) para glicose de jejum (28,8 mg/dL; 22% de redução), glicose pós-prandial de 2 horas (73,8 mg/dL; 37% de redução), concentração de glicose média 24 horas (30,6 mg/dL; 22% de redução) e excursões de glicose pós-prandial em 3 refeições (10,8-19,8 mg/dL) comparado ao placebo.

Semaglutida reduziu a glicose de jejum após a primeira dose.

Função de células beta e secreção de insulina

A semaglutida melhora a função das células beta. A semaglutida, em comparação ao placebo, melhorou a resposta à insulina de primeira e segunda fases, com um aumento de 3 e 2 vezes, respectivamente, e aumentou a capacidade de secreção máxima das células beta em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Além disso, o tratamento com semaglutida aumentou as concentrações de insulina de jejum em comparação ao placebo.

Secreção de glucagon

A semaglutida reduz as concentrações de glucagon de jejum e pós-prandial. Em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, a semaglutida resultou nas seguintes reduções relativas de glucagon em comparação ao placebo: glucagon de jejum (8-21%), resposta do glucagon pós-prandial (14-15%) e concentração média de glucagon de 24 horas (12%).

Insulina dependente de glicose e secreção de glucagon

A semaglutida reduziu as altas concentrações da glicemia por meio do estímulo de secreção de insulina e da diminuição da secreção de glucagon em um modo dependente da glicose. Com semaglutida, a taxa de secreção de insulina em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 foi comparável a de indivíduos saudáveis.

Durante a hipoglicemia induzida, a semaglutida, em comparação ao placebo, não alterou as respostas contrarregulatórias de aumento de glucagon e não comprometeu a redução de peptídeos C em pacientes com diabetes mellitus tipo 2.

Esvaziamento gástrico

A semaglutida causou um pequeno retardo do esvaziamento gástrico inicial pós-prandial, reduzindo, assim, a taxa na qual a glicose aparece na circulação após a refeição.

Apetite, ingestão de energia e escolha alimentar

A semaglutida, em comparação ao placebo, reduziu a ingestão energética de 3 refeições *ad libitum* consecutivas em 18-35%. Isso se deu por uma supressão de apetite induzida por semaglutida no estado de jejum, bem como no pós-prandial, melhora do controle alimentar, redução do desejo de comer e redução relativa da preferência por alimentos com alto teor de gordura.

Lipídeos pós-prandial e em jejum

A semaglutida, em comparação ao placebo, reduziu os triglicerídeos em jejum e as concentrações de colesterol VLDL em 12% e 21%, respectivamente. A resposta de triglicerídeos pós-prandial e colesterol VLDL a uma refeição com alto teor de gordura foi reduzida em > 40%.

Eletrofisiologia cardíaca (QTc)

O efeito da semaglutida na repolarização cardíaca foi testado em um estudo de QTc completo. A semaglutida não prolongou os intervalos de QTc em níveis de dose supratrapêuticos (até 1,5 mg no estado de equilíbrio).

Dados farmacocinéticos

Comparada ao GLP-1 endógeno, a semaglutida possui meia-vida prolongada de aproximadamente 1 semana, tomando-a adequada para a administração subcutânea (s.c.) uma vez por semana. O principal mecanismo de protração é a ligação à albumina, que resulta na redução da depuração renal e proteção da degradação metabólica. Além disso, a semaglutida é estabilizada contra a degradação pela enzima DPP-4.

Absorção

A concentração máxima foi obtida em 1 a 3 dias após a dose.

A exposição no estado de equilíbrio foi atingida após 4-5 semanas de administração uma vez por semana. Em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, as concentrações médias no estado de equilíbrio após administração s.c. de 0,5 mg e 1,0 mg de semaglutida foram de aproximadamente 16 nmol/L e 30 nmol/L, respectivamente.

A exposição à semaglutida aumentou de modo proporcional à dose nas concentrações 0,5 mg e 1,0 mg.

Uma exposição similar foi obtida com administração s.c. de semaglutida no abdome, na coxa, ou na parte superior do braço.

A biodisponibilidade absoluta de semaglutida s.c. foi de 89%.

Distribuição

O volume de distribuição médio de semaglutida após administração s.c., em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, foi de aproximadamente 12,5 L. A semaglutida liga-se extensivamente à albumina plasmática (>99%).

Metabolismo/biotransformação

Antes da excreção, a semaglutida é extensivamente metabolizada através de clivagem proteolítica do esqueleto peptídico e beta-oxidação sequencial da cadeia lateral do ácido graxo. O envolvimento da enzima endopeptidase neutra (NEP) é esperado no metabolismo da semaglutida.

Eliminação

Em um estudo com uma dose única s.c. de semaglutida radiomarcada, verificou-se que as vias primárias de excreção de material relacionado a semaglutida foram urinária e fecal; aproximadamente 2/3 de materiais relacionados com a semaglutida foram excretados na urina e aproximadamente 1/3 nas fezes. Aproximadamente 3% da dose foi excretado como semaglutida intacta por meio da urina.

A depuração da semaglutida em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 foi de aproximadamente 0,05 L/h. Com uma meia-vida de eliminação de aproximadamente 1 semana, a semaglutida estará presente na circulação por cerca de 5 semanas após a última dose.

Populações especiais

- **Idosos**

A idade não teve efeito na farmacocinética da semaglutida com base nos dados dos estudos de fase 3a, incluindo pacientes de 20-86 anos de idade.

- **Sexo, raça e etnia**

Sexo, raça (branca, negra ou afro-americana e asiáticos) e etnia (hispânica ou latina/não hispânica ou não latina) não tiveram efeito na farmacocinética da semaglutida.

- **Peso corporal**

O peso corporal teve efeito na exposição da semaglutida. O peso corporal maior resulta em menor exposição; uma diferença de 20% no peso corporal entre os indivíduos resulta em um valor aproximado de 16% de diferença na exposição. As doses de 0,5 mg e 1,0 mg de semaglutida proporcionam exposição sistêmica adequada na faixa de peso corporal de 40-198 kg.

- **Comprometimento renal**

O comprometimento renal não impactou a farmacocinética de semaglutida de modo clinicamente relevante. Isso foi demonstrado com uma dose única de 0,5 mg de semaglutida para pacientes com diferentes graus de comprometimento renal (leve, moderado, grave ou em pacientes em diálise) em comparação com indivíduos com função renal normal. Isso também foi demonstrado em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 e com comprometimento renal com base nos dados dos estudos de fase 3a, embora a experiência em pacientes com doença renal em estágio terminal fosse limitada.

- **Comprometimento hepático**

O comprometimento hepático não impactou a exposição da semaglutida. A farmacocinética da semaglutida foi avaliada em pacientes com diferentes graus de comprometimento hepático (leve, moderado, grave) em comparação com indivíduos com função hepática normal em um estudo com dose única de 0,5 mg da semaglutida.

- **Pacientes Pediátricos**

A semaglutida não foi estudada em pacientes pediátricos.

