Ano 1 - Nº 1 - Fevereiro 2000

ABCD EM FOCO

Revista da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

NASCE A ABCD

Uma entidade que vai melhorar a vida de quem tem Crohn e Colite Ulcerativa

Entrevista:
Angelita Gama abre o jogo sobre cirurgia de Crohn e de Colite

Remicade:
Um remédio que faz você esquecer que tem Crohn

Ferro:
Uma dieta para manter sua taxa lá em cima

ABCD

budesonida

ENTOCORT®

Primeiro corticóide tópico específico para o tratamento de doenças inflamatórias intestinais

- *Suprime rapidamente os sintomas da inflamação, com baixa incidência de efeitos adversos sistêmicos.*[1,2,3,5]
- *Atividade antiinflamatória 15 vezes maior que a da prednisolona.*[2,4]

NOVO!

Apresentações:

ENEMA - *caixas com 7 frascos de 115 ml e 7 comprimidos dispersíveis de 2,3 mg de budesonida micronizada.*

CÁPSULAS - *caixas com 45 cápsulas de 3,0 mg de liberação controlada ileal.*

UM SIGNIFICATIVO AVANÇO NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

1- GREENBERG, G. R. - Oral Budesonide for Active Crohn's Disease - The New England Journal of Medicine 331:836-84, 1994. 2- SPENCER, C. M., McTAVISH, D. - Budesonide a review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in inflammatory bowel disease. Drugs 50 (5): 854-872, 1995. 3- THOMSEN, O. et al. - Budesonide in the management of patients with Crohn's disease. Can.J.Gastroenterol. Vol 1, nº 3, april 1997. 4- BRATTSAND, R - Overview of newer glucocorticosteroid preparations for IBD. In: WILLIAMS, CN - Trends in inflammatory bowel disease therapy. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1990. pp.241-52. 5- DANIELSSON, A et al - A steroid enema, budesonide cagicing systemic effects for the treatment of of distal ulcerative colites or proctites. Scand. J. Gastroenterol, 27:9-12, 1992.

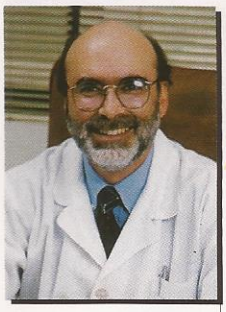
® MARCA REGISTRADA MS 1.2330.0035

AstraZeneca do Brasil Ltda.
Rod. Raposo Tavares km 26,9
06700 000 Cotia SP Brasil

ACCESS *net* 0800 14 55 77
SAC 0800 14 55 78

AstraZeneca

Para doentes, familiares e médicos



A ABCD (Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn) está completando agora em fevereiro um ano de vida — e, naturalmente, não poderíamos deixar de comemorar. Achamos que uma boa maneira de fazer isso seria cumprir mais uma etapa dos nossos objetivos: lançar uma publicação através da qual pudéssemos divulgar, periodicamente, informações sobre Doença de Crohn e Colite Ulcerativa. Assim nasceu a **ABCD Em Foco**, uma revista feita para os portadores dessas doenças, seus familiares e toda a classe médica.

O principal compromisso da revista é levar ao leitor todas as novidades em tratamentos, medicamentos e pesquisas que surgem mês a mês sobre doenças inflamatórias intestinais (DII). Queremos, além disso, propiciar o máximo possível de conforto aos portadores de Crohn e Colite e mostrar que existem caminhos que podem tornar sua vida melhor, apesar da doença.

Nesta edição de lançamento, destacamos a entrevista com a doutora Angelita Habr-Gama, sócia benemérita da ABCD e uma de nossas maiores incentivadoras. Não deixe de ler também as seções Coluna do Cólon e De Olho no Íleo. Na primeira, há orientações específicas sobre Colite Ulcerativa. Na segunda, uma série de conselhos práticos para os portadores de Crohn viajarem mais seguros, além de um artigo sobre o Remicade, o mais recente e eficaz remédio para Crohn. A **ABCD Em Foco** terá edições trimestrais, acompanhando as estações do ano. Esperamos que você goste.

Aproveitamos a oportunidade para agradecer a todos os que nos têm apoiado, seja através de ações, de palavras ou de cartas e e-mails. O incentivo que temos recebido nos emociona e faz ter a certeza de que estamos no caminho certo.

FLAVIO STEINWURZ

Nesta Edição

Reunião de grupo de Crohn

Reportagem de Capa

O que é a ABCD?
Uma associação que ajuda os doentes de Crohn e Colite Ulcerativa 4

Glossário
Termos médicos que você precisa conhecer 4

Coluna do Cólon

Tem Retocolite?
Informações importantes sobre essa doença 6

De Olho no Íleo

Remédio novo
O Remicade funciona de verdade em 50% dos casos 8

Boa viagem
Faça as malas e vá tranqüilo 8

Minha História

Caminho árduo
Um doente de Crohn conta sua luta 9

Emoções
Até que ponto a cabeça piora a sua doença 9

Entrevista

A dama de ferro
A doutora Angelita Gama fala sobre cirurgia de DII 10

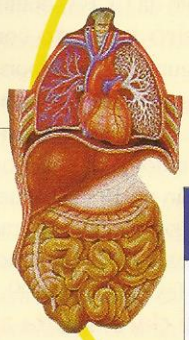
A Boa Comida

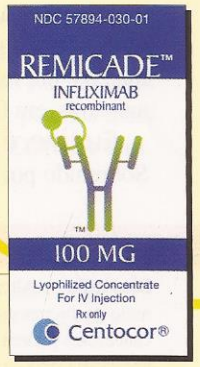
Capriche no ferro
Alimentos que mantêm sua taxa lá em cima 12

