

# ENDO news

Nº 8 • Janeiro-Junho 2004

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



**20º aniversário do NGHD**  
**Jorge Sampaio**  
**solidário com**  
**a luta contra o**  
**cancro do cólon**

**Dr. Pedro Figueiredo**

Cromoendoscopia e  
magnificação nos  
pólipos do cólon

**Dr. Carlos Martins**

Médicos de Família e  
Plano Oncológico Nacional

**SPED – 25 anos**

3º Curso de Endoscopia  
Digestiva

Sondagem SPED/Universidade Católica  
**Os Portugueses e o  
cancro do intestino**

# 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 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 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 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.



*Tino, mascote da Campanha de Prevenção do Cancro do Cólon e recto*

### 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.

## Sumário

Editorial	5
<b>Prof. Nobre Leitão</b>	
<b>O que ELES dizem</b>	7
<b>Outras fotos</b>	7
Endoscopia e pólipos do cólon II	
<b>Cromoendoscopia e magnificação nos pólipos do cólon</b>	8
3º Curso de Endoscopia Digestiva	
<b>A técnica em directo</b>	11
Entrevista a Carlos Martins	
<b>Plano Oncológico Nacional não valoriza o papel dos MF no rastreio oncológico</b>	12
20º Aniversário do NGHD	
<b>Presidente da República está solidário com a luta contra o cancro do cólon</b>	15
<b>A história do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais</b>	20
<b>DRGE na web</b>	21
Estudo Universidade Católica para a SPED	
<b>Cancro do intestino é o que mais mata em Portugal e Governo ignora prevenção</b>	23
Casos endoscópicos	
<b>Ictericia obstrutiva litíase</b>	27
IDCA alerta	
<b>Maus hábitos alimentares estendem-se aos países em desenvolvimento</b>	28
Dieta Mediterrânica	
<b>Ananás grelhado, gelado de coco e emulsão de laranja e cardamomo</b>	30

## Ficha Técnica

### ENDOnews

Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • Nº8 • Janeiro - Junho 2004

### 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

## Editorial

PENSÁMOS ESCREVER HOJE SOBRE PUBLICIDADE. Como não temos competência nesta área, talvez nos seja permitido escrever sobre este tema.

É um tema importante que diariamente nos envolve e até se afirma que hoje o que conta é a imagem e não o conteúdo. Nesta expressão alguns pretendem que a publicidade tem sempre algo de mistificação. Mas será assim?

Desde 1999 que a SPED desenvolve uma campanha de Prevenção do Cancro do Intestino e tem feito ocasionalmente “publicidade”. A mensagem que temos procurado transmitir, sustenta-se em factos verdadeiros: a mortalidade por CCR tem aumentado de forma significativa, o número de mortos é uma realidade objectiva, existem métodos de rastreio eficazes no objectivo de reduzir a mortalidade e também dispomos de recursos humanos capazes de realizar esta tarefa. A SPED propôs como opção estratégica, uma entre várias metodologias - a colonoscopia esquerda (antiga sigmoidoscopia), conhecendo as vantagens e desvantagens de todas as opções disponíveis. Apoiamo-nos em critérios de rigor científico, que incluíram também trabalhos desenvolvidos em Portugal.

Os resultados globais deste nosso esforço são visíveis e mensuráveis. Para além da sondagem europeia, apresentada na UEGW em Madrid, em Novembro de 2003, que revelou estar os portugueses com um conhecimento sobre CCR acima da média europeia, a sondagem feita entre nós, em Dezembro de 2003, pela Universidade Católica e que neste número se apresentam alguns dados, é reveladora do conhecimento e da disponibilidade dos portugueses para o rastreio.

Tem sido um grande esforço da SPED em prol de uma doença e acessoriamente de promoção e afirmação dos gastroenterologistas. Os resultados objectivos que aquela medida nos dá, são encorajadores.

Também temos referido muitas vezes o silên-

cio dos responsáveis pela efectivação do Rastreio e recordamos para todos o artº64 da Constituição da República.

*“Artº 64 1. Todos Têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.*

*3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incube prioritariamente ao Estado:*

*a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação.”*

Temos cumprido a nossa parte. Outros não. Mas nem sempre assim procederam.

O que tem isto a ver com publicidade?

Existe e sempre existiu publicidade enganosa. Não me refiro à que está a pensar, mas antes a uma grande ideia lançada pelo Ministério da Saúde nos anos 90, que tinha como ideia chave: “vamos reduzir a mortalidade por cancro em 15% até ao ano 2000” Lembra-se?

Foi uma grande campanha publicitária que seguramente custou aos contribuintes largos milhares de contos (naquele tempo não havia euros). Sobre isto várias questões merecem reflexão. A primeira é que realmente o Ministério da Saúde já fez algo sobre a doença oncológica, mas o Ministério que deveria fazer e desenvolver acções, apenas subsidiou publicidade. É estranho!

Mas foi uma publicidade vazia de conteúdo, pois não foi acompanhada de qualquer acção concreta e, naturalmente, a doença, apenas com o voluntarismo subjacente àquela campanha, não iria desaparecer ou reduzir como se constatou.

E os responsáveis, sempre com boa imagem - é a tal marca da publicidade enganosa, aí continuam com o seu discurso, tantas vezes patético, em que alinham significantes sem significado, convictos que tudo o que é obscuro é profundo, pretendendo apenas, como escreveu França Jardim, esconder a nudez das suas ideias.

Os recursos então disponibilizados para aque-



Prof. Nobre Leitão

la campanha inscrevem-se na grande lista de rubricas inúteis em que o Ministério da Saúde é pródigo em construir.

E todos nós as vemos crescer, com argumentos variáveis ao longo do tempo, sendo que nos tempos correntes a palavra “mágica” da gestão entrou excessivamente na nossa área. Excessivamente porque como aquela campanha, também a gestão actual tem tido muita publicidade. Pensamos como muitos, que este é um País às avessas - temos demasiada “economia na saúde e muito pouca saúde na economia”

Contra o tempo presente, da imagem acima de qualquer realidade, conceito prevalente nos políticos da última metade do século XX, embora com roupagens variáveis e adaptadas a cada momento, devemo-nos refugiar na nossa profissão e cultivar a excelência. A este propósito recordava e transcrevia as palavras de Mestre Reynaldo dos Santos na sua última lição do Curso de Clínica Cirúrgica de 1949-1950: “Uma das virtudes que tem caracterizado o pensamento médico é a sua independência de espírito e essa independência, filha da sua formação mental no método científico, é uma condição essencial do progresso das ideias. O espírito formado na disciplina da Ciência sabe que as suas verdades são efémeras, por isso discutíveis, estando sempre pronto a abandonar a certeza da véspera perante os factos e as descobertas que a renovam. O homem de ciência, pelos hábitos mentais da livre crítica, está por isso sempre à beira do “não conformismo”.

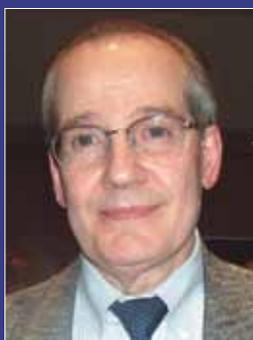
# O que ELES dizem



**Cândida Cruz**

Presidente da Associação Portuguesa da Doença Inflamatória Intestinal

Os benefícios do rastreio do cancro do cólon em comparação com o tratamento de uma doença, muitas vezes incurável, são enormes. Fazer uma colonoscopia completa depois dos 50 anos é fundamental.



**Cláudio Fiocchi**

Crohn's & Colitis Foundation of America

Já alertámos e fizemos ver ao Ministério da Saúde que um doente, se for devidamente tratado, tem muito menos necessidade de internamentos e cirurgias. O custo, para o Estado, seria muito menor.



**Carlos Nobre Leitão**

Presidente da SPED

O que não devemos ou podemos aceitar, sob pena de comprometer ou fragilizar a gastroenterologia, são gestos voluntaristas, sem projecto ou estratégia, que apenas prosseguem aspectos individuais e não institucionais.

(A propósito da campanha de rastreio do cancro do cólon)

No âmbito das tecnologias do diagnóstico e da terapêutica, a endoscopia digestiva registou um avanço espectacular que representa enormes benefícios na perspectiva do tratamento dos doentes e em termos económicos.



**Diniz Freitas**

Director do Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

## Outras fotos



O pão do amanhã; *por António Santos*

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](mailto:endonews@vfbm.com)

**Participe!**

## Endoscopia e pólipos do cólon II

# Cromoendoscopia e magnificação nos pólipos do cólon

É COMUM O SURGIMENTO DE NOVAS TECNOLOGIAS em Gastrenterologia, designadamente na área da Endoscopia Digestiva. Estes avanços são importantes na medida em que, por exemplo, poderão permitir o diagnóstico diferencial entre lesões neoplásicas e não neoplásicas, bem como detectar uma lesão numa fase mais precoce, em que a terapêutica curativa é ainda possível.

É neste âmbito que se insere a cromoendoscopia (CR). Esta técnica consiste na aplicação, por via endoscópica, de substâncias corantes na mucosa do tubo digestivo tendo em vista a observação de detalhes que permitam melhorar a localização, caracterização ou facilitar o diagnóstico de determinada lesão. Os corantes podem ser classificados em três grupos de acordo com o seu modo de acção. Os corantes vitais, de que são exemplo o azul de metileno, o soluto de Lugol, o azul de toluidina e o violeta de cresil, são absorvidos por determinadas células epiteliais através de mecanismos de absorção ou de difusão. Os corantes de contraste, grupo em que se inclui o indigo carmin, não penetram nas células, permitindo apenas acentuar os contornos e limites da lesão. Por fim, os corantes reactivos são aqueles que reagem com um constituinte das células epiteliais ou com uma secreção mucosa (vermelho do Congo).

O termo magnificação (MG), actualmente muito usado, engloba tanto a alta-resolução como a ampliação. Os dois conceitos são, no entanto, bem distintos. Por resolução entende-se a capacidade de discriminar dois objectos ou pontos muito próximos, enquanto que a ampliação consiste em aumentar a dimensão da imagem. A resolução depende da densidade dos "pixels" e a ampliação da existência de uma lente que é controlada pelo endoscopista.

A conjugação da CR, utilizando o indigo carmin, com a MG tem sido aplicada no estudo dos pólipos do cólon (figura 1). Nesta indicação, o seu principal objectivo será, seguramente, o diagnóstico diferencial entre pólipos não neoplásicos, designadamente os hiperplásicos, e os adenomas, verdadeiras neoplasias precursoras do carcinoma de cólon e recto. Tal distinção permitiria poupar a um procedimento endoscópico com riscos potenciais a polipectomia endoscópica os pacientes com lesões polipóides não neoplásicas. Esta técnica foi desenvolvida por autores japoneses, um dos quais - Kudo - elaborou uma classificação em cinco classes que tem por base o estudo do padrão das criptas das lesões polipóides. As classes I e II ocorrem com mais frequência em pólipos hiperplásicos, as classes III e IV nos adenomas e a classe V nos carcinomas invasivos.

