

END



Nº 9 • Julho-Outubro 2004

news

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

Figueira da Foz, 2004

XXIV Congresso de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva

Prof. Diniz de Freitas

Falta sensatez à
política de saúde

Dr. Mário Ribeiro

Lesões pré-malignas
do esófago

Rastreio do cancro do cólon e recto

Recomendações da SPED

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

População de risco padrão

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

População de risco aumentado

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



Sumário

| | |
|---|----|
| Editorial | 5 |
| Prof. Nobre Leitão | |
| O que ELES dizem | 7 |
| Outras fotos | 7 |
| Mário Dinis-Ribeiro | |
| Lesões pré-malignas do esófago | 8 |
| Semana de prevenção do cancro do intestino | |
| Médicos do Hospital de São Bernardo saem à rua | 13 |
| XXIV Congresso Nacional de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva | 14 |
| Rastreio do cancro colorrectal | |
| Falta de apoio leva ao encerramento do centro de Mirandela | 19 |
| Faro detecta lesões em 20% dos doentes | 21 |
| IPO de Lisboa | |
| Estudo demonstra maior efectividade da sigmoidoscopia flexível | 22 |
| Casos Endoscópicos | |
| Colite isquémica | 23 |
| ENDOnews recomenda | 25 |
| CCR e alimentação | |
| Estudos revelam protecção do cálcio | 27 |
| Estudo internacional da OMGE destaca | |
| Papel do gastroenterologista no acompanhamento de doentes com cancro digestivo | 28 |
| Dieta Mediterrânica | 30 |
| Agenda | 31 |

Ficha Técnica

ENDOnews

Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • Nº9 • Julho - Setembro 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

Euro 2004 Portugal ganhou este desafio

GANHOU EM ORGANIZAÇÃO E GANHOU também no campo desportivo. A mobilização de todo um país em torno da Selecção, foi o aspecto mais impressionante. Nunca uma mobilização tão significativa tinha jamais sido conseguida. Portugal ganhou e o Futebol demonstrou inequivocamente porque é o “desporto-rei”.

Hoje, passado o tempo do Euro 2004, existe unanimidade sobre o sucesso conseguido. Antes do Euro 2004, lemos e ouvimos muita controvérsia e opiniões divergentes sobre o melhor seleccionador, a melhor selecção, a melhor tática e os melhores jogadores, factos que sempre existirão. Apesar das discordâncias face às escolhas, a generalidade das pessoas e grupos era favorável ao sucesso de Portugal. Houve, no entanto, uma única Associação que apostava e fez campanha para a derrota de Portugal. Lembram-se? O tema era “*Em 2004 vamos perder*”, tendo por fundo um campo de futebol. Escrevia eu que uma Associação pugnava pelas derrotas de Portugal. Não posso crer. Uma Associação é composta pelos sócios e eu não creio que a generalidade dos sócios da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia apoiassem a posição da Direcção daquela Sociedade. Julgo ser apenas uma posição da Direcção. Será que os associados se revêm naquela atitude? Não o creio. Deverão os associados silenciosamente manterem-se ligados àquela ideia? A indiferença perante os corpos directivos terá atingido já este nível?

No entanto, a singularidade da Sociedade

Portuguesa de Gastrenterologia, não se restringe à campanha favorável à derrota de Portugal no Euro 2004. É também a única Sociedade Científica a nível mundial que defende o Clister Opaco como método de diagnóstico precoce / rastreio (que confusão de conceitos!!) do Cancro do Cólon e Recto. Também neste aspecto científico é única no Mundo. Depois de única em Portugal na campanha favorável à nossa derrota no Euro 2004, é única no Mundo a defender o Clister Opaco como metodologia a utilizar para o rastreio / diagnóstico precoce do Cancro do Cólon e Recto.

