ABCD em

FOCO

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE CROHN

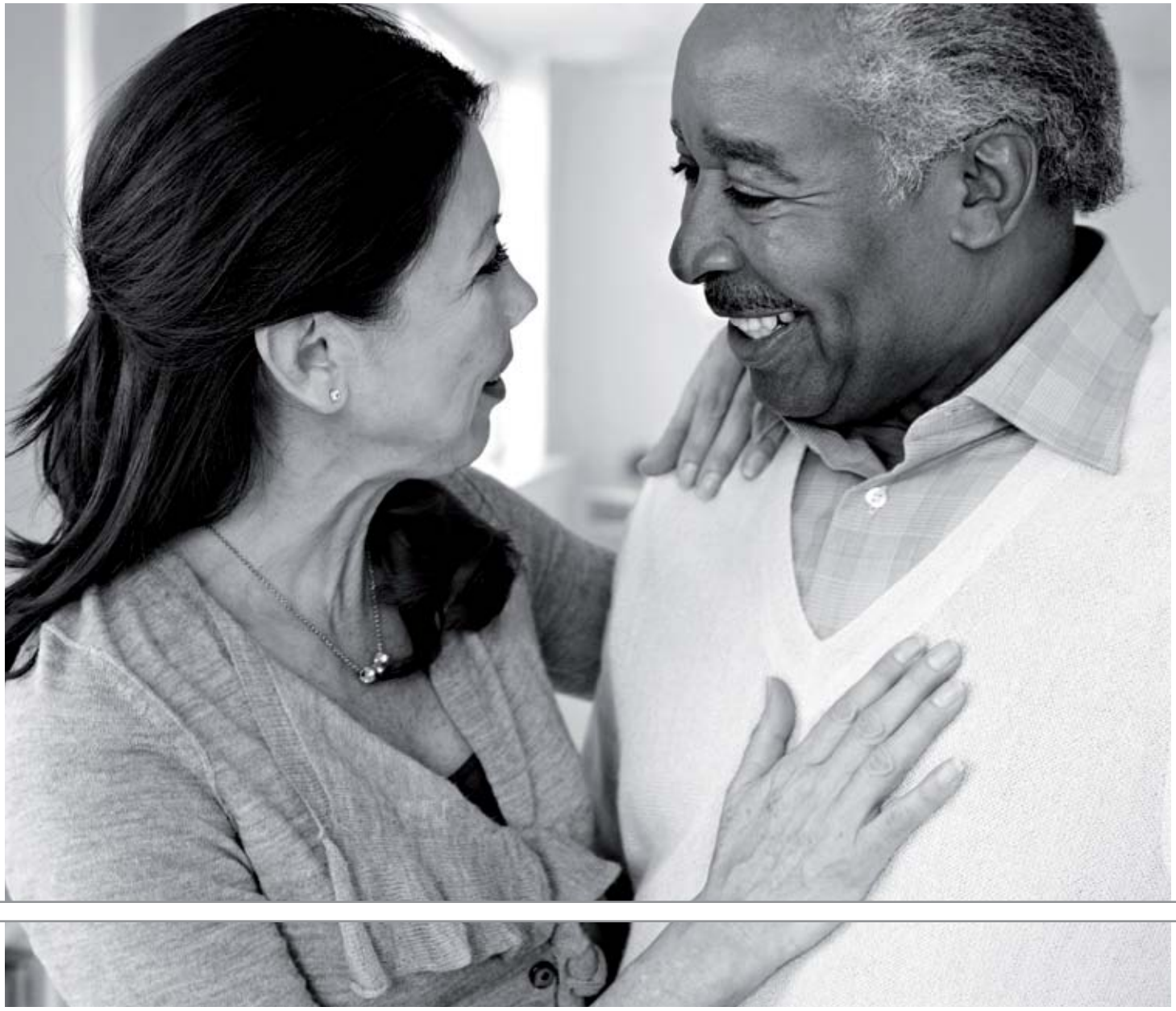
ABCD
Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

Imunossupressores e biológicos em pauta

Ano XI
nº 47
Primavera
2011
www.abcd.org.br

Dieta saudável, intestino tranquilo

Artigo: Dr. Burton I. Korelitz



Sobre a Janssen-Cilag

A Janssen-Cilag é uma indústria farmacêutica reconhecida pela inovação em pesquisa e desenvolvimento de medicamentos e serviços de alta qualidade. Opera mundialmente, atendendo as diversas necessidades médicas e farmacológicas. A empresa está no Brasil há 75 anos e comercializa 60 medicamentos. A companhia dedica-se a estudar e solucionar as mais importantes necessidades médicas não atendidas em dor, oncologia, imunologia, nefrologia e doenças gastrintestinais. Orientados pelo nosso compromisso com a ciência, trabalhamos para oferecer ideias, produtos e serviços inovadores para pacientes, médicos e farmacêuticos em todo o mundo.

Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda.

janssen

Renovar para crescer

Caro leitor,

com 12 anos de serviços prestados aos portadores de doenças inflamatórias intestinais e à comunidade médica, a **A**ssociação **B**rasileira de **C**olite Ulcerativa e **D**oença de Crohn conhece a fundo o significado da palavra "renovação". Por isso, neste último exemplar de 2011, trazemos histórias de heróis que se renovam a cada dia na busca de novos desafios. Gente como Francielle Furtado e Anderson Reis que, após começar o tratamento com remédios biológicos, viram suas vidas mudar para melhor. Também tratamos nesta edição 47 dos imunossupressores, fundamentais na vida de muitos portadores de DII, e reproduzimos a coluna do Dr. Burton I. Korelitz, diretor de pesquisa clínica do Setor de Gastroenterologia do Departamento de Medicina do Hospital Lenox Hill, em Nova York, e Sócio Benemérito da ABCD. Falamos ainda sobre Nutrição, com a Drª Maria Izabel Lamounier de Vasconcelos e apresentamos as últimas notícias vindas das nossas sempre ativas regionais, espalhadas Brasil afora. Por fim, presenteamos você, leitor exigente e que nos acompanha há tantos anos, com uma **Revista ABCD em Foco** totalmente repaginada. Nós acreditamos que um conteúdo de alto padrão merece uma forma à altura.

Boa leitura!

Dr. Flavio Steinwurz
Presidente da ABCD

Seu tempo é limitado, então não o desperdice vivendo a vida de alguém, não fique preso às expectativas e pensamentos dos outros.

Steve Jobs, fundador da Apple

EDIÇÃO 47

6 Imunidade em jogo

8 A importância da medicação tópica

10 Artigo: Dr. Burton I. Korelitz

12 Destaque da próxima edição

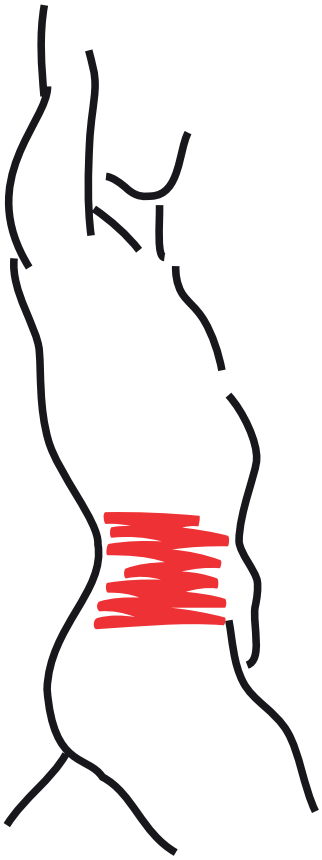
14 Biológicos, a revolução do bem

16 Minha História

20 Nutrição e doença inflamatória

22 Regionais

25 Serviços



EXPEDIENTE

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE CROHN

Al. Lorena, 1304 - Cj 802
São Paulo - SP - CEP 01424-001
Tel./Fax: (11) 3064-2992
Site: www.abcd.org.br
E-mail: secretaria@abcd.org.br

Presidente
Flavio Steinwurz

Vice-presidente
Eduardo Lopes Pontes

1ª Secretária
Maria Amália Bernardi Caccuri

2ª Secretário
Mathew Kazmirik

1ª Tesoureiro
Sérgio Luiz Savone

2ª Tesoureira
Maria Izabel L. de Vasconcelos

Impressão
Duograf Gráfica e Editora Ltda.

