

ENDO news

Nº 10 • Dez. 2004 / Jan. 2005

Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • Director: C. Nobre Leitão • Preço: 1,50€ (IVA incluído)

Pedro Nunes

Liberdade e autonomia dos médicos não podem ser postas em causa

Dr. Rui Cernadas

Reflexões sobre o cancro colorrectal

Semana Europeia de Gastrenterologia

Revisão das políticas de rastreio do CCR

IDCA na Digestive Disease Week 2004
Estratégias de prevenção futuras em debate...

Rastreio do cancro do cólon e recto

Recomendações da SPED

A GRANDE FREQUÊNCIA DO CARCINOMA DO CÓLON E RECTO (CCR) NA POPULAÇÃO e a sua peculiar biologia, caracterizada por uma progressão lenta e uma fase benigna precursora longa, dominada pelo adenoma de remoção fácil por colonoscopia, torna o CCR um candidato ideal para o sucesso de uma ampla prática de prevenção. A SPED propõe a toda a comunidade médica um conjunto simples de regras para o rastreio e vigilância das populações. Tendo em consideração a idade e a história pessoal e familiar de cada indivíduo, vamos estratificar a população em grupos com riscos diferentes para CCR e para os quais propomos diferentes abordagens no rastreio do CCR.

População de risco padrão

Pessoas com idade igualou superior a 50 anos, sem outro factor de risco para CCR (história pessoal ou familiar) - Sigmoidoscopia flexível / colonoscopia esquerda a cada 5 anos.

População de risco aumentado

O risco individual de CCR é afectado pelo número de parentes com CCR ou adenomas, pelo grau de parentesco e pela idade desses familiares, pelo que propomos um programa de rastreio estratificado em função do risco familiar e consideramos dois subgrupos:

1 - Com um parente de 1º grau de idade superior a 50 anos, ou dois parentes de 2º grau com CCR, ou com um parente de 1º grau com adenoma e idade inferior a 60 anos

- Sigmoidoscopia flexível / colonoscopia esquerda cada 5 anos, com início aos 40

2 - Com dois parentes de 1º grau, ou um parente de 1º grau de idade inferior a 50 anos com CCR - Colonoscopia cada 5 anos com início aos 40

anos de idade.

População de alto risco

Para os indivíduos pertencentes a famílias de doentes com polipose adenomatosa familiar e ou síndrome de Lynch, é útil e aconselhável orientá-los para grupos de referência.



Tino, mascote da Campanha de Prevenção do Cancro do Cólon e Recto



Sumário

Editorial	5
Prof. Nobre Leitão	
O que ELES dizem	7
Outras fotos	7
Entrevista a Pedro Nunes	
Liberdade e autonomia dos médicos não podem ser postas em causa	8
Rui Cernadas	
Algumas reflexões sobre o cancro colorrectal	12
Casos Endoscópicos	
Cromoendoscopia e neoplasia do recto	13
Praga	
Semana europeia de Gastreenterologia defende rastreio	14
Marília Cravo	
A gastrostomia perendoscópica permite uma recuperação mais rápida	18
António Marques	
Terapêutica endoscópica do refluxo é indicada em doentes mais jovens	18
Ilha do Faial	
Um momento alto da vida da SPED	20
IDCA na Digestive Disease Week 2004	
Estratégias de prevenção futuras em debate...	21
Dieta Mediterrânica	22
José Fialho Gouveia	
Sempre pronto a ajudar o próximo	22
ENDOnews recomenda	23

Ficha Técnica

ENDOnews

Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • Nº10 • Dezembro 2004 - Janeiro 2005

Director

Prof. Dr. Carlos Nobre Leitão

Coordenador Editorial

Dr. J. E. Pina Cabral

Colaboradores

Dr. António Dias Pereira; Prof.ª Dr.ª Isabel Braizinha; Dr. José Manuel Soares; Dr. Leopoldo Matos; Prof.ª Dr.ª Luciana Couto; Dr. Rui Cernadas; Dr. Rui Nogueira

Depósito Legal

179043/02

Registo ICS

Exclusão de registo prevista no artº 12, alínea a, do DR nº 8/99, de 9 de Junho

Produção e Imagem

VFBM - Comunicação, Lda.

Propriedade e Redacção

VFBM - Comunicação, Lda.
Edifício Lisboa Oriente Office
Avenida Infante D. Henrique, 333-H, 4º sala 45
1800-282 Lisboa
Tel: 218 532 916 / 964 • Fax: 218 532 918
E-mail: endonews@vfbm.com

Pré-impressão e Impressão

NVV - Novos Suportes Publicitários, Lda. • Lisboa

Tiragem

13.500 exemplares

Uns gritam vitória... Outros, derrota

PARECE QUE AINDA FOI ONTEM, TAL O IMPACTO que no ano que agora findou teve na vida de todos os portugueses. Refiro-me, obviamente, ao Euro 2004 e aos milhões que se mobilizaram para que Portugal saísse vencedor, dentro das quatro linhas e na imagem que passava da terra e gente lusa, aos milhares de milhões que em todo o mundo acompanhavam o campeonato.

Sáimos bem na foto... e nos resultados.

Também... todos - ou a esmagadora maioria - de um seu melhor para que a taça, da organização e do desportivismo - e por pouco também a da vitória -, ficasse em casa. Portugal ganhou e o Futebol demonstrou inequivocamente por que é o desporto-rei.

Passados estes meses, é unânime que fomos bem sucedidos.

Infelizmente, é importante recordar... contra a vontade de alguns.

Pesem as opiniões, controversas e divergentes, sobre qual a melhor selecção, a melhor tática e os melhores jogadores, a verdade é que a generalidade de nós, portugueses, era inquestionavelmente favorável ao sucesso de Portugal.

Houve, no entanto, uma Associação, felizmente órfã na iniciativa, que apostava e fez campanha para que Portugal saísse derrotado.

Lembram-se? Tinham até lema: Em 2004 vamos perder, inscrito sobre a imagem de um campo de futebol.

É verdade: uma Associação, a Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia (SPG) pugnava, então, pela derrota de Portugal...

Custava-me a acreditar... desde logo porque uma associação é o conjunto das pessoas que a integram e não considerava crível que a generalidade dos associados da SPG apoiasse a posição da Direcção da Sociedade.

Julgo que se tratou apenas de uma posição de direcção... para dar nas vistas, como diz o povo. Para aparecer!

Será que os associados se reviam naquela atitude? Não o creio.

Deverão os associados, silenciosamente, man-

terem-se ligados àquela ideia? Penso que só mesmo se a indiferença perante os corpos directivos tiver atingido o seu nível mais baixo.

A singularidade da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia não se restringe à campanha favorável à derrota de Portugal no Euro 2004. É também a única Sociedade Científica a nível mundial que defende o Clister Opaco como método de diagnóstico precoce/rastreamento (que confusão de conceitos!) do Cancro do Cólon e Recto. Também neste aspecto científico é única no Mundo.

Sempre existiram pessoas que se notabilizaram e procuraram protagonismo ao assumirem atitudes aberrantes e diferentes do consenso generalizado. Daí o sucesso do Big Brother e programas de igual cariz.

E os associados? Revêem-se os gastrenterologistas portugueses nestas duas atitudes, singulares a nível nacional e a nível mundial? Não o creio... aliás, julgo mesmo que a ausência de reacção resulta de indiferença, estimulada pela própria direcção, que por via dela se mantém nos cargos.

Na SPED, nunca fomos indiferentes e por isso mesmo fizemos um esforço enorme de promoção da Gastrenterologia em torno da ideia da prevenção do Cancro do Cólon e Recto. Como também jamais apoiáramos naquela aventura, que felizmente resultou em fracasso retumbante.

Sempre procurámos notoriedade numa área, em função de trabalho produzido e publicado. Procurámos razões fundamentadas que pro-



Prof. Nobre Leitão

movessem a saúde e a Gastrenterologia nacional. Os resultados objectivados do nosso trabalho, em função das sondagens realizadas, quer a nível europeu, quer a nível nacional, estão aí. São ainda estimulantes os múltiplos apoios, palavras de apreço e encorajamento que temos recebido de muitos colegas. A ideia que a SPED defendeu ao longo destes anos - desenvolvimento de uma atitude preventiva em relação ao Cancro do Cólon e Recto com o recurso a métodos endoscópicos -, inscreve-se no que devemos considerar como prevenção secundária, uma vez que o nosso alvo preferencial é a detecção de adenomas. Daí o nosso *slogan* Prevenir é saber viver, bem diferente de Em 2004 vamos perder.