Um estudo de 3.438 lesões utilizando a classificação de Kudo encontrou uma acuidade diagnóstica de 75% para as lesões não neoplásicas, de 94% para os adenomas e de 85% para os carcinomas. Perante este resultado, teremos que encarar estas técnicas apenas como indiciadoras em relação à natureza histológica da lesão já que o seu grau de acerto é inferior à do estudo anátomo-patológico, não podendo condicionar, neste momento, uma modificação da atitude do endoscopista em relação à lesão polipóide encontrada. Já na avaliação da eficácia da polipectomia endoscópica quanto à excisão completa ou não da lesão, esta técnica afigura-se-nos como valiosa uma vez que, através da detecção de um padrão de criptas diferente do da mucosa normal, poderá evidenciar a existência de tecido neoplásico remanescente.

É geralmente aceite que os carcinomas do

cólon e recto se originam de pólipos adenomatosos. No entanto, tem havido um interesse crescente pelos chamados adenomas planos. A sua descrição inicial pertence a Kariya em 1977 e as características endoscópicas são as de uma lesão plana ou ligeiramente elevada, por vezes com uma depressão central e avermelhada. A sua importância reside no elevado potencial de malignização, muito superior ao que seria esperado em função da sua dimensão (em mais de 40% dos casos existem focos de displasia de alto grau). A convicção inicial de que este tipo de adenomas apenas era encontrado no Japão foi abalado por um estudo de Rembacken e colegas. De facto, ao utilizar as mesmas técnicas dos endoscopistas japoneses, estes autores encontraram, entre 1.000 colonoscopias realizadas em Inglaterra, uma taxa de adenomas planos semelhante à existente no Japão. Os resultados de um trabalho publicado por Kiesslich e colegas utilizando a MG e CR com indigo carmin em mucosa com aspecto endoscópico normal são elucidativos quanto às potencialidades destas técnicas. De facto, em 27 de entre 48 doentes com mucosa normal à colonoscopia sem CR foram encontradas 178 lesões, 176 das quais eram planas. A análise histológica destes achados revelou a existência de hiperplasia em 93%, mas as restantes 13 lesões eram adenomas, 3 dos quais com um grau significativo de displasia. Outro potencial campo de aplicação da CR com MG é o do estadiamento das lesões neoplásicas. A possibilidade de avaliação da invasão ou não da submucosa é crucial para a decisão terapêutica já que uma lesão neoplásica maligna que não atinja a submucosa poderá ser excisada por via endoscópica. Após o estudo com CR de 64 carcinomas que não

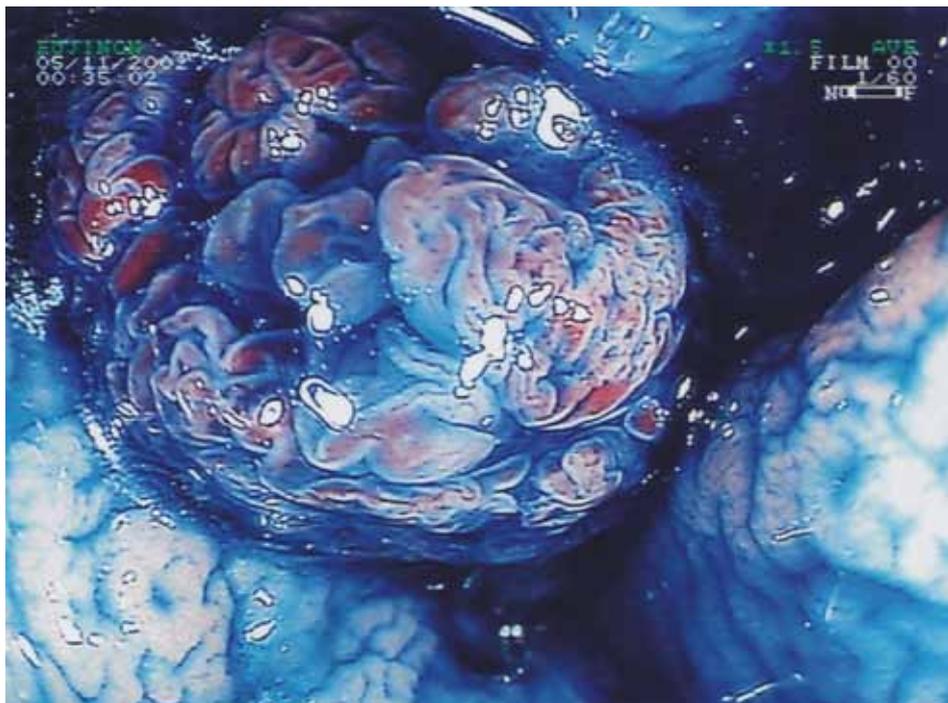


Figura 1 Pólipo rectal com um padrão de criptas do tipo IV (classificação de Kudo). O estudo anátomo-patológico revelou tratar-se de um adenoma tubulo-viloso com displasia focal de alto grau à superfície.

invadiam a camada muscular, Saitoh e colegas constaram que a presença de determinadas características endoscópicas permitia prever com um elevado grau de fiabilidade o grau de invasão da submucosa. A este propósito, Matsumoto e colegas desenvolveram um trabalho comparativo, envolvendo 50 doentes com carcinoma limitado à submucosa, entre a MG com CR e a eco-endoscopia utilizando sondas de 12 e de 20 MHz, tendo concluído, como seria de esperar, que a eco-endoscopia é superior na determinação da invasão em profundidade. No entanto, também neste trabalho, os autores constataram que a existência de um padrão amorfo à CR com MG se correlacionava melhor com a presença de adenopatias metastáticas do que o grau de invasão da submucosa determinado pela eco-endoscopia. Este aspecto é de importância fulcral já que a existência de adenopatias inviabiliza o recurso à remoção endoscópica da lesão.

Em resumo, poder-se-á dizer que a utilização destas técnicas no âmbito da colonoscopia poderá assumir duas formas principais: a avaliação de lesões previamente detectadas pela

colonoscopia convencional, tendo em vista quer a presunção da sua natureza histológica quer o estadiamento das lesões neoplásicas malignas, e o diagnóstico de lesões não evidenciadas pela colonoscopia. É talvez nesta última vertente que a questão do emprego rotineiro da CR com MG, à semelhança do que ocorre no Japão, se põe de forma mais aguda, já que tal se prende directamente com a acuidade diagnóstica do exame endoscópico realizado. De facto, sendo reconhecido que a colonoscopia com MG e CR evidencia lesões não detectáveis de outra forma, qual deverá ser o lugar destas técnicas no contexto da colonoscopia diagnóstica, designadamente se a encarmos como método de rastreio do carcinoma do cólon e recto? Ainda nesta indicação, será que a capacidade da CR com MG em indiciar a natureza histológica dos pólipos encontrados poderá ser útil, nomeadamente perante lesões com menos de 1 cm de diâmetro?

*Dr. Pedro Figueiredo*

*Assistente Graduado*

*Serviço de Gastreenterologia*

*Hospitais da Universidade de Coimbra*

## SPED na Madeira

A 13 de Março de 2004, no Funchal, no Auditório do Museu da Electricidade, durante toda a manhã, a SPED realizou mais uma acção que se insere na Campanha de Prevenção do Cancro do Cólon e Recto.

Sob a Presidência da Dr.<sup>a</sup> Isabel Lencastre, Directora Regional do Planeamento e Saúde Pública, em representação da Secretária Regional dos Assuntos Sociais e do Dr. Rui Marote, Vice-Presidente da Câmara Municipal do Funchal, e a convite do Serviço de Gastreenterologia do Hospital Central do Funchal, dirigido pelo nosso colega, Dr. Ricardo Teixeira, Nobre Leitão e Venâncio Mendes, participaram num Seminário onde foi abordado o carcinoma do cólon e recto numa perspectiva preventiva. A Dr.<sup>a</sup> Cláudia Fraga, apresentou aspectos relacionados com a incidência e prevalência do cancro do cólon e recto na Região Autónoma da Madeira e em seguida Nobre Leitão e Venâncio Mendes, desenvolveram os fundamentos subjacentes ao lançamento da Campanha de Prevenção pela SPED.

Para além de pessoas ligadas directamente à área da Saúde, estavam presentes representantes dos media locais e após as apresentações seguiu-se um tempo de troca de opiniões e ideias que foi muito interessante pela vivacidade e interesse manifestados. A Directora Regional, Dr.<sup>a</sup> Isabel Lencastre encerrou a sessão, com um resumo e um elogio às posições da SPED que muito nos sensibilizou.

Os elementos da comunicação social, muito activos deram muito relevo ao evento, com entrevistas em directo para algumas estações de rádio locais, entrevistas para a TV local e no dia seguinte a imprensa escrita, noticiou largamente todas as intervenções. Não podemos deixar de agradecer ao Dr. Ricardo Teixeira a forma como organizou toda a reunião e o enorme contributo que prestou no desenvolvimento desta acção que muito tem mobilizado a Gastreenterologia. A afixação de cartazes alusivos à Campanha da SPED e a distribuição de folhetos informativos, foram aspectos que irão contribuir para a divulgação das ideias correctas da Campanha de Prevenção do cancro do cólon e recto.



## 3º Curso de Endoscopia Digestiva A técnica em directo

No 3º Curso de Endoscopia Digestiva, às demonstrações em directo sucederam-se as conferências numa sala cheia que, simultaneamente, celebrava os 25 anos da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. Através de videoconferência - e em directo - surgiam as imagens dos médicos que, no IPO de Lisboa, faziam a demonstração “in vivo” das mais complicadas técnicas endoscópicas. Entre os assistentes, estava António Catita, primeiro presidente da SPED e um dos mais antigos gastroenterologistas do país que, rodeado da nova geração, observava com satisfação o passo de gigante que a especialidade deu nas duas últimas décadas

ESTE ANO, EM QUE CELEBRA 25 ANOS DE existência, a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva realizou o 3º Curso de Endoscopia Digestiva e, em simultâneo, a 5ª Reunião Nacional de Endoscopia, no Centro de Congressos de Lisboa.

No primeiro dia de trabalhos e desde muito cedo, começaram as demonstrações de técnicas endoscópicas, através de videoconferência, que permitiu o acompanhamento dos procedimentos em simultâneo, no Instituto Português de Oncologia de Lisboa e no Centro de Congressos de Lisboa.

Um amplo painel de moderadores, presidido por Venâncio Mendes, explicava as técnicas utilizadas nas salas do IPO, em contacto directo com os endoscopistas, muitos deles conhecidos das páginas do ENDOnews, como é o caso de José Soares.