Mecanismo de ação

A semaglutida é um análogo de GLP-1 com 94% de homologia sequencial ao GLP-1 humano. A semaglutida age como um agonista do receptor de GLP-1 que se liga seletivamente e ativa o receptor de GLP-1, o alvo do GLP-1 endógeno.

O GLP-1 é um hormônio fisiológico que possui múltiplas ações na glicemia, na regulação do apetite, no sistema cardiovascular e nos rins. A ação na glicemia e os efeitos no apetite são mediados especificamente pelos receptores de GLP-1 no pâncreas e no cérebro. A semaglutida reduz a glicemia de uma forma dependente da glicose, estimulando a secreção de insulina e diminuindo a secreção de glucagon quando a glicemia é alta. O mecanismo de redução da glicemia também envolve um pequeno atraso no esvaziamento gástrico na fase pós-prandial precoce. Durante a hipoglicemia, a semaglutida diminui a secreção de insulina e não prejudica a secreção de glucagon.

A semaglutida reduz o peso corporal e a massa corporal adiposa por meio da baixa ingestão energética, envolvendo uma redução do apetite de maneira geral. Além disso, a semaglutida reduz a preferência por alimentos com alto teor de gordura.

Os receptores de GLP-1 também são expressos no coração, na vasculatura no sistema imune e nos rins.

O mecanismo de ação da semaglutida é provavelmente multifatorial. Efeitos indiretos são indicados pelo efeito benéfico da semaglutida sobre os lipídios plasmáticos, diminuição da pressão arterial sistólica e redução da inflamação nos estudos clínicos, mas efeitos diretos provavelmente também estão envolvidos.

Em estudos em animais, a semaglutida atenua o desenvolvimento de aterosclerose, pela prevenção da progressão da placa aórtica e reduzindo a inflamação na placa.

Dados clínicos mostraram que a semaglutida reduziu a albuminúria em pacientes com doença renal.

Informações de segurança pré-clínica

Dados pré-clínicos não revelaram riscos especiais para seres humanos com base nos estudos convencionais de segurança farmacológica, toxicidade de dose repetida ou genotoxicidade.

Tumores não letais de células C da tireoide observados em roedores são um efeito da classe dos agonistas do receptor de GLP-1. Nos estudos de carcinogenicidade de 2 anos em ratos e camundongos, a semaglutida causou tumores de células C da tireoide em exposições clinicamente relevantes. Nenhum outro tumor relacionado ao tratamento foi observado. Os tumores de células C de roedores são causados por um mecanismo mediado pelo receptor de GLP-1 específico e não genotóxico, o qual os roedores são particularmente sensíveis. A relevância para seres humanos é considerada baixa, mas não pode ser completamente excluída.

Nos estudos de fertilidade em ratos, a semaglutida não afetou o desempenho de acasalamento ou a fertilidade dos machos. Em ratas, foram observados aumento na duração do ciclo estral e uma pequena redução no corpo lúteo (ovulações) nas doses associadas à perda de peso corporal materno.

Nos estudos de desenvolvimento embrionário em ratos, a semaglutida causou embriotoxicidade abaixo das exposições clinicamente relevantes. A semaglutida causou reduções acentuadas no peso corporal materno, e reduções na sobrevivência e crescimento embrionário. Nos fetos, foram observadas malformações viscerais e esqueléticas importantes, incluindo efeitos nos ossos longos, nas costelas, nas vértebras, na cauda, nos vasos sanguíneos e nos ventrículos cerebrais. A embriotoxicidade demonstrou envolver o mecanismo mediado pelo receptor do GLP-1, levando a um suprimento nutricional comprometido para o crescimento embrionário.

Devido a diferenças de espécies na anatomia e função do saco vitelino, e devido à falta de expressão do receptor GLP-1 no saco vitelino de primatas não humanos, considera-se que este mecanismo é pouco relevante para os seres humanos. Entretanto, um efeito direto da semaglutida no feto não pode ser excluído.

Nos estudos de toxicidade de desenvolvimento em coelhos e macacos *cynomolgus*, foram observados um aumento na perda de gravidez e um leve aumento na incidência de anormalidades fetais em exposições clinicamente relevantes. Os achados coincidiram com a perda de peso corporal materno acentuada de até 16%. Não se sabe se esses efeitos estão relacionados à redução do consumo alimentar materno como efeito direto do GLP-1.

O crescimento e desenvolvimento pós-natal foram avaliados em macacos *cynomolgus*. Os filhotes eram ligeiramente menores no nascimento, mas se recuperaram durante o período de lactação.

Em ratos jovens, a semaglutida causou o retardo da maturação sexual em machos e fêmeas. Esses atrasos não impactaram a fertilidade e a capacidade reprodutiva de nenhum gênero ou a capacidade de as fêmeas manterem a gravidez.

4. CONTRAINDICAÇÕES

Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes listados em “Composição”.

5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

Extensior® não deve ser utilizado em pacientes com diabetes mellitus tipo 1 ou para o tratamento de cetoacidose diabética.

Extensior® não é um substituto de insulina. Cetoacidose diabética foi relatada em pacientes insulínodépendentes que tiveram descontinuação rápida ou redução da dose de insulina quando o tratamento com um agonista do receptor de GLP-1 foi iniciado (vide item “8. Posologia e Modo de usar”).

Tumores não-letais de células C da tireoide observados em roedores são um efeito de classe para os agonistas do receptor de GLP-1. Em estudos de carcinogenicidade de 2 anos em ratos e camundongos, a semaglutida causou tumores da célula C da tireoide em exposições clinicamente relevantes. Nenhum outro tumor relacionado ao tratamento foi observado. Os tumores de células C de roedores são causados por um mecanismo não genotóxico, específico do receptor de GLP-1, para o qual os roedores são particularmente sensíveis. A relevância para os seres humanos é considerada baixa, mas não pode ser completamente excluída. Portanto, Extensior® deve ser usado com cautela em pacientes com histórico pessoal ou familiar de carcinoma medular de tireoide (CMT) ou em pacientes com Síndrome da Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 2 (NEM 2).

Aspiração associada à anestesia geral ou sedação profunda

Casos de aspiração pulmonar foram relatados em pacientes que fazem uso de agonistas do receptor GLP-1 durante anestesia geral ou sedação profunda. Portanto, o aumento do risco de conteúdo gástrico residual devido ao atraso no esvaziamento gástrico (vide item “9. Reações Adversas”) deve ser considerado antes de realizar procedimentos com anestesia geral ou sedação profunda.

Efeitos gastrointestinais e desidratação

O uso de agonistas do receptor de GLP-1 pode estar associado a reações adversas gastrointestinais. Isso deve ser considerado ao tratar pacientes com comprometimento da função renal, visto que náusea, vômito e diarreia podem causar desidratação, que, em casos raros, pode levar à deterioração da função renal (vide item “9. Reações Adversas”).

Os pacientes tratados com Extensior® devem ser aconselhados sobre o risco potencial de desidratação em relação aos efeitos colaterais gastrointestinais e tomar precauções para evitar a depleção de fluidos.

