ENTREVISTA: O PSIQUIATRA CÁSSIO PITTA AFIRMA QUE QUEM TEM CROHN OU COLITE ULCERATIVA SÓ PRECISA REORGANIZAR A VIDA PARA SER FELIZ

ABCD em

www.abcd.org.br

Revista da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

FOCO

Ano IV
nº 16
verão
2004

ACABO DE SABER QUE TENHO DOENÇA DE CROHN (OU COLITE). E AGORA, O QUE EU FAÇO???

Fizemos um guia prático para você, que ainda está sob o impacto da notícia, saber qual o caminho a seguir

E MAIS: SIM, EXISTE TRATAMENTO PARA INCONTINÊNCIA ANAL; CONHEÇA O NÚMERO DE PORTADORES DE CROHN E COLITE NA EUROPA

DOENÇA DE CROHN

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

Mensagem para você

É, pessoal, mais um ano chega ao fim! Um ano cheio de novidades em todos os campos: Lula como presidente, Palmeiras voltando à primeira divisão, Cruzeiro campeão brasileiro, Brasil campeão mundial de vôlei masculino e maior exportador de frango do mundo, e tantas outras coisas.

A **ABCD** abriu novas regionais, o que nos permitiu ampliar nossa atuação e apoiar integralmente mais portadores de DII, para que pudessem obter medicamentos pelo SUS (o SUS, aliás, vem realizando um belo trabalho neste particular, atuando de forma absolutamente correta e coerente). Além disto, estivemos envolvidos diretamente no programa de prevenção do câncer de intestino, que com o irrestrito apoio que vem recebendo em breve se tornará uma realidade, como já é de fato em países desenvolvidos. Nosso simpósio internacional multidisciplinar de atualização em DII, realizado no Hospital Alemão Oswaldo Cruz, foi um grande sucesso. Possibilitou a troca de informações entre profissionais dos mais diversos locais e especialidades, todos envolvidos no único propósito de melhor cuidar dos portadores de Crohn e colite ulcerativa (*veja matéria na pág 8*). Apesar de todas as dificuldades, a ABCD tem conseguido cumprir seus objetivos e isso nos deixa bastante orgulhosos.

Aproveito para lembrar que em março faremos pela segunda vez um encontro de portadores e familiares, no auditório do Hospital Israelita Albert Einstein. Será uma oportunidade para que todos discutam suas dúvidas com profissionais e outros portadores. A partir de fevereiro os interessados podem se inscrever pelo e-mail secretaria@abcd.org.br ou pelo telefone (11) 3064-2992.

Falando agora um pouco da revista, nesta última edição do ano, temos uma entrevista muito interessante com o Dr. Cássio Pitta, um psiquiatra que tem grande experiência em casos de Crohn e colite e que afirma que é, sim, possível ser feliz, apesar da doença (*pág. 14*). Se você acaba de saber que tem uma dessas patologias não pode deixar de ler a matéria de capa – um guia prático que mostra o que fazer, desde a escolha do médico certo aos medicamentos mais usados e histórias de pessoas que aprenderam a conviver com o problema (*pág. 4*).

Em nome da **ABCD**, quero agradecer a todos que nos apoiaram neste ano — nossos anunciantes, sócios corporativos, associados de forma geral, entrevistados, colaboradores, e principalmente a você leitor, nosso maior estímulo para produzir uma revista cada vez melhor.

Desejo a todos um excelente 2004 deixando, como lição para uma vida melhor, uma mensagem escrita por Benjamin Franklin: "Escreva seus prejuízos na areia e os benefícios no mármore."

Boas festas!

Flavio Steinwurz

Sumário

REPORTAGEM DE CAPA

Acabo de saber que tenho Crohn (ou colite). E agora, o que eu faço?
Um bom começo é ler a reportagem que segue. Ela não vai curar a sua doença, mas vai mostrar o caminho a seguir para quem ainda está sob o impacto da notícia. **pág.4**

SIMPÓSIO

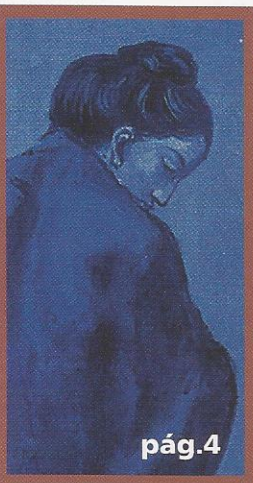
Troca-troca proveitoso
A ABCD promove mais um evento internacional e favorece o intercâmbio de experiências entre especialistas em DII. **pág.8**

DADOS EUROPEUS

Dados curiosos
Conheça o número de portadores de Crohn e Colite na Europa. **pág.10**

ARTIGO

Incontinência anal
Existe tratamento para este problema. Procure um especialista e livre-se dele. **pág.12**



pág.4

Dra. Lucia de Oliveira pág. 12

Capa: detalhe de quadro de Pablo Ruiz Picasso "Les pauves au bord de la mer" Barcelona. 1903. Oil on wood. 105.4 x 69 cm. National Gallery of Art, Washington.

ENTREVISTA

Uma doença crônica pode tirar a cor e o sabor da vida
Mas pode também não tirar. Veja o que o psiquiatra Cássio Pitta tem a dizer sobre isso. **pág.14**

COLUNA DO CÓLON

- **Mamãe Bush é garota propaganda. pág.16**
- **Dois em um. pág.16**
- **O curcumim, a colite e o Crohn: tudo a ver pág.16**

A BOA COMIDA — DICAS

Tem que ser HIPER
Hipercalóricas e hiperproteicas – é assim que devem ser as dietas dos portadores de DII. **pág.18**

BALANÇO ANUAL

Os números da ABCD pág.20

ABCD EM FESTA pág.21

SÓCIOS CORPORATIVOS pág.22

Acabo de saber que tenho uma doença inflamatória intestinal.

E agora, o que eu faço?

Um bom começo é ler a reportagem abaixo. Ela não vai curar a sua doença, mas vai mostrar o caminho a seguir para quem ainda está sob o impacto da notícia

Por Valquíria Sganzerla

Depois de passar por uma dezena de médicos de várias especialidades e por uma torturante bateria de exames, fiquei sabendo que tenho doença de Crohn (ou colite ulcerativa, não importa). Que raio de doença é essa que eu nunca tinha ouvido falar? O médico disse que é uma das doenças inflamatórias intestinais e chama de DII – o que vem a ser doença inflamatória intestinal? Como eu fui ter isso? Porque são tão pouco conhecidas? Será verdade que elas não têm cura? Como posso ter certeza de que o médico que fez o diagnóstico entende mesmo desse assunto? Devo ouvir outros médicos? Será que na Internet há informações confiáveis sobre esse assunto? Como eu faço para encontrar alguém que tenha a mesma doença? O que é que eu faço?"

Dez entre dez pacientes de doenças inflamatórias intestinais têm quase sempre esta mesma reação quando recebem a notícia sobre qual é o seu problema e, como se estivessem lendo uma cópia xerox, a mesma história para contar. Num primeiro momento, depois de saber o diagnóstico, entram em desespero e a

Produzido em Out/03

primeira idéia é negar o resultado e procurar outro médico. Depois, se recusam a tomar os remédios indicados e a fazer a dieta alimentar sugerida. É compreensível que seja assim. É difícil mesmo entender como durante meses e meses, ou até anos, tiveram que passar por tantos médicos — clínicos, gastroenterologistas e urologistas, entre outros, para descobrir a causa daquelas diarréias que lhes impedia de sair de casa. Ou então para resolver as freqüentes queixas diárias de febre. Pior que isso, ainda, eram aquelas dores abdominais insuportáveis de fazer gritar o mais calmo dos mortais. Por que em tantos casos os médicos demoram tanto para fazer o diagnóstico correto? "Infelizmente muitos colegas desconhecem as doenças inflamatórias intestinais e poucos sabem tratá-las", diz a gastroenterologista Cyrla Zaltman, professora do Hospital do Fundão no Rio de Janeiro. "O profissional gabaritado para efetuar o tratamento pode ser um clínico, um gastroenterologista ou um cirurgião, mas o importante é que o médico saiba utilizar as possíveis drogas existentes no mercado e principalmente saiba individualizar este tratamento."

