ENTREVISTA: DR. DAVID SACHAR, DO MOUNT SINAI HOSPITAL, RECONHECIDO PELO SEU TRABALHO COM AS DII

ABCD em FOCO

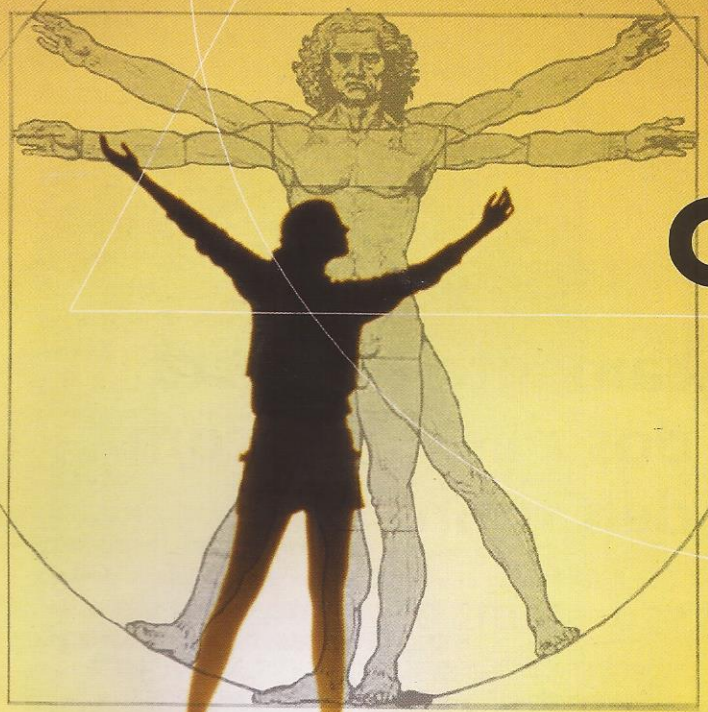
www.abcd.org.br

Revista da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

Ano IV
nº 15
primavera
2003

É POSSÍVEL VIVER EM HARMONIA COM AS DII?

Os tratamentos de manutenção mostram que sim



LINHA DO TEMPO MOSTRA A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

Conheça o medicamento que está mudando a cara dos pacientes com Doença de Crohn.

CONSULTE SEU MÉDICO

A Doença de Crohn é um mal cada vez mais presente e atinge milhares de pessoas no Brasil e em todo o mundo. De tratamento extremamente difícil, essa doença provoca inúmeros problemas de ordem social e psicológica. Porém, tudo isso está mudando rapidamente. Já existe um tratamento eficaz e decisivo que está realmente revolucionando a vida dos pacientes com a Doença de Crohn. Consulte seu médico.

Produzido em Out/03

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

Schering-Plough

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

Fundação Abrinq | Empresa Amiga da Criança

Instituto Criança é Vida
Educando para a saúde

Editorial

Primavera florida

Esta é a edição de número 15 da **ABCD em Foco.** Com seus quatro anos de existência, a nossa revista já tem uma tradição, e é aguardada a cada trimestre, na entrada das estações. É sempre importante lembrar que grande parte de seu sucesso deve-se à dedicação da equipe de jornalistas, liderada pela consagrada Maria Amalia Bernardi Caccuri. Maya, como todos a chamamos, dispensa maiores apresentações e elogios, mas já foi peça fundamental do grupo Exame, na Editora Abril, chefiando a revista Você S.A., e acaba de lançar um livro "A melhor empresa - como as organizações de sucesso atraem e mantêm quem faz a diferença". Queremos agradecer e desejar-lhe cada vez mais sucesso.

Nesta primavera nossa revista traz como matéria de capa uma importante reportagem sobre o tratamento de manutenção (*pág. 4*). O desafio de fazer com que a doença permaneça em remissão, ou seja, que não surjam novas crises, é uma das etapas mais cruciais da sua evolução. Muitas vezes a manutenção pode não impedir um novo surto de atividade, mas propiciar um intervalo maior sem que isto aconteça.

Atentem para a interessante entrevista com Peter Cartwright, membro da diretoria da NACC (National Association for Colitis and Crohn's Disease), que é a entidade inglesa similar à nossa (*pág. 14*). Ele escreveu um livro sobre os probióticos nestas doenças, algo que vem despertando a curiosidade da comunidade médica.

O XXVIII Congresso Panamericano de Doenças Digestivas, que aconteceu de 28 de setembro a 4 de outubro em Punta Del Este, no Uruguai, foi dos melhores do gênero. Os trabalhos apresentados estavam muitos interessantes e os profissionais que participaram eram da mais alta categoria. Veja detalhes em ABCD em Festa à pág. 18

Novamente este ano, a **ABCD** promoverá um Simpósio Internacional de Atualização em Doença Inflamatória Intestinal, desta vez muldisciplinar, possibilitando que médicos clínicos, gastroenterologistas, proctologistas, pediatras, nutrólogos e nutricionistas possam trocar informações sobre o que há de novo. Estarão presentes profissionais do Brasil, da Argentina (Dr. Luis Boerr e Dr. Alfredo Graziano) e dos EUA (Dra. Marla Dubinsky).

A todos vocês uma primavera bem florida.

Flavio Steinwurz

Sumário

REPORTAGEM DE CAPA
Dá para viver longe das crises?
Os tratamentos de manutenção mostram que é possível sim, viver em harmonia com as DII. **pág.4**

DE OLHO NO ÍLEO
O resultado da Fase III do Antegren **pág.8**
As manifestações dermatológicas e o Remicade **pág.8**
Longe do cigarro **pág.8**
Gravidez tranqüila **pág.8**

COLUNA DO CÓLON
Lactobacilos na prevenção da cirurgia de colite ulcerativa **pág.10**
Tudo por causa das batatas! **pág.10**
Os probióticos nas DII **pág.10**

HISTÓRIA
Sob a óptica da ciência
Registros de estudos do Crohn e da colite mostram a evolução histórica dessas duas doenças numa linha do tempo traçada de 1612 até hoje Pág. **pág.12**

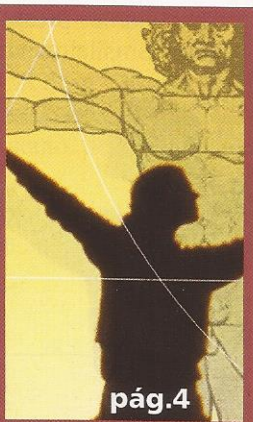
ENTREVISTA
"Nós ainda não sabemos tudo"
É o que afirma o médico americano, David Sachar, que também fala das mudanças ocorridas na colite ulcerativa e na doença de Crohn nas últimas décadas. **pág.14**

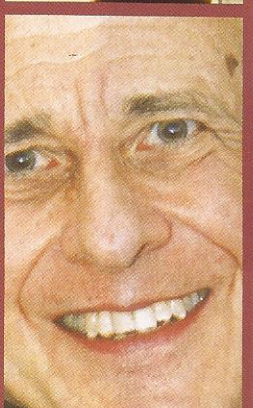
SIMPÓSIO INTERNACIONAL MULTIDISCIPLINAR DE ATUALIZAÇÃO EM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL **pág.16**

MINHA HISTÓRIA
Tempo nebuloso
Como a crise de retocolite e uma cirurgia no joelho mexeram com a vida do geólogo Fernando **pág.18**

ABCD EM FESTA **pág.20**

SÓCIOS CORPORATIVOS **pág.22**





Dá para viver longe das crises?

Os tratamentos de manutenção mostram que é possível sim, viver em harmonia com as DII

Por Valquíria Sganzerla

Está no dicionário: crônico é tudo aquilo que dura muito tempo. No caso das doenças, são aquelas que têm longa duração. Tendo-se em vista que as doenças inflamatórias intestinais são crônicas, como os especialistas afirmam, a tendência é que os pacientes de retocolite ulcerativa e da doença de Crohn tenham que aprender a conviver com as crises de dores abdominais, vômito e diarréia (para ficar nos sintomas mais previsíveis). Não dá para ficar na base do "tô nem aí, tô nem aí" para essas doenças. Contar apenas com corticóides ou imunossupressores toda vez que algum sintoma se manifestar, parece também que não é uma boa saída. O custo-benefício dos efeitos colaterais destes medicamentos precisa ser bem avaliado.

Em geral, as pessoas costumam dizer que se conselho fosse bom, não se dava, se vendia. Mas, mantendo um raciocínio lógico e direto, a sugestão para esses pacientes é adotar o que os médicos chamam de tratamento de manutenção. "É importante para o paciente fazer o tratamento para que as crises não voltem ou, se isso acontecer, que o intervalo entre elas seja mais prolongado" diz o Dr Flávio Steinwurz, médico gastroenterologista do Hospital Albert Einstein e presidente da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, a ABCD. "A escolha do tratamento de manutenção depende da localização, extensão e gravidade do caso, além de existência de cirurgia anterior e resposta verificada em tratamentos anteriores", diz o Dr Steinwurz. É provável que o argumento mais forte para persuadir os pacientes a fazer um tratamento de manutenção talvez seja lembrá-los de que ainda não foram descobertas a causas das DII, nem a sua cura. E viver num clima de terror ou em estado de alerta contra crises o tempo todo, convenhamos, "ninguém merece".

