



## 29 de Outubro, 21.30h Coliseu dos Recreios

“PREVENIR É SABER VIVER” É O MOTE para o concerto que assinala este ano o Dia Europeu de Luta Contra o Cancro do Intestino, no próximo dia 29 de Outubro, no Coliseu dos Recreios, em Lisboa. Catarina Furtado, na qualidade de Embaixadora da Boa Vontade do Fundo das Nações Unidas para a População é a anfitriã da festa, promovida pela SPED, que contará com as actuações solidárias de Rão Kyao, Vitorino, Filipa Pais, Janita Salomé, Dany Silva, Maria João e Mário Laginha, entre outros. O actor Victor de Sousa é também um convidado especial.

Estes artistas associam-se a esta causa de saúde pública, que é a necessidade urgente de prevenir o cancro do cólon. Com as receitas de bilheteira, a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva espera conseguir levar a mais pessoas esta campanha de informação. Porque, afinal, este é o único tumor maligno que pode ser evitado, se prevenido a tempo...

Bilhetes à venda: Agências ABEP e Alvalade, Coliseu, FNAC, Ticket Line (Tel. Reservas: 21 712 03 00), Ticket Line – Vasco da Gama.

Concerto  
Cantar  
por  
Vidas

## Médicos em linha com os portugueses



PARA ASSINALAR O DIA EUROPEU DE Luta Contra o Cancro do Intestino, a SPED vai alargar a comunicação com todos os interessados em esclarecerem dúvidas sobre esta e outras doenças do foro gastroenterológico. Com o apoio da PT Comunicações, estará disponível o nº azul 808 200 355, ao custo de uma chamada local, para atendimento ao público. Esta linha funcionará de 23 de Outubro a 3 de Novembro, entre as 14 e as 19 horas.

nº azul  
**808 200 355**  
CHAMADA LOCAL

## Testemunho



“JÁ FOI HÁ UNS ANOS MAS PARECE QUE foi ontem. Chegou de repente, sem aviso, sem mágoa, e de repente também a levou, assim, com muita dor e sem vontade de partir.

A avó Lucinda era minha avó, tinha uma energia contagiante no seu corpo pequenino, rijo e seco. Era cuidadosa com a alimentação e só ela sabia a temperatura ideal do leite que me trazia antes de adormecer. Era a minha avó Lucinda que me receitava pelo telefone os truques para combater as constipações que assaltavam os dias de aulas.

Seria sempre assim, perto de mim, ao longo dos anos até ficar bem velhinha para eu poder tomar conta dela. Mas não, ela acreditava que essa não era a vontade de Deus. Deixou-se levar com muita dor e sem tempo para nos contar todas as histórias que faltavam.

A avó Lucinda faz-me falta. Lembro-me do último dia em que a vi, no hospital. Levei-lhe uma pulseira para que se sentisse bonita. Disse-me que a iria usar em casa, não tardava. Foi nessa altura que percebi a expressão “melhoras da morte”.

Nunca mais *lhe* perdoei. Prometi-*lhe* vingança.

O cancro do intestino é o tumor que mais mata em Portugal, mas há que gritar bem alto que o rastreio é a forma eficaz de o prevenir. Assim, *ele* poderá perder muitas batalhas e nós seremos os últimos a rir. E provavelmente é esse o desejo de Deus.”

Catarina Furtado, 13/09/2002

# Editorial

A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOSCOPIA Digestiva tem procurado levar a todos os potenciais interessados, médicos, outros profissionais de saúde e população em geral, o conhecimento das vantagens do rastreio do cancro do cólon e recto. Temos desenvolvido o que justamente denominamos como uma campanha de sensibilização para o rastreio do cancro do cólon e recto.

Na realidade, em relação à doença neoplásica maligna, adiciona-se hoje, aos rastreios do carcinoma da mama e do colo do útero, a necessidade do rastreio do cancro do cólon e recto.

Não é fácil introduzir novas rotinas, nem alterar comportamentos e estamos conscientes que esta é uma tarefa de longo prazo. Sabemos também que este prazo, depende da rapidez e constância com que chegamos a todos com a informação adequada e que a velocidade deste percurso é em função da disponibilidade financeira. Mas não é a nós que podem recriminar por sermos demasiado lentos no caminho a percorrer.

Sós na tarefa de construir esta campanha, conhecemos a escassez da nossa capacidade financeira, mas sabemos que somos bem ricos na amizade de tantos, que generosamente têm disponibilizado a sua imagem, a sua arte, o seu tempo, o seu trabalho, ou os seus conhecimentos, na construção e desenvolvimento da presente campanha. A estes amigos em breve voltaremos com mais tempo e espaço. Os ausentes assim permanecem.

Estamos no limiar de um novo passo na presente campanha. Vamos associar às técnicas de sensibilização em curso, ideias e questões relacionados com a organização e desenvolvimento da prática do rastreio do cancro do cólon e recto.

Quando entre nós discutíamos as diferentes e múltiplas questões do rastreio do cancro do cólon e recto, quer em reuniões científicas,



C. Nobre Leitão

quer em reuniões de corpos directivos, algumas vezes já só restavam vozes, que todos recordam, sobre a impossibilidade de levar à prática o rastreio por falta de recursos humanos. Estes "Velhos do Restelo" nunca vão deixar de estar presentes na sociedade e penso, ao contrário de muitos, que são úteis. São úteis porque nos estimulam a procurar dados rigorosos e objectivos para contrapor aos argumentos subjectivos e algumas vezes autoritários que aquelas figuras sempre utilizaram.

