



Palavras prévias

ESTA PUBLICAÇÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA (S.P.E.D.), que terá uma frequência trimestral, tem como objectivo fundamental levar às outras especialidades médicas e aos gastroenterologistas portugueses o nosso labor, sobretudo no campo da prevenção e detecção precoce do cancro do cólon e recto. Esta nossa preocupação, que começou há cerca de 4 anos, advém do facto deste tipo de cancro ser o mais frequente em Portugal e também aquele que mais mata (dados de 1999). A juntar a tudo isto, é possível fazer muito pela prevenção já que cerca de 90% destas situações passam pela fase de pólio até chegar ao carcinoma.

E, é aqui, que os nossos colegas da Clínica Geral têm um papel importante, já que, normalmente, na fase do pólio a sintomatologia está quase sempre ausente. Sensibilizar as pessoas em risco conforme as normas explicitadas no "ENDOnews" é um desempenho importante que cabe a todos os médicos. Vamos todos encontrar dificuldades - as pessoas não se sentem doentes e não estão interessadas em fazer uma fibroscopioscopia/colonoscopia - já que a rectosigmoidoscopia é muito limitada e não é aceite como método de rastreio.

A outra dificuldade é que não há capacidade instalada em métodos endoscópicos para uma campanha em massa. Infelizmente, não teremos a curto prazo esse problema porque a capacidade de resposta dos cidadãos a uma campanha de sensibilização é habitualmente lenta. Mesmo que alguns utentes se tenham que deslocar, e com algum incómodo para as suas vidas, parece-me um mal bastante menor, quando comparado com os dramas que terá que passar se a doença for diagnosticada em fase avançada.

Numa reunião no Vaticano, presidida por João Paulo II, no passado dia 23 de Março, e onde tive o prazer de estar presente, o Papa apelou à prevenção do cancro do cólon, doença que considerou um flagelo mundial e em que todos os médicos e autoridades de saúde teriam a obrigação de se empenhar de maneira abnegada.

Um outro assunto que o "ENDOnews" irá também tratar é a Doença do Refluxo Gastroesofágico (D.R.G.E.). Trata-se de uma doença que teve um grande incremento no mundo ocidental, e a que Portugal não escapou, que além de perturbar fortemente a qualidade de vida de cerca de 20% da população adulta, contribuiu, em al-

guns países (E.U.A., Austrália, Europa do Norte, etc.), para um aumento substancial do adeno carcinoma do esófago.

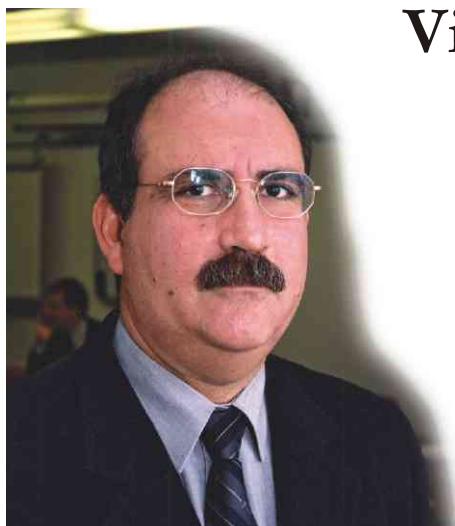
Quero agradecer a toda a direcção da S.P.E.D. o empenho que pôs na feitura desta publicação e a todos os colegas das diversas especialidades que a irão ler e, sobretudo, e esses são os meus votos, que possamos, daqui a uns anos, dizer que a curva de crescimento do cancro do cólon se começou a inverter.



Hermanno Gouveia
Presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

Sumário

Vivência partilhada	2
Prevenção do cancro do cólon e recto	
Salva vidas e poupa recursos	4
Aliança global pela prevenção do cancro do aparelho digestivo	
SPED associa-se a campanha mundial	5
SPED realiza curso de Endoscopia Digestiva	6
Carcinoma do cólon e recto	
Primeira causa de morte por cancro em Portugal	8
António Catita	
O primeiro a acreditar na endoscopia digestiva	12
José Manuel Romãozinho	
Azia e/ou pirose	14
Venâncio Mendes	
As vantagens de se ser médico... longe da cidade	16
O que sabem os famosos sobre o cancro do cólon	18



VIVEMOS NUMA SOCIEDADE DE INFORMAÇÃO onde existe uma necessidade permanente de troca de informações e de experiências, o que torna a publicação de materiais científicos e a divulgação de acontecimentos uma tarefa de central importância.

Vivência partilhada

Vivemos um período de aumento exponencial das expectativas e das exigências dos cidadãos, com o conseqüente aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde e em que todas as atenções se centram nos resultados e no uso adequado dos recursos disponíveis. As acções e tomadas de decisão clínicas são uma complexa interacção entre evidências científicas, preferências pessoais, desejos dos doentes, influências culturais e da tradição e uma multiplicidade de outras influências externas.

Só se podem manter elevados níveis de qualidade na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos se houver um Desenvolvimento Profissional Contínuo e este só se consegue com

Vivência partilhada continuação

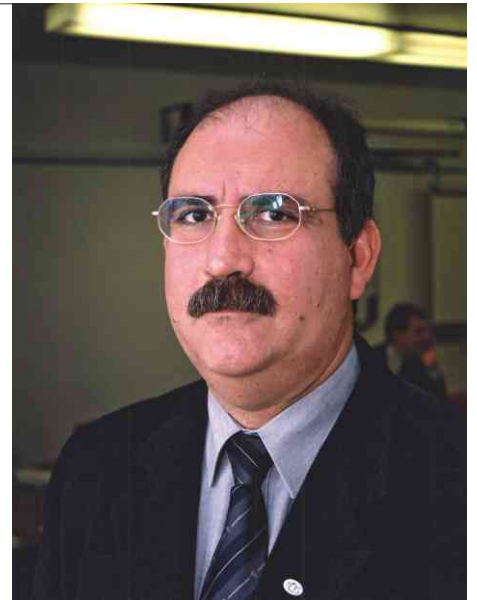
uma aprendizagem efectiva e contínua ao longo da vida, que preencha as necessidades individuais de cada profissional e da equipa em que está inserido.