"A manutenção é necessária em todos os casos de retocolite para diminuir a chance de novas crises e também manter o nível de atividade inflamatória o mais baixo possível", diz a gastroenterologista Heda Amarante, diretora regional da ABCD em Curitiba. "Já na Doença de Crohn, ainda não foi comprovado que os tratamentos de manutenção reduzam crises ou a sua gravidade. Nos casos leves e moderados faz-se a remissão da crise com o medicamento apropriado e suspende-se o tratamento", diz a médica. A gastroenterologista Marta Brenner Machado, coordenadora da ABCD de Porto Alegre, chama a atenção que cada caso deve ser tratado de forma individual

e que para os portadores de Crohn são mais indicados o imunossupressor Azatioprina e os 5-ASA, os derivados dos aminossalicilatos (Mesalazina e Sulfassalazina). "Há estudos de médicos italianos sobre os probióticos (leia a nota da NACC à pág.), que podem contribuir no tratamento como coadjuvantes", diz a Dra Marta. O Dr Sender J. Miszputen, professor adjunto e chefe da disciplina de Gastroenterologia da UNIFESP — Escola Paulista de Medicina, também acredita que os salicilatos podem ajudar na manutenção da retocolite. "Especialmente com mesalazina e sulfassalazina, a manutenção pode fazer com que as crises tenham intervalos maiores e sem gravidade", diz ele. A Dra Magaly Gemio Teixeira, proctologista do Hospital das Clínicas tem uma opinião diferente dos seus colegas. "Com exceção dos pacientes com a doença perianal, que precisam manter um tratamento contínuo com imunossupressores associados a outras drogas, acho que quem tem Crohn e está bem não precisa tomar nada", diz ela.

O arsenal de opções de medicamentos para as DII é bastante completo (*veja o quadro à pág. 7*): aminossalicilatos, imunossupressores, antibióticos e o infliximabe (Remicade), o medicamento que virou a coqueluche de parte dos pacientes de Crohn pela melhora que traz após sua aplicação. O incentivo maior para os pacientes se cuidarem é que a maior parte desses medicamentos, incluindo o Remicade que tem um custo bastante alto, já vem sendo distribuída, gratuitamente, pelo Ministério da Saúde. "Tudo o que existe no exterior, a gente já encontra aqui e o SUS ajuda muito. Mesmo o medicamento importado, se consegue comprar com muito pouco acréscimo", diz o Dr Aderson Omar Mourão Cintra Damião, professor-assistente do Departamento de Gastroenterologia da FMUSP.

Outro dado importante para os pacientes é saber que já existem estudos mostrando resultados da utilização dos medicamentos pelos pacientes. "De 70% a 80% dos casos de retocolite se consegue controlar com tratamento clínico e somente 20% a 30% deles precisam de cirurgia. Quanto à Doença de Crohn, de 50% a 70% dos casos se mantêm bem, e em 30% a 50% deles a cirurgia é inevitável", completa o professor da FMUSP.

Sobre a eficiência do Remicade, ainda não se sabe bem o resultado. "Este medicamento é recente, de 1998, mas se tem a impressão de que ele está evitando cirurgias nos pacientes", diz o Dr Aderson.

"É importante para o paciente fazer o tratamento para que as crises não voltem ou, se isso acontecer, que o intervalo entre elas seja mais prolongado"

A ABCD em Foco conversou com cinco pacientes de Crohn e Retocolite Ulcerativa para saber como eles fazem para se manter longe das crises e se é possível viver em harmonia com as DII. Leia a seguir:

▲ **Daniel de Freitas: pós-operatório horrível**

DANIEL DIAS FREITAS, 25 ANOS

A história de Daniel com a Doença de Crohn começou quando ele estava com 17 anos e descobriu uma fístula anal. Depois de fazer uma colonoscopia, ficou sabendo que era um paciente de Crohn. O médico lhe receitou Meticorten e Sulfassalazina, mas estes medicamentos não impediram que ele passasse um ano com sangramento sempre que evacuava. Descobriu depois que tinha uma nova fístula na região que liga o intestino à bexiga e, em agosto do ano passado, precisou fazer uma cirurgia para tirar 30 cm do intestino. "O pós-operatório foi horrível. Além de os remédios para dor me provocarem vômito, se criou uma outra fístula na costura do intestino, e as fezes saíam pela barriga, através do buraco do dreno", conta Daniel. Só após a aplicação do Remicade que sua vida melhorou e ele pretende repetir a dose. Mas o medicamento que tem sempre no seu armário é a Azatioprina: toma dois comprimidos de 50 mg, diariamente. "Eu tenho este medicamento em casa, no serviço e até na casa da minha namorada Deise", diz Daniel, que tem 1,85m de altura e atualmente está com 84 kg. Há cinco meses, ele trabalha no Departamento de Cobrança de um banco em Porto Alegre, onde "nunca faltou, nem chegou atrasado", como gosta de ressaltar. No final do ano, vai concluir o curso de Ciências Contábeis e agora só faz uma cadeira às terças-feiras. Nos outros dias da semana fica até as 22:00 na locadora de vídeo da qual é sócio.

ALEXANDRE GUIMARÃES GREGORY, 29 ANOS

▲ **Alexandre Gregory: portador de doença celíaca**

Ele é paulista, mas mora em Curitiba há 24 anos, onde se formou farmacêutico pela Universidade do Paraná. Num dia de agosto de 2001 começou a ter diarréia repetidamente. "Fui ao banheiro 11 vezes seguidas com diarréia", conta Alexandre, que mora com os pais e tem dois irmãos. Quando procurou um médico para saber o que estava acontecendo, lhe disseram que era portador de doença celíaca (intolerância ao glúten). Chegou a perder 12 quilos – dos seus 52 kg normais, foi para 40 kg. Depois, o médico lhe pediu para fazer o exame do trânsito intestinal. Mas só a colonoscopia feita em fevereiro de 2002 deu certeza do diagnóstico: Doença de Crohn. "Eu nunca tinha ouvido falar dessa doença e tive que tomar uma dose cavalar de corticóide". Na verdade, Alexandre tomou Meticorten e já começou com Azatioprina, de 50 mg. "Só na primeira semana de tratamento recuperei nove quilos", diz Alexandre que agora está pesando 58 kg. Hoje, o rapaz continua tomando dois comprimidos por dia de Azatioprina de 50 mg, religiosamente às 10h30 e às 22h30. Ele recebe este medicamento, gratuitamente, do governo depois que se cadastrou na Secretaria Estadual da Saúde. Ele trabalha todos os dias numa farmácia e se consulta com uma médica gastroenterologista somente a cada três meses. "Eu sinto como se eu tivesse tido um problema na vida que passou e tudo voltou ao normal, como era antes", diz o farmacêutico.

GERALDO BATISTA, 35 ANOS

▲ **Geraldo Batista: cirgurgia radical**

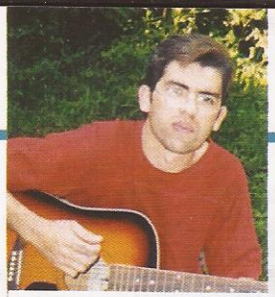
Ele mora no bairro Vicente de Carvalho, no Guarujá, em São Paulo. Ia completar 15 anos quando descobriu um caroço no ânus. Passou por exames, primeiro num hospital daquela cidade, depois num hospital do INSS em Santos, mas ninguém descobriu nada. Em 1985, já com 17 para 18 anos, foi para São Paulo, onde ficou internado no Hospital das Clínicas por três meses, fazendo mais uma bateria de exames e recebendo alimentação parenteral. Enfim, descobriu o Crohn e passou a tomar corticóides e sulfassalazina. Nesse período, Geraldo ainda teve que lidar com a tuberculose que manifestou. Dez anos depois, em outubro de 1995, seu quadro piorou muito. Além das dores abdominais, Geraldo teve desmaio e descobriu uma perfuração no intestino. No Guarujá mesmo ele fez a primeira cirurgia para tirar o íleo do lado direito e colocar a bolsa de colostomia. Em 1998, foi preciso refazer essa cirurgia. Só que desta vez de forma radical, para tirar o ânus e o intestino grosso. "Só por Deus para você ganhar força e querer continuar vivendo", diz Geraldo que é evangélico e teve que aprender a viver com as novas limitações. "A bolsa não é um troféu para ser mostrado para todo mundo, mas a gente tem que se acostumar com ela e as pessoas também precisam encarar esse problema com mais naturalidade", diz Geraldo que faz parte da Associação dos Ostomizados da Baixada Santista, onde troca experiências com outros pacientes (parece que sempre com bom humor). Há seis anos, ele toma 3 comprimidos por dia de Azatioprina de 50 mg e um comprimido de Omepriazol. No mês passado fez a segunda aplicação do Remicade.

ELIETE CRISTINA POTUK, 30 ANOS

▲ **Eliete Potuk: um ano com crise**

Ela mora em Curitiba desde 1996 e é analista de sistemas no HSBC Bank. Teve a primeira crise aos 21 anos, quando ainda morava em Maringá, sua terra natal, e depois de alguns exames, teve diagnosticado a retocolite. Depois de quatro anos tomando sulfassalazina, começou a ter diarréia com sangramento. "Na ocasião, o médico achou que eu tinha câncer do aparelho digestivo, sem fazer nenhuma biópsia", lembra Eliete que decidiu procurar outro profissional. Uma vez por ano, ela entrava em crise e tinha que tomar corticóides, como Meticorten. "Em oito anos, foram cinco crises", lembra. Até que em novembro de 2001 começou uma crise da qual levou um ano para se recuperar. Corticóides, sulfassalazina, buscopan, mesalazina e um corticóide aplicado diretamente no intestino pelo reto, tudo foi tentado. "Passei a comer menos e evitava sair de casa. Só saía se fosse a lugares em que eu tivesse banheiro por perto", diz Eliete. Já faz algum tempo que ela não tem sintomas da retocolite. Agora prefere pensar nos seus planos de casamento com George, 29 anos, seu namorado há 3,5 anos, de quem sempre teve o apoio. Segue rigorosamente o tratamento de manutenção da doença para continuar assim. Todos os dias, Eliete toma dois comprimidos de Azatioprina de 50 mg, e 3 comprimidos de Pentasa (Mesalazina), de 400 mg, que consegue do governo de graça, e ainda 2 cápsulas de Omega 3.

