ENTREVISTA: O DR. DAN WAITZBERG DIZ QUE A ALIMENTAÇÃO NÃO DESENCADEIA NEM EVITA CRISES PÁG.12

ABCD em

www.abcd.org.br

Revista da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

FOCO

Sexo e DII

– uma relação muito delicada

Sua vida sexual pode ser ótima. Só depende de você ter uma cabeça boa *pág. 4*

Ano III
nº 12
verão
2003

UNHÉ, UNHÉ... VOCÊ QUER AMAMENTAR SEU BEBÊ MAS NÃO SABE SE PODE PORQUE TOMA REMÉDIOS? TALVEZ POSSA PÁG.8

Sexo e DII

— uma relação super delicada

Para parte das pessoas que têm doença de Crohn ou colite ulcerativa, o simples fato de falar sobre sexo pode ser complicadíssimo. Fazer, então...

Por Valquíria Sganzerla

A melhor parte de um filme romântico é sempre aquela em que os protagonistas principais dão um longo e gostoso beijo na boca. Ah, que delícia ver que o amor é lindo e sempre vence no final (pelo menos nos filmes). Foi-se o tempo em que as pessoas saíam do cinema e só podiam imaginar o que iria acontecer entre quatro paredes com o casal da história. Hoje todo mundo sabe bem o que acontece depois do beijo apaixonado. As coisas agora estão declaradas publicamente. Cenas de sexo são vistas a qualquer hora do dia, na rua mesmo e, principalmente, na televisão, Embora não devesse ser tão explícito — o que até chega a banalizá-lo — o sexo faz parte da vida de qualquer pessoa. Falar sobre sexo é absolutamente normal. E todo mundo que tem cabeça boa sabe que fazer sexo é muiiito bom. Sobretudo quando existe amor verdadeiro na relação.

A vontade de se relacionar sexualmente e com freqüência com alguém é própria da natureza humana. Muitas vezes o ritmo da vida sexual é prejudicado por fatores externos — problemas financeiros, insegurança no trabalho, preocupação com os filhos, cansaço, enfim, coisas que acabam com a vontade de qualquer cristão. A vida sexual das pessoas que têm um problema sério de saúde é ainda mais afetada. Quando o problema de saúde é Crohn ou colite ulcerativa, doenças que atingem justamente o intestino, o sexo pode ser uma questão complicadíssima. Às vezes até sem solução, se o casal não souber lidar com as dificuldades — e as dificuldades começam com a diminuição da libido causada pela própria doença. São dores abdominais, diarréias, sangramentos, fístulas perianais, fraqueza... De fato, ter vontade de "namorar" sentindo estes sintomas é difícil. Mas é preciso lembrar que eles não são sentidos o tempo todo. Quando o doente está fora de crise, os sintomas ficam bem mais suaves. Conforme o caso, desaparecem quase que totalmente.

As doenças inflamatórias intestinais não impedem a prática do sexo", afirma a Dra. Magaly Gemio Teixeira, proctologista que atende no Hospital das Clínicas e no Beneficência Portuguesa, ambos em São Paulo. "Mas é preciso que o casal saiba administrar bem a situação, principalmente quando a doença está muita ativa." Se o portador de DII, em vez de se esforçar para encarar o problema de frente, desistir da vida sexual, o relacionamento — seja namoro, casamento ou "juntamento" — certamente vai para a cucuia. O companheiro ou parceiro tem que entender, e respeitar, a falta de vontade eventual do outro. (Logicamente essa regra vale também para quem não tem doença nenhuma.) Como já dizia a minha avó, hoje nonagenária, quando um não quer, dois não brigam. É verdade, não brigam. Mas também não fazem amor.

Ficar doente ou passar por algum tipo de problema acontece com qualquer pessoa. Mas uma coisa é a doença ou problema ter começo, meio e fim. As doenças crônicas, como o Crohn e a colite ulcerativa, podem ter uma evolução prolongada – às vezes eterna. Há dias em que tudo acontece às mil maravilhas na cama, tanto para o parceiro quanto para o doente. Há noites, porém, que o que está pegando fogo é o humor dos dois. Um porque está sentindo na pele sintomas indesejáveis que desanimam e acabam com sua paciência. O outro porque, além de estar sempre assistindo a todo esse sofrimento e não poder fazer nada, ainda tem que engolir a vontade e ou necessidade de fazer sexo. Os aspectos físicos não são o único, e talvez nem o mais simples, atrapalhador da vida sexual de que tem DII. Os psicológicos também estão presentes — e podem pesar toneladas.

SEM SURPRESAS

O receio de acontecer um acidente intestinal bem na hora do sexo e a insegurança com a própria forma física são alguns deles. "A pessoa pensa que sua aparência está comprometida pela doença e que, assim, não está atraente para o parceiro", diz o psiquiatra Avelino Luiz Rodrigues. De fato, muitas vezes a aparência muda mesmo (cortisona não deixa ninguém mais magro e bonito). "Mas quanto mais injuriada a pessoa estiver com a própria doença e com as conseqüências que ela traz para a sua vida, mais dificuldades vai ter de se relacionar com o parceiro, com a família, os amigos, os colegas de trabalho, enfim, com mundo todo", complementa o Dr. Rodrigues.

É compreensível que a doença gere um estado de espírito de altos e baixos e que isso afete a vida sexual. Para começar, os medicamentos que são usados para seu tratamento — corticóides, antiinflamatórios, antide-

A VIDA SEXUAL DAS PESSOAS QUE TÊM UM PROBLEMA SÉRIO DE SAÚDE TAMBÉM É AFETADA. QUANDO ESSE PROBLEMA É CROHN OU COLITE ULCERATIVA, O SEXO PODE SER UMA QUESTÃO COMPLICADÍSSIMA

pressivos —, podem causar disfunções sexuais, tanto nos homens quanto nas mulheres. Existe a possibilidade de alguns remédios levarem à infertilidade e impotência. (Não há certeza sobre isso, depende muito do caso e do medicamento. Mesmo que ocorra, a grande maioria dos médicos acredita que essa disfunção é passageira.) O problema maior, no entanto, é que muitos doentes de Crohn e de colite não se sentem à vontade para dividir com alguém o que está acontecendo com eles. Às vezes, nem com seu próprio parceiro. Resultado: acabam digerindo tudo sozinhos, o que nunca melhora a situação. A exceção pode ser o seu médico.

"O constrangimento dos pacientes de DII de falar sobre o seu problema com outras pessoas se deve ao fato de a doença ser no intestino", diz José Cassio do Nascimento Pitta, professor associado do Departamento de Psiquiatria da Unifesp (antiga Escola Paulista de Medicina). "Uma coisa é falar que você tem pressão alta ou diabetes — outra, bem diferente, é falar que você tem uma doença intestinal", lembra o médico. "Na sociedade há alguns tabus bastante sérios. O sexo é um deles, e as necessidades fisiológicas são outro." Valéria Provedel, psicóloga, psicanalista com especialidade em sexualidade humana e professora da Universidade São Marcos, concorda com Pitta. "Essa situação é mais complicada porque cai nas questões da privacidade máxima do ser humano, que envolvem, algumas vezes, ausência de controle das necessidades", diz ela.

CONVERSA FRANCA

Os dois profissionais foram direto ao ponto. Em se tratando de sexo, o que se faz entre quatro paredes só interessa ao par. Ninguém pode dizer o que é certo ou o que é errado. O problema é que, no caso das doenças inflamatórias intestinais, o doente pode ter reações físicas que sem dúvida acabam com a atmosfera do momento. Essas reações, absolutamente involuntárias, estão ligadas à perda do controle dos esfíncteres (músculos de estruturas ocas, como bexigas e intestino) e podem provocar eliminação de gases ou uma diarréia inesperada. "Se os parceiros conversarem francamente sobre a situação o clima pode ser menos tenso entre eles, já que é um grande esforço para uma pessoa manter escondido, o tempo todo, tudo o que está acontecendo com ela", diz Valéria.

De fato, conversar abertamente é a melhor maneira de todos relaxarem um pouco. Segundo a psicóloga, esse diálogo não precisa acontecer exatamente no momento do sexo — até é melhor que não. Mas se tudo já tiver sido falado entre os dois parceiros, se todas as eventuais reações já tiverem sido antecipadas numa conversa, o clima vai ser infinitamente mais leve. Também para as pessoas que sofreram colectomia (remoção total ou parcial do intestino grosso), o sexo continua sendo importante. Por isso, elas devem criar estratégias para driblar as eventuais dificuldades. "Se o problema é com a bolsa plástica que fica aparente, um pouco de criatividade ajuda a tornar a hora do sexo mais descontraída", diz Valéria. "Esconder a bolsa sob

uma linda e perfumada toalha, camisola ou robe de chambre pode tirá-la do foco de visão do casal." A idéia mostra como, com cumplicidade e um pouco de boa vontade tudo se resolve.

SEXO COM MATURIDADE

Não dá para negar que é difícil lidar com situações como essas. Mas o importante é que não é impossível. Os problemas, sejam quais forem, fazem parte da vida. Temos que usar a cabeça para dar a eles o tamanho que têm, e não aumentá-los. Veja as palavras sábias do psiquiatra Avelino Rodrigues sobre o assunto: "Quanto mais os parceiros conseguirem encarar e lidar de forma natural com essas questões, menos elas vão interferir na sua relação afetiva e amorosa." Para as pessoas maduras, bem resolvidas e que já deixaram para trás as inseguranças bobas que tanto atrapalham a vida, conviver bem com a doença inflamatória intestinal, inclusive sexualmente, é mais simples. "A doença não atrapalha em nada a qualidade da minha vida sexual", diz a jornalista Maria Amalia Bernardi, 45 anos, que tem Crohn há quase dez. "Pode atrapalhar, em fases de crise, a quantidade — mas por sorte as crises não duram para sempre."

Maria Amalia tem um casamento muito feliz, de acordo com o que afirma. E considera que ter uma relação estável e harmoniosa com uma pessoa madura, faz o problema praticamente desaparecer. "Para quem sofre desta doença e ainda está na fase de trocar de namorado(a) ou não tem uma relação de real cumplicidade, lidar com sexo deve ser muito duro." A maturidade, de fato, faz a maior diferença, em relação a sexo e a qualquer outra coisa. Com os adultos imaturos, e sobretudo com os adolescentes, tudo é mais sofrido. À vezes eles nem iniciaram a vida sexual. E se iniciaram, podem não ter uma namorada(o) fixa(o).

"Tenham ou não iniciado a via sexual, os pacientes jovens precisam se preparar para conviver com a sua condição e assimilar as possíveis conseqüências", diz o psiquiatra Pitta. "Ninguém deve abrir mão de ter uma vida sexual satisfatória, mas para isso é necessário fazer um esforço grande e contínuo." Todos os especialistas das diversas áreas ligadas ao tratamento da DII acreditam que fazer parte de um grupo de apoio é uma boa saída para as pessoas que estão envolvidas numa situação de doença. Independentemente de se procurar um grupo só para falar de sexo, é importante trocar experiências com outras pessoas que têm os mesmos problemas. "Participar de um grupo de apoio é como trocar figurinha, um ajuda o outro", diz Sergio Luiz Savone, 49 anos, empresário do setor de eventos.