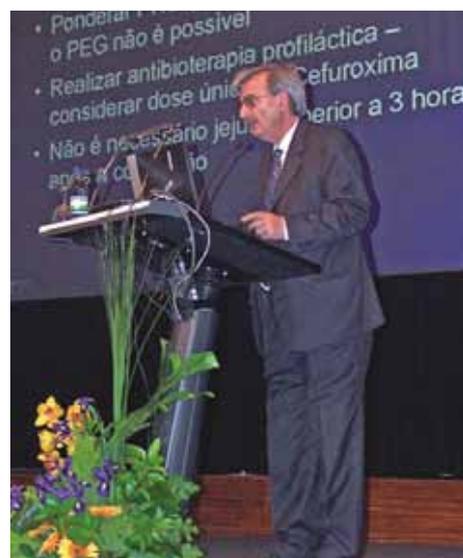
Na segunda metade da jornada, teve lugar a entrega da Bolsa para internos em formação, criada pela SPED com o objectivo de apoiar o estágio dos jovens que pretendam aprofundar os seus conhecimentos. Este ano, contrariamente ao que é habitual, fo-

ram seleccionados dois bolseiros, Nuno Mesquita e Sandra Faias, do Instituto Português de Oncologia de Lisboa e do Porto, respectivamente. O júri entendeu que os dois projectos apresentados pelos internos eram igualmente importantes e, excepcionalmente, decidiu que ambos deveriam partilhar a bolsa.

### Homenagem a António Catita

A sessão de abertura foi marcada pela homenagem da direcção da SPED a António Catita - um dos mais antigos gastroenterologistas do país com experiência em endoscopia - com a entrega do livro que assinala os 25 anos de vida da Sociedade, fundada a 29 de Maio de 1979. Um quarto de século, marcado por progressos espectaculares, como se constata, a cada minuto, nas imagens que chegavam ao Centro de Congressos de Lisboa, onde o curso prosseguiu.

O objectivo desta formação é o de aprofundar áreas importantes para os médicos mas, ao associar demonstrações directas e “in vivo”, permite aos especialistas, reunidos numa



mesma sala, trocar impressões sobre as dificuldades que sentem no dia-a-dia e os pequenos passos que se vão dando, os quais se traduzem numa melhoria decisiva da qualidade de vida dos doentes.

### Mais de oitenta especialistas nas demonstrações e conferências

As demonstrações em directo das técnicas endoscópicas foram intercaladas por um grande número de conferências. “PEG - Indicações e Complicações” - foi o primeiro tema a ser abordado, numa mesa redonda presidida por Leopoldo Matos. Seguiu-se o tema “Mucosectomia na Endoscopia Alta”, com a participação do gastroenterologista convidado B. Rembacken.

Pólipos múltiplos, sedação, lesões malignas do tubo digestivo alto, endoscopia na hipertensão portal, lesões quísticas do pâncreas, palição endoscópica nos tumores malignos do tubo digestivo e as lesões perianais na doença de Crohn, foram outras tantas questões abordadas por um painel que integrou dezenas de especialistas.

## Entrevista a Carlos Martins

# Plano Oncológico Nacional não valoriza papel dos Médicos de Família no rastreio oncológico



Numa sessão recentemente organizada pelo Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais sobre a prevenção do cancro colo-rectal (CCR), a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) defendeu um maior envolvimento dos médicos de família (MF) como ponto fundamental para o rastreio eficaz desta neoplasia. Carlos Martins, representante do Núcleo de Actividades Preventivas da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG), explica que os MF estão cada vez mais sensibilizados para esta questão, mas que “ainda existe caminho a percorrer”. Porém, este médico de família alerta que “se os MF iniciarem, em massa, o rastreio do CCR, os serviços públicos/hospitalares de Gastrenterologia talvez não estejam preparados para receber todos os doentes que necessitem ser referenciados”

**ENDONews - Actualmente, como define a articulação entre os especialistas de Medicina Geral e Familiar e os gastrenterologistas no contexto da prevenção do CCR?**

**Carlos Martins** - Em geral e neste contexto, a relação entre o gastrenterologistas e os MF é ainda muito semelhante à relação entre os MF e os médicos de outras especialidades, no contexto de outras patologias. Não me parece que se tenha evoluído para um relacionamento diferenciado no âmbito de uma cooperação mútua em relação ao rastreio do CCR. Isto não quer dizer que, em alguns locais do país, não se tenham desenvolvido já,

estratégias em conjunto que visem promover e desenvolver este rastreio.

**Que estratégias são essas?**

Dou-lhe um exemplo concreto: há algum tempo, o Centro de Saúde de Aldoar, no Porto, estabeleceu um protocolo de articulação com o Centro de Endoscopia Digestiva do Hospital Geral de Santo António, através do qual todos os doentes que apresentassem a pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva poderiam ser referenciados a esse centro, onde efectuariam a respectiva colonoscopia e, desde logo, a eventual extracção de lesões. Desta forma evita-se que o doente tenha que realizar uma

colonoscopia inicial para confirmar a presença de lesões e que depois tivesse que ser referenciado ao hospital para efectuar nova colonoscopia, num segundo tempo, com todo o incómodo que isso acarreta para o doente.

**Os MF estão sensibilizados para a promoção do rastreio do CCR junto dos seus doentes?**

Parece-me que os MF estão cada vez mais sensibilizados para a promoção do rastreio desta doença. Contudo, penso que há todo um caminho a percorrer... Seria imperativo que, cada vez mais, estes profissionais ficassem sensibilizados para essa promoção.

**Qual deve ser, então, o papel dos cuidados de saúde primários (CSP) na prevenção do CCR e quais são, a nível nacional, as principais dificuldades na abordagem deste problema?**

No âmbito da prevenção primária do CCR o papel dos CSP passa, essencialmente, pela correcção dos hábitos alimentares, com o respectivo incentivo para que se pratique uma dieta saudável, equilibrada, rica em vegetais e fibras.

No âmbito da prevenção secundária, os CSP têm um papel fundamental no rastreio, propriamente dito, do CCR.

**Uma das medidas a desenvolver e que contribui para adesão da população ao rastreio, segundo a SPED, é "torná-lo disponível em locais onde estejam os MF (centros de saúde)". Quão longe estamos deste cenário? Será esta uma solução ideal?**

Apesar de não estar totalmente a par das possíveis formas de disponibilização do despiste do CCR nos CSP, parece-me que esta poderá ser uma solução possível. No entanto, mais importante será promover junto dos médicos de família aquilo que a evidência científica demonstra em relação ao rastreio, de modo a que se deixe de duvidar que este é eficaz na redução da mortalidade por esta patologia. Outro passo fundamental, será tornar este rastreio praticável e aplicável, de forma generalizada, a toda a população. Isso implica desenvolver a articulação entre os MF e os gastroenterologistas. O mesmo é dizer, a articulação entre os centros de saúde e os serviços de Gastroenterologia. Parece-me errado submeter os nossos pacientes a uma fibroscopia flexível ou colonoscopia num laboratório de endoscopia que não esteja preparado para a imediata extracção de determinadas lesões. É importante que este aspecto seja corrigido. Por outro lado, parece-me que se os MF iniciarem o rastreio do cancro colo-rectal em mas-

sa, os serviços públicos/hospitalares de Gastroenterologia talvez não estejam preparados para receber todos os doentes que necessitem ser referenciados.

**São válidas, neste âmbito da prevenção do CCR, as críticas recentemente formuladas pelo presidente da APMCG, Luís Pisco, de que o Plano Oncológico Nacional não valoriza o papel dos MF?**

Sim, estou inteiramente de acordo com o Dr. Luís Pisco. O MF é o único profissional de saúde presente em todas as fases da doença oncológica, desde a prevenção primária, passando pelo período assintomático, pela fase de diagnóstico, ao longo da evolução, na cura ou na morte... Não há um único capítulo do Plano Oncológico Nacional (PON) que dedique ou faça referência ao papel dos especialistas de Medicina Geral e Familiar, nem mesmo o capítulo quarto, cujo título é "Prevenção Primária", ou o capítulo quinto intitulado "Rastreios".

É lamentável, pois logo aí penso que o PON perde o impacto que poderia ter na prática clínica destes profissionais de saúde e perde na eficácia que pretende atingir.

**Retomando a questão da sensibilização dos MF para um despiste eficaz do CCR. Esta poderá ser alcançada através de acções de formação aos CG?**

Não me parece que a prática clínica do rastreio do CCR seja tão complicada, ao ponto de serem necessárias acções de formação intensivas, de modo a dotar os profissionais de saúde com capacidades para executarem ou inferirem, no seu dia-a-dia, esse rastreio. Mais do que isso, por exemplo, acho que seria positivo haver uma emissão de orientações técnicas, por parte da Direcção Geral de Saúde (DGS), que contemplassem as principais medidas referentes aos rastreios oncológicos no seu conjunto. Acredito que isso permitiria realizar algo importante: colocar o rastreio do CCR ao nível dos outros dois rastreios

oncológicos mais frequentemente realizados: o do cancro da mama e o do cancro do colo do útero. Por terem uma maior divulgação, estes são igualmente os rastreios oncológicos mais solicitados pelos nossos doentes.

Penso que uma promoção deste tipo, com a emissão, por parte de uma entidade oficial, de normas de orientação clínica (NOC) neste sentido, talvez tivesse mais impacto na prática clínica dos MF do que propriamente acções de formação específicas.

**E a DGS não tem trabalhado para a definição dessas NOC?**

Há muito que não são emitidas recomendações por parte da DGS na área dos rastreios oncológicos... As orientações clínicas para a prática do médico de família, neste contexto, abrangem apenas o cancro da mama e o do colo do útero. Se se conseguisse colocar o rastreio do CCR em paralelo com os outros dois rastreios, talvez os MF começassem a implementá-lo com maior frequência.

Em teoria, o PON coloca este rastreio em paralelo com os outros dois, o problema é que este plano de acção saiu em Diário da República e ficou-se por aí. Não foi divulgado de forma alguma pelos centros de saúde, pelos MF, de modo que perdeu muito da eficácia que pretendia ter, não permitindo aos profissionais de saúde a melhoria da sua prática clínica.

**Não acha que a SPED também pode contribuir para a emissão dessas recomendações?**

A SPED pode ter um contributo importante na disseminação de determinadas orientações. Parece-me, contudo, que a APMCG poderá desempenhar um papel ainda mais relevante, pela proximidade que tem como os MF. No entanto, não posso deixar de salientar que é sempre bem-vinda uma articulação da nossa associação com a SPED.