Pancreatite aguda

A pancreatite aguda foi observada com o uso de agonistas do receptor de GLP-1. Os pacientes devem ser informados sobre os sintomas característicos da pancreatite aguda. Se houver suspeita de pancreatite, Extensior® deverá ser descontinuado; se confirmado, Extensior® não deve ser reiniciado. Deve-se ter cautela com pacientes com histórico de pancreatite.

Hipoglicemia

Pacientes tratados com Extensior® em associação com uma sulfonilureia ou insulina podem ter aumento no risco de hipoglicemia. O risco de hipoglicemia pode ser reduzido pela diminuição da dose de sulfonilureia ou de insulina ao iniciar o tratamento com Extensior® (vide item “9. Reações Adversas”).

Retinopatia diabética

Em pacientes com retinopatia diabética tratados com insulina e semaglutida, um risco aumentado de desenvolvimento de complicações da retinopatia diabética foi observado (vide item “9. Reações Adversas”). O cuidado deve ser exercido quando se utiliza a semaglutida em pacientes com retinopatia diabética tratados com insulina. Estes pacientes devem ser monitorados de perto e tratados de acordo com as diretrizes clínicas. Uma melhora rápida no controle glicêmico tem sido associada a um agravamento temporário da retinopatia diabética, mas outros mecanismos não podem ser excluídos.

Insuficiência cardíaca

Não há experiência terapêutica em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva New York Heart Association (NYHA) classe IV e a semaglutida não é, portanto, recomendada para estes pacientes.

Neuropatia óptica isquêmica anterior não arterítica (NOIA não arterítica)

Dados de estudos epidemiológicos indicam um risco aumentado de neuropatia óptica isquêmica anterior não arterítica (NOIA não arterítica) durante o tratamento com semaglutida. Não há um intervalo de tempo identificado para quando NOIA não arterítica pode se desenvolver após o início do tratamento. Uma perda súbita de visão deve levar à realização de exame oftalmológico e o tratamento com semaglutida deve ser descontinuado se NOIA não arterítica for confirmada (vide item “9. Reações Adversas”).

Pacientes com gastroparesia

Pacientes tratados com Extensior® que tem gastroparesia podem apresentar eventos adversos gastrointestinais mais graves ou severos. Extensior® deve ser usado com cautela nesses pacientes, e o uso de Extensior® não é recomendado se a gastroparesia for grave (vide item “9. Reações Adversas”).

Conteúdo de sódio

Este medicamento contém menos de 1 mmol de sódio (23 mg) por dose, portanto, é essencialmente “livre de sódio”.

Fertilidade, gravidez e lactação**Fertilidade**

O efeito de semaglutida na fertilidade de seres humanos é desconhecido. A semaglutida não afetou a fertilidade masculina de ratos. Em ratas, foram observados aumento na duração estral e uma pequena redução no número de ovulações em doses associadas à perda de peso corporal materno (vide item “3. Características Farmacológicas, Informações de segurança pré-clínica”).

Mulheres em idade fértil

Recomenda-se que as mulheres em idade fértil usem contraceptivos quando tratadas com semaglutida.

Gravidez

Estudos em animais demonstraram toxicidade reprodutiva (vide item “3. Características Farmacológicas, Informações de segurança pré-clínica”). Há dados limitados sobre o uso de semaglutida em mulheres grávidas. Portanto, semaglutida não deve ser utilizada durante a gravidez. Se uma paciente desejar engravidar ou se ocorrer a gravidez, semaglutida deverá ser descontinuada. A semaglutida deve ser descontinuada pelo menos 2 meses antes da gravidez planejada em razão da meia-vida longa de semaglutida (vide item “3. Características Farmacológicas, Dados Farmacodinâmicos”).

Lactantes/Amamentação

Em ratas lactantes, semaglutida foi excretada no leite. Não se pode excluir um risco para crianças lactentes. A semaglutida não pode ser utilizada durante a amamentação.

Categoria de risco na gravidez: C

Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.

Uso criterioso no aleitamento ou na doação de leite humano: o uso deste medicamento no período da lactação depende da avaliação e acompanhamento do seu médico ou cirurgião-dentista.

Efeitos sobre a capacidade de dirigir ou operar máquinas

Extensior® possui pouca ou nenhuma influência na capacidade de dirigir ou operar máquinas. Quando é utilizado em associação com uma sulfonilureia ou insulina, os pacientes devem ser aconselhados a se precaver para evitar hipoglicemia ao dirigir e operar máquinas.

6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

A semaglutida retarda o esvaziamento gástrico e tem o potencial de influenciar a taxa de absorção se administrada concomitante com medicamentos orais. A semaglutida deve ser usada com precaução em pacientes tratados com medicamentos orais que requerem uma rápida absorção gastrointestinal.

Paracetamol

A semaglutida atrasa a taxa de esvaziamento gástrico, conforme avaliado pela farmacocinética do paracetamol durante teste de refeição padronizado. $AUC_{0-60min}$ e C_{max} do paracetamol diminuíram cerca de 27% e 23%, respectivamente, após o uso concomitante de semaglutida 1 mg. A exposição total ao paracetamol (AUC_{0-5h}) não foi afetada. Não é necessário ajuste posológico do paracetamol quando administrado com semaglutida.

Contraceptivos orais

Não é esperado que a semaglutida reduza a efetividade dos contraceptivos orais, visto que a semaglutida não alterou a exposição global de etinilestradiol e levonorgestrel em um grau clinicamente relevante quando uma associação de contraceptivos orais (0,03 mg de etinilestradiol/0,15 mg de levonorgestrel) foi coadministrada com semaglutida. A exposição do etinilestradiol não foi afetada; um aumento de 20% foi observado na exposição de levonorgestrel no estado de equilíbrio. A C_{max} não foi afetada em qualquer um dos compostos.

Atorvastatina

Semaglutida não alterou a exposição global de atorvastatina após a administração de dose única de atorvastatina (40 mg). A C_{max} de atorvastatina reduziu em 38%. Isso foi avaliado como não clinicamente relevante.

Digoxina

Semaglutida não alterou a exposição global ou a C_{max} de digoxina após uma dose única de digoxina (0,5 mg).

Metformina

Semaglutida não alterou a exposição global ou a C_{max} de metformina após administração de 500 mg 2 vezes ao dia por 3,5 dias.

Varfarina e outros derivados cumarínicos

Semaglutida não alterou a exposição global ou a C_{max} de varfarina R e S após uma dose única de varfarina (25 mg) e os efeitos farmacodinâmicos da varfarina, conforme medidos pela razão normalizada internacional (RNI), não foram afetados de modo clinicamente relevante. No entanto, foram relatados casos de diminuição da RNI durante o uso concomitante de acenocumarol e semaglutida. Após o início do tratamento com semaglutida em pacientes tratados com varfarina ou outros derivados cumarínicos, o monitoramento frequente da RNI é recomendado.

7. CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO

Prazo de validade: 36 meses.

Prazo de validade para o sistema de aplicação em uso: 6 semanas.

Antes de abrir (antes de iniciar o uso):

- Armazenar em geladeira (de 2 °C a 8 °C).
- Manter o medicamento distante do compartimento do congelador;
- Não congelar e não utilizar se tiver sido congelado;
- Quando o sistema de aplicação não estiver em uso, mantenha-o tampado para protegê-lo da luz.