DANIEL SILVEIRA DA ENCARNAÇÃO, 25 ANOS.



▲ **Daniel Encarnação: diagnóstico de apendicite**

Há três anos Daniel mora em Caxias do Sul, onde trabalha como técnico de Telecomunicações e cursa o 9º semestre de Direito. Sua história com a doença de Crohn também começou quando era jovem e morava na cidade de Rio Grande, onde nasceu. Estava com 17 anos quando teve as primeiras crises com vômitos e diarréia e os médicos lhe diziam que poderia ser úlcera ou gastrite. Chegou a pesar 57 kg (tem 1,77m de altura). Como as crises não passavam, ele ficou internado duas semanas num hospital, fazendo exames. Finalmente, descobriram que o que ele tinha era Crohn. Tomou Sulfassalazina e conseguiu três anos de trégua da doença. "O Crohn só se manifestava em épocas de mais estresse, como períodos de prova e vestibular", conta Daniel. Logo depois foi morar na cidade de Bento Gonçalves, também no Rio Grande do Sul. Com um novo tratamento, o jovem começou a tomar Omeprazol para controlar um refluxo gástrico que tinha. Veio uma nova crise e mais uma internação hospitalar. "Apesar de eu avisar médicos, enfermeiros e até plantonistas que eu tinha Crohn, diagnosticaram apendicite. Fui para a mesa cirúrgica e só quando o médico fez o corte ele viu que 37 cm do meu intestino delgado estavam muito inflamados e ele precisava cortar. Aí eu caí na real sobre a gravidade desta doença", conta Daniel. Após um ano e meio de tratamento com uma nova médica, Daniel mostra sinais de muita melhora. Além de aumentar seu peso, voltou a praticar esportes: duas vezes por semana costuma nadar e na quarta-feira joga futebol com os amigos. Quando está com sua namorada que ainda mora em Bento Gonçalves (eles estão juntos há quatro anos) gosta de ir ao cinema. Todo o dia toma a Azatioprina, de 50 mg. O Remicade nunca tomou.

Nome genérico	Nome comercial	Classe de medicamentos	Indicação	Fase ativa das DII	Fase de manutenção das DII
Azatioprina **6-Mercaptopurina (derivado da Azatioprina)**	Imuran Purinethol	Imunossupressores	Artrite reumatóide, transplantes renais. Leucemia, Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa	NÃO, exceto casos selecionados	SIM
Ciclosporina	Sandimmune	Imunossupressores	Artrite reumatóide, Psoríase, Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa	SIM	NÃO
Methotrexate	Vários	Imunossupressores	Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn	NÃO	SIM
Tacrolimus	Prograf	Imunossupressores	Transplantados, Doença de Crohn	SIM	NÃO
Infliximabe	Remicade	Anti-TNF (fator de necrose tumoral)	Terapia biológica para Crohn	SIM	SIM
Prednisona **Hidrocortisona** **Budesonida**	Vários	Corticóides	Retocolite Ulcerativa, Doença de Crohn, além de outras indicações.	SIM	NÃO
Metronidazol	Flagyl	Antibióticos	Infecções, Doença de Crohn	SIM	NÃO
Cyprofloxacina	Cipro Procin	Antibióticos	Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn	SIM	SIM
5-Aminossalicilatos (mesalazina) **Sulfassalazina**	Pentasa Mesacol Azulfin	Salicilatos	Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn	SIM	SIM

SURPRESA!

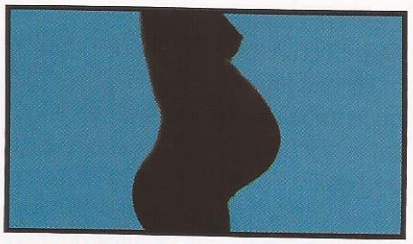
Na conclusão da Fase III dos estudos com Antegren, o remédio que vinha sendo aguardado ansiosamente pelos médicos porque, além da possível indicação para o tratamento da DII, poderia também ser usado pelos pacientes de esclerose múltipla, chegou-se a um resultado que ninguém esperava. É que os números finais do estudo, anunciados no final de julho pela Élan Corporation, uma das empresas responsáveis pelo projeto junto com a Biogen Inc., mostraram melhora significativa do quadro clínico de vários pacientes com o uso de placebo (comprimidos sem medicamento, apenas com açúcar ou farinha, como a pílula anticoncepcional que há alguns anos deu o maior buxixo no mercado brasileiro), comparáveis com o do grupo que usou a medicação (Antegren). Como se explica isso? Equilíbrio emocional? Confiança cega e determinada na melhora de um quadro médico? É preciso refletir... Mais estudos vão ser feitos para avaliar este medicamento. Estaremos atentos.

AS MANIFESTAÇÕES DERMATOLÓGICAS E O REMICADE

Em geral, os médicos gastroenterologistas sabem que as reações dermatológicas provocadas pela doença de Crohn podem ser tratadas por corticosteróides e imunomoduladores. Recentemente, porém, um grupo de gastro-pediatras do Children's Hospital of Wisconsin, nos Estados Unidos, descreveu os casos de quatro crianças com essa doença que apresentavam lesões na pele. O problema maior era que todos não respondiam ao tratamento convencional que lhes era indicado. O alívio da garotada só veio com o Infliximabe. Depois disso, os médicos acham que se deve prestar mais atenção neste medicamento também para casos específicos de complicações na área de dermatologia. Tem que ficar de olho...

LONGE DO CIGARRO

Mais uma do Infliximabe. Desta vez, de interesse direto para os pacientes de Crohn que são fumantes. Um estudo realizado, durante um ano, com 74 pacientes com estas características, no Western General Hospital, em Edimburgh, no Reino Unido, concluiu que os fumantes têm menos chances de ter sucesso no tratamento com o Infliximabe. Segundo o estudo, o risco de os sintomas voltarem difere significativamente entre fumantes e não fumantes (100% X 39%). Na hora de decidir seu tratamento, os fumantes com Crohn precisam levar esse resultado bem a sério. Ou não?



GRAVIDEZ TRANQÜILA

Já se falou bastante sobre este assunto, mas nunca é demais voltar a ele, pois há sempre marinheiras de primeira viagem: o que fazer para uma paciente de Crohn ter uma gravidez tranqüila. Vira e mexe, aparece uma notícia que pode mexer ainda mais com os hormônios femininos. Desta vez, a informação vem da Itália, alertando as mulheres com este perfil (que estão grávidas ou que desejam aumentar a família) para estar cientes de todo o tratamento que pode ser usado durante este período. A regra número 1 é manter uma conversa com o seu médico sobre os medicamentos indicados, que podem ter opiniões controversas. Alguns exemplos: o methotrexate deve ser evitado por ter efeitos abortivos ou causar malformações no feto; a sulfassalazina e a mesalazina, por sua vez, podem ser usados com relativa segurança também durante a amamentação; a azatioprina e a 6-mercaptopurina estão associados a malformações congênitas, enquanto a ciclosporina, tem relação com a demora no crescimento do feto e o risco de o bebê ser prematuro. O Infliximabe não aparece como um medicamento que cause efeitos adversos importantes na gestação, nem os antibióticos ciprofloxacina e metronidazol.

NOVO

MESACOL®

MESALAZINA

A Mesalazina da ALTANA com a comodidade e a economia que o seu paciente precisa.

Menor custo diário de tratamento entre as Mesalazinas.*

Diversidade de apresentações que permite melhor adequação da dose e conforto para o seu paciente.

EXCLUSIVAS APRESENTAÇÕES

supositório 500 mg

comprimido 800 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, dibutilftalato, 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 dessas 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 de 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. Nesses 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 dessa evidência ainda não foi determinado. Portanto, deve-se ter cautela na administração da mesalazina a lactantes. Ainda não está estabelecida a segurança do produto em crianças. O produto contém lactose e deve ser evitado por pacientes com intolerância a essa 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 sulfimpirazona 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. Esses 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 esses 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 a 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 a 4.800 mg. – Manutenção da remissão: dose de 1.200 a 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 proctossigmoidite. 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. Nesse 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. *Revista Kairos – Janeiro/2003.

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.

LACTOBACILOS NA PREVENÇÃO DA CIRURGIA DE COLITE ULCERATIVA

A Associação Americana de Gastroenterologia (AGA) anunciou, alguns meses atrás, resultados positivos com relação ao uso de lactobacilos para prevenção de cirurgias nos pacientes com colite ulcerativa. Principalmente os lactobacilos considerados potencialmente bons para a região do intestino, como a Bifidobacterium e a Streptococcus (os médicos podem traduzir esses nomes). Como isso foi testado? Cerca de 10% dos pacientes que usaram esses lactobacilos, em doses programadas, desenvolveram menos complicações no quadro da sua doença. Enquanto isso, 40% dos pacientes que tomaram placebo, apresentaram efeitos contrários, como sangramento, câimbras abdominais, incontinência e febre. Esta experiência está sendo feita também com pacientes de Crohn.

TUDO POR CAUSA DAS BATATAS!

Na cidade de Ipuiúna, a 100 km de Poços de Caldas, em Minas Gerais, alguma coisa está acontecendo que está deixando a comunidade médica do lugar bastante intrigada. É que muitos dos seus moradores, que vivem basicamente da plantação agrícola, sobretudo de batatas, são portadores de retocolite ulcerativa ou de doença de Crohn. "Tenho 10 pacientes com DII, a maioria deles com a Doença de Crohn", conta o gastroproctologista Henrique Geraldi Dias, 40 anos, que tem um irmão que também é médico, com a mesma especialidade, e cuja clientela apresenta quadro igual. "Pelo que se comenta, o problema está na drenagem da água de nutrição das batatas, que carrega agrotóxico e se mistura com o manancial que abastece a população", diz o Dr. Geraldi. Pode-se dizer que há uma suspeição clínica entre os médicos, mas, por enquanto, só entre os médicos. "Não tenho números oficiais, nem sei de tantos casos com essas doenças", diz a secretária municipal de Saúde, Marina Andrade de Aquino. Uma coisa é certa: se esses dados forem confirmados em grande parte da população da cidade, que atinge cerca de 30 mil habitantes, talvez valesse a pena fazer um estudo de causa e efeito das batatas sobre as DII. Quem se candidata?