A SPED - Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, adoptou uma estratégia única para o rastreio do cancro do cólon e recto na população de risco padrão - indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos, assintomáticos e sem história familiar de cancro do cólon e recto - Sigmoidoscopia Flexível cada 5 anos. Neste número podemos constatar de forma muito objectiva, que mesmo hoje não existe qualquer escassez de recursos humanos para o desenvolvimento da presente campanha. Nunca a nossa Sociedade poderia propor uma prática que não fosse realizável com qualidade e em tempo útil pelos gastroenterologistas portugueses, mas não é competência desta Sociedade possibilitar aos cidadãos o acesso à prática do rastreio do cancro do cólon e recto.

## Sumário

C. Nobre Leitão	
<b>Editorial</b>	<b>2</b>
<b>O que ELES dizem</b>	<b>5</b>
<b>Outras fotos</b>	<b>5</b>
Dieta:	
<b>Factor de risco do cancro do cólon</b>	<b>7</b>
As duas faces da moeda	
<b>AINE e tracto gastointestinal</b>	<b>9</b>
Rastreio do cancro do cólon e recto	
<b>Serão os recursos humanos disponíveis suficientes?</b>	<b>10</b>
<b>Recomendações da SPED</b>	<b>11</b>
Isabel Braizinha	
<b>A vocação acima de tudo</b>	<b>12</b>
Los Angeles	
<b>Nova classificação endoscópica da esofagite péptica</b>	<b>17</b>
Casos endoscópicos	
<b>Úlcera solitária do recto</b>	<b>18</b>
<b>Agenda</b>	<b>18</b>
<b>ENDOCruzadas</b>	<b>18</b>
<b>O que sabem os famosos sobre o cancro do cólon?</b>	<b>20</b>

## Ficha Técnica

### ENDOnews

Publicação periódica trimestral de informação geral e médica Nº2 • Setembro 2002

### Director

Prof. Dr. Carlos Nobre Leitão

### Coordenação Editorial

Dr. Leopoldo Matos

### 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.  
Rua Jorge Barradas, 33 - Atelier - 1500-369 Lisboa  
Tel: 217622740; Fax: 217622742  
E-mail: endonews@netcabo.pt

### Impressão

Mirandela - Artes Gráficas, SA  
Rua domingos Faria, 103 - 1300-501 Lisboa

### Tiragem

13.000 exemplares

# O que ELES dizem



**Dr. Luís Filipe Pereira**  
Ministro da Saúde

O cancro do cólon constitui uma das principais causas de morte por tumor maligno em Portugal e o número de casos registados em cada ano continua a aumentar. Esta realidade não pode deixar de constituir uma fonte de preocupação para este Ministério, exigindo medidas concertadas com as instituições e os profissionais de Saúde.

A evidência de que dispomos quanto à eficácia do rastreio na redução da mortalidade por carcinoma do cólon e recto, e os dados epidemiológicos conhecidos em Portugal justificam que o tempo para o seu desenvolvimento tenha chegado.



**Prof. Carneiro Chaves**  
Presidente do Colégio de  
Gastrenterologia da Ordem dos Médicos



**Dr. Hermano Gouveia**  
Presidente da SPED

Este tipo de cancro é o mais frequente em Portugal e também aquele que mais mata. A juntar a tudo isto, é possível fazer muito pela prevenção já que cerca de 90% destas situações passam pela fase de pólipos até chegar ao carcinoma.

## Outras fotos



**Soro da vida, por J. E. Pina Cabral**

Este é um espaço para publicação da sua fotografia favorita.

Envie-nos a sua imagem (em papel, slide ou formato informático) para:


ENDOnews

Rua Jorge Barradas, 33 - Atelier  
1500-369 Lisboa

E-mail: [endonews@netcabo.pt](mailto:endonews@netcabo.pt)

**Participe!**





## O cancro do cólon em números

**10%**

Percentagem de pólipos adenomatosos do cólon que degeneram em carcinoma.

**3.000**

Número de portugueses falecidos anualmente por cancro do cólon.

**3.000.000**

Número de novos casos de cancro do tubo digestivo que ocorrerão este ano, em todo o mundo.

**1º**

Lugar ocupado pelo cancro do cólon no "ranking" da mortalidade pelos diversos cancros em Portugal.

**45**

Número de países presentes na reunião pela prevenção global do cancro do cólon recentemente realizada em Roma, com o patrocínio do Papa João Paulo II.

## Dieta: factor de risco do cancro do cólon

O PRÉMIO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGIA foi, este ano, atribuído ao primeiro estudo de caso-controlo português que incidiu sobre os factores de risco do cancro do cólon e recto. Desde os anos 50 que não se estudavam os hábitos alimentares dos portugueses. Portugal segue a tendência internacional: dieta pobre em fibras e vegetais pode conduzir a cancro do cólon e recto.

Durante 30 meses, foram avaliados indivíduos com cancro do cólon e recto e respectivos controlos emparelhados (indivíduos saudáveis, com idades e sexo equivalentes, sem relação de parentesco). O estudo identificou a história dietética dos dois grupos e respectivos estilos de vida (consumo de álcool, tabaco e falta de exercício físico). Os resultados confirmam as tendências internacionais: indivíduos com cancro do cólon têm uma dieta pobre em nutrientes protectores, ingerem gorduras em demasia, não têm o hábito de comer fruta nem vegetais.

Este estudo revela também que Portugal

não é um país onde o padrão é a dieta mediterrânica: os portugueses concentram as refeições e nem sempre começam a refeição principal com ingestão de vegetais ou alimentos ricos em fibra, que favorecem o metabolismo. No entanto, nos indivíduos saudáveis estudados, a história dietética aproxima-se da dieta mediterrânica, pois ingerem regularmente azeite, comem vegetais, fruta de cores diferentes, peixe, lacticínios e alimentos ricos em fibra.