A Formação Contínua é, pois, uma prioridade e uma das tarefas mais nobres e centrais da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral que tem feito um esforço constante em prol da excelência profissional dos Médicos de Família.

É necessário um diálogo positivo e construtivo entre todos os intervenientes na prestação de cuidados de saúde e procuramos sempre promover a colaboração e o respeito mútuo

entre as diversas especialidades e entre os diversos profissionais envolvidos, no sentido de prestar melhores cuidados e melhorar o desempenho.

É com muito prazer que em meu nome pessoal e em nome da Direcção da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, dou as boas vindas a esta nova publicação da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e uma palavra muito especial de incentivo e de apoio para a equipa dirigente que no meio dos seus múltiplos e exigentes afazeres profissionais, encontrou tempo e motivação para aceitar mais este desafio.



Luís Pisco

Presidente da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral

www.sped.pt Uma presença viva na Internet

VOCACIONADA PARA CONSTITUIR UM Canal aberto de comunicação com a população em geral e a comunidade médica de língua portuguesa, a página na Internet da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) tem-se revelado um vector fundamental de relacionamento entre a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, os seus sócios, a comunidade médi-

ca, os *media* e a população em geral. Disponível «on-line» há já alguns anos, a página beneficiou recentemente duma importante reformulação estrutural que lhe acrescentou novas funcionalidades e uma vitalidade reforçada. A secção “Destaques”, logo na 1ª página do “site”, disponibiliza informação actualizada sobre os eventos relevantes da vida da SPED, bem como de outras matérias relativas à gastroenterologia e à endoscopia digestiva.

A página tem, também, dedicado uma atenção especial às acções de sensibilização e esclarecimento da população organizadas pela SPED, disponibilizando áreas de informação sobre a campanha de prevenção do cancro do cólon e, mais recentemente, sobre a doença do refluxo gastro-esofágico.

O “site” possui, ainda, secções dedicadas à comunicação social, onde se publicam os comunicados de imprensa da SPED e se disponibilizam imagens e diagramas para utilização exclusiva dos *media*.

Tendo em atenção aspectos de interesse mais diferenciado - para os profissionais de

saúde - criou-se uma área de acesso restrito a estes profissionais através da qual se pode aceder, por exemplo, à versão “on-line”, integral, de todos os artigos publicados no “GE Jornal Português de Gastroenterologia”. O “feed-back” muito positivo que a SPED tem recebido, constitui um precioso estímulo para o esforço constante da Sociedade no desenvolvimento continuado deste projecto.



Ficha Técnica

<p>ENDOnews Publicação periódica trimestral de informação geral e médica Nº0 • Fevereiro-Abril 2002</p> <p>Director Prof. Dr. Carlos Nobre Leitão</p> <p>Coordenação Editorial Dr. Leopoldo Matos</p> <p>Depósito Legal 179043/02</p> <p>Registo ICS Exclusão de registo prevista no artº 12, alínea a, do DR nº 8/99, de 9 de junho</p>	<p>Produção e Imagem VFBM Comunicação, Lda.</p> <p>Propriedade e Redacção VFBM - Comunicação, Lda. Rua Jorge Barradas, 33 - Atelier 1500-369 Lisboa Tel: 217622740 Fax: 217622742 E-mail: vf-vfbm@netcabo.pt</p> <p>Impressão Mirandela - Artes Gráficas, SA Rua domingos Faria, 103 1300-501 Lisboa</p> <p>Tiragem 8.000 exemplares</p>
---	--

Prevenção do Cancro do Cólon e Recto Salva vidas e poupa recursos financeiros

NÃO SOBAM DÚVIDAS DE QUE A PREVENÇÃO DO CANCRO DO CÓLON e recto, sobretudo com métodos endoscópicos, determina uma redução significativa da mortalidade. E os custos estimados desta estratégia são de tal forma atraentes, que uma comissão de economistas do National Cancer Institute e do Congressional Office of Technology Assessment, dos Estados Unidos, classificou como bom investimento para a sociedade americana o desenvolvimento de uma prática de rastreio do cancro do cólon e recto. Outro estudo económico recente, considera que a adopção de uma atitude preventiva face ao cancro do cólon e recto, introduz uma poupança de recursos financeiros no sistema de saúde. De facto, a partir de um determinado momento, os custos do grupo sujeito a rastreio são inferiores aos que se observam perante a opção de não rastrear. Estes dados parecem ser específicos do rastreio do cancro do cólon e recto, em oposição aos resultados dos estudos efectuados para os rastreios do cancro da mama e do cancro do colo do útero e ajustam-se aos conhecimentos actuais sobre a carcinogénese colo-rectal.

A endoscopia, como método de rastreio, tem por objectivo *major* o diagnóstico e remoção da lesão pré-maligna do cólon e recto - o adenoma - que se apresenta em regra sob a forma de pólipos. Desta forma, é compreensível que a endoscopia, enquanto método de rastreio, reduza a incidência (ao remover o pré-cancro) e consequentemente a mortalidade por cancro do cólon e recto, ao mesmo tempo que introduz uma poupança de recursos financeiros no sistema, uma vez que é muito mais económico tratar o pré-cancro - em geral por polipectomia e em ambulatório - que tratar o cancro, mesmo nas suas formas mais precoces.