Foto da Capa
Stock.XCHNG

Jornalista Responsável
Marc Tawil
MTB 29.265

Direção de Arte / Diagramação
Ariela Tabacnik

Produção:
Dialoog
agência de conteúdo
www.dialoog.com.br

PARA ANUNCIAR: (11) 3064-2992

NA DOENÇA DE CROHN,
Qualidade de vida se conquista com nutrição adequada.

Modulen IBD é a nutrição especializada para o paciente com doença de Crohn. Além de ser muito fácil de preparar (basta ser misturado à água), Modulen IBD diminui a irritação do intestino e aumenta as citocinas anti-inflamatórias. Como nutrição exclusiva ou complementar, cada copo de Modulen IBD contém todos os nutrientes que o paciente precisa diariamente. Não contém glúten e lactose. O resultado é mais bem-estar, menos diarreia e um paciente com mais liberdade social.

- Terapia nutricional especializada com TGFβ2 se mostrou mais eficaz que o tratamento à base de corticoides.[1,2]
- Mais eficaz na cicatrização das lesões da mucosa intestinal.[3]
- Única fórmula com TGFβ2.
- Nutricionalmente completo. Promove manutenção e/ou recuperação do estado nutricional.
- Versatilidade de uso. No preparo de receitas ou diluído em água.

Referências Bibliográficas: 1. Borrelli O, Cordischi L, Cirulli M et al. Polymeric diet alone *versus* corticosteroids in the treatment of active pediatric Crohn's disease: a randomized controlled open-label trial. Clin Gastroenterol Hepatol 2006; 4: 744-753. **2.** Canani RB, Terrin G, Borrelli O et al. Short and long-term therapeutic efficacy of nutritional therapy and corticosteroids in paediatric Crohn's disease. Dig Liver Dis 2006; 38: 381-387. **3.** Bannerjee K, Camacho-Hubner C, Babinska K, et al. Anti-inflammatory and growth-stimulating effects precede nutritional restitution during enteral feeding in Crohn disease. J Pediatr Gastroen-terol Nutr 2004; 38: 270-275.

Nestlé Nutrition
Melhorando a qualidade de vida

Acesse o nosso site e obtenha mais informações:
www.nestle.com.br/healthcarenutrition
Serviço de Atendimento ao Profissional de Saúde 0800-7702461

Para solucionar qualquer dúvida, entre em contato com seu Representante.

Imunidade em jogo

Como num jogo infantil, pode-se imaginar que as células do nosso sistema imunológico são organizadas como um exército altamente qualificado, em que cada tipo tem uma determinada função. Algumas são encarregadas de receber e enviar mensagens de ataque contra corpos estranhos que tentam invadir o nosso organismo. Outras estão ali somente para apresentar o "inimigo" ao exército do sistema imune. Outras, ainda, são as "cabeças pensantes" dessa disputa e só se preocupam em montar estratégias para neutralizar os "inimigos" e, de quebra, as substâncias liberadas por eles.

Desde pequenos, aprendemos sobre a importância do sistema imunológico para que o nosso organismo possa conviver equilibradamente com os riscos aos quais estamos sujeitos no nosso dia a dia. Se o nosso sistema imunológico vai bem, não ficamos doentes – em geral, nem resfriados pegamos. Mas, se ele não está bem e nenhuma medida for tomada, certamente teremos problemas. Nosso sistema imunológico é afetado de diversas maneiras por tudo o que acontece na nossa vida – inclusive pelo nosso estado de espírito. Quando temos um problema de saúde, então, ele fica muito mais vulnerável. A sorte é que o sistema imunológico tenta permanentemente reconduzir o nosso organismo

ao seu estado ideal.

No caso do portador de uma doença inflamatória intestinal, o que se sabe é que tanto a retocolite ulcerativa quanto a doença de Crohn têm um componente autoimune que pode levar os pacientes a um estado de crises frequentes – e as crises frequentes podem levar a pessoa a um estado de completo desânimo e, consequentemente, de piora do seu quadro. São chamadas de autoimunes as doenças criadas pelo próprio organismo e não por fatores externos, como vírus, bactérias etc. O organismo deixa de reconhecer seu próprio tecido, encarando-o como estranho, produzindo anticorpos e criando a doença.

Por outro lado, ele passa a se defender daquilo que ele próprio criou.

Apesar de ainda indefinido, o mecanismo de agressão das DII se parece muito com os de doenças autoimunes. Fica fácil entender o que acontece quando uma pessoa tem Crohn ou retocolite, se imaginarmos que, de repente, seu organismo deixa de reconhecer o intestino como parte dele – e, não sendo mais parte do organismo, passa a ser visto como inimigo. O resultado é uma agressão constante e intensa ao intestino. Por isso, temos dores, diarreias, feridas, estreitamentos, fístulas e sangramento.

Até poucos anos atrás, as doenças inflamatórias intestinais eram tratadas basicamente só com corticoides. Mas a "velha" e, por que não dizer, "boa" cortisona, um anti-inflamatório poderoso e eficaz que praticamente todos os doentes de DII já experimentaram pelo menos uma vez, tem efeitos colaterais bastante desagradáveis, como inchaço, depressão, fome e perda de massa muscular, entre outros. Não pode, portanto, ser utilizada por períodos longos. Além do mais, em muitos pacientes, a cortisona cria dependência – quando a pessoa para de usar, os sintomas da doença voltam. Com o avanço das pesquisas médicas, o arsenal terapêutico para Crohn e colite cresceu: passaram a ser usados no tratamento os imunossupressores.

O que são imunossupressores?

Não há leigo que não se assuste diante da perspectiva de ter de tomar imunossupressores. Mesmo sem saber exatamente do que se trata, só pelo nome dá para perceber que tem a ver com sistema imunológico. E, como já foi dito acima, desde pequenos aprendemos sobre a sua importância para a nossa saúde. Assim, usar medicamentos que mexem com a nossa imunidade não é uma ideia muito atraente.

"Os imunossupressores são medicamentos que baixam a imunidade", explica o Dr. Flavio Steinwurz, gastroenterologista do Hospital Israelita Albert Einstein e presidente da **A**ssociação **B**rasileira de **C**olite Ulcerativa e **D**oença de Crohn. Em outras palavras, os imunossupressores são remédios usados para inibir os sintomas de uma doença ou o seu surgimento. Embora muita gente tenha medo de usá-los, esses remédios são indicados rotineiramente no tratamento da doença de Crohn, principalmente quando o paciente não responde aos medicamentos convencionais. "Os imunossupressores são considerados os remédios de uso oral mais eficazes na manutenção da remissão da doença de Crohn – e, além de servirem para tirar a dependência dos corticoides, eles também favorecem o fechamento de fístulas", acrescenta o Dr. Steinwurz.

O raciocínio do efeito dos imunossupressores na DII parece simples: ao diminuir a força do sistema imunológico, este passa a agredir o intestino de forma mais branda e os sintomas da doença diminuem. Não se sabe, entretanto, se é apenas isto que ocorre. Naturalmente, as doses prescritas desses medicamentos baixam pouco a nossa imunidade, apenas o suficiente para suavizar os sintomas – elas nunca são altas a ponto de por a pique todas as nossas defesas.

Os imunossupressores mais conhecidos e usados são a Azatioprina (Imuran), a 6-Mercaptopurina (Purinethol), o Metotrexate (Metotrexate) e a Ciclosporina (Sandimmun). A Azatioprina e a 6-Mercaptopurina são os mais utilizados em todo o mundo.

Eles agem lentamente – é necessário esperar cerca de 3 a 4 meses para observarmos os seus efeitos. Em compensação, têm poucos efeitos colaterais e podem ser usados por muito tempo.

(Com reportagem de Valquíria Sganzerla e Maria Amália Bernardi)

Eficácia no tratamento de Crohn

A importância da medicação tópica

Nem pergunte o que é medicação tópica porque é certeza que você sabe do que se trata. Você pode não estar ligando uma coisa a outra, mas, certamente, já usou alguma vez na vida: medicação tópica é aquela que você passa em alguma parte do corpo para ação no local onde foi aplicada. Ela não tem a finalidade de que todo o organismo a absorva e, conforme o caso, manifeste alguma reação – isso seria medicação sistêmica. Explicações à parte, no caso dos pacientes de doenças inflamatórias intestinais, a medicação tópica é usada sob a forma de supositórios ou enemas.