Cláudia Brito Marques

## 20º Aniversário do NGHD

### Presidente da República está solidário com a luta contra o cancro do cólon



O Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais (NGHD) organizou, no âmbito das comemorações do seu 20º aniversário, uma sessão sobre prevenção do cancro colo-rectal (CCR), onde vários especialistas defenderam a implementação de medidas concretas para limitar uma doença que mata mais de três mil portugueses por ano - e que “em cerca de 90% dos casos poderia ser evitado através de um rastreio eficaz”, frisou o presidente do NGHD, José Cotter. A cerimónia, que decorreu no passado dia 3 de Abril, na Pousada de Santa Marinha, em Guimarães, contou com a presença do Presidente da República, Jorge Sampaio, que desta forma se mostrou solidário com a luta contra o CCR

AS ESTATÍSTICAS PREOCUPANTES DA PROGRESSIVA incidência do cancro colo-rectal - que representa 15 por cento de todas as neoplasias e é responsável pelo maior número de mortes por cancro - fizeram com que o Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais escolhesse este tema para a sessão comemorativa dos seus 20 anos de existência. “O drama que todos nós, gastrenterologistas, vivemos ao diagnosticar um cancro do cólon e simultaneamente ter a perfeita noção que na grande maioria dos casos tal poderia ser evitado através de um rastreio eficaz, é uma situação que tem de ser combatida e merece, por isso, o esforço de todos”, afirmou o presidente do NGHD, José Cotter. De facto, hoje sabe-se que, em Portugal, cerca de 90 por cento dos casos de CCR são precedidos por uma lesão benigna - adenoma ou pólipos adenomatosos - identificável e ressecável por via endoscópica. Assim, “é consensual entre a classe médica que o rastreio eficaz representa uma re-

dução drástica na incidência da doença, no entanto, a morosidade dos processos, a desarticulação das estratégias, a falta de uma atitude sustentadamente dinâmica por parte de quem tem responsabilidades, tem impedido que o rastreio seja uma verdadeira realidade e que se salvem atempadamente muitas vítimas do CCR”, lamentou o responsável.

Destacando o enorme sofrimento que esta doença e os seus múltiplos e onerosos tratamentos provocam em quem dela padece, José Cotter sustentou a necessidade de se “implementar e coordenar no terreno, de forma efectiva e através daquilo que está cientificamente comprovado, uma prática corrente que atinja os objectivos pretendidos e que passam pela diminuição da incidência e da mortalidade provocadas por esta doença, bem como pela viabilização do tão almejado rastreio”. Isto porque, na opinião do presidente do NGHD, “não basta dizer que a prevenção e o rastreio do CCR é fundamental,

incluir-los no Plano Oncológico Nacional e mostrar simpatia pelo tema”.

Antes de terminar, José Cotter deixou a garantia de que “os médicos gastroenterologistas dos Hospitais Distritais (HD) estão disponíveis para este combate e fá-lo-ão de forma abnegada, conquanto existam nos seus locais de trabalho as condições que o permitam”.

**Jorge Sampaio preocupado com equidade no acesso**

O Presidente da República, Jorge Sampaio, congratulou-se em Guimarães com os resultados obtidos na Saúde - em grande parte devido à “determinação e competência dos profissionais de saúde” - mas alertou para “os riscos” que os hospitais-empresas podem trazer no domínio da equidade de acesso ao sistema.

“O grande tema em debate nos próximos tempos vai ser o da equidade no acesso dos cidadãos ao Sistema Nacional de Saúde”, afirmou o governante, frisando que o risco existe, de uma forma geral, “mas é particularmente perigoso e preocupante no caso

das doenças oncológicas”.

Atento desde o primeiro mandato às questões da Saúde, Jorge Sampaio saudou a recente criação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), lembrando que “sempre se bateu pela necessidade de introdução de mecanismos de regulação, nomeadamente numa altura em que o sistema de Saúde assenta em várias fórmulas: gestão pública, empresarialização e parcerias público-privadas”. Segundo o Presidente, a função da ERS será “prestar atenção ao risco de selecção adversa decorrente da empresarialização dos hospitais”.

Citando o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 lançado pelo Governo, Sampaio assinalou que o documento aponta para “uma incipiente operacionalidade do Plano Oncológico Nacional” que - conforme sustentou - “urge remediar”. O orador defendeu ainda a necessidade de clarificar responsabilidades e de coordenar ambos os planos com a actividade da Comissão Nacional de Luta Contra o Cancro, apelando à mobilização de todos os profissionais para o combate contra as

doenças oncológicas.

Melhorar o acesso nos cuidados oncológicos tem, então, que ser uma prioridade do sistema de saúde, assim como a luta contra a dor, defendeu Jorge Sampaio, realçando que, para tal, a resposta adequada exige o desenvolvimento célere das redes de cuidados continuados e cuidados paliativos. Para além disso, o Presidente da República defendeu o maior envolvimento dos especialistas de Medicina Geral e Familiar, nomeadamente no domínio da prevenção. “As taxas de incidência preocupantes de doenças oncológicas devem motivar uma atenta reflexão e decisão sobre a importância de rastreios e sobre a participação dos médicos de família em programas de prevenção”, sustentou.

Adão Silva ouviu, atento, o alerta do Presidente. Na sua intervenção, que precedeu a de Sampaio, o secretário de estado da Saúde transmitiu a convicção do ministério da Saúde e do Governo de que “a reorganização do SNS que está a ser levada a cabo na rede hospitalar e de CSP, bem como a recente criação da rede de cuidados continuados, irão contribuir para que possamos controlar o enorme desafio a que estamos sujeitos nas próximas décadas, na área da Oncologia”.

**O impacto do CCR**

Para a reunião que assinalou os 20 anos do NGHD foram convidados vários especialistas desta instituição, mas também de organizações científicas como as Sociedades Portuguesas de Gastroenterologia (SPG) e de Endoscopia Digestiva (SPED), para discutir medidas concretas no combate à progressão do CCR em Portugal. Um destes oradores foi o presidente da SPG, Tavela Veloso, a quem coube a tarefa de dar a conhecer o impacto do cancro colo-rectal.

Apoiando-se em dados estatísticos, o gastroenterologista do Hospital de São João, no Porto, salientou que o CCR é, segundo a OMS, o tumor maligno mais frequente na



UE. Em Portugal, no ano 2000, foi estimada a incidência de 5.495 novos casos e, para além de ser muito frequente, o CCR associa-se a elevadas taxas de mortalidade. Em 2001, o número de óbitos por CCR no nosso país foi de 3.178, o equivalente a um crescimento de 11 por cento face ao ano anterior. “A alta mortalidade e morbilidade associadas ao CCR contrasta com o facto desta neoplasia ser a que oferece melhor possibilidade de detecção em fase pré-maligna, conferindo-lhe bom prognóstico quando diagnosticado precocemente”, lembrou o médico. No que concerne à taxa de sobrevivência de doentes com CCR, um estudo epidemiológico internacional (Eurocare 3) sobre a sobrevivência de doentes com cancro em toda a Europa, realizado o ano passado, revelou que esta é, a 5 anos, de aproximadamente 50 por cento. Já o risco individual de contrair esta patologia é de 6 por cento, para ambos os sexos. Este risco aumenta com a idade, a história familiar ou a existência de pólipos adenomatosos. Consciente de que a prevenção, quer primária - alteração dos hábitos alimentares, recu-



*Jorge Sampaio com Adão Fonseca Silva, secretário de estado adjunto do ministro da saúde*

perando a dieta mediterrânica e combatendo a obesidade, abolição dos hábitos tabágicos e promoção do exercício físico -, quer secundária - diagnóstico precoce assente em programas de rastreio nacionais - é o meio mais eficaz de prevenir o CCR, “a Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia

aconselha as pessoas em risco a consultarem o seu médico, protegendo-se a si próprias”, concluiu o responsável.

#### **SPED alerta para benefícios do rastreio**

A representar a Sociedade Portuguesa de

## **Protocolo de cooperação entre o NGHD, ESCUM e FCSUBI**

“Estreitar relações entre o meio académico e a comunidade médica que o apoia” é o grande objectivo do protocolo de cooperação entre o NGHD, a Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho (ESCUM) e a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCSUBI), assinado entre as três instituições no final da sessão comemorativa do 20º aniversário do Núcleo.

Durante o biénio 2003/2004, correspondente ao mandato da actual direcção do NGHD, serão editados por esta instituição três livros intitulados “Hepatites Víricas - com o apoio da Schering-Plough Farma -, “Doença do Refluxo Gastroesofágico” e “Controvérsias em Gastrenterologia” - com o apoio da AstraZeneca. Estas obras, escritas por gastrenterologistas que trabalham nos HD e que pertencem ao Núcleo, para além de uma vertente pedagógica pretendem traduzir o actual estado de arte dos temas abordados.

«No âmbito do protocolo - agora assinado por Sérgio Machado dos Santos, reitor da UM, Manuel Santos Silva, reitor da UBI e José Cot-

ter, presidente do NGHD - o Núcleo compromete-se a ceder sem encargos, e durante um período de cinco anos, um total de 300 livros de cada edição às duas instituições académicas. Como contrapartida, a ESCUM e a FCSUBI comprometem-se a aconselhar estes livros como bibliografia recomendada, sobre os temas em causa, aos alunos da licenciatura de Medicina.

Para José Cotter, os alunos são mesmo os principais beneficiários desta iniciativa de cooperação. “O facto de lhes ser facultada bibliografia vasta, actualizada, rigorosa e com uma componente resultante da experiência vivida pelos seus autores, é um aspecto que merece ser devidamente valorizado”, salientou.

Também Jorge Sampaio se congratulou com a assinatura deste protocolo e aproveitou a oportunidade para reforçar a sua opinião face à questão do acesso aos cursos de Medicina. “Este deve ser mais aberto, de forma a poder ir de encontro às necessidades do nosso país”, defendeu o Presidente.

Endoscopia Digestiva esteve, em Guimarães, o seu presidente, Nobre Leitão, o qual reforçou os benefícios do rastreio do cancro do cólon e do recto, ou seja, “da procura da doença na ausência de sintomas”.

Recordando que cerca de 90 por cento dos casos de CCR são precedidos por lesão benigna, o responsável da SPED sustentou que “o alvo da prevenção deve ser sobretudo a detecção do precursor benigno, o adenoma, e não exclusivamente o cancro na fase inicial”. Passando em revista toda a literatura referente aos métodos diagnósticos - pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSO), fibrosigmoidoscopia (FS), PSO+FS, clister opaco ou colonoscopia - o médico do IPO de Lisboa salientou que “as vantagens dos métodos endoscópicos são evidentes, pois se a sensibilidade da pesquisa de sangue oculto já não é alta para o CCR, é muito baixa para o adenoma”.

Um ponto fundamental para um rastreio eficaz é a consciencialização do público em geral e o envolvimento de todos os profissionais de saúde. Neste sentido, Nobre Leitão sustentou a necessidade de “uma acção continuada de educação da população para a compreensão da doença e também uma sensibilização dos profissionais, nomeadamente dos médicos de família, cuja importância no aconselhamento é vital”.

A execução do rastreio em ambientes de trabalho e a sua disponibilidade em locais onde estejam os especialistas em Medicina Geral e Familiar (centros de saúde) são outras das medidas a desenvolver.

A este propósito, o médico garantiu que “a SPED persistirá na sua acção de divulgação sobre os benefícios do rastreio, junto dos nossos colegas de Clínica Geral e de toda a população”.