Trabalho, recursos financeiros e muito envolvimento dos elementos da Direcção e de muitos colegas, construíram o resultado que hoje todos conhecem bem no dia-a-dia da sua vida clínica, mas que pretendemos amplificar e procurar que se estenda, de forma progressiva, a um número cada vez maior de cidadãos. Nunca nos sentiremos acomodados e satisfeitos com os resultados do nosso esforço.



O que ELES dizem



Carlos Sofia
Vice-presidente da
Sociedade Portuguesa
de Gastrenterologia

O cancro colorrectal é, neste momento, um problema de saúde pública. Mata mais do que os acidentes de viação. Tem de haver um pacto de regime, uma concertação dos decisores políticos, para que o programa de rastreio possa avançar.

A população exige - e muito bem! - cada vez mais. A Saúde não pode ser entendida apenas como uma simples operação aritmética de ganhos e perdas.



José Manuel Romãozinho
Vice-presidente da
Sociedade Portuguesa de
Endoscopia Digestiva



Leopoldo Matos
Vice-presidente da
Sociedade Portuguesa de
Endoscopia Digestiva

A SPED está a preparar um protocolo, que será posteriormente objecto de discussão com o Ministério da Saúde, sobre a forma de organizar um rastreio a nível nacional, ou seja, com melhor acessibilidade e maior capacidade de resposta.

O nosso principal alvo são os adenomas, lesões que podem ser ressecadas durante uma endoscopia, evitando que o doente seja operado. Esta é uma grande vantagem do rastreio do CCR em relação, por exemplo, ao cancro da mama, em que todos os doentes têm de ser submetidos a cirurgia.



Anabela Pinto
Gastrenterologista do
IPOFG Lisboa

Outras fotos



Músico de Rua, Praga; por J. E. Pina Cabral

Este é um espaço para publicação da sua fotografia favorita. Envie-nos a sua imagem (em papel, slide ou suporte informático) para:

ENDOnews
Edifício Lisboa Oriente Office
Av. Inf. D. Henrique, 333-H,
4º sala 45
1800-282 Lisboa
E-mail: endonews@vfbm.com

Participe!

Entrevista a Pedro Nunes

Liberdade e autonomia dos médicos não podem ser postas em causa



O emprego precário pode levar a situações em que o médico se sinta condicionado na sua autonomia de julgamento e na sua liberdade de acção. Sempre que isso acontecer, a Ordem intervirá com a maior firmeza e, se for necessário, recorrendo aos tribunais, para defesa do interesse da Saúde e dos doentes, diz Pedro Nunes, recém-eleito Bastonário da Ordem dos Médicos. A autonomia profissional dos médicos, a sua liberdade para prescrever, tomar decisões e denunciar o que está mal, nunca poderá ser posta em causa

ENDOnews - Quais são as principais prioridades do seu mandato?

Pedro Nunes - As minhas prioridades são reforçar os Colégios da Especialidade e os órgãos técnicos da Ordem de modo que esta seja compreendida como uma estrutura auditora com autoridade técnica inquestionável e uma entidade de referência quando é necessário redimir conflitos.

A Ordem dos Médicos é um árbitro técnico que interfere na sociedade, não com a intenção política de privilegiar um determinado partido ou governo, mas com o objectivo de arbitrar as decisões tomadas na Saúde, de modo a que os portugueses percebam que é uma estrutura que está do seu lado e que cumpre o seu estatuto: melhorar a qualidade da Medicina e a prestação dos cuidados de saúde. Obviamente que ao defender o exercício profissional com dignidade e qualidade, indirectamente também defende os médicos.

Os Colégios da Especialidade vão ter, então, mais poder?

A Ordem tem órgãos de natureza regional e órgãos consultivos de âmbito nacional, como os Colégios. Cumpre ao Bastonário dialogar e dirigir os órgãos nacionais. Por conseguinte, no meu gabinete, os Colégios da Especialidade terão prioridade absoluta sobre qualquer outra área.

Preocupa-o o facto de, a nível regional, o Norte e o Centro serem liderados pela oposição?

As eleições já acabaram. Os resultados são conhecidos. Depois de todos tomarmos posse, faremos parte de um único órgão colectivo que tomará decisões em nome da Ordem dos Médicos, onde estamos todos interessados em obter os mesmos resultados, ou seja, o melhor para os médicos.

Não prevê dificuldades?

Não, de maneira nenhuma. Os médicos são

peças democráticas e civilizadas. Todos nós estaremos congregados na intenção de obter os melhores resultados. O que aconteceu antes das eleições terminou no dia em que se acabaram de contar os votos.

Defende que a OM nem é partido político nem sindicato. Mas há questões concretas sobre as quais é importante conhecer o pensamento da Ordem e do Bastonário. Por exemplo, qual é a sua posição ao verificar que os médicos passaram a ser contratados a recibo verde, ou quase, na generalidade das instituições?

Essa pergunta encerra duas vertentes. A primeira diz respeito aos direitos laborais dos médicos que são defendidos, enquanto assalariados, pelos sindicatos e, enquanto profissionais liberais, pelas suas associações. Ou seja, não é a Ordem que deve defender os interesses laborais dos médicos.

No entanto, a precarização do emprego pode levar a situações em que o médico se sinta condicionado na sua autonomia de julgamento e na sua liberdade de actuação. Sempre que isso acontecer, a Ordem intervirá com a maior firmeza e, se for necessário, recorrerá aos tribunais, para defesa do interesse da Saúde e dos doentes. A autonomia profissional dos médicos, a sua liberdade para pres-

crever, tomar decisões e denunciar o que está mal, nunca poderão ser postas em causa.

Enquanto cidadão, considera que os hospitais SA são o melhor caminho?

Não. Penso que é necessário que exista uma maior agilidade de gestão, mas ela terá que ser, simultaneamente, condicionada por regras estritas e mecanismos de auditoria muito rigorosos, nomeadamente na área da qualidade.

O facto de um hospital, quando passa a ser gerido de acordo com regras do direito privado, não ter proprietários que vigiem e estejam atentos à defesa do seu património económico, pode conduzir aos maiores abusos.

E qual é o ponto de vista da Ordem?

Para a Ordem, o que está em causa não é a caracterização do hospital. O exercício da Medicina tem que ter as mesmas garantias éticas e de qualidade, quer seja exercido num hospital público, privado ou nestas entidades - hospitais SA e entidades públicas empresariais - que nem são uma coisa nem outra.

Obviamente que as decisões políticas competem aos partidos políticos mas à Ordem dos Médicos compete velar para que, qualquer que seja o estatuto do hospital, ele tenha exactamente as mesmas garantias de qualidade e de adequação ética.

Rastreio do cancro colorrectal Decisão compete aos órgãos técnicos da Ordem

Pedro Nunes não deseja pronunciar-se sobre as problemáticas científicas. Assim, no que se refere ao rastreio do cancro colorrectal, o novo Bastonário remete para o Conselho do Exercício Técnico da Medicina, O Colégio da Especialidade de Gastrenterologia e o Colégio da Especialidade de Medicina Interna. "São os órgãos técnicos que vão pensar sobre essa questão e me irão comunicar as suas conclusões, as quais transmitirei publicamente".

Pedro Nunes faz questão de sublinhar que, apesar de ter sido, durante seis anos, presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem, nunca interveio em matéria de oftalmologia. "Não é a minha posição individual que está em causa. O que eu penso é irrelevante", sublinha. "A Ordem é uma instituição e, como tal, tem um pensamento institucional, veiculado pelos órgãos técnicos adequados".

O que pensa sobre o sistema utilizado na escolha dos gestores dos SA?

Para gerir uma entidade de saúde, quer seja um pequeno consultório ou um grande hospital, é necessário ter profundos conhecimentos e prática médica para conhecer o universo sobre o qual se está a tomar decisões.