É fácil diferenciar um supositório de um enema: o primeiro é sólido e o segundo é líquido. Além disso, depois de colocado, o supositório fica parado no canal anal, enquanto que o enema é uma solução líquida que é introduzida no reto através do ânus, como se fosse uma lavagem, podendo atingir até mais que o reto inteiro.

O enema não é indicado para todos os pacientes. Normalmente, receita-se esse tratamento para pacientes que têm a inflamação do intestino localizada no reto e atingindo também um pouco do cólon. Ao invés de indicar a medicação via oral, o médico pode dar somente a medicação tópica. O paciente pode ou não ter medicação via oral e o médico só escolhe um ou outro tipo conforme a extensão da doença no paciente. Se for mais extensa, ele pode indicar a associação da medicação via oral com a tópica.

Médicos lembram que, na doença de Crohn, é muito raro esta medicação ser útil, a não ser que a manifestação da doença seja única e exclusivamente retal, o que não é frequente. A medicação tópica pode ser indicada também para quem tem retites e proctites, que são processos inflamatórios do reto e do canal provocados por outras doenças que não as inflamatórias intestinais.

A aplicação da medicação tópica é fácil e por tempo curto: de 2 a 4 vezes ao dia pelo período de 3 a 5 dias. O medicamentos também é encontrado no mercado com facilidade e o mais utilizado é o de Mesalazina. O problema é fazer as pessoas usá-lo. Muitas vezes, os pacientes que começam esse tipo de tratamento acabam desistindo. Até por uma questão de cultura, muitos deles costumam ter certa repugnância ao uso de medicação tópica via retal, considerando-a constrangedora.

Mais fácil para uns, nem tanto para outros, o fato é que a medicação tópica melhora o quadro do paciente, quando este está com sintomas indesejados. Mas atenção: não são todos os pacientes que podem usar essa medicação. É o caso daquele que tem uma lesão anal, como fissura, e outros com Crohn, que podem ter a manifestação da doença ao redor do ânus.

Sendo assim, eles não conseguem usar a medicação porque sua aplicação provoca dor. A medicação tópica também não é muito indicada, por motivos óbvios, para os pacientes que apresentam incontinência retal e têm um número de evacuações tão alto que não conseguem reter o líquido do enema ou o próprio supositório.

Curta, siga, compartilhe

Faça como mais de 1.200 internautas, adicione a **A**ssociação **B**rasileira de **C**olite Ulcerativa e **D**oença de Crohn no Facebook! Na página da ABCD é possível compartilhar experiências, conhecer histórias de outros portadores de DII e fazer novos amigos.

www.facebook.com/abcd.org.br

http://twitter.com/ABCDSP

Você conhece a Comunidade Virtual de Doença Inflamatória Intestinal (CVDII)? O site tem como objetivo a troca de informações entre os participantes, entre médicos e profissionais de saúde. Ao se cadastrar, você participa ainda de enquetes e de fóruns de discussão. Acesse!

http://cvdii.bireme.br

www.abcd.org.br

A Abbott transforma

ciência em cuidado de forma dedicada e apaixonada para desenvolver soluções voltadas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e cura.

ABBOTT CENTER - Central de Relacionamento com o Cliente
0800 7031050
www.abbottbrasil.com.br

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde prescritores. Reprodução proibida.
Material produzido em Abril de 2011.

Abbott
A Promise for Life

O papel atual das drogas imunossupressoras no tratamento da doença de Crohn e da colite ulcerativa

***Burton I. Korelitz,**
especial para ABCD em Foco

Muitos anos se passaram desde a descoberta acidental de que a Sulfassalazina era efetiva no tratamento da colite ulcerativa. Depois descobriram que o agente efetivo na sua fórmula não era a parte que contém a "Sulfa" – e que causa a maior parte das reações alérgicas e tóxicas. A Sulfassalazina e seus derivados ativos (Mesalazinas) também são efetivos nos casos leves da doença de Crohn. Com a descoberta da cortisona, os gastroenterologistas e seus pacientes com DII observaram respostas terapêuticas mais positivas do que jamais poderiam acreditar. Isto, infelizmente, levou a um período de complacência e redução nas pesquisas clínicas, até ser compreendido que o efeito favorável de corticoides era curto, e que diminuía ou era eliminado com a redução ou parada da administração da droga. Além disso, os efeitos colaterais eram excessivos. Pesquisadores clínicos estabeleceram que os corticoides não têm valor na manutenção. Seu melhor uso subsequente foi reconhecido somente como uma droga de fase aguda. A arte de usar esteroides foi centralizada no sentido de ganhar tempo para que as drogas de ação mais lenta pudessem agir na manutenção. De fato, os compostos Mesalazina e Sulfassalazina têm servido para este propósito, mas somente em pequena porcentagem dos casos.

Nos anos 1960, o conceito de doença autoimune passou a ser apreciado e os médicos consideraram doenças de origens indeterminadas dentro desta categoria. Estudos imunológicos foram lançados e, nesta mesma década, auto-anticorpos foram descobertos em pacientes com colite ulcerativa. Logo, a Azatioprina foi usada para inibir a rejeição de um rim transplantado de um doador. Bean, na Austrália, tratou com sucesso um paciente com colite ulcerativa com 6-Mercaptopurina (6MP), um derivado metabólico mais puro da Azatioprina. Brooke, na Inglaterra, reportou alguns casos de reversão de doença de Crohn severa, incluindo alguns com fístulas complexas, em pacientes tratados com Azatioprina, depois de falha nos esforços cirúrgicos, algo nunca visto anteriormente.

> "A 6MP É PROVAVELMENTE A MELHOR DROGA QUE TEMOS DISPONÍVEL NO MERCADO PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN E DA COLITE ULCERATIVA NOS ESTÁGIOS MODERADO A SEVERO, NOS DIAS DE HOJE."

Minhas próprias experiências iniciais com 6MP nos pacientes com colite ulcerativa determinaram que a droga tinha sucesso, não dramaticamente, mas depois de um uso prolongado. A 6MP foi favorecida no lugar da Azatioprina porque Wisch, um hematologista que trabalhava conosco, já havia tido experiências com a droga em tratamentos com leucemia infantil. Com o encorajamento da inicialmente formada Ileitis Foundation in the United States (mais tarde conhecida como National Foundation for Ileitis and Colitis e atualmente Crohn's and Colitis Foundation of America), Daniel Present e eu lançamos um estudo controlado de 6MP na doença de Crohn, que provou que a mesma era efetiva no tratamento das primeiras manifestações de DII, no fechamento de fístulas, na prevenção de pequenas obstruções intestinais e na eliminação de corticoides. Nosso estudo aconteceu ao mesmo tempo em que o estudo cooperativo nacional da doença de Crohn (NCCDS) concluiu que a droga parenta da 6MP, Azatioprina, não tinha efeito. A diferença nos resultados podia ser expli-

cada pelos diferentes protocolos, particularmente porque no da NCCDS a Azatioprina era suspensa na 17ª semana – muito cedo para que um grande número de pacientes respondesse.

Mesmo que inicialmente houvesse resistência da comunidade gastroenterológica em aceitar a "droga tóxica" para o tratamento de uma "doença benigna", nem a 6MP provou ser tóxica nem deveria qualquer clínico considerar a doença de Crohn como sendo tão benigna naquela época. A maioria dos pacientes com a doença de Crohn era formada por jovens, física e emocionalmente, incapacitados pela doença ou por complicações da terapia com corticoides. A 6MP foi a primeira droga de manutenção que mostrou fechar as fístulas. A maior parte da toxidade do 6MP acontece cedo, com três semanas de tratamento e é caracterizada por reações alérgicas que diminuem quando a droga é retirada. A droga pode ser reintroduzida e tolerada mesmo na dose completa, dessensibilizada (reintroduzida com doses crescentes) ou mudando da 6MP para Azatioprina, ou vice-versa. Já houve casos em que várias formas de câncer apareciam em pacientes que estavam tomando ou já haviam tomado a droga, mas todos os grandes estudos até a presente data mostram que a incidência não é maior do que em pacientes com DII não tratados com 6MP ou Azatioprina.