Via de regra, o caminho para o tratamento de qualquer doença é de duas mãos. Se por um lado o médico precisa ter um profundo conhecimento do diagnóstico que está fazendo para realmente poder melhorar o estado de saúde do paciente, por outro lado cabe ao doente colaborar com a situação e, para começar, não sumir do mapa, deixando seu médico falando sozinho. "A primeira coisa é saber se o profissional que fez o diagnóstico está habilitado a lidar com doenças inflamatórias intestinais", diz o gastroendoscopista Arnaldo José Ganc, chefe do Departamento de Endoscopia do Hospital Albert Einstein, em São Paulo. "O paciente pode se informar, por exemplo, se o médico costuma freqüentar congressos sobre o tema." Outra maneira de averiguar o quanto o profissional entende do assunto é perguntar quantos pacientes com o mesmo problema ele está atendendo no momento. Se mesmo depois de receber respostas favoráveis você sentir que ele não transmite muita segurança ou que não há empatia entre vocês, é melhor não perder mais tempo e procurar outro médico. Como diz o Dr. Ganc e mais praticamente todos os médicos de especialidades que tratam do bom funcionamento do intestino (gastroenterologistas e coloproctologistas), não há nenhum problema em ouvir uma segunda opinião ou querer trocar de médico. "As condutas médicas são variadas e o paciente tem o direito de saber se o que lhe está sendo indicado é o melhor a fazer. Esta é uma relação de confiança para o resto da vida do paciente", diz o Dr. Ganc.

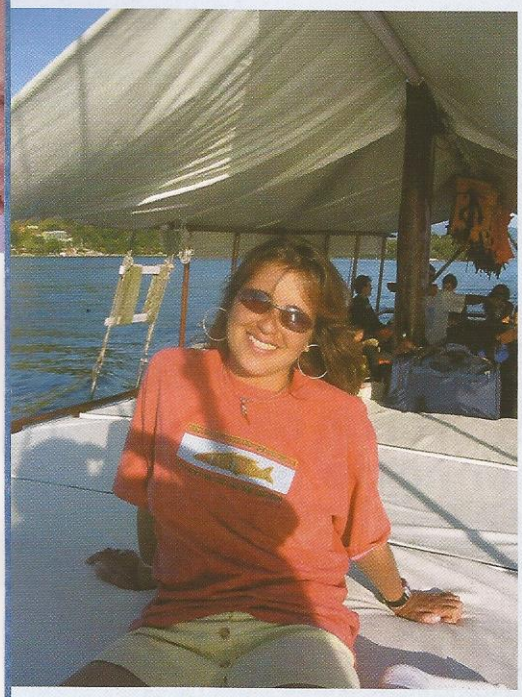
Cabe ao doente colaborar com a situação e não sumir do mapa, deixando seu médico falando sozinho. Esta é uma relação de confiança para o resto da vida

Partindo-se do princípio de que as doenças inflamatórias intestinais são crônicas e ainda não têm cura, a confiança do paciente no seu médico é fundamental — até para os dois, médico e paciente, vencerem todas as fases tempestuosas dessa relação. É mais ou menos como o que acontece no casamento, onde marido e mulher têm que estar em perfeita sintonia para sobreviver às crises. "É importante manter o tratamento com o mesmo médico porque a troca de profissional a todo instante só piora o quadro da doença", diz o Dr. Carlos Brunetti, coloproctologista dos Hospitais Albert Einstein e São José do Brás. "O médico tem que ser o consultor oficial da doença para o paciente. É com ele que o paciente vai trocar informações, discutir tratamentos e receber orientação sobre condutas médicas."

O Dr. Brunetti tem razão. Em geral, somente um médico pode passar para os pacientes as informações corretas sobre um diagnóstico. Sobretudo se este diagnóstico for de doenças inflamatórias intestinais, doenças que não são conhecidas além do nome nem mesmo pelos profissionais que freqüentaram as cadeiras da Faculdade de Medicina, e podem facilmente ser confundidas com uma crise de apendicite ou uma diverticulite. É compreensível que um médico não pense imediatamente no diagnóstico de doença inflamatória intestinal para justificar as dores no abdome do seu cliente, que podem ser provenientes, por exemplo, de gases provocados por uma alimentação errada. Se o quadro for crônico e muito insistente, porém, os médicos já não perdem tanto tempo para pedir ao paciente um exame de ultra-sonografia do intestino ou uma colonoscopia (exame no interior do cólon) para saber o que pode estar acontecendo de errado com este órgão.

Há uma outra coisa: nós estamos em pleno século XXI e, graças à Internet, podemos estar conectados com tudo o que está acontecendo no mundo em termos de descobertas científicas, quase que simultaneamente ao seu local de origem. No caso da DII, entretanto, assim como no de outros diagnósticos, é muito melhor o paciente ficar cara a cara com o médico que vai cuidar do seu

tratamento para não correr o risco de ficar assustado à toa. "A Internet é um veículo de comunicação impessoal e anônimo que traz informações muito alarmantes e isso acaba sendo muito ruim para os pacientes", diz o Dr. Arnaldo Ganc. "A Internet pode ajudar, mas também assustar se o paciente estiver inseguro em relação ao prognóstico da doença. Ele tem



▲ **Luciana: constrangimento para diagnosticar o Crohn**

que se conscientizar de que a doença é diferente em cada pessoa apesar de existirem padrões de evolução ou respostas a medicamentos", acrescenta a Dra. Cyrla. "Não há inconveniente de procurar e ler informações sobre DII na Internet. Só que existe muita coisa que é inútil e não vale a pena", diz o Dr. Brunetti.

Já que estamos falando em comunicação global, é importante destacar que hoje existe uma abordagem multidisciplinar para as doenças inflamatórias intestinais. Esta abordagem pode contribuir para na qualidade de vida do paciente sob vários aspectos, pois leva em conta não só o conhecimento do médico sobre o problema, mas também a opinião de uma nutricionista, de um psicólogo e até mesmo a visão de um grupo de auto-ajuda. Recentemente, a Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, a ABCD, realizou, pela segunda vez, um simpósio multidisciplinar de atualização em doença inflamatória intestinal com a presença de profissionais do Brasil e do exterior, que trocaram experiências sobre o atendimento multiprofissional em portadores de DII, ou seja, o tratamento que é feito sob a ótica de médicos de várias especialidades (*veja reportagem na pág. 20*).

A seguir, a ABCD em Foco registra a história de quatro pacientes que passaram por todas as fases de angústia e apreensão até detectar a sua doença. Alguns deles tiveram diagnósticos errados que, além de medo, geraram mais complicações para a sua saúde. Vamos acompanhar:

LUCIANA PODSCHUN

Em 1990, Luciana Podschun ia fazer 18 anos quando estava passando por uma crise de intestino que a obrigava a evacuar até mais de dez vezes ao dia. "Foi muito constrangedor porque os médicos chegaram a pensar que eu estava com AIDS ou com tuberculose. Até exames para ver se eu tinha leucemia eu fiz", conta Luciana, que hoje tem 32 anos, mora em Londres (Inglaterra) e de vez em quando vem ao Brasil para ver sua mãe e aproveitar para consultar o médico que cuida da sua doença de Crohn. "Nesta época de crise, tive que parar de ir ao colégio e cheguei a pesar 38 kg", diz ela. Normalmente, seu peso é de 50 kg, distribuídos em 1,68 m. "Hoje minha doença está estável, mas de vez em quando tenho uns probleminhas." Luciana esteve no Brasil em fevereiro de 2003 e precisou procurar o seu gastroenterologista porque estava com um abscesso perianal. Resolvido o problema com uma drenagem do abscesso, voltou para o exterior e deu seqüência à sua rotina normal de medicamentos, que inclui o Purinethol todos os dias e Remicade de vez em quando (já fez três aplicações).

"Tive muitos altos e baixos, mas agora está tudo bem", afirma. Tão bem que de um ano para cá Luciana tem viajado bastante: Bélgica, Luxemburgo, França, México e Inglaterra foram países que constaram do seu roteiro de turismo. Durante esse período, o Crohn só foi lembrado quando ela fazia contatos com a NACC, a Associação Inglesa de Crohn e Colite e a CCFA, a associação americana. "Cheguei a mandar uma carta para a CCFA para obter mais informações sobre a doença e eles foram muito prestativos. Hoje até tenho alguns amigos nessa fundação", diz a moça.

ERI DOMINGOS DA SILVA

O professor Eri Domingos da Silva, 35 anos, solteiro, de Canoas (Rio Grande do Sul), teve muitas dificuldades para descobrir que tem Crohn. Em 1988, depois de perder quase 30 quilos devido às constantes diar-

▲ **Eri: tem, é cego e é professor de braile numa escola de Porto Alegre**

Produzido em Out/03

réias, seu médico clínico resolveu que ele deveria ser operado para ver o que havia de errado com o seu intestino. Durante a cirurgia, deparou-se com 42 cm de inflamação no intestino delgado. Não sabendo "o que fazer", como conta Eri, o médico fechou o corte e lhe prescreveu cor-

▲ **Dalva: o filho também tem Crohn**

ticóides. As crises de diarréia com dor abdominal, claro, continuaram e, em fevereiro de 1991, ele teve uma fístula e um abscesso durante quase um semestre. Naquela altura, o professor — que dá aulas em escolas municipal e estadual em Porto Alegre — já tinha trocado de médico. O novo profissional não viu outro jeito senão operá-lo novamente. "Foram cortados de 60 a 80 cm do meu intestino, não me lembro ao certo", diz Eri. Depois desta cirurgia Eri teve cinco anos de alívio dos sintomas.