OS PROBIÓTICOS NAS DII

Peter Cartwright, diretor da NACC, a National Association for Colitis and Crohn's Disease (a ABCD da Inglaterra, que em 2004 fará 25 anos de fundação), tem novidades, sobretudo para quem se interessa por probióticos. É que ele lançou o livro "Probiotics for Crohn's and Colitis" que trata dos probióticos, os suplementos alimentares que contêm bactérias "amigas" (friendly), como ele gosta de chamar, e que são recomendados para pacientes de DII. O autor do livro chama a atenção para o fato de que os pacientes têm que estar de comum acordo com seus médicos para a utilização dos probióticos. "Os probióticos têm fórmulas que variam muito e, por isso, nem sempre é fácil escolher um produto de boa qualidade, contendo bactérias vivas o suficiente para alcançar a parte final do intestino", diz Peter. Para escrever o livro, Cartwright utilizou sua experiência na NACC, onde viu que as pesquisas feitas pela Associação nos últimos dez anos evidenciavam a utilização dos probióticos para reduzir a severidade dos sintomas das doenças inflamatórias intestinais. A NACC, com seus 30 mil associados, arrecada cerca de 350 mil libras (cerca de 600 mil dólares) a cada ano para custear o desenvolvimento de pesquisas médicas sobre as DII. O livro foi bem recebido, tanto por pacientes como por profissionais da área médica, e é possível adquiri-lo na Internet, pelo site www.amazon.com.uk

▲ Peter Cartwright: livro sobre probióticos

Azulfin
Sulfasalazina

SULFASALAZINA COM 60 COMPRIMIDOS REVESTIDOS GASTRO-RESISTENTES.

AZULFIN
(sulfasalazina)

FORMA FARMACÊUTICA E APRESENTAÇÕES Comprimido revestido gastro-resistente de 500 mg - Caixas com 60 comprimidos **USO ADULTO INDICAÇÕES Gastroenterologia** AZULFIN é indicado no tratamento da retocolite ulcerativa inespecifica. Colite ulcerativa média ou moderada. Como terapia adjuvante na colite ulcerativa severa. Doença de Crohn. **Reumatologia** AZULFIN é indicado no tratamento da artrite reumatóide e espondilite anquilosante. **CONTRA-INDICAÇÕES** Hipersenbilidade à sulfasalazina, seus metabólitos, sulfonamidas ou salicilatos. Em crianças abaixo de dois 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. **ADVERTÊNCIAS** Em pacientes com dano hepático ou renal ou, com discrasias sanguíneas. Mortes associadas ao uso de sulfasalazina foram reportadas em relação a reações de hipersensibilidade, agranulocitose, anemia aplástca, outras discrasias sanguíneas, dano renal ou hepático, alterações musculares irreversíveis ou do SNC e alveolite fibrosa. Contagem sanguínea completa tanto quanto análise de urina com exame microscópico cuidadoso, devem ser realizados frequentemente nos pacientes em tratamento com AZULFIN. Oligospermia e infertilidade foram observadas em homens em tratamento com sulfasalazina. A interrupção do uso da droga parece reverter estes efeitos. **PRECAUÇÕES Gerais** Em pacientes com alergia severa ou asma bronquial. Deve ser mantida a administração adequada de líquidos de modo a prevenir a cristalúria e a formação de cálculos. Em pacientes com deficiência de glicose-6 fosfato desidrogenase. O medicamento deve ser descontinuado imediatamente caso ocorram reações tóxicas ou hipersensibilidade. Nos casos isolados em que comprimidos de AZULFIN não se desintegrarem e forem expelidos inteiros, a administração dos comprimidos revestidos deve ser interrompida imediatamente. **Gravidez** O produto só deve ser usado nesses casos se a avaliação médica concluir que é absolutamente necessário. **Amamentação** 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. **Exames de laboratório** O progresso da doença durante o tratamento deve ser avaliado por critérios clínicos, incluindo a presença de febre, alteração de peso, grau e frequência da diarréia e sangramento, tanto quanto por sigmoidoscopia e avaliação das amostras por biópsia. Pacientes em tratamento com AZULFIN devem ser submetidos com frequência à contagem sanguínea completa e análise de urina com exame microscópio cuidadoso. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS** Foram relatadas diminuição da absorção de ácido fólico e de digoxina quando administradas concomitantemente com sulfasalazina. **REAÇÕES ADVERSAS E ALTERAÇÕES DE EXAMES LABORATORIAIS** 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. As reações adversas menos frequentes são: rash cutâneo, prurido, urticária, febre, Heinz body anemia, anemia hemolítica e cianose, que podem ocorrer numa frequência de um para cada 30 pacientes ou menos. Reações que podem ocorrer raramente, em cerca de 1: 1000 pacientes, são: Discrasias sanguíneas, reações de hipersensibilidade, reações gastrointestinais, reações do SNC, reações renais. Raramente, pode ocorrer bócio, diurese e hipoglicemia em pacientes recebendo sulfonamidas. Pode ocorrer sensibilidade cruzada com estes agentes. Os ratos parecem ser especialmente suscentíveis aos efeitos bociogênicos das sulfonamidas e a administração prolongada produziu malignidade da tireóide nestas espécies. **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 A resposta ao tratamento e os ajustes da dosagem devem ser determinados através de exames periódicos. Geralmente é necessário continuar a administração, mesmo quando os sintomas clínicos, incluindo diarréia, já estiverem controlados. Quando o exame endoscópico confirmar uma melhora satisfatória a dosagem é reduzida ao nível de manutenção. Se a diarréia ocorrer, a dosagem deve ser elevada para os níveis efetivos anteriores. Se os sintomas ocorrerem após os primeiros dias de tratamento, serão devidos provavelmente ao aumento dos níveis plasmáticos totais de sulfapiridina, e podem ser aliviados com a administração da metade da dose, a qual pode ser aumentada gradualmente após alguns dias. Se os sintomas persistem, a droga deve ser descontinuada por cinco a sete dias, reinstituindo-se o tratamento com a menor dose diária. **DOSE LIMITE:** Para adultos é de 12 g/dia ou 500 mg a cada hora. **Reg MS: 1.0118.0124. Venda sob prescrição médica.**

apsen

apsen e Teleton
Unidos pela solidariedade
Parte da renda da Apsen é destinada ao Projeto Teleton, transformando lucro em cidadania

CENTRO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR
0800 16 5678
LIGAÇÃO GRATUITA
infomed@apsen.com.br
www.apsen.com.br

1) Hogezand RA, Bemelman WA. Management of recurrent Crohn's disease. Netherlands Journal of Medicine. 53 (1998). S32-S38.
2) Revista ABC FARMA junho/2003.

STUDIONOVE

Sob a óptica da ciência

Registros de estudos do Crohn e da colite mostram a evolução histórica dessas duas doenças numa linha do tempo traçada de 1612 até hoje

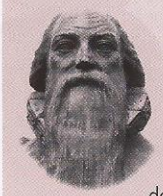
Por Valquíria Sganzerla

Foi somente no final da década de 1990 que as doenças inflamatórias intestinais passaram a ter seus diagnósticos mais familiarizados pela imensa maioria dos médicos que, até então, tinham carência quase que total de informações sobre esse assunto. Imagine os pacientes então! Ainda hoje, pode se ouvir histórias de pessoas que só depois de muitas internações hospitalares, inúmeros exames clínicos, ultrassonografias e enfim, colonoscopias (isso tudo entre períodos de troca de médicos, na maioria das vezes), descobriram que tinham colite ulcerativa ou doença de Crohn.

Engana-se, porém, quem imagina que essas doenças fazem parte da literatura recente da comunidade médica internacional. Muito ao contrário, há registros de que o primeiro diagnóstico de doença inflamatória intestinal foi feito em 1612. De lá para cá, apesar de não terem sido descobertas as causas nem a cura dessas doenças, os cientistas não se cansam de investigar os fatores que podem ser os responsáveis pelo aparecimento dos seus sintomas. Aí, a visão panorâmica dos pacientes vem sendo completa: desde a carga genética até o estudo do meio ambiente em que ele vive e como é o seu perfil psicológico-social. Não se pode deixar de dizer que os laboratórios também fazem a sua parte, lançando novos medicamentos no mercado que ajudam a melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Chega de ter dores no abdome! Chega de conviver com diarréias! Fim das escapadas ao banheiro!

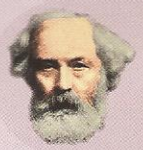
O que se assistiu nesses últimos anos foi o surgimento de novas terapias para tratar das DII. O avanço do conhecimento dos médicos sobre as doenças inflamatórias intestinais só não ganhou projeção maior porque, infelizmente, a cura para elas ainda não foi descoberta. Mas eles sabem que não dá para generalizar os sintomas dessas doenças. Não! Cada caso é um caso e cada paciente responde de um jeito particular a qualquer tipo de tratamento. Mas pode-se afirmar que hoje os médicos sabem como tirar os pacientes das crises mais facilmente, aliviando — e muito — o fardo que costuma ser para quem tem uma doença crônica. Esse conhecimento é discutido e analisado em todos os congressos médicos que acontecem com freqüência, reunindo especialistas do mundo todo, sobretudo da área de Gastroenterologia. Para os doentes de DII, esse arsenal de informações é sinal de que o tempo não pára para a comunidade médica que quer dominar novas tecnologias. Para o leitor visualizar as mudanças que ocorreram em mais de 300 anos de investigação das DII, a ABCD em Foco mostra uma linha imaginária do tempo (idealizada pela revista "Focus" da CCFA, a Fundação Americana de Crohn e Colite), com todas as conquistas que foram registradas nesse período:

A LINHA



1612
Foi feito o relatório de **Wilhelm Fabry**, da Alemanha, detalhando uma autópsia de um garoto que tinha sintomas do que pode ser classificado hoje como a doença de Crohn.