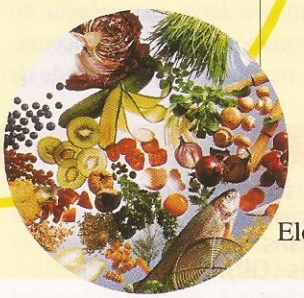
Social

ABCD em festa
Bastidores médicos 14

Cartas
Elogios à criação da ABCD 14







Expediente

ABCD - Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn
Rua da Consolação, 3741, 7º andar - São Paulo, SP – CEP 01416-001
Tel./fax: (11) 280-1094 - site: **www.abcd.org.br** - e-mail: **abcd99@attglobal.net**
Para anunciar: (11) 280-1094

Presidente: Dr. Flavio Steinwurz - Vice-presidente: Dr. Mathew Kazmirik
1° Secretário: Maria Amalia Bernardi - 1° Tesoureiro: Sérgio Luiz Savone
2° Secretário: Helen Lupovici - 2° Tesoureiro: Paulo César Giacomelli
Jornalista responsável: Maria Amalia Bernardi, MTB 18245

Da idéia à prática

Conheça a história da ABCD, uma associação para os doentes de Crohn e Colite Ulcerativa

Para que uma idéia seja colocada em prática e se transforme em algo concreto e duradouro, é preciso muito mais que dinheiro. É preciso determinação, vontade, garra, foco. E muito entusiasmo. Só com isso é possível envolver outras pessoas e tornar o que às vezes é apenas um sonho, realidade. Foi assim que nasceu, em fevereiro de 1999, a ABCD — Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn. O objetivo da ABCD é reunir os portadores de Crohn e Colite Ulcerativa e os profissionais que lidam com elas. "Queremos propiciar a troca de experiências e facilitar a difusão das informações de que os pacientes tanto necessitam", diz o doutor Flavio Steinwurz, gastroenterologista de São Paulo, criador e presidente da ABCD. Há muitos anos Steinwurz é especializado no estudo e no tratamento de Crohn e Colite, doenças inflamatórias do intestino que acometem homens e mulheres em igual escala, em qualquer idade. Seus principais sintomas são diarréia, cólicas abdominais, sangramento e emagrecimento. Nenhuma dessas doenças tem cura. Apesar de não serem mortais por si só, são tremendamente desconfortáveis e trabalhosas de cuidar. Foi com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos doentes de Crohn e de Colite Ulcerativa que Steinwurz fundou a ABCD. A seguir, ele relata como nasceu a idéia e como conseguiu colocá-la em prática.

Korelitz e Steinwurz: reunião em Boston

"Há pouco mais de 10 anos, o doutor Burton Korelitz (EUA), uma das maiores autoridades em doenças inflamatórias intestinais (DII) do mundo, e com quem eu tive a honra e a sorte de conviver em Nova York, esteve no Brasil para uma série de cursos. Com sua larga experiência no acompanhamento de pacientes portadores de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, orientou-me quanto à necessidade de termos aqui um atendimento diferenciado para esses doentes. Deveríamos montar um ambulatório especial na escola médica, disse ele. E também formar grupos de interesse comum, compostos por médicos, profissionais paramédicos, portadores, etc. A idéia era juntar esforços para um trabalho conjunto em prol dos doentes e facilitar a atuação dos profissionais. Como exemplo, ele citou a NFCA (National Foundation for Ileitis & Colitis), entidade americana da qual era diretor e que alguns anos depois passou a se chamar CCFA (Crohn's & Colitis Foundation of America).

Naquela época, alguns amigos e eu tentamos transformar essa idéia em realidade. Chegamos a realizar algumas reuniões, mas a maioria desanimou e adiamos o objetivo. Nove anos depois, em abril de 1998, um novo convidado ilustre veio ao Brasil para dar uma palestra: o doutor Seymour Katz, também especialista em DII e ex-presidente do American College of Gastroenterology. O doutor Katz insistiu que eu deveria montar os grupos de apoio e formar uma associação. Ele nos facilitaria o caminho apresentando o presidente da CCFA, doutor James Romano.

O primeiro contato com o doutor Romano foi feito por carta. Alguns meses depois, no Congresso do American College of Gastroenterology, em Boston, fomos apresentados pessoalmente. Também estavam lá os doutores Katz e Korelitz. Tivemos todos uma reunião e acertamos que formaríamos uma associação no Brasil e que a CCFA nos apoiaria. Poderíamos, entre outras coisas, traduzir e distribuir todo o seu material impresso (folhetos educacionais). E foi assim que um ano atrás, em fevereiro de 1999, nasceu, finalmente, a ABCD.

Eu tive, é claro, muita ajuda nessa empreitada. Sobretudo por parte de um grupo de pacientes que já se reu-

Glossário

Eis um pequeno glossário de termos médicos que pode ajudar os pacientes a entender o universo das doenças inflamatórias intestinais (DII):

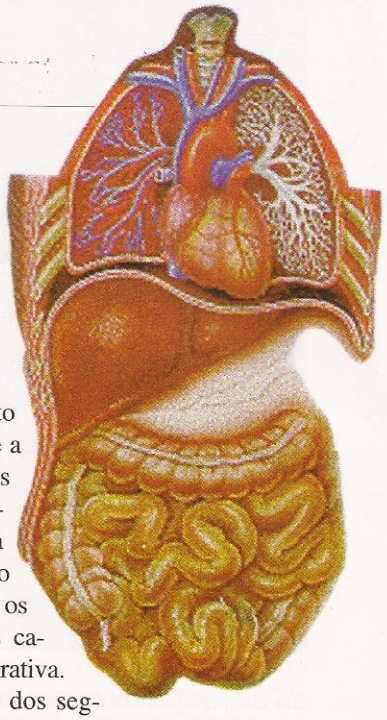
Colonoscopia — Exame no qual um tubo flexível e iluminado é inserido no reto para investigar o cólon. Para a sua realização, administram-se, geralmente, anestésicos leves e calmantes com o objetivo de torná-lo menos desconfortável.