Mas por volta de 1996, 1997 as dores já tinham voltado e ele de novo trocou de médico. "O que estava comigo não queria arriscar medicações novas e daquele jeito eu não podia ficar" afirma ele. Eri procurou um gastroenterologista e soube que tinha Crohn. "Eu não conhecia esta doença e não podia buscar informações na Internet porque não tinha instalado ainda no computador um programa de sintetizador de voz", conta Eri, que é deficiente visual de nascença. "Agora já resolvi essa dificuldade e já entrei em vários sites sobre a doença." Hoje, além do computador, o professor Eri também está com sua doença melhor acompanhada. Toma Azatioprina todos os dias, mas ainda não conhece o Remicade. "Se eu pudesse optar entre curar o Crohn ou a minha deficiência visual, preferiria curar o Crohn", afirma Eri. Com a minha deficiência visual me sinto absolutamente integrado, ela não me impede de fazer nada. Já com o Crohn, o caminho é algo incerto." O professor é presidente da Associação de Deficientes Visuais de Canoas e gosta de tocar violão ouvir música com os amigos.

DALVA FÁTIMA WEINAND

Professora do ensino médio em Curitiba, Dalva Fátima Weinand, 44 anos, levou sete anos para identificar sua doença. "As diarréias começaram em 1985, mas só em 1993 soube que tinha Crohn", conta ela. Atualmente Dalva toma Azatioprina e Sulfassalazina diariamente. Quatro anos atrás ela ficou internada 17 dias fazendo alimentação parenteral. Há dois anos precisou passar por uma cirurgia em que perdeu 40 cm do intestino delgado. "Já passei por maus bocados, mas sempre tive o apoio da minha família", diz Dalva que é casada há 25 anos e tem dois filhos, um de 18 anos e o outro de 24 anos.

Na verdade, é com os filhos que Dalva se preocupa, mais do que com a sua própria doença. É que, além das preocupações naturais de mãe, seu menino mais novo, que está cursando o primeiro ano de Direito, precisa de bastante atenção porque descobriu que também tem Crohn. "Por mais que eu estivesse acostumada com o diagnóstico tive que ajudá-lo a lidar com a doença", diz ela. "E nela, infelizmente, está mais ativa. Mas não dá para fugir, tem que encarar o problema de frente."

▲ **Carlos Alberto: um dos primeiros pacientes no Brasil a tomar o Remicade**

CARLOS ADALBERTO FERREIRA

Durante sua adolescência, Carlos Adalberto Ferreira sempre ouviu dizer que tinha estômago ruim quando alguém queria explicar as suas crises de vômito e diarréia. Aos 29 anos, depois de fazer um exame de trânsito intestinal, seu médico tirou 1,15m do seu intestino e lhe falou sobre a doença de Crohn de que era portador. Em 1998 já tinha mudado de médico, desta vez um coloproctologista, quando precisou cortar mais 30 cm de intestino necrosado.

Hoje Adalberto está com 47 anos, é casado e pai de dois filhos já adultos (de 25 e 23 anos), e faz o possível para não ter que operar novamente o intestino. "Acho que fui um dos primeiros pacientes a tomar o Remicade, cerca de cinco anos atrás, e tomei novamente no final de novembro", diz. Adalberto, que é controller de uma empresa de Consultoria, agora encara bem seu problema e tem vida normal, mas nem sempre foi assim. "Quando soube que tinha Crohn fiquei mal - cheguei até a negar que tivesse essa doença. Tive várias discussões com o médico que falou abertamente comigo sobre a doença", lembra ele. "Mas isso ficou para trás. Nos tornamos verdadeiros amigos e olha que já há mais de dez anos. Ele é muito paciente comigo e conversamos bastante sobre o problema, o que me ajuda muito."

▲ Esquerda para Direita: Dr. Moacyr Pádua Vilela, Dra. Marla Dubinsky, Dr.Flavio Steinwurz, Dr. Luis Boerr

Troca-troca proveitoso

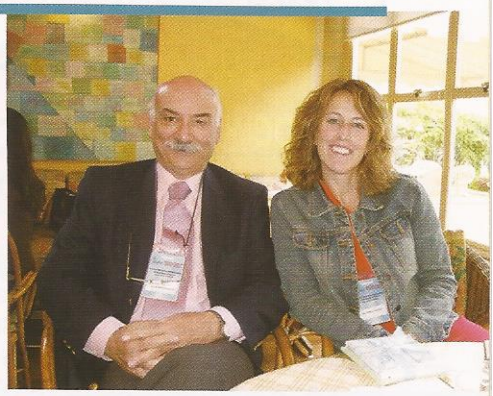
A ABCD promove mais um evento internacional e favorece o intercâmbio de experiências entre especialistas na Doença Inflamatória Intestinal

Nos dias 7 e 8 de novembro de 2003, a ABCD, a Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, promoveu no Hospital Oswaldo Cruz, em São Paulo, o Simpósio Internacional Multidisciplinar de Atualização em Doença Inflamatória Intestinal. Este Simpósio foi o segundo evento que a ABCD realizou com este enfoque, porque dois anos atrás aconteceu o Simpósio Internacional de Atualização em Doença Inflamatória Intestinal, no Hospital Israelita Albert Einstein, também em São Paulo. Assim como no primeiro encontro, o Simpósio de 2003 contou com a presença de professores doutores convidados estrangeiros, como Marla Dubinsky, dos Estados Unidos e os argentinos Alfredo Graziano e Luis Boerr.

A novidade entre os dois eventos foi o fato de que o Simpósio de 2003 destacou o atendimento multiprofissional para os portadores de DII, ou seja, o tratamento que é feito sob a ótica de profissionais de várias especialidades, como gastroenterologistas, nutricionistas, psicólogos e imunologistas, entre outras. Com o objetivo de apresentar e debater técnicas, tratamentos e procedimentos relativos à doença de Crohn e à colite ulcerativa, estiveram presentes no Simpósio professores e profissionais de todo o Brasil, sendo que a grande maioria especializada em doenças inflamatórias intestinais. Pelo que se pôde constatar, o Simpósio da ABCD não ficou devendo nada aos eventos similares que ocorrem no exterior. "Foram dois dias de intercâmbio entre diferentes especialidades e esta troca de experiências é sempre muito importante para o nosso aprimoramento enquanto profissionais de saúde", diz a Dra. Lúcia Câmara Castro Oliveira, coloproctologista do Rio de Janeiro que, além de titular da Sociedade Brasileira de Colo-proctologia e do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, é chefe do Serviço de Fisiologia Ano-retal na Policlínica Geral do Rio e Janeiro. No Simpósio da ABCD, a Dra. Lúcia apresentou o tema "Criação e Fechamento de Ostomias", no qual abordou os procedimentos utilizados atualmente nas ostomias (as aberturas do intestino na parede abdominal) para permitir que o paciente elimine o bolo fecal mantendo suas funções digestivas.

O Dr. Mario Geller, também do Rio de Janeiro, que é presidente do Capítulo Brasileiro do Colégio Americano de Alergia, Asma e Imunologia, diz que o Simpósio foi um grande sucesso médico-científico porque tratou "com clareza e objetividade vários temas relacionados aos mecanismos patogênicos, diagnósticos e terapêuticos na DII". Na sua apresentação sobre "Resposta imune: ainda um mistério?", Dr. Geller

Produzido em Out/03



Fotos do Simpósio:

▲ **Dr.Olival de Oliveira Júnior, Dr. Flavio Steinwurz, Dra. Angelita Habr Gama, Dra. Lorete Kotze, Enf. Eloísa Roncaratti, Dr. Ricardo Rosenfeld, Dra. Lúcia Câmara Castro Oliveira, Dr. Carlos Walter Sobrado, Dr. Renato Araújo Bonardi**

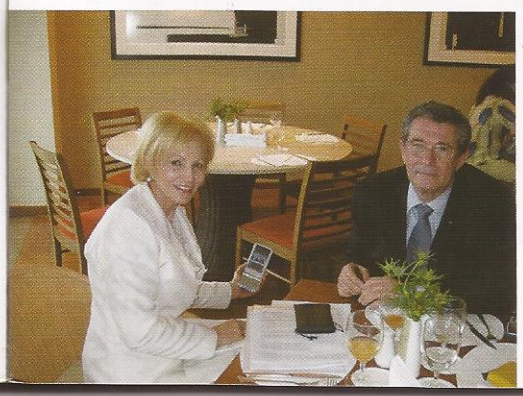
▲ **Dra. Maraci Rodrigues, Dra. Angelita Habr Gama, Dra. Marla Dubinsky, Dra. Lorete Kotze, Dr. Flavio Steinwurz, Dr. Carlos Brunetti**

▲ **Dr. Alfredo Graziano e Dra. Marla Dubinsky**

discutiu o papel da imunologia básica e clínica e da imunogenética nos tratamentos imunológicos da doença inflamatória intestinal. "Em breve surgirão novos tratamentos imunológicos com anticorpos monoclonais para a doença de Crohn e a colite ulcerativa e os resultados terapêuticos serão melhores e mais seguros, desprovidos de efeitos adversos inconvenientes", adiantou o palestrante.