Hoje a 6MP e a Azatioprina são consideradas as melhores drogas disponíveis para a indução do alívio e terapia de manutenção para colite ulcerativa e doença de Crohn moderada a severa. Em novos casos, quando a doença pode ainda estar leve, o tratamento pode começar com um dos produtos 5ASA (Mesalazina), porém quando se percebe que o tratamento não está funcionando deve-se introduzir a 6MP. Em alguns casos, corticoides são necessários para garantir o tempo exigido para a 6MP ter sucesso. Uma vez que a 6MP é efetiva e bem tolerada, estudos mostram que existe razão para ficar com a droga indefinidamente. Somente quando existe a gravidez e a doença está em remissão, a droga pode ser parada temporariamente. Gastroenterologistas pediátricos agora consideram a 6MP como uma droga de primeira linha, normalmente combinada com a prednisona (um corticoide) usado temporariamente para ganhar tempo até que a 6MP possa ter efeito.

Com a descoberta do Infliximabe, a droga antifator de necrose tumoral (anti-TNF), para a doença de Crohn, novas perguntas surgiram. Esta droga é ministrada por infusão intravenosa e tem valor de manutenção. Pode ser que se prove que o Infliximabe seja uma melhor opção do que corticoides para ganhar tempo até a 6MP ter efeito, uma vez introduzida. Neste caso, alguns pacientes vão requisitar reinfusões de Infliximabe e outros não. Se, porém, o tratamento com 6MP já está estabelecido mas a doença de Crohn está fora do controle, infusões de Infliximabe podem ser aplicadas e, mais provavelmente, será requisitada a manutenção juntamente com a 6MP. Ainda mais, o uso coincidente do 6MP com Infliximabe pode se mostrar como redutor no desenvolvimento de anticorpos para o Infliximabe, reduzindo as reações alérgicas e ainda oferecendo reações sinérgicas favoráveis.

Dada a preocupação com a eficácia, segurança e a fácil administração da droga, a 6MP é provavelmente a melhor droga que temos disponível no mercado para o tratamento da doença de Crohn e da colite ulcerativa nos estágios moderado a severo, nos dias de hoje.

***Dr. Burton I. Korelitz é diretor de pesquisa clínica do Setor de Gastroenterologia do Departamento de Medicina do Hospital Lenox Hill, em Nova York, e Sócio Benemérito da ABCD.**

NA PRÓXIMA EDIÇÃO

ABCD em
FOCO
REVISTA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE CROHN

ABCD
Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

Cobertura especial do Simpósio mais aguardado do ano

VI Simpósio Internacional Multidisciplinar de Atualização em Doença Inflamatória Intestinal

Não perca, na próxima edição da **Revista ABCD em Foco**, a cobertura completa do VI Simpósio Internacional Multidisciplinar de Atualização em Doença Inflamatória Intestinal, maior evento do País no gênero, realizado no início de novembro, em São Paulo. Com as presenças de palestrantes de renome nacional e internacional, como o Dr. Gert Van Assche (no alto, à direita), da Bélgica, e Dr. Stephen Hanauer (última foto), dos Estados Unidos, o VI Simpósio foi dividido por módulos – Multiespecialistas, Tratamento Clínico, Cirurgia e Nutrição – proporcionando, aos participantes, maior qualidade e excelência no conhecimento. Entre os muitos temas debatidos: "Como controlar a desnutrição na doença de Crohn", "Os aspectos hematológicos nas doenças inflamatórias intestinais" e "Ressonância magnética e doença de Crohn". Os participantes também tiveram a chance de conhecer as experiências do Centro Europeu, Brasileiro e Americano. Aguarde!

Biológicos, a revolução do bem

Basta pensar que, há pouco mais de uma década, pacientes que sofriam com os sintomas das doenças inflamatórias intestinais não podiam contar com nenhum medicamento que lhes trouxesse alívio para as suas crises de diarreia, febre e dor abdominal. No Brasil, desde meados da última década, o aguardado Adalimumabe, o anti-TNF totalmente humanizado indicado para doença de Crohn nos casos de moderado a severo, tem apresentado, desde então, benefícios para diversos portadores da doença que já faziam uso deste medicamento em virtude de o mesmo ter sido aprovado, anteriormente, para casos de artrite reumatoide.

Depois de aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Anvisa, a preocupação desses pacientes que, muitas vezes, tiveram que entrar com mandados judiciais para obter o remédio, acabou. Este é o segundo anti-TNF a desembarcar por aqui. O primeiro medicamento biológico anti-TNF aprovado pela Anvisa foi o Infliximabe, que chegou em 1998, trazendo uma grande melhora na qualidade de vida dos pacientes.

"O Infliximabe é uma poderosa alternativa para os casos graves da doença de Crohn ou para aqueles casos que não respondem aos tratamentos convencionais", afirma o Dr. Flavio Steinwurz, gastroenterologista e presidente da **A**ssociação **B**rasileira de **C**olite Ulcerativa e **D**oença de Crohn. "O Infliximabe é capaz de prolongar a remissão de sintomas, ajudando na cicatrização da mucosa intestinal, o que pode evitar a necessidade de cirurgia para a retirada de uma parte do intestino", complementa.

"Quando empregado precocemente, o remédio biológico tem efeito rápido, amplo e com potencial de cicatrização plena da mucosa, com tendência a mudar a historia natural da doença. Diferente da doença de Crohn, a maioria dos portadores de retocolite ulcerativa e DII tende a ter um curso mais benigno. Entretanto, nos casos mais graves, a possibilidade do uso de medicação imunossupressora e biológica tem nos ajudado a manejar esses casos mais facilmente", afirma o Dr. Juliano Coelho Ludvig, do Espaço de Saúde do Aparelho Digestivo de Blumenau e diretor da Regional ABCD da mesma cidade.

Vale lembrar que TNF-alfa é uma citocina (ou proteína) que promove a inflamação no intestino e em outros órgãos e tecidos do corpo. Ela tem um papel decisivo na doença de Crohn porque induz à produção de outras citocinas e, para combatê-la, os medicamentos anti-TNF têm papel fundamental. Com o Infliximabe, o resultado dos tratamen-

tos foi tamanho que o medicamento foi aprovado também para colite ulcerativa.

Na Europa, a European Medicines Agency, a Emea, agência que regula o setor de medicamentos, aprovou somente em 2007 o Infliximabe para pacientes com a doença de Crohn que não respondem adequadamente às terapias convencionais com o uso de corticoides ou imunossupressores.

A chegada do Adalimumabe foi tratada como revolução, haja vista o poder transformador dos medicamentos biológicos. "Se ainda não se conseguiu descobrir o que causa a doença de Crohn, sem dúvida nenhuma, o tratamento para esta doença está se aperfeiçoando de uma forma muito interessante com base no maior conhecimento da fisiopatologia da doença", diz a Drª Andrea Vieira, chefe da Clínica de Gastroenterologia do Departamento de Medicina da Santa Casa de São Paulo. "Descobriu-se que o TNF era uma citocina pré-inflamatória importante na gênese da doença e antes sequer sabíamos que existia o TNF. Com o advento dos medicamentos biológicos estão chegando outras drogas e ainda tem muita coisa que provavelmente vai ser lançada", chama a atenção.

"O objetivo principal, quando tratamos nossos pacientes é o controle da doença por meio da indução e manutenção da remissão da mesma, evitando complicações e proporcionando melhora na qualidade de vida. Portanto, medicamentos mais específicos e com resultados melhores poderão diminuir ou retardar a chance de cirurgias, como também diminuir efeitos colaterais no curto e longo prazo", complementa o Dr. Wilton Schmidt Cardozo, diretor clínico na Clínica de Gastroenterologia e Proctologia de Guarulhos, São Paulo, e diretor da Regional ABCD Guarulhos. "A terapia biológica, felizmente, mudou para melhor a história natural da doença inflamatória intestinal nos últimos anos. A evolução é constante nessa área e a engenharia molecular poderá trazer novos medicamentos, mais específicos e com resultados ainda melhores."

O quadro das doenças inflamatórias intestinais está, de fato, mudando a uma velocidade bastante acelerada e os cientistas de centros do mundo todo não se cansam de estudar a fisiopatologia das doenças para obter uma melhor adequação das terapias que são indicadas aos pacientes. Os estudos já mostraram que há diversas células envolvidas no processo de inflamação do intestino, como as interleucinas, a interleucina 2, a interleucina 12, a CD3, a CD4 e até o TNF. Na proporção de causa e efeito, os médicos conseguem controlar muito mais as doenças inflamatórias intestinais, indicando menos cirurgias do que eles faziam no passado. "Cada vez mais vão aparecer medicações mais aperfeiçoadas, com melhores formas de aplicação e com menos efeitos colaterais", diz a Drª Andrea Vieira. Esta é a esperança que todos os pacientes têm.