Em síntese, o palestrante enumerou os quatro princípios fundamentais para o rastreio do CCR: o facto desta ser uma doença frequente e associada a morbilidade e mortalidade significativas; a existência de testes



*Jorge Sampaio, alertou para “os riscos” que os hospitais-empresas podem trazer no domínio da equidade de acesso ao sistema*

sensíveis, aceitáveis e realizáveis na prática clínica; a evidência de que o tratamento dos doentes diagnosticados através do rastreio tem melhor prognóstico que o observado após o diagnóstico feito na prática clínica corrente; a certeza de que os benefícios do rastreio são superiores ao risco e de que o seu custo é aceitável.

#### **Estratégia de rastreio para Portugal**

“Ao implementar e desenvolver um programa de rastreio, importa ponderar parâmetros como o risco/benefício, a sensibilidade/especificidade, custo/eficácia, adesão da população, colaboração dos médicos e apoio das entidades responsáveis”.

Partindo destes pressupostos, Venâncio Mendes, em representação do NGHD, apontou a estratégia que esta instituição propõe para o rastreio do CCR em Portugal:

1 - Rastreio sistemático aos indivíduos que

integrem o grupo de risco padrão (assintomáticos com mais de 50 anos).

2 - Implementação da prevenção primária.

3 - Revisão, adequação e regulamentação do Plano Oncológico Nacional em vigor.

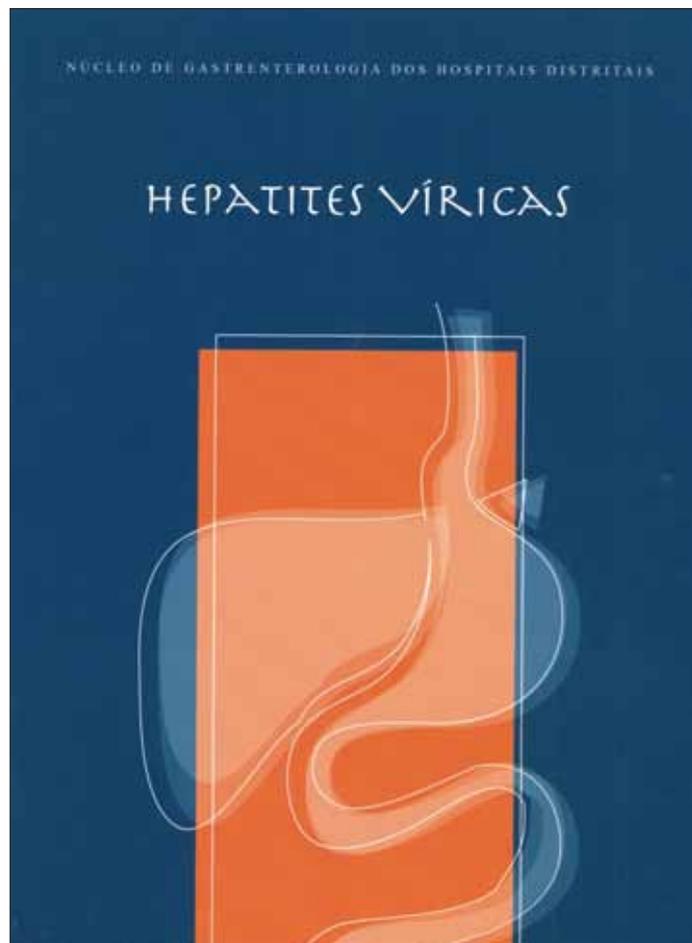
4 - Colonoscopia esquerda/FS a partir dos 50 anos, com periodicidade de 5 em 5 anos.

5 - “Contratos-Programa” entre as Administrações Regionais de Saúde e as entidades prestadoras ou, em alternativa, atribuição de um “Cheque-Rastreio”, que permitam a acessibilidade de qualquer cidadão ao Programa de Rastreio do CCR.

O responsável destacou a importância de se garantir a equidade no acesso ao sistema de saúde e a necessidade de certificação das Unidades de Endoscopia dos hospitais públicos e SA, convencionadas com o SNS ou privadas, destinadas à realização dos exames de rastreio.

*Cláudia Brito Marques*

## A história do Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais



*"Hepatites Víricas" é um dos livros da responsabilidade do NGHD, contemplado no protocolo de cooperação com a UM e a UBI*

O Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais (NGHD) foi fundado em 1984 por um conjunto de gastreenterologistas recém-colocados em hospitais distritais (HD), para dar resposta às suas preocupações relativamente às condições de exercício da especialidade ao nível das unidades hospitalares periféricas

NA ÉPOCA DA CRIAÇÃO DESTA ESTRUTURA, foram definidos os objectivos principais que fundamentam, até hoje, a sua acção: "promover a defesa dos interesses profissionais dignificando o exercício da Gastreenterologia (GE) nos HD, quer salvaguardando o correcto atendimento dos doentes, quer os direitos dos médicos; defender os interesses dos serviços de GE dos HD junto dos órgãos soberanos e sociedades médicas; incentivar a colaboração científica e clínica entre HD, para que estes tenham expressão no panorama da GE nacional; colaborar na definição de uma política global de saúde para os HD", sublinhou António Curado - médico do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha - a quem coube a tarefa de relatar o historial do NGHD, na ses-

são comemorativa do seu 20º aniversário. Ao longo dos anos, "o NGHD assumiu uma voz activa, manifestando a sua preocupação em relação às diversas patologias gastreenterológicas e apresentando importantes inovações, nomeadamente na área da informatização da endoscopia digestiva", recordou o orador, acrescentando que "em 2003, já com José Cotter na presidência, o NGHD ganhou protagonismo". No ano transacto, o núcleo assumiu como uma das suas principais preocupações o rastreio do cancro colo-rectal, editou a primeira de três publicações em forma de livro programada para o biénio 2003/2004 - "Hepatites Víricas" - e lançou a sua página na Internet ([www.nghd.pt](http://www.nghd.pt)). Para além disso, concluiu António Curado, em con-

junto com a Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado, o NGHD organizou a "Semana do Fígado em Forma", no âmbito da qual foram efectuadas diversas acções de esclarecimento em escolas secundárias de todo o país.

### ... E a situação actual

O NGHD inclui 33 hospitais distritais e um centro de saúde, distribuídos por todo o país, incluindo os Açores e a Madeira. Falando na cerimónia de comemoração dos 20 anos do Núcleo, Isabelle Cremers, do Hospital de São Bernardo (Setúbal), explicou que "a população abrangida pelas unidades hospitalares que integram o NGHD é, em média, de 236 mil habitantes por hospital, o que significa

que os 33 hospitais prestam assistência a cerca de 75% da população portuguesa”.

Procurando dar uma panorâmica da situação actual dos serviços de GE dos HD, a médica salientou: “cada um dos hospitais distritais que integram o Núcleo tem, em média, 354 camas e 27 serviços de GE destas unidades são autónomos (82%). No total, o quadro médico é composto por 133 médicos, havendo 20 vagas por preencher - destes 30 têm mais de 50 anos (22,6%) e 45 têm menos de 45 anos (34,6%)”.

Estes dados, que remontam a 2002, abordam ainda a questão da demora média do internamento (7,6 dias), a taxa de ocupação média (69,4%) e o número de doentes tratados, em média, por cama (39,9). No inquérito, a que responderam 32 dos 34 centros associados ao NGHD, também foi possível dar conta das principais carências: “falta de médicos e de autonomia da enfermaria, número reduzido de camas, necessidade de Unidade de Cuidados Intermédios e de informatização”, destacou a oradora.

No que respeita à Consulta Externa, 26 serviços têm, para além da consulta de GE, consultas diferenciadas (Hepatologia, Proctologia, Coloproctologia, Doença Inflamatória do Intestino e outras). Neste item, a que responderam 28 hospitais, importa realçar o “elevado número de consultas realizadas no ano de 2002” - 65.610 - o equivalente a 56% das consultas de GE realizadas a nível nacional (138.498), segundo dados do SNS. “Apenas dez serviços têm as suas consultas informatizadas, chamando-se mais uma vez a atenção para a diminuição da funcionalidade que este facto acarreta e para a dificuldade de obtenção de dados que permitam a realização de estudos epidemiológicos”, sublinhou Isabelle Cremers.

Nas técnicas diagnosticas efectuadas nos HD destaca-se o “elevado número” de endoscopias altas e baixas efectuadas em 2002 - respectivamente 39.959 e 29.329. “Quanto às técnicas terapêuticas, em quase todos os

centros se efectua polipectomia alta e baixa (953 e 8.539), extracção de corpos estranhos (382), técnicas de hemostase endoscópica (2.191) e, numa perspectiva significativa dos hospitais, efectua-se um número elevado de outras técnicas diferenciadas”, descreveu a médica de Setúbal.

Remontando a 1995, a oradora explicou que as Unidade de Endoscopia dos HD trabalham, actualmente, num horário mais alargado, “revelando uma maior racionalização dos recursos humanos, das instalações e do equipamento, como se comprova pelo aumento significativo do número de exames efectuados”. Em média trabalham nestas unidades 3,5 gastroenterologistas, 2,8 enfermeiros, 2 auxiliares de acção médica e 1 funcionário administrativo. Assim, as principais carências apontadas são, mais uma vez, “a escassez nos recursos humanos, bem como a falta de espaço, de aparelhos e acessórios, nomeadamente “disponível”.

A falta de profissionais reflecte-se numa outra dimensão: a do apoio dos serviços de GE ao serviço de urgência (SU). “Este efectua-se em 28 dos HD”, esclareceu Isabelle Cremers, acrescentando que “em 12 HD não há apoio de GE ao SU aos fins-de-semana, em 5 não há apoio também durante alguns dias da semana e em 3 não há GE de urgência, o que revela a insuficiência dos quadros médicos nesses hospitais”.

A terminar, a palestrante lamentou o facto de a actividade da GE nos HD ser predominantemente assistencial, “em detrimento das actividades de ensino e de investigação, fundamentais para a dinamização, actualização e rentabilização dos serviços, através da reflexão que proporcionam diariamente”. Segundo a médica, “a sobrecarga do trabalho assistencial, o reduzido número de Internos da especialidade e a falta de condições para o desenvolvimento de uma actividade científica regular, são factores que explicam a situação existente”, concluiu.

## DRGE na web



<http://www.omge.org/guidelines/statement03/statement3.htm>

Documento da Organização Mundial de Gastroenterologia acerca do rastreio e vigilância do cancro do cólon, preparado pelo Prof. Sidney J. Winawer e aprovado pelo Practice Guidelines Committee.



<http://www.gastro-pro.org>

Gastro-pro é uma iniciativa apoiada pela World Gastroenterology Organization, World Organization for Digestive Endoscopy e pela World Organization for Specialized Studies on Diseases of the Esophagus. O site inclui informações sobre diversas formas de patologia do foro gastroenterológico, incluindo o cancro do cólon e a sua prevenção.