Para Ermelinda Camilo, uma das autoras do estudo, é grande a satisfação por este reconhecimento: "Com este estudo epidemiológico mostrámos que é possível estimular novos investigadores e integrar na Gastroenterologia novas áreas do saber, como a Nutrição". Um trabalho científico que estimula as campanhas de prevenção do cancro do cólon, em curso.

O trabalho vencedor foi desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, envolvendo especialistas das áreas da Nutrição, Radioterapia, Gastroenterologia e Estatística

## As duas faces da moeda AINE e tracto gastrointestinal

Os coxibes foram testados em ensaios clínicos com amostras cuja enorme dimensão ultrapassou tudo o que até então havia sido feito em reumatologia. Demonstrou-se assim a real capacidade destes fármacos em minorar significativamente o flagelo dos efeitos adversos gastrointestinais dos AINE

OS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES (AINE) são, no mundo actual, a principal fonte de iatrogenia. Nenhum outro grupo de fármacos é responsável por tantos efeitos secundários, quer no que concerne à morbidade quer no que diz respeito à mortalidade directa.

Estima-se que cerca de 15-40% dos utilizadores de AINE venham a apresentar sintomatologia dispéptica. A úlcera gastroduodenal eclode em 10-25% dos doentes que utilizam AINE e complicações gastrointestinais graves (hemorragia, perfuração e este-nose) surgem em 1-4%. Dados estatísticos dos EUA, revelaram que, em 1997, faleceram naquele país 16.500 doentes em consequência das complicações gastrointestinais dos AINE, cifra próxima da referente à mortalidade por SIDA nesse ano.

Acresce, ainda, que desta elevada taxa de efeitos secundários resulta uma sobrecarga significativa dos orçamentos de saúde nos países ocidentalizados. Segundo um estudo canadiano, uma soma equivalente ao custo directo dos AINE é consumida na co-prescrição de fármacos gastroprotectores e no tratamento das complicações ocorridas (úlceras, hemorragias digestivas, etc).

Apesar da gravidade destes números, os AINE continuam no topo da lista dos fármacos mais prescritos. No nosso país, existem 800 mil utilizadores crónicos de AINE e são feitas, anualmente, mais de 10 milhões de prescrições.

Compreende-se que assim seja. A medicina moderna não dispõe de terapêuticas (farmacológicas ou outras) capazes de curar as afecções reumáticas e osteodegenerativas que afectam uma grande parte da população. Sendo elas causa importante de dor e incapacidade funcional, resta aos clínicos atacar os sintomas com os medicamentos disponíveis, se não para curar a doença, pelo menos, para aliviar o padecimento dos enfermos. É, pois, neste contexto que se deve enquadrar e compreender a utilização dos AINE, pese embora os efeitos adversos que acima se referiram.

“Se não os podes vencer... junta-te a eles”. Este parece ser o princípio que tem norteado a investigação laboratorial nesta área. Incapaz de criar medicamentos alternativos, a indústria farmacêutica procurou, nos últimos anos, dissociar o efeito terapêutico dos AINE da elevada frequência de efeitos secundários gastrointestinais. Tal desiderato veio a revelar-se possível graças aos avanços alcançados no conhecimento duma enzima essencial neste processo - a ciclo-oxigenase (COX). Logo que se compreendeu que uma das isoenzimas - a COX1 - era a responsável pelos efeitos secundários gastrointestinais, enquanto a outra - a COX2 - era a determinante do efeito anti-inflamatório, ficou aberto o caminho para a síntese de substâncias que actuassem específica e exclusivamente sobre esta última.

Resultante desta linha de investigação, está hoje disponível na prática clínica uma nova

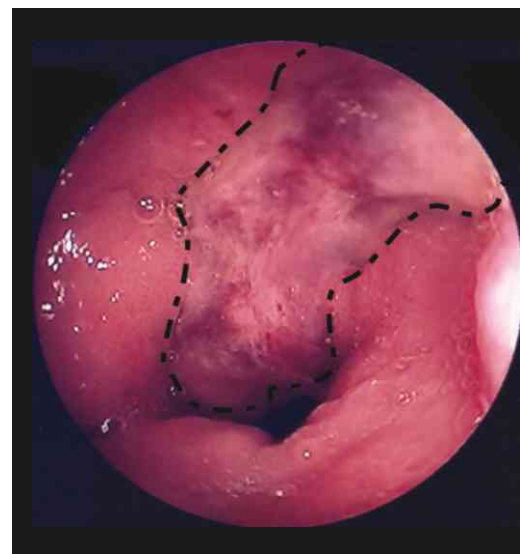


Imagem endoscópica de úlcera duodenal hemorrágica associada a AINE

classe de AINE, a qual recebeu da Organização Mundial de Saúde a designação de “coxibes”. Os coxibes foram testados em ensaios clínicos com amostras cuja enorme dimensão ultrapassou tudo o que até então havia sido feito em reumatologia. Demonstrou-se assim a real capacidade destes fármacos em minorar significativamente o flagelo dos efeitos adversos gastrointestinais dos AINE.

Não são, obviamente, “fármacos ideais”. A experiência clínica ensina-nos que não existem, nunca existirão, fármacos ideais. Todavia, tendo em conta o elevadíssimo número de doentes que necessitam de AINE e a taxa de complicações dos AINE convencionais, não pode deixar de se considerar que a descoberta desta nova classe constituiu um avanço qualitativo dos mais importantes na história recente da investigação farmacêutica.