Savone descobriu que tinha Crohn em 1986 e já sofreu muito por causa da doença. Há quatro anos ele participa mensalmente de um dos grupos de apoio da ABCD, a Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, e afirma que passou a se sentir muito melhor, em todos os aspectos. "Quando a gente vê que outras pessoas têm um problema igual ao nosso e fica sabendo como elas lidam com isso, acabamos banalizando o problema, ou seja, ele deixa de ter tanta importância", diz Savone. Casado há 21 anos, o empresário garante que o Crohn nunca foi motivo de desunião entre ele e sua mulher. "A doença pode até ser uma boa desculpa para uma relação dar errado, mas não é a causa verdadeira", diz. "Quando estou em crise, me sentindo mal, não quero saber de sexo. Mas se estou bem, a doença não afeta esse lado da minha vida em absolutamente nada." Na opinião de Savone, o que realmente faz diferença para o sexo ser uma coisa boa é a mentalidade e o estado de espírito da pessoa. Ou seja, a cabeça é a maior responsável pelo sucesso ou insucesso da vida sexual.

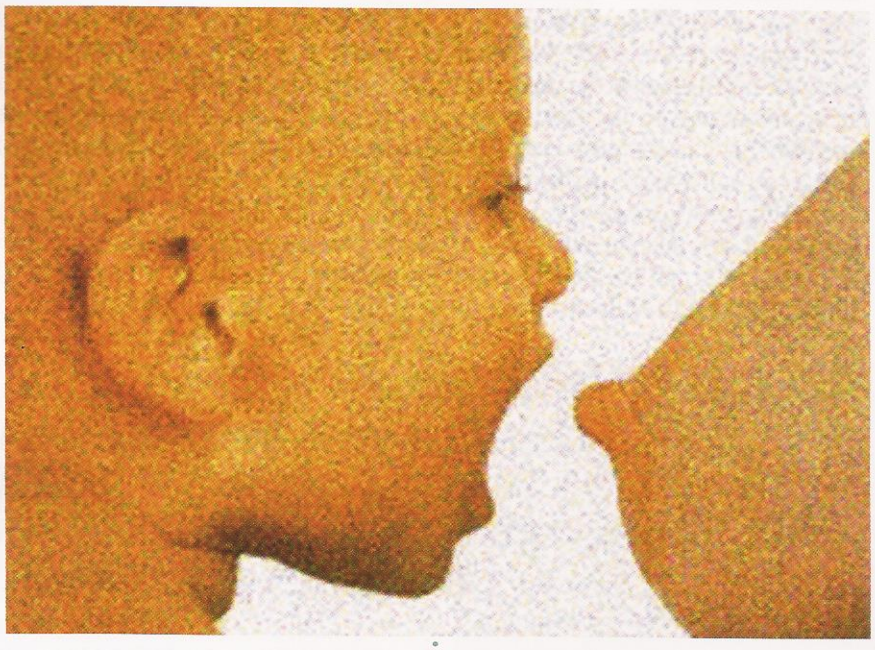
"Pimenta nos olhos dos outros é colírio", diz um velho ditado. Não se sabe no que o autor deste ditado se inspirou para criá-lo, mas ele tinha razão. Para quem não tem ou não vive um determinado problema – qualquer que seja ele – é complicado entender as dificuldades de quem tem. Por isso, falar de sexo pode ser menos difícil para quem não tem empecilhos físicos do que para uma pessoa que enfrenta algum tipo de dificuldade. Se a partir de um problema físico ou emocional — que qualquer um de nós pode ter, que fique bem claro —, soubermos viver em harmonia e nos tornarmos pessoas melhores, valeu a pena enfrentar dissabores. No que se refere a sexo, é a mesma coisa. Se os parceiros aprenderem a ser mais solidários e criativos, sua vida sexual certamente será muito melhor, apesar da doença.

Fica aqui uma injeção sexual de otimismo para quem tem, ou não, um problema físico: use sua imaginação. E aproveite que a vida é uma só!!

TENHAM OU NÃO INICIADO A VIDA SEXUAL, OS PACIENTES JOVENS PRECISAM SE PREPARAR PARA CONVIVER COM A SUA CONDIÇÃO E ASSIMILAR AS POSSÍVEIS CONSEQÜÊNCIAS. NINGUÉM DEVE ABRIR MÃO DE TER UMA VIDA SEXUAL SATISFATÓRIA

Peito ou mamadeira?

Você pode amamentar seu bebê, apesar da doença. Mas tem que ser acompanhada de perto pelo seu médico, pois há remédios proibidos nesta fase



Por Valquíria Sganzerla

O sonho da grande maioria das mulheres é ter um filho. Não vamos entrar aqui no mérito da questão sobre qual é a época certa ou a idade mais adequada para engravidar. Isso cada mulher tem que resolver por sua conta, conforme o que for melhor para ela. As mulheres mais informadas sabem que as doenças inflamatórias intestinais (DII) e a gravidez podem conviver muito bem. É uma fase tão feliz que muitas vezes a futura mamãe nem lembra das crises chatas e dolorosas que já teve. Além do mais, os meses de gestação costumam ser bastante tranqüilos para as pacientes de Crohn ou colite ulcerativa. A situação pode ser mais difícil depois que o bebê nasce, pois é aí que surgem as dúvidas sobre a amamentação.

Além da insegurança natural que toma conta de toda mulher que acaba de ter bebê, as mães portadoras de DII têm alguns medos extras. Passam por sua cabeça perguntas do tipo "será que eu vou poder amamentar tomando remédios fortes como cortisona e imunossupressor?" "Será que há perigo de eu passar os medicamentos para o bebê através do meu leite?" "Será que o meu leite vai prejudicar o bebê de alguma forma?" A aflição é grande, pois nessa hora não dá para esquecer o quanto são categóricas as campanhas a favor da amamentação: "O melhor leite é o leite materno". A situação das mães que têm Crohn ou colite ulcerativa, de fato, é bem mais delicada. Mas não é impossível amamentar, se alguns cuidados forem tomados.

É fundamental saber quais são os remédios mais adequados para essa fase, quais são aqueles sobre os quais não existem dados seguros quanto ao seu uso para lactantes, e quais são os totalmente contra-indicados. "É claro que o ideal seria a mãe não tomar remédio algum, mas com essas precauções não há problema", diz o Dr. Jayme Murahovschi, diretor do Centro de Lactação da Faculdade de Santos. O pediatra costuma dar algumas orientações para as pacientes nestas condições. "A mãe deve tomar seu remédio logo após as mamadas", diz ele. "Se for preciso usar um medicamento mais forte por um curto período de tempo (cerca de dez dias), a amamentação tem que ser suspensa. Mas a mãe deve continuar tirando seu leite com a bombinha e jogá-lo fora para estimular a produção e poder continuar amamentando o bebê depois."

PARA QUE O PERÍODO DE AMAMENTAÇÃO SEJA REALMENTE TRANQÜILO, AS PACIENTES PRECISAM SER ACOMPANHADAS DE PERTO PELO SEU MÉDICO, E NÃO SÓ PELO PEDIATRA

De maneira geral, os médicos concordam com a opinião do Dr. Jayme. É possível combinar os remédios que são necessários com a fase de aleitamento materno. Sobre o Infliximab (Remicade), por exemplo, ainda não se sabe se o seu uso nesse período é seguro (o que é uma pena, pois ele é ótimo para remissão de crises). O mesmo acontece com a Azatioprina, a 6-Mercaptopurina e o Metronidazol. As drogas mais confiáveis para a fase de amamentação são a Sulfassalazina, a Mezalazina e os corticóides — esses últimos são aceitos quase que por unanimidade pelos profissionais. Já os imunossupressores, constantemente indicados para as doenças inflamatórias intestinais, são rigorosamente proibidos enquanto a paciente estiver amamentando. "Os imunossupressores provocam uma queda da imunidade da mãe e do bebê — por isso são contra-indicados", diz o Dr. Mauro Toporovski, chefe da Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica da Santa Casa.

Para que o período de amamentação seja realmente tranqüilo, as pacientes precisam ser acompanhadas de perto pelo seu médico, e não só pelo pediatra. Cada pediatra tem sua opinião sobre os medicamentos que podem ser indicados e isso, numa roda de conversa entre mães novatas, pode gerar dúvidas sobre o que é melhor fazer. Confiança total é o nome do jogo nessa fase da relação médico/paciente. Com Hellen Lupovici Moritz, 29 anos, tudo deu certo. "Passei muito bem na gravidez, não tive que mudar nada", diz ela. "Durante os oito meses em que amamentei tudo também correu bem". Hellen descobriu que tem Crohn há quase cinco anos. Desde então, toma um antiinflamatório intestinal diariamente — e não parou de tomar nem um dia enquanto estava amamentando. O pequeno Gabriel, seu bebê, está hoje com um ano e sete meses. Graças a Deus, é super saudável.

Facilidades para você

A missão da ABCD de facilitar ao máximo a vida de quem tem Doença de Crohn e Colite Ulcerativa vem se consolidando a cada dia e a associação continua crescendo. Fechamos convênios com laboratórios renomados, que oferecem descontos aos associados na realização de exames clínicos e de diagnósticos por imagens. Basta apresentar a carteirinha de sócio.

Os percentuais de desconto variam de laboratório para laboratório — quem quiser informações mais detalhadas pode obtê-las falando com a Karina Cardoso ou com a Ana Célia da Silva pelo telefone (11) 3064-2992.

Abaixo, segue a relação das instituições conveniadas até agora, com respectivos telefones para facilitar seu contato:

Belo Horizonte (MG)
Laboratório Humberto Abrão
Tel: (31) 3282-5700

Brasília (DF)
Laboratório Sabin de Análises Clínicas
Tel: (61) 328-0112

Cuiabá (MT)
Laboratório Carlos Chagas
Tel: (65) 623-4700

Curitiba (PR)
Laboratório Frischmann & Aisengart
Tel: (41) 340-8282

Porto Alegre (RS)
Laboratório Metanalysis
Tel: (51) 328-1099

Rio de Janeiro (RJ)
César Guerreiro Cirurgia, Proctologia e Vídeo Laparoscopia (vídeo colonoscopia) - **Tels (021): 2257-2165 2548-9927 2256-1455 2235-7477**

Gastro Centro Carioca (endoscopia alta e baixa, proctologia, etc.)
Tel: (21) 2242-1637

Laboratório Lamina
Tel: (21) 538-3939

Laboratório Richet
Tel: (21) 3325-2008
(21) 2535-6669

Salvador (BA)
Laboratório Dirceu Ferreira (análises clínicas)
Tel: (71) 351-2161

São Paulo (SP)
Bio Sana's Centro de Pesquisa e Tratamento Avançado de Feridas (Serviços para os associados: deiscências cirúrgicas, fístulas e curativos avançados)
Tel: (11) 5574-6794

CDB – Centro de Diagnósticos Brasil
Tel: (11) 3884-9222

Centro de Diagnóstico e Terapêutica Endoscópica S.C. Ltda (Cápsula Endoscópica, Endoscopia e Colonoscopia)
Tel: (11) 283-2019
287-1009
288-8649

Centro de Diagnóstico Dr. Alberto Eigier
Tel: (11) 3085-5499

Clínica Schmillevicth – Centro de Diagnóstico
Tel: (11) 3825-9666

CURA (diagnóstico por imagem, ultrassonografia, ressonância, RX, tomografia)
Tel: (11) 3887-4707

Instituto de Cirurgia do Aparelho Digestivo Profª Dra. Angelita Habr Gama (Colonoscopia)
Tel: (11) 3887-1757

Laboratório Fleury (análises clínicas e todos os tipos de exames)
Tel: (11) 3284-5233

Laboratório Rawet (anatomia patológica)
Tel: (11) 3826-8461

Prof. Dr. Arnaldo Ganc (endoscopia)
Tel: (11) 3887-5400

Prof. Dr. Paulo Roberto Arruda Alves (Colonoscopia)
Tel: (11) 3079-0621

Estacionamento na nossa sede

Para proporcionar mais conforto a você quando for visitar a sede da ABCD, fizemos convênio com o estacionamento **Rede Park, na Al. Lorena, 1700.** Ali, por **uma hora**, o associado pagará **R$ 2,00** desde que apresente o selo especial da ABCD.