1800
Um médico irlandês de Dublin descreveu os sintomas identificados mais tarde como os de Crohn, com relação a crianças, e o **Dr. Samuel Wilks** mostrou, em 1859, na Gazeta Médica de Londres, a primeira descrição de colite ulcerativa.



1883 – 1908
Por mais de duas décadas, cerca de 300 pacientes entraram em sete hospitais de Londres apresentando uma inflamação severa na região do cólon. Desse total, 141 pacientes morreram com complicações.

1900
Depois de passar por um período de crises de casos reincidentes de Crohn, o que gerou confusão de diagnósticos com tumor maligno, pesquisadores britânicos encontraram uma ligação entre o diagnóstico de câncer e colite ulcerativa. A partir disso, foi recomendada a utilização de novas ferramentas para se fazer o diagnóstico correto, com a indicação da proctosignoidoscopia.

1909
Os primeiros casos de pacientes com colite **numa mesma família** são discutidos num simpósio médico em Londres. Os médicos descartam a coincidência desses exemplos.

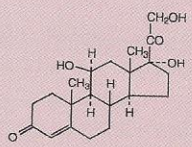
1920-1930
Pesquisadores começam a investigar a possibilidade de um agente infeccioso ser o causador da colite ulcerativa e da doença de Crohn. Na verdade, até 1960, a colite ulcerativa foi objeto de pesquisas dos cientistas que tentavam descobrir as causas desta doença, através da reprodução dos animais. Infelizmente, sem nenhum sucesso.

O TEMPO: DE 1612 ATÉ HOJE

1930
Pela primeira vez, dois relatórios médicos americanos associaram a colite ulcerativa a fatores genéticos. Estabelecer um tratamento para as doenças inflamatórias intestinais, porém, foi só a partir de 1950.

1932
Três médicos americanos do Mt. Sinai Hospital, em Nova Iorque, — Dr. Oppenhjeimer, Dr. Ginsburg e **Dr. Crohn** — publicaram o primeiro trabalho que descrevia as dores localizadas provocadas pela colite ulcerativa no Jornal da Associação Médica Americana. Mais tarde, uma destas doenças foi batizada com o nome do Dr. Burril Crohn.

1940
O Dr. Nana Svartz, um reumatologista, de origem sueca, foi o primeiro médico a usar a sulfasalazina no tratamento de colite ulcerativa, o que se tornou a coqueluche do tratamento pelos próximos 50 anos.

1950

Os médicos perceberam o impacto que a cortisona e os **corticóides** causam nas condições físicas dos pacientes que são portadores de DII. Imediatamente, estes medicamentos começam a ser mais desenvolvidos na sua tecnologia.

1954
O Dr. B. N. Brooke, o cirurgião que desenvolveu o processo de ileostomia, concluiu que há três formas distintas de colite, com causas diferentes.

1959-1960
Pela primeira vez, é registrada na Inglaterra e os médicos admitem que a doença de Crohn pode afetar a região do cólon.

1960
Os imunossupressivos, como o 6-mercaptopurina e a azathioprina são introduzidos no tratamento da doença de Crohn e provam seus efeitos. Uma série de estudos também registra que as DII atingem, igualmente, homens e mulheres, principalmente os moradores de regiões urbanas, com uma procedência maior nas pessoas de origem caucasiana e judaica, sobretudo da Europa e do norte da América.

1960-1970
Nesta década, os médicos passam a prestar mais atenção ao sistema imunológico dos pacientes com DII.

1967
É formada a **CCFA, a Fundação Americana de Crohn e Colite**, reconhecida como a primeira entidade de pesquisas.

1969
O Dr. Nils Kock, um cirurgião sueco, desenvolve um procedimento de ileostomia (a cirurgia que permite o esvaziamento do conteúdo intestinal, através da ligação da região do íleo com a parede abdominal), eliminando a necessidade do uso de uma bolsa escrotal externa.

1970
Começam a aparecer com mais freqüência os resultados das pesquisas com medicamentos para DII. Muitas vezes, até de forma contraditória. A princípio, não se observam diferenças entre os efeitos do placebo e da azathioprina. Por outro lado, uma pesquisa clínica revela que a azathioprina e o 6-mercaptopurina demoram muito para agir nos pacientes. A CCFA, por sua vez, reconhece a ação do tratamento da doença de Crohn com o 6-mercaptopurina.

1971
Um estudo realizado em Chicago mostra uma pesquisa com 646 pacientes, dos quais 113 tinham DII causadas, aparentemente, por componentes genéticos.

1980

Médicos cirurgiões descobrem uma forma de fazer a construção interna de uma bolsa nos pacientes que têm problemas no **íleo** terminal e esse procedimento torna-se a forma mais popular de se fazer uma colostomia (a comunicação cirúrgica construída entre o cólon e o meio exterior).

1988
Os primeiros aminossalicitatos, a conhecida família dos 5-ASA de mesalazina, ganha a aprovação da FDA americana para o tratamento da colite ulcerativa.

1990
A CCFA publica a primeira edição de uma pesquisa que reconhece, e chama a atenção, para as prioridades das DII. As pesquisas são focadas nos fatores genéticos, imunológicos e microbiológicos dos pacientes, assim como os fatores do meio ambiente em que eles convivem.

1995
Sai o primeiro jornal científico sobre DII, das mãos da CCFA.

1998
Chega ao mercado o Infliximabe, o Remicade, aprovado pelas autoridades americanas para o tratamento da doença de Crohn. Com o passar do tempo, o remédio é aprovado no resto do mundo.

1999
É criada no Brasil a ABCD — Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn — com o objetivo de apoiar de diversas formas e munir de informações corretas portadores e profissionais.

2000
Começa uma revolução mundial na área da pesquisa genética com o estudo do mapeamento do genoma humano. Os médicos acreditam que podem vasculhar os cromossomos humanos para encontrar as causas e justificativas para o aparecimento de doenças genéticas nos seres humanos - e falando de forma otimista, impedir, com isso, novos casos dessas doenças no futuro.

2001
Finalmente aparece o primeiro gene que pode conferir suscetibilidade à doença de Crohn: NOD2 é o nome do vilão, que foi descoberto por pesquisadores de Chicago e da França.

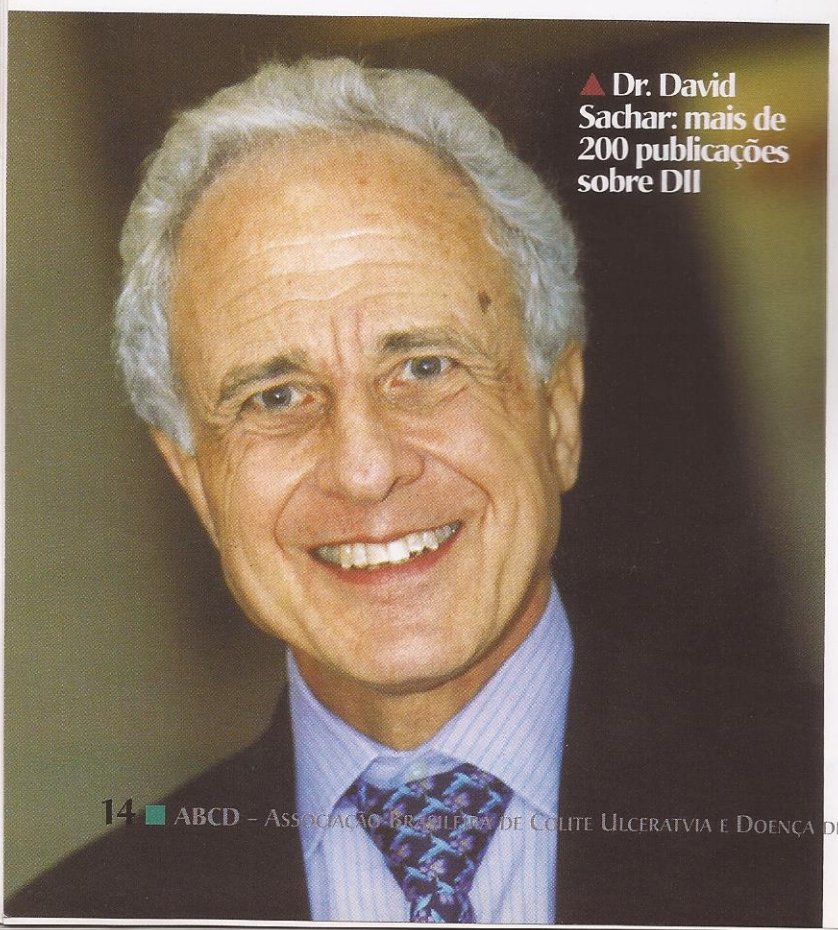
2002
A CCFA põe força total nas suas pesquisas para criar um plano estratégico para o tratamento das DII nos próximos 5 anos, levando em consideração sobretudo alguns aspectos: a identificação dos genes possivelmente suscetíveis para DII, o desenvolvimento de marcas para conter a atividade das doenças e ainda promover o esclarecimento e a informação entre os pacientes sobre o funcionamento das células do intestino.

2003
As pesquisas continuam em absoluta ascensão com o determinismo de toda comunidade médica para descobrir as causas das DII. A CCFA continua à frente desses estudos.