J. E. Pina Cabral



# Rastreio do cancro do cólon e recto.

## Serão os recursos humanos disponíveis suficientes?



MUITAS VEZES COLOCA-SE EM CAUSA O rastreio do cancro do cólon e recto, afirmando que os recursos humanos disponíveis entre nós - número de gastroenterologistas - não são suficientes para responderem às necessidades do rastreio, de acordo com a metodologia proposta pela SPED -

Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva:

- **fibroscopioscopia cada 5 anos para a população de risco padrão, sendo a população-alvo os possuidores de uma idade compreendida entre os 50 e os 74 anos.**

A eventual escassez de recursos humanos para a execução prática do rastreio nunca foi muito fundamentada. Sabemos que os quadros demonstrativos de diferentes cenários que acompanham este texto, não reproduzem a metodologia adequada e rigorosa para responder à pergunta que inicialmente colocámos. No entanto, a aproximação feita nos Quadros I e II, permite estimar com relativa segurança a exequibilidade do projecto em curso.

De acordo com o recenseamento de 2001 existem em Portugal 2.669.430 cidadãos com idades compreendidas entre 50 e 74 anos, indivíduos que constituem a população-alvo do rastreio. Temos cerca de 400 gastroenterologistas.

Nos quadros I e II estimamos, para diferentes percentagens da população, a tarefa a desenvolver por cada gastroenterologista durante uma semana. Se em 2007 tivéssemos entre 25% a 35% da população portuguesa rastreada, poderíamos considerar a presente Campanha como um enorme sucesso e simultaneamente assistiríamos a uma redução da incidência e da mortalidade por cancro do cólon e recto.

Há muitos anos atrás, durante o regime anterior, pois como sabemos hoje já tal não sucede, um amigo meu “meteu” uma cunha para arranjar um emprego. Mais tarde

**Quadro I**  
**100% da população rastreada**

---

2.669.430 a rastrear em 5 anos  
533.886 a rastrear / ano  
26 a rastrear / gastroenterologista / semana

**Quadro II**  
**25% da população rastreada**

---

667.357 a rastrear em 5 anos  
133.471 a rastrear / ano  
6 a rastrear / gastroenterologista / semana

# Rastreio do Cancro do Cólon e Recto

## Recomendações da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

procura o benfeitor e lamenta o salário baixo e a insatisfação que tem com a pouca eficácia da sua acção. O benfeitor estranhou a questão e lembrou ao meu amigo que ele lhe tinha pedido apenas um emprego e não um trabalho.

Ao observarmos os números de rastreios a executar por gastroenterologista para atingir um determinado objectivo, pensamos que a resposta à questão inicial, talvez dependa também da dualidade, emprego ou trabalho, que há anos confundiu aquele meu amigo. A necessidade em recursos humanos, será função da qualificação da sua tarefa.

Mas a grande questão não está no número de gastroenterologistas. A questão da suficiência dos recursos humanos, passa um pouco por estes terem um emprego ou um trabalho, mas passa muito pelo acesso dos cidadãos ao rastreio, acesso que hoje está consideravelmente limitado. Voltaremos a este problema em número próximo, pois a sua solução não depende de nós.

Demos o nosso contributo e o que nos é exigido como especialistas nesta área:

- demonstrámos que o rastreio é útil e necessário, pois reduz a incidência e a mortalidade da doença, com uma excelente relação benefício-custo;
- publicámos as metodologias adequadas ao rastreio;
- sabemos que temos recursos humanos suficientes para a prática do rastreio do cancro do cólon e recto;
- divulgamos este nosso conhecimento aos profissionais de saúde e à população em geral.

Aguardamos com tranquilidade outros contributos.

C. Nobre Leitão

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 igual ou superior a 50 anos, sem outro factor de risco para CCR (história pessoal ou familiar) - Sigmoidoscopia Flexível a cada 5 anos.

### População de risco aumentado

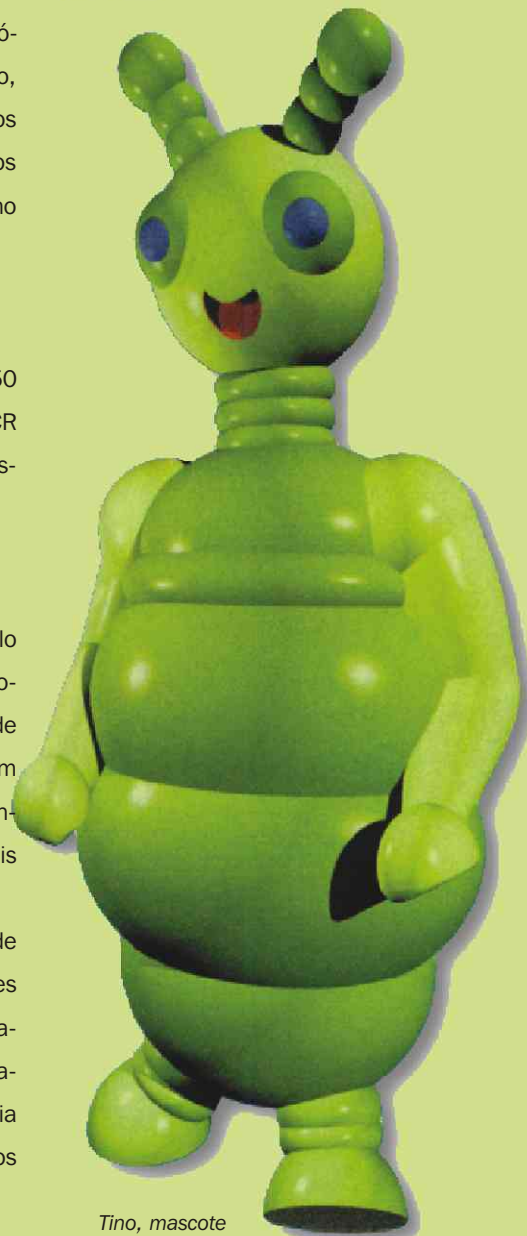
O risco individual de CCR é afectado pelo número de parentes com CCR ou adenomas, pelo grau de parentesco e pela idade desses familiares, pelo que propomos um programa de rastreio estratificado em função do risco familiar e consideramos dois sub-grupos:

- 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 cada 5 anos, com início aos 40 anos de idade.
- 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



## Isabel Braizinha

# A vocação acima de tudo

O que faz com que uma licenciada em Biologia, com um percurso profissional assinalável, se dedique aos problemas dos doentes num Centro de Saúde? Não é o dinheiro que faz correr Isabel Braizinha, bióloga e médica de família, mas uma vontade enorme de não parar, uma extraordinária necessidade de ajudar os outros, principalmente quando os outros são pessoas com problemas de saúde, idosos e crianças. Isabel Braizinha divide a sua actividade profissional entre o Centro de Saúde da Amadora, onde é médica de família, a Faculdade de Psicologia de Lisboa, onde lecciona, e o seu consultório privado, onde dá consultas duas vezes por semana.