Com uma programação bastante abrangente, o encontro contou com a participação de profissionais preocupados com a nutrição dos pacientes portadores de DII. Foi o caso, por exemplo, do Dr. Ricardo S. Rosenfeld, especialista em Nutrição Parenteral e Enteral da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, que é professor do Instituto de Nutrição da Santa Casa da Misericórdia e Chefe da Equipe de Terapia Nutricional da Casa de Saúde São José, ambos no Rio de Janeiro. Dr. Rosenfeld falou sobre como e quando usar, nas doenças inflamatórias intestinais, a nutrição parenteral periférica, a NPP (administração de nutrientes por uma veia periférica no antebraço). "Nos últimos 30 anos, os avanços no campo da nutrição tornaram possível alimentar pacientes mesmo quando o intestino não está em condições de manter suas funções ou necessita de repouso para sua recuperação", chamou a atenção o médico. "A utilização da NPP é indicada, por exemplo, para pacientes no período pré-operatório como preparo nutricional, ou no período pós-operatório, quando o jejum não será maior do que 10 dias. Pode ainda ser utilizada nas fases agudas da doença inflamatória quando o repouso intestinal é recomendado."

Os profissionais que participaram do evento têm comentários bastante positivos sobre esta oportunidade de ver e confirmar técnicas e procedimentos sobre a DII. "Foi o primeiro Simpósio da ABCD do qual participei e achei ótimo porque houve uma troca de experiências muito proveitosa", diz Juliano Coelho Ludvig, gastroenterologista de Blumenau, Santa Catarina, que tem entre seus clientes oito casos de doenças inflamatórias intestinais. "O Simpósio permitiu que se fizesse uma atualização com relação às drogas e aos problemas dos profissionais que trabalham com DII", diz Ilson Geraldo da Silva, coloproctologista professor da Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte. "Foi uma atualização dos aspectos de investigação científica e dos avanços em diagnósticos e terapias", acrescenta a Dra. Genoile Oliveira Santana, gastroenterologista que faz pesquisas na Universidade Federal da Bahia, em Salvador. "Houve uma troca de experiências com pesquisadores renomados e não é sempre que a gente tem uma chance como essa."



▲ **Dra. Angelita Habr Gama e Fernando T. M. Cordeiro – Presidente FBG, em almoço que antecedeu a Abertura do Simpósio e onde se discutiu o Programa Nacional de Prevenção do Câncer de Intestino**

Dados curiosos

Conheça o número de portadores de Crohn e colite na Europa

A Federação Européia de Crohn e Colite Ulcerativa - a EFCCA - da qual fazem parte 20 países com suas respectivas associações destas doenças, levantou o número de portadores de DII e cada um dos seus membros associados (*veja o quadro abaixo*). O resultado foi uma lista bastante acurada e atual: a Alemanha aparece com 160 mil pacientes de Crohn e 140 mil de retocolite, numa população de 82 milhões de pessoas. Na Itália, que tem uma população de quase 58 milhões de habitantes, há 120 mil casos de retocolite e 50 mil de Crohn. Como se pode ver no quadro, a maior incidência da DII acontece nos países mais ricos. Pode-se apimentar ainda mais essa curiosidade lembrando-se que, do outro lado do Oceano Atlântico, nos Estados Unidos (país que está fora de qualquer discussão sobre o poder da renda per capita da população), há um milhão de portadores de doenças inflamatórias intestinais – pelo menos é esse o número que a CCFA, a Fundação Americana de Crohn e colite, divulga no seu site (a população do país é de pouco mais de 280 milhões de habitantes). Será apenas mera coincidência?

"Os estudos de epidemiologia de DII sugerem que o fator mais importante para explicar a freqüência diferente da doença inflamatória entre populações diversas é a pré-disposição genética", diz o gastroenterologista Aytan Sipahi, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP. "Alguns fatores podem contribuir para o desenvolvimento destas doenças, como o meio ambiente, hábitos alimentares mais agressivos ou pacientes que são fumantes. Mas a suscetibilidade genética faz a diferença e o que comprova isto é que o maior fator de risco para a ocorrência da doença é a existência de casos na família."

Quanto ao Brasil, ainda não se sabe como a DII se comporta. Recentemente, foi encaminhado um questionário a trinta centros de referência do país (hospitais que prestam serviços de excelência em DII), onde constam além de dados pessoais de cada paciente com estas doenças (idade, sexo, profissão), o seu CEP e RG para não haver risco de dupla identidade. O Dr. Aytan é presidente do Comitê Executivo do Grupo Brasileiro de Estudo das Doenças Inflamatórias Intestinais, o GBEDII, que está desenvolvendo esse trabalho. "Não é muito fácil chegarmos a números corretos porque as doenças inflamatórias intestinais são difíceis de serem diagnosticadas e nem sempre aparecem como a causa da internação dos pacientes num hospital", afirma ele. "Além disso, são doenças que não têm alto índice de mortalidade e ainda pode acontecer de os pacientes não informarem que são portadores de DII quando se internam. Mas acreditamos que dentro de um ano já teremos resultados", diz o médico com otimismo.

PAÍS	POPULAÇÃO (milhões)	PACIENTES COM CROHN (estimado)	PACIENTES COM RETOCOLITE (estimado)
ALEMANHA	82,20	160.000	140.000
ÁUSTRIA	8,10	5.300	2.700
BÉLGICA	10,30	11.100	3.900
DINAMARCA	5,40	6.000	9.000
ESLOVÁQUIA	5,40	500	1.000
ESPANHA	39,80	30.000	40.000
FINLÂNDIA	5,20	5.000	15.000
FRANÇA	59,20	55.000	35.000
HOLANDA	16,00	15.000	20.000
HUNGRIA	10,00	4.000	11.000
IRLANDA	3,80	3.500	3.500
ISLÂNDIA	0,28	243	657
ITÁLIA	57,80	50.000	120.000
LUXEMBURGO	0,45	350	50
NORUEGA	4,50	10.000	15.000
PORTUGAL	10,00	5.000	5.000
REINO UNIDO	60,00	50.000	95.000
SUÉCIA	8,90	20.000	30.000
SUÍÇA	7,20	6.000	5.000

Azulfin
Sulfasalazina

SULFASALAZINA COM 60 COMPRIMIDOS REVESTIDOS GASTRO-RESISTENTES.

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

Melhora a qualidade de vida do seu paciente com um custo bem menor.[1,2]

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 inespecífica. 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, prurído, 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.**

STUDIONOVE

apsen

apsen
Tele Ton AACD
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
apsen

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.

Incontinência anal

Existe tratamento para este problema. Procure um especialista e livre-se dele

Por Dra. Lucia de Oliveira*

A incontinência anal ou perda (escape) involuntária de gases ou fezes nas roupas é uma condição mais comum do que se imagina. A incidência na população geral é estimada em até 5%, mas é difícil estimarmos corretamente o quanto isto ocorre nas diferentes idades, pois muitas pessoas não relatam o problema para o médico por constrangimento.

Nos idosos hospitalizados e naqueles que vivem em asilos a ocorrência de incontinência é grande, podendo chegar a 47%. Nas mulheres jovens, de até 45 anos, ela é oito vezes mais comum do que nos homens, e isto se deve ao fator obstétrico. Na verdade, a lesão da musculatura do esfíncter anal (conjunto de músculos que envolvem o canal anal), causada por rupturas instrumentais ou traumáticas durante o parto vaginal, é uma das causas mais comuns de incontinência anal. Qualquer outro procedimento cirúrgico ou lesões traumáticas a esta musculatura também pode causar incontinência.

Nas doenças inflamatórias intestinais, quando o paciente necessita de uma operação para retirada do reto ou de todo o intestino grosso, a ação dos afastadores anais (instrumentos cirúrgicos) ou a própria ressecção baixa do reto, podem provocar lesões na musculatura esfincteriana, que posteriormente podem causar incontinência anal. Esta lesão cirúrgica, entretanto, tem sido evitada nos últimos anos. Em seu lugar têm sido usados instrumentos modernos (grampeadores) que possibilitam o abaixamento do intestino grosso, ou a reconstrução do trânsito através de uma anastomose (costura) utilizando-se o intestino delgado.

Porém, mesmo quando se evita a dilatação forçada durante as operações, se o paciente for uma mulher com história prévia de partos vaginais, haverá a possibilidade de ocorrência de incontinência no período pós-operatório, pois a lesão obstétrica antiga somada às alterações ocorridas durante a operação, altera os mecanismos da continência.