Displasia — Alteração das células do cólon identificada na biópsia por meio de microscopia. Se apresentada de forma severa, indica que células cancerosas podem começar a crescer no cólon e que, portanto, pode ser necessária uma cirurgia.

Distensão — Sensação de inchaço no abdome causada por excessiva quantidade de gases e fluidos no intestino. Pode ser sinal de obstrução intestinal.

Fissura — Abertura da pele, geralmente na área do ânus, observada com freqüência na Doença de Crohn.

Retocolite Ulcerativa ou Doença de Crohn?



Retocolite Ulcerativa é uma doença inflamatória da mucosa e da submucosa do intestino grosso que se inicia, geralmente, na região retossigmoideana. Pode se desenvolver na continuidade do órgão, até abranger todo o intestino grosso, ou se estabelecer apenas no reto, a região mais acometida pela doença. A Retocolite Ulcerativa se caracteriza por ulcerações irregulares que tendem a crescer, comprometendo grandes áreas, até atingir, nos casos mais extremos, toda a mucosa do segmento afetado.

O principal diagnóstico diferencial da Retocolite Ulcerativa é a Doença de Crohn colorretal, que pode ocorrer em todo o tubo digestivo, desde a boca até o ânus, invadindo o intestino grosso em aproximadamente 40% dos casos, com ou sem o envolvimento do intestino delgado. A Doença de Crohn é caracterizada também por surtos inflamatórios com ulcerações da mucosa, mas, diferentemente da Retocolite Ulcerativa, apresenta lesões profundas na parede intestinal. Em geral, a Doença de Crohn afeta o cólon direito do intestino grosso, mas também pode acometer o cólon esquerdo ou todo o órgão, apresentando lesões em continuidade. Nesses casos, outras características podem ter muita importância para o diagnóstico correto, como a formação de estenoses e fissuras.

Nas biópsias em que o tecido retirado é superficial, somente um profissional com muita experiência pode chegar ao diagnóstico correto entre a Retocolite Ulcerativa e a Doença de Crohn. As biópsias devem ser seriadas e identificadas para que o patologista possa estudar a continuidade do processo ao longo de todos os segmentos afetados, uma das características da Retocolite Ulcerativa.

A reepitelização constante dos segmentos afetados pode levar ao aparecimento de diversos tipos de mutação genética. Essas mutações podem determinar alterações importantes da mucosa intestinal, que vão desde atipias simples até a formação de câncer invasivo. O câncer ocorre numa projeção de 2% a 7% dos casos, e o seu desenvolvimento pode ser precedido de alterações da mucosa — detectáveis no exame colonoscópico de controle em 4% dos casos. Nos quadros mais severos, indica-se a retirada cirúrgica do segmento acometido, evitando-se o desenvolvimento de tumor maligno. Com o intuito de rastrear a população colítica de maior risco para o câncer, recomenda-se a realização de múltiplos exames com biópsias seriadas em intervalos regulares de tempo.

DRA. VIVIANE RAWET

Dificuldades no diagnóstico de displasia e de câncer na Colite Ulcerativa

Vários desafios estão envolvidos no diagnóstico de displasia e de câncer em pacientes com doença inflamatória intestinal. Para direcionar as decisões clínicas, é preciso dar atenção redobrada à detecção, definição e diferenciação das alterações morfológicas.

Do ponto de vista morfológico, as lesões epiteliais pré-cancerígenas na Colite Ulcerativa são de dois tipos:

1) lesões polipóides (elevadas)

2) lesões planas (comumente com aspecto finamente granular ou aveludado da mucosa)

Espécimes colhidos por biópsia através de colonoscopia, que demonstrem a presença de displasia severa (alto grau), ajudam a identificar os pacientes portadores de Colite Ulcerativa com maiores chances de desenvolver o câncer colorretal. Esse procedimento é fundamental, já que por vezes tais lesões são imperceptíveis à visualização endoscópica.

Em geral, o câncer da Colite se apresenta como uma massa, uma úlcera com base elevada ou estenose. O achado de displasia em associação com lesão ou massa (pólipo único ou múltiplo, placa ou similar) está vinculado a um risco maior de subseqüente neoplasia e é uma considerável indicação para colectomia (remoção cirúrgica do intestino grosso). Adenomas simples (pólipo adenomatoso) em Colite são lesões displásticas, mas podem não necessitar de intervenção cirúrgica, já que freqüentemente são tratados com bons resultados com a polipectomia por via colonoscópica.

Pacientes com Colite Ulcerativa crônica com mais de oito anos de duração devem se submeter a colonoscopia anualmente. É necessário, nesses casos, obter material com múltiplas biópsias de todo o cólon, principalmente de áreas planas e aveludadas da mucosa.

A colectomia deve ser indicada nos casos em que haja confirmação de displasia importante e os quais não se possa resolver por ressecção endoscópica.

DR. JEROME D. WAYE, de Nova York

studio nove

Azulfin

SULFASALAZINA EM COMPRIMIDOS REVESTIDOS GASTRO-RESISTENTES COM EXCELENTES RESULTADOS

- Retocolite ulcerativa inespecífica
- Colite ulcerativa leve ou moderada
- Adjuvante na colite ulcerativa severa
- Doença de Crohn

Azulfin

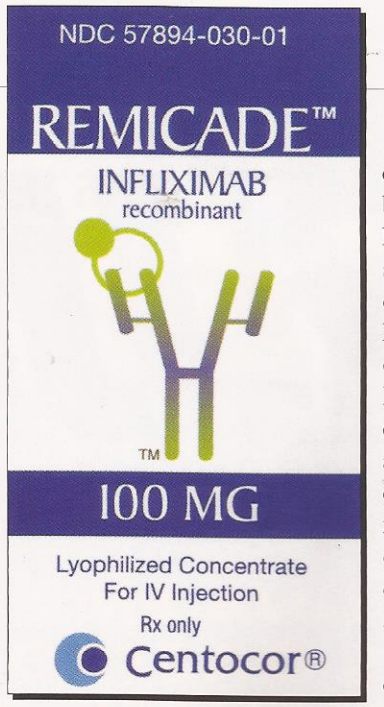
Melhora a qualidade de vida do seu paciente.