C. Nobre Leitão

**Tem 50 ou mais anos de idade?
Sente-se bem?
Não tem quaisquer sintomas?
Tem então três boas razões para fazer testes para prevenção do cancro do cólon**

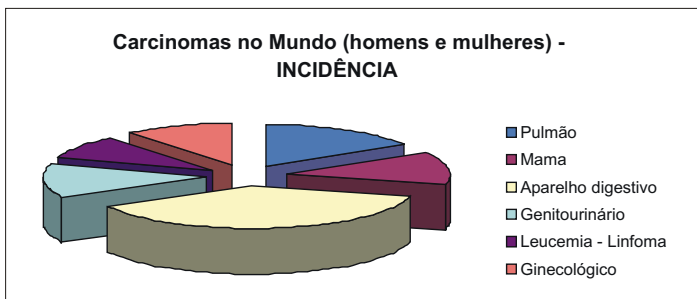
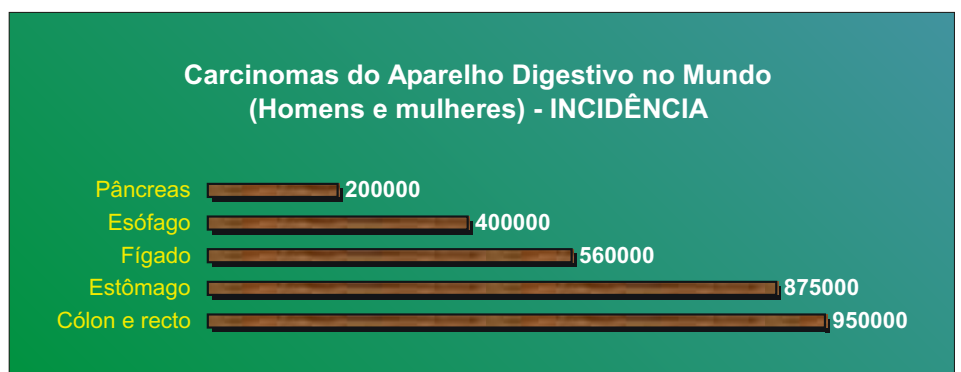
DE TEXTOS DO AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY, RETIRAMOS estas frases, que explicitam o essencial do rastreio: mobilizar todas as pessoas saudáveis com mais de 50 anos de idade para a realização dos métodos adequados à prevenção do cancro do cólon e recto. Esta tarefa - a de aumentar de forma decisiva a sensibilização do público e dos profissionais de saúde para os benefícios dos métodos validados de prevenção do cancro do cólon e recto que hoje dispomos - é uma tarefa de todos, continuada no tempo, que visa criar, definitivamente, hábitos e procedimentos automatizados.

No âmbito da campanha de prevenção do cancro do cólon, a SPED tem levado a cabo, por todo o país, iniciativas de rua, dirigidas à população



Aliança Global pela Prevenção do Cancro do Aparelho Digestivo SPED associa-se a campanha mundial

O AUMENTO PREOCUPANTE DO NÚMERO DE mortes por cancro do aparelho digestivo, que se vem registando todos os anos em Portugal e no mundo, levou a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva a decidir associar-se às principais sociedades científicas internacionais de gastroenterologia e endoscopia digestiva para a celebração inaugural da primeira campanha mundial para a prevenção do cancro do aparelho digestivo, que decorreu em Roma no passado dia 23 de Março. Este primeiro encontro, que incluiu uma audiência especial com o Papa João Paulo II, é uma organização conjunta da Organização Mundial de Gastroenterologia (OMGE) e da Organização Mundial de Endoscopia Digestiva (OMED) e contou com a presença de delegações de 43 países.



João Paulo II apoia campanha mundial

O PAPA JOÃO PAULO II OFERECIU O APOIO da Igreja à Aliança Global pela Prevenção do Cancro do Aparelho Digestivo, uma organização conjunta da Organização Mundial de Gastroenterologia (OMGE), da Organização Mundial de Endoscopia Digestiva (OMED) e da Federação Europeia Unida de Gastroenterologia (UEGF). Foi o próprio papa quem confirmou este apoio, numa audiência especial que concedeu a uma delegação das entidades organizadoras, no passado dia 23 de Março, data em que foi apresentada, na Cidade Eterna, o programa mundial para a pre-

venção do cancro do aparelho digestivo. De acordo com os especialistas, um dos grandes problemas das campanhas de prevenção é o da dificuldade em conseguir-se a aderência do público. Nos EUA, por exemplo, que é um país já com história no que se refere a campanhas de prevenção do cancro do cólon e recto, a taxa de adesão em termos de público alvo é da ordem dos 25 a 40%. De uma forma geral, os promotores das campanhas defendem que esta falta de aderência se deve, por um lado, à dúvida, por parte dos médicos, em relação à estrati-

ficação de grupos de risco e à efectividade dos programas de rastreio, e por outro, à falta de apoio das entidades públicas a estas iniciativas. Todavia, a maior dificuldade encontrada é a da adesão do público leigo às mensagens. Daí que a audiência com o papa João Paulo II se revista de uma importância fulcral, já que ao envolver-se a Igreja Católica nesta campanha está-se, no fundo, a conquistar um aliado de peso que pode influenciar uma boa parte da população, muito especialmente a do interior, mais permeável aos conselhos dos sacerdotes.



No Porto SPED realiza Curso de Endoscopia Digestiva

INSERIDO NA III REUNIÃO NACIONAL DE Endoscopia Digestiva, a SPED vai realizar um Curso de Endoscopia Digestiva, entre os dias 10 e 12 de Abril, no Edifício da Alfândega, no Porto. De acordo com Carlos Pinho, presidente da comissão organizadora, a reunião vai contar com transmissões ao vivo de terapêuticas diferenciadas, desde o Hospital Geral de Santo António para o Edifício da Alfândega, e com um corpo docente composto por um número significativo de gastroenterologistas e endoscopistas portugueses e europeus, especialmente ligados à área da endoscopia digestiva e da eco-endoscopia.