Durante o uso:

- Armazenar abaixo de 30 °C ou em geladeira (de 2 °C a 8 °C);
- Manter o medicamento distante do compartimento do congelador;
- Não congelar e não utilizar se tiver sido congelado;
- Quando o sistema de aplicação não estiver em uso, mantenha-o tampado para protegê-lo da luz.

Após aberto, válido por 6 semanas. Após este período, Extensior® deve ser descartado mesmo que ainda tenha produto na embalagem.

Não use medicamento com o prazo de validade vencido. Guarde-o em sua embalagem original.

Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem.

Extensior® é uma solução isotônica límpida e incolor (pH = 7,4).

Extensior® deve ser protegido da luz e calor excessivos.

Transporte:

O transporte do medicamento deverá ser realizado através de uma embalagem que proporcione proteção térmica e evite alteração brusca de temperatura, incidência de luz direta e vibração excessiva. No caso de viagens aéreas, não despachar o produto dentro das malas. O compartimento de bagagem dos aviões atinge temperaturas muito baixas, podendo congelar o medicamento.

Antes de usar, observe o aspecto do medicamento.

Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.

8. POSOLOGIA E MODO DE USAR

Método de administração

Extensior® deve ser administrado uma vez por semana, a qualquer momento do dia, acompanhado ou não de refeição.

Extensior® deve ser injetado por via subcutânea no abdome, na coxa ou na parte superior do braço. O local da injeção pode ser alterado sem ajuste de dose. Extensior® não deve ser administrado por via intravenosa ou intramuscular.

O dia da administração semanal pode ser alterado, se necessário, contanto que o intervalo entre as duas doses seja de pelo menos 3 dias (> 72 horas). Após selecionar um novo dia para a aplicação, a administração semanal deve ser continuada.

Posologia

A dose inicial de Extensior® é 0,25 mg, uma vez por semana. Após 4 semanas, a dose deve ser aumentada para 0,5 mg, uma vez por semana. Após pelo menos 4 semanas com uma dose de 0,5 mg, uma vez por semana, a dose pode ser aumentada para 1,0 mg, uma vez por semana, se um controle glicêmico adicional for necessário.

Extensior® 0,25 mg não é uma dose de manutenção. Doses semanais maiores que 1,0 mg não são recomendadas.

Quando Extensior® é adicionado à terapia existente de metformina e/ou tiazolidinediona ou a um inibidor de SGLT2, a dose de metformina e/ou tiazolidinediona ou do inibidor de SGLT2 pode continuar sem alterações.

Quando Extensior® é adicionado à terapia existente de uma sulfonilureia ou insulina, a redução na dose de sulfonilureia ou insulina deve ser considerada para reduzir o risco de hipoglicemia (vide item “5. Advertências e Precauções”). A automonitorização da glicemia não é necessária para ajustar a dose de Extensior®. A automonitorização da glicemia é necessária para ajustar a dose de sulfonilureia e insulina, particularmente quando Extensior® é iniciado e a insulina é reduzida. Recomenda-se uma abordagem gradual para a redução da insulina.

Populações Especiais

- Pacientes idosos: Nenhum ajuste de dose é necessário com base na idade.
- Pacientes com comprometimento hepático: Nenhum ajuste é necessário para pacientes com comprometimento hepático (vide item “3. Características farmacológicas”). A experiência com o uso de semaglutida em pacientes com insuficiência hepática grave é limitada. Deve-se ter cautela ao tratar estes pacientes com semaglutida.
- Pacientes com comprometimento renal: Nenhum ajuste é necessário para pacientes com comprometimento renal leve, moderado ou grave. A experiência com o uso de semaglutida em pacientes com doença renal em estágio terminal é limitada.
- População pediátrica: A segurança e a eficácia de Extensior® em crianças e adolescentes com menos de 18 anos de idade não foram estudadas. Não há dados disponíveis.

Dose esquecida

Se esquecer de tomar uma dose, ela deverá ser administrada logo que possível e no prazo de 5 dias após a dose esquecida. Se mais de 5 dias tiverem passado, a dose esquecida deverá ser pulada e a dose seguinte administrada no dia anteriormente programado. Em todos os casos, os pacientes podem retomar o cronograma de administração regular de uma vez por semana.

Incompatibilidades

Na ausência de estudos de compatibilidade, Extensior® não deve ser misturado com outros medicamentos.

Precauções para descarte

O paciente deve ser advertido a descartar a agulha da injeção após cada aplicação, e armazenar o sistema de aplicação sem a agulha acoplada. Isso previne: agulhas entupidas, contaminação, infecção, vazamento de solução e dosagem imprecisa.

O descarte de agulhas deve ser realizado através de embalagens coletoras resistentes, como latas e plásticos, para eliminar o risco de acidentes e contaminação. Os medicamentos usados, vencidos ou fora de uso, assim como seu sistema de aplicação e as embalagens coletoras contendo agulhas, devem ser descartados em Postos de Coleta localizados em Farmácias, Drogarias, Postos de Saúde ou Hospitais, que possuem coletores apropriados. O cartucho e a bula, que não possuem contato direto com o medicamento, podem ser descartados no lixo reciclável.

Não tente repor o conteúdo do sistema de aplicação ou reutilizá-lo. Uma vez vazio, ele deve ser descartado.

O sistema de aplicação Extensior® é destinado somente ao uso individual.

Extensior® não deve ser utilizado se não estiver límpido e incolor.

Extensior® não deve ser utilizado se tiver sido congelado.

Extensior® pode ser administrado com agulhas de até 8 mm de comprimento. O sistema de aplicação foi desenvolvido para ser utilizado com as agulhas descartáveis NovoFine®. **AS AGULHAS PODEM OU NÃO ESTAR INCLUÍDAS.** Isso depende da apresentação adquirida.

9. REAÇÕES ADVERSAS

Resumo do perfil de segurança

Nos 8 estudos de fase 3a, 4.792 pacientes foram expostos ao Extensior®.

As reações adversas mais frequentemente relatadas nos estudos clínicos foram os distúrbios gastrointestinais, incluindo náusea (muito comum), diarreia (muito comum) e vômito (comum). Em geral, essas reações foram de gravidade leve a moderada e de curta duração.

Reações adversas tabuladas

A Tabela 10 lista as reações adversas identificadas nos estudos de fase 3a em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (para maiores informações, vide item “2. Resultados de Eficácia”). As frequências de reações adversas são baseadas em um agrupamento dos estudos de fase 3a, exceto o estudo de desfechos cardiovasculares (vide Tabela 10 abaixo para detalhes adicionais).

As reações são listadas abaixo pela classe de sistema orgânico e frequência absoluta. As frequências são definidas como: muito comum: ($\geq 1/10$); comum: ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); incomum ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); rara: ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); muito rara: ($< 1/10.000$) e desconhecida: (não pode ser estimada a partir dos dados disponíveis). Dentro de cada agrupamento de frequência, as reações adversas são apresentadas em ordem decrescente de gravidade.