Gerir significa escolher e tomar decisões. Por conseguinte, é preciso ter uma prática médica longa, clara e conhecedora. Obviamente, também é preciso possuir conhecimentos de gestão para dialogar com os peritos da área financeira. Estes são auxiliares preciosos, mas o nível de decisão deve ser médico.

Considero que o que há a fazer é criar, a breve trecho, um número significativo de profissionais com experiência de Medicina, prática médica comprovada e conhecimentos de gestão. Ou seja, que estejam preparados para dialogar com esses auxiliares da área financeira e de gestão, que são auxiliares preciosos mas que não podem substituir-se aos médicos nas tomadas de decisão.

Não acredito que seja possível gerir um hospital com o mesmo tipo de conhecimentos que é exigido para dirigir uma fábrica de bolachas ou uma linha de montagem de automóveis.

De um modo geral, qual é a sua avaliação sobre os hospitais geridos por médicos em comparação com unidades dirigidas por gestores?

Tem-se revelado que nos hospitais que são geridos por médicos há uma melhoria clara comparativamente aos hospitais geridos por não médicos.

Nos hospitais onde os gestores procuraram ultrapassar os médicos e tomar decisões sem os ouvir, as coisas complicaram-se muito. Esses hospitais entraram numa rampa descendente da qual não se vê o fim.

Nos hospitais em que os gestores ouviram os médicos e, principalmente, naqueles que são geridos por médicos, as situações equilibraram-se. Houve ganhos em alguns aspectos; noutros, nem tanto... mas a diferença é significativa.

Os números da Saúde publicados por cada hospital merecem-lhe algum crédito?

A estatística define-se como a arte de torturar os números até que eles digam o que nós pretendemos. Portanto, se há coisas que não leio com muita atenção são os nú-

meros. Principalmente quando são publicados pelas entidades interessadas e, logo de seguida, contestados por peritos e por autoridades na área.

Os números valem o que valem. Cinquenta consultas tanto podem ser 50 actos médicos da maior dignidade como podem ser 50 actos da maior banalidade que só contribuem para a estatística.

O que me preocupa é observar os resultados reais do trabalho realizado pelos hospitais. Nesse sentido, é muito mais importante o que dizem os doentes e os colegas que lá trabalham do que as estatísticas que as Administrações apresentam no fim do ano.

E quais são as suas expectativas em relação ao ano que acabamos de iniciar?

Trabalho... e dificuldades... que se hão-de resolver da melhor maneira possível. Nunca há anos fáceis mas também nunca são tão dramáticos que não consigamos resolver os problemas.

É um facto que o país atravessa uma situação difícil, com uma grande instabilidade de governo e uma situação financeiramente complexa. Em Portugal não houve a sensatez e a seriedade necessária para fazer o trabalho da cigarra. Chegados ao Inverno, a situação é complicada e obviamente que há sempre a tentação de retirar verbas da Saúde para investir noutros lados.

Se descapitalizarem o sector e não investirem na Saúde, as coisas começam a complicar-se. Os bons resultados obtidos nos últimos anos poderão perder-se, tanto mais que foram conseguidos à custa do trabalho de uma geração de médicos relativamente nova e com muita vontade de trabalhar. Neste momento, a grande maioria tem mais de 50 anos. A essa idade já não se tem a mesma motivação e a mesma capacidade de trabalho. A situação tende a complicar-se mas haveremos de encontrar soluções para que as situações não atinjam níveis dramáticos.



Algumas reflexões sobre o cancro colorrectal

O cancro do cólon e recto foi declarado pela Organização Mundial de Saúde como o tumor maligno mais comum na União Europeia. Em Portugal, é o cancro que provoca mais mortes, com uma sobrevida média aos cinco anos próxima dos 50%, admitindo-se perto de 5500 novos casos ao ano



Rui Cernadas

O CANCRO COLORRECTAL É, POR TODAS estas razões, uma fortíssima preocupação de todos nós. O Plano Oncológico Nacional 2001-2005 contempla a necessidade e a estratégia do rastreio do cancro do cólon e recto (CCR). Porém, como seria de esperar, um mero reconhecimento político não é suficiente para o cumprimento das responsabilidades invocadas! Desde logo, estranha-se que o Plano Oncológico Nacional (PON) - felizmente, O é letra e não número, senão seria Plano Zero Nacional - não contenha qualquer referência ao papel dos médicos de família, designadamente nos capítulos IV e V, dedicados à prevenção primária e aos rastreios, respectivamente! Aliás, o PON nunca saiu verdadeiramente, do Diário da República e da intenção política ou politiqueria. Não chegou aos centros de saúde, nem tem merecido da DGS reco-

mendações, normativas ou informações... (Tivesse o PON a ver com os medicamentos genéricos!...). Além disso, porque não se discute nem se coloca a gestão do rastreio do CCR ao nível dos rastreios do cancro da mama e do colo do útero, por exemplo?

Colonoscopia reduz mortalidade em cerca de 65%

O benefício do diagnóstico precoce está inequivocamente demonstrado. Numerosos estudos mostram a vantagem da avaliação do risco através da despistagem de CCR prévio, história familiar positiva num familiar em primeiro grau com menos de 45 anos ou em dois familiares em primeiro grau, de qualquer idade, para além dos doentes com doença inflamatória intestinal de longa duração.

Vale ainda a pena insistir na abordagem dos factores de risco - como o tabagismo e a deficiente ingestão de vitamina D - ou discutir eventuais efeitos protectores das fibras de cereais ou dos anti-inflamatórios não esteróides, sem esquecer o papel marginal potencialmente benéfico do exercício físico, da redução de ingestão de carnes vermelhas ou da colecistectomia, sem o qual o êxito de todas as mensagens ficaria comprometido.

Cerca de 5% das neoplasias benignas vão ocorrer no âmbito da predisposição hereditária para cancro. Estas tendem a apresen-

tar-se numa fase tardia da sua história natural, através de sintomas vagos. Cerca de 1/3 dos novos casos são diagnosticados em estádios I e II e apresentam um risco significativamente aumentado de recorrência após ressecção cirúrgica, o que justifica plenamente o interesse no rastreio como forma de diagnóstico e tratamento precoces.

Em cerca de 95% dos casos, a doença é precedida por uma lesão benigna, o pólipó adenomatoso que, detectado e ressecado endoscopicamente, traduz a cura da doença!

A pesquisa de sangue oculto nas fezes - que algumas entidades continuam a incentivar como teste de rastreio no cancro primário -, poderá reduzir a mortalidade por CCR em 20%, conforme se demonstrou em ensaio aleatório controlado (BMJ, 1998). Porém, tem uma sensibilidade de apenas 30 a 50%, aliada a 98% de especificidade para os carcinomas (GUT, 2002).

A baixa sensibilidade, sublinhe-se, é devida à activação por outras substâncias nas fezes, como a bÍlis ou conteúdos elevados de carnes. A técnica de rehidratação das lâminas com guaiaco, usada por alguns laboratórios, potencia de facto a sensibilidade, mas aumenta igualmente a taxa de falsos positivos. A colonoscopia, em estudos de coorte, repetidos, provou poder reduzir a mortalidade em mais de 65%.

Uma palavra para a rectosigmoidoscopia flexível, a propósito da qual se pode dizer

Casos Endoscópicos

Cromoendoscopia e neoplasia do recto

DOENTE DO SEXO FEMININO, 65 ANOS de idade, com antecedentes de histerectomia total e anexectomia bilateral em Abril de 2002 por adenocarcinoma do endométrio. Foi referenciada à Consulta de Gastreenterologia em Agosto de 2003 por rectorragias com um ano de evolução, sem alteração dos hábitos intestinais e sem sintomas de alarme.

A doente tinha efectuado uma sigmoidoscopia flexível em Outubro de 2002, onde

era apenas referida a existência de hemorróidas grau II, sem outras alterações. Um clister opaco, realizado em Fevereiro de 2003, revelou diverticulose cólica.

Foi solicitada uma colonoscopia onde se observou, para além dos divertículos, uma área de mucosa irregular e pseudonodular no recto, logo acima da linha pectínea (fotos 1 e 2). A utilização de um corante de contraste (índigo-carmin) permitiu uma melhor visualização e delimitação da lesão,

que ocupava cerca de metade da circunferência da parede e se estendia até aos 8 cm da margem do ânus (foto 3).