(Por Valquíria Sganzerla)

Otimismo em primeiro lugar

"Tenho DII desde os 9 anos de idade, aproximadamente, com diagnóstico aos 10. Faz um ano que tomo a medicação Infliximabe em Santa Catarina e, há pouco mais de um mês, estou fazendo uso de Azatioprina, para potencializar o funcionamento do primeiro. Felizmente, como em quase todas as medicações que utilizo, com o biológico não foi diferente e não tive nenhuma reação, exceto na primeira aplicação, quando tive náuseas e vômitos.

Mas apenas isso. Minha história seria cômica, se não fosse trágica, porém, nunca gostei de ser tratada como doente e realmente não me considero como tal. Por isso, realmente odiava tomar remédios via oral e, em muitas ocasiões (a maioria delas), eu simplesmente esquecia de tomar os comprimidos de Sulfassalazina, talvez, inconscientemente, pelo fato de detestar ser classificada como doente.

Eu sempre levei o fato 'numa boa', mas nunca caía na real, para o desespero da minha família que sempre temia pelo pior. Com base em vários pedidos frustrados da minha mãe e da minha família e por preocupação também do médico que me acompanha há anos, foi trocada a medicação pelo biológico. O que, para mim, foi uma glória. Assim, vou ao hospital uma vez a cada dois meses, fico umas três horinhas e me livro por mais um período de medicações. Só esse fator já me torna melhor.

Mas, falando da medicação em si, houve uma melhora sim no meu tratamento, apesar de o remédio ser um imunossupressor. Justamente por isso, os cuidados com o restante da saúde também tiveram de aumentar, mas nada que mudasse o meu ritmo de vida. Enfim, encontrei no Infliximabe uma nova forma de combater e controlar, como eu digo, a minha 'melhor amiga', já que convivo com ela há cerca de 16 anos.

Porém, acredito sinceramente que a minha posição frente à 'doença' (que eu prefiro chamar de 'problema de percurso') me ajuda e muito. Na última semana, ainda brinquei com o Dr. Juliano Coelho Ludvig, quando entrei no consultório e ele me perguntou se estava tudo bem. A resposta, foi: 'Dr. Juliano, eu sempre estou bem, o senhor sabe'. E ele concordou dizendo: 'É, você sempre diz que está bem e isso me deixa satisfeito'."

Francielle Furtado, 25 anos, jornalista e relações públicas

"Fui diagnosticado como portador de DII em 2009 e passei a tomar Infliximabe no início de 2010. Foi o início de uma nova vida. Passou aquele mal estar dos remédios, voltei a ter disposição, mais vontade de viver. Retornei ao trabalho com muito pique. Hoje tenho até uma vida bastante agitada."

Olíndio da Silveira, 61 anos, consultor de vendas

Há pouco mais de uma década, pacientes que sofriam com os sintomas das doenças inflamatórias intestinais não podiam contar com nenhum medicamento que lhes trouxesse alívio.

"Levo uma vida normal"

"Lembro que, na época, eu era operador de caixa de um supermercado aqui em Blumenau. A doença começou a se manifestar de mansinho e passou a fortes dores abdominais, seguidas de enjoos e falta de apetite. Isso era em 2001 e eu pesava mais ou menos 83 kg. Emagreci até chegar aos 59 kg. Foi minha primeira e pior fase. Procurei um clínico geral, Dr. Edmundo (já falecido), que depois da consulta me encaminhou para o Dr. Luciano Kowalski Coelho.

Por meio de vários exames (ultrassonografia, endoscopia e colonoscopia), foi diagnosticado que se tratava de doença de Crohn. Fizemos tratamentos à base de corticoides e dieta especial, evitando, ao máximo, alimentos artificiais, cítricos e lactose. Lembro que me encontrava num estado bem avançado, pois tinha sinal do Crohn desde o esôfago até o intestino reto. Conseguimos controlar sem a necessidade de cirurgia.

Depois de três anos, os corticoides não faziam mais efeitos. Passamos daí para Mesalazina e Azatioprina. Mais uns cinco anos e estes também perderam seus efeitos...

O Dr. Luciano, então, pediu-me que procurasse o Dr. Juliano Coelho Ludvig, pois é um médico que se aprofundou em DII. Quando o procurei, estava numa nova e forte crise. Chegamos a ficar em alerta para uma cirurgia na região do abdome, pois houve a formação de fístulas que dificultavam a circulação de alimentos, causando enormes dores. Foi então requisitado o Infliximabe... Foi como tirar com a mão... Tudo o que sentia sumiu durante as três horas de aplicação... Hoje recebo o Infliximabe pelo SUS e faço aplicações a cada 58 dias.

Após três anos, continuo fazendo as aplicações dentro deste período.

Sigo trabalhando no mesmo supermercado, só que agora na área financeira. Fiz faculdade de Contabilidade e levo uma vida normal, claro que procurando ter uma alimentação o mais saudável possível. Também não fumo e não bebo bebidas alcoólicas. Há dois anos comecei a fazer natação quatro vezes por semana. Já se vão três anos sem o sinal do Crohn e até o momento nunca precisei de cirurgia. Nesse ponto, me considero uma pessoa feliz, já que nem todos têm a mesma sorte.

Outra coisa que considero muito importante é o apoio da família. Todos precisam ter conhecimento do que você está passando para uma melhor compreensão e ajudar a passar por essas crises.

Anderson Reis, 30 anos,
analista financeiro

Biológicos X Imunossupressores

"Elas são medicações distintas no que diz respeito ao mecanismo de ação, via de aplicação, eventos adversos e também eficácia. Em pacientes que nunca usaram nenhuma das duas medicações e têm indicações para o uso de biológicos, a associação dos dois fármacos, hoje, traz melhores resultados na remissão clínica, manutenção da remissão e cicatrização da mucosa", afirma a Drª Andrea Vieira, chefe da Clínica de Gastroenterologia do Departamento de Medicina da Santa Casa de São Paulo. Dependendo do caso clínico, as duas medicações são muito importantes. Por exemplo: alguns pacientes obtêm ótimos resultados com o imunossupressor e, por este motivo, não progridem o tratamento para os biológicos. "Se perguntarmos a eles se a medicação é boa, com certeza a resposta será 'sim'. No passado, quando não tínhamos os biológicos, tratávamos as fístulas com imunossupressores e alguns respondiam (ao redor de 1/3 dos pacientes). Porém, existem alguns trabalhos que avaliaram o uso a longo prazo dos imunossupressores e demonstraram que o uso dos mesmos aumentou com o passar dos anos. Não houve, no entanto, diminuição da necessidade de cirurgias." Já os biológicos trouxeram consigo algumas características bem interessantes, como a cicatrização da mucosa (um dos grandes objetivos almejados hoje), a melhora da qualidade de vida dos pacientes, a diminuição das taxas de hospitalizações e necessidades de cirurgias.

"Hoje é valorizado não só o paciente deixar de ter sintomas e seus exames de laboratório estarem normais, como é fundamental que haja cicatrização comprovada pelo exame de endoscopia, como a que os biológicos proporcionam", diz o Dr. Flavio Steinwurz. "Parece não haver nenhuma dúvida de que os medicamentos biológicos são superiores aos outros convencionais no que se refere à cicatrização endoscópica", ressalta.

Nutrição e doença inflamatória

Drª Maria Izabel Lamounier de Vasconcelos

Não há evidências de que fatores dietéticos causem ou contribuam para as doenças inflamatórias intestinais (DII). Uma vez que estas doenças tenham desenvolvido, a atenção quanto à dieta pode reduzir os sintomas e promover a recuperação. A proposta deste artigo é fornecer um guia alimentar geral para pessoas com doença de Crohn ou colite ulcerativa e seus familiares. Estas informações são baseadas em resultados de estudos e acúmulo de conhecimentos obtidos recentemente. Com a continuidade dos estudos e pesquisas, nós aprenderemos cada vez mais sobre a relação entre nutrição e as doenças inflamatórias intestinais.

Uma dieta adequada deve conter uma boa variedade de alimentos pertencentes a todos os grupos alimentares. Carnes, peixes, aves, ovos e produtos lácteos, quando tolerados, são fontes de proteína pertencentes ao grupo dos alimentos construtores; pães, cereais, amido, frutas e vegetais são fontes de carboidratos; margarina, manteiga e óleos são fonte de gorduras e, ambos os grupos, são conhecidos como energéticos e reguladores.