Caixas com 60 comprimidos revestidos gastro-resistentes contendo cada 500 mg de sulfasalazina

apsen

www.apsen.com.br

Medicamento novo



Boa notícia para quem tem Crohn: já se pode afirmar que o Remicade, medicamento liberado nos Estados Unidos pelo FDA há pouco mais de um ano, é, de fato, eficaz em 50% dos casos. A droga atua no mediador do processo inflamatório da Doença de Crohn, fazendo com que a inflamação regrida ou cesse. Sem efeitos colaterais importantes, o Remicade pode ser indicado tanto para os casos mais resistentes aos tratamentos convencionais como para os pacientes cronicamente dependentes de corticóides.

A grande desvantagem desse medicamento está no seu preço: custa cerca de 600 dólares a ampola (ele só é vendido nos Estados Unidos). Detalhe: cada 20 kg de peso corporal exigem uma ampola, o que significa que uma pessoa de 60 kg tem que tomar três ampolas da droga de uma vez para que ela atue bem — e desembolsar quase 2 000 dólares por aplicação. Mais um detalhe: seu efeito dura apenas três meses — depois disso, tem que tomar de novo. No Brasil os planos de saúde não dão cobertura para o Remicade. Importá-lo, no entanto, é fácil. Com a prescrição médica nas mãos, basta ligar para a Varig ou alguma outra importadora de medicamentos, fazer a solicitação e mandar buscar o Remicade uns dias depois. Sua administração exige cuidados especiais e deve ser feita em ambiente hospitalar.

Trata-se de um remédio complicado e caro, mas que tem uma vantagem que vale por todo o resto: enquanto está sob o efeito dele, a gente esquece que tem Crohn. Pelo menos é o que acontece comigo. Eu já tomei o Remicade quatro vezes e, graças a Deus, sempre fico ótima.

MARIA AMALIA BERNARDI

Faça as malas e boa viagem

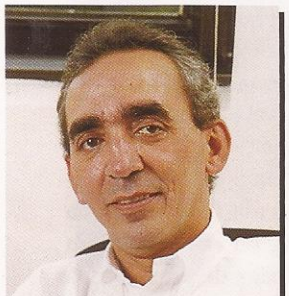
É comum doentes portadores de Colite Ulcerativa ou de Doença de Crohn se sentirem inseguros na hora de viajar, principalmente quando a viagem é para o exterior. Em vez de desistir da viagem ou ir apavorado, tome as seguintes providências:

- **Peça ao seu médico** que faça uma nova receita dos medicamentos que você está usando. Inclua os que possam ser necessários numa circunstância especial.
- **Peça a ele,** igualmente, que indique um especialista na cidade aonde você vai. Mesmo que acabe não precisando, você se sentirá mais confiante em ter a indicação. De qualquer forma, se se sentir mal durante a viagem, telefone, antes de mais nada, para o seu médico no Brasil.
- **Leve na bagagem** de mão todos os remédios de que pode precisar (já pensou se as malas extraviarem?) e não deixe de ter com você uma caixa de lenços umedecidos e outra de lenço de papel.
- **Se você vai viajar de avião,** solicite antes uma dieta especial para o seu caso e reserve um assento perto do banheiro — isso pode ser feito ao marcar a passagem. Se estiver se sentindo mal ou com vontade de ir ao banheiro, peça para embarcar antes dos demais passageiros. Se houver fila no banheiro do avião, converse com os comissários para que eles facilitem seu trânsito.
- **Se a viagem for de carro,** tente saber com antecedência se há lanchonetes de bom nível (McDonald's, por exemplo) ou hotéis no caminho, pois nesses locais os banheiros costumam ser limpos. Só de ter essas informações seu grau de tranqüilidade será outro.
- **Caso vá a algum país** de idioma desconhecido para você, procure aprender algumas frases-chave, como "onde há um banheiro?"
- **Se você está em crise** ou acabou de sair de uma, vá devagar ao escolher a programação. Você precisa de tempo para descansar.
- **Tenha uma atitude positiva** em vez de ficar esperando que a dor ou a crise ou a diarréia comece a qualquer momento.

Um caminho de sofrimento e incertezas

Quando fui convidado a fazer um relato da minha experiência com a Doença de Crohn, pensei, a princípio, que não gostaria de relembrar tudo o que passei até descobrir a doença. Mas acabei assumindo o espírito da ABCD e decidi encarar esse pedido como uma missão.

Pois bem, minha história começou no início de 1986, quando, sem mais nem menos, passei a sentir dores lombares. Elas aconteciam sempre à noite e, com o passar do tempo, foram ficando mais fortes. Sem nenhum outro sintoma aparente, recorri à bolsa de água quente. Depois apelei para a troca de cadeiras e poltronas em que costumava sentar. Naquela época, eu dirigia uma companhia multinacional e, ao mesmo tempo, desenvolvia uma empresa própria. Chegava a trabalhar 16 horas por dia.