As biopsias mostraram um adenocarcinoma bem diferenciado e infiltrante, tendo sido proposto à doente uma amputação abdomino-perineal.

*Contente LF, Gancedo P,
Catalan JM, Estevens J.
Serviço de Gastreenterologia do
Hospital do Barlavento Algarvio*



Foto 1



Foto 2

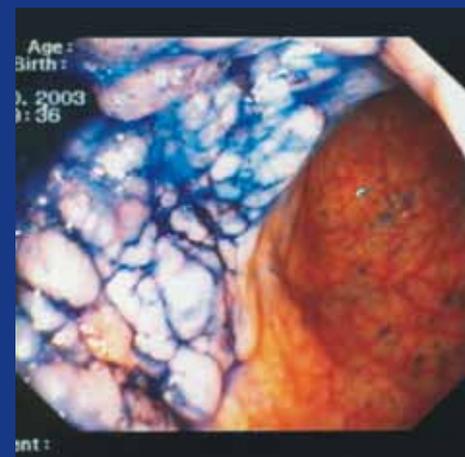


Foto 3

que os adenomas sentinela no cólon distal actuam como marcadores para cerca de metade das lesões proximais avançadas, podendo então ser tratadas por colonoscopia e polipectomia subsequentes.

Certamente dentro de muito poucos anos - cinco, talvez - os avanços da tecnologia de imagem (veja-se já a cromoendoscopia) permitirão ultrapassar muitas das decisões de hoje...

A responsabilidade do médico de família

Os doentes tratados apresentam um risco de recorrência elevado pelo que o seu *follow-up* é fundamental. As estratégias de

seguimento são diferentes entre países e até no mesmo país, entre instituições. No entanto, em comum, essas estratégias visam melhorar a sobrevivência global, a qualidade de vida e a relação custo/benefício.

A este propósito refira-se que cerca de 75% de todas as recorrências do CCR cursam com elevação do CEA, que antecede o aparecimento dos sintomas em cerca de seis meses. É o primeiro índice de doença recorrente, principalmente hepática, em indivíduos assintomáticos, e o indicador com melhor relação custo/eficácia na detecção de doença metastática potencialmente ressecável ou tratável.

Na minha perspectiva, cabe aos médicos portugueses - e aos médicos de família, em primeiro lugar - uma palavra de responsabilidade neste combate ao CCR através do rastreio.

A maioria da população terá um risco médio. Por isso, há que promover o rastreio sistemático em indivíduos que integram o risco padrão, isto é, entre os assintomáticos com mais de cinquenta anos, com colonoscopia esquerda ou fibrosigmoidoscopia, de cinco em cinco anos.

Contribuamos deste modo para que o CCR não vença pela única opção, ilegítima, inaceitável e criminosa que seria a de não se fazer qualquer rastreio neste país!

Praga

Semana Europeia de Gastrenterologia defende rastreio

Na Semana Europeia de Gastrenterologia, realizada em Praga, foi possível obter uma visão da política europeia relativamente ao rastreio do cancro colorrectal. Na maioria dos países, as autoridades de saúde defendem a realização do rastreio através do envolvimento dos médicos de família, que são considerados essenciais no recrutamento e informação da população de risco



*M. Isabelle Cremers
Assistente Graduada de
Gastrenterologia
Hospital S. Bernardo, S.A. - Setúbal*

A REPÚBLICA CHECA É O PAÍS EUROPEU com maior incidência de cancro colorrectal (CCR), com cerca de 80 casos anuais por 100.000 indivíduos. Esta situação reflecte-se no número de comunicações sobre rastreio do CCR, apresentadas na Semana Europeia de Gastrenterologia, em Praga.

Na década de 80 foram publicados naquele país oito estudos sobre a utilização da pesquisa de sangue oculto nas fezes como método de rastreio do CCR. Baseados nos seus resultados realizaram-se posteriormente dois estudos de grandes dimensões utilizando o mesmo método: o Programa de Rastreio Checo, entre 1985 e 1991 e o Projecto de Praga, entre 1997 e 1998, em que foram rastreados, respectivamente, 10.920 e 12.600 indivíduos.

Os resultados destes dois programas mostraram uma utilização correcta dos testes de pesquisa de sangue oculto nas fezes e uma elevada taxa de adesão, com uma positividade de 2,9% no primeiro programa e

pesquisa de sangue oculto nas fezes de dois em dois anos, sendo estes testes distribuídos e, posteriormente, analisados pelos médicos de família. As despesas são reembolsadas pelas companhias de seguros de saúde.



3,9% no segundo; a realização de colonoscopia foi aceite por 89% e 69% dos indivíduos com pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva nos dois programas de rastreio, respectivamente.

República Checa tem programa de rastreio desde 2000

Estes estudos constituíram a base de um programa nacional de rastreio do CCR iniciado em 1 de Julho de 2000. Os indivíduos assintomáticos com mais de 50 anos fazem uma

Com base nos dados regionais e nas necessidades calculadas de aumento do número de colonoscopias, o Estado disponibilizou um subsídio na ordem dos 5 milhões de dólares em 2001-2003 a fim de melhorar a acessibilidade local das colonoscopias diagnósticas e terapêuticas em todo o país.

O programa, que teve o apoio da ex-primeira dama, Havlova, e da Fundação Vize, patrocinada também pelo marido, Vaclav Havel, foi amplamente difundido por todos os meios de comunicação social.

Médicos de família são os elementos-chave

O programa baseia-se no médico de família como elemento chave para o recrutamento de indivíduos saudáveis com mais de 50 anos, através de uma entrevista seguida da entrega do teste e, posteriormente, da sua leitura. No caso de testes positivos, o médico de família tem um papel fundamental na referência dos indivíduos para colonoscopia, explicando o procedimento e a preparação.

Com o objectivo de dotar os médicos de família de maiores competências para estas funções, realizou-se previamente um programa de formação, através de seminários. A iniciativa aumentou não só o interesse como a eficácia de actuação dos clínicos.

De acordo com dados apresentados na Sema-na Europeia de Praga pela Companhia Geral de Seguros da Saúde - que cobre cerca de 70% da população e contratualiza 4.500 médicos de família -, 20% dos médicos de família aceitaram participar de forma completa neste programa e rastrear a população com mais de 50 anos, com intervalos de 2/2 anos. Os restantes médicos de família realizaram o rastreio em 2003 com menor amplitude.

O programa conduziu a um aumento da utilização dos testes de pesquisa de sangue ocul-

to nas fezes, que passaram de 13.716 em 2000 para 207.636 em 2003 (+1.514%); o número de colonoscopias aumentou de 80.711 em 2000 para 111.423 em 2003 (+38%); registou-se uma subida do número de polipectomias de 10.383 em 2000 para 20.756 em 2003 (+199%) e uma tendência para um aumento do número de cirurgias curativas do cólon em cerca de 10%.

Os promotores do programa concluem que os médicos de família, assim como os restantes profissionais que com eles trabalham, como as enfermeiras e as administrativas, têm um papel fundamental no rastreio do CCR. Este deve ser reforçado através da formação continuada, salientando-se a importância de um programa contínuo e intenso nos "média" dirigido aos médicos de família e ao público em geral.

Melhoria da acessibilidade ao rastreio por colonoscopia

Outro aspecto deste programa de rastreio foi apresentado por Spicak e colegas e diz respeito à utilização da colonoscopia. Trata-se de um estudo prospectivo multicêntrico, com o objectivo de avaliar a capacidade e o papel potencial da colonoscopia no diagnóstico e no rastreio do CCR.

O número de colonoscopias realizadas em 2003 foi de 111.423, o que constitui um aumento em relação a 2000 de cerca de 50%, atribuído à realização da campanha de rastreio do CCR.