Chegou Remicade® - única terapia que atinge o mecanismo

A Schering-Plough está lançando Remicade®, o produto que vem alcançando altos índices de eficácia no tratamento da Doença de Crohn em todo o mundo.

- 82% dos pacientes tratados com Remicade® obtiveram redução de 70% no CDAI em 4 semanas.[1]
- Neutraliza a ação do TNF diminuindo o processo de inflamação.[2]
- Rápido fechamento de fístulas em 3 meses de tratamento.[3]

Referências Bibliográficas: **1)** Targan, S.R.; Hanauer,S.B.; van Deventer,S.J.H., et al. A short-term study of chimeric monoclonal antibody cA2 to tumor necrosis factor a for Crohn's disease. N.Engl.J.Med., v.337,p.1029-1035,1997. **2)** Van Deventer,S.J.H. Tumour necrosis factor and Crohn's disease. Gut, v.40, p.443-448,1997. **3)** Present,D.H.;Rutgeerts P.;Targan,S. et al. Infliximab for the treatment of fistulas in patients with Crohn's disease. N.Engl.J.Med.,v.340, p.1398-1405, 1999.

REMICADE® - Infliximab 100 mg - **INDICAÇÕES:** Artrite reumatóide. REMICADE® é uma "Terapia Anti-Reumática Controladora da Doença" (DCART – Disease-Controlling Anti-Rheumatic Therapy) indicada para: redução de sinais e sintomas, prevenção de lesão articular estrutural (erosões e estreitamento do espaço articular), melhora do desempenho físico em pacientes com doença ativa apesar de tratamento com o metotrexato. Doença de Crohn. Tratamento da Doença de Crohn de moderada a grave para a redução de sinais e sintomas em pacientes com resposta inadequada às terapias convencionais. Tratamento de fístulas enterocutâneas com drenagem em pacientes com Doença de Crohn fistulizante. **CONTRA-INDICAÇÕES:** REMICADE® é contra-indicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente do produto ou a proteínas murinas; e em pacientes com sepsis. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** REMICADE® está associado a efeitos agudos de infusão e a reação de hipersensibilidade tardia. Estas diferem no momento do aparecimento. Portanto, todos os pacientes recebendo REMICADE® devem ser observados durante, pelo menos, 1 a 2 horas após a infusão para verificar o aparecimento de efeitos colaterais. Anticorpos direcionados contra o infliximab (anticorpos antiquiméricos humanos – HACA – human antichimeric antibodies) podem-se desenvolver em alguns pacientes e podem provocar reações alérgicas graves. Se ocorrerem reações graves, o tratamento sintomático deve ser introduzido e REMICADE® deve ser interrompido. Os pacientes devem ser avaliados quanto ao risco de tuberculose, incluindo tuberculose latente, antes de iniciar o tratamento com REMICADE®. Pacientes que manifestaram clinicamente infecções e/ou abscessos devem ser tratados para essas condições antes do tratamento com REMICADE®. Se o tratamento da tuberculose latente for iniciado, ele deverá ser feito antes do início do tratamento com REMICADE®. O tratamento com REMICADE® deverá ser interrompido se o paciente desenvolver infecção grave ou sepsis. Como a eliminação de REMICADE® pode levar até 6 meses, é importante o acompanhamento cuidadoso do paciente neste período. **Uso durante a gravidez e a lactação:** Não se sabe se REMICADE® pode provocar comprometimento fetal quando administrado a gestantes ou se afeta a capacidade reprodutiva. REMICADE® deverá ser administrado a uma gestante somente se for claramente necessário. Pacientes idosos Não foram observadas diferenças importantes na farmacocinética de REMICADE® em pacientes idosos (65 a 80 anos) com artrite reumatóide. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Foi demonstrado que a formação de anticorpos contra o infliximab é reduzida quando REMICADE® é administrado concomitantemente com metotrexato, azatioprina ou 6-mercaptopurina, mas não com corticosteróides. Nenhuma outra informação está disponível em relação a possíveis efeitos de outras drogas imunossupressoras ou a seus efeitos sobre a farmacocinética do infliximab. **REAÇÕES ADVERSAS:** Em estudos clínicos com REMICADE®, reações adversas à droga atribuíveis ao tratamento foram observadas em 37% dos pacientes tratados com o placebo e 57% dos pacientes tratados com REMICADE®. A maioria das reações adversas foi leve a moderada e os sistemas orgânicos mais freqüentemente afetados foram o sistema respiratório e pele e anexos. As causas mais comuns para interrupção do tratamento foram dispnéia, urticária e cefaléia. **POSOLOGIA:** REMICADE® destina-se ao uso intravenoso em adultos.Todos os pacientes que receberem REMICADE® devem ser observados durante pelo menos 1 hora após a infusão em relação aos efeitos colaterais. **Artrite reumatóide:**

Remicade®, o medicamento que está mudando a cara dos pacientes com Doença de Crohn.

chave da Doença de Crohn.

Inicialmente, uma infusão intravenosa de 3 mg/kg durante um período de 2 horas deve ser seguida por doses adicionais de 3 mg/kg em infusão, nas semanas 2 e 6 após a primeira infusão e, a partir de então, a cada 8 semanas. Depois de 22 semanas de tratamento, a dose pode ser aumentada para até 10 mg/kg, se necessário. REMICADE® deve ser administrado em combinação com o metotrexato. **Doença de Crohn moderada a grave:** Devem-se administrar 5 mg/kg em infusão intravenosa única em um período de 2 horas para o tratamento de atividade moderada a grave da doença em pacientes com resposta inadequada às terapias convencionais. **Doença de Crohn fistulizante:** Dose intravenosa de 5 mg/kg em período de 2 horas, seguida por doses adicionais de 5 mg/kg administradas nas semanas 2 e 6 após a primeira infusão para o tratamento de fístulas na Doença de Crohn. Retratamento para a Doença de Crohn e artrite reumatóide Na artrite reumatóide, a segurança e a eficácia do retratamento administrado a cada oito semanas já foram estabelecidas. Na Doença de Crohn, se os sinais e sintomas recorrerem, REMICADE® poderá ser administrado novamente dentro de 14 semanas após a última infusão. No entanto, a eficácia a longo prazo do retratamento não foi estabelecida.
VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - REG. MS.: 1.0093.0208

Remicade®
infliximab

Schering-Plough
você pode confiar

Central de Atendimento 0800-117788 Schering-Plough
www.splough.com.br
schering@splough.com.br
Cx. Postal 18388 • CEP 04626-970
Fax 0800-167789

Home Page: www.splough.com.br / e-mail:schering@splough.com.br
Rua Antonio das Chagas, 1.623 - 2º andar - CEP 04714-002 - São Paulo - SP

Doente bem nutrido é doente bem cuidado

Esse é o lema do médico que implantou o conceito de consciência nutricional em todo o país

Por Valquíria Sganzerla

Ele é considerado pelos colegas o "papa" da nutrição por toda a experiência adquirida nessa área em 25 anos de carreira. Na classe médica, é tido como o profissional que tem que ser consultado quando se quer saber mais sobre a arte de manter o corpo saudável e bem nutrido. De fato, o Dr. Dan Waitzberg, um carioca boa praça de 51 anos, não desaponta o público especialista — tampouco o leigo. É capaz de explicar em tom professoral, e sem a impaciência comum nos acadêmicos, quais são as propriedades e características dos peptídios, aminoácidos, lactase e outras tantas substâncias desconhecidas a quem não é da área.

Apesar de ter um currículo invejável e de ser convidado a dar palestras em todo o Brasil, esse médico nutricionista formado em Cirurgia do Aparelho Digestivo pela Faculdade de Medicina da USP, surpreende por sua constante tranqüilidade e ausência de deslumbramento. O Dr. Dan foi criado num ambiente de muita disciplina e trabalho. Seu pai era um polonês formado em química. Sua mãe, uma carioca com descendência russa, médica cardiologista. Com os modelos que teve dentro de casa, ele aprendeu desde cedo aquilo que considera a coisa mais importante na vida de qualquer profissional: trabalhar com foco e determinação.

Foi com que essa filosofia que o Dr. Dan conseguiu se sobressair na sua área e criar projetos que realmente fazem diferença. Vinte anos atrás ele fundou o Ganep — Grupo de Apoio de Alimentação Enteral e Parenteral — associação que preside até hoje. Com o lema "doente bem nutrido é doente bem cuidado", o Ganep tem um corpo médico de trinta nutricionistas e atende entre 150 e 160 clientes por dia. Desde 1985, o Grupo dispõe de uma área de atendimento de home care — absoluta novidade na época —, que faz nutrição parenteral domiciliar. Graças ao trabalho desenvolvido no Ganep, em 1978 o Dr. Dan foi convidado para compor, junto com outros cirurgiões, o Instituto de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Beneficência Portuguesa, onde até hoje presta serviço.

A carreira deste médico é uma sucessão de vitórias. Durante o biênio 1996 e 1997, ele foi presidente da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Depois disso realizou um projeto cujos resultados, além de lhe terem dado muita projeção no meio médico, chegaram rapidamente no Ministério da Saúde. Foi um estudo feito com 4.000 doentes, de 23 hospitais públicos, em mais de 15 estados brasileiros. Batizado de Estudo Brasileiro de Avaliação Nutricional, o projeto foi considerado um divisor de águas na concepção da terapia nutricional no Brasil. "Esse trabalho mostrou o grau de desnutrição dos pacientes internados pelo SUS e a pouca preocupação das equipes de saúde em relação à consciência nutricional", diz o Dr. Dan.