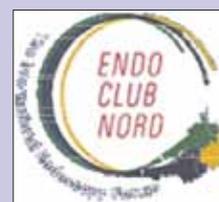
<http://www.fascrs.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=152>

Parâmetros práticos para a detecção dos tumores do cólon. Documento elaborado pela The American Society of Colon and Rectal Surgeons.



<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/165/2/206>

Recomendações para a prevenção do cancro do cólon emitidas pela Canadian Task Force on Preventive Health Care.



<http://www.endoclubnord.com/endoskopielive2.php>

Página do site do Endo Club Nord com textos e imagens demonstrativos da polipectomia endoscópica de pólipos do cólon, uma atitude terapêutica da maior importância na prevenção do cancro do cólon.

## Estudo Universidade Católica para a SPED

# Cancro do intestino é o que mais mata em Portugal e Governo ignora prevenção

“QUANDO FOI AO MÉDICO PELA ÚLTIMA vez?” é a pergunta que inicia o inquérito encomendado pela SPED ao Centro de Estudos e Sondagens de Opinião da Universidade Católica de Lisboa. Uma questão pertinente para uma investigação que pretende aferir do conhecimento dos portugueses sobre a saúde preventiva e o cancro do intestino.

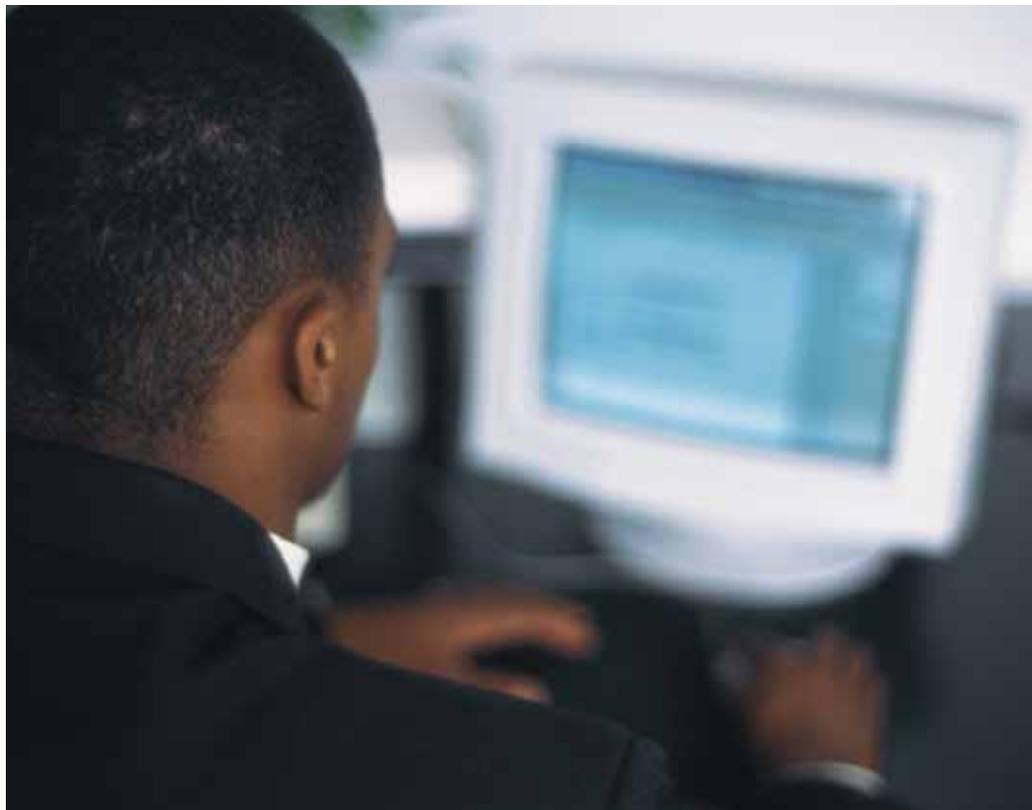
Após a análise dos dados recolhidos, conclui-se que a grande maioria da população (90,7%) foi ao médico no último ano - sendo que 78,9% foram há menos de seis meses. Assim, verifica-se que os portugueses consultam o médico pelo menos uma vez por ano, aspecto que é determinante na mobilização dos médicos de família (MF) para a importância do rastreio, reconhecida que é a sua influência significativa na aderência da população. Esta pesquisa conseguiu também apurar que 80,3% dos indivíduos auscultados sabem que o cancro do intestino é o tumor que mais mata em Portugal.

Segundo a SPED, esta percentagem elevada revela a atenção que os portugueses têm para com os problemas de saúde e constitui a prova do “excelente trabalho de alerta da opinião pública” levado a cabo por esta Sociedade nos últimos cinco anos. “O conhecimento pelo público dos factos relacionadas com uma doença é considerado um dos aspectos mais importantes na mobilização da população para o rastreio”, defende a SPED, acrescentando que “ter esta ideia presente implica uma acção continuada para que o efeito presente se prolongue no tempo”.

Apesar destes resultados aparentemente positivos, a percentagem de inquiridos que confirma ter realizado o exame de rastreio como forma de prevenção nos últimos cinco anos cai para os 19,4%.

De acordo com a SPED, “este é um resultado

Alertar os cidadãos e as autoridades para a emergência do rastreio é o objectivo da Campanha de Prevenção do Cancro do Intestino, que tem vindo a ser dinamizada pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. Por todo o país têm vindo a realizar-se acções de esclarecimento e formação aos médicos de Clínica Geral para que possam acompanhar e esclarecer os utentes. A par dessas acções, a Universidade Católica realizou para a SPED um estudo para aferir o grau de conhecimento dos portugueses em relação à doença. Os dados recolhidos confirmam que a população está mobilizada para a prevenção do cancro do intestino, o mais mortal no nosso país. Sendo facilitado o acesso aos exames de rastreio e com uma adesão de cerca de 50% dos portugueses, segundo a SPED, “poderíamos admitir que cerca de mil vidas conseguiriam ser salvas em cinco anos”



que globalmente não é bom, mas se considerarmos o silêncio e/ou a não mobilização promovida pelo Ministério da Saúde, então poderemos encarar este valor como resultante do

esforço da SPED e, como tal, bastante satisfatório uma vez que o nosso trabalho está condicionado pelas limitações e barreiras impostas pela tutela”.

**“Se não podemos ter um melhor**

**Ministério da Saúde...”**

A análise das respostas demonstra que o exame preferido para a realização do rastreio é a endoscopia. Quando questionados sobre que tipo de rastreio haviam escolhido - entre os 19,4% que anuíram ter realizado um rastreio ao cancro dos intestinos nos últimos cinco anos - 65% disseram ter sido submetidos a endoscopia e 35% a pesquisa de sangue oculta nas fezes.

A opção predominante pela endoscopia como método de rastreio revela que os médicos que aconselham o rastreio, assim como os doentes que o fazem seguem, sobretudo, as orientações da SPED e não o consignado no Plano Oncológico Nacional. Para os responsáveis deste organismo “é gratificante reconhecer que as recomendações de médicos integrados em sociedades científicas são preponderantes face às orientações estipuladas pelo poder político. Cada um tem a sua credibilidade... Se não podemos ter um melhor Ministério da Saúde, desejamos que a sua acção se minimize, pois este é, nesta área, uma força de bloqueio e de paralisação do desenvolvimento da saúde”.

Quando questionados sobre “Pensa fazer o rastreio do cancro do intestino dentro de um ano?”, uma percentagem significativa dos inquiridos respondeu afirmativamente (38,5%), embora a SPED reconheça que esta disponibilidade tem que ser mais elevada, o que exige uma acção continuada junto das populações e dos MF. No entanto, este valor é já satisfatório, nomeadamente se considerarmos que a participação de pessoas no rastreio tem uma espécie de factor multiplicador, devido ao efeito que cada rastreado exerce no seu ciclo de familiares e amigos.

**Rastreio teria maior adesão se fosse gratuito**

À pergunta “Porque não faz o rastreio?” as conclusões não são muito claras... Se 21%

**Amostra do estudo**

O objectivo da sondagem levada a cabo pelo Centro de Estudos e Sondagens de Opinião da Universidade Católica de Lisboa, solicitada pela SPED, foi o de recolher informação sobre o conhecimento do cancro do intestino existente em Portugal.

Utilizou-se como universo os cidadãos com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos, residentes no Continente em habitação com telefone. De uma amostra de 1280 indivíduos, foram obtidos 1264 inquéritos válidos, tendo a escolha dos números de telefone sido feita aleatoriamente a partir das listas telefónicas e em cada casa era escolhida a pessoa que tivesse feito anos há menos tempo, desde que a sua idade estivesse compreendida no intervalo previamente determinado.

A amostra caracteriza-se por 55,1% de mulheres e uma percentagem de 56,4 de inquiridos com um baixo grau de escolaridade (até ao 4º ano). As entrevistas telefónicas foram feitas nos dias 2, 3, 5 e 9 de Dezembro de 2003. O erro máximo da amostra com um grau de confiança de 95%, é de +/- 2,8%.

**Resultados**

**O cancro do intestino é a 1ª causa de morte por cancro em Portugal?**

	Frequência	Percentagem
Sim	1015	80,3
Não	230	18,2
N/ respondem	19	1,5

**Fez algum rastreio do cancro do intestino nos últimos 5 anos?**

	Frequência	Percentagem
Sim	245	19,4
Não	1004	79,4
N/ respondem	15	1,2

**Porque não faz o rastreio?**

	Frequência	Percentagem
Não tenho local	16	1,3
O médico nunca me falou	266	21,0
Outra	273	21,6
n/ respondem	555	43,9

**Estaria disposto a fazer se fosse fácil e gratuito?**

	Frequência	Percentagem
Sim	756	59,8
Não	345	27,3
N/respondem	163	12,9

invocam o facto do médico assistente nunca ter falado no assunto - aspecto que não pode deixar de ser realçado como significativo, segundo a SPED - para a grande maioria, ou não se obtém resposta ou surgem outras razões. Por esta questão merecer um maior aprofundamento, de forma a poder ultrapassar-se as razões subjacentes a uma atitude negativa, o inquérito da Universidade Católica para a SPED perguntou aos participantes se “Estaria disposto a fazer o rastreio se este fosse fácil e gratuito?”. Neste item, a frequência e percentagem dos que afirmam estar disponíveis para o rastreio sobe para 59,8% quando se especifica que este pode ser realizado próximo da residência e de forma gratuita.