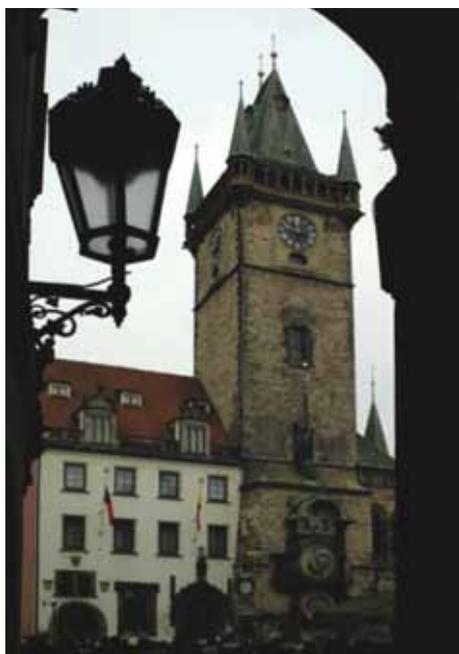
O número de colonoscopia efectuadas, a percentagem de colonoscopias totais (87%), a segurança (não se registaram complicações graves) e a aceitação por parte dos doentes tornam a colonoscopia adequada ao rastreio. Contudo, o baixo número de colonoscopias efectuadas para esclarecimento de um teste de sangue oculto positivo ou simplesmente para rastreio é baixo, o que revela que ainda há um trabalho significativo a fazer no sentido de melhorar a acessibilidade dos doentes ao rastreio por colonoscopia, afim de aumentar o número de lesões detectadas em fase precoce.

Baixa adesão na Boémia Central

Outro estudo da República Checa incidiu numa região da Boémia Central, o estado de Mladá Boleslav, com cerca de 140.000 habitantes. Aqui procurou-se avaliar a taxa de participação e os resultados de um programa de rastreio do CCR.

De acordo com os dados recolhidos por todos os médicos de família da região e pela companhia de seguros de saúde local (85% da população é cliente da ZP SKODA, o que corresponde a 122.771 pessoas, das quais 38.911 têm mais de 50 anos), apenas 2.906 pessoas (7,5% dos indivíduos com mais de 50 anos) fizeram o teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes em 2003. Destes, 158 tiveram um teste positivo (5,4%).

No hospital local foram efectuadas 1.161 colonoscopias, das quais 69 (5,9%) com a indicação de um teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo. Destes dados conclui-se que naquela região só um número muito pequeno dos indivíduos com mais de 50 anos (7,5%) entraram no programa nacional de rastreio do CCR e, por outro lado, apenas 5,9% das colonoscopias realizadas no hospital local tiveram como indicação uma pesqui-





sa de sangue oculto nas fezes positiva. Os promotores do programa referem, assim, que ainda há muito trabalho a realizar para aumentar o nível de informação da população quanto à necessidade de fazer rastreio do CCR, afim de aumentar a aderência da população ao rastreio.

Colonoscopia é o único método de rastreio na Polónia

Na Polónia existe um programa nacional de rastreio do CCR que utiliza a colonoscopia como primeiro e único método de rastreio. O recrutamento é efectuado principalmente pelos médicos de família, que aconselham os doentes que os procuram por outras causas a fazer o rastreio.

Na Semana Europeia de Gastrenterologia foram apresentados os dados referentes ao rastreio efectuado nos últimos quatro anos em 35 centros de diferentes regiões da Polónia, nos quais foram rastreados 30.360 indivíduos (62% mulheres) entre os 40 e os 65 anos (o rastreio é realizado entre os 50-65 anos nos indivíduos sem história familiar de CCR e entre os 40-65 anos nos indivíduos com história familiar de CCR).

Todos os exames foram efectuados em ambulatório. Cerca 77% sem sedação. A colonoscopia foi total em 90% dos examinados. Registaram-se complicações em 34 indivíduos (0,11%), que incluíram 4 perfurações (0,013%). Detectaram-se lesões significativas, incluindo cancro, em 5,06% dos indivíduos. De acordo com o Dr. Regula, que apresentou

estes dados, existe alguma dificuldade em implementar o programa e controlar a qualidade dos centros de rastreio com colonoscopia. Nestes quatro anos houve centros que aderiram ao rastreio e que foram retirados, por não satisfazerem as condições consideradas necessárias para a sua realização.

Adesão da população em Itália

Grazzini apresentou os resultados de um estudo de rastreio utilizando a pesquisa de sangue oculto nas fezes na Toscana, num período de dois anos (Janeiro de 2001 a Dezembro de 2002). Neste período foram contactados 277.505 indivíduos entre os 50 e os 70 anos (28,7% da população alvo regional). Cerca de 123.430 realizaram o rastreio, o que corresponde a uma taxa de participação de 45,5%.

Em 5,3% o teste foi positivo e 78,8% destes indivíduos foram submetidos a colonoscopia. Detectaram-se 318 cancros e pelo menos um pólipó de alto risco em 1.143 indivíduos. Em cerca de 1/3 dos indivíduos que tiveram teste positivo e que foram avaliados por colonoscopia, foi encontrado um adenoma de alto risco ou cancro. Estes dados mostram a exequibilidade de um programa de rastreio do CCR por pesquisa de sangue oculto nas fezes, sobretudo no que diz respeito à aderência ao programa e à taxa de resultados positivos.

Novos projectos em Áustria

O cancro colorrectal tem a sua maior prevalência na Europa na província austríaca de Burgenland. Com base em dados de

programas de rastreio de CCR nesta região e em resultados promissores com um novo teste imunológico de pesquisa de sangue oculto nas fezes - o immoCARE-C -, um grupo de Viena apresentou um trabalho que visa não só avaliar a eficácia deste novo teste como reduzir dramaticamente a mortalidade por CCR.

O trabalho deverá incluir mais de 100.000 pessoas por ano, num período de cinco a dez anos. Todos os habitantes com idades compreendidas entre os 40 e os 80 anos recebem anualmente um tubo para pesquisa de sangue oculto nas fezes para recolha de três amostras consecutivas. Posteriormente, o tubo é entregue ao médico de família para análise.

Os resultados dos testes são submetidos ao sistema de seguro de saúde estatal. Os indivíduos com testes positivos são submetidos a colonoscopia e serão efectuados testes para análise genética de polimorfismos genéticos envolvidos no CCR.

De acordo com o grupo de Viena, em Setembro passado já tinham sido contactados 67.019 indivíduos. A adesão era de 37,7%, o que corresponde a 25.282 pessoas. Do total, 3.154 (13,48%) registaram resultados positivos.

Os autores concluem que um sistema bem definido, que utilize uma rede de malhas apertadas para envolver o máximo de indivíduos, como aquele que estabelecido nesta província austríaca, resulta numa taxa de adesão extraordinariamente elevada. Por outro lado, o immoCARE-C poderá ser recomendado para rastreio de população antes da colonoscopia.

Sensibilização da Medicina

Familiar em Israel

O CCR é o cancro gastrointestinal mais frequente em Israel. A sua incidência, em 2000, era de 50 casos por 100.000 homens e 45 por 100.000 mulheres.

A baixa taxa de adesão a um programa de rastreio de CCR na região de Clalit levou à realiza-

ção de uma prospecção dos conhecimentos e prática clínica dos médicos de família em termos de recomendações para o rastreio do CCR. O inquérito foi distribuído aos clínicos gerais, especialistas de Medicina Familiar e especialistas de outras áreas dos Cuidados Primários. Os resultados revelaram que os especialistas em Medicina Familiar têm um nível de conhecimentos mais elevado do que os outros dois grupos de médicos no que concerne ao CCR. Contudo, o conhecimento sobre a população de alto risco é baixo nos três grupos de médicos.

Rastreio com Hémocult II em França

Em 2002 a Direcção Geral de Saúde Francesa escolheu 12 províncias para implementar uma campanha de rastreio de CCR, utilizando o teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes (Hémocult II®). Este projecto-piloto deverá servir de base a uma eventual generalização nacional e realiza-se em condições reais.

Na Semana Europeia de Gastrenterologia foram apresentados os resultados e uma região-piloto - Bouches du Rhône -, na qual se realizou um ciclo completo de convites para a realização de rastreio de CCR aos indivíduos entre os 50 e os 74 anos que tenham em dia os seus pagamentos para o Sistema Nacional de Saúde.