No curso será dado especial destaque às téc-

nicas mais recentes na área da endoscopia digestiva, nomeadamente a endoscopia de amplificação, que tornou possível a detecção de lesões muito reduzidas, e a cromoendoscopia, que permite corar e dar maior relevo a essas lesões. Carlos Pinho refere também a apresentação de algumas terapêuticas endoscópicas recentes no âmbito da doença de refluxo gastroesofágico, novas técnicas no âmbito da eco-endoscopia, como as minisondas ou a eco-endoscopia tridimensional, que transforma a ecografia habitual, plana, numa ecografia a três dimensões, permitindo verificar se existe ou não invasão nas camadas da parede do tubo digestivo.



Os especialistas irão abordar ainda algumas técnicas realizadas sobre as vias biliares e o pâncreas e as novidades no âmbito da hipertensão portal nos doentes que sofrem de doenças hepáticas, como a colocação de colas e de TIPS.

O programa do curso, extremamente variado, permite, simultaneamente, um diálogo importante entre a assistência, que se calcula que irá ultrapassar as 250 pessoas, e os cerca de 50 peritos nacionais e estrangeiros que fazem parte do corpo docente.

À reunião, de carácter fundamentalmente científico, a comissão organizadora quis aliar algumas actividades culturais, destacando-se a realização, no dia 10, de um concerto de canto e orquestra na Igreja de São Francisco, um dos símbolos mais importantes de arte barroca da cidade do Porto, com o soprano Piqué Resende e o maestro Cesário Costa, e uma exposição de tapeçarias, no Edifício da Alfândega, de Rogério Ribeiro.

American Medical Association recomenda Rastreio do cancro do cólon

A AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA) ANUNCIOU NOVAS RECOMENDAÇÕES PARA o rastreio do cancro do cólon. No documento, elaborado em colaboração com 17 outras organizações médicas americanas - incluindo a Academia Americana de Médicos de Família, a Sociedade Americana de Gastroenterologia e a Sociedade Americana de Endoscopia Digestiva - recorda-se que o cancro do cólon é a segunda principal causa de morte por cancro nos EUA.

No mesmo texto, a AMA sublinha que, apesar de nos EUA o cancro do cólon ser o terceiro tumor maligno mais frequente em ambos os sexos, as taxas de rastreio na população com idade adequada se mantêm baixas, sendo de 40% para a pesquisa de sangue oculto nas fezes e de apenas 10% para a sigmoidoscopia.

No documento reafirma-se que esta doença responde favoravelmente à detecção precoce e tratamento atempado. Salienta-se, também, que certos factores ambientais estão associados a um maior risco, designadamente a dieta rica em gordura, a ingestão calórica elevada, a ingestão de álcool, a obesidade, o sedentarismo e o tabagismo.

Segundo a AMA, estas recomendações constituem uma síntese das mais recentes evidências científicas e das recomendações já existentes para o rastreio do cancro do cólon.

O texto integral das recomendações poderá ser consultado através do endereço:

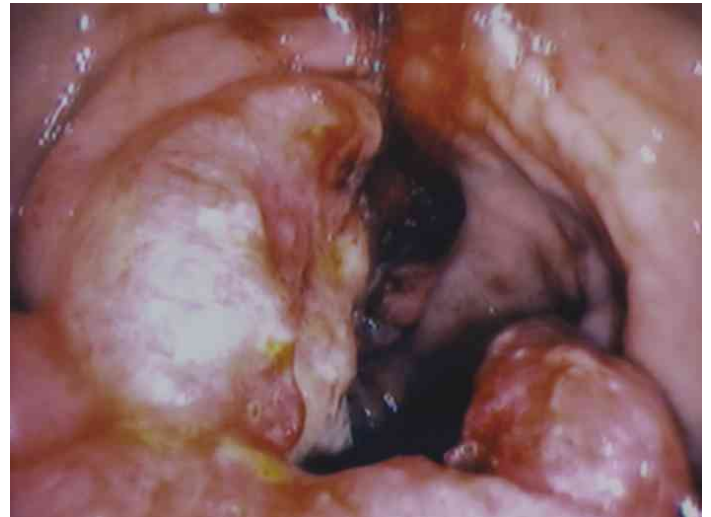
www.ama-assn.org/ama/pub/category/5246.html

Carcinoma do cólon e recto

Primeira causa de morte por cancro em Portugal



Tino, a mascote da Campanha de Prevenção do Cancro do Cólon, promovida pela SPED



Cancro do cólon - imagem de colonoscopia

APRESENTADOS HÁ DIAS, OS ÚLTIMOS NÚMEROS da mortalidade em Portugal (relativos a 1999), colocam o carcinoma do cólon e recto como a primeira causa de morte por cancro em Portugal.

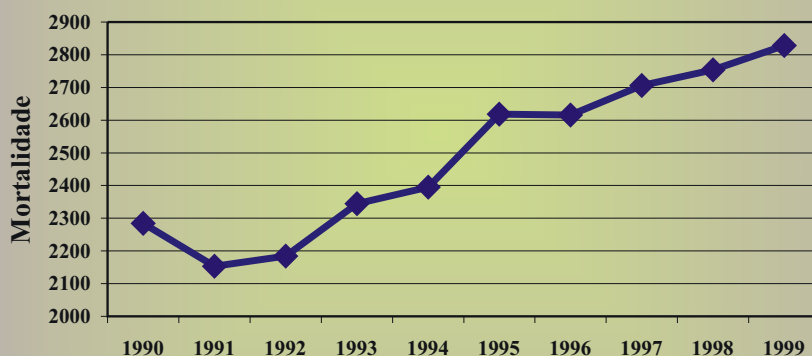
De acordo com os dados agora revelados, a mortalidade por tumores malignos do aparelho digestivo representa 39,5% (8273 / 20934) do total de mortes por cancro no nosso país. Neste grupo, a mortalidade por carcinoma do cólon e recto, que registara um aumento de 80% entre 1980 e 1998 e era a segunda causa de morte, logo a seguir ao cancro do pulmão, sofreu novo acréscimo no número de casos fatais com ele relacionados. De facto, em 1999, registaram-se 2828 mor-

tes por cancro do cólon, número que ultrapassa o da mortalidade devida a cancro do pulmão, que no mesmo ano foi responsável por 2726 óbitos.