ENDOnews foi conhecê-la!

### O que faz com que uma pessoa licenciada em Biologia enverede pela carreira de Clínica Geral?

Fundamentalmente, a vocação. Fiz primeiro o curso de Biologia e licenciiei-me em 1972. Como no último ano do curso tinha de fazer um trabalho no campo da investigação, dirigi-me ao Prof. Xavier Morato, catedrático em Medicina, que muito me ajudou no meu último ano curricular de Biologia. Daqui surgiu depois convite para ficar a trabalhar no Hospital de Santa Maria, na Faculdade de Medicina, como sua assistente. E claro, comotinha o bichinho da Medicina, daí à licenciatura foi um passo. Quando chegou a altura de abraçar a carreira, escolhi os cuidados de saúde primários, por entender que é nesta área que mais se estreita a relação médico-doente. Ainda assim, continuo ligada à Biologia, na medida em que mantenho uma acção de docência na Faculdade de Psicologia, onde lecciono as cadeiras opcionais de Temas de Biologia e de Genética. Em suma, posso dizer

que a Biologia me ajudou bastante no curso de Medicina, não só porque havia muitas áreas comuns, mas também como um auxiliar da estruturação do pensamento científico. Pratico também medicina privada e tenho um consultório próprio.

### Como consegue coadunar todo este leque de actividades.

#### Não é desgastante?

Não. Até é bom, na medida em que uma actividade acaba por me fazer descansar da anterior e esta diversidade ajuda-me a combater o stress. Ter que preparar ou dar uma aula aos alunos de psicologia, ajuda-me a distrair e a abstrair-

-me dos problemas da clínica geral, de maneira que não tem sido difícil, mas antes aliciante. Por outro lado, tenho a vantagem de trabalhar próximo do local onde moro, o





que é bom, sobretudo no que se refere à gestão do tempo.

Quanto ao stress penso que é tudo uma questão de organizarmos bem o nosso trabalho. O stress acaba por ser uma mola, funciona de maneira positiva, mas claro que depois aproveito muito bem os meus fins-de-semana que, para mim, são sagrados. É óbvio que no meio disto tudo tenho um grande apoio familiar, uma família impecável, que sempre me apoiou muito.

É sempre muito importante que consigamos separar as coisas. Tenho assente o princípio de atender todos os utentes que recorrem ao Centro de Saúde, que é a melhor maneira para poder partir para outras actividades com a consciência tranquila do dever cumprido. Por outro lado, a minha clínica trabalha muito com seguros de saúde e por isso a maior parte dos utentes que ali vão pouco têm a ver com os doentes do centro de saúde. Embora sejam dois tipos de trabalho completamente diferentes, o da clínica privada e o do centro de saúde - também são doentes de estratos diferentes - é de facto o trabalho no Centro de Saúde que para mim se revela mais aliciante, porque ali trabalhamos com planos que programamos e avaliamos; vemos mais o fruto do nosso trabalho e são maiores as possibilidades de podermos ajudar as pessoas que realmente necessitam.

#### O que a faz correr?

Não é de modo algum o dinheiro, até porque, feitas as contas, se calhar, para outra pessoa, tudo isto não valia a pena. Mas para mim vale. Por exemplo no que respeita à Faculdade, estou afectivamente ligada àquela instituição. Trabalho com as mesmas pessoas há vinte e muitos anos e embora às vezes me pareça que vou ceder à tentação de dizer "pronto, para mim chega", a verdade é que isso seria complicado, inclusive para a própria Faculdade. Em relação à minha clínica privada, faz-me muita falta, porque sou incapaz de



O CS da Amadora está integrado num programa de rastreio do cancro do cólon em colaboração com o serviço de gastroenterologia do IPO. Com base nesse programa, os nossos utentes com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos são convidados a deslocarem-se ao IPO para consultas de prevenção do cancro do cólon

ter uma vida monótona e ficar em casa a olhar para as paredes.

#### Como perspectiva a evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal?

Sobre isso tenho apenas um pressentimento, já que não tenho neste momento dados para uma análise mais profunda da situação. Parece-me que a tendência é para uma evolução no sentido dos seguros de saúde. Quem puder pagá-los, vai fazê-lo e o Centro de Saúde ficará realmente para as pessoas que não têm a possibilidade de contratar um seguro de saúde. É uma pena. Gostava que as coisas funcionassem de outra maneira, o que se calhar é utópico.

Do ponto de vista estrutural e teórico, concordo com o funcionamento dos centros de saúde,

de, com acções de educação para a saúde, programas de prevenção e de avaliação dos respectivos programas. O que se verifica é que embora tudo esteja bem programado no papel, não funciona depois na prática.

Falta de médicos? Má distribuição geográfica dos profissionais de saúde? Basta dizer que no meu Centro de Saúde há muitos utentes que não têm médico de família atribuído. O que é feito dessas pessoas, que ninguém está a olhar pela saúde delas?