SOMOS BOMBARDEADOS DIARIAMENTE PELA MÍDIA COM INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS QUE NEM SEMPRE TÊM TEOR CIENTÍFICO. A NOSSA MISSÃO É FILTRAR AQUILO QUE TEM FUNDAMENTO

Pode-se dizer que o Dr. Dan é hoje um formador de opinião. Além de ter contribuído para teses de mestrado e doutorado de vários profissionais, ajudou a formar mais de cinco mil pessoas, entre estudantes e profissionais que freqüentaram os cursos promovidos pelo Ganep ou estagiaram nos serviços da empresa. Seu livro "Nutrição Oral, En-

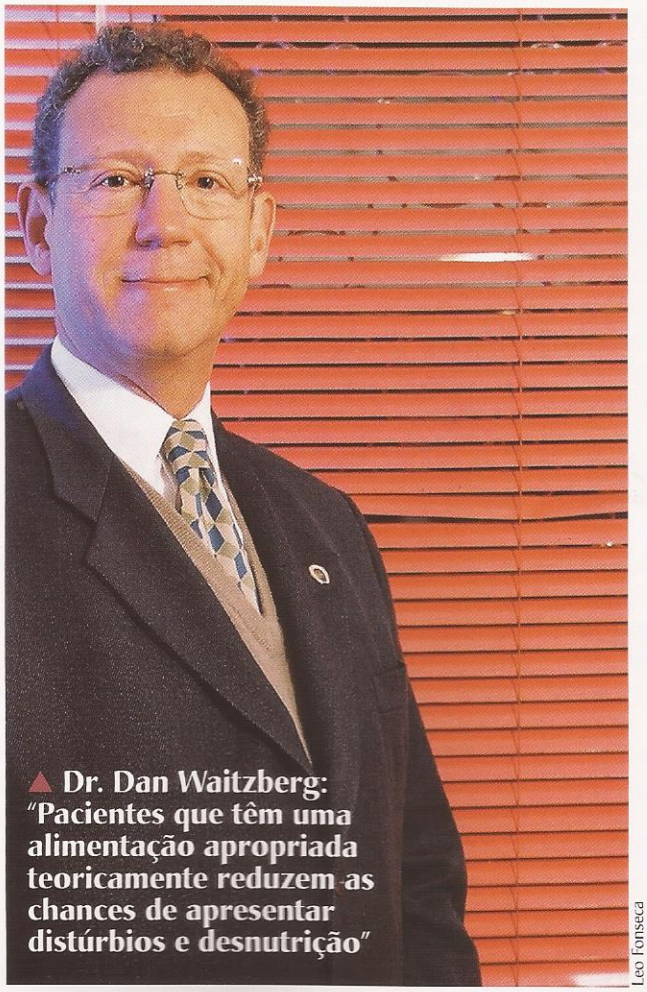
teral e Parenteral na Prática Clínica", é referência nas escolas de nutrição e traz ao autor uma responsabilidade ainda maior do ponto de vista de educação científica. Em função de tudo isso, o médico tem um cuidado especial para usar as palavras. "Nós somos bombardeados diariamente pela mídia com informações nutricionais que nem sempre têm teor científico", afirma ele. "A nossa missão é filtrar aquilo que tem fundamento."

Um exemplo disso é o que foi propagado a respeito do café. "Se o café é ingerido em altas doses, ele evita o aparecimento do diabetes tipo 2 — isso é verdade", diz Dan. "Mas é preciso levar em conta os efeitos colaterais de se tomar vários cafezinhos por dia". As úlceras e gastrites são apenas dois deles. Segundo o médico, as coisas não são estanques, ainda mais quando se trata de nutrição. "É sempre necessário avaliar os efeitos antes de falar faça isso ou faça aquilo", chama a atenção o médico.

Já deu para perceber que o Dr. Dan é meio workaholic, característica de quase todos os profissionais bem sucedidos. Mas isso não significa que ele não tenha outros interesses na vida. Seu filho Sami, de 21 anos, do primeiro casamento, que está se formando em economia é um deles. A mulher ngela, uma médica patologista com quem está casado há mais de dez anos e que dentro de dois meses o tornará pai pela segunda vez, também é parte importante de sua vida. "Vai ser uma nova experiência", diz Dan comemorando a chegada do bebê. Ele encontra tempo ainda para cultivar seu hobby preferido: a equitação — duas a três vezes por semana, pratica na Hípica de Santo Amaro e, lá mesmo, faz musculação. Viagens? Só as de trabalho, oportunidades em que aproveita para passear, conhecer os lugares e rever os amigos.

Apesar do pouco tempo livre, o Dr. Dan Waitzberg abriu um espaço na sua agenda para conversar com a ABCD em Foco sobre o seu assunto preferido: nutrição — só que ligada a Doença Inflamatória Intestinal. Acompanhe a seguir.

A ALIMENTAÇÃO PARENTERAL PODE SER FEITA EM CASA, MAS SÓ QUANDO NÓS PREVEMOS QUE A NECESSIDADE SERÁ MAIOR QUE TRÊS MESES — NUNCA POR UM PERÍODO DE SETE A DEZ DIAS



▲ **Dr. Dan Waitzberg: "Pacientes que têm uma alimentação apropriada teoricamente reduzem as chances de apresentar distúrbios e desnutrição"**

Leo Fonseca

No que consiste o tratamento nutricional nas crises de atividade das DII?

Uma crise de atividade pode ter uma intensidade variada. Se ela for muito intensa e provocar distensão abdominal, dor, inflamação, febre e vômitos, não há outra alternativa senão usar a nutrição parenteral — de preferência por veia central, durante um período de sete a dez dias. Se essa crise for de média ou leve duração, podemos substituir a alimentação e tentar alguma fórmula industrializada, quimicamente bem definida, à base de peptídios (derivados de proteína) e pobre em gordura, para ver se existe tolerância. Se não houver tolerância — que se manifesta por distensão abdominal, diarréia intensa e piora da dor — essa fórmula deve ser suspensa e o paciente deve ficar com a alimentação parenteral. A alimentação parenteral pode ser feita em casa, mas só quando nós prevemos que a necessidade será maior que três meses — nunca por um período de sete a dez dias. Se a necessidade for menor que esse prazo, o risco de ter algum distúrbio não compensa o benefício possível.

Para quais outros casos a alimentação parenteral é indicada?

Além dos casos de pacientes em crise, há casos de doentes de Crohn que foram operados várias vezes, perderam grande parte

do intestino delgado e passaram a ter o que chamamos de síndrome do intestino curto. Esses pacientes podem periodicamente receber, durante um tempo, nutrição parenteral. Existe ainda o doente que também sofreu ressecções (extirpações) e está desequilibrado, por isso pode receber nutrição parenteral periodicamente.

Há como prevenir deficiências de sais minerais ou vitaminas acarretadas pelo uso de medicamentos?

Na doença de Crohn verificou-se que existe deficiência de ácido fólico, vitaminas D e B12 além de ferro e zinco. É importante conhecer quais são as conseqüências que um medicamento pode acarretar. É possível aumentar a oferta de uma determinada vitamina ou de sais minerais. Em relação às drogas, nem sempre se pode dar ao luxo de não usá-las — evidentemente elas são necessárias para o controle de uma doença. Se, no entanto, houver uma alternativa, é sempre bom preferir medicamentos que não provocam distúrbios nutricionais. Os pacientes que utilizam azulfidine, por exemplo, droga associada à deficiência de folato, não podem abrir mão do remédio, pois este é importante para a regeneração de tecidos.

É possível prevenir a doença inflamatória intestinal?

Hoje não, mas um dia será possível sim. Nós estamos avançando, sob o ponto de vista da biologia molecular e da genética a uma velocidade impensável há alguns anos. Genes novos estão sendo identificados e as suas mutações e deleções (perda) também estão sendo identificadas. Em alguns anos, vai se começar a falar em terapia gênica. A doença de Crohn, especificamente, suscita uma abordagem complexa porque não se sabe exatamente a sua causa. Especula que seja de origem multifatorial, mas os estudos estão acelerados.

Existe alguma dieta especial para pacientes com doença de Crohn?

Nenhuma dieta em especial é comprovadamente eficiente em prevenir ou tratar a doença. No entanto, alguns doentes percebem que o leite, álcool, temperos picantes ou mesmo fibra podem piorar os seus sintomas. Pipoca e alimentos duros também devem ser evitados. Segundo alguns, até o glutamato de sódio (elemento usado, eventualmente , no tratamento) é prejudicial. O que se aconselha é a observação cuidadosa das reações digestivas aos alimentos e evitar aqueles que parecem piorar os sintomas. No Ganep, as nutricionistas sugerem para os pacientes manterem um diário que poderá ajudar, ao longo do tempo, a encontrar mais facilmente os alimentos associados à piora dos sintomas nos indivíduos susceptíveis.

Em algumas situações em que os alimentos convencionais não suprem as necessidades dos pacientes, é possível utilizar suplementos orais e até polivitamínicos para complementar as carências. Um grupo que merece atenção particular é o das crianças cujo crescimento possa estar retardado.

A alimentação errada pode desencadear crises, e a correta pode evitá-las?

Vamos imaginar uma ingestão de alimentos contaminados, que pode acontecer com qualquer pessoa. Levando-se em conta que o indivíduo com uma condição inflamatória tem o intestino menos capaz de se defender do que o do indivíduo normal — já que tem erosões, fissuras e pode até estar sangrando —, a ingestão de um alimento contaminado pode desencadear uma crise. Uma pessoa com cujo intestino possui essas características pode pagar um preço muito maior do que quem tem a mucosa intestinal integral.

Da mesma forma, se essa pessoa ingerir uma quantidade maior de gordura, poderá pagar um preço muito maior também, porque a gordura tem um componente de eicosanoides — moduladores inflamatórios, em particular, ácidos graxos poli-insaturados Ômega 6. Por outro lado, se os pacientes têm uma alimentação apropriada, teoricamente eles reduzem as chances de apresentar distúrbios e desnutrição.

Por que quem tem retocolite ulcerativa e doença de Crohn deve ficar longe do leite e seus derivados?

Em alguns casos, pode haver deficiência de lactase, que é uma enzima que fraciona a lactose (o açúcar do leite) em seus dois componentes. Na população em geral, na idade adulta, há uma deficiência importante de lactase. Quando a lactose não é fracionada ela, ao ser fermentada, cria condições de gases, de distensão abdominal, de cólicas e diarréia. Pessoas com DII podem piorar em função da própria moléstia inflamatória.

Explique e dê sua opinião sobre dietas elementares nas DII.

HOJE, NÃO É POSSÍVEL PREVENIR A DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL, MAS UM DIA ISSO SERÁ POSSÍVEL. ESTAMOS AVANÇANDO SOB O PONTO DE VISTA DA BIOLOGIA MOLECULAR E DA GENÉTICA

A idéia do uso de dieta elementar em Crohn é antiga. Surgiu na década de 70, junto com a viagem à Lua. Hoje, o uso de dieta elementar não é mais obrigatório 100%

As dietas elementares são também chamadas de dietas quimicamente bem definidas, onde o nutriente se apresenta na sua forma mais simples. Por exemplo: as proteínas são compostas por moléculas mais simples chamadas aminoácidos, estes se juntam e formam peptídios. Se forem dois aminoácidos, temos um dipeptídio; três, um tripeptídio; quatro, um tetrapeptídio e assim por diante. A proteína, que é a forma de apresentação do nitrogênio mais complexa, ao ser fracionada libera peptídios. Ao fracionar os peptídios, obtemos as formas mais simples, que são os aminoácidos. Uma dieta elementar, por definição, contém aminoácidos, glicose e uma pequena quantidade de ácidos graxos essenciais. Não tem sacarose, nem maltose, frutose ou polisacarídeos. Não tem peptídios nem proteínas. Tem aminoácidos.