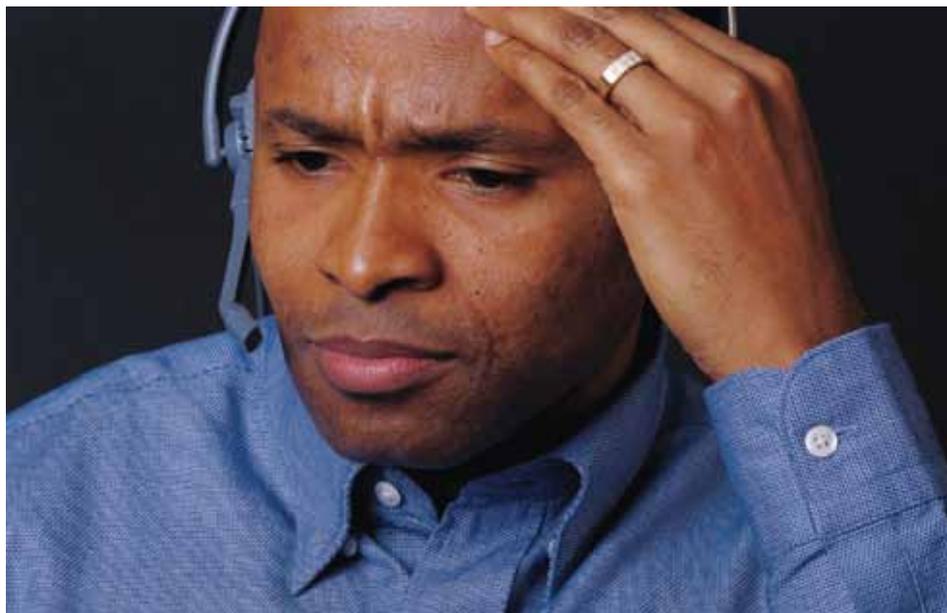
Na opinião da SPED, “a gratuidade dos gestos de rastreio deve ser aceite, pois correspondem a definições de prioridades em termos de saúde das populações. Tal como outras medidas preventivas (vacinação, etc.) são gratuitas e universais, também o rastreio do cancro do intestino o deve ser.

#### **“Já teve cancro do intestino?”**

A terminar o inquérito surgem três questões de extrema importância. À primeira - “Já teve cancro no intestino e há quanto tempo se manifestou?” - 26 dos inquiridos responderam afirmativamente, o que representa uma percentagem de 2,1%.

Deste número, a maioria (11) tinha tido esta doença no último ano e seis inquiridos há mais de cinco anos. “O elevado número de respostas positivas a esta questão apenas traduz o que a mortalidade nos sugere: a frequência da doença é muito elevada entre nós em função do crescimento muito significativo que se tem observado nos últimos dez anos”, sustenta a SPED, acrescentando que “não é possível deixar de reafirmar o incómodo que sentimos pela ausência de resposta dos responsáveis face a estes dados”.

As outras duas questões, que não podem deixar de ser analisadas em conjunto, preten-



**80% dos inquiridos sabem que o cancro do intestino é a primeira causa de morte por neoplasia em Portugal**

**79,4% dos inquiridos admitem nunca ter feito exame de rastreio**

**38% dos indivíduos tencionam fazer um exame de rastreio este ano**

**59,8% dos inquiridos estariam dispostos a realizar um exame de rastreio se este fosse gratuito**

**Portugal ocupa uma posição ímpar na Europa: por um lado, os portugueses revelam um bom conhecimento da doença e formas de a prevenir; por outro lado, é o país com o maior índice de mortalidade por cancro do cólon e do recto, sem que as autoridades de saúde tomem medidas efectivas de prevenção**

dem saber “Já alguém da sua família teve esta doença? Qual o grau de parentesco?”. Cerca de 16% dos inquiridos afirmam ter tido um familiar com cancro do intestino. Quando se analisa o grau de parentesco do doente com o inquirido, verificamos que para 7,5% se trata de um parente em primeiro grau (pai, mãe, irmão ou irmã).

Segundo a SPED estes números evidenciam, uma vez mais, a razão de ser dos esforços que esta Sociedade tem procurado levar a cabo e definem, ainda, uma população para a qual a melhor opção de rastreio deve ser a colonoscopia total, reconhecida que é a maior probabilidade da doença nos familiares de primeiro grau - o risco neste subgrupo populacional estima-se em 3 a 4 vezes superior ao observado na população de risco padrão.

Neste estudo do Centro de Estudos e Sondas de Opinião da Universidade Católica de Lisboa/SPED, que vem completar uma outra pesquisa realizada a nível europeu e apresentada em Novembro último, Portugal destaca-se com uma posição ímpar em toda a Europa: por um lado, os portugueses revelam um bom conhecimento da doença e formas de a prevenir; por outro lado, é o país com o maior índice de mortalidade por cancro do cólon e do recto, sem que as autoridades de saúde tomem medidas efectivas de prevenção.

## Casos endoscópicos

# Icterícia obstrutiva litiásica

MULHER DE 83 ANOS, INTERNADA NO serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, com diagnóstico de icterícia obstrutiva litiásica. Antecedentes de colecistectomia há 3 anos por litíase e diabetes mellitus insulino-tratada.

A avaliação analítica efectuada revelou colestase, com bilirrubina total de 4,0 mg/dl, bilirrubina directa de 2,9 mg/dl, fosfatase alcali-

na de 1426 U/L e gama-GT de 1468 U/L. Não apresentava sinais de colangite.

A ecografia abdominal mostrou ectasia das vias biliares intra-hepáticas e da via biliar principal, onde se visualizou cálculo único e volumoso, com cerca de 20 mm de diâmetro (figura 1).

A CPRE confirmou estes achados (figura 2) tendo-se efectuada esfínterectomia ampla e

retirado o cálculo por fragmentação com litotricia mecânica (figuras 3 e 4). No final do exame a via biliar apresentava-se aparentemente “limpa” (figuras 5).

*Daniel Brito, Dário Gomes,  
Miguel Areia e Paula Neves*  
Serviço de Gastrenterologia

(Director: Prof. Diniz  
de Freitas) dos HUC

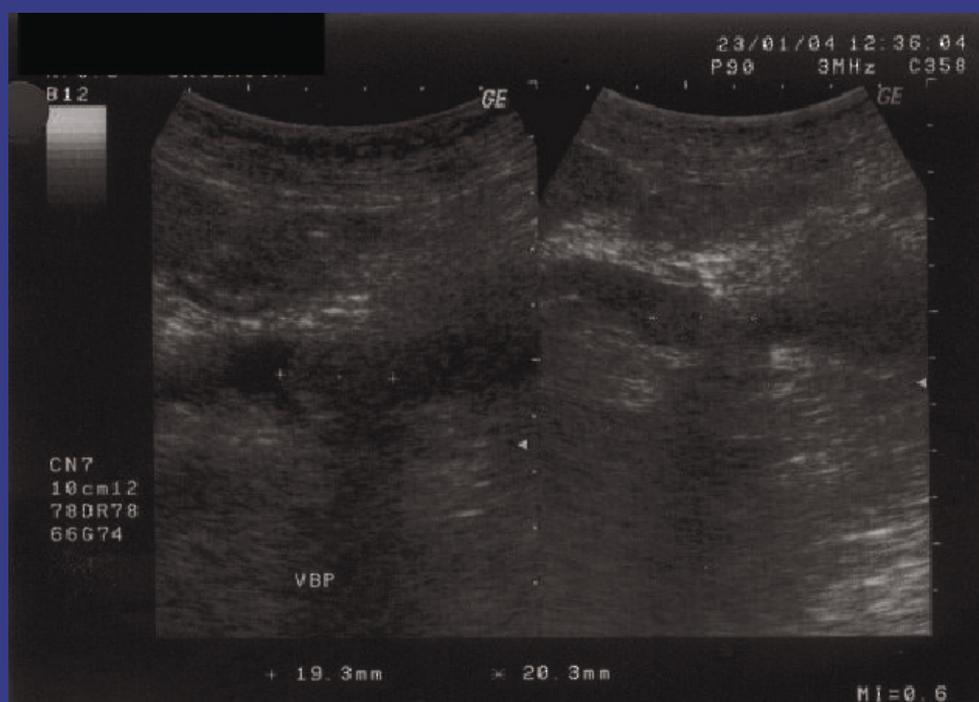


Figura 1

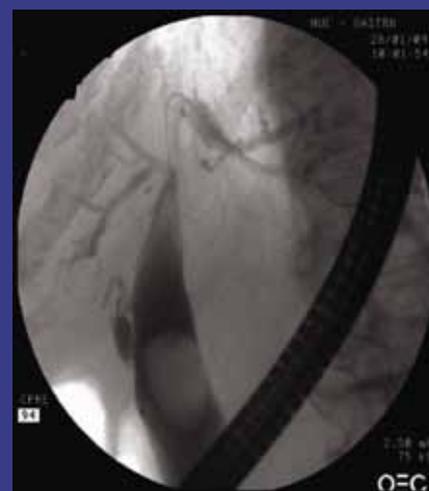


Figura 2



Figura 3

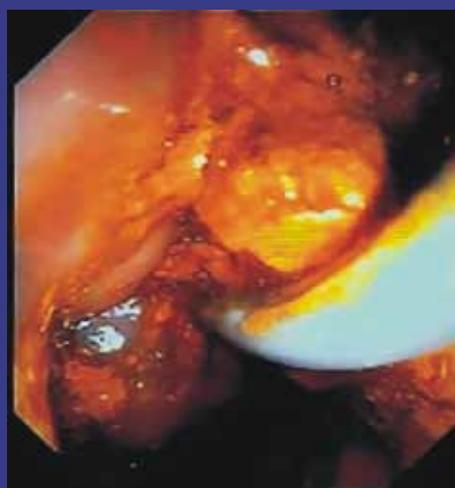


Figura 4



Figura 5



## IDCA alerta Maus hábitos alimentares estendem-se aos países em desenvolvimento

A INTERNATIONAL DIGESTIVE CANCER Alliance (IDCA) alertou recentemente para o aumento a nível mundial das doenças relacionadas com maus hábitos alimentares, uma posição consonante com as conclusões de um relatório publicado pela Organização das Nações Unidas e coerente com os avisos da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que esta tendência se deve a um consumo exagerado de *snacks*, refrigerantes e dietas processadas.

O documento da ONU dá conta deste crescimento global na ingestão excessiva de alimentos processados à base de gorduras, sal e açúcares refinados, alertando para o facto de os países em desenvolvimento estarem a adoptar os maus hábitos alimentares ocidentais. O relatório estipula, ainda, recomendações específicas para combater esta realidade. “Estamos completamente de acordo com este documento”, afirmou um dos responsáveis da IDCA, Sidney Winawer, professor de

Medicina no Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, em Nova Iorque. “Estima-se que os factores alimentares sejam causa directa de 30 por cento dos cancros e estejam, de alguma forma, relacionados com o aparecimento das neoplasias. A este propósito, no ano passado, a IDCA designou o mês de Março como o “Mês da consciencialização sobre o cancro digestivo”.

“A dieta ocidental típica é demasiado rica em hidratos de carbono, carne e gorduras”, salientou o professor Meinhard Classen, que partilha a presidência da IDCA, assim como as preocupações da OMS quanto à relação entre uma má nutrição e a doença crónica, com Winawer. Para além de uma ingestão regular de frutas e legumes e da prática de exercício físico, Classen recomenda a suplementação multivitamínica e de cálcio - esta última especialmente indicada às mulheres - bem como uma baixa dose de aspirina para a protecção do cólon em grupos de alto risco identificados.