Na verdade, a incontinência anal pode ocorrer em qualquer indivíduo, desde que os mecanismos naturais que mantêm a nossa continência sejam alterados. Um exemplo clássico é o caso das diarréias: a mudança da consistência das fezes e a aceleração do ritmo intestinal tornam muito difícil a manutenção do ânus fechado e freqüentemente há necessidade de se "correr" para o toalete. Chamamos este sintoma de "urgência" anal e sabemos que muitos portadores de doença inflamatória intestinal, que se encontram em fase de atividade da doença apresentam este quadro. Nestes casos é importante procurar o médico especialista, para que, primeiro, a doença seja re-avaliada e tratada adequadamente e, segundo, medidas clínicas possam ser tomadas para o alívio dos sintomas.

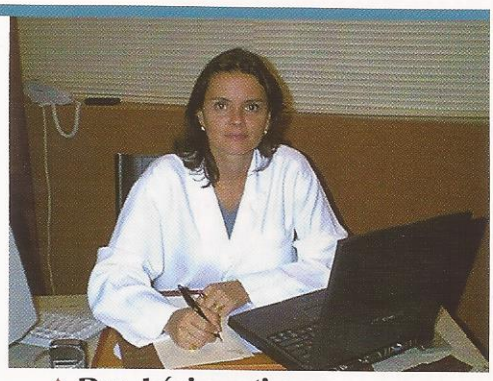
Felizmente, dispomos hoje de uma série de métodos e medidas que podem auxiliar bastante o manejo da incontinência anal. Hoje não se admite mais que as pessoas fiquem sofrendo com este problema sem buscar auxílio médico.

Além da avaliação da doença inflamatória por si só, podemos submeter o paciente a alguns métodos de investigação da musculatura anal, como a manometria anal e a ultra-sonografia de canal anal. Estes exames são indolores e de fácil realização, podendo ser realizados até mesmo após o indivíduo ter sido submetido a uma operação. Na verdade, em muitas situações em que o médico planeja o fechamento de uma estomia (abertura de parte do intestino na parede abdominal), a realização deste estudo da musculatura esfincteriana é necessária, pois fornece dados sobre a função esfincteriana e pode auxiliar o profissional, até mesmo retardando o fechamento do estoma.

Existem medidas simples, para os portadores de doença inflamatória que sofrem com a incontinência anal ou urgência: 1) adotar dietas pobres em fibras, em que os alimentos são cozidos; 2) utilizar medicações que contenham pectina e ou hidróxido de alumínio, pelo seu efeito constipante; 3) evitar o uso de antiinflamatórios que não sejam os prescritos pelo médico que acompanha a doença inflamatória; 4) preferir pequenas refeições, várias vezes ao dia; 5) evitar alimentos produtores de gases, como repolho, brócolis e feijão; 6) esvaziar o reto através de uma lavagem retal com água morna antes de sair de casa, sob orientação médica; 7) utilizar um pequeno absorvente como proteção antes de sair.

Para os pacientes que vêm apresentando um quadro mais severo, onde essas medidas mais simples não têm melhorado a sua qualidade de vida, indicamos a procura de um especialista, ou seja, um colo-proctologista com experiência em distúrbios da defecação, para que uma avaliação mais aprofundada possa ser realizada. Quando os exames mostram uma deficiência da musculatura, seja por

Produzido em Out/03



▲ **Dra. Lúcia: estima-se que a incontinência anal incida em até 5% da população mundial**

lesão traumática ou da inervação, dispomos hoje de um método de tratamento chamado Biofeedback anal, em que o paciente exercita sua musculatura e desta forma torna os músculos mais fortes, evitando os episódios de incontinência. Dispomos também de pomadas com substâncias que aumentam a força dos músculos ou remédios que "prendem" o intestino, sem causar os efeitos colaterais das medicações utilizadas anteriormente com este fim (Lomotil, Imosec).

Se nenhuma dessas medidas for eficaz na diminuição dos episódios de incontinência, existe uma variedade de técnicas cirúrgicas que podem ser empregadas para cada caso individualizado — desde a correção dos defeitos da musculatura, até o implante de substâncias à base de silicone para o preenchimento da falha muscular ou mesmo o implante de uma prótese ou esfíncter artificial. De qualquer forma, todos os pacientes devem ser avaliados clinicamente de forma detalhada e a utilização de qualquer um destes métodos envolve uma seleção criteriosa, de forma que possamos realmente, como objetivo final, melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Desta forma, a boa notícia hoje é que quem tem incontinência anal não precisa mais conviver com este problema. Basta procurar um especialista e resolver!

** A Dra. Lucia de Oliveira, TCBC, TSBCP é chefe do Serviço de Fisiologia Ano-retal da Policlínica Geral do Rio de Janeiro e Fellow da Cleveland Clinic da Flórida*

Expediente

ABCD em **FOCO**

ABCD

Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

Alameda Lorena, 1304, cjto. 802

São Paulo, SP - CEP 01424-001

Tel./fax: (11) 3064-2992

site: www.abcd.org.br

e-mail: secretaria@abcd.org.br

PARA ANUNCIAR:

(11) 3064-2992

Presidente: Dr. Flavio Steinwurz

Vice-presidente: Dr. Mathew Kazmirik

1ª secretária: Maria Amalia Bernardi

1º tesoureiro: Sérgio Luiz Savone

2ª secretária: Helen L. Moritz

2º tesoureiro: Paulo Cesar Giacomelli

Jornalista responsável:
Maria Amalia Bernardi — MTB 19182

Impressão: Ipsis Gráfica e Editora

FACILIDADES PARA VOCÊ

A **ABCD** fechou convênios com laboratórios renomados, que oferecem descontos aos associados na realização de exames clínicos e de diagnósticos por imagens — só é preciso apresentar a carteirinha de sócio. Os percentuais de desconto variam de laboratório para laboratório. Para maiores informações ligue para (11) 3064-2992 e fale com Izabel Diogo ou Ana Célia da Silva.

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) 3328-1099

Rio de Janeiro (RJ)
César Guerreiro Cirurgia, Proctologia e Vídeo Laparoscopia (vídeo colonoscopia)
Tel: (21) 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) 2538-3939

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

CEDIG - Centro de Diagnóstico e Tratatamento em Gastroenterologia Ltda. (Exames Laboratoriais)
Tel: (11) 5571.89.21

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) 3283-2019
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) 3056-4707

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) 3179-0822

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 SEDE DA ABCD: O associado que for visitar a sede da **ABCD** deve aproveitar o convênio que temos com o estacionamento Estapar, na Al. Lorena, 1345. Com o carimbo da ABCD, uma hora custa R$ 2,00.

Uma doença crônica pode tirar a cor e o sabor da vida

Mas pode também não tirar. Segundo o psiquiatra Cássio Pitta, o ser humano tem recursos emocionais para lidar com o sofrimento e quem tem Crohn ou colite ulcerativa só precisa reorganizar a vida para ser feliz

Para esta edição, a ABCD em Foco ouviu um profissional que entende profundamente o quanto uma doença inflamatória intestinal pode mexer com a cabeça de uma pessoa, além, obviamente, de afetar sua saúde física. Conversamos com o psiquiatra Cássio José do Nascimento Pitta, 49 anos, que é professor assistente do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Estado de São Paulo, UNIFESP-Escola Paulista de Medicina, e que tem consultório no bairro de Higienópolis. O Dr. Pitta é um colaborador freqüente da ABCD em Foco. Enriqueceu muito, por exemplo, a reportagem de capa que fizemos um ano atrás sobre um tema delicadíssimo para os portadores de doenças inflamatórias intestinais: o sexo. "O sexo pode e deve ser prazeroso mesmo para quem tem Crohn ou colite ulcerativa", afirmou ele, na ocasião. "Pode ser necessário mudar alguns hábitos, como a freqüência das relações, mas a doença não significa impedimento para o sexo."

Para relaxar, o psiquiatra gosta de ir ao teatro, ao cinema, ou simplesmente caminhar no Parque do Ibirapuera. Pai de dois jovens de 20 e 18 anos e de uma adolescente, de 16 anos, Cássio Pitta, que é separado, gosta mesmo é dos almoços em família que geralmente acontecem na casa dos seus pais na Chácara Flora. É nesses encontros que ele põe a conversa em dia com os filhos. O mais velho vai cursar o primeiro ano da Faculdade de Medicina, o do meio está no primeiro ano de Direito na Faculdade do Largo São Francisco e a caçula está cursando o colegial no Colégio Bandeirantes. "O fato de ser psiquiatra não muda nada na nossa relação. Como pai, acho que tenho as mesmas dificuldades que os outros", diz ele. Acompanhe a entrevista, a seguir:

Do ponto de vista emocional, como costuma ser a reação de uma pessoa quando ela descobre que tem uma doença inflamatória intestinal?

Como se sabe, as Doenças Inflamatórias Intestinais são crônicas e têm uma evolução prolongada. É natural que quando uma pessoa recebe este diagnóstico sofra um grande impacto. Primeiro porque ela vai ter que conviver

▲ Cássio Pitta: ter uma reação negativa é esperado e até saudável para o paciente

com o problema o resto da vida. Depois, o paciente vai ser obrigado a fazer uma série de modificações nos seus hábitos, principalmente alimentares.