Apostaria numa maior colaboração entre os serviços de saúde e o poder local, pois uma colaboração estreita entre uns e outros, apoiaria muito mais as pessoas (jovens, reformados, idosos) que integradas socialmente, de certo modo aliviaria a afluência ao CS, deixando espaço para que este trabalhasse de forma mais eficaz.

#### Que importância atribui a uma interligação eficaz entre cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde secundários?

Há muito a fazer nessa área, mas também muito se tem feito já. Nós, aqui no CS, trabalhamos com os cuidados secundários do Hospital Fernando Fonseca. Mantemos reuniões periódicas com o Hospital, no sentido de se poder melhorar ainda mais a intercomunicação, inclusivamente no que respeita a programas de formação. É precisamente o que acontece ao nível da Cardiologia, em que já temos uma reunião bimensal no CS com o cardiologista que apoia os nossos doentes. Apresentam-se os casos clínicos que suscitam dúvidas, discutem-se terapêuticas, debatem-se temas teóricos. O mesmo acontece também com a Psiquiatria, em que os colegas psiquiatras do hospital fazem uma consulta na comunidade, no Centro de Saúde. Mantemos reuniões periódicas com estes especialistas, nas quais apresentamos os casos que mais nos preocupam, conseguindo assim otimizar o tempo e o trabalho.

# Quem é Isabel Braizinha?



Filha de militar de carreira, nasceu nas Caldas da Rainha e completou os estudos secundários em Lisboa. Cedo se sentiria atraída pela Medicina gostava de brincar aos médicos e enfermeiros, como quase todas as crianças - mas era imenso o medo que tinha de não conseguir exercer a profissão. Depois, tal como afirma, “havia aquela ideia pré-concebida de que isto era mais uma profissão para homens, porque exigia um grande esforço e que às mulheres seria difícil singrarem nesta área”.

A Biologia, porque achava que ao nível dos programas curriculares era o que mais se aproximava da Medicina, acabou por ser uma opção para Isabel Braizinha. Mas o destino é o destino e o trabalho de fim de curso um estudo sobre as células argentafins do intestino, catapultou-a para Assistente da Faculdade de Medicina, a convite do Prof. Xavier Morato. Já com família constituída, pediu equivalência de curso à Faculdade de Medicina e depois de terminar os estudos especializou-se em Clínica Geral.

## Viagens...

Adora. Portugal, as suas gentes e a as suas culturas, atraem-na mais do que tudo. Quanto a destinos além-fronteiras, Brasil é uma das suas maiores paixões... Mas depois da viagem, está sempre desejosa de regressar à actividade profissional.

## Livros...

O tempo é pouco e nem sempre dá para pôr a literatura em dia. Para além de obras e artigos técnicos sobre Medicina e Biologia, para férias leva sempre na mala livros de espionagem. Agatha Christie é um dos seus autores preferidos. Carlota de Barros é uma amiga e poetisa, e o seu livro “A Ternura da Água”, foi o último que leu.

## Desporto...

Cada vez menos. O tempo é pouco e as condições para a prática de desporto na cidade não são lá grande coisa... O ténis de alta competição - é espectadora de sofá - é uma das suas perdições neste domínio. Os circuitos a pé também a atraem.

Noutras áreas, como é o caso da Gastrenterologia, estão também a ser programadas várias actividades. Temos uma linha telefónica exclusiva que eu, pessoalmente, utilizo para situações clínicas urgentes que impliquem terapêutica cirúrgica gastrenterológica. É por exemplo o que se passa com os tumores do cólon. Nesses casos, contacto directamente o cirurgião, passo a informação clínica e em presença do doente, no decurso da própria consulta, programamos em conjunto as directrizes a seguir.

## Que tipo de formação têm tido no campo da Gastrenterologia?

A formação contínua tem de ser encarada seriamente. Com a Gastrenterologia do Hospital Fernando Fonseca, à semelhança do que se passa com a Psiquiatria e a Cardiologia, temos programas de visita aos centros de saúde, com a finalidade de se abordarem determinados temas. O último tema debatido foi sobre hepatites. Os colegas da Gastrenterologia vêm ao CS expor os temas e são con-

vidados médicos de família do concelho, para assistirem às reuniões e em conjunto trocamos ideias.

## Como é que as coisas funcionam ao nível da prevenção em Gastrenterologia?

O CS da Amadora está integrado num programa de rastreio do cancro do cólon em colaboração com o serviço de gastroenterologia do IPO, dirigido pelo Prof. Nobre Leitão. Com base nesse programa, os nossos utentes com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos são convidados a deslocarem-se ao IPO, num horário bastante alargado, (de segunda a sexta-feira das duas às quatro da tarde), para consultas de prevenção do cancro do cólon. Após avaliada a situação de cada um deles e consoante os casos, são depois encaminhados para os exames de pesquisa de sangue oculto nas fezes ou para fibrossigmoidoscopia.

## Como é que o doente adere a estas iniciativas?

Para que haja uma boa adesão por parte dos

utentes, é essencial uma intervenção directa do médico de família.

É necessário falar com eles, demonstrar-lhes as vantagens que têm em submeter-se ao rastreio. É essa a experiência que tenho em relação aos meus doentes. Caso o contacto não seja pessoal, por exemplo por carta, como já foi feito neste Centro de Saúde, a adesão é escassa.

Tenho alguns casos de doentes que, por se terem submetido ao rastreio, resolveram oportunamente uma situação clínica que mais tarde se complicaria. São estes exemplos que servem para entusiasmar outros utentes a aderir ao plano.

Algumas atitudes preventivas da doença neoplásica, já estão consagradas nas nossas normas de actuação. Na minha perspectiva, e à semelhança do que se pratica noutros países, também o rastreio do cancro do cólon deveria estar consignado nessas normas. Em Portugal isso ainda não acontece, mas penso que os custos/benefícios o justificam plenamente.