A idéia do uso de dieta elementar em Crohn é antiga. Surgiu na década de 70, junto com a viagem à lua. Quando a pessoa se alimenta somente do elemento mais simples do nutriente, não ficam resíduos e, portanto, o bolo fecal não é produzido. Obviamente, isso foi muito interessante no começo da viagem espacial. Imaginou-se, principalmente nos Estados Unidos e no Canadá, que isso poderia também ser útil para os doentes com Crohn. Foram publicados alguns trabalhos mostrando a eficiência desse tipo de alimentação, que inibe a produção de algumas enzimas, especialmente quando é dada em jejum. No entanto, trabalhos mais recentes de médicos espanhóis de Barcelona, mostraram, através de estudos comparativos, que a dieta elementar não era superior à oligomérica, que é a que tem peptídios. Existem até alguns autores que a compararam com a polimérica e também não encontraram diferenças.

O resultado é que o uso de dieta elementar em pacientes com Crohn não é mais obrigatório em 100% dos casos. Talvez numa crise em que se queira evitar o uso de nutrição parenteral, seja possível fazer uma tentativa com a dieta elementar. Recentemente, tornaram-se disponíveis dietas poliméricas, contendo tgf-ß2 (fator beta 2 transformador do crescimento) que é uma citocina (substância reguladora da célula) naturalmente presente no leite materno e no leite de vaca. Esta citocina possui propriedades antiinflamatórias, de regulação do crescimento celular e de resposta imune.

O senhor percebe algum aumento no número de casos de doenças inflamatórias intestinais?

Existem informações consistentes de que está aumentando o número de casos de DII. Não só devido a uma atenção maior por parte dos médicos, que fazem um diagnóstico mais precoce, como também pela incidência na faixa etária, que está baixando e onde se percebe uma freqüência cada vez maior.

Que conselhos o senhor poderia dar aos doentes de DII?

Primeiro, a pessoa tem que fazer uma avaliação com um médico. Depois, deve fazer um inquérito alimentar de sete dias e verificar o tipo de alimentação que está ingerindo em relação aos nutrientes energéticos e no que se refere à quantidade e tipo de proteína, vitaminas e sais minerais. O paciente anota em detalhes, com medidas caseiras, tudo o que come durante uma semana, e depois submete esse resultado a uma nutricionista, que vai interpretar, como nós fazemos no Ganep, e traduzir isso para informação calórica e bioquímica. O passo seguinte é comparar esse resultado com as necessidades diárias e com o que essa pessoa precisa em função do que ela está tomando de medicamentos.

Como regra geral, sugerimos que sejam ingeridas refeições menores, intercaladas (de quatro em quatro horas) se um volume maior tornar os sintomas piores. Comer com fome, mas em pequenas quantidades e mastigar muito bem, porque a digestão já começa na boca. Também é importante beber líquidos para evitar desidratação, especialmente se houver diarréia. Sugerimos aos pacientes com DII ter em casa alimentos que comprovadamente possam comer sem problemas.

Como regra geral, sugerimos que sejam ingeridas refeições menores, de 4 em 4 horas. Também é importante mastigar muito bem, pois a digestão começa na boca

Fique por dentro...

...das últimas novidades para o tratamento de Crohn e Retocolite divulgadas num dos mais importantes congressos internacionais de gastroenterologia

Por Valquíria Sganzerla

Os congressos médicos, sejam eles nacionais ou internacionais, costumam divulgar as últimas novidades de tratamento para diversas patologias. Essa é, aliás, uma das principais atrações desses eventos. Infelizmente, os medicamentos apresentados e discutidos nos congressos demoram ainda um bom tempo para desembarcar nas prateleiras das farmácias. De qualquer forma, esses eventos comprovam que os cientistas e pesquisadores estão sempre trabalhando em ritmo acelerado para descobrir drogas que possam melhorar a vida de quem tem um problema de saúde.

Em se tratando de doença inflamatória intestinal (DII), os congressos internacionais mais importantes sempre têm novidades promissoras no que diz respeito a aliviar sintomas e prolongar os períodos de remissão das crises. Foi assim com o Remicade, lançado em 1998, e será assim com muitos outros remédios que a qualquer momento serão comercializados.

Os médicos que participaram do 67º Encontro Anual do Colégio Americano de Gastroenterologia, realizado de 18 a 23 de outubro em Seattle, Washington (EUA), saíram entusiasmados com o que ouviram ali. Além de se inteirarem de estudos que estão sendo feitos com medicamentos para DII, obtiveram novas informações sobre o uso de remédios já conhecidos. É o caso, por exemplo, do Infliximab (Remicade), droga considerada pela maior parte dos pacientes de Crohn como a que traz melhor qualidade de vida. Alguns estudos mostraram que o uso desse medicamento pode apresentar bons resultados também nos casos em que a retocolite ulcerativa é mais resistente à remissão dos sintomas.

Através do presidente da ABCD, Dr. Flavio Steinwurz, a ABCD Em Foco esteve presente no congresso do Colégio Americano de Gastroenterologia. Temos, portanto, informações quentíssimas sobre os lançamentos farmacêuticos na área das doenças inflamatórias intestinais que estão vindo aí. Há alguns medicamentos que, pelos resultados apresentados, merecem atenção especial. Veja quais são:

ADALIMUMAB, CDP-870 E MAP-KINASE

São três novos agentes ANTI-TNF, o que quer dizer que a família dos anticorpos contra o fator de necrose tumoral, que inclui o Infliximab (Remicade), vai crescer. Esses três medicamentos estão sendo testados nos pacientes de Crohn.

NATALIZUMAB

É a anti-integrina alfa 4 (Antegren), remédio que tem um mecanismo diferente dos anti-TNF porque impede a migração dos leucócitos (glóbulos brancos) através do vaso sanguíneo, reduzindo assim a inflamação. Os estudos têm mostrado que o Antegren pode atuar tanto em Crohn quanto na Colite Ulcerativa.

HUZAF

É o anticorpo monoclonal anti-interferon gama, outro mediador inflamatório. De uma certa forma, age como os anti-TNF e está em testes para a Doença de Crohn.

ROSIGLITAZONA (AVANDIA)

Alguns estudos mostraram que este remédio, indicado para diabetes, pode ter ação benéfica na colite ulcerativa.

COHERIN

Embora os dados ainda sejam insuficientes, esse medicamento — um extrato de glândulas pituitárias bovinas — também tem mostrado alguma ação em Crohn e Colite.

SARGRAMOSTIN (LEUKINE)

O nome deste princípio ativo é tão difícil de memorizar quanto a sua explicação: é um fator estimulante de colônias de granulócitos e macrófagos. Estudos mostram que ele pode ser eficaz contra os sintomas e crises de Crohn (*veja nota na Coluna de Olho no Íleo, pág. 17*).

RISEDRONATO

Esse remédio é indicado para osteoporose e nada tem a ver com o tratamento de Crohn ou Colite. Constatou-se, no entanto, que ele não interfere no quadro da DII quando usado em doses semanais para a osteoporose.

Ai, meu cotovelo!

A doença de Crohn e a retocolite podem causar dores e inflamações nas juntas

Por Maria Amalia Bernardi

Preste atenção a estas duas histórias: **I)** Anos atrás, um jovem jogador de basquete sentiu uma forte dor em um dos joelhos no meio de uma partida. Tratou do problema com um ortopedista, como se fosse uma torção ou algo assim. Tempos depois a dor voltou – e não foi mais embora, apesar de todos os tratamentos que fez. Foi, então, operado — uma vez, duas vezes, e nada de o joelho melhorar. A essa altura, ele já havia parado de jogar basquete. Ele não conseguia mais. Engordou, ficou deprimido e o tempo foi passando. Um dia, por causa de outros sintomas, descobriu que tinha Crohn. Tratou da doença da forma certa e hoje a tem controlada. O joelho? Voltou ao normal.

II) Em 1999, uma mulher de 40 anos estava no meio de uma crise de Crohn. Um dia, quando acordou, percebeu que seu tornozelo direito estava doendo. Estranhou, pois não tinha feito nenhum exercício nem torcido o pé. A dor piorou e, horas depois, já não conseguia andar. Foi ao ortopedista, fez radiografias, ultrasson e soube que estava com o tendão bastante inflamado. Por sorte, não havia rompido. Teve que engessar a perna inteira — e lhe foi prescrito um antiinflamatório. Como ela não podia tomar antiinflamatório (quem tem Crohn não pode), ligou para o médico que cuidava da sua doença e explicou o que estava acontecendo. O problema, na verdade, não era ortopédico — a inflamação havia sido causada pelo Crohn. Até hoje, quando está em crise, ela sente o tendão doer.

Muitos portadores de doença inflamatória intestinal (DII), não sabem que estão sujeitos a ter problemas como os citados nas histórias acima. Mas eles ocorrem em cerca de 15% dos casos. "Os doentes de Crohn ou de Colite Ulcerativa podem ter comprometimento do aparelho locomotor nas regiões periféricas, como mãos, joelhos, tornozelos e ombros", afirma o Dr. José Goldenberg, médico reumatologista do Hospital Albert Einstein. É claro que uma torção no pé ou um mau jeito no ombro pode acontecer com todo mundo, até com o melhor dos atletas. Só que para quem tem DII, a causa desses problemas nem sempre são ortopédicas. É aconselhável, portanto, sempre ouvir um especialista em DII antes de tomar qualquer decisão sobre o que fazer. Principalmente porque, muitas vezes, isso acontece mesmo que a pessoa não esteja em crise.

Resolver esse incômodo, teoricamente, é simples. A investigação começa com um bom exame médico, geral e específico, e com uma análise minuciosa do histórico clínico do paciente e dos seus familiares. "Dependendo do órgão ou sistema que estiver afetado, o doente terá que fazer outros exames — desde os de sangue até tomografia e mapeamento ósseo", diz o reumatologista Goldenberg (é comum as pessoas com estes sintomas serem encaminhadas para um reumatologista).

É essencial que o paciente não pare sua medicação para Crohn ou Retocolite enquanto está tratando o problema da dor e da rigidez das articulações que impedem os movimentos. "O tratamento para esses quadros são à base de analgésicos e corticóides", diz o Dr. Morton Scheinberg, médico clínico, reumatologista e imunologista também do Hospital Albert Einstein. "Às vezes há indicação de medidas fisioterápicas, como alternância de calor com infiltrações localizadas." Resolvida a questão, os pacientes voltam a ter vida normal.

MAIS UMA DROGA PARA CROHN

Um estudo piloto com um novo medicamento da Schering AG (Schering do Brasil) para doença de Crohn, o Leukine, mostrou que ele foi bem tolerado pelo grupo de pacientes que recebeu sua aplicação subcutânea diariamente, durante oito semanas. Esse estudo foi feito na Escola de Medicina da Universidade de Washington, com quinze portadores da doença, que tinham crises de moderada a severa. Cerca de 80% dos pacientes responderam positivamente ao tratamento. Destes, 53% tiveram remissão clínica dos sintomas. "Os resultados do estudo demonstraram que o Leukine é seguro e eficaz no tratamento de Crohn e proporciona uma boa melhora na qualidade de vida dos

segue →

pacientes", diz o médico que acompanhou o estudo, Joshua Korzenik.