Como se espera que o paciente reaja? É ruim para o seu quadro clínico se ele manifestar tristeza com esta notícia?

Ter uma reação negativa é esperado e até saudável. O paciente precisa por para fora a sua tristeza com a situação. Quem fica feliz quando recebe uma notícia deste tipo? Para falar a verdade, se um paciente tem uma reação muito boa, diz que está tudo bem, que ele está feliz, a gente até suspeita que ele esteja alterado emocionalmente ou mentalmente.

De que forma o paciente demonstra que ele está infeliz e talvez à beira de uma depressão?

Quando se enfrenta um diagnóstico como o da doença inflamatória intestinal a vida pode perder a cor e o sabor. O paciente pode se sentir desmotivado para trabalhar e mostrar desânimo para fazer qualquer coisa. Ficar emocionalmente bem depende sempre da estrutura, da personalidade da pessoa. Se ela estiver alterada, a doença pode trazer prejuízos para a sua auto-estima e alterar toda sua estrutura psíquica.

Para superar esta fase ele vai precisar ter um acompanhamento psicológico?

Segundo a visão multiprofissional de tratamento de uma doença crônica como a doença inflamatória intestinal, os resultados são mais facilmente alcançados quando os tratamentos envolvem diversos profissionais. Neste caso, o atendimento psicológico integra o atendimento clínico da doença.

Isso quer dizer que o paciente vai precisar freqüentar sessões de terapia algumas vezes por semana? Como se dá este processo?

É o terapeuta que vai resolver junto com seu cliente quantas vezes por semana serão necessárias, mas a experiência mostra que pelo menos uma vez por semana é o mais comum. A técnica utilizada também vai depender do que for escolhido pelo profissional para ajudar o paciente a obter resultados mais rapidamente. Numa abordagem psicoterápica, a terapia cria condições para que os conflitos do paciente venham à tona, apareçam, e, assim, ele possa aprender a criar estruturas de defesa para combatê-los. Já na terapia cognitiva, os sintomas mentais são mais focalizados. Para entender como funciona essa técnica, vamos dar o exemplo do paciente que tem fobia por estar em lugares fechados. O terapeuta pode propor que ele vá a um lugar assim, mas que não seja tão pequeno, e que fique por lá durante 15 minutos. Depois este tempo pode ser aumentado para 30 minutos e, assim sucessivamente, até que a pessoa se sinta melhor para enfrentar esta dificuldade.

Há remédios que podem ajudar o paciente a superar esta fase?

Alguns antidepressivos costumam ser indicados e o gastroenterologista pode medicar seu paciente. De qualquer forma, porém, a sugestão de um atendimento especializado está implícita, caso haja necessidade.

Como a família do paciente pode ajudá-lo?

A primeira coisa que ela pode fazer é ser solidária à pessoa. Isso não quer dizer que ela tem que ficar cobrando pensamentos de otimismo do doente o tempo todo. Ela tem que respeitá-lo inclusive na sua tristeza. A família também precisa ser orientada pelo médico ou pelo terapeuta do paciente.

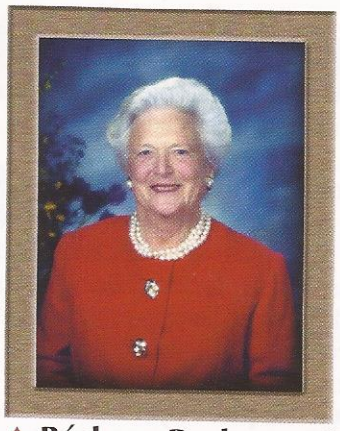
Como fica o aspecto social na vida deste paciente?

Ele não tem que fazer de conta de que nada está acontecendo na sua vida. Mas é importante que mantenha o convívio social com seus familiares e amigos. Ele precisa, porém, encarar a doença de frente e aprender a respeitar os seus limites. Se o paciente tem receio de sair de casa porque precisa estar próximo a um banheiro, ele que se certifique antes que no lugar aonde vai há um banheiro disponível para uso. O paciente tem que procurar ter a melhor qualidade de vida possível.

Ter uma reação negativa é esperado e até saudável. O paciente precisa por para fora a sua tristeza com a situação. Quem fica feliz quando recebe uma notícia deste tipo?

Quando pode se considerar que o paciente está pronto realmente para enfrentar a doença?

Quando ele começa a retomar a sua vida adotando características semelhantes às que tinha antes do início da doença. Temos que levar em conta que nós, seres humanos, temos recursos emocionais para lidar com o sofrimento. Nós temos esta capacidade. Como sobrevivem os pacientes com câncer de mama, com hepatite, com problemas renais? Quem tem um problema como uma doença inflamatória intestinal, só precisa reorganizar a vida para ser feliz.



▲ Bárbara Bush: garota propaganda de campanha de rádio e TV sobre doenças inflamatórias intestinais

MAMÃE BUSH É GAROTA PROPAGANDA

De uns meses para cá, Bárbara Bush, a mãe do presidente dos Estados Unidos, tem marcado presença na mídia. Não contra sua vontade, mas por decisão própria - não para defender a posição do seu filho sobre a malfadada guerra contra o Iraque, mas sim para valorizar a saúde. A matriarca da família Bush é a figura central de uma campanha de rádio e TV sobre as doenças inflamatórias intestinais. "Queremos que as pessoas saibam que enquanto a nossa fundação procura pela cura dessas doenças, oferece programas educacionais e serviços de apoio aos pacientes", diz Rodger DeRose, presidente da CCFA, a fundação americana de Crohn e colite ulcerativa. "E sem dúvida essa campanha com a Sra. Bush vai ajudar muito." Estima-se que nos Estados Unidos existam hoje um milhão de portadores de DII.

Além de contar com o apoio da primeira dama, a CCFA teve outra incrível contribuição: a Fundação Mankoff Family, de Dallas, cujo objetivo desde que foi fundada, em 1996, é providenciar recursos financeiros para diversas organizações, locais e nacionais, doou para a CCFA nada menos do que um milhão de dólares. "Nós estamos muito agradecidos porque a CCFA começou a usar a doação na campanha com Barbara Bush", disse Jeffrey Mankoff, diretor da Mankoff Family e também presidente da filial do Texas da CCFA. A Sra. Bush teve um bom motivo para ter aceitado ser a garota propaganda da campanha de rádio e TV sobre a DII: é que Marvin, o filho mais novo do casal Bush, tem uma terrível colite ulcerativa. Descobriu em 1985 e, no ano seguinte, precisou fazer uma cirurgia radical para tirar todo o cólon. Jeffrey Mankoff, de 42 anos, por sua vez, também vive uma situação similar: tem a doença de Crohn desde os 15 anos.

DOIS EM UM

Pouco mais de três meses atrás, nos Estados Unidos, foi dado sinal verde para os testes que vinham sendo feitos com o APAZA, medicamento que combina o antiinflamatório 5-ASA, muito indicado para os pacientes de DII, com imunomoduladores. "Pela primeira vez foram feitos testes em humanos (16 voluntários) e os resultados quanto à tolerância, segurança e propriedades farmacêuticas do APAZA foram tão animadores que já temos uma programação para iniciar a Fase II desse estudo em 2004", comemora o Dr. Christopher H. Price, presidente da Nobex, a empresa fabricante do medicamento. "Os testes mostraram também que a severidade da inflamação nas doenças inflamatórias intestinais pode ser reduzida", diz Price. A empresa agora está procurando parceiros para, no futuro, comercializar o APAZA.

O CURCUMIM, A COLITE E O CROHN: TUDO A VER

O curcumin, aquele velho e conhecido condimento utilizado em algumas receitas, sobretudo nas que levam curry, pode trazer excelentes benefícios para os pacientes de doenças inflamatórias intestinais. É o que afirmam os cientistas do Centro de Pesquisas Jack Bell do Hospital Geral de Vancouver, em Vancouver, no Canadá, depois de fazerem estudos, com bons resultados, sobre a utilização do curcumin em ratos. Além de reduzir a inflamação na região afetada pela doença, no intestino dos animais, este condimento alimentício também impediu maior perda de peso, o que normalmente ocorre em quem tem um diagnóstico de Crohn ou colite ulcerativa. Segundo os médicos, as propriedades antiinflamatórias do curcumim foram reconhecidas e também ficou claro seu papel importante para redução das células cancerosas nos animais. Outro dado relevante: além de melhorar o quadro sintomático da DII, o curcumim alivia o bolso dos pacientes por ser uma alternativa de tratamento muitíssimo mais barata. Alguém tem dúvida de que um ramo de planta vendido em feiras livres é mais barato que um medicamento que só é encontrado nas farmácias?

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.

SC
Serviço de Informações ao Cliente
0800-236776
Ligação Gratuita

À venda nas redes de farmácias e drogarias.