Cerca de 48% dos 164 médicos de família Bouches du Rhône receberam formação. A população-alvo recebeu, por correio, um convite para ir ao médico de família receber o teste gratuito. Seguiu-se uma segunda carta, acompanhada de um formulário, em que se pedia às pessoas que especificassem as razões da sua não participação. Aqueles que não responderam a esta missiva receberam o teste directamente em suas casas, seguindo-se o envio de uma última carta.

Cerca de 91% dos médicos de família que receberam formação distribuíram testes de rastreio em comparação com 54% do outro grupo.

Foram convidadas a participar 34.565 pes-

soas. Responderam 19.534, o que corresponde a uma taxa de participação de 60%. Destas, cerca de 7.216 (22,2%) recusaram o rastreio. Mais de metade das recusas foram motivadas pela possibilidade de terem de realizar uma colonoscopia.

A realização e leitura do teste Hemocult II® foram efectuadas em 11.497 pessoas (42,8% da população contactada). A taxa de positividade do teste foi de 3%. A taxa de seguimento dos participantes com teste positivo foi 82,5%. As 267 colonoscopias realizadas tornaram possível detectar 102 pólipos (32,2%) e 33 cancro (12,4%), incluindo 63,7% em estágio precoce.

Os autores do estudo destacam a utilidade da formação dos médicos de família. A elevada taxa de exclusão (auto-exclusão) e a percentagem relacionada com a possibilidade de realização de colonoscopia merecem reflexão. O número de pólipos e cancros detectados estão de acordo com os resultados de outros estudos.

Experiência-piloto em Barcelona

Panadès, de Barcelona, apresentou dois trabalhos realizados numa população-alvo de 2.026 pessoas com mais de 50 anos, afiliadas a um grupo de assistência médica de empregados municipais. Destes, 945 participaram num programa de rastreio com pesquisa de sangue oculto nas fezes, que resultou positivo em 111. Neste caso, foi oferecida a possibilidade de realizarem uma colonoscopia total. Noventa e seis aceitaram mas nove acabaram por não comparecer.

Dos 85 restantes, em 39 o exame foi normal e em 31 detectaram-se adenomas (22 indivíduos tinham adenomas avançados e três registavam adenocarcinoma). Todos os doentes com adenocarcinoma e carcinoma invasivo foram operados com intenção curativa.

Os autores do trabalho realçam a elevada aceitação de uma colonoscopia diagnóstica (80%) e a não comparência em 10% das colo-



noskopias aceites; todas as neoplasias malignas foram diagnosticadas em fase curável, registando-se uma elevada sensibilidade da colonoscopia para o diagnóstico do CCR.

Conclusão

De todos estes trabalhos apresentados na Semana Europeia de Gastrenterologia em Praga, podemos destacar alguns aspectos importantes:

- A necessidade de que o governo de cada país tenha conhecimento da importância do CCR e da possibilidade da sua prevenção através do rastreio, afim de disponibilizar os meios necessários para a sua realização;
- As dificuldades da implementação do rastreio à escala nacional;
- O realce na necessidade de formação adequada dos médicos de família no que concerne ao rastreio do CCR;
- A necessidade de informação adequada à população;
- A aderência ao rastreio mais elevada nos casos em que é montado um sistema de rastreio bem definido e com controlo bem apertado;
- O receio dos doentes em fazer uma colonoscopia poderá constituir um motivo importante para não aderência a um programa de rastreio.

Marília Cravo

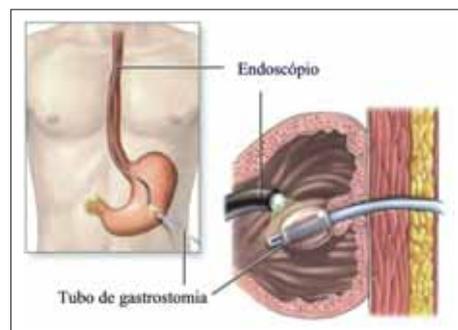
A gastrostomia perendoscópica permite uma recuperação mais rápida

DE ACORDO COM MARÍLIA CRAVO, GASTROENTEROLOGISTA no IPO de Lisboa, as principais vantagens da gastrostomia per-endoscópica relativamente à cirurgia são a não utilização do bloco operatório e a rapidez no processo de recuperação do doente.

“Não é necessário recorrer ao bloco operatório, basta aplicar uma anestesia local, o que significa que a recuperação é muito mais rápida”, diz Marília Cravo. E acrescenta: “Só o facto de não se utilizar o bloco, mas sim uma sala de endoscopia regular, representa uma diminuição significativa nos custos hospitalares”.

Quando um doente realiza uma gastrostomia cirúrgica, é necessário proceder a uma incisão na parede abdominal. Nestes casos, o utente nunca inicia a alimentação antes de passarem 48 horas, tendo apenas alta ao terceiro dia de hospitalização. Em geral, refere a gastroenterologista, “na endoscópica, o doente começa a alimentar-se ao fim de 6/8 horas e pode ter alta passadas 24 horas”.

Esta técnica é o principal tratamento utilizado em doentes que necessitam de fazer nutrição entérica por períodos superiores a quatro semanas. A alternativa é o recurso à entubação naso-gástrica. Por isso, Marília



Cravo considera que os utentes aderem e aceitam melhor a gastrostomia perendoscópica. “Mesmo que não seja inicialmente bem aceite a versão da gastrostomia, o doente acaba por perceber as vantagens”, conclui a especialista.

António Marques

Terapêutica endoscópica do refluxo é indicada em doentes mais jovens

A TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DO REFLUXO é uma alternativa em doentes mais jovens, com hérnias relativamente pequenas, queixas sintomáticas apesar de recorrerem a terapêutica farmacológica e que



registam uma boa resposta à terapêutica endoscópica.

“Cerca de 80 por cento dos doentes respondem bem à terapêutica endoscópica”, diz António Marques, especialista do Hospital de Santa Maria. E salienta: “Esta é utilizada em doentes com queixas, apesar de seguirem uma terapêutica farmacológica ou, então, em doentes com queixas extra-esofágicas, principalmente enviados pelos colegas de otorrino”.

António Marques garante que a terapêutica endoscópica do refluxo regista bons resultados a curto e médio prazo, não se po-

dendo ainda falar do sucesso do tratamento a longo prazo. No entanto, “na nossa experiência, cerca de 65 por cento dos doentes que fizeram a terapêutica há três anos, tiveram uma evolução positiva e estão bem”, refere o especialista.

Os tipos de terapêutica endoscópica que se utilizaram até agora ainda não têm uma garantia de melhoria a 100%, por isso ainda não registam resultados comparáveis aos da cirurgia. Porém, “é uma terapêutica inicial perfeitamente plausível de utilizar e que pode evitar, numa primeira fase, a cirurgia”, remata António Marques.



Ilha do Faial Um momento alto da vida da SPED

NO PASSADO MÊS DE JUNHO, A CONVITE DA Presidente da Delegação do Faial da Liga Portuguesa Contra o Cancro, D. Fátima Félix, deslocámo-nos àquela ilha do arquipélago dos Açores para participar nas Actividades de Verão desta generosa Associação.

Foram momentos que não poderei esquecer, não só pela amizade e hospitalidade de todas as pessoas envolvidas nas actividades da Delegação do Faial, mas também pelo exemplo de dedicação e dádiva generosa aos que sofrem. Fui convidado para transmitir algo do meu saber e da minha experiência, mas quem aprendeu - e muito! - fui eu.

O tempo habitual dos Açores acompanhou-nos durante toda a estadia. O Sol, sempre tímido naquelas paragens, raramente nos fez companhia. Mas a sua ausência foi amplamente compensada pela simpatia das numerosas pessoas com quem tive o prazer de partilhar uns dias e conviver, num ambiente de solidariedade humana e de amor ao próximo. No dia de chegada participámos num jantar de angariação de fundos, onde verificámos uma excelente mobilização não só da população local como também dos médicos do Hos-

pital do Faial. É sempre útil para os doentes que todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde tenham uma boa relação. E constatámos que entre a Liga e a estrutura hospitalar, a quem apoia, se verifica um excelente entendimento (temos uma experiência pessoal muito rica nesta área, pois há quase 30 anos que trabalhamos no Instituto Português de Oncologia e podemos afirmar quão importantes são estas relações...). Nesta primeira jornada, maçámos os presentes com uma primeira conversa sobre Medicina Preditiva. No dia seguinte pela manhã, passámos pelo Programa RDP InterIlhas da Antena 1 e, seguidamente, fomos entrevistados pela RTP Açores sobre prevenção em Medicina e o rastreio do cancro do cólon e recto. Depois de almoço visitámos o Hospital do Faial. Magnífico Hospital! A organização e o asseio são inultrapassáveis, para além de se constatar um excelente relacionamento entre os colegas e o Director.