NOVOS TESTES A FAVOR DO REMICADE

No início de julho, o FDA, órgão responsável pela regulamentação de remédios no mercado americano, aprovou a utilização do Infliximab (Remicade) para manutenção da remissão em portadores de doença de Crohn. A aprovação foi baseada no teste Accent 1, um grande estudo sobre esta terapia biológica que observou, durante 54 semanas, 545 pacientes da América do Norte, Europa e Israel. Estes pacientes apresentavam a doença numa atividade de moderada a severa.

O objetivo do trabalho foi avaliar a segurança e a efetividade do Remicade como uma terapia controladora da doença de Crohn, e também a qualidade de vida dos pacientes depois de usarem o remédio. "A dor e os sintomas da doença de Crohn podem ter um impacto difícil na vida dos pacientes", diz o médico Gary Lichtenstein, diretor do Centro de Doenças Inflamatórias Intestinais do Hospital da Universidade da Pensilvânia e professor associado de Medicina. "Pela primeira vez nós temos uma terapia que tanto pode induzir como manter a remissão dos sintomas da doença. Isto é um avanço significativo." Só como curiosidade, de 1998 a 2002, foram comercializados três milhões de frascos de Remicade, para 277 mil pacientes. Para obter mais informações sobre o medicamento visite o site: www.remicade.com.br

RISCO DE FRATURA

Entre o período de janeiro de 1983 e dezembro de 1996, endocrinologistas da Universidade de Aarhus, na Dinamarca, pesquisaram o risco de fratura em pacientes de doenças inflamatórias intestinais.

O estudo foi feito num universo de cerca de 16 mil pessoas – sete mil com doença de Crohn, oito mil com retocolite ulcerativa e 1000 com doença celíaca (alergia ao glúten). As conclusões do trabalho variaram conforme a idade, o sexo e o tempo que os pacientes apresentavam os sintomas.

No caso dos portadores de doença celíaca, não houve aumento no risco de fratura, nem antes nem depois de ser feito o diagnóstico. Já os pacientes com Crohn apresentaram aumento geral, antes e depois. Os pacientes com retocolite ulcerativa revelaram apenas um pequeno aumento sobre a época do diagnóstico, mas sem grandes incidências. Os médicos atribuíram esses resultados ao severo processo de inflamação que as doenças intestinais provocam no organismo e à quantidade de corticóides que os doentes costumam usar.

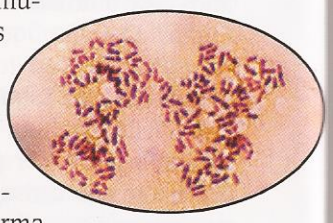
Por Maria Amalia Bernardi

TRATAMENTO EM TESTE PARA RETOCOLITE

Os pacientes de Retocolite Ulcerativa cuja doença esteja em atividade suave ou moderada podem ter boas surpresas boas para o seu tratamento. Estudos feitos na Universidade de Ciência Médica de Shiga, em Tókio, Japão, mostram que um novo cereal feito de cevada germinada (GBF), rica em fibras e proteínas, melhora o quadro inflamatório dos doentes formando lactobacilos-probióticos. Mais do que isso, os estudos com esse cereal constatam que a cevada germinada ajuda a manter as células que revestem a parede do intestino. Em outras palavras, as lesões intestinais podem ser cicatrizadas mais facilmente. Assim que o produto estiver disponível no mercado o alívio poderá ser grande para um bom número de pessoas.

BACTÉRIA VILÃ

Também no Japão, na Escola de Medicina da Universidade Jutendo, pesquisadores descobriram uma bactéria que freqüentemente é encontrada invadindo a mucosa do cólon dos doentes de retocolite ulcerativa. Seu nome é **Fusobacterium Varium** e, para estudá-la, foram formados dois grupos de 31 pacientes cada: um com portadores de retocolite ulcerativa ativa, doença de Crohn, colite isquêmica e adenomas do colón. Outro com pessoas saudáveis. Somente o soro de pacientes com retocolite ulcerativa mostrou reações específicas à bactéria. A taxa de descoberta de grupos específicos foi maior nos doentes de colite ulcerativa (61%) do que nos de Crohn (13%) ou sadios (29%). A pergunta que fica é se essa bactéria poderia ser a responsável, em parte, pelo processo inflamatório da retocolite? Vamos aguardar novos estudos.



NOVO

MESACOL® MS

MESALAZINA

A mesalazina com a qualidade ALTANA.

Diversidade de apresentações que permite melhor adequação da dose e conforto para os pacientes.

Exclusivas apresentações

Comprimidos

800 mg

Supositórios

500 mg

e também disponível em

Comprimidos

400 mg

Supositórios

250 mg

MESACOL® - Mesalazina - **Registro MS** - 1.0639.0200 - Uso adulto - **Apresentações e composição - Comprimidos:** Embalagens com 30 comprimidos revestidos, contendo 400 mg de mesacol; embalagens com 30 comprimidos revestidos, contendo 800 mg de mesacol. Cada comprimido contém lactose, amidoglicolato de sódio, estearato de magnésio, talco, polividona, sílica anidra coloidal, ácido metacrílico copolímero tipo B, dibutiltaltalato, óxido de ferro amarelo, óxido de ferro vermelho e polietilenoglicol 6000. **Supositórios:** Embalagens com 10 supositórios, contendo 250 mg de mesacol; embalagens com 10 supositórios, contendo 500 mg de mesacol. Cada supositório contém mistura de glicérides de ácidos graxos saturados. **Indicações:** Mesacol está indicado como antiinflamatório de ação local no tratamento de doenças inflamatórias intestinais na fase aguda e na prevenção ou redução das recidivas destas enfermidades: retocolite ulcerativa inespecífica - RCUI - (tanto a colite como a proctite ulcerativa) e doença de Crohn. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade a salicilatos e aos componentes da fórmula de Mesacol comprimido ou supositório. Insuficiências hepática e renal graves, com uma taxa de filtração glomerular menor que 20 ml/min, úlcera gástrica e duodenal ativa; tendência elevada a sangramento. Crianças abaixo de 2 anos. **Precauções e advertências:** Assim como todos os salicilatos, a mesalazina deve ser utilizada com cautela em pacientes com úlceras gástricas ou duodenais e por pacientes asmáticos (em função das reações de hipersensibilidade). Mesacol não é recomendado para os pacientes com a função renal prejudicada e deve-se ter cautela com pacientes cujos níveis sangüíneos de uréia ou proteinúria estejam aumentados. A mesalazina é rapidamente excretada pelos rins, principalmente o seu metabólito ácido N-acetil-5-aminosalicílico. Em ratos, altas doses da mesalazina, administradas por via IV, causaram toxicidade tubular e glomerular. Em caso de aparecimento de disfunção renal durante o tratamento deve-se suspeitar de nefrotoxicidade induzida pela mesalazina. Nestes casos é recomendado monitorar a função renal, especialmente no início do tratamento. Durante tratamento prolongado, é também necessário monitorar regularmente a função renal (creatinina sérica). O produto, a princípio, não deve ser empregado em gestantes e lactantes, exceto quando absolutamente necessário. O risco teórico de kernicterus relacionado à sulfapiridina (parte da molécula da sulfassalazina) é evitado com Mesacol. Estudos pré-clínicos não revelaram evidência de efeitos teratogênicos ou de toxicidade fetal oriundos da mesalazina. A pequena experiência de uso da mesalazina durante a gravidez não mostrou efeito prejudicial ao feto; entretanto, a mesalazina deve ser usada com cautela durante a gravidez e somente quando os benefícios para a mãe forem superiores aos riscos potenciais ao feto. Baixas concentrações de mesalazina e de seu metabólito N-acetilado foram detectadas no leite materno, mas o significado clínico desta evidência ainda não foi determinado. Portanto, deve-se ter cautela na administração da mesalazina à lactantes. Ainda não está estabelecida a segurança do produto em crianças. O produto contém lactose e deve ser evitado por pacientes com intolerância a esta substância. A diminuição da contagem e função dos espermatozóides observada com a sulfassalazina parece não estar associada à mesalazina. **Interações medicamentosas:** A ação hipoglicemiante das sulfoniluréias pode ser intensificada, assim como a hemorragia gastrointestinal causada por cumarínicos. A administração oral da mesalazina pode potencializar a toxicidade do metotrexato. O efeito uricosúrico da probenecida e sulfinpirazona pode ser diminuído, assim como a ação diurética da furosemida e da espironolactona. A ação tuberculostática da rifampicina também pode ser diminuída. Em tese, a administração concomitante de anticoagulantes orais deve ser feita com cautela. Substâncias como a lactulose, que diminuem o pH do cólon, podem reduzir a liberação da mesalazina dos comprimidos revestidos de Mesacol. **Reações adversas:** As reações adversas ocorrem em uma pequena proporção de pacientes que, previamente, não toleraram a sulfassalazina. Essas reações podem ocorrer na forma de náuseas, diarréia, vômitos, dor abdominal, cefaléia e flutuações do humor. Têm sido relatadas reações de hipersensibilidade, como exantema alérgico, febre, broncoespasmo, lúpus eritematoso, rashes e artralgia. Estes efeitos ocorrem independentemente da dose administrada. Pode haver aumento dos níveis de metahemoglobina. Mesacol pode estar associado com a exacerbação dos sintomas da colite nos pacientes que tiveram previamente problemas com a sulfassalazina. Foram relatados casos de pancreatite, miocardite, pericardite, nefrite intersticial, síndrome nefrótica e insuficiência renal com o tratamento por via oral; geralmente estes sintomas regridem com a suspensão do tratamento. Há raros relatos de reações alérgicas pulmonares, pneumonia eosinofílica, hepatite e discrasias sangüíneas, tais como leucopenia, neutropenia, trombocitopenia e anemia aplástica. **Posologia e modo de usar - Comprimido:** A dose recomendada para adultos é de 800 – 2.400 mg por dia, igualmente dividida a critério médico na dependência da gravidade do caso. Nos casos mais graves a posologia pode ser aumentada para 4.800 mg ao dia. De forma geral recomenda-se as seguintes posologias para adultos em doses divididas diariamente: Colite ulcerativa - Indução da remissão: dose de 2.400 – 4.800 mg. - Manutenção da remissão: dose de 1.200 – 2.400 mg, podendo ser aumentada para 4.800 mg. Doença de Crohn: - Manutenção da remissão: dose de 2.400 mg. Os comprimidos não devem ser mastigados, mas sim ingeridos inteiros, com um pouco de líquido. Não há dose recomendada para crianças. **Supositório de 250 e 500 mg:** Os supositórios são utilizados para tratamento da proctite e da proctosigmoidite. A dose recomendada para adultos é de 1–2 supositórios de 500 mg ou 2 a 4 de 250 mg, até 3 vezes ao dia, após a defecação. A dose depende da gravidade da doença, e pode ser diminuída assim que houver melhora dos sintomas. Na colite ulcerativa grave generalizada, afetando o reto ou retosigmóide, e em casos de resposta lenta à terapia oral, recomenda-se 1–2 supositórios de 500 mg, pela manhã e à noite, como adjunto da terapia oral. Não há dose recomendada para crianças. Com a remissão da sintomatologia clínica, preconiza-se como dose de manutenção, na dependência da resposta individual, um supositório de 250 mg ao dia, em dias alternados, ou mais espaçadamente. **Conduta na superdose e uso em pacientes idosos:** Em vista das propriedades farmacocinéticas da mesalazina, não são esperados efeitos tóxicos diretos, mesmo após a ingestão de grande quantidade da substância. Contudo, há falta de dados clínicos sobre superdose com a mesalazina. Deve-se ter cautela, considerando-se os possíveis efeitos adversos gastrointestinais. No caso de superdose podem ocorrer os mesmos sintomas relacionados à intoxicação por salicilatos, tais como: acidose ou alcalose, hiperventilação, edema pulmonar, desidratação por transpiração excessiva e vômito, hipoglicemia, distúrbios do SNC e hipotermia. Neste caso, o tratamento deve ser sintomático como restauração do equilíbrio ácido-básico, hidratação do paciente e administração de glicose. Na eventualidade da administração acidental de doses muito acima das preconizadas recomenda-se lavagem gástrica e administração intravenosa de eletrólitos para promover a diurese. Não há antídoto específico. Mesacol deve ser administrado com cautela em pacientes idosos (acima de 65 anos). PRODUTO DE USO SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. AO PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