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

NOVARTIS

Tem que ser HIPER

Hipercalóricas e hiperproteicas – é assim que devem ser as dietas dos portadores de DII

É como no casamento. Discutir a relação dos pacientes de Crohn ou colite sobre a sua nutrição e o que eles podem ou não comer também exige muita paciência. Essas pessoas têm que ter a atenção redobrada quando o assunto é alimentação, sobretudo por causa das crises que eventualmente podem ter em função das doenças — e vale tanto para quem tem Crohn quanto para quem tem retocolite ulcerativa. Após um período de crise seguido de diarréia, quando vitaminas, proteínas e todos os nutrientes vão para o espaço, eles podem apresentar taxa de desnutrição elevada. Aí, uma coisa puxa a outra: a evolução clínica do estado físico do paciente se agrava e seu sistema imunológico pode ficar alterado. "Pacientes com Crohn podem desenvolver desnutrição lenta por muito tempo, o que provoca múltiplas e graves deficiências nutricionais. Já os pacientes com retocolite ulcerativa apresentam melhor estado nutricional, mas, por outro lado, podem desenvolver uma deficiência nutricional aguda rapidamente durante uma internação hospitalar, porque em geral têm muito sangramento nesses períodos", diz a nutricionista do Hospital Oswaldo Cruz, Maria Izabel Lamounier de Vasconcelos. "Nesses casos observa-se perda de peso maior que 10% do peso corporal geralmente em 70% dos pacientes com a doença de Crohn e em 40% dos pacientes com retocolite. Essa perda de peso é provocada pela falta de apetite dos pacientes e ocorre na fase em que os diagnósticos dessas doenças são feitos", explica Izabel.

Para não piorar o seu estado físico e ainda recuperar seu estado nutricional ganhando mais peso se for o caso, esses pacientes precisam fazer uma alimentação equilibrada, principalmente para ganhar energia e ter um aumento de proteínas. Em resumo, para estarem bem nutridos, eles têm que optar pelas dietas "hiper": hipercalórica e hiperprotéica. Isso não quer dizer comer demais, ou de forma compulsiva e destemperada. Eles só devem privilegiar os alimentos ricos em energia e proteína e ter criatividade para fazer seus cardápios. A lista é bem conhecida:

- ovos, carne bovina, aves e peixes
- leite e derivados
- grãos: feijão, ervilha, lentilha, grão de bico e soja
- sementes oleaginosas: nozes, avelã, amêndoa, castanha

Maria Izabel dá outras dicas para se ter bons resultados com a dieta. "São aquelas regrinhas básicas que não podem ser esquecidas: comer pelo menos seis vezes ao dia ao invés de três, ou seja, dividir as refeições e fazê-las mais vezes; preferir as gorduras que ajudam a aumentar as calorias (margarina, óleos, azeite e manteiga), assim como as frituras e os refogados. A nutricionista faz mais uma observação". Em algumas circunstâncias, os pacientes podem precisar de mais energia e calorias que não conseguem apenas com a alimentação. Nestes casos, suplementos nutricionais calóricos e protéicos podem ser acrescentados à alimentação para aumentar as calorias da dieta", diz ela. Existem vários suplementos protéicos e calóricos no mercado. Os pacientes têm só que escolher entre os lácteos e os não lácteos, dependendo da sua tolerância à lactose (o açúcar que há no leite dos animais mamíferos). Só mais um recadinho para quem tem que aumentar a energia e a proteína na sua dieta: "fique longe dos produtos que contenham no seu rótulo o aviso de que são de baixa caloria ou light", recomenda Maria Izabel.

A nutricionista Maria Izabel aconselha comer pelo menos seis vezes ao dia ao invés de três, ou seja, dividindo as refeições e fazendo-as mais vezes"

A **ABCD** comunica aos amigos — associados, anunciantes, leitores e internautas — que a iniciativa deste ano da venda de cartões de boas festas exclusivos da **Associação** foi um sucesso absoluto e aproveita para renovar os nossos votos de muita saúde, paz e amor para **2004**!!!

Balanço Anual

ATIVO	
Circulante Disponível	
CAIXA GERAL	
Caixa	
Soma do Grupo	849,01
Bancos Conta Corrente	849,01
Banco Real S/A	
Soma do Grupo	1.688,26
Total Disponível	1.688,26
Realizável em Curto Prazo	2.537,27
Duplicatas a Receber	
Cheques a Depositar	
Soma do Grupo	4.076,18
Aplicações Financeiras de Renda Fixa	4.076,18
Aplicações no Fundo DI-Banco Real S/A	
Soma do Grupo	31.572,92
Empréstimos	31.572,92
Empréstimos a Empregados	
Soma do Grupo	2.000,00
Total do Realizável em Curto Prazo	2.000,00
Total do Circulante	37.649,10
PERMANENTE	40.186,37
Imobilizado	
COMPRAS PARA ATIVO IMOBILIZADO	
Computador Pentium MOD.MBX, 300 MHZ	600,00
Soma do Grupo	600,00
Edifícios e Construções	
Imóvel Al. Lorena – SP	43.000,00
Soma do Grupo	43.000,00
(-) DEPRECIAÇÃO ACUMULADA EDIF. CONSTRUC.	
(-) DPR. ACUM. IMÓVEL AL. LORENA – SP	- 1.719,72
Soma do Grupo	- 1.719,72
EQUIPAMENTOS, MÁQUINAS E INST. INDUSTR.	
Computador Pentium 128/750	1.260,00
Soma do Grupo	1.260,00
(-) DPR. ACUM. EQUIP / MAQ / INSTAL.INDS.	
(-) DPR. ACUM. COMPUTADOR PENTIUM 128/750	- 251,88
(-) DPR. ACUM.: (-) DEPR. ACUM. COMPUT. PENTIUM	-19,98
Soma do Grupo	- 271,86
MÓVEIS, UTENSÍLIOS E INSTALAÇÕES	
ESTANTE ATLANTA	340,00
ESTANTE ATLANTA CROMADA PRETA	306,00
ARMÁRIO EM FÓRMICA	780,00
Soma do Grupo	1.426,00
(-) DPR. ACUM. MÓVEIS / UTENSÍLIOS / INSTAL.	
(-) DPR. ACUM. ESTANTE ATLANTA	- 33,96
(-) DPR. ACUM. ESTANTE ATLANTA CROMADA PRETA	- 30,48
(-) DPR. ACUM. ARMÁRIO EM FÓRMICA	- 77,88
Soma do Grupo	-142,32
BENS INTANGÍVEIS	
DIREITO DE USO DA LINHA TELEFÔNICA 3064.29.92	650,00
Soma do Grupo	650,00
TOTAL DO IMOBILIZADO	44.802,10
TOTAL DO PERMANENTE	44.802,10
TOTAL DO ATIVO	84.988,47

PASSIVO	
Circulante	
OBRIGAÇÕES TRABALHISTAS	
FOLHA DE PAGAMENTO DE EMPREGADOS	
SALÁRIOS A PAGAR	2.079,00
Soma do Grupo	2.079,00
PROVISÃO PARA OBRIGAÇÕES TRABALHISTAS	
PIS S/FOLHA A PAGAR	46,90
Soma do Grupo	46,90
ENCARGOS SOCIAIS A PAGAR	
INSS A RECOLHER	983,32
FGTS A RECOLHER	319,38
Soma do Grupo	1.302,70
TOTAL DE OBRIGAÇÕES TRABALHISTAS	3.428,60
CONTAS A PAGAR / CREDORES DIVERSOS	
OUTRAS CONTAS A PAGAR	
CONTAS A PAGAR	25.575,52
Soma do Grupo	25.575,52
TOTAL DO CIRCULANTE	29.004,12
PATRIMÔNIO LÍQUIDO	
PATRIMÔNIO SOCIAL DE ENTIDADES	
PATRIMÔNIO SOCIAL DE ENTIDADES	
PATRIMÔNIO SOCIAL	21.232,18
Soma do Grupo	21.232,18
TOTAL DE CAPITAL	21.232,18
SUPERAVITS OU DEFICTS ACUMULADOS	
SUPERAVITS DO EXERCÍCIO	
SUPERAVIT DE DEZEMBRO.	34.752,17
Soma do Grupo	34.752,17
TOTAL DE SUPERAVITS / DEFICITS ACUMULADOS	34.752,17
TOTAL DO PATRIMÔIO LÍQUIDO	55.984,35
TOTAL DO PASSIVO + PATRIMÔNIO LÍQUIDO	84.988,47