Tabela 10. Reações adversas dos estudos de fase 3a controlados incluindo o estudo de desfecho cardiovascular

Classe de Sistema Orgânico do MedDRA	Muito comum	Comum	Incomum	Rara	Muito rara	Desconhecida
Distúrbios do sistema imunitário			Hipersensibilidade ^c	Reação anafilática		
Distúrbios metabólicos e nutricionais	Hipoglicemia ^a quando utilizado com insulina ou sulfonilureia	Hipoglicemia ^a quando utilizado com outros antidiabéticos orais (ADO) Redução do apetite				
Distúrbios do sistema nervoso		Tontura Cefaleia	Disgeusia			Disestesia ^d
Distúrbios oculares		Complicações de retinopatia diabética ^b			Neuropatia Óptica	

					Isquêmica Anterior não Arterítica (NOIA não arterítica)	
Distúrbios cardíacos			Aumento da frequência cardíaca			
Distúrbios gastrointestinais	Náusea Diarreia	Vômito Dor abdominal Distensão abdominal Constipação Dispepsia Gastrite Doença do refluxo gastroesofágico Eructação Flatulência	Pancreatite aguda Atraso no esvaziamento gástrico			Obstrução intestinal ^d
Distúrbios hepatobiliares		Colelitíase				
Distúrbios dos tecidos cutâneos e subcutâneos						Angioedem ^a
Distúrbios gerais e quadros clínicos no local de administração		Fadiga	Reações no local da injeção			
Investigações		Lipase aumentada Amilase aumentada Perda de peso				

^a) Hipoglicemia definida como grave (necessita de assistência de outra pessoa) ou sintomática em associação com a glicemia < (55,8 mg/dL).

^b) Complicações de retinopatia diabética é um composto de: necessidade de fotocoagulação da retina, tratamento com agentes intravítreos, hemorragia vítrea, início de cegueira relacionada ao diabetes (incomum). Frequência baseada no estudo de desfechos cardiovasculares.

^c) Termo agrupado que abrange também eventos adversos relacionados à hipersensibilidade, como erupção cutânea e urticária.

^d) A partir de relatos pós-comercialização.

Estudo de segurança e desfechos cardiovasculares de 2 anos

Em uma população com alto risco cardiovascular, o perfil de reação adversa foi similar ao observado em outros estudos de fase 3a (descrito no item “2. Resultados de Eficácia”).

Hipoglicemia

Não foram observados episódios de hipoglicemia grave quando Extensior® foi utilizado como monoterapia. Hipoglicemia grave foi principalmente observada quando Extensior® foi utilizado com uma sulfonilureia (1,2% dos pacientes, 0,03 eventos/paciente-ano) ou insulina (1,5% dos pacientes, 0,02 eventos/paciente-ano). Poucos episódios (0,1% dos pacientes, 0,001 eventos/paciente-ano) foram observados com Extensior® em associação com medicamentos antidiabéticos orais, exceto sulfonilureia.

Reações adversas gastrointestinais

Náusea ocorreu em 17% e 19,9% dos pacientes quando tratados com Extensior® 0,5 mg e 1,0 mg, respectivamente, diarreia em 12,2% e 13,3% e vômito em 6,4% e 8,4%. A maioria dos eventos foi de gravidade leve a moderada e de curta duração. Os eventos levaram à descontinuação do tratamento em 3,9% e 5% dos sujeitos. Os eventos foram relatados com maior frequência durante os primeiros meses do tratamento. Pacientes com baixo peso corporal podem ter mais efeitos colaterais gastrointestinais quando tratados com semaglutida.

Pacientes com gastroparesia podem apresentar efeitos gastrointestinais mais graves ou severos ao serem tratados com Extensior®.

Pancreatite aguda

A frequência de pancreatite aguda confirmada por adjudicação relatada nos estudos clínicos de fase 3a foi de 0,3% para Extensior® e de 0,2% para o comparador, respectivamente. No estudo de desfechos cardiovasculares de 2 anos, a frequência de pancreatite aguda confirmada por adjudicação foi de 0,5% para Extensior® e 0,6% para o placebo (vide item “5. Advertências e Precauções”).

Complicações da retinopatia diabética

Em um estudo clínico de 2 anos envolvendo 3.297 pacientes com diabetes mellitus tipo 2 e alto risco cardiovascular, longa duração de diabetes e glicemia mal controlada, eventos adjudicados de complicações da retinopatia diabética ocorreram em mais pacientes tratados com Extensior® (3%) em comparação ao placebo (1,8%). Isto foi observado em pacientes tratados com insulina com conhecida retinopatia diabética. A diferença de tratamento apareceu cedo e persistiu durante todo o estudo. Uma avaliação sistemática da complicação da retinopatia diabética somente foi realizada nos desfechos cardiovasculares do estudo.

Em outros estudos clínicos de até 1 ano envolvendo 4.807 pacientes com diabetes mellitus tipo 2, eventos adversos relacionados à retinopatia diabética foram relatados em proporções similares de indivíduos tratados com Extensior® (1,7%) e comparadores (2,0%).

Neuropatia óptica isquêmica anterior não arterítica (NOIA não arterítica)

Resultados de diversos estudos epidemiológicos de grande porte sugerem que a exposição à semaglutida em adultos com diabetes tipo 2 está associada a um risco relativo de aproximadamente duas vezes maior de NOIA não arterítica, correspondendo a aproximadamente um caso adicional em 10.000 pessoas-ano de tratamento.

Descontinuação em razão de evento adverso

A incidência de descontinuação do tratamento em razão de eventos adversos foi de 6,1% e 8,7% para pacientes tratados com Extensior® 0,5 e 1,0 mg, versus 1,5% para placebo. Os eventos adversos mais frequentes levando à descontinuação foram gastrointestinais.

Reações no local de injeção

Reações no local de injeção (por exemplo erupção no local da injeção, eritema) foram reportadas por 0,6% e 0,5% de pacientes que receberam Extensior® 0,5 mg e 1 mg, respectivamente. Essas reações geralmente foram leves.

Imunogenicidade

Consistente com as propriedades potencialmente imunogênicas dos medicamentos contendo proteínas ou peptídeos, os pacientes podem desenvolver anticorpos após o tratamento com semaglutida. A proporção de indivíduos com resultado positivo para anticorpos anti-semaglutida a qualquer momento após o período basal foi baixa (1–2%) e nenhum indivíduo possuía anticorpos neutralizantes anti-semaglutida ou anticorpos anti-semaglutida com efeito neutralizante de GLP-1 endógeno ao final do estudo.

Aumento da frequência cardíaca

Um aumento na frequência cardíaca foi observado com os agonistas do receptor do GLP-1. Nos estudos clínicos de fase 3a, foram observados aumentos médios de 1 a 6 batimentos por minuto (bpm) a partir do basal de 72 a 76 bpm em pacientes tratados com Extensior®. Em um estudo clínico a longo prazo com pacientes com fatores de risco cardiovasculares, 16% dos pacientes tratados com Extensior® tiveram um aumento na frequência cardíaca de > 10 bpm em comparação a 11% dos pacientes que receberam placebo após 2 anos de tratamento.