EM CASO DE DÚVIDAS LIGUE GRATUITAMENTE

SAC 0800-7710345

www.altanapharma.com.br

ALTANA Pharma Ltda. é o novo nome da Byk Química e Farmacêutica Ltda. Rua do Estilo Barroco, 721, CEP 04709-011, São Paulo, SP.
Maiores informações poderão ser obtidas diretamente com o nosso departamento médico ou por meio de nossos representantes.

ALTANA

ALTANA Pharma Ltda.

VIVA HEALTH

Aprendendo a lidar com o Crohn

Procuro tomar conta da doença e não deixar que ela tome conta de mim

Por Padre Sebastião José Aparecido Ribeiro*

Desde criança eu queria ser padre. Sentia que minha vocação era ajudar os outros — isso sempre foi o que mais me deixa feliz. Na fase das dúvidas da juventude pensei em estudar história. Mas acabei fazendo o que meu coração mandava e fui para o seminário me preparar para ser padre. No dia 4 de agosto de 1995, fui ordenado — e tornei-me um homem realizado.

Mas aquele que deveria ser o momento mais feliz da minha vida — a celebração da minha ordenação —, não ocorreu exatamente como eu sonhava. Eu tinha um problema de saúde que ninguém conseguia descobrir o que era. A única coisa que eu sabia, e sentia, é que piorava a cada ano. Nos dias que antecederam a minha ordenação eu estava em crise. Sentia muitas dores, quase não me agüentava em pé. A cerimônia durou três horas — e eu passei essas três horas mais importantes da minha vida completamente inseguro. Tinha medo de que as dores começassem. Um médico ficou na Igreja, de prontidão para me atender. Em vez de ter condições de ajudar as pessoas como eu pretendia, tive que ser ajudado.

Tudo começou seis anos antes desse dia — em 1989. De repente apareceu um abscesso perianal. Consegui resolver o problema com alguns banhos de assento, recomendados pelo médico clínico que consultei e que tratou do caso como se fosse um furúnculo. Mas surgiu outro abscesso. E outro. Passei por

▲ Padre Sebastião: "Meu trabalho está mais tranqüilo e metódico

um verdadeiro calvário de internações hospitalares e biópsias que nunca revelavam nada. Depois vieram as dores terríveis no abdome. Fiz mais exames — os médicos continuavam sem saber o que eu tinha. Achei que estava ficando louco. Um médico me recomendou até procurar um psicólogo. Ele achava que as dores eram fruto da minha imaginação. Perdi peso. Dos 104 kg que tinha passei para 50 kg (tenho 1,84 m de altura). Fiz exames complicadíssimos — até de HIV. Senti que tudo estava perdido.

Depois de várias internações, finalmente descobriram que eu tinha doença de Crohn. No dia 12 de agosto de 1995, uma semana após a minha ordenação de padre, passei pela terceira cirurgia e perdi 1,20m do meu intestino delgado e grosso. Quando isso iria parar?, eu perguntava a Deus. Tudo o que eu sabia sobre a doença de Crohn é que ela não tinha cura. Um dia parou nas minhas mãos uma reportagem de um jornal falando da doença de Crohn, da ABCD e de um médico especializado em doenças intestinais, entre elas o Crohn. Foi a primeira vez que eu soube de alguém que tratava desse problema. Só que uma nova crise me impediu de procurá-lo imediatamente (eu moro em Uberaba). E, em janeiro de 2001, outra cirurgia levou mais 30 cm do meu intestino.

Assim que me recuperei fui procurar o tal médico da reportagem, em São Paulo. Quando cheguei em seu consultório, estava anêmico, fraco e chorava quase sem querer. Muito nervoso, eu esperava que ele dissesse que eu tinha uma outra doença, não Crohn. Infelizmente ele confirmou o diagnóstico, mas, por outro lado, me deixou esperançoso quando disse que é possível tratar da doença e entrar em remissão dos sintomas.

Hoje tenho 34 anos e vivo bem, embora tenha algumas limitações. Estou com 87 kg, não tenho mais anemia e as crises passaram. Celebro a missa todos os dias às 7 horas, mas meu trabalho na Igreja está mais tranqüilo e metódico. Poucos meses atrás experimentei o Remicade e melhorei bastante. Como me foi orientado, procuro tomar conta da doença e não deixar que ela tome conta de mim. Com toda a vivência que adquiri, quero passar uma mensagem a todos que têm Crohn: não desanimem — um dia certamente a cura para essa doença será descoberta.

E-mail: medalharibeiro@aol.com

STUDIONOVE

Azulfin
Sulfasalazina

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**

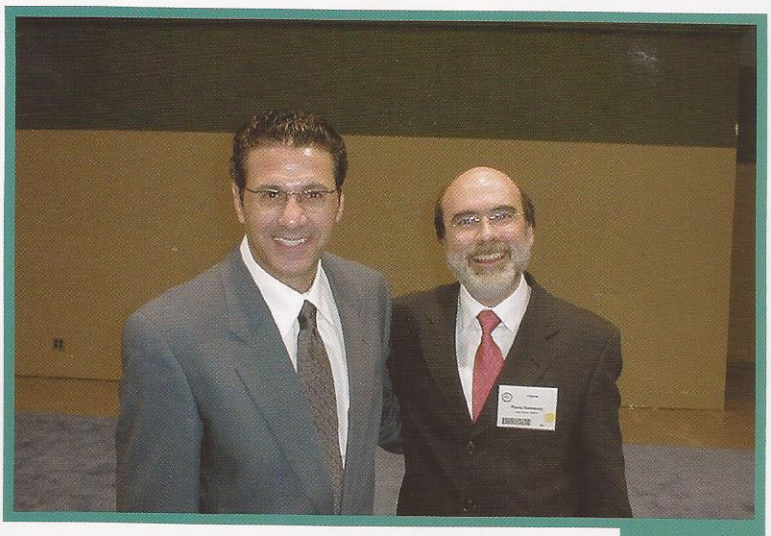
Azulfin
Sulfasalazina

Melhora a qualidade de vida do seu paciente.

apsen
www.apsen.com.br

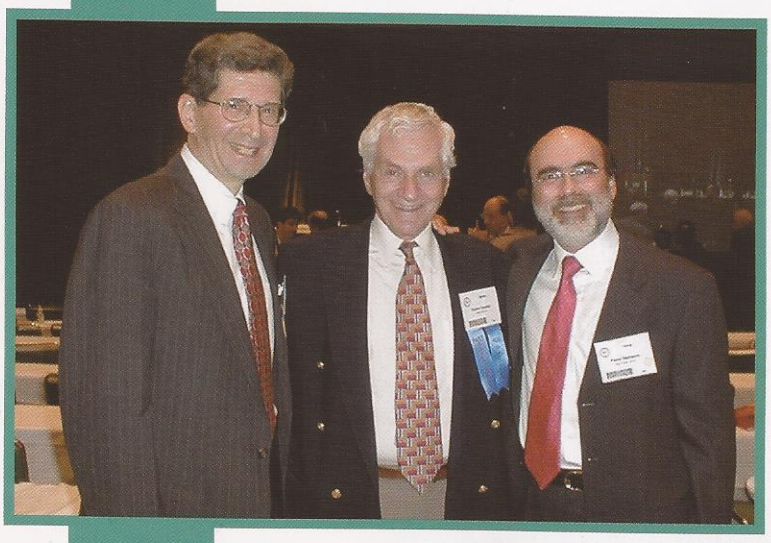
Reg MS: 1.0118.0124
Venda sob prescrição médica