A informatização de quase toda a parte clínica do Hospital é de grande qualidade. Muitíssimo superior àquilo que se verifica no meu Hospital que, há 30 ou 40 anos era o melhor apetrechado... hoje, é o que se pode ver... mas nós temos uma SA e, no Faial, felizmente, não. São dirigidos por um médico e não por um extraordinário gestor hospitalar criado numa noite pelo nosso Ministro da Saúde. Se no Mundo soubessem que possuíamos estes génios, já os estaríamos a exportar... e Portugal tão aliviado que ficaria!...

Colega excelente, o Dr. Tomaz Azevedo foi inexcelável na demonstração da vivência do seu Hospital. Fizemos uma pequena palestra sobre cancro do cólon, com uma boa assistência - não só de médicos, mas também de enfermeiros e outros profissionais da área da saúde - e, felizmente, com um período de per-

guntas e respostas muito maior do que o tempo que durou a minha conversa...

Da parte da tarde, após um curto passeio pela magnífica ilha, seguiu-se uma pequena reunião no Clube Naval sobre a regata que teria lugar no dia seguinte. Com o lema Velejar também é prevenir, mobilizou não só os naturais da ilha como numerosos estrangeiros.

No dia seguinte, após breves momentos a bordo de um dos iates participantes, assistimos à partida da regata. Posteriormente, embarcámos para a ilha do Pico, onde contactámos com os membros locais de apoio à Liga Portuguesa Contra o Cancro e proferimos uma pequena palestra sobre a visão médica da importância deste tipo de estruturas no apoio à pessoa que sofre.

De regresso ao Faial, nessa mesma noite participámos na cerimónia de atribuição dos prémios aos vencedores da regata. Foi também no Clube Naval que exprimimos, uma última vez, a nossa palavra de agradecimento e recordámos que a educação para a saúde das populações é uma atitude necessária. Para além dos profissionais de saúde, exige o envolvimento de outros grupos, como os educadores e os professores, numa acção continuada.

Sentimos profundamente o ambiente de solidariedade que espontaneamente se estabeleceu entre todos em prol de uma causa comum. Alvo de muitas atenções e simpatia, em nome dos gastroenterologistas portugueses representados pela SPED, deixámos cartazes e imensos folhetos de esclarecimento e divulgação das ideias essenciais sobre a temática da prevenção do cancro do cólon e recto.

Mas recebemos muito mais do que demos e a simplicidade e autenticidade dos momentos que passámos no Faial nunca se apagarão da nossa memória. Bem hajam!

C. Nobre Leitão



IDCA na Digestive Disease Week 2004 Estratégias de prevenção futuras em debate...

OS MEMBROS DA ALIANÇA INTERNACIONAL contra o Cancro Digestivo (IDCA) reuniram durante a Semana da Doença Digestiva, que decorreu em Nova Orleães, em 2004. A ordem de trabalhos foi marcada por uma análise das estratégias que sustentaram os programas nacionais de rastreio, bem como pelo reconhecimento de bons exemplos e modelos a seguir. Os desafios futuros e as estratégias a desenvolver também mereceram destaque.

Nos quatro anos que se seguiram ao lançamento da IDCA, em Maio de 2000, foram muitas as reuniões que já tiveram lugar um pouco por todo o mundo. E muitas outras estão ainda por acontecer... Em 2004, a reunião anual desta Aliança teve lugar em Nova Orleães e contou com a participação de 97 membros, oriundos de 36 países.

Programas de rastreio no terreno

Durante o encontro da IDCA, especialistas da China, Austrália, Reino Unido, República Checa, Chile e Suíça apresentaram resultados dos programas nacionais de rastreio do cancro colorrectal (CCR) alguns destes em fase experimental e outros já bem implementados.

O australiano Finlay Macrae sublinhou o aumento da incidência de CCR no seu país, onde já estão a decorrer alguns projectos-piloto de rastreio que utilizam testes imunoquímicos. Até à data, mais de 38 mil pessoas já foram submetidas a este exame, sendo que 95% dos resultados positivos (12,5% do total de rastreados) foram referenciados para colonoscopia.

Não muito longe, em Hong Kong, o CCR também está a aumentar, mas até agora o governo ainda não se mostrou sensível à implementação de um programa nacional de rastreio. Como tal, os membros da IDCA vão ajudar a desenvolver um plano de prevenção, cujos resultados possam impressionar as au-

toridades do país, motivando-as a actuar ao nível do rastreio. A China tem estado a analisar várias abordagens em termos de rastreio desta doença, onde se incluem a PSOF, segundo os métodos do guaiaco e imunoquímicos, e a citologia exfoliativa.

Trazendo notícias da América do Sul, o chileno Roque Sáenz deu conta de uma subida acentuada e bastante célere da incidência de CCR no seu país. “Nos últimos 5 anos, os casos de cancro colorrectal no Chile duplicaram. A incidência aumentou mais de 80% nas últimas duas décadas”, sublinhou o especialista.

No Reino Unido, há muito que estão implementados programas a larga escala que utilizam a pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), segundo o método do guaiaco. O objectivo é detectar neoplasias em fase inicial. Porém, há ainda uma série de ajustes a fazer em termos de adesão ao método de rastreio, tratamento ou cirurgia. Quanto à Europa de Leste, são muitos os programas de rastreio em desenvolvimento que utilizam, na sua maioria, a PSOF. A Polónia é a excepção, com um programa que vai experimentar a colonoscopia, em cerca de 40 centros clínicos espalhados por todo o país.

Ainda no que concerne ao velho continente, “a Suíça permanece sem qualquer programa de rastreio oficial”, sublinhou Urs Marbet. No entanto, “estão já a ser estudadas as preferências da população quanto à PSOF, à colonoscopia e à sigmoidoscopia flexível (SF), assim como também estão a ser avaliadas a qualidade e resultados dos vários métodos de rastreio”, acrescentou o especialista suíço.

Expertise em prol da assistência internacional

A segunda parte da reunião da IDCA foi dedicada à identificação dos recursos disponibilizados



pelos várias organizações internacionais, envolvidas na prevenção do cancro colorrectal.

A intervenção de membros das mais variadas zonas do globo tornou clara a disponibilidade de recursos consideráveis, a nível internacional, que podem ser úteis aos programas de rastreio nacionais. A Agência Internacional de Investigação na área do Cancro (IARC) representada em Nova Orleães pelo seu novo director, Peter Boyle é uma das instituições que mais se interessa pela prevenção do cancro a nível mundial e que mais recursos materiais pode disponibilizar. Senão veja-se o programa Globocan (www-dep.iarc.fr/globocan/globocan.html), com dados actualizados sobre a incidência global do cancro, as taxas de mortalidade e outras estatísticas.

A IDCA vai aproveitar esta expertise e, com base no modelo matemático da IARC, vai criar um programa de estatística específico para cada nação, através do qual se pretende que resultem dados capazes de sensibilizar as autoridades para a necessidade de prevenção do cancro.

A Fundação de Investigação e Prevenção do Cancro, a Sociedade Americana de Oncologia e a União Internacional Contra o Cancro são outras das associações parceiras em actividades futuras já planeadas, que emprestam à IDCA o seu *know-how* e os recursos materiais e humanos de que dispõem.

Carpaccio de Novilho com Legumes Marinados e Vinagrete de Vinho Moscatel (10 Pax)



Ingredientes:

Para o Carpaccio:

Ganso Redondo (limpo) - 800 gr

Para os Legumes:

Cenoura - 300 gr

Courgette - 450 gr

Queijo Ilha em Lascas - 250 gr

Mostarda Dijon - q.b.

Mostarda em Grão - q.b.

Pimenta de Moinho - q.b.