"Nós ainda não sabemos tudo"

É o que afirma o médico americano, David Sachar. Ele também chama a atenção para as mudanças ocorridas na colite ulcerativa e na doença de Crohn nas últimas décadas

Foi com grande prazer que a ABCD em Foco conversou com o Dr. David B. Sachar, Diretor Emérito da Divisão de Gastroenterologia do Mount Sinai Hospital, em Nova Iorque, que é reconhecido internacionalmente pelo seu trabalho no campo das doenças inflamatórias intestinais. Com mais de 200 publicações sobre este tema, o Dr. Sachar tornou-se um especialista no assunto e já esteve apresentando palestras em mais de dez países, entre eles Bélgica, Espanha, Suíça, França, Índia e China. Dr. Sachar é diretor-fundador da Fundação de Pesquisa Burril B. Crohn e foi o primeiro americano eleito presidente da Organização Internacional do Estudo de DII. Já recebeu inúmeros títulos importantes e prêmios por seus serviços à gastroenterologia. Basta dizer que nos seus quase 40 anos de Mount Sinai, em boa parte esteve na chefia do Departamento de Gastroenterologia que, antes, já fora chefiado pelo próprio Dr. Burril Crohn, com quem o nosso entrevistado pôde conviver.



▲ Dr. David Sachar: mais de 200 publicações sobre DII

Qual é a sua avaliação sobre a incidência das doenças inflamatórias intestinais nas últimas décadas?

Ainda mais interessante do que o número da incidência absoluta das doenças inflamatórias intestinais é a tendência de mudanças da incidência no decorrer das décadas. Da década de 1940 até pelo menos a década de 1980, a doença de Crohn parece ter praticamente dobrado sua incidência a cada década, chegando ao pico de 10 casos a cada 100.000 habitantes por ano no hemisfério ocidental. Durante este mesmo período, a colite ulcerativa manteve sua incidência aparentemente estável nos mesmos níveis, de forma que atualmente a doença de Crohn tem alcançado números de incidência similares aos da colite ulcerativa.

Três aspectos chamam a minha atenção sobre estes dados. Primeiro, a incidência da doença de Crohn está crescendo de forma mais rápida do que o previsto se levarmos em conta apenas fatores genéticos. Segundo, as mudanças na incidência em populações que migram de países de baixa freqüência para países de alta freqüência ocorrem no intervalo de uma geração, indicando um papel fundamental de fatores ambientais interagindo com os genéticos. E, em terceiro, é evidente que fenótipos (características determinadas pela genética e pelas condições ambientais) dessas doenças também estão mudando com o tempo. A doença de Crohn, por exemplo, costumava ser quase sempre uma doença exclusiva do intestino delgado. Hoje, apenas um terço dos casos são confinados ao intestino delgado, enquanto dois terços envolvem também o cólon. Mesmo levando em conta o aumento da eficácia no diagnóstico da doença de Crohn do cólon, essas

tendências nos mostram que há muito mais coisas ocorrendo no desenvolvimento dessas doenças, ou seja, nós ainda não temos conhecimento de tudo.

O que o senhor acha das terapias emergentes como o Infliximabe (Remicade)?

Não há como negar que o Infliximabe é uma aquisição importante no nosso arsenal terapêutico para aqueles casos de doença de Crohn que são dependentes de corticóides, ou que são refratários, ou seja, não respondem a outras medicações e têm indicação para cirurgia. Por outro lado, vem ficando cada vez mais claro que o Infliximabe tem uma limitação no seu potencial terapêutico pela necessidade do uso de tratamento concomitante ao de manutenção. Ainda mais, parece improvável que mesmo as novas drogas anti-TNF, cujo alvo seria apenas o mediador secundário da inflamação e não propriamente as causas básicas, promovam a solução definitiva de longo prazo que desejamos. Finalmente, nem um desses agentes parece ter qualquer efeito benéfico mais importante para a colite ulcerativa.

E sobre os medicamentos que são indicados nos tratamentos de manutenção?

Nenhum medicamento de uso regular mostrou resultado, nem ao menos próximo, daqueles já estabelecidos com o uso de antimetabólicos, ou seja, imunossupressores, tais como 6-mercaptopurina e azatioprina.

"Médicos e pacientes devem reconhecer o valor destes grupos de apoio estabelecidos pela CCFA nos Estados Unidos e pela ABCD no Brasil. Que a ABCD continue com este belo trabalho!"

O senhor acredita na descoberta da causa e da cura das doenças inflamatórias intestinais num futuro próximo?

A resposta para esta questão depende das nossas definições para causa (se é que existe só uma), cura (se o tecido danificado poderia ser recuperado depois do dano ocorrido), e, finalmente, futuro próximo (pode ser visto de forma diferente dependendo da sua idade)! Eu acredito que enquanto décadas de pesquisa genética ajudaram a identificar certos fatores de suscetibilidade, nós não faremos progressos dramáticos contra estas doenças enquanto não reconhecermos seus diferentes subtipos e relações intrínsecas com seus gatilhos desencadeadores ambientais.

Qual a sua opinião a respeito do atendimento multiprofissional para os portadores de DII, incluindo gastroenterologistas, psicólogos ou psiquiatras, nutricionistas, etc?

Eu não somente apoio a idéia do envolvimento multiprofissional no controle da doença inflamatória intestinal, como sinto ser quase impossível um cuidado adequado sem ele!

O senhor acredita que exista um padrão de evolução do quadro clínico e das complicações nestas doenças?

Ambos, pesquisa meticulosa e experiência clínica diária nos ensinaram que a doença de Crohn e a colite ulcerativa possuem vários padrões de evolução distintos. Há muito tempo, nós reconhecemos que a colite distal ou hemicolite esquerda (porções finais do intestino grosso) podem se espalhar em aproximadamente 10% a 30% dos casos. Só mais recentemente, nós temos percebido a grande variedade de apresentações e complicações possíveis da doença de Crohn.

A DII afeta freqüentemente mulheres jovens. O senhor recomenda algum cuidado especial ou faz alguma restrição àquelas que desejam engravidar?

São cometidos mais erros quando se impõem restrições durante a gravidez do que quando se faz o contrário. Por exemplo, um grande prejuízo pode ser causado à muitas mulheres quando elas são aconselhadas a parar o tratamento durante a gravidez. O risco sobre a gestação em geral é bem maior pela atividade da doença do que por efeitos colaterais da medicação.

Qual a sua mensagem para os pacientes com DII e para os médicos que deles cuidam?

Escutem bem de perto uns aos outros e se respeitem mutuamente.

Qual é a sua opinião sobre os grupos de auto-ajuda e informação ao paciente?

Os médicos cometem um erro quando acreditam que são a única chave-mestra para cuidar de seus pacientes. Família, amigos, companheiros e outros portadores são no mínimo uma fonte tão importante de apoio quanto qualquer mistura de comprimidos ou poções. Médicos e pacientes indistintamente devem reconhecer o valor destes grupos de apoio estabelecidos pela CCFA nos Estados Unidos e pela ABCD no Brasil. Que a ABCD continue com este belo trabalho!

SIMPÓSIO INTERNACIONAL MULTIDISCIPLINAR DE ATUALIZAÇÃO EM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

7 e 8 de Novembro de 2003 - Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Promoção: ABCD – Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn;
GBEDII – Grupo Brasileiro de Estudo das Doenças Inflamatórias Intestinais Hospital Alemão Oswaldo Cruz
Patrocínio: Altana; Ferring; Nestlé; Schering Plough. **Apoio:** Varig, Hotel Maksoud Plaza, Hospital Alemão Oswaldo Cruz
Organização: Angelita Habr Gama; Flavio Steinwurz **Coordenação:** Angelita Habr Gama; Flavio Steinwurz ; Jayme Murahovschi; Maria Izabel Lamounier de Vasconcelos.

Professores convidados: Internacionais – Marla Dubinsky – Cedars Sinai - UCLA (Estados Unidos); Alfredo Graziano (Argentina); Luis Boerr (Argentina)
Professores Convidados: Nacionais – Afonso Henrique Silva e Sousa Junior (SP); Angelita Habr Gama (SP); Arnaldo José Ganc (SP); Artur Adolfo Parada (SP); Artur Figueiredo Delgado (SP); Aytan Miranda Sipahi (SP); Carlos Walter Sobrado (SP); Carlos Brunetti Neto (SP); Cyrla Zaltman (RJ); Dan L. Waitzberg (SP); Desidério Roberto Kiss (SP); Dorina Barbieri (SP); Eloísa Roncaratti (SP); Eduardo Lopes Pontes (RJ); Flavio Steinwurz (SP); Heda Maria Barska dos Santos Amarante (PR); Jacob Szejnfeld (SP); Jayme Murahovschi (SP); Juvenal Ricardo Navarro Góes (SP); Lorete Maria da Silva Kotze (PR); Lucia Camara Castro Oliveira (RJ); Magaly Gemio Teixeira (SP); Maraci Rodrigues (SP); Maria Izabel Lamounier de Vasconcelos (SP); Maria de Lourdes Teixeira da Silva (SP); Manoel de Souza Rocha (SP); Mario Geller (RJ); Marta Brenner Machado (RS); Moacyr Pádua Vilela (SP); Morton Aaron Scheinberg (SP); Paulo Guilherme Leser (SP); Paulo Roberto Arruda Alves (SP); Renato Araújo Bonardi (PR); Ricardo Rosenfeld (RJ); Roselaine Maria Coelho Oliveira (SP); Venancio Avancini Ferreira Alves (SP); Viviane Rawet (SP)

07 de Novembro de 2003

MÓDULO DE NUTRIÇÃO
(14:00 às 16:20hs)

Moderador :
Artur Figueiredo Delgado (SP)
Como controlar a falência absortiva e a insuficiência intestinal na Doença de Crohn.
Dan L. Waitzberg (SP)
4:00 às 14:20hs.

Suplementos em DII : como administrar.
Maria Izabel Lamounier de Vasconcelos (SP)
14:20 às 14:40hs.