Resultado relatado por paciente

A notificação de suspeita de reações adversas do medicamento é importante. Isto permite uma monitorização contínua da relação benefício / risco do medicamento. Profissionais de saúde são alertados a relatarem qualquer suspeita de reação adversa.

Atenção: este produto é um medicamento que possui nova indicação terapêutica no país e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis, mesmo que indicado e utilizado corretamente, podem ocorrer eventos adversos imprevisíveis ou desconhecidos. Nesse caso, notifique os eventos adversos pelo Sistema VigiMed, disponível no Portal da Anvisa.

10. SUPERDOSE

As superdosagens de até 4 mg em dose única, e até 4 mg em uma semana foram relatadas nos estudos clínicos. O evento adverso mais comumente relatado foi náusea. Todos os pacientes se recuperaram sem complicações.

Não há antídoto específico para superdosagem de Extensior®. Em caso de superdosagem, deve-se iniciar um tratamento de suporte adequado de acordo com os sinais e sintomas clínicos do paciente. Um período prolongado de observação e tratamento desses sintomas pode ser necessário, considerando a meia-vida longa de Extensior® de aproximadamente 1 semana (vide item 3. “Características Farmacológicas”).

Em caso de intoxicação ligue para 0800 722 6001, se você precisar de mais orientações.

DIZERES LEGAIS

Registro: 1.1766.0043

Produzido por:

Novo Nordisk A/S
Bagsværd, Dinamarca
ou

Novo Nordisk A/S
Hillerød, Dinamarca
ou

Novo Nordisk Pharmaceutical Industries LP
Clayton, Estados Unidos da América

Importado por:

Novo Nordisk Farmacêutica do Brasil Ltda.
São José dos Pinhais/PR

Registrado por:

Novo Nordisk Farmacêutica do Brasil Ltda.
Rua Fidalga, 360
São Paulo/SP
CNPJ: 82.277.955/0001-55

SAC: 0800 0144488

Comercializado por:

Eurofarma Laboratórios S.A.
São Paulo/SP

VENDA SOB PRESCRIÇÃO COM RETENÇÃO DA RECEITA

Esta bula foi aprovada pela Anvisa em 17/04/2026.



Extensior® e NovoFine® são marcas registradas de propriedade da Novo Nordisk A/S, Dinamarca.

© 2026

Novo Nordisk A/S

Instruções sobre como usar Extensior® 1 mg/dose de solução para injeção em sistema de aplicação preenchido

Leia essas instruções cuidadosamente antes de usar seu sistema de aplicação preenchido Extensior®.

Converse com seu médico, enfermeiro ou farmacêutico sobre como aplicar Extensior® corretamente. Somente use Extensior® conforme prescrito.

Inicie verificando seu sistema de aplicação para **se certificar de que ele contém Extensior® 1 mg/dose**. Em seguida olhe as ilustrações a seguir para conhecer as diferentes partes de seu sistema de aplicação e agulha.

Se você possui deficiência visual total ou parcial e não puder ler o contador de dose de seu sistema de aplicação, não utilize este sistema de aplicação sem ajuda. Peça ajuda de uma pessoa com boa visão e que saiba como utilizar o sistema de aplicação Extensior®.

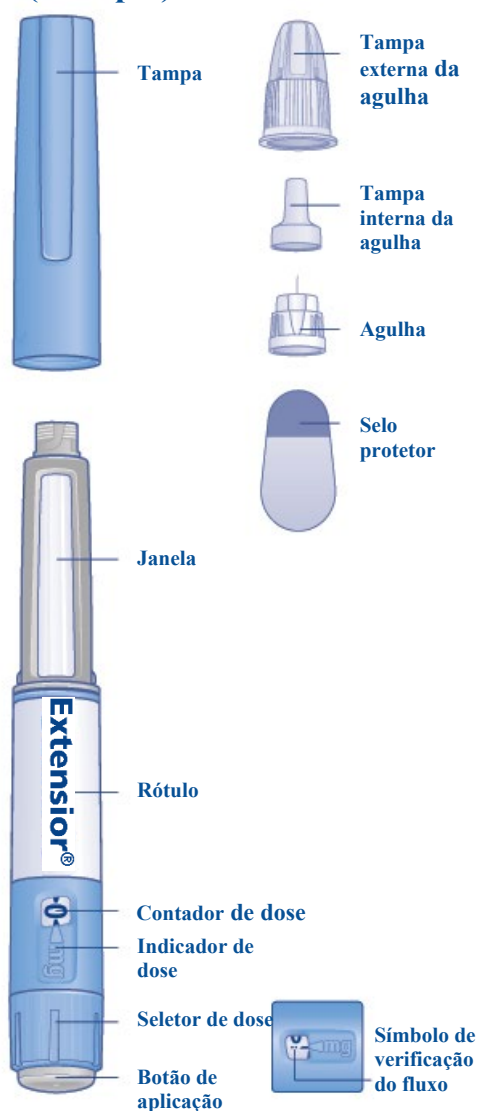
Extensior® é um sistema de aplicação preenchido de controle de dose. Ele contém 4 mg de semaglutida e você pode selecionar doses de 1 mg. Um sistema de aplicação não utilizado contém 4 doses de 1 mg.

Extensior® pode ser administrado com agulhas de até 8 mm de comprimento. Seu sistema de aplicação foi desenvolvido para ser utilizado com agulhas descartáveis NovoFine®.

AS AGULHAS PODEM OU NÃO ESTAR INCLUÍDAS.

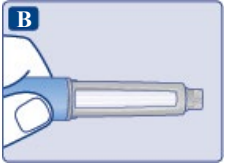
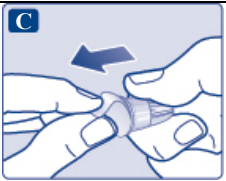
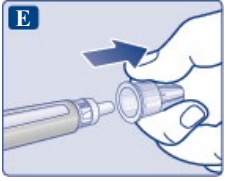
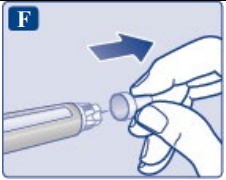
Isso depende da apresentação adquirida.

Extensior® sistema de aplicação e agulhas (exemplo)

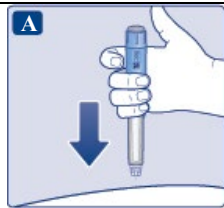
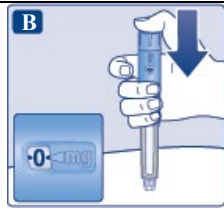
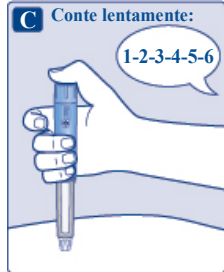


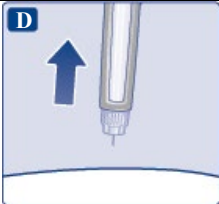
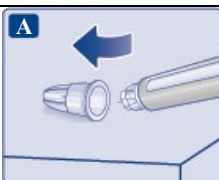
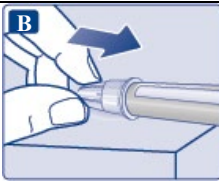
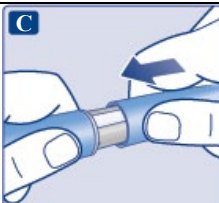
Informações importantes

Atente-se especialmente a estas observações, pois são importantes para o uso seguro do sistema de aplicação.