Azeite Virgem Extra do Ribatejo - q.b.

Sal Marinho - q.b.

Modo de preparação:

Para o Carpaccio:

Limpe a carne de gorduras excessivas, peles e nervos, e envolva em película aderente, de forma a criar um cilindro de carne. Reserve no congelador.

Para os Legumes:

Corte a cenoura e a courgette em pequenos cubos e tempere com mostarda Dijon, mostarda em grão, sal marinho, pimenta de moinho e azeite virgem extra.

Corte o queijo Ilha em lascas e reserve.

Apresentação:

Corte a carne anteriormente congelada em fatias finas com a ajuda de uma fiambreira e disponha no centro do prato.

Guarneça com os legumes marinados e o queijo Ilha em lascas. Perfume com o vinagrete de Moscatel.



pelo chefe Vítor Sobral in
www.casadoazeite.pt

José Fialho Gouveia Sempre pronto a ajudar o próximo

CONHECEMO-NOS POR RAZÕES DE SAÚDE QUE SEMPRE O PREOCUPARAM e o nosso conhecimento fez-se muito tarde, há cerca de dez anos. Mas foi muito fácil, simples e natural o desenvolvimento, da nossa parte, de uma amizade e consideração que sentimos ser também correspondida. Fialho Gouveia era natural, simples, sem quaisquer problemas, embora eu desejasse que a maioria dos contactos não tivesse como tema a saúde, pois quando falávamos de outros assuntos sentia-se a dimensão humana e a alegria de viver que nos transmitia.

Quando um dia necessitámos de ajuda para empurrar a ideia da prevenção do cancro do cólon, aí estava ele, na primeira fila, com solida-



riedade, com dedicação e com muita amizade, procurando ajudar a promover esta ideia. E muitos se lembram certamente da primeira reunião pública promovida pela SPED e realizada na FNAC em Lisboa, que a ele tanto ficou a dever na mobilização de muitas das figuras conhecidas que estavam então presentes. E depois, não era necessário pedir. Pelo contrário, era ele próprio que, sempre pronto a ajudar o próximo, perguntava: não vamos fazer mais nada?

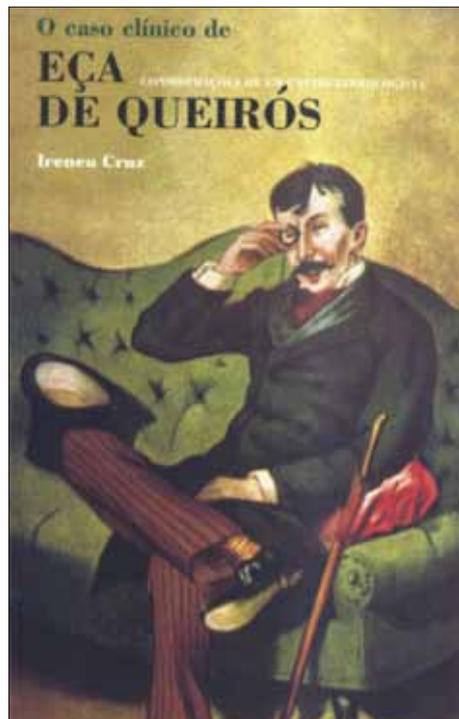
A exigência que temos, associada à memória que hoje lembramos, faz-nos perguntar porque é que alguns que nada devem, dão tanto, e outros, com obrigações, fazem tão pouco. Fialho Gouveia está colocado entre os primeiros e sempre permanecerá entre nós, pois a SPED, a Gastrenterologia e eu próprio, nunca poderemos esquecer o seu generoso contributo para uma boa causa.

C. Nobre Leitão

ENDOnews recomenda

O caso clínico de Eça de Queirós Considerações de um gastroenterologista

Ireneu Cruz



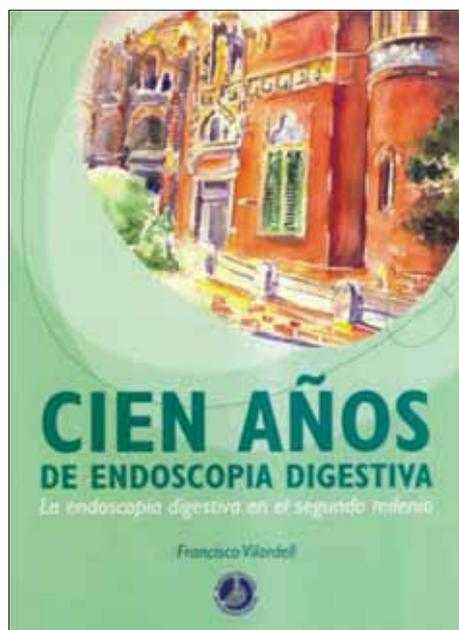
Nesta obra, profusamente ilustrada, faz-se um estudo da enigmática e discutível doença do romancista Eça de Queirós, que lhe roubou a vida aos 55 anos de idade.

No prefácio, o Prof. Carneiro Chaves sublinha que “a finalidade maior (desta publicação) será manter vivo o interesse por um autor e por uma obra literária única que nos engrandece e nos conduz, por isso, a amá-lo ainda mais”.

Edição da SPG e NGHD, com o apoio da Schering-Plough Farma.

Cien años de endoscopia digestiva A endoscopia digestiva no segundo milénio

Francisco Vilardell



Esta monografia consubstancia um valioso contributo para a história da endoscopia digestiva, reunindo uma quantidade única de informações e iconografia sobre a evolução da endoscopia digestiva desde os seus primórdios.

Como afirma Mainhard Classen, no prólogo, “é uma apresentação que consegue ser concisa, altamente informativa e cujo estilo literário converte a sua leitura num prazer”.

A edição para Portugal foi promovida pela SPED, por ocasião da comemoração dos seus 25 anos, com o apoio da JABA.

XVIII Reunião Norte de Endoscopia Digestiva III Jornadas Luso Galaicas de Endoscopia Digestiva

18-19 Fevereiro 2005

Vidago, Portugal

Secretariado: Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Vila Real, Peso da Régua S.A.

Tel: 259 300 500 ext: 422

22º Encontro Nacional de Clínica Geral

9 a 12 de Março

Local: Tivoli Marina Hotel, Vilamoura

Organização: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral

Contactos: APMCG Telef. 21 7615250

E-mail: apmcg@netcabo.pt

Digestive Disease Week 2005 AGA

14 - 19 Maio 2005

McCormick Place, Chicago, IL

Web site: www.ddw.org / www.gastro.org

XXV Congresso Nacional de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva

Curso pós-graduado

8 - 11 Junho, 2005

Tivoli Marinotel. Vilamoura, Algarve, Portugal

Reuniões Nacionais: Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado, Núcleo de Motilidade Digestiva, Grupo Português de Ultrassons em Gastrenterologia, Clube Português do Pâncreas. Organização: SPG, SPED.

Contactos: Secretariado SPG e SPED

Av. António José de Almeida, n.º 5 F, 8º andar, 1000-042 Lisboa

Tel: 21 799 55 30/5 / Fax: 21 799 55 38

Gastroenterology and Endotherapy:

XXII European Workshop

20 - 22 Junho, 2005

Brussels Exhibition Centre, Bruxelas, Bélgica

Secretariado: Nancy Beauprez

Gastroenterology Department - Erasme Hospital - Route Lennik, 808

B-1070 Brussels

Tel: (32) 02 555 49 00 / Fax: (32) 02 555 49 01

E-mail: beauprez@ulb.ac.be / Web Site: www.live-endoscopy.com

11ª Conferência da Sociedade Europeia de Clínica Geral/Medicina Familiar - WONCA Europe 2005

3 a 7 de Setembro

Local: Ilha KOS, Grécia

Organização: Associação Grega de Clínicos Gerais (ELEGEIA) e WONCA

E-mail: elegeia@woncaeurope2005.org

Site: www.woncaeurope2005.org e

www.elegeia.gr

World Congress of Gastroenterology-2005

10 - 14 Setembro 2005

Palais des Congres, Montreal, Canada

Tel: +31 20 5040 204 / Fax: +31 20 540 225

E-mail: wcog2005@congrex.nl / Web site:

www.wcog2005.org