"Esta mortalidade é muito preocupante", alerta Nobre Leitão, Vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, já que "representa 13,5% de toda a mortalidade por cancro, um dos valores mais elevados registados em todo o mundo". De facto, refere este responsável, "Portugal é um dos únicos países do mundo onde o cancro do cólon e recto é a primeira causa de morte por tumor maligno".

Para o Prof. Nobre Leitão, os números agora revelados constituem razão mais do que suficiente para mobilizar a SPED e a comunidade médica em geral para persistir e levar a toda a população uma ampla campanha de prevenção, já lançada pela SPED em 2001. "Parece-nos muito legítima esta nossa preocupação, pois estamos perante uma doença maligna susceptível de ser prevenida pelo rastreio que melhor relação custo-benefício tem evidenciado - o rastreio do carcinoma do cólon e recto. O rastreio não só reduz de forma muito significativa a mortalidade por esta doença, como também ocasiona uma diminuição da sua incidência", esclarece Nobre Leitão.

Valores absolutos de mortalidade por cancro do cólon em Portugal nos últimos anos



António Catita

O primeiro a acreditar na endoscopia digestiva

Sensibilizado com os casos de doentes que, no início dos anos 70, chegavam ao Instituto Português de Oncologia com diagnóstico de cancro em estádios muito avançados, em que pouco ou nada se podia fazer, António Catita foi o primeiro especialista a acreditar nas potencialidades da endoscopia digestiva, o que se traduziu na montagem da Unidade de Endoscopia Digestiva do IPO. Numa breve entrevista, o especialista recorda aqueles primeiros tempos e o desenvolvimento da especialidade no nosso país



O INTERESSE DE ANTÓNIO CATITA, PRIMEIRO presidente da SPED, pela endoscopia digestiva, vem de muito longe. Pouco tempo depois de terminar o curso foi trabalhar para o Instituto Português de Oncologia e uma das coisas que mais o sensibilizava «era ver os doentes com diagnóstico de cancro, sobretudo de estômago, que chegavam em estádios muito avançados da doença, o que não permitia obter bons resultados». Uma grande parte nem sequer tinha condições para serem operados e

apenas uma pequena parte dos que eram sujeitos a cirurgia ultrapassavam os quatro ou cinco anos de vida. «Quando o prof. Gentil Martins me deu a oportunidade para ir estudar, durante quatro meses, para o Midlessex Hospital, em Inglaterra, onde trabalhei com Avery Jones, uma das maiores autoridades na matéria, já naquele país se ensaiava, além da radiologia, que era um meio de diagnóstico tardio, uma endoscopia feita com um gastroscópio semi-rígido». O aparelho, denominado gastroscópio de Taylor, permitia ver apenas uma pequena parte do estômago; «todavia, já me entusiasmei».

Depois de regressar a Portugal, surgiu o gastroscópio com fibra óptica, que permitia uma observação mais minuciosa do estômago. Apesar de ter aparecido primeiro nos Estados Unidos, os japoneses, que detinham uma das maiores incidências de cancro de estômago, ultrapassaram os americanos no desenvolvimento e aperfeiçoamento do aparelho, o que permitia o diagnóstico numa fase ainda precoce da doença.

Por ocasião de um congresso de gastroenterologia, realizado no Japão, «embora não tenha podido estar presente, esteve lá um grande amigo meu, o Dr. António Saragoça, que me trouxe os relatórios do congresso». Com as novas técnicas utilizadas pelos japoneses, era possível «não só diagnosticar muitos casos de cancro numa fase operável como cerca de 50% dos casos diagnosticados como “early gastric cancer”, que curavam na sua grande maioria.

Baseado nesses relatórios, António Catita fez uma exposição ao director do Instituto Português de Oncologia, Lima Basto, e ao administrador, Joaquim Silveira Botelho, em que manifestava a necessidade de «mandar alguém ao Japão para aperfeiçoar esta técnica».

Primeiro fibroendoscópio totalmente flexível - B. Hirschowitz, 1956



Ambos decidiram que seria ele.

«Embora eu já tivesse a minha vida organizada, nomeadamente a nível profissional e achasse que seria melhor mandar um rapaz mais novo, descobri que, nessa altura, Lima Basto tinha algumas dúvidas em relação ao trabalho dos japoneses. Precisava que alguém, já com experiência, verificasse se a nova técnica valia a pena».

Durante a sua permanência no National Center Cancer Hospital, no Japão, em que trabalhou com o prof. Sakita, o especialista português verificou que, com a utilização da nova técnica, era possível, de facto, detectar cancros numa fase ainda muito inicial.

«Infelizmente, quando regresssei a Portugal, poucos dias depois de apresentar o meu relatório a Lima Basto, o professor morreu bruscamente, o que atrasou, talvez durante dois anos, a montagem da Unidade de Endoscopia do IPO».

De início muito limitada, a unidade começou, no entanto, a diagnosticar casos de cancro numa fase mais precoce, o que permitia obter melhores resultados clínicos. «Nessa fase fui muito ajudado pelos meus colaboradores, nomeadamente Costa Mira, Nobre Leitão e Chaves Serras, que partilharam do meu entusiasmo» e graças às boas relações que o especialista mantinha com Azeredo Perdigão, a Fundação Calouste Gulbenkian subsidiou a Unidade de Endoscopia, o que permitiu dotá-la de melhor equipamento.