Savone: cirurgia sem saber nada da doença

Começaram, então, as dores abdominais. A partir daí, foi uma enorme romaria por médicos e uma bateria sem fim de exames de laboratório, radiografias e tomografias, sem que ninguém conseguisse descobrir o que eu tinha. Cheguei a procurar uma psicóloga, com o intuito de iniciar uma terapia — eu acreditava estar somatizando as minhas emoções e preocupações. Mas o pior ainda estava por vir. Na primeira vez em que encontrei um médico que diagnosticou meu caso como Doença de Crohn, me foi recomendado fazer uma cirurgia do intestino. Mesmo sem saber do que se tratava a doença, se era crônica ou benigna, lá fui eu. Sofri um corte de 1,20 ml no intestino delgado. "Não se preocupe. Vamos controlar a doença com Imosec, e o seu organismo irá se adaptar a ela", garantiu-me o médico. Àquela altura eu tinha diarréias constantes.

Minha vida passou a ser trabalhar, me preocupar e ir ao banheiro. Novos laudos foram feitos e, de novo, apontavam para a Doença de Crohn. Inseguro e infeliz, procurei a opinião de um conceituado profissional na área de gastroenterologia, que me deu uma injeção de ânimo. "A Doença de Crohn é crônica e benigna", disse ele. "Você não vai morrer dela, e sim com ela. É como uma dentadura, você vai ter que levá-la consigo para sempre." Se por um lado isso me tranqüilizou, por outro não impediu novas internações hospitalares, medicamentos como Buscopan e Meticorten, perda de peso, cólicas abdominais, exames horrorosos de fazer e muito sofrimento.

Dois anos atrás encontrei um novo médico, cujo tratamento me trouxe maior confiança. Passei a me sentir mais garantido. Em pouco tempo minha segurança e auto-estima melhoraram, recuperei o peso que havia perdido e minha família, que já estava no auge do desespero assistindo ao meu sofrimento, ficou também muito mais tranqüila. Voltei, enfim, a viver a vida...

De vez em quando ouço de alguns amigos e conhecidos: "Eu nunca te falei, mas achava que você tinha alguma coisa ruim, como câncer". E eu retruco: "Até Aids, não pensou?" Todos concordam que pensaram.

SERGIO LUIS SAVONE

Emoções e disfunções orgânicas

O que são as emoções? Como podemos percebê-las sem ser traídos por elas? Como fazer para que nossas emoções cooperem no processo de cura das doenças? Ter um bom autocontrole pode ser benéfico? Apesar de todo o avanço tecnológico conquistado pelo homem, e mesmo depois de suas conquistas no terreno médico, não há ainda hoje uma única resposta para explicar de onde vem o amor ou como podemos evitar as emoções que nos trazem sofrimento. O que sabemos é que as emoções são respostas humanas a estímulos internos e externos e que são sempre antecedidas por interpretações que fazemos desses estímulos. O problema pode começar porque, via de regra, respondemos a esses estímulos permitindo que ocorram no nosso corpo mudanças fisiológicas, comportamentais, sociais e até patológicas. Quem ainda não sentiu as mãos frias e úmidas numa situação de medo e ansiedade? Ou então as pernas trêmulas e a bexiga a ponto de explodir nos momentos de incertezas ou alegrias?

É preciso ter consciência de que, tanto na doença quanto na saúde, o corpo e a mente são apenas um e respondem juntos a qualquer situação de ataque ou fuga. Para curar o corpo é necessário ter a mente também curada e vice-versa. Toda dor é a manifestação de um desequilíbrio, e a estabilidade do corpo, muito ao contrário, deve ser prioridade. Alguns treinamentos psicoterápicos, como relaxamento muscular progressivo e treinamento em habilidades sociais, podem mudar nossa forma de conviver e compreender a doença, tornando-nos mais aptos a viver saudavelmente e a enfrentar as intempéries do dia-a-dia.

ARMANDO RIBEIRO DAS NEVES NETO

Psicólogo e mestrando em medicina pela Unifesp-EPM

A dama de ferro

O que tem a dizer uma das médicas mais respeitadas do Brasil sobre cirurgia em casos de Crohn e Colite

Ninguém sente prazer em passar por uma cirurgia. Mas, se ela é mesmo necessária, pode-se dizer que ser operado pela doutora Angelita Habr-Gama é um privilégio. Ela é ótima no que faz, decidida, dedicada, segura e, o que é mais importante, dificilmente erra. Para o paciente, que além de ser leigo fica entregue ao cirurgião, poucas coisas dão mais tranqüilidade do que saber que está em mãos competentes. Não faça, no entanto, a bobagem de confundir a delicadeza da doutora Angelita com falta de firmeza. Quem desobedece a uma ordem dela nunca mais se esquece do que ouve em seguida. Ela é elegantíssima, mas não tem papas na língua.

Respeitada pela maioria dos seus colegas por sua capacidade profissional, a doutora Angelita vem colecionando, ao longo dos seus 42 anos de experiência prática, os mais diversos títulos. Os mais recentes de seu currículo são:

- Professora titular do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da USP, desde 1998
- Chefe do Departamento de Gastroenterologia da FMUSP, desde 1997
- Chefe da Disciplina de Coloproctologia da Faculdade de Medicina da USP, desde 1995

Nascida na Ilha de Marajó, no Pará, a doutora Angelita é casada (por opção, nunca teve filhos). Apesar de morar em frente ao Clube Pinheiros, em São Paulo, não consegue aproveitá-lo — ela se dedica em tempo integral aos seus pacientes. No começo de fevereiro, abriu um espaço em sua agenda para dar para a **ABCD Em Foco** a seguinte entrevista:

A senhora opera muitos pacientes portadores de Doença de Crohn ou de Colite Ulcerativa? Qual a porcentagem dos seus pacientes que têm essas doenças?

Sim, eu opero muitos pacientes com Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa. Eles correspondem a cerca de 10% de todas as cirurgias que faço.

Em que casos é aconselhada a intervenção cirúrgica em pacientes com Doença de Crohn? E com Colite?