São estes os alimentos imprecindíveis a sua alimentação, que a sua nutricionista precisa utilizar para compor o seu cardápio.

O processo digestivo acontece principalmente no intestino delgado, que fica em continuidade com o estômago. No intestino delgado, sucos digestivos, derivados do fígado (conhecido como bile) e do pâncreas se misturam aos alimentos. Esta mistura é poderosamente mexida pela ação do músculo da parede intestinal. Os alimentos são quebrados pelo processo digestivo em pequenas moléculas, que são capazes de serem absorvidas através da superfície da parede intestinal e distribuídas para o resto do organismo por meio da corrente sanguínea. O resíduo alimentar aquoso, não digerido no intestino delgado, passa para o intestino grosso, onde ocorre a reabsorção de grande parte da água que foi acrescida aos alimentos no intestino delgado. Este é um tipo de mecanismo de conservação e reciclagem da água. Resíduos alimentares sólidos e não digeridos passam através do intestino grosso com os movimentos intestinais.

Quando o intestino delgado está inflamado, como frequentemente acontece com a doença de Crohn, o intestino torna-se menos capaz de digerir e absorver os nutrientes alimentares integralmente. Tais nutrientes podem passar para o intestino grosso, dependendo de quão extenso e severo o

intestino delgado apresenta-se. Esta é uma das razões pelas quais pessoas com doença de Crohn tornam-se desnutridas, em adição de não apresentarem muito apetite. Além disso, o processo digestivo incompleto movimentando-se através do intestino grosso interfere na conservação da água, mesmo se o intestino grosso não estiver afetado pela doença.

Portanto, a doença de Crohn afetando o intestino delgado pode causar diarreia com desnutrição. Caso o intestino grosso esteja também inflamado, a diarreia será provavelmente pior.

Na colite ulcerativa, somente o intestino grosso está inflamado; o intestino delgado trabalha normalmente. Devido à inflamação do cólon, a água não é reciclada adequadamente, assim sendo, a diarreia pode ser severa.

A pergunta mais comum é se existe a necessidade de suplementação de vitaminas. O que podemos dizer sobre algumas vitaminas é o seguinte: a vitamina B12 é absorvida no íleo. Portanto, pessoas com ileite ou que, durante a cirurgia, perderam o íleo, podem requerer injeções de vitamina B12 porque elas não conseguem absorver adequadamente da dieta. Se os indivíduos são submetidos a uma dieta com baixo teor de fibras, eles podem estar recebendo uma suplementação inadequada de certas vitaminas comumente encontradas nas frutas, tais como a vitamina C. Com o estado crônico das DII, é conveniente para muitas pessoas a ingestão de preparados multivitamínicos regularmente. Em pacientes com má digestão ou que foram submetidos a cirurgia intestinal, outras vitaminas, particularmente a vitamina D, podem se fazer necessárias. A suplementação da vitamina D deve ser feita somente sob orientação do seu médico.

No que diz respeito aos minerais, na maioria dos pacientes com DII não há perda de minerais. Entretanto, em pacientes com doença extensa no intestino delgado ou aqueles que tiveram boa parte do seu intestino removido cirurgicamente, o cálcio, o fósforo e o magnésio podem ser necessários à suplementação. A terapia com ferro é importante em casos de correção da anemia. O suplemento de ferro por via oral deixa as fezes pretas, o que pode muitas vezes simular o sangramento intestinal.

Os suplementos em pó ou líquidos, à base de calorias ou proteínas, devem ser utilizados quando houve uma perda de peso significativa, principalmente num curto período de tempo. Estes suplementos energéticos também são enriquecidos de vitaminas e minerais. O produto mais indicado será determinado pelo seu médico e nutricionista, como também o mais adequado no momento. Existe uma infinidade de produtos no mercado que poderá ser utilizada para este fim.

Entre as alternativas no tratamento de manutenção dos pacientes portadores de doença inflamatória, destacam-se as recentes tentativas com o óleo de peixe. Este produto natural, que contém os ácidos graxos w-3 (ácido eicosapentaenóico - EPA e ácido docosahexaenóico), é praticamente isento de efeitos colaterais e possui antiinflamatórios que poderiam ser usados em pacientes portadores de DII, inclusive pacientes com colite ulcerativa.

A ação do óleo de peixe no processo inflamatório se deve à sua propriedade de competição com o ácido aracdônico. O EPA tem menos atividade pró-inflamatória.

A alimentação saudável faz parte de uma somatória de fatores que devem estar integrados:

1. Coma devagar
2. Mastigue bem os alimentos
3. Faça refeições com pequenos volumes
4. Coma de 4 a 5 vezes por dia
5. Evite frituras e alimentos muito gordurosos
6. Use sua criatividade para variar e modificar os cardápios
7. Evite o alto consumo de refeições "FAST FOOD" e industrializados
8. Ingira no mínimo 2 litros de líquidos ao dia (água, chá e sucos), de preferência no intervalo das refeições
9. Faça exercícios físicos diariamente, sem exageros (40 minutos diários - inicie com 10 minutos na primeira semana e aumente 10 minutos por semana)

Bem-vinda, ABCD Petrópolis!

Petrópolis, bela e importante cidade do Rio de Janeiro, abriga a mais nova regional ABCD. "Ao conviver com os pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais, foi-se evidenciando a necessidade de fornecer informações e suporte além do consultório. Estes pacientes, quando do diagnóstico, sentiam-se angustiados, inseguros e sozinhos por desconhecer a doença. A partir desta situação, criei em Petrópolis um grupo de autoajuda para que eles pudessem se conhecer, trocar informações e experiências juntamente com seus familiares. Após a criação deste grupo, surgiu a ideia da instalação da Regional ABCD Petrópolis, pelo importante papel desta instituição na divulgação e esclarecimento da doença inflamatória intestinal", explica o Dr. José Francisco da Silva Vieira, responsável pela regional. A sede da nova ABCD Petrópolis fica no Centro de Estudos do Hospital Santa Tereza e funciona das 8h às 17h. Além de secretária, conta com uma psicóloga, nutricionista e assistente social.

Marília e o direito à informação

No último dia 17 de setembro, a **A**ssociação **B**rasileira de **C**olite Ulcerativa e **D**oença de Crohn realizou, em Marília, Estado de São Paulo, a "5ª Aula em prol da luta pelas doenças inflamatórias intestinais, Crohn e Colite". O palestrante convidado foi o advogado especialista em Direito da Saúde Tiago Farina, que abordou o tema "Direito da Saúde e Medicação de Alto Custo". Durante a explanação, o Dr. Farina informou como pacientes portadores de doenças que não têm cura ou crônicas – como a doença de Crohn, retocolite ulcerativa, diabetes, hipertensão, alzheimer, câncer e aids – devem fazer para conseguir medicamentos. O Dr. Farina também comentou sobre como os profissionais de Direito e da Saúde devem conduzir a orientação necessária aos familiares e pacientes. O evento teve o apoio da Onlife e Univem.

Em Porto Alegre, nutrição em debate

Cem pessoas compareceram à palestra promovida pela ABCD Porto Alegre no Auditório Irmão José Otão do Hospital da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em 15 de outubro. Coordenado pela médica gastroenterologista e diretora da Regional ABCD Porto Alegre Marta Brenner Machado, o evento trouxe ao debate o papel da Nutrição na vida dos portadores de doenças inflamatórias intestinais. A especialista convidada foi a nutricionista Elaine Adorne. Num segundo momento, a Drª Marta Machado discutiu com os presentes a importância da mobilização dos mesmos para agilizar os processos de solicitação de medicamentos para doença de Crohn e colite ulcerativa junto ao Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul. A regional ABCD Porto Alegre também disponibilizou seu escritório para as reuniões dos grupos de interessados, com a devida orientação profissional. Foram distribuídos exemplares da **Revista ABCD em Foco** e materiais de orientação sobre as DIIs e camisetas da **A**ssociação **B**rasileira de **C**olite Ulcerativa e **D**oença de Crohn.