Entretanto, surgiram outras técnicas, como a

colonoscopia. Nessa altura, a convite do prof. Pinto Correia, o endoscopista inglês Christopher William realizou no IPO um curso sobre endoscopia baixa, o que permitiu a aprendizagem desta nova técnica, utilizada no diagnóstico dos tumores do intestino grosso.

Depois da estadia do especialista inglês em Portugal, Nobre Leitão deslocou-se a Barcelona, de onde regressou com um domínio per-

feito desta nova técnica, que apresentava muito bons resultados. «O cancro do cólon, que tem aumentado, ao contrário do cancro do estômago, que tem diminuído, é muito acessível à endoscopia baixa, permitindo a terapêutica numa fase muito precoce».

Entretanto, aquando da fundação da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, António Catita foi proposto presidente por unanimidade. No entanto, o especialista destaca que embora tenha sido o criador da Unidade de Endoscopia e o homem que acreditou na necessidade da endoscopia digestiva para o diagnóstico do cancro e assim obter um melhor prognóstico, «sem dúvida nenhuma foram os meus colaboradores que me apoiaram e entusiasmaram a continuar».

SPED: Reunião Regional do Centro DRGE e cancro do cólon em destaque

A DOENÇA DO REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO e o cancro do cólon foram os temas em destaque na IV Reunião do Centro da SPED, realizada em Monfortinho no passado dia 23 de Março e que contou com o patrocínio da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.

A mesa-redonda dedicada à Doença do Refluxo Gastro-esofágico incluiu palestras sobre temas controversos relacionados com o tratamento desta patologia, designadamente acerca da importância das medidas higiénico/dietéticas e a erradicação da *Helicobacter pylori*.

Nesta conferência, que contou com a par-

ticipação do Dr. António Banhudo, Director do Serviço de Gastrenterologia do Hospital Amato Lusitano e do Prof. Francisco Castro e Sousa, Director do Serviço de Cirurgia III dos Hospitais da Universidade de Coimbra, foram apresentadas perspectivas actuais do tratamento médico e cirúrgico, tendo sido relevados os novos fármacos anti-secretores, por um lado, e a cirurgia laparoscópica, por outro.

A discussão acerca do cancro do cólon, centrou-se na problemática relacionada com a sua crescente incidência em Portugal e as possibilidades de prevenção da doença através do rastreio e diagnóstico precoce.

Azia e/ou pirose

O TERMO AZIA DERIVA DO VOCÁBULO LATINO *acidia*, correspondendo, para grande parte dos Autores, a uma “sensação de ardor que vem do estômago até à garganta” ou, com mais rigor, e em linguagem médica, a uma “sensação de ardor ou queimadura de localização epigástrica, retroxifoidea ou retro-esternal, com irradiação ascendente em direcção ao pescoço” e cujo aparecimento é favorecido pela posição corporal (anteflexão do tronco, decúbito pós-prandial), pela hipertensão abdominal (obesidade, cintas apertadas) e pela ingestão de alguns alimentos (chocolate, fritos, citrinos, entre outros). De acordo com este conceito, a azia, para além de ser uma consequência inevitável e a manifestação clínica mais comum do refluxo gastro-esofágico, apresenta como sinónimo, eventualmente mais erudito, o termo pirose (do grego *pyrosis*, ou seja, “acto de queimar”, “calor”, “ardência”).

Discrepante é, todavia, a posição de alguns autores que consideram os termos azia e pirose possuidores de um significado diverso entre si. Tal é o caso de Pinto Correia, para quem “a sensação de ácido ao nível do epigastro constitui o que chamamos azia. Quando este ácido vem até à boca dando origem a uma sensação de “queimadura ácida”, estamos em face do fenómeno da pirose”. Assim, a azia traduziria excesso de acidez no estômago ou dificuldade de processar a fase gástrica da digestão, enquanto que a pirose é só ela responderia a um refluxo gastro-esofágico patológico. Diferente é ainda, e por último, o conceito defendido por Fausto Pontes, o qual sustenta que a azia e a pirose constituem ambas sinto-

mas de refluxo gastro-esofágico, embora com significados patológicos distintos. Deste modo, a azia representaria uma forma de desconforto esofágico em termos de sabor/odor desagradável relacionado com os alimentos refluídos na dependência de uma excitação anormalmente intensa (refluxo gastro-esofágico particularmente agressivo) dos receptores sensoriais duma mucosa esofágica normal. A pirose, por sua vez, seria já uma forma de dor tipo queimadura ou ardor causada pela conjugação de um estímulo anormalmente intenso com a diminuição do limiar de excitabilidade dos receptores sensoriais duma mucosa esofágica inflamável. Este termo indicaria, por isso, “não somente refluxo agressivo

mas também, pelo menos, esofagite”.