Dietas enterais e elementares em DII : úteis?
Roselaine Maria Coelho Oliveira (SP)
14:40 às 15:00hs.

Debate:
15:00 às 15:10hs.

COFFEE BREAK:
15:10 às 15:30hs

NPP : quando e como usar em DII .
Ricardo Rosenfeld (RJ)
15:30 às 15:50hs

Albumina, Ferro, Vit. B12 e Ác. Fólico : como e quando repor .
Maria de Lourdes Teixeira da Silva (SP)
15:50 às 16:10hs

Debate:
16:10 às 16:20hs

COFFEE BREAK:
16:20 às 16:35hs

MÓDULO DE ESTOMIAS
(16:20 às 17:45hs)

Moderador: Carlos Walter Sobrado (SP)

Quando Indicar ?
Juvenal Ricardo Navarro Góes (SP)
16:35 às 16:50hs

Criação e fechamento
Lucia Camara Castro Oliveira (RJ)
16:50 às 17:05hs

Complicações Associadas
Afonso Henrique Silva e Souza Junior (SP)
17:05 às 17:20hs

Cuidados
Enfª. Eloísa Roncaratti (SP)
17:20 às 17:35hs

Debate: 17:35 às 17:45hs

JANTAR: 17:45 às 19:00hs

MÓDULO DIAGNÓSTICO
(19:00 às 22:00hs)
ENDOSCOPIA:

Colonoscopia e alternativas terapêuticas (dilatações) na Doença de Crohn: riscos / benefícios
Arnaldo José Ganc (SP)
19:00 às 19:15hs

Colonoscopia na Colite Ulcerativa: riscos / benefícios
Paulo Roberto Arruda Alves (SP)
19:15 às 19:30hs

Cápsula Endoscópica: experiência acumulada em 2 anos
Artur Adolfo Parada (SP)
19:30 às 19:45

Pólipos e DII : quando e como intervir
Marta Brenner Machado (RS)
19:45 às 20:00hs
Debate- 20:00 às 20:05hs

COFFEE BREAK
20:05 às 20:30;

● IMAGEM:

US e Colonoscopia virtual
Jacob Szejnfeld (SP)
20:30 às 20:40hs

TC e RMN
Manoel de Souza Rocha (SP)
20:40 às 20:50hs

Debate:
20:50 às 20:55hs

● LABORATÓRIO/ IMUNOLOGIA:

Laboratório na Doença de Crohn
Morton Aaron Scheinberg (SP)
20:55 às 21:05hs

Laboratório na Colite
Paulo Guilherme Leser (SP)
21:05 às 21:15hs

Resposta imune: ainda um mistério?
Mário Geller (RJ)
21:15 às 21:30hs

● ANATOMIA PATOLÓGICA:
Colite versus Crohn : diferenciação
Viviane Rawet (SP)
21:35 às 21:45hs

Displasia :como definir e diagnosticar
Venâncio Avancini Ferreira Alves (SP)
21:45 às 21:55hs

Debate:
21:55 às 22:00hs

08 de Novembro de 2003

MÓDULO TRATAMENTO
8:30 às 12:30hs

● CLÍNICO

Moderador: Aytan Miranda Sipahi (SP)
Mecanismo fisiopatológico das DII
Eduardo Lopes Pontes (RJ)
8:30 às 8:45hs

Sulfa, Mesalazina e corticóides: qual, para que e em que dose usar?
Cyrla Zaltman (RJ)
8:45 às 9:00hs

Imunossupressores: Quando e como usar
Heda Maria Barska dos Santos Amarante (PR)
9:00 às 9:15hs

CONFERÊNCIA :
Diagnóstico Diferencial das DII.
9:15 às 9:45hs

Moderador: Moacyr Pádua Vilela (SP)

Conferencista:
Marla Dubinsky – Cedars Sinai – UCLA (Estados Unidos)

Debate:
9:45 às 10:00hs

CONFERÊNCIA :
Novas opções terapêuticas para DII: "hoje" e "amanhã"
10:00 às 10:30hs

Moderador:
Flavio Steinwurz (SP)

Conferencista:
Luis Boerr (Argentina)

Debate:
10:30 às 10:45hs

COFFEE BREAK :
10:45 às 11:15hs

● TERAPIA ANTI – TNF (INFLIXIMAB):

Moderadora: Heda Maria Barska dos Santos Amarante (PR)

Dados de casuística em São Paulo
Flavio Steinwurz (SP)
11:15 às 11:30hs

Experiência em pediatria
Marla Dubinsky – Cedars Sinai – UCLA (Estados Unidos)
11:30 às 11:45hs

Dados da casuística em Buenos Aires
Conferencista:
Luis Boerr (Argentina)
11:45 às 12:00hs

Debate:
12:00 às 12:30hs

ALMOÇO:
12:30 ÀS 14:00HS

MÓDULO TRATAMENTO CIRÚRGICO
14:00 às 15:25hs

● COLITE:

Moderador:
Desidério Roberto Kiss (SP)

Bolsa ileal versus Proctolectomia com Ileostomia definitiva: qual é a melhor opção?
Alfredo Graziano (Argentina)
14:00 às 14:15hs

Cirurgia na urgência: como e o que fazer?
Angelita Habr Gama
14:15 às 14:30hs

Debate:
14:30 às 14:40hs

● DOENÇA DE CROHN:

Moderador: Renato Araújo Bonardi (PR)

Lesões perianais : como tratar;
Carlos Brunetti Neto (SP)
14:40 às 14:55hs

Enteroplastia: indicação, técnica e resultados
Magaly Gemio Teixeira (SP)
14:55 às 15:10hs

Debate:
15:10 às 15:20hs

COFFEE BREAK:
15:20 às 15:40hs

● DII em Pediatria
15:40 às 17:00

Moderador:
Jayme Murahovschi (SP)

Retocolite Ulcerativa :
Dorina Barbieri (SP)
15:40 às 16:00hs

Doença de Crohn :
Lorete Maria da Silva Kotze (PR)
16:00 às 16:20hs

Experiência de um grande centro americano
Marla Dubinsky – Cedars Sinai – UCLA (Estados Unidos)
16:20 às 16:40hs

Protocolo para DII em Pediatria
Maraci Rodrigues (SP)
16:40 às 16:55hs

Debate: 16:55 às 17:00hs

Procedimento para Inscrição — Depositar o valor da inscrição a favor de ABCD – Banco Real – Agência 0413 – C/C 0712323-2, enviar fax da ficha de inscrição devidamente preenchida, juntamente com o comprovante de depósito bancário, para ABCD através do Fone/Fax (0xx11) 3064.29.92. Maiores informações com Izabel ou Ana Célia. **A Inscrição somente se efetivará após o recebimento desta ficha de Inscrição pela ABCD, até três dias antes da data do evento. Depois desse prazo as Inscrições deverão ser efetuadas na Sede da ABCD.**

Ficha de Inscrição

Nome:_____ **Tel.:**_____
Endereço:_____
Cidade:_____ **Estado:**_____ **Cep**_____
Profissão:_____ **Fax:**_____ **e-mail:**_____ **Data**__/__/__

❑ **Médicos R$ 180,00** ❑ **Outros Profissionais R$ 120,00** ❑ **Sócios ABCD R$ 90,00**

Transforme recomendações médicas em dicas culinárias.

apoio

- Pode ser adicionado a qualquer tipo de alimento ou bebida, quente ou frio.
- Pode ser levado ao forno e ao fogão
- Não prejudica a biodisponibilidade dos minerais.
- Ao contrário das outras fibras, Benefiber não tem cheiro, cor, nem gosto de fibra.

RESOURCE® Benefiber
suplemento de *FIBRA* solúvel

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA APROVADO SBC-FUNCOR

Benefiber. A fibra solúvel em tudo.

À venda nas redes de farmácias e drogarias.

SIC Serviço de Informações ao Cliente 0800-236776 Ligação Gratuita

e-mail: sicmnutrition.brsp@ch.novartis.com

NOVARTIS

Tempo nebuloso

Como a crise de retocolite e uma cirurgia no joelho mexeram com a vida do geólogo Fernando

O geólogo Fernando César Breviglieri, 30 anos, já estava acostumado com o seu esquema de trabalho: durante 25 dias, todos os meses, ficava no mar a bordo de uma plataforma para pesquisa de petróleo na Bacia de Campos, no litoral norte do Estado do Rio de Janeiro. Nos cinco dias restantes ancorava em terra firme, onde procurava o aconchego familiar na casa dos pais, na Chácara Monte Alegre, em São Paulo. Foram quase três anos nessa rotina, inclusive no Natal e Reveillon. Dois anos atrás, no entanto, algumas alterações no seu corpo mexeram com a sua vida: havia um muco estranho nas fezes quando evacuava, seguido por um sangramento que não era normal. Fernando procurou um médico gastroenterologista que lhe pediu um exame de colonoscopia. O resultado não deixou dúvidas: era um caso de retocolite ulcerativa. Assim como a maior parte das pessoas, Fernando também não sabia do que se tratava essa doença e, mesmo depois de se informar, achou que os prognósticos negativos nunca o atingiriam.

Em janeiro deste ano, teve uma outra surpresa quando, após torcer seu joelho (na verdade, foi uma luxação da patela), precisou passar por uma cirurgia. "Correu tudo bem, mas desde então não consegui voltar para o trabalho" diz Fernando, que viu sua vida virar de ponta cabeça por causa de sua saúde. Depois da operação no joelho, ele teve uma crise mais séria da retocolite e na primeira quinzena de setembro precisou fazer uma cirurgia de hérnia de disco - outro velho incômodo de dor, do qual espera estar recuperado em três meses. "O pior de tudo isso foi a retocolite, porque além das dores, eu ia ao banheiro de quinze em quinze minutos para evacuar sangue. Aí eu vi como esta doença pode ser perigosa", diz Fernando que, após essa crise, ficou anêmico, perdeu 10 quilos em pouquíssimo tempo (tem 1,83 metros de altura e normalmente pesa 85 quilos) e teve que tomar uma bateria de medicamentos. "Eram sete remédios diferentes por dia, todas as manhãs e eu achava que estava no fim da linha com tão pouca idade", conta o rapaz.