1. Prepare seu sistema de aplicação com uma agulha nova	
• Verifique o nome e o rótulo colorido de seu sistema de aplicação para se certificar de que ele contém Extensior® 1 mg/dose. Isso é especialmente importante se você tomar mais de um tipo de medicamento injetável. Usar o medicamento errado pode ser prejudicial à sua saúde. • Tire a tampa do sistema de aplicação.	
• Verifique se a solução no sistema de aplicação está límpida e incolor. Olhe pela janela do sistema de aplicação. Se a solução parecer turva ou não for incolor, não use o sistema de aplicação.	
• Pegue uma nova agulha. Verifique se o selo protetor e a tampa externa da agulha possuem danos que possam afetar a esterilidade. Se houver qualquer dano visível, use uma nova agulha. • Retire o selo protetor.	
• Certifique-se de colocar a agulha corretamente. • Rosqueie a agulha no sistema de aplicação. • Gire até que esteja firme.	
A agulha é coberta por duas tampas. Você deve remover ambas as tampas. Se você esquecer de remover ambas as tampas, você não injetará nenhuma solução. • Retire a tampa externa da agulha e guarde-a. Você precisará dela após a injeção para remover a agulha do sistema de aplicação de forma segura.	
• Retire a tampa interna da agulha e descarte-a. Se tentar recolocá-la, você poderá se ferir acidentalmente com a agulha. Uma gota da solução pode aparecer na ponta da agulha. Isso é normal, mas você deve verificar o fluxo se você estiver usando um sistema de aplicação novo pela primeira vez. Veja a etapa 2. “Verifique o fluxo com cada sistema de aplicação novo”. Não rosqueie uma nova agulha no sistema de aplicação até que esteja pronto para a injeção.	
 Sempre use uma nova agulha para cada injeção. Isso pode evitar agulhas entupidas, contaminação, infecção e administração imprecisa.	

 Nunca use uma agulha danificada ou torta.	
2. Verifique o fluxo com cada sistema de aplicação novo	
- Se o seu sistema de aplicação Extensior® já estiver em uso, vá para a etapa 3 “Selecione sua dose”. Somente verifique o fluxo de Extensior® antes da sua primeira injeção com cada sistema de aplicação novo. - Gire o seletor de dose para o símbolo de verificação de fluxo () logo após o “0” (zero). Certifique-se de que o símbolo de verificação de fluxo esteja alinhado com o indicador de dose.	 Símbolo de verificação do fluxo
Segure o sistema de aplicação com a agulha apontando para cima. Pressione e segure o botão de aplicação até que o contador de dose retorne para “0” (zero). O “0” deve se alinhar com o indicador de dose. Uma gota da solução deve aparecer na ponta da agulha.	
Uma pequena gota pode permanecer na ponta da agulha, mas ela não será injetada. Se nenhuma gota aparecer, repita a etapa 2 “Verifique o fluxo com cada sistema de aplicação novo” até 6 vezes. Se a gota ainda não aparecer, troque a agulha e repita a etapa 2 “Verifique o fluxo com cada sistema de aplicação novo” novamente. Descarte o sistema de aplicação e use um novo se uma gota de solução ainda não aparecer.	
 Certifique-se sempre de que uma gota apareça na ponta da agulha antes de usar um novo sistema de aplicação pela primeira vez. Isso garante o fluxo da solução. Se nenhuma gota aparecer, você não injetará o medicamento mesmo que o contador de dose se mova. Isso pode indicar uma agulha entupida ou danificada. Se você não verificar o fluxo antes da sua primeira injeção com cada sistema de aplicação novo, você pode não receber a dose prescrita e o efeito pretendido de Extensior®.	
3. Selecione sua dose	
Gire o seletor de dose para selecionar 1 mg. - Continue girando até o contador de dose parar e mostrar 1 mg.	 1 mg selecionado
Somente o contador de dose e o indicador de dose mostrarão que 1 mg foi selecionado.	

Você só pode selecionar 1 mg por dose. Quando o sistema de aplicação contém menos de 1 mg, o contador de dose para antes de mostrar 1. O seletor de dose clica de modo diferente quando é girado para frente, para trás ou quando passa o número de 1 mg.	
 Sempre utilize o contador de dose e o indicador de dose para ver que 1 mg foi selecionado antes de injetar este medicamento. Somente doses de 1 mg devem ser selecionadas com o seletor de dose. A dose de 1 mg deve se alinhar precisamente com o indicador de dose para garantir que está recebendo a dose correta.	
Quanto de solução resta	
• Para ver quanto de solução resta, use o contador de dose: Gire o seletor de dose até que o contador de dose pare. - Se ele mostrar 1, pelo menos 1 mg resta no sistema de aplicação. - Se o contador de dose parar antes de 1 mg, não há solução suficiente para uma dose completa de 1 mg.	
 Se não houver solução suficiente no sistema de aplicação para uma dose completa, não o utilize. Use um novo sistema de aplicação Extensior®.	
4. Injete sua dose	
• Insira a agulha na sua pele como seu médico ou enfermeiro mostrou. • Certifique-se de que possa ver o contador de dose. Não cubra o contador com seus dedos. Isso pode interromper a injeção.	
• Pressione e segure o botão de aplicação. Observe o contador de dose retornar para o “0” (zero). O “0” deve se alinhar com o indicador de dose. Você pode ouvir ou sentir um clique. • Continue pressionando o botão de aplicação enquanto mantém a agulha na sua pele.	
• Conte lentamente até 6 enquanto mantém o botão de aplicação pressionado. - Se a agulha for removida antes, você poderá ver um fluxo de solução vindo da ponta da agulha. Se isso ocorrer, a dose completa não foi liberada.	