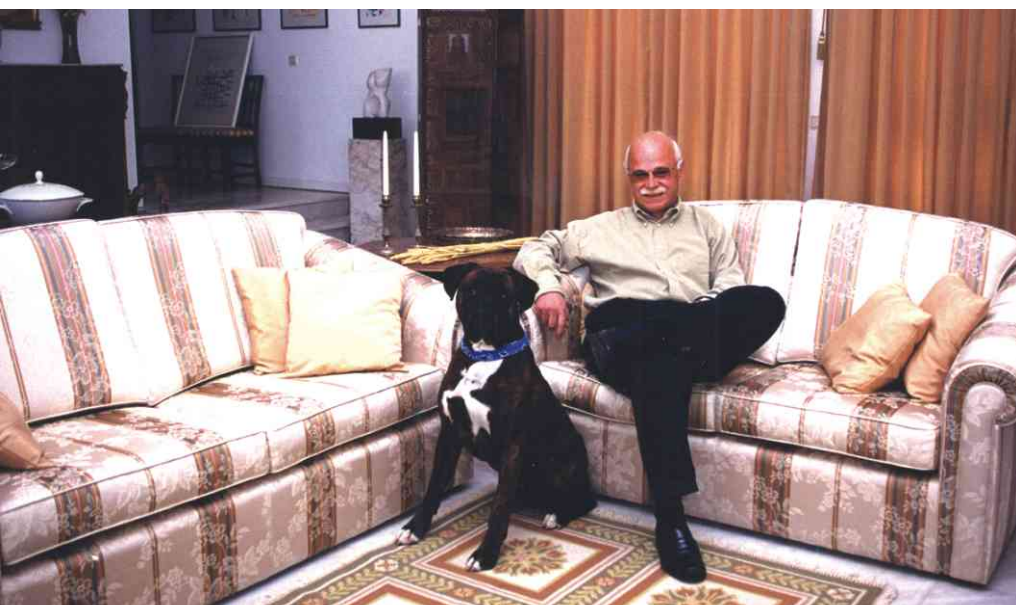
Finalmente, o facto do significado etimológico de ambos os vocábulos ser de todo em todo sobreponível, a que acresce, não raras vezes, a dificuldade de na prática clínica se distinguirem os diversos sentidos propostos (como é reconhecido, aliás, pelos seus próprios cultores) e, por último, a circunstância, hoje em dia não dispicienda, de o termo *pyrosis* ser usualmente empregue, no léxico médico internacional, como alternativa à palavra inglesa *heartburn*, leva-nos a tomar partido pelos que consideram a azia e a pirose sinónimos entre si e a queixa mais frequentemente associada às situações de refluxo gastro-esofágico.

José Manuel Romãozinho



Venâncio Mendes

As vantagens de se ser médico... longe da cidade



O que faz com que um médico, gastroenterologista, com um percurso profissional notável, troque o rebuliço da cidade pela calma pachorrenta do Portugal profundo? Venâncio Mendes, Vice-presidente da SPED, é um desses homens, que não reconhecem na geografia do progresso, que hoje distancia a urbe da ruralidade, a fronteira a partir da qual um médico vê cerceados o desenvolvimento e a realização profissionais...

ENDONews foi conhecê-lo!



O que é que o levou a especializar-se em Gastreenterologia?

As doenças do aparelho digestivo sempre me atraíram, durante o curso de Medicina, pela enorme possibilidade de investigação que oferecem. De facto, penso que a Gastreenterologia é das especialidades em que o saber ouvir o doente, o saber senti-lo, associado à avaliação endoscópica, é fundamental à fixação de um diagnóstico. Assim, quando acabei o curso de Medicina - e porque a entrada na especialidade era difícil - iniciei o que naqueles tempos já se chamavam «exames à Ordem», ainda que mais tarde tenha transitado para uma vaga «normal». Noto que nessa época davam-se os primeiros passos na área da Endoscopia Digestiva.

E a optar pela Gastreenterologia em meio rural?

Provavelmente sou das poucas pessoas do meu curso que exercem fora das grandes cidades. E porquê? Porque quando acabámos a especialidade - aí por volta dos anos 80 - as vagas disponíveis eram na extrema periferia ou nas ilhas. Assim, a maioria dos especialistas que estão no Interior estão-no porque naquele tempo essa era a única hipótese que tinham, coisa que não se passa hoje em dia.

Mas teve e continua a ter a possibilidade de optar pela cidade grande...

É verdade! Só que entretanto construí o meu mundo pessoal fora da urbe... e é nele que quero viver.

O que é que o atrai?

Várias coisas. Os meus pais e avós são de Trás-os-Montes, e depois, sou um homem que para além da actividade profissional gosta de desenvolver outras actividades, muitas delas incompatíveis com a realidade urbana.

Mas em termos profissionais, as possibilidades de desenvolvimento não seriam outras?

Hoje em dia, a medicina chamada rural não constitui obstáculo à realização de projectos profissionais, mesmo que arrojados. Posso-lhe dizer, por exemplo, que consegui criar um serviço que se constitui hoje como centro de referência e que como tal não se limita à zona de Miranda. De facto, recebemos doentes dos hospitais de Bragança, Macedo de Cavaleiros, Vila Real, Lamego e ainda alguns de Amarante.

Qual o principal problema da interioridade?

Neste momento, o principal drama que vivem as cidades do interior no que respeita à saúde tem a ver com os recursos humanos. E neste momento, a dificuldade não reside, maioritariamente, em levar gente nova para o interior... mas conseguir fixar os que lá estão. Para se ter uma ideia da dimensão do problema, refira-se que uma boa parte dos gastroenterologistas portugueses trabalha nos hospitais da Grande Lisboa.

Que soluções avançaria para resolver o problema?

Durante a fase de formação do internato da especialidade de qualquer especialidade os internos deveriam passar um tempo num hospital não central. Por outro lado, o preenchimento de vagas deveria fazer-se, não do centro para a periferia, mas em sentido inverso. Por último, há que criar estímulos para que os médicos vão para o interior.

Que estímulos?

Temos que ser muito claros relativamente a este aspecto. Além de melhores condições técnico-profissionais, são necessários estímulos económicos. E não apenas dinheiro. É preciso que se criem condições preferenciais de colocação para o cônjuge, vagas nas universidades para os filhos - medida que, aliás, nem é inédita em Portugal -, redução das taxas de juro para aquisição de casa própria... De outro modo, ninguém vai!

Vão inaugurar em Mirandela um centro de rastreio do cancro do cólon. Como é que surgiu a ideia?