### “Mudança de 180°”

Aprovado pela OMS e pela Organização da Agricultura e Alimentação (FAO), este relatório da ONU alerta para uma realidade iminente: os habitantes dos países em desenvolvimento estão cada vez mais a sofrer de problemas crónicos como a diabetes, as doenças cardiovasculares, obesidade e cancro. Para a OMS este fenómeno representa “uma viragem de 180°, uma mudança tremenda face a algumas décadas atrás”, quando as doenças crónicas estavam associadas ao estilo de vida aos países ricos e desenvolvidos”.

A urbanização crescente - com o êxodo rural de muitos em direcção às grandes cidades - tem desempenhado um papel crucial nestas alterações, alega o documento. As populações migrantes acabam por ter que se adaptar a uma dieta demasiado rica em gorduras saturadas e em hidratos de carbono refinados e adoptam um estilo de vida mais sedentário. Segundo a Organização Mundial de Saúde, esta tendência “tem provocado um efeito drástico na saúde das populações urbanas menos favorecidas”.

### Reacção da indústria alimentar

Com base nos argumentos anteriores, o relatório conjunto da OMS/FAO condena a excessiva ingestão de gorduras saturadas ricas em energia e de ácidos gordos normalmente usados nos óleos vegetais hidrogenados. Assim, estas organizações defendem um regime diário de pelo menos 400 gramas de fruta fresca e vegetais e uma hora por dia de exercício físico. Para além disso, sustentam que os açúcares livres (definidos como os açúcares que os fabricantes adicionam aos alimentos processados, os utilizados por cozinheiros e con-





O relatório conjunto da OMS/FAO condena a excessiva ingestão de gorduras saturadas ricas em energia e de ácidos gordos normalmente usados nos óleos vegetais hidrogenados

sumidores ou aqueles que compõem conservas, geleias ou mel) não devem representar mais de 10 por cento do consumo total diário de calorias.

A restrição referente aos açúcares já provocou algumas reacções por parte da indústria alimentar. A Associação Nacional de Refrigerantes norte-americana argumentou que este conselho entra em conflito com uma recente recomendação da Academia Nacional das Ciências dos EUA. No entanto, o grupo de peritos internacional, responsável pela realização do relatório da ONU, reforça que as advertências lançadas são a melhor evidência científica actualmente disponível sobre a relação entre a dieta, nutrição e actividade física e a incidência de doenças crónicas.

#### “Atlas da alimentação”

Na mesma linha deste documento, um livro intitulado “Atlas da Alimentação Quem come o quê, quando e porquê?”, sustenta que as políticas de alimentação mundiais não estão a levar em consideração as necessidades ambientais e de saúde, “pelo que devem mudar urgentemente”, alega Erik Millstone, professor de Ciência Política na Universidade de Sussex (Reino Unido) e co-editor do livro que

explica: “a nossa intenção é fazer um apanhado de algumas das forças poderosas com quem os políticos devem articular se quiserem desenvolver um sistema de abastecimento alimentar que contribua para uma ambiente saudável.

O “Atlas da Alimentação” destaca a 40 tendências globais que caracterizam a alimentação em todo o mundo actualmente. Estas

dão conta da “coexistência, em alguns países, de situações de subnutrição/fome e de consumo excessivo de calorias”. Alertam, ainda, para “os gastos desmesurados com a publicidade a alimentos e bebidas de duvidoso valor para a saúde”.

“A atenção política está virada para o conflito no Iraque, mas não nos esqueçamos de que, na alimentação também está a decorrer uma verdadeira guerra”, lembrou Tim Lang, professor de Política da Alimentação na City University, em Londres e co-editor desta publicação. “O desafio é claro: temos que garantir a qualidade dos alimentos produzidos por forma a garantirem tanto a saúde humana, quanto a ambiental. A palavra central é qualidade, não apenas quantidade e o relatório da OMS lançou um desafio que todos nós - governos, indústria e consumidores - temos que assumir”, defendeu.

## SPED aumenta cooperação com jornalistas

Estreitar as relações de cooperação com os jornalistas especializados na área da Saúde, nomeadamente nos temas de Gastrenterologia relacionados com a Endoscopia Digestiva, é o objectivo do protocolo recentemente assinado entre a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) e o Sindicato dos Jornalistas (SJ), através do seu Núcleo de Saúde.

No âmbito deste protocolo, a SPED fornecerá ao SJ, designadamente através do seu Núcleo de Saúde, informação estatística e epidemiológica, situações-caso que sejam do seu conhecimento e demais informação na área da Endoscopia Digestiva considerada pertinente e útil, e dentro do domínio abrangido pela SPED, bem como eventuais referências de profissionais e cidadãos peritos nas diversas áreas, que possam ser úteis aos jornalistas especializados na área da Endoscopia Digestiva. Ambas as entidades irão colaborar em acções de informação e formação, destinadas aos profissionais de Saúde e aos profissionais de Comunicação.

A SPED espera que esta cooperação possa contribuir para incentivar, junto da população, comportamentos promotores de saúde.

## Ananás grelhado, gelado de coco e emulsão de laranja e cardamomo



### Ingredientes:

Ananás - 800 g

Açúcar - q.b.

Gelado de Coco - 500 g

Sumo de Laranja - 3 dl

Cardamomo - q.b.

Azeite extra virgem 0.3° - 1 dl

### Modo de preparação:

*Para o ananás:* Descasque o ananás, corte em finas fatias e grelhe em lume forte, polvilhado com açúcar.

*Para a Emulsão:* Coloque o sumo de laranja, com o cardamomo, numa caçarola ao lume a reduzir de forma a obter uma textura cremosa. Ligue o preparado, a quente, com azeite.

### Apresentação:

Disponha a fatia de ananás ao centro do prato, sobreponha uma quenele de gelado de coco, repita o processo e termine com uma fatia de ananás. Aromatize com a emulsão de laranja e cardamomo.



pelo *chefe* Vítor Sobral in  
[www.casadoazeite.pt](http://www.casadoazeite.pt)

## Factores de risco para o cancro do cólon e recto identificados em grupo assintomático

UMA EQUIPA DE INVESTIGADORES NORTE-AMERICANOS IDENTIFICOU um conjunto de factores de risco para o cancro do cólon e recto (CCR), num ensaio que incluiu indivíduos assintomáticos que tinham realizado uma colonoscopia. Alguns dos factores de risco encontrados - como o tabagismo e a deficiente ingestão de vitamina D - são susceptíveis de serem alterados.

“A nossa pesquisa é única, porque envolveu um grupo assintomático de indivíduos que tinha realizado uma colonoscopia e a dimensão da amostra é suficientemente alargada de modo a permitir a avaliação de uma série de factores considerados de risco para CCR”, explicou David Lieberman, investigador do Portland VA Medical Center (EUA), que liderou o ensaio. A investigação incluiu 329 indivíduos com CCR diagnosticado por colonoscopia e 1.441 indivíduos sem pólipos. Na altura da realização da colonoscopia, os participantes tinham entre 50 e 75 anos e não apresentavam quaisquer sintomas gastrointestinais. Os resultados, publicados no Journal of the American Medical Association de Dezembro de 2003, mostraram, em análises multivariada, que a história familiar de CCR num parente de primeiro grau, o hábito tabágico e o consumo moderado ou elevado de álcool, estavam associados a um risco elevado para CCR. Pelo contrário, o consumo de fibras dos cereais, a ingestão de vitamina D e de AINE parecem proteger em relação ao desenvolvimento do CCR.

“O tabaco surgiu como um factor de risco muito mais elevado que os estudos prévios tinham sugerido”, salientou D. Lieberman. “Do ponto de vista da protecção, o destaque vai para a vitamina D, o que confirma uma pesquisa recente de que o cálcio e esta vitamina podem partilhar um efeito protector conjunto”, acrescentou.

O exercício físico, o consumo de vitaminas e cálcio e uma redução na ingestão de carne vermelha, têm um efeito marginal benéfico no risco de CCR. O índice de massa corporal, uma colecistectomia prévia, ou os níveis de colesterol sérico, não foram associados a qualquer modificação do risco de CCR.

“Apesar de o nosso estudo não provar que a alteração daqueles factores de risco reduz a probabilidade de desenvolver CCR, ele dá algumas indicações para mudanças muito simples no estilo de vida que podem ter efeitos benéficos neste campo”, explicou o investigador.

“A outra mensagem que podemos retirar dos resultados apresentados e coerente com pesquisas anteriores, é que as pessoas com história familiar de CCR necessitam verdadeiramente de discutir a questão do rastreio com o seu prestador de cuidados de saúde” concluiu David Lieberman.

# Agenda

## **IX World Congress International Society for Diseases of the Esophagus**

Madrid, Espanha, 27 a 29 de Maio de 2004

Contactos:

Secretariado: Mr. Luis Micieces

C/Sor Angela de la Cruz, 8 - Madrid

Tel: (34.91) 555 1119

Fax: (34.91) 555 3581

## **Conferência Europeia da WONCA - Quality in Practice**

1 a 4 Junho de 2004

Local: Amesterdão, Holanda

Organização: Wonca Europe/ Colégio Holandês de Clínica Geral

Contactos: Tel. 31 30 2881700

E-mail: wonca@nhg-nl.org

## **XXIV Congresso Nacional de Gastreenterologia e Endoscopia Digestiva**

Figueira da Foz, 2 a 5 de Junho de 2004

Contactos:

Secretariado (A/c Sr. Alberto Matias)

Serviço de Gastreenterologia HUC

Praceta Prof. Mota Pinto

3000-075 Coimbra

Tel. e fax: 239701517

E-mail: gastro@huc.min-saude.pt

URL: www.sped.pt/congresso

## **3º Encontro de Internos APMCG**

25 de Setembro

Centro de Congressos do Hotel Monte Belo, Viseu

Contactos:

Tel. 21 7615250 (Núcleo de Internos, APMCG)

E-mail: apmcg@netcabo.pt

## **XII United European Gastroenterology Week**

Praga, República Checa, 25 a 30 de Setembro de 2004

Contactos:

E-mail: uegw2004@guarant.cz

URL: www.uegf.org/uegw2004

## **9º Congresso Nacional de Medicina Familiar**

26 a 28 de Setembro

Centro de Congressos do Hotel Monte Belo, Viseu

Contactos:

Tel. 21 7615250 (APMCG)

E-mail: apmcg@netcabo.pt

## **17ª Conferência Mundial da WONCA**

13 a 17 de Outubro

Orlando, EUA

Contactos:

Tel. 800-274-2237 (WONCA e American Academy of Family Physicians)

E-mail: Linda Swift, lswift@aafp.org

## **69th ACG Annual Meeting and Post Graduate Course**

Orlando, Florida, EUA, 29 de Outubro a 3 de Novembro de 2004

Contactos:

E-mail: annualmeeting@acg.gi.org

URL: www.acg.gi.org



Qualidade de vida  
num abrir