• Retire a agulha da sua pele. Você pode então soltar o botão de aplicação. - Se aparecer sangue no local da injeção, pressione levemente.	
Você pode ver uma gota de solução na ponta da agulha após a aplicação. Isso é normal e não afeta sua dose.	
 Sempre observe o contador de dose para saber quanto mg você injeta. Pressione o botão de aplicação até que o contador de dose retorne para o “0”. Como identificar uma agulha danificada ou entupida – Se “0” não aparece no contador de dose após pressionar continuamente o botão de aplicação, você pode ter utilizado uma agulha entupida ou danificada. – Nesse caso, você pode não ter recebido a medicação – mesmo que o contador de dose tenha movido da dose original que você ajustou. Como manusear uma agulha entupida Troque a agulha, conforme descrito na etapa 5 “Após sua injeção” e repita todas as etapas iniciando na etapa 1 “Prepare seu sistema de aplicação com uma nova agulha”. Certifique-se de que você selecionou a dose total que precisa. Nunca toque no contador de dose ao injetar. Isso pode interromper a injeção.	
5. Após sua injeção	
• Sempre descarte a agulha após cada injeção para garantir injeções seguras e evitar o entupimento da agulha. Se a agulha estiver entupida, você não injetará nenhum medicamento. • Leve a ponta da agulha para a tampa externa da agulha em uma superfície plana sem tocar na agulha ou na tampa externa da agulha.	
• Após cobrir a agulha, empurre cuidadosa e completamente a tampa externa da agulha. • Desrosque a agulha e descarte-a cuidadosamente, conforme descrito no item “8. POSOLOGIA E MODO DE USAR” desta bula, na seção “Precauções para descarte”.	
• Coloque a tampa do sistema de aplicação após cada uso para proteger a solução da luz.	
Quando o sistema de aplicação estiver vazio, descarte-o sem a agulha, conforme descrito no item “8. POSOLOGIA E MODO DE USAR” desta bula, na seção “Precauções para descarte”.	
 Nunca tente recolocar a agulha na tampa interna da agulha. Você pode se machucar com a agulha.  Sempre retire a agulha do sistema de aplicação imediatamente após cada injeção.	

Isso pode evitar agulhas entupidas, contaminação, infecção, vazamento de solução e administração incorreta.



Outras informações importantes

Sempre mantenha o sistema de aplicação e agulhas **fora do alcance de terceiros**, especialmente de crianças.

- **Nunca compartilhe** o sistema de aplicação ou agulhas com outras pessoas.
- Cuidadores devem **ter cautela ao manusear as agulhas usadas** para evitar lesão e infecção cruzada.

Cuidados com o sistema de aplicação

Cuide de seu sistema de aplicação. O manuseio descuidado ou errado pode resultar na administração de dose imprecisa. Se isso acontecer, você pode não obter o efeito pretendido de Extensior®.

- **Não deixe o sistema de aplicação no carro** ou em outro local onde possa ficar muito quente ou muito frio.
- **Não injete Extensior® que foi congelado.** Se injetar, você pode não obter o efeito pretendido de Extensior®.
- **Não injete Extensior® que foi exposto à luz solar direta.** Se injetar, você pode não obter o efeito pretendido de Extensior®.
- **Não exponha o sistema de aplicação à poeira, sujeira ou líquidos.**
- **Não lave, mergulhe ou lubrifique o sistema de aplicação.** Ele pode ser limpo com um pano úmido e detergente neutro.
- **Não derrube o sistema de aplicação** ou o bata contra superfícies duras. Se derrubar ou suspeitar de um problema, encaixe uma agulha nova e verifique o fluxo antes de injetar.
- **Não tente reutilizar o sistema de aplicação.** Depois de vazio, ele deve ser descartado.
- **Não tente reparar o sistema de aplicação** ou desmontá-lo.

ANEXO B
HISTÓRICO DE ALTERAÇÃO DE TEXTO DE BULA

Extensior® 1,34 mg/mL

Dados da submissão eletrônica			Dados da petição/notificação que altera a bula				Dados das alterações de bulas		
Data do expediente	Nº do expediente	Assunto	Data do expediente	Nº do expediente	Assunto	Data da aprovação	Itens de bula	Versões (VP/VPS)	Apresentações relacionadas
10/10/2025	1366250/25-7	10463 - PRODUTO BIOLÓGICO - Inclusão Inicial de Texto de Bula - RDC 60/12	21/06/2024	0846318/24-2	10489 - PRODUTO BIOLÓGICO - Registro de Medicamento - CLONE	14/10/2024	N/A	VP/VPS	0,25 mg e 0,5 mg x 1,5 mL 1,0 mg x 3,0 mL
			06/05/2025	0611263/25-4	1913 - PRODUTO BIOLÓGICO - Aditamento	06/05/2025	Dizeres Legais	VP/VPS	0,25 mg e 0,5 mg x 1,5 mL 1,0 mg x 3,0 mL
			30/07/2025	0987051/25-3	1913 - PRODUTO BIOLÓGICO - Aditamento	30/07/2025	4. O que devo saber antes de usar este medicamento? 8. Quais os males que este medicamento pode me causar? Dizeres legais 5. Advertências e Precauções 9. Reações adversas Dizeres legais	VP/VPS	0,25 mg e 0,5 mg x 1,5 mL 1,0 mg x 3,0 mL
13/11/2025	1495425/25-8	10456 - PRODUTO BIOLÓGICO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no Bulário RDC 60/12	13/11/2025	1495425/25-8	10456 - PRODUTO BIOLÓGICO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no Bulário RDC 60/12	13/11/2025	8. Quais os males que este medicamento pode me causar? 5. Advertências e Precauções 9. Reações adversas	VP/VPS	0,25 mg e 0,5 mg x 1,5 mL 1,0 mg x 3,0 mL
12/12/2025	1593237/25-1	10456 - PRODUTO BIOLÓGICO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no Bulário RDC	12/12/2025	1593237/25-1	10456 - PRODUTO BIOLÓGICO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no	12/12/2025	4. O que devo saber antes de usar este medicamento? 6. Como devo usar este medicamento? Instruções de Uso	VP/VPS	0,25 mg e 0,5 mg x 1,5 mL 1,0 mg x 3,0 mL

		60/12			Bulário RDC 60/12		5. Advertências e Precauções 8. Posologia e Modo de Usar 9. Reações adversas Instruções de Uso		
14/01/2026	0041304/26-8	10456 - PRODUTO BIOLÓGICO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no Bulário RDC 60/12	14/01/2026	0041304/26-8	10456 - PRODUTO BIOLÓGICO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no Bulário RDC 60/12	14/01/2026	8. Quais os males que este medicamento pode me causar? 9. Reações adversas	VP/VPS	0,25 mg e 0,5 mg x 1,5 mL 1,0 mg x 3,0 mL
27/02/2026	0197241/26-3	10456 - PRODUTO BIOLÓGICO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no Bulário RDC 60/12	13/11/2024	1560256/24-7	10502 - PRODUTO BIOLÓGICO - Modificação Pós- Registro - CLONE	16/03/2026	1. Para que este medicamento é indicado? 6. Como devo usar este medicamento? 8. Quais os males que este medicamento pode me causar? Instruções de Uso 1. Indicações 2. Resultados de eficácia 3. Características Farmacológicas 8. Posologia e Modo de Usar 9. Reações Adversas Instruções de Uso	VP/VPS	0,25 mg e 0,5 mg x 1,5 mL 1,0 mg x 3,0 mL
17/04/2026	-	10456 - PRODUTO BIOLÓGICO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no Bulário RDC 60/12	17/04/2026	-	10456 - PRODUTO BIOLÓGICO - Notificação de Alteração de Texto de Bula – publicação no Bulário RDC 60/12	17/04/2026	Dizeres Legais 2. Resultados de Eficácia Dizeres Legais	VP/VPS	0,25 mg e 0,5 mg x 1,5 mL 1,0 mg x 3,0 mL