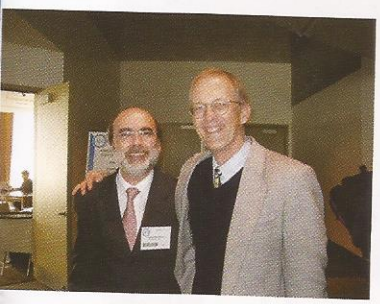
RESULTADO DO EXERCÍCIO		
Receitas Operacionais e Deduções		
DESPESAS		
DESPESAS OPERACIONAIS ADMINISTRATIVAS E FINANCEIRAS		
DESPESAS TRABALHISTAS ENCARGOS SOCIAIS		
SALÁRIOS E ORDENADOS	- 22.964,25	
FÉRIAS	- 1.210,41	
ABONO DE FÉRIAS	- 464,53	
13°. SALÁRIO	- 2.157,33	
INSS	- 5.525,08	
SEGUROS DE ACIDENTE DO TRABALHO	- 1.183,79	
FGTS	- 2.235,81	
PIS S/ FOLHA DE PAGAMENTO	- 263,08	
HORAS EXTRAS	- 273,00	
Soma do Grupo	- 36.277,28	
SERVIÇOS DE TERCEIROS E ENCARGOS SOCIAIS		
SERVIÇOS PRESTADOS POR PESSOAS JURÍDICAS	- 10,00	
Soma do Grupo	- 10,00	
DESPESAS ADMINISTRATIVAS DIVERSAS		
ALUGUÉIS	- 446,22	
ASSISTÊNCIA MÉDICA	- 5.924,57	
BENS NATUREZA PERMANENTE C / PEQ / VALOR	- 300,00	
COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES	- 450,00	
CONTRIBUIÇÕES A ENTIDADES DE CLASSE	- 51,75	
CONSER / REPAR / MANUTENÇÃO INSTALAÇÕES	- 7,50	
DESPESAS POSTAIS / CORREIOS E TELÉGRAFOS	- 3.236,25	
DEPRECIAÇÕES E AMORTIZAÇÕES	- 2.133,90	
DESPESAS DE VIAGENS E ESTADIAS	- 2.388,60	
ENERGIA ELÉTRICA	- 379,14	
IMPRESSOS E MATERIAL P/ ESCRITÓRIO	- 5.776,77	
REFEIÇÕES E LANCHES	- 661,91	
TELEFONE	- 6.270,77	
DESPESAS COM XEROX E AUTENTICAÇÕES	- 271,08	
CONDUÇÃO E ESTACIONAMENTO	- 195,40	
MEDICAMENTOS	- 242.900,93	
MATERIAL DE HIGIENE E LIMPEZA	- 298,63	
ASSISTÊNCIA CONTABIL	- 2.540,00	
MANUTENÇÃO GERAL	- 507,00	
COPA E COZINHA	- 169,20	
FILMES E REVELAÇÕS FOTOGRÁFICAS	- 19,15	
FRETES E CARRETOS	- 919,40	
DESPESAS COM INTERNET	- 3.680,48	
CONSERV / REPAR / MANUT E EQUIP	- 4.168,83	
DESPESAS MANUTENÇÃO SALA 802 LORENA	- 2.072,20	
DESPESAS REVISTA ABCD EM FOCO	- 78.494,86	
DESPESAS COBRANÇA MENS. DE ASSOCIADOS.	- 2.822,25	
Soma do Grupo	- 367.086,79	
DESPESAS ADMINISTRATIVAS TRIBUTÁRIAS		
IPTU	- 288,71	
TLIF	- 57,86	
CPMF	- 1.653,11	
Soma do Grupo	- 1.999,68	
DESPESAS ADMINISTRATIVAS FINANCEIRAS		
JUROS E MULTAS PASSIVOS	- 131,72	
DESPESAS BANCÁRIAS	- 317,89	
IRRF S/ APLIC. FINANC	- 765,32	
Soma do Grupo	- 1.214,93	
Total dos Grupos	- 406.588,68	0,00%
DEFICIT	- 406.588,68	0,00%
RECEITAS FINANCEIRAS		
GANHOS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS		
RENDIMENTOS DE APLICAÇÕES NO FAF	3.878,66	
BÔNUS CPMF APLIC. FUNDO FAF-DI	79,14	
Soma do Grupo	3.957,80	
OUTRAS RECEITAS OPERACIONAIS		
RECUPERAÇÕES DE DESPESAS PERÍODO ANTERIOR		
RECUPERAÇÃO DE DESPESAS	226,61	
Soma do Grupo	226,61	
Total dos Grupos:	4.184,41	0,00%
DEFICIT	- 402.404,27	0,00%
RECEITAS NÃO OPERACIONAIS E DEDUÇÕES		
OUTRAS RECEITAS NÃO OPERACIONAIS		
OUTRAS RECEITAS NÃO OPERACIONAIS		
DESPESAS RECUPERADAS	691,00	
Soma do Grupo	691,00	
DOAÇÕES DIVERSAS		
DOAÇÕES DIVERSAS	67.054,44	
MENSALIDADES DE ASSOCIADOS	35.061,49	
DOAÇÕES EM MEDICAMENTOS	247.406,74	
DOAÇÕES EM INSERÇÃO DE ANÚNCIO	62.580,00	
REEMBOLSO DE DESPESAS CORREIOS TEL	14.914,40	
Soma do Grupo	427.017,07	
Total dos Grupos	427.708,07	0,00%
SUPERAVIT DO EXERCÍCIO.	25.303,80	0,00%

Reconhecemos a exatidão do presente Balanço Geral da empresa encerrado nesta data, com suas demonstrações de Resultados do Exercício, bem como do Ativo e Passivo, com respectivos totais de R$ 84.988,47 (oitenta e quatro mil, novecentos e oitenta e oito reais e quarenta e sete centavos).

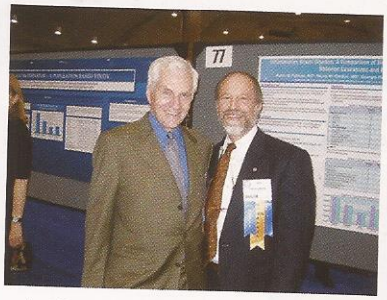
Ressalvamos que a responsabilidade do profissional contabilista fica restrita apenas ao aspecto meramente técnico, tendo em vista que reconhecidamente operou com elementos, dados e comprovantes fornecidos por esta empresa. Esta empresa se responsabiliza por sua exatidão e veracidade, bem como pelos estoques considerados e levantados por ela.

▲ Show Beneficente para o programa de Prevenção do Câncer do Intestino apoiado pelo Ministério da Saúde contou entre outros com as elegantes presenças de Ana Maria Braga, Hebe Camargo e Dra. Angelita Habr Gama, coordenadora e idealizadora do Projeto

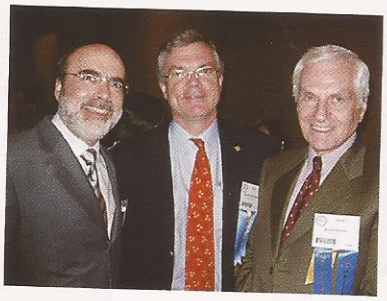
▲ A rede Mulher com o programa Beleza Hoje esteve presente no evento ocorrido no Memorial da América Latina, quando a Dra. Angelita Habr Gama foi entrevistada pelo Dr. Marcelo Schulman



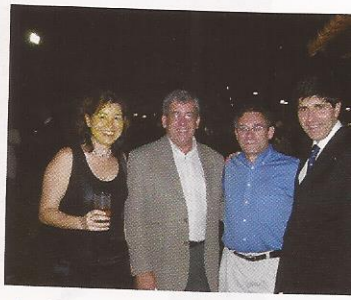
▲ Dr. Flavio Steinwurz e Dr. Balfour Sartor no Congresso do Colégio Americano de Gastro Baltimore, EUA



▲ Dr. Burton Korelitz e Dr. Lawrence Brandt – dois ex-presidentes do Colégio Americano de Gastroenterologia



▲ Dr. Flavio Steinwurz, Dr. Eamon Quigley, Dr. Burton Korelitz Juntos no Colégio Americano de Gastroenterologia



▲ Dra. Jane Oba, Dr. Ciro Bertolli, Dr. Remy Meyer, Dr. Artur Figueiredo Delgado Congresso Brasileiro de Nutrição ocorrido no Rio de Janeiro

A ABCD agradece o permanente apoio dos Sócios Corporativos:

Diamante

Schering-Plough

Nestlé
NUTRIÇÃO CLÍNICA

Platina

ALTANA
ALTANA Pharma Ltda.

AstraZeneca
GASTROINTESTINAL

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

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** – 1.0699.0200 – 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 polietileneglicol 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 glicerídes 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 hipersensibilidades). Mesacol não é recomendado para os pacientes com a função renal prejudicada e deve-se ter cautela com pacientes cujos níveis sanguíneos de uréia ou proteínuria 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 aprofundamento 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 em ratos 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 dos sulfonamidas 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, dermite, 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 distúrbios sanguíneos, 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 a 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 retossigmoide, 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, prescreva-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 acerca superdose com a mesalazina. Deve-se ter cautela, considerando-se os possíveis efeitos adversos gastrointestinais. No caso de superdose podem correr 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 Karos – 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.