Caminhada no Ceará

A terceira Caminhada Cearense para Crohn e Colite ocorreu em outubro no calçadão da Avenida Beira-mar de Fortaleza e contou com a participação de pacientes do Ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Walter Cantídio, portadores de DII e seus familiares. "A caminhada ocorreu durante o por do sol, com trilha sonora animadíssima e um visual deslumbrante. No começo e no fim da atividade física há sempre um tempinho para o alongamento", conta Madeleine Sales, integrante da Liga Acadêmica de Gastroenterologia e Emergência da Universidade Federal do Ceará, chefiada pela Drª Lúcia Libanez, diretora da Regional ABCD Fortaleza.

BREVES

Prêmio Nobel de Medicina 2011 vai para especialistas em imunologia

Os cientistas Bruce Beutler, Jules Hoffmann e Ralph Steinman receberam o Prêmio Nobel de Medicina 2011 por seus trabalhos realizados na área de imunologia. A pesquisa de Beutler, Hoffman e Steinman resultou na descoberta de como o nosso organismo reage à presença de vírus e bactérias, o que possibilitou, inclusive, o desenvolvimento de medicamentos para o combate a deficiências imunológicas em pacientes asmáticos, com artrite reumática e doença de Crohn.

Lançado Consenso sobre Dores Pouco Valorizadas em Crianças

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) lançou o Consenso sobre Dores Pouco Valorizadas em Crianças. De acordo com a SBP, embora sejam bastante comuns em crianças e adolescentes, algumas dores recebem pouca atenção nos consultórios. São elas: cólica do lactente, dor em erupção dental, desordens temporomandibulares, dor de cabeça recorrente, dor do crescimento, fibromialgia juvenil, dores relacionadas à prática de esportes e dor abdominal recorrente (doença de Crohn).

Estados Unidos aprovam Infliximabe para tratamento infantil

O Infliximabe foi aprovado pela Agência Americana para Alimentos e Medicamentos, a Food and Drug Administration, para o tratamento de colite ulcerativa em crianças de seis anos ou mais. Calcula-se que 150 mil crianças tenham DII nos Estados Unidos. "A aprovação do Infliximabe é significativa para crianças que são afetadas por doenças inflamatórias intestinais e estão procurando uma opção de tratamento eficaz", disse Rob Bazemore, presidente do Laboratório Janssen.

IBD AHEAD 2011

Projeto inovador com o objetivo de melhorar o manejo do tratamento, diagnóstico e seguimento clínico de portadores de doença de Crohn, o **IBD AHEAD** 2011 levou dez especialistas do Brasil a Dusseldorf, na Alemanha. "Fomos convidados a participar do congresso e, posteriormente, difundir os resultados em eventos a serem realizados no Brasil em 2012, com a presença de especialistas das mais diversas regiões do País", afirma o Dr. Fabio Teixeira, diretor da Regional ABCD Marília e coloproctologista da Clínica Gastrosaúde de Marília, São Paulo. (Na foto ao lado, da esquerda para direita: Dr. Juliano Ludwig Coelho, gastroenterologista do Esadi de Blumenau, Santa Catarina, e diretor da regional ABCD Blumenau; Dr. Paulo Kotze coloproctologista-chefe do serviço de Coloproctologia da PUC de Curitiba, Paraná; e Dr. Fábio Teixeira.) Ao alto, no centro da foto, Dr. Flavio Steinwurz, presidente da **A**ssociação **B**rasileira de **C**olite Ulcerativa e **D**oença de Crohn. "Antes deste evento, foi feito um pré-congresso em São Paulo, em que foram convidados diversos médicos para discutirmos como monitorar os portadores de Crohn. As respostas colhidas no evento brasileiro foram levadas para a Alemanha", explica o Dr. Fabio Teixeira. "O IBD AHEAD se diferencia de outro eventos, uma vez que tudo que é apresentado é baseado em evidências cientificas. Vários especialistas de todo o mundo participam na busca da melhor evidência para a pergunta levantada. Neste ano, o Dr. Flavio Steinwurz e a Drª Heda Amarante representaram brilhantemente o Brasil. Após a revisão bibliográfica, são apresentadas as condutas possíveis para que todos os participantes votem. Somente respostas com 75% de consenso são aceitas. Com tal método, se pode realmente chegar a um consenso."

A ABCD mantém convênios com laboratórios, academias, clínicas, escolas de idioma, agência de viagens e farmácias, entre outros. Para utilizar os nossos convênios, é necessário apresentar a carteirinha da ABCD e verificar o tipo de exame ou serviço e o desconto oferecido.

Para mais informações ligue:
(11) 3064-2992 (Izabel ou Célia)

LABORATÓRIOS

Belo Horizonte (MG)
Laboratório Humberto Abrão
(31) 2104.5700
São Paulo Patologia Clínica
(31) 3224.7112
Laboratório Dr. Geraldo Lustosa Ltda.
Análises clínicas, anatomia patológica e citologia
(31) 2104.1234 • 3293.9367

Blumenau (SC)
Ecomax - Centro de Diagnóstico por Imagem
RX, ultrassonografia, ressonância e tomografia
(47) 3331.4844

Campinas (SP)
Laboratório Confiance Medicina Diagnóstica
Análises clínicas, anatomia patológica e ultrassonografia
(19) 3255.3393

Cuiabá (MT)
Laboratório Carlos Chagas
(65) 3901.4700

Curitiba (PR)
Frischmann Aisengart Medicina Diagnóstica
Central de Atendimento
(41) 4004.0103

Florianópolis (SC)
Imagem Centro de Diagnóstico Médico Ltda.
Ressonância, tomografia,
ultrassonografia e angiografia
(48) 3229.7777
Laboratório Médico Santa Luzia
Análises clínicas
(48) 3952.4200
Instituto de Medicina do Sistema Digestivo Ilha de Santa Catarina
Vídeo endoscopia digestiva alta, vídeo colonoscopia e retossigmoidoscopia flexível
(48) 3224.8808

Porto Alegre
Rheumalab Laboratório de Análises Clínicas S/S Ltda.
(51) 3328.1099 • (51) 3061.3440

Maceió (AL)
Laboratório Sabin de Patologia Clínica de Alagoas S/C Ltda.
Análises clínicas
(82) 2122.9000

Rio de Janeiro (RJ)
César Guerreiro Cirurgia, Proctologia e
Vídeo Laparoscopia
Vídeo colonoscopia
(21) 2257.2165 • 2548.9927
(21) 2256.1455 • 2235.7477
Laboratórios Médicos Dr. Eliel Figueirêdo Ltda.Análises Clínicas
(21) 2450.8200
Gastro Centro Carioca
Endoscopia alta e baixa, proctologia, etc.
(21) 2242.1637
Laboratório Lamina
(21) 2538.3939
Laboratório Richet
(21) 3325.2008 • 2535.6669

Salvador (BA)
Laboratório Dirceu Ferreira
Análises clínicas
(71) 3351.2161

São Paulo (SP)
Bio Sana's Centro de Pesquisa e Tratamento Avançado de Feridas
Serviços para os associados: deiscências cirúrgicas, fístulas e curativos avançados
(11) 5904.1199
CEDIG - Centro de Diagnóstico e Tratamento em Gastroenterologia Ltda.
Consultas gastro-procto, endoscopia, colonoscopia e retossigmoidoscopia
(11) 5571.8921
CDB - Centro de Diagnósticos Brasil
(11) 5908.7222
Centro de Diagnóstico e Terapêutica Endoscópica S/C Ltda.
Cápsula endoscópica, endoscopia e colonoscopia
(11) 3283.2019 • 3287.1009 • 3288.8649
Centro de Diagnóstico Dr. Alberto Eigier
(11) 3085.5499
Centro Médico Carezzato
Análises clínicas e ultrassonografia
(11) 3832.8912 - Lapa
(11) 3622.8765 - Vila Jaguara
Clínica Schmillevicth
Análises Clínicas, Ultrassom, RX, Tomografia e Ressonância Magnética
(11) 3828.8800
CURA
Diagnóstico por imagem, ultrassonografia, ressonância, RX e tomografia
(11) 3056.4707
Instituto de Cirurgia do Aparelho Digestivo Profª Dra. Angelita Habr Gama
Colonoscopia
(11) 3887.1757
Laboratório Fleury
Análises clínicas e todos os tipos de exames
(11) 3179.0822
Rawet Patologia Especializada Ltda.
(11) 3255.3131 • 3255.3232
Militello Centro de Diag. e Biopesquisa Clínica Análises clínicas
(11) 2501.8071
Prof. Dr. Arnaldo Ganc
Endoscopia
(11) 3887.5400
Prof. Dr. Paulo Roberto Arruda Alves
Colonoscopia
(11) 3079.0621