▲ **Fernando e Flávia: ajuda da namorada para entender a doença**

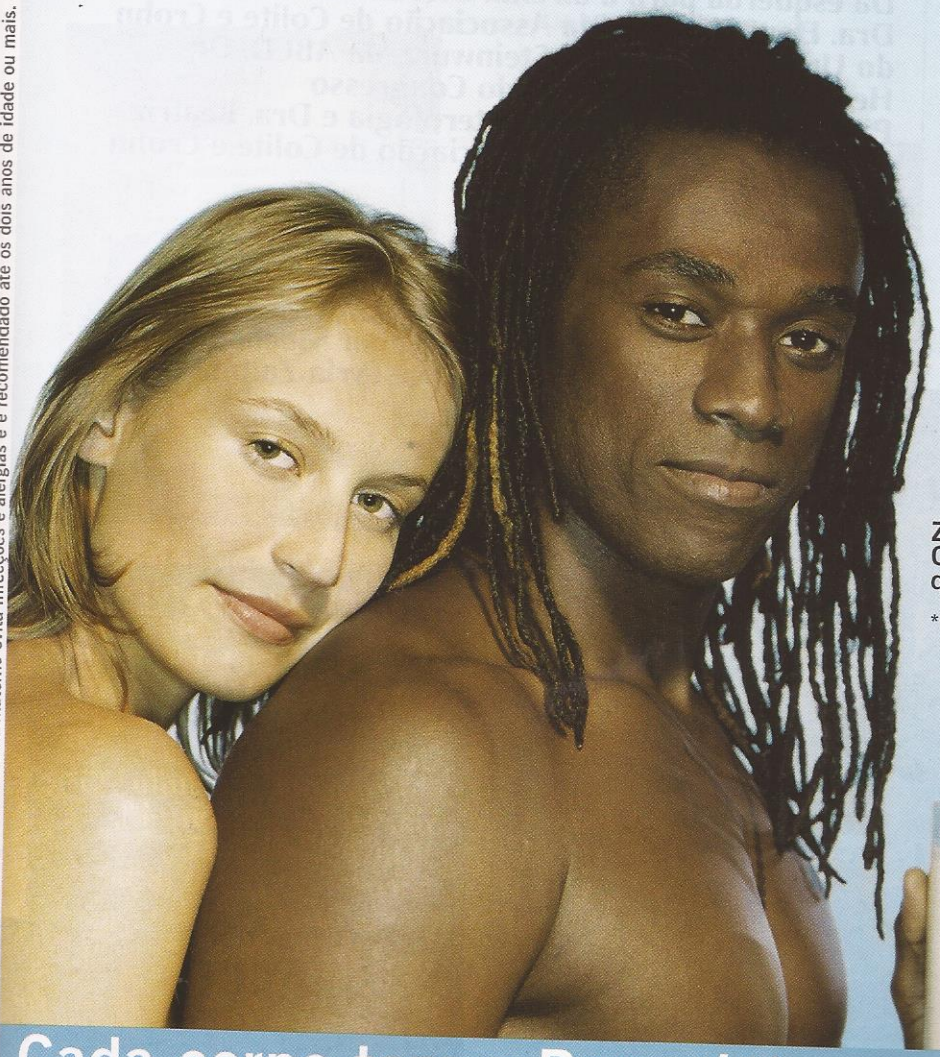
O calvário de Fernando, como ele se refere a este período, ainda não estava terminado. A crise só passou depois de algumas tentativas para "desmamar" da cortisona, o que precisa ser feito gradativamente. Hoje, ele só toma dois comprimidos do imunossupressor Purinethol diariamente e está bem. A doença está controlada e Fernando não tem mais nenhum sintoma ruim para se preocupar. Seu problema agora é ganhar massa muscular, coisa que foi prejudicada pelas crises da doença e pela cortisona.

O rapaz não vê a hora de voltar à sua vida normal. Nesse tempo de repouso forçado, o que mais tem feito é ler e assistir a torneios esportivos pela televisão. Além da família (os pais, dois irmãos e sobrinhos), tem o apoio da namorada Flávia, que lhe dá muita força até para entender sua doença. É que Flávia, que tem 24 anos, está cursando medicina na Santa Casa e tem procurado aprender tudo o que pode sobre retocolite ulcerativa. "Ela me ajuda a digerir melhor os conceitos da doença e entre nós tudo fica muito claro" diz Fernando, apaixonado. O rapaz, aliás, também é muito objetivo para conversar sobre esse assunto com seus amigos (já falou até na empresa em que trabalha). "Nem todo mundo conhece a doença e as pessoas entendem melhor se não houver preconceito da parte de quem está falando sobre ela", diz Fernando.

parmalat

A intolerância à lactose se caracteriza pela perda da capacidade de digerir e absorver o açúcar contido no leite (lactose) e pode apresentar sintomas digestivos de gravidade variável após a ingestão de leite comum (diarréia, gases e dores abdominais, entre outros).

Você tem todo o direito de ser intolerante.
Mas só à lactose.



Zymil Parmalat.*
O prazer e a nutrição do leite para quem tem intolerância à lactose.

*90% menos lactose em relação ao leite Parmalat.

Cada corpo tem o Parmalat que precisa.

O Ministério da Saúde adverte: o aleitamento materno evita infecções e alergias e é recomendado até os dois anos de idade ou mais. *Este produto pode ser encontrado nos Estados de SP, RJ, MG, PR, SC e RS e em Brasília e Goiânia.*

A ABCD agradece o permanente apoio dos Sócios Corporativos:

Diamante

Schering-Plough

Nestlé
NUTRIÇÃO CLÍNICA

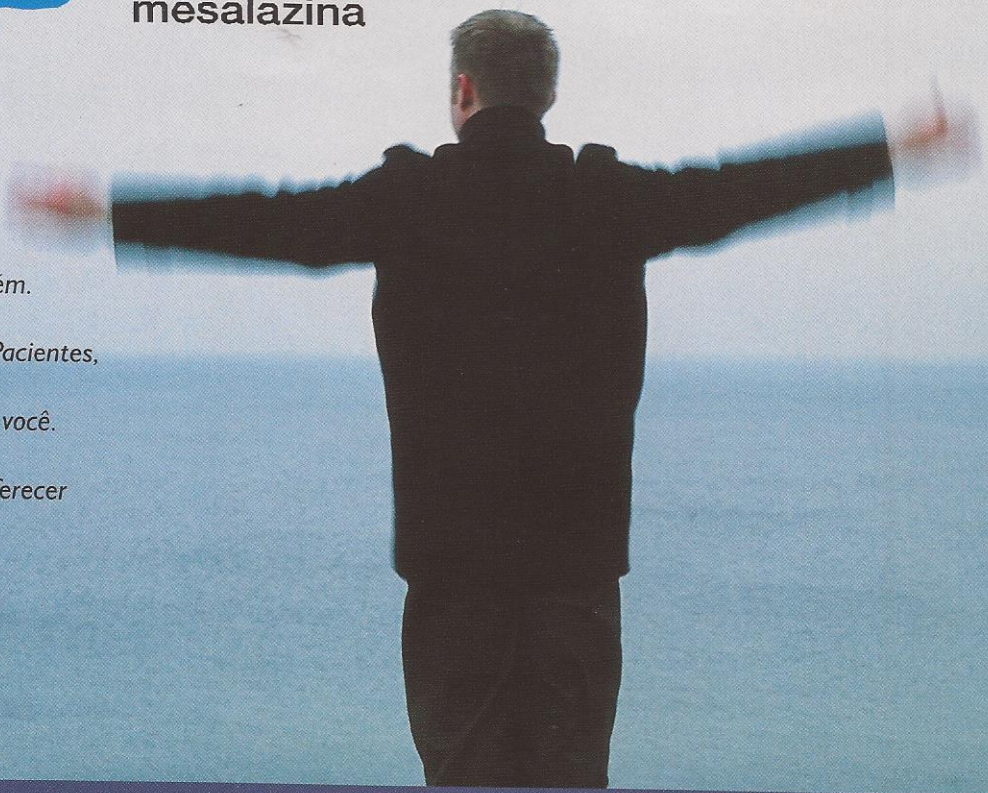
Platina

ALTANA
ALTANA Pharma Ltda.

AstraZeneca
GASTROINTESTINAL

Pentasa®

mesalazina



Qualidade em tudo.

E agora, aos pacientes também.

Serviço de Atendimento aos Pacientes,

Uma linha direta entre nós e você.

É a nossa preocupação em oferecer

para você sempre o melhor,

em todos os sentidos.

Nós somos assim.

Linha Direta 0800 772 4656 - Ligação Gratuita

Nós, dos Laboratórios Ferring LTDA, estamos preocupados em fornecer a maior quantidade de informações aos pacientes que estão em tratamento com nossa medicação PENTASA, dando o melhor suporte para que todas as dúvidas possam ser esclarecidas. Estamos disponíveis em nosso Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC Ferring **0800 772 4656**. Como este medicamento se encontra disponível para a dispensação gratuita através do governo e das Secretarias de Saúde dos Estados, você poderá encontrar aqui, informações úteis de como conseguir PENTASA em todo o Brasil. Entre em contato conosco e teremos o maior prazer em ajudá-lo. Este é o nosso trabalho. Esta é a nossa missão por você.

Laboratórios Ferring Ltda - Praça São Marcos, 624 - 1° andar - CEP 05455-050 - São Paulo - SP - www.ferring.com - e-mail: adm@ferring.com.br

FERRING
PHARMACEUTICALS