Em caráter eletivo, o tratamento cirúrgico na Doença de Crohn é indicado para solucionar complicações como estenoses, fístulas, lesões anoperineais ou intratabilidade clínica. Na Retocolite Ulcerativa, a cirurgia é indicada principalmente na falta de resposta ao tratamento medicamentoso (persistência da diarréia, do sangramento, do comprometimento das condições gerais, retardo do crescimento, gravidade das manifestações extra-intestinais). O tratamento de urgência é imperativo, em ambas as doenças, nos quadros agudos fulminantes com megacólon tóxico, perfuração ou hemorragia persistente.

Quais os tratamentos que a senhora indica para os casos de Crohn e Colite que não requerem cirurgia?

Para a Doença de Crohn o tratamento medicamentoso é geralmente iniciado com corticóide (prednisona e metilprednisona). Sua ação é mais eficaz quando a doença é de intestino delgado. Quando a atividade da doença diminui, o tratamento é gradualmente interrompido. Mais recentemente, quando disponível ou possível, passamos a prescrever a budesonida, que tem se mostrado tão eficaz quanto a prednisona, porém com efeitos colaterais bem reduzidos. Para as formas mais moderadas da Doença de Crohn do íleo terminal, ou do cólon, bem como para a manutenção dos períodos de remissão da doença, principalmente após cirurgia, temos indicado o uso da mesalamina.

Para as formas graves ou refratárias das doenças inflamatórias, é importante a associação de imunossupressores, como azotioprina, 6-mercaptopurina ou, eventualmente, ciclosporina. Para as formas anoreto-perineais, o uso do metronidazol ou da ciprofloxacina tem sido eficaz.

Para a Retocolite Ulcerativa, o medicamento mais empregado continua sendo a sulfasalazina; essa droga, entretanto, pode ser substituída, com vantagens, pela mesalamina, que apresenta menor incidência de efeitos colaterais.

Como está o Brasil em termos de recursos em relação ao tratamento dessas doenças?

Os medicamentos mais modernos estão disponíveis no Brasil. Entretanto, custam muito caro, e por isso ainda é pequena a parcela de doentes que podem usufruir as vantagens do seu uso.

Os médicos brasileiros estão familiarizados com a Doença de Crohn e a Colite Ulcerativa? Estão capacitados para tratá-las?

Atualmente os nossos médicos já estão mais familiarizados com essas doenças. Boa parte deles está, sim, capacitada para tratá-las.

Angelita Gama: experiência, títulos e respeito dos colegas

É comum no Brasil que pacientes tenham diagnóstico errado dessas doenças? Por que isso acontece?

As formas iniciais das doenças inflamatórias, principalmente a Doença de Crohn, podem ter início insidioso. A variedade das manifestações possíveis (por exemplo, apenas uma fissura ou uma fístula anal, surtos periódicos de diarréia, etc.) pode retardar o diagnóstico. Entretanto, com a divulgação do conhecimento, os médicos estão cada vez mais informados e aptos ao diagnóstico precoce dessas doenças.

Existe no Brasil algum centro especializado em Doença de Crohn e Colite Ulcerativa?

No Brasil há vários centros especializados no atendimento de portadores de doenças inflamatórias dos intestinos, tanto nos hospitais universitários como em institutos de gastroenterologia ou de coloproctologia.

Imagina-se que a colectomia total seja sempre o último recurso. Em que casos a senhora opta pela colectomia total? E pela parcial? Os portadores de Doença de Crohn e de Colite Ulcerativa correm o risco de ter que fazer isso?

A colectomia total, com anastomose íleo-anal e bolsa ileal, é uma técnica moderna de tratamento cirúrgico para a Retocolite Ulcerativa. É uma operação que tem resultados satisfatórios, devendo ser indicada como boa alternativa para as formas refratárias ao tratamento clínico. Confere melhor qualidade de vida aos doentes. Na Doença de Crohn, a colectomia, parcial ou total, tem indicação mais rara, pois os riscos de recidiva da doença pós-cirurgia são altos. Com freqüência, quando a doença acomete o intestino grosso, o tratamento cirúrgico requer a realização de ileostomia de caráter definitivo. Entretanto, apesar do inconveniente da derivação intestinal, essa cirurgia, quando bem indicada e bem realizada, confere ao doente vantagens sobre o tratamento clínico prolongado e dispendioso quando este se torna ineficaz.

Como a senhora vê a criação da ABCD?

Acho uma ótima iniciativa. Oferece aos doentes a oportunidade de ter informações corretas sobre a natureza e o curso de sua doença e sobre como conviver com doença crônica, de tratamento prolongado, que requer exames repetidos, internações e conseqüentes alterações na qualidade de vida.

Dicas para uma dieta rica em ferro

Para que serve o ferro, por que você precisa dele e onde encontrá-lo

A anemia por deficiência de ferro é o estado de carência mais comum no homem, tanto no mundo em desenvolvimento quanto no desenvolvido. A absorção gastrintestinal do ferro continua a ter um papel preponderante na regulação do balanço desse elemento no organismo e no risco de que se desenvolva deficiência. A condição do ferro no organismo tem um papel primordial na determinação de sua biodisponibilidade. Indivíduos com baixas reservas de ferro absorvem-no mais a partir do trato gastrintestinal do que os que têm reservas abundantes. Esse mecanismo é de grande importância na melhoria da condição do ferro e na prevenção de sua deficiência.