OUTROS

São Paulo (SP)
Academia B-Active Saúde e Esporte
(11) 3051.6769
Central Clinic
(11) 2295.0388 • 4335.5466 • 4438.0078
CIP – Centro de Infusões Pacaembu
(11) 3875.0880
Escola de Idiomas Yázigi Jardim Paulista
(11) 3884.8500
Ganep Nutrição Humana Ltda.
(11) 3289.4681
Oncoclin Oncologia Clínica Ltda.
(11) 5091.3799 • 2191.0648 • 3699.3141
T & L Viagens e Turismo Ltda.
Representantes CVC Viagens e Turismo
(11) 3932.0740 • 3858.6405 • 3596.3470
Maringá (PR)
Farmalig Comércio de Medicamentos Ltda
(44) 3028.4400

Estacionamento na sede: ao visitar a ABCD-SP, aproveite o convênio com o Estapar da Al. Lorena, 1345. Com carimbo ABCD-SP, há desconto

CEARÁ
ABCD Fortaleza
Contato Aurilene
Diretora Regional Dra. Lúcia Libanez
Hospital Universitário Walter Cantídio
Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 - Rodolfo Teófilo
Fortaleza - CE - CEP: 60430-370
(85) 3082-9525
abcd.fortaleza@abcd.org.br

GOIÁS
ABCD Goiânia
Contato Natália
Diretor Regional Dr. Mauro Bafutto
Rua S - 1, 51 quadra S 13 - lote 23 - sala 203
Goiânia - GO - CEP: 74823-420
(62) 3281-3811
abcd.goiania@abcd.org.br

MINAS GERAIS
ABCD Itanhandu
Contato: Tatiana ou Carol
Diretor Regional: Dr. Flavio Mendes Mafra
Rua Delfim Pinho Filho, 160 - Monsões
Itanhandu - MG - CEP: 37464-000
(35) 3361-1915 ou (35) 3361-2493
abcd.itanhandu@abcd.org.br

PARANÁ
ABCD Cascavel
Contato: Fábia
Diretora Regional: Dra. Doryane Lima
Rua Antônio Alves Massaneiro, 414
Cascavel - PR - CEP: 85812-090
(45) 2101-7780
abcd.cascavel@abcd.org.br

ABCD Curitiba
Contato Telma
Diretora Regional: Dra. Eloá Marussi Morsoletto
Rua Cândido Xavier, 575 - 2º Andar - Água Verde
Curitiba - PR - CEP: 80240-280
(41) 3244-4430
abcd.curitiba@abcd.org.br

ABCD Maringá
Contato Vanila
Diretora Regional: Aline Satie Oba Kuniyoshi
Av. Itororó, 935 Zona 2
Maringá – PR - CEP: 87010-460
(44) 3221-5050
abcd.maringa@abcd.org.br

PERNAMBUCO

ABCD Recife
Contato Polyana
Diretor Regional Dr. Severino Santos
Praça de Casa Forte, 381 sala 101
Casa Forte - Recife - PE - CEP: 52061-420
(81) 3223-0933
abcd.recife@abcd.org.br

RIO DE JANEIRO

ABCD Rio de Janeiro
Contato Erika
Diretora Regional Dra. Cyrla Zaltman
Rua Uruguaiana, 10 - sala 1303 - Centro
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20050-090
(21) 3852-8997
abcd.riodejaneiro@abcd.org.br

ABCD
Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

A ABCD possui escritórios espalhados por todo o Brasil

ABCD Petrópolis
Contato Vilma
Diretor Regional: José Francisco da Silva Vieira
Hospital Santa Teresa
Rua Paulino Afonso, 477 Centro
Petrópolis – RJ – CEP: 25684-900
(24) 2243-0269
abcd.petropolis@abcd.org.br

RIO GRANDE DO NORTE
ABCD Natal
Contato Lúcia
Diretor Regional: Dr. Marco Zerôncio
Rua dos Canindés, 1266 - Alecrim
Natal - RN - CEP: 59030-600
(84) 3223-9517
abcd.natal@abcd.org.br

RIO GRANDE DO SUL
ABCD Porto Alegre
Contato Eliana
Diretora Regional Dra. Marta Brenner Machado
Av. Plínio Brasil Milano, 289 - sala 201 - Higienópolis
Porto Alegre - RS - CEP: 90520-002
(51) 3333-2212
abcd.portoalegre@abcd.org.br

SANTA CATARINA
ABCD Blumenau
Contato Terezinha
Diretor Regional Dr. Juliano Coelho Ludvig
Rua Floriano Peixoto, 350 - sala 804 - Centro
Blumenau - SC - CEP: 89010-500
(5547) 3041-0115
abcd.blumenau@abcd.org.br

ABCD Joinville
Contato Márcia
Diretor Regional Dr. Harry Kleinubing Jr.
Rua Mario Lobo, 61 - Ed. Terraço Center
sala 905 - Centro
Joinville - SC - CEP: 89201-330
(47) 3027-2270 - Fax: (47) 3422-6565
abcd.joinville@abcd.org.br

ABCD Florianópolis
Contato Priscila
Diretor Regional Dr. Luciano Saporiti
Rodovia SC 401 - Km 04 3854 - Saco Grande
Florianópolis - SC - CEP: 88032-005
(48) 3231-0324
abcd.florianopolis@abcd.org.br

SÃO PAULO
ABCD Campinas
Contatos Mônica e Cilene
Diretor Regional Dr. Flávio Quilici
Rua 14 Bis, 71 - Castelo - Campinas - SP - CEP: 13070-040
(19) 3241-8866
abcd.campinas@abcd.org.br

ABCD Guarulhos
Contato Shirle
Diretor Regional Dr. Wilton Cardozo
Rua Cerqueira César, 206
Centro - Guarulhos – SP - CEP: 07012-010
(11) 2441-4375
abcd.guarulhos@abcd.org.br

ABCD Marília
Contato Samuel (das 08h00 às 12h00)
Diretor Regional Dr. Fábio Teixeira
Av. Sampaio Vidal, 1160 A (VIA EXPRESSA)
Jardim Portal do Sol - Marília – SP - CEP: 17590-341
(14) 3432-4757
abcd.marilia@abcd.org.br

ABCD Santo André
Contato Margarete
Diretor Regional Dr. Wilson Catapani
Faculdade de Medicina do ABC - Anexo II
Av. Príncipe de Gales, 821 - Vila Príncipe de Gales
Santo André - SP - CEP: 09060-650
(11) 4427-7461
abcd.santoandre@abcd.org.br

ABCD São José dos Campos
Contato Pamela
Diretor Regional Dr. Paulo Bruno
Av. Lineu de Moura, 995 - Urbanova
São José dos Campos - SP - CEP: 12244-380
(12) 3924-4900
abcd.sjcampos@abcd.org.br

ABCD São José do Rio Preto
Contato Rosi
Diretor Regional: Dr. Roberto Luiz Kaiser Júnior
Rua XV de Novembro, 3975 - Redentora
São José do Rio Preto - SP - CEP: 15015-110
(17) 3302 - 4761
abcd.sjriopreto@abcd.org.br

ABCD São Paulo
Contatos Izabel e Célia
Presidente: Dr. Flavio Steinwurz
Alameda Lorena, 1304 - sala 802 - Cerqueira César
São Paulo - SP - CEP: 01424-001
(11) 3064-2992
secretaria@abcd.org.br

SÓCIOS CORPORATIVOS

A ABCD AGRADECE O PERMANENTE APOIO DOS SEUS SÓCIOS CORPORATIVOS E ACEITA DOAÇÕES PARA CONTINUAR REALIZANDO SUAS ATIVIDADES EM PROL DOS PACIENTES COM DII.

DIAMANTE

janssen

PLATINA

Abbott
A Promise for Life

dii

Um click pode ampliar
suas informações sobre a
Doença Inflamatória Intestinal.

www.dii.com.br

Material produzido em julho/2011

EM CASO DE DÚVIDAS LIGUE GRATUITAMENTE
SAC: 0800-7710345
www.nycomed.com.br

Nycomed Pharma Ltda.
Rua do Estilo Barroco, 721 - 04709-011 - São Paulo - SP

NYCOMED