# Los Angeles

## Nova classificação endoscópica da esofagite péptica

DESDE O CONGRESSO MUNDIAL DE GASTROENTEROLOGIA realizado em Los Angeles, EUA, tem vindo a ser ensaiada na prática a nova classificação endoscópica da esofagite, então proposta por um grupo de consenso especificamente nomeado para rever a anterior classificação de Savary-Miller.

As alterações introduzidas tiveram como objectivo essencial separar, por um lado, a gradação da severidade apenas com base nas erosões da mucosa, e, por outro, a ocorrência de complicações, como sejam a estenose, úlcera, hemorragia ou presença de epitélio de Barrett.

Enquanto na anterior classificação a presença de qualquer destas complicações obrigava à classificação no último grau da escala (grau IV), na classificação de Los Angeles (LA) admi-

te-se que tais complicações possam surgir associadas a qualquer grau de severidade da esofagite, avaliada apenas pelas características das erosões da mucosa esofágica. É de notar, por exemplo, que uma complicação como o epitélio de Barrett pode até ser detectada sem ocorrência concomitante de esofagite péptica (esófago sem lesões erosivas agudas).

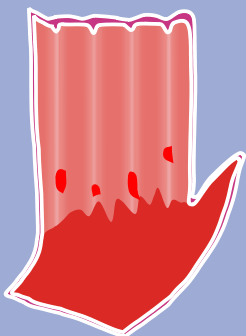
No momento actual, a SPED recomenda a divulgação e utilização da nova classificação de LA na prática endoscópica e nos ensaios de investigação.

Na nossa perspectiva, a uniformização dos critérios e classificações utilizados pelos diferentes endoscopistas facilita o trabalho dos clínicos assistentes, proporcionando melhores meios para estabelecer uma terapêutica ajustada e avaliar a sua eficácia.

*J. E. Pina Cabral*

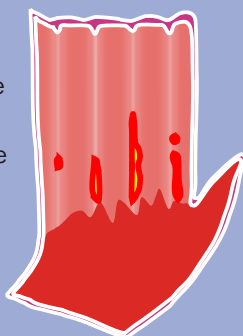
### Grau A

Uma ou mais erosões com menos de 5mm de extensão, sem confluência entre pregas da mucosa.



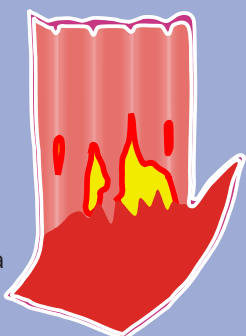
### Grau B

Uma ou mais erosões com mais de 5mm de extensão, sem confluência entre pregas da mucosa.



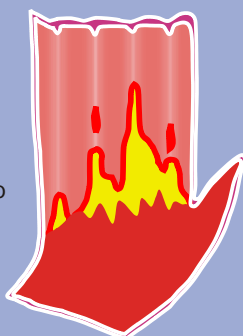
### Grau C

Uma ou mais erosões atingindo pregas vizinhas de mucosa, mas envolvendo menos de 75% da circunferência do órgão.



### Grau D

Uma ou mais erosões confluentes, afectando 75%, ou mais, da circunferência do órgão.



## Doença do Refluxo Gastro-esofágico em números

# 10%

Incidência de azia na população geral, nos países ocidentalizados.

# 60%

Taxa de doentes com DRGE que não apresentam lesões endoscópicas (Doença de Refluxo Endoscopicamente Negativa).

# >80%

Taxa de cura da displasia de alto grau no epitélio de Barrett após tratamento endoscópico com terapêutica fotodinâmica.

# 0,4 - 1%

Taxa de incidência anual de adenocarcinoma no epitélio de Barrett.

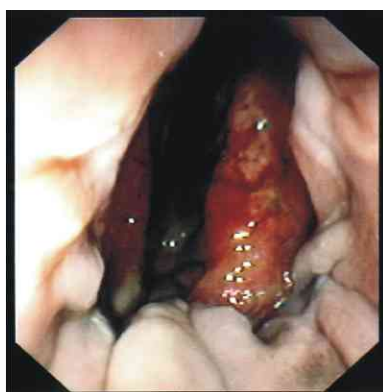
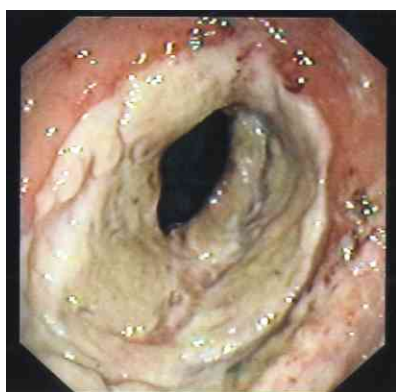
## Casos endoscópicos

### Úlcera solitária do recto

Mulher de 79 anos, obstipada crónica, recorre ao Serviço de Urgência por rectorragias, tenesmo e falsas vontades. Realizou-se colonoscopia que mostrou úlcera circunferencial do recto, escavada, com necrose exuberante e friabilidade. Demonstrou-se também a existência de prolapso rectal, com o esforço defecatório. O exame histopatológico foi compatível com o diagnóstico de úlcera solitária do recto.