Sempre existiram pessoas que se notabilizaram e procuraram protagonismo ao assumir atitudes aberrantes e diferentes do consenso generalizado. Daí o sucesso do imediatismo nos tempos que vão correndo. E os associados? Revêm-se os gastrenterologistas portugueses nestas 2 atitudes, singulares a nível nacional e a nível mundial? Não posso crer. Julgo mesmo que a ausência de reacção resulta de indiferença, indiferença estimulada pelos próprios e que talvez seja a razão da sua existência. Nós nunca fomos indiferentes e por isso mesmo a SPED, que fez um esforço enorme de promoção da Gastrenterologia em torno da ideia da prevenção do Cancro do Cólon e Recto, nunca poderia partilhar aquela aventura, que felizmente foi um completo fracasso.

Procurámos notoriedade numa área, em função de trabalho produzido e publicado. Procurámos razões fundamentadas que promovessem a saúde e a Gastrenterologia na-



Prof. Nobre Leitão

cional. Os resultados objectivados do nosso trabalho, em função das sondagens realizadas, quer a nível europeu, quer a nível nacional são indiscutíveis. A prática clínica de todos nós modificou-se e muito em função da campanha desenvolvida pela SPED. Têm sido estimulantes os múltiplos apoios, palavras de apreço e encorajamento que temos recebido de muitos colegas.

A ideia que a SPED desenvolveu ao longo destes anos, do desenvolvimento de uma atitude preventiva em relação ao Cancro do Cólon e Recto, com o recurso a métodos endoscópicos, inscreve-se no que devemos considerar como prevenção secundária, uma vez que o nosso alvo preferencial é a detecção de adenomas. Daí o nosso slogan “prevenir é saber viver”, bem diferente do “Em 2004 vamos perder”.

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

O que ELES dizem

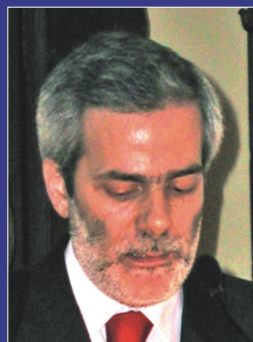


Carlos Martins

Núcleo de Actividades Preventivas da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral

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

As taxas de incidência preocupantes de doenças oncológicas devem motivar uma atenta reflexão e decisão sobre a importância dos rastreios e sobre a participação dos Médicos de Família em programas de prevenção.



José Cotter

Presidente do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais

Os médicos gastrenterologistas dos hospitais distritais estão disponíveis para este combate e fá-lo-ão de forma abnegada, conquanto existam nos seus locais de trabalho as condições que o permitam (A propósito do rastreio do cancro do cólon).

Uma campanha como a do rastreio do carcinoma do cólon e recto exige a definição de uma estratégia de médio e longo prazo.



Jorge Sampaio

Presidente da República



Carlos Nobre Leitão

Presidente da SPED

Outras fotos



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

Verão; por *Alexandre Freitas*

Participe!

Lesões pré-malignas do esófago

AO ABORDARMOS O TEMA DAS LESÕES pré-malignas do esófago no recente (3º) Curso de Endoscopia Digestiva em Lisboa, fizemo-lo nos seguintes eixos de pensamento:

1.

São conhecidas as lesões pré-malignas que precedem os carcinomas espinocelular e adenocarcinoma do esófago - displasia epidermóide e displasia no contexto de esófago de Barrett. Por lesão pré-maligna devemos entender uma alteração morfológica com maior probabilidade de evolução para cancro (invasor). Deste conceito abrangente, em Vienna (1998), as lesões de displasia foram consideradas como verdadeiras neoplasias, não invasoras (sem invasão da lamina própria da mucosa) e agrupadas em dois grupos de baixo (DBG) e de alto grau (DAG). Para as de baixo grau o seguimento intensivo ou a sua ressecção ficaram como estratégias possíveis de abordagem. Ao contrário, para as lesões de alto grau a ressecção deve ser o tratamento de eleição.