CARDÁPIO

✓ **Café da manhã:** café com leite (uma xícara), pão enriquecido ou integral (três fatias), margarina, geléia, mamão

✓ **Lanche:** um copo de suco rico em ferro (cenoura, beterraba, laranja e espinafre processados na centrífuga)

✓ **Almoço:** um prato de salada (agrião, alface, rabanete, palmito, mussarela de búfala), arroz, feijão (ou somente o caldo), carne assada, batata *sauté*, salada de frutas

✓ **Lanche:** iogurte

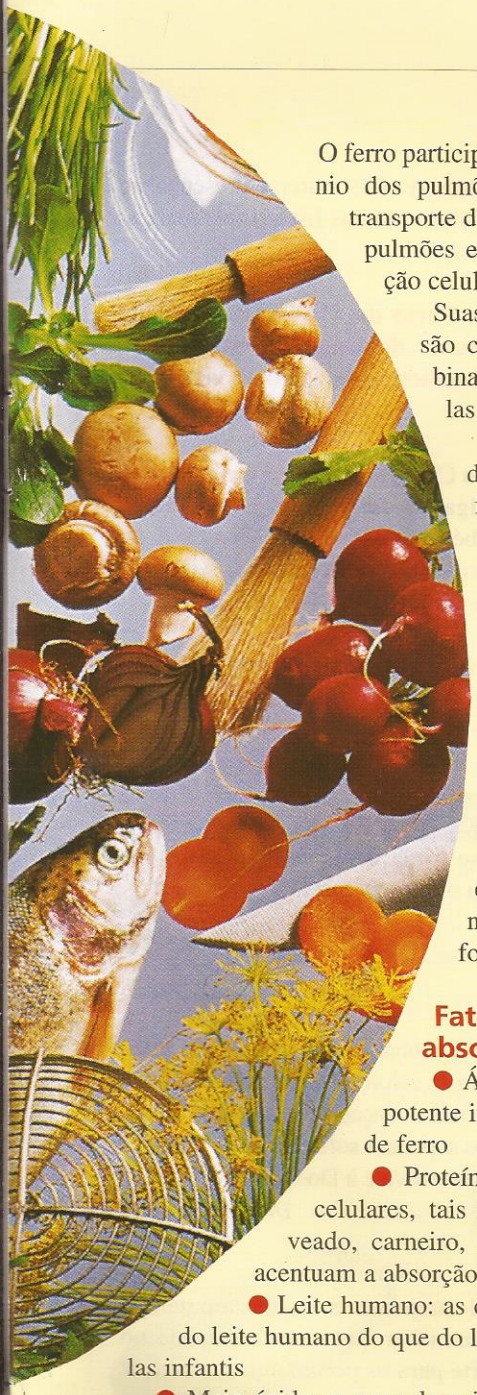
✓ **Jantar:** salada de legumes, filé de pescada grelhado, creme de espinafre (espinafre cozido e picadinho, caldo de carne, creme branco e queijo parmesão), pêssego em calda

✓ **Ceia:** chá com torradas

COMPOSIÇÃO QUÍMICA

Valor calórico	2 573 calorias
Carboidratos	375 g
Proteínas	35 g
Gorduras	59 g
Ferro	26 mg

Obs.: Se o prato principal do almoço ou do jantar for substituído por fígado, o total de ferro no dia passa a ser de 38 mg



O ferro participa do transporte de oxigênio dos pulmões para os tecidos, do transporte de CO_2 das células para os pulmões e do processo de respiração celular.

Suas duas principais funções são cumpridas pela hemoglobina nos eritrócitos, ou células vermelhas.

Há duas formas de ferro dietético: ferro heme, na forma de hemoglobina e mioglobina, e ferro não-heme. O heme é absorvido pelas células da mucosa e pouco afetado pela composição dos alimentos. O não-heme é afetado pela composição da refeição, assim como por outros fatores. Para ser absorvido, o ferro não-heme deve estar presente no duodeno e no jejuno superior em forma solúvel.

Fatores que ajudam na absorção do ferro

- Ácido ascórbico: é o mais potente intensificador da absorção de ferro
- Proteínas animais: as proteínas celulares, tais como as de boi, porco, veado, carneiro, fígado, peixe e galinha, acentuam a absorção
- Leite humano: as crianças retêm mais ferro do leite humano do que do leite de vaca ou de fórmulas infantis
- Meio ácido: o grau de acidez gástrica influencia a solubilidade e disponibilidade de ferro no alimento
- Cálcio: a presença de uma quantidade adequada de cálcio auxilia a remoção de fosfato, oxalato e fitato, que se combinariam com o ferro e inibiriam sua absorção

Fatores que diminuem a absorção do ferro

- Meio alcalino: a falta de ácido clorídrico no estômago ou a administração de substâncias alcalinas, como os antiácidos, interfere na absorção de ferro
- Agentes complexantes: fitatos, oxalatos e fosfatos formam complexos insolúveis de ferro, reduzindo a absorção
- Motilidade intestinal: a motilidade aumentada diminui a absorção, pela diminuição do tempo de contato
- Esteatorréia: a má digestão de gordura leva à esteatorréia e à diminuição da absorção

Alimentos ricos em ferro

De origem animal: fígado, ostras, rins, coração, carne magra, ave e peixe

De origem vegetal: leguminosas como feijão, ervilha, lentilha, soja e grão-de-bico; verduras de folha verde-escura como brócolis, espinafre, couve-manteiga, agrião e escarola; frutas secas como ameixa, damasco, uva passa, amêndoa; cereais integrais como arroz, aveia e trigo

Duas regras

1- Para que os alimentos de origem vegetal sejam absorvidos mais adequadamente, deve haver, na mesma refeição, frutas cítricas como laranja, limão, maracujá, morango, mexerica ou kiwi.

2- Deve-se cozinhar os alimentos em panela de ferro ou colocar um prego de ferro (que não esteja enferrujado) no recipiente.

MARIA IZABEL LAMOUNIER DE VASCONCELOS
Nutricionista do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e da ABCD

imagem
diagnóstico
CURA

ABCD em festa

✓ O doutor **Seymour Katz** (EUA) está coordenando os estudos, em Nova York, sobre o mais novo medicamento para Colite Ulcerativa, o **Ridogrel** (inibidor da tromboxane sintetase). Lidera ainda outros dois ensaios para tratamento da Doença de **Crohn** — um com o derivado do anti-TNF-alfa (etanercept) e outro com *aloe vera*.