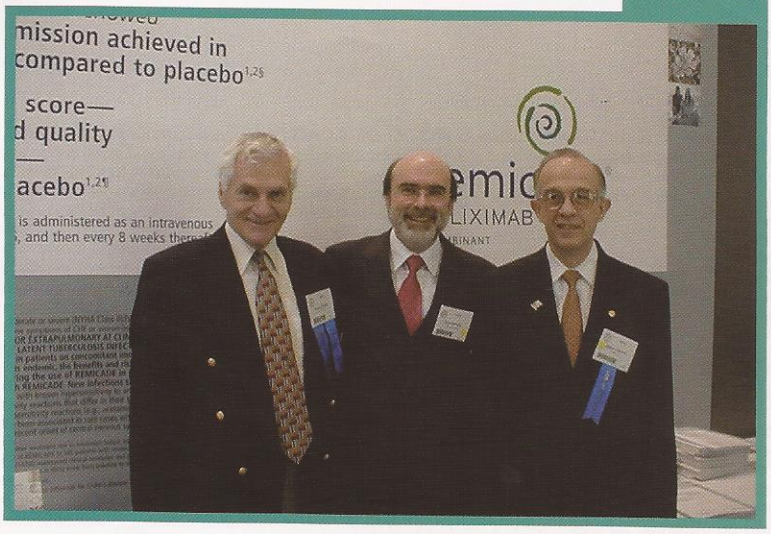
COMPOSIÇÃO: Cada comprimido revestido gastrorresistente de AZULFIN contém 500 mg de sulfasalazina **MODO DE AÇÃO:** A sulfasalazina (AZULFIN) é utilizada nos tratamentos dos distúrbios intestinais inflamatórios e na artrite reumátóide. Seu nome químico é ácido 5-[[p-(2-piridilsulfamoil) fenil] azo] salicílico. O seu modo e ação encontra-se ainda sob investigação. Entretanto, pode ser relacionado com as propriedades imunossupressoras observadas em animais nos modelos in vitro, com a sua afinidade com o tecido conjuntivo, e/ou com a concentração relativamente elevada encontrada nos fluidos plasmáticos, no fígado e nas paredes intestinais, como demonstrado nos estudos auto-radiográficos em animais. A sulfasalazina (AZULFIN) tem sido descrita também como um excelente veículo por transportar seus principais metabólitos - Sulfapiridina e Ácido 5-aminosalicílico - até o colo, onde tem sido reportada a ação local de ambos. Devido a seus metabólitos, os efeitos adversos, o tratamento e as precauções são similares aos relativos às sulfonamidas. Estudos clínicos recentes utilizando a administração retal de sulfasalazina e de seus metabólitos, indicaram que a maior ação terapêutica se deve ao ácido 5-aminosalicílico. **INDICAÇÕES:** Gastroenterologia: AZULFIN é indicado no tratamento da retocolite ulcerativa inespecífica. Colite ulcerativa média ou moderada. Como terapia adjuvante na colite ulcerativa severa. Doença de Crohn. Reumatologia: AZULFIN é indicado no tratamento da artrite reumatoíde e espondilite anquilosante. AZULFIN em comprimidos revestidos gastro-resistentes, é indicado particularmente aos pacientes que não podem tomar comprimidos simples devido a intolerância gastrointestinal, e naqueles em que há evidência de que a intolerância não é primariamente devida a níveis sanguíneos elevados de sulfapiridina e de seus metabólitos, como por exemplo pacientes sofrendo náuseas, vômitos, etc., quando tomando as primeiras doses da droga ou naqueles em que a redução da dosagem não alivia os efeitos colaterais gastrointestinais. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersenbilidade à sulfasalazina, seus metabólitos, sulfonamidas ou salicilatos. Em crianças abaixo de dois anos anos de idade.Na obstrução urinária ou intestinal. Pacientes com porfiria não devem receber sulfonamidas pois há relatos de que estas drogas podem precipitar um ataque agudo. **Gravidez:** Estudos de reprodução realizados em ratas e coelhas com doses acima de 6 vezes a dose em humanos, não revelaram evidências de alterações na fertilidade ou danos ao feto. Entretanto não há estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas. O produto só deve ser usado nesses casos se a avaliação médica concluir que é absolutamente necessário. **Amamentação:** As sulfonamidas são excretadas no leite materno. No recém-nascido elas competem com a bilirrubina pelos sítios de ligação com as proteínas plasmáticas e podem causar icterícia nuclear. Não se recomenda o uso da sulfasalazina durante a amamentação. **Pediatria:** Não foi estabelecida a segurança e eficácia da droga em crianças com idade inferior a dois anos. **Geriatria:** Nos idosos a possível ocorrência de reações adversas severas, exige observação e avaliação cuidadosa do estado geral do paciente, e controle frequente durante o tratamento. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Foram relatadas diminuição da absorção de ácido fólico e de digoxina quando administradas concomitantemente com sulfasalazina. **Interação com exames de laboratório** - A presença de sulfasalazina ou de seus metabólitos nos fluídos orgânicos, não foram reportados como passíveis de interferir com os exames de laboratório. **REAÇÕES ADVERSAS:** As reações adversas mais comuns, associadas com a sulfasalazina são anorexia, cefaléia, náuseas, vômitos, distensão abdominal e oligospermia aparentemente reversível. Estas reações ocorrem em cerca de um terço dos pacientes. **POSOLOGIA E MODO DE USAR: Doses Usuais:** *Tratamento Inicial:* Iniciar com 3 a 4 g diárias em doses divididas igualmente. Em alguns casos é mais prudente iniciar o tratamento com dosagem menor, por exemplo 1-2 g diárias, para diminuir efeitos gastrointestinais adversos. Se as doses diárias necessárias para alcançar os efeitos desejados excederem 4 g deve-se considerar o risco aumentado de toxicidade. *Tratamento de Manutenção:* 2 g diárias. **Apresentação:** Caixa com 60 comprimidos revestidos gastrorresistentes de 500 mg.



◀ O novo presidente da CCFA – Crohn´s & Colitis Foundation of América –, Rodger De Rose (*à esq.*), mostra toda a sua simpatia no encontro com o presidente da ABCD, Dr. Flavio Steinwurz, no Congresso Americano de Gastroenterologia, em Seattle.

▶ O congresso de Seattle foi palco de uma grande homenagem feita ao Dr. Seymour Katz (*à esq.*): ele foi nomeado Master do Colégio Americano de Gastroenterologia, entidade da qual já foi presidente. Seus amigos de longa data, o Dr. Burton Korelitz (*ao centro*) – também ex-presidente do Colégio Americano - e o Dr. Flavio Steinwurz, comemoraram junto com ele. Vale lembrar que os dois médicos americanos participaram ativamente da criação e do desenvolvimento da ABCD e hoje são nossos sócios beneméritos.



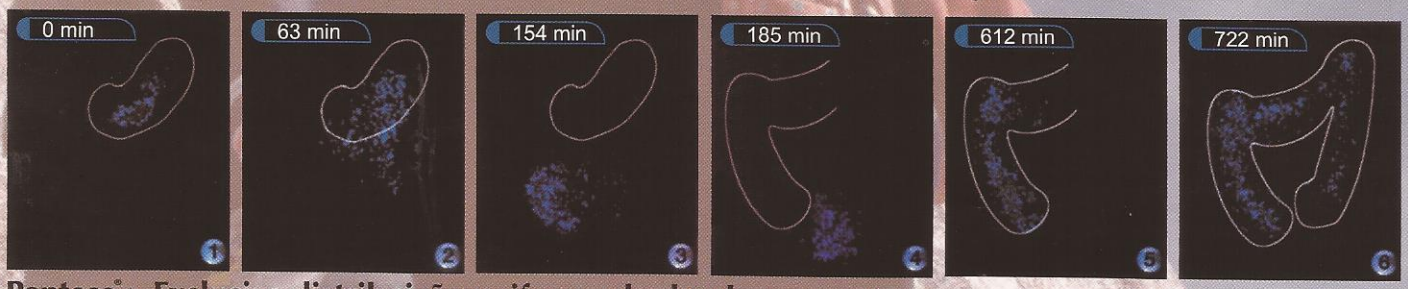


◀ O médico Alberto Barroso (*à direita*), radicado há muitos anos nos Estados Unidos, em Houston (Texas), também esteve no Congresso Americano de Gastroenterologia. Barroso é um brasileiro que muito nos orgulha pelo respeito que alcançou junto à comunidade americana. A seu lado estão o Dr. Korelitz e o Dr. Steinwurz.

Os tratamentos da Colite Ulcerativa e Doença de Crohn requerem uma abordagem inteligente...

Melhor distribuição = Melhor ação no local da inflamação

Cintilografia Gama mostrando a distribuição da mesalazina liberada pelos micrograânulos de Pentasa



Pentasa®: Exclusiva distribuição uniforme do duodeno ao reto

Pentasa® - Disponibilidade prolongada na mucosa inflamada

Rápida remissão dos sintomas

- Rápido controle das diarréias
- Redução imediata da dor
- Controle eficaz das hemorragias

Melhora da qualidade de vida do portador

- Rápida reintegração ao trabalho e atividades diárias
- Melhora da atividade sexual
- Restabelece a confiança do paciente

Pent. A3 03/02

Informações para prescrição:

Indicações: Pentasa® (supositório e comprimido) está indicado como antiinflamatório para reduzir as reações inflamatórias que acometem as mucosas gastrointestinais na colite ulcerativa idiopática e doença de Crohn. São também utilizados para prevenir e reduzir as recidivas dessas enfermidades, sendo o supositório indicado para as inflamações das porções colônicas finais (proctites ulcerativa). **Contra-indicações:** Pentasa® (supositório e comprimido) está contra-indicado a pacientes com conhecida hipersensibilidade aos salicilatos ou a qualquer componente das formulações e em casos de doenças renais ou hepáticas severas. **Precauções:** Não esta estabelecida a segurança do uso da Mesalazina durante a gravidez. A segurança do uso do produto em crianças foi parcialmente estabelecida. **"NÃO É RECOMENDADO O USO DE PENTASA® EM CRIANÇAS COM MENOS DE DOIS ANOS DE IDADE".** O produto deve ser usado com extrema cautela em pacientes com hepato e nefropatias não severas. Esses últimos, durante a utilização do produto, devem fazer, periodicamente, exames séricos e avaliações de creatininemia, especialmente durante a fase inicial do tratamento. Reações de hipersensibilidade cardíaca induzidas por mesalazina (mio e pericardites) e discrasias sangüíneas sérias têm sido raramente relatadas com mesalazina. O tratamento deve ser descontinuado caso haja suspeita ou evidências destas reações adversas. Em casos raros pacientes alérgicos a sulfasalazina podem também sofrer reações alérgicas ao Pentasa®. **Interações medicamentosas:** Nenhuma interação conhecida. **Reações adversas:** As mais freqüentes reações adversas vistas nos estudos clínicos são diarréia (3%), náusea (3%), dor abdominal (3%), dor de cabeça (3%), vômitos (1%) e eczema (1%). Reações de hipersensibilidade ocasionalmente podem ocorrer. Seguida da administração retal reações locais tais como prurido, desconforto retal e urgência podem ocorrer. É importante notar que muitas destas desordens podem ser atribuídas à própria doença inflamatória intestinal. **Alterações de exames laboratoriais:** Não há estudos bem controlados que constatem alterações em exames laboratoriais. Porém, alterações nas funções hepáticas e renais e nos componentes sangüíneos são relatados como reações adversas raras e que possivelmente ocasionem alterações em conseqüência a estas reações adversas.**Posologia/Comprimidos:** Colite Ulcerativa Adultos/Tratamento agudo: Dose individual de até 4 gramas divididas ao longo do dia./Tratamento de manutenção: Dose inicial recomendada de 1,5 g ao dia em doses divididas.- Colite ulcerativa Crianças com mais de dois anos de idade/Tratamento agudo e de manutenção: Dose individual recomendada de 20 a 30 mg/kg de peso corpóreo ao dia e doses divididas.- Doença de Crohn Adultos/Tratamento agudo e de manutenção: dosagem individual de até 4 g ao dia em doses divididas.- Doença de Crohn - Crianças com mais de dois anos de idade/Tratamento agudo e de manutenção: Dose individual recomendada de 20 a 30 mg/kg de peso corpóreo ao dia e doses divididas. **Supositórios**:- Proctite ulcerativa Adultos: Um supositório, uma a duas vezes ao dia por 4 semanas. **Cuidados de armazenamento:** O medicamento deve ser mantido à temperatura ambiente e em sua embalagem original, ao abrigo da luz. No caso dos comprimidos, o vidro deve ser mantido sempre bem fechado. **Prazo de validade:** Pentasa® (supositórios e comprimidos), conservado como descrito acima, é válido por três anos à partir da data de fabricação. Verifique o prazo de validade impresso no cartucho.

Laboratórios Ferring Ltda - Al. dos Guaramomis, 332 - Moema - 04076-012 - São Paulo, SP - tel: (0xx11) 5051-5233 - fax: (0xx11) 5051-0948 - www.ferring.com - e-mail: adm@ferring.com.br

FERRING
PHARMACEUTICALS

NOVO

Nestlé
NUTRIÇÃO CLÍNICA

JWThompson

As melhores Soluções e Serviços que o Profissional de Saúde exige.

fórmula única

especialmente desenvolvida
para pacientes com doença de Crohn.

o único com o fator
TGF - β2

Modulen IBD
tem um sabor leve e natural
facilitando a adesão ao tratamento.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE

0800-7702461

Nestlé
NUTRIÇÃO CLÍNICA

www.nestle.com.br/nutricaoclinica