No dia 3 de Novembro - Dia Europeu de Luta Contra o Cancro do Intestino - Mirandela foi uma das quatro cidades, a nível nacional, onde se desenvolveram campanhas de sensibilização. A iniciativa correu muito bem, e acabou mesmo por sensibilizar um grupo de pessoas para a importância de se criar, na cidade, um centro de rastreio do cancro do cólon. Era da mais elemtar justiça contemplar esta população - tantas vezes esquecida no que se refere ao acesso

a cuidados de saúde - com um equipamento desse tipo. Algumas reuniões com o Director da unidade hospitalar, Liga de Amigos do Hospital e Santa Casa da Misericórdia de Mirandela, permitiram que o projecto fosse adiante...

As obras estão em fase de conclusão, já adquirimos todo o equipamento técnico e se tudo correr bem será inaugurado ainda este mês. Tanto quanto sei, é o único no país.

Qual a importância de uma ligação eficaz entre os cuidados primários e os secundários?

Antes de mais, sou contra o P1 - o tal papel verde que, na minha opinião, não dá esperança nenhuma. Na troca de informações entre os cuidados primários e os secundários, deve-se privilegiar o contacto directo. É o que acontece com o nosso serviço, que está permanentemente à disposição dos colegas dos cuidados primários, quer por via telefónica, quer por via directa. A meu ver, esta é a grande aposta que deve ser feita para melhorar a ligação entre os dois níveis de cuidados.

O que mais se poderia fazer para melhorar a situação?

Li recentemente que, na Dinamarca, o governo apostou fortemente na formação dos MF: quatro anos obrigatórios de trabalho hospitalar, com um exame rigoroso após este período. Com isto, conseguiram reduzir uma boa percentagem de requisições de exames complementares de diagnóstico e de prescrição medicamentosa (entre 30 e 40%). Penso, pois, que é necessário, por um lado, apostar muito mais na formação dos MF e,

Quem é Venâncio Mendes?

Muito resumidamente.... Venâncio Mendes nasceu em Angola, nos idos de 1948, no seio de uma família transmontana. Formou-se em Medicina, pela Universidade do Porto e alcançou o grau de Especialista pela Ordem dos Médicos em Julho de 1983. Director do Serviço de Gastrenterologia do Hospital Distrital de Mirandela, é sócio efectivo de diversas sociedades científicas, tendo apresentado dezenas de comunicações em Portugal e além-fronteiras.

As paixões...

Gosto muito de automóveis, de antiguidades, de pintura... e de viajar.

Colecções?

A minha mulher colecciona frasquinhos de cheiro. Eu prefiro a estatuária.

E pintura?

Sou um amante dos nossos contemporâneos: do Nadir Afonso (que é da zona onde moro), do Resende, do Pomar. Tenho também muito prazer em possuir algumas peças dos nossos velhos impressionistas, como o Malhoa ou o Silva Porto.

Crítérios de escolha...

Em termos de antiguidades e outras obras de arte, procuro juntar sempre duas coisas: o valor venal da peça e o gosto pela peça em si.

Escritores

Saramago! Já li quase tudo. «Todos os Nomes» é o meu favorito.

Viagens

Adoro viajar. E já conheço uma boa parte do mundo.

por outro, criar mecanismos que facilitem uma maior interligação ente os ambulatórios dos hospitais e os centros de saúde.

Voltando à interioridade. Quais as vantagens e desvantagens de exercer em meio rural?

No que respeita à componente médica técnica... os livros que chegam às grandes cidades também chegam ao Interior. Haja vontade em melhorar, que hoje em dia a actualização médica faz-se onde quer que as pessoas estejam. No que respeita à estruturação e desenvolvimento de um serviço, penso que neste momento é mais aliciente ter um cantinho de trabalho, com um grupo de colegas relativamente pequeno... Depois, claro está, vem a qualidade de vida... que, há-de concordar, é um *poucoquinho* diferente da que se consegue nas grandes cidades.

Alguns exemplos...

Sou amante de alguns desportos, entre os quais destaco a pesca da truta... desporto para o qual tem de existir um rio... com águas límpidas.... que aqui fica a meia hora de casa! De Lisboa ou do Porto, por exemplo, é capaz de demorar um bocadinho mais a lá chegar. Também costumo jogar ténis.



O que sabem os famosos sobre o cancro do cólon?

Aproveitando a presença de grande número de figuras públicas que se quiseram associar ao lançamento, pela SPED, da campanha de prevenção do cancro do cólon, o *ENDOnews* quis saber, entre muitas outras coisas, o que sabem os famosos acerca do cólon, das patologias que lhe estão associadas e da influência de um estilo de vida saudável como forma de minimizar os riscos... Todos, sem excepção, reconheceram o papel importantíssimo que este tipo de iniciativas desempenha na prevenção da doença



Maria de Jesus Barroso Presidente da Cruz Vermelha Portuguesa

Que informação já tinha sobre o cancro do cólon antes desta campanha?

Muito pouca, só generalidades. Normalmente andamos muito distraídos e esquecemo-nos de coisas essenciais como tomar precauções, saber o que se deve ou não fazer,

seguir os conselhos dos que sabem alguma coisa e depois pegar nesses conhecimentos e tentar transmiti-los aos outros.

Acha que a informação, nestes casos, é muito importante?

É fundamental para se evitar o número crescente de casos de morte. Tive dois irmãos que morreram com este tipo de doença.

Isso não a fez ter cuidados acrescidos, em termos de prevenção?

Achei muita graça ao facto do Professor Nobre Leitão ter falado na alimentação. Eu sou uma mulher muito cuidadosa com a alimenta-

ção. Já não como carne há muitos anos. Como essencialmente peixe e vegetais.

Segue a chamada dieta mediterrânica?

Sim... gosto muito de azeite... de tudo aquilo que caracteriza a cultura mediterrânica no campo da alimentação.

Como avalia a informação que recebeu hoje?

Foi um estímulo para a acção que podemos desenvolver junto dos outros... que estão um bocadinho adormecidos em relação ao problema.

Que mensagem deixaria para sensibilizar o público?

Procurem saber, informar-se de como devem evitar - porque o essencial é evitar - a doença.