José Ramada, Luís Lopes, José Soares, Carlos Pinho  
Serviço de Gastrenterologia - Hospital Geral de Santo António, Porto

1º Prémio do Concurso de Fotografia Endoscópica da SPED - Edição 2002



## Agenda

### Crescer em segurança - 10 anos depois

Lisboa, 9 e 10 de Outubro

### X Jornadas de Doença Vascular

Porto, 10 e 11 de Outubro

### 7th Mediterranean Medical Congress

Vilamoura, 10 a 12 de Outubro de 2002

### Jornadas Temáticas de Reumatologia

Lisboa, 10 a 12 de Outubro

### IX Congresso Nacional de Oncologia

Lisboa, 13 a 15 de Outubro

### IX Encontro do Internato Complementar de Clínica Geral

Porto, 17 e 18 de Outubro

### 2º Curso de Endoscopia Digestiva

### IV Reunião Nacional da SPED

Coimbra, 3 e 4 de Abril de 2003

Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

2º CURSO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Colheu dos Recreios, 29 Outubro 02

Prevenir é Saber Viver

Conselheiros  
Perguntas & Respostas  
Glossário

Bolletim de  
Comunicação

HP 1  
HP 2  
HP 3  
HP 4  
HP 5

www.sped.pt

## ENDOCruzadas

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

### Horizontais

1-Conjunto de sintomas referente ao tracto digestivo alto. 2-Uma das principais afecções reumatismais (iniciais); ácido constituinte dos cromossomas. 3-Suspensão coloidal. 4-Já não há deste papel; Pronome possessivo, fem, sing. 5-Indicação das tomadas diárias dum medicamento; Santo abreviado. 6-Nome partilhado por diversos medicamentos com a mesma substância activa. 7-Abreviatura do principal clube automóvel inglês; A escala de Glasgow é-lhe dedicada. 8-Lesão pré-maligna do cólon. 9-Idiota ao contrário; Pode ser isquémico ou hemorrágico; 10-Pedra redonda; País mais avançado na prevenção do cancro do cólon.

### Verticais

A-Flagelo infeccioso da actualidade; A manhã dos anglófonos. B-Doença esofágica mais frequente; Aprovado em exame. C-Nome próprio de cantora brasileira falecida; repetição de vogal. D-Prato próprio da dieta mediterrânica; O princípio da listagem. E-Coagulação intravascular disseminada F-Exame importante no estudo da dispepsia. G-Volume de tratado científico. H-A queixa do doente; o mesmo que uí!. I-Está alterada nos processos inflamatórios. J-Pirose; O contrário de genérico.

SOLUÇÕES - Horizontais: 1-Dipepsia. 2-Diagnóstico. 3-Idiota. 4-Santo. 5-Indicação. 6-Nome. 7-Abreviatura. 8-Lesão. 9-Idiota. 10-Pedra. Verticais: A-Flagelo. B-Doença. C-Nome. D-Prato. E-Coagulação. F-Exame. G-Volume. H-A queixa. I-Está alterada. J-Pirose.



# O que sabem os famosos sobre o cancro do cólon?



**Victor de Sousa**  
Actor

## Sabe o que é o cólon?

Sim, sei o que é. Há relativamente pouco tempo fiz uma colonoscopia, que me tranquilizou. Aliás, tento fazer este exame com alguma regularidade.

## A partir de que idade começou a fazê-lo?

A partir dos 50... Comecei a preocupar-me mais, até porque tenho outros "problemitas", felizmente sem gravidade. A última vez que o fiz foi há 15 dias. É um exame nada simpático de se fazer... mas tem que ser. De uma forma geral, tento ter algum cuidado com a minha saúde... consulto o meu oftalmologista uma vez por ano... tiro as chamadas análises de rotina pelo menos duas vezes por ano...

## Fez o exame por iniciativa própria?

Não! foi o meu médico assistente, o Dr. Jorge Azevedo, que me aconselhou a fazer. É um amigo de longa data que tem cuidado da minha família.

## Sabia que em Portugal este tipo de carcinoma é a primeira causa de morte por cancro?

Soube há pouco através da comunicação social. O facto preocupa-me

e considero que é preciso alertar as pessoas... principalmente para a importância da prevenção.

## Tem mais pessoas na família que façam este tipo de exame?

Deste tipo, não! Mas à minha mãe, empurrei-a - por assim dizer - e alertei-a em relação ao cancro da mama. E ela fez os exames.

Também tento influenciar as pessoas que estão perto de mim, mobilizando-as nesse sentido.

## Conhece alguém que tenha enfrentado a doença?

Com cancro do cólon, não! O mesmo não se passa com o cancro da mama... e com pessoas de quem gosto muito e que até já deram a cara, testemunhando a sua experiência. Estou a lembrar-me da minha querida Simone de Oliveira, da minha querida Manuela Maria e de outros casos. Acho que são exemplos importantes.

## Porque decidiu vir hoje aqui?

O Fialho Gouveia convidou-me, explicou-me o motivo... e eu disse-lhe logo que sim. Em vez de ficar em casa a estudar os meus próximos trabalhos de telenovela... preferi vir aqui dar uma ajuda... dizer dois ou três poemas... e sensibilizar as pessoas para o problema.

## Sabia que o estilo de vida também ajuda a evitá-lo...

Está-me a dizer uma coisa terrível e para não referir apenas coisas boas sobre o meu comportamento, vou-lhe confessar duas más: adoro comer e sou muito pouco correcto comigo no que respeita a alimentação... o pecado da gula é talvez aquele que cometo com maior regularidade. E depois, sou muito preguiçoso para fazer exercício físico. Mexo-me pouco e não tenho a disciplina necessária para frequentar um ginásio. Lembro-me que quando era jovem, a única coisa que gostava de fazer era correr. Mas isso foi no tempo da tropa... Por aí pode imaginar há quanto tempo foi...

## Mas procura andar a pé, por exemplo?

Procurar, procuro, mas depois com a profissão que tenho não é muito simpático andar sozinho a pé na rua. Mais duas graves lacunas que confesso com a maior das sinceridades.

## Como avalia este tipo de campanhas e acções?

Tudo o que se possa fazer para alertar as pessoas é importantíssimo.