✓ Com mérito e de forma brilhante, a doutora **Angelita Gama** (SP) foi a primeira mulher a se tornar catedrática em cirurgia na **Faculdade de Medicina** da USP.

✓ A nutricionista **Maria Izabel Lamounier de Vasconcelos** (SP) foi eleita presidente do comitê de nutrição da **Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral.**

✓ O doutor **Claudio Fiocchi** (Cleveland, EUA) foi homenageado em São Paulo pelos serviços prestados à medicina no estudo da imunologia nas doenças inflamatórias intestinais. Ganhou o prêmio **Agostinho Bettarello.**

✓ A doutora **Cyrla Zaltman** (RJ) marcou presença no **Congresso de Doenças Inflamatórias Intestinais** realizado em Vancouver, no Canadá.

✓ A doutora **Rosângela Porto de Melo** (SP) foi eleita presidente do **Departamento de Gastroenterologia da Associação Paulista de Medicina**, tendo como vice o **Dr. Flávio Steinwurz** (SP).

✓ A **ABCD** participou do **Congresso Brasileiro de Coloproctologia**, com divulgação feita pelo **Laboratório Apsen** (Azulfin), e também do **Congresso Paulista de Gastroenterologia e Nutrição**, com divulgação feita pelo laboratório **AstraZeneca** (Entocort).

✓ O doutor **Flavio Steinwurz** esteve presente no congresso do **American College of Gastroenterology**, em Phoenix, nos EUA, onde apresentou a **ABCD** internacionalmente e participou do Simpósio sobre o **Remicade.**

✓ O doutor **Burton I. Korelitz** (NY, EUA) é avô novamente, desta vez em dose tripla. Uma de suas filhas lhe deu seu segundo neto, e a outra um casal de gêmeos.

Cartas

Criação da ABCD

Saudações a você, aos pacientes, aos médicos e a toda a comunidade de DII (doenças inflamatórias intestinais).

Esta é uma época das mais excitantes e otimistas na terapêutica da Doença de Crohn e da Colite Ulcerativa. Nunca tivemos uma gama de tratamentos como a de hoje, que inclui agentes biológicos (anti-TNF, IL-10, IL-11), drogas anti-senso, substitutos para a prednisona, sem falar nos novos agentes (heparina, óleo de peixe, etc.).

É muito importante que todos os pacientes tenham conhecimento dos novos avanços no momento em que maiores informações sobre eles estão se desdobrando.

Desejo a você todo o sucesso na sua atividade educacional, nos seminários e nos grupos da ABCD — uma vibrante aliança entre pacientes e médicos no combate àquelas doenças.

Com todo o nosso apreço,

Dr. Seymour Katz

Ex-presidente do American College of Gastroenterology, professor de medicina da New York University School of Medicine e sócio benemérito da ABCD

Tenho conhecimento do trabalho que vocês estão realizando no Brasil. É por meio do esforço conjunto de uma rede de médicos e interessados nas doenças inflamatórias intestinais que um dia poderemos superar o sofrimento e o incômodo relacionados à Colite Ulcerativa e à Doença de Crohn.

Dr. Jerome Waye

NY, EUA

Confesso que fiquei surpreso e ao mesmo tempo extremamente contente em saber que já está formado no Brasil um grupo de suporte para os portadores de doenças inflamatórias intestinais. Acho absolutamente fundamental a existência de organizações como a ABCD. Se eu puder oferecer algo à ABCD, é uma honra e um dever para mim.

Dr. Claudio Fiocchi

Cleveland, EUA

Senti uma enorme alegria ao saber da fundação da ABCD. Fiquei especialmente satisfeito em ver que o presidente é meu amigo e ex-estagiário Flavio Steinwurz. É uma grande honra para mim tornar-me sócio benemérito dessa associação.

Dr. Burton Korelitz

NY, EUA

AZURE DESIGN 9167-7488

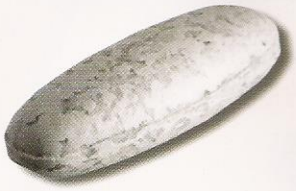
Pentasa®

A mesalazina "inteligente"

Comprimidos

Contém 500 mg de mesalazina de liberação lenta que, independentemente do pH, permite

- Concentrações adequadas de 5-ASA do duodeno ao reto;
- Biodisponibilidade não afetada pelo trânsito intestinal;
- Não se acumula no estômago e a liberação intra-lúmen lenta evita picos de concentração sérica.



Supositórios

1 g para administração 1 vez ao dia, garante

- Presença de 5-ASA em concentrações adequadas durante 8 horas;
- Eficácia e rapidez de ação superior a dos enemas de corticóide e supositórios "tradicionais" de mesalazina.

Corte aqui

Prezado Doutor,

Para maiores informações sobre Pentasa®, ou receber material didático para seus pacientes, favor preencher a ficha abaixo e enviar via fax para:

Laboratórios Ferring Ltda. fax: (011) 5051-0948

DR.(A) _____ CRM Nº _____

END. CONSULTÓRIO _____ CIDADE _____

ESTADO _____ CEP _____ TELS _____

SOLICITO ☐ MONOGRAFIAS PENTASA® ☐ ESTUDOS CIENTÍFICOS - ÁREAS _____

MATERIAIS DIDÁTICOS PARA PACIENTES ☐ O QUE É CROHN? ☐ GUIA ALIMENTAR ☐ DIÁRIO ALIMENTAR

Nutrição enteral agora tem mais vida. Tem Nestlé.

Perfeita combinação de peptídeos para a nutrição de pacientes com graves distúrbios absortivos. Via oral ou sonda.

Nestlé
NUTRIÇÃO CLÍNICA