Neste sentido, e em termos endoscópicos, é importante acrescentar aqui a noção de lesão superficial. Tais lesões foram muito bem descritas no que se conhece como consenso de Paris. As lesões superficiais do tubo digestivo são chamadas de superficiais se o seu aspecto endoscópico sugerir tratar-se de uma pequena neoplasia (invasão aquém da muscular própria) ou de uma lesão neoplásica não invasora (adenoma/displasia).

Estes conceitos parecem assim interligados enquanto representações morfológicas a níveis diferentes (provavelmente) das mesmas alterações. Permitirão aproximar conceitos entre endoscopistas e patologistas, e possibilitar a uniformização de atitudes de diagnóstico e tratamento, designadamente em termos da utilização de técnicas de ressecção endoscópica de mucosa.

2.

A importância destas definições reside no facto da sua identificação, pela lenta evolução e estabilidade temporal, poder ser a forma mais imediata de prevenção das neoplasias avançadas do tubo digestivo.

Da impossibilidade de defender o rastreio populacional para essas situações, surge a necessidade de conhecer as condições pré-malignas, enquanto situações clínicas ou clínico-patológicas que se associa a um aumento de risco de displasia e de carcinoma. Ainda que estratégias de vigilância nos indivíduos com tais condições não terem de forma contundente demonstrado custo-benefício em termos de sobrevida, será possível otimizar estratégias de identificação e consequente diagnóstico precoce e melhor prognóstico dos doentes, que possam permitir vir a obter esquemas custo-eficazes.

3.

Em termos de esófago, as neoplasias malignas do esófago mais frequentes são do tipo espinocelular ou o do tipo adenocarcinoma. As características em termos de patogénese e epidemiológicas permitirão abordá-las separadamente na vertente endoscópica do diagnóstico e da possibilidade terapêutica pelas características da reunião.

3a.

Foram estudos de base populacional ou de rastreio, realizados em áreas de alta incidência de carcinoma espinocelular do esófago (SCC), como em Anyang na China, que permitiram iniciar a definição da sua cascata de carcinogénese. Contudo, não é preconizada uma estratégia de rastreio generalizado na maioria dos países ou regiões, nem mesmo para os indivíduos consumidores de álcool e tabaco - factores presentes em 90% dos doentes com SCC.

Há contudo algumas situações para as quais a identificação endoscópica de lesões pré-malignas e de neoplasias iniciais poderá resultar de uma forma custo-eficaz, na melhoria do prognóstico dos doentes.

Tendo por base um conceito de tumorigénese em campo, os indivíduos com história pessoal de neoplasias da cabeça e pescoço representam um grupo a considerar. Três a 7% dos indivíduos com lesões do foro ORL desenvolverão neoplasias do esófago. Num estudo com 148 doentes, 6.8% apresentavam lesões de DBG e DAG (n=10; 9 das quais síncronas com a lesão ORL) e 7.4% de carcinoma (n=11). Neste caso poderá ser proposto uma intensa vigilância após o diagnóstico da primeira neoplasia (por exemplo, semestral nos primeiros 5 anos), se o tratamento da neoplasia ORL tiver sido com intensão curativa.

A American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) define apenas como indicação para endoscopia na perspectiva de diagnóstico precoce de carcinoma espinocelular e displasia associada, a história (15 a 20 anos após) de esofagite cáustica e a tilose (com início aos 30anos de idade), com uma periodicidade de 1 a 3 anos. A acalásia representa igualmente uma situação de inflamação crónica do epitélio pavimentoso, com aumento do risco de SCC (RR=16) mas para a qual, embora se aponte o valor de 7 anos de história / diagnóstico de acalásia, não existe consenso para a realização de endoscopia de 'rastreio' de SCC.

Refira-se aqui que em termos de SCC a distinção entre DBG, DAG e carcinoma é por vezes muito difícil, já que tem por base critérios citológicos e histológicos mas nos quais se inclui a dimensão relativa em termos de espessura do epitélio. Tal facto, por influir de subjectividade, resulta na baixa concordância entre observadores na classificação destas lesões. Provavelmente a atitude mais razoá-



Fig 1. Lesão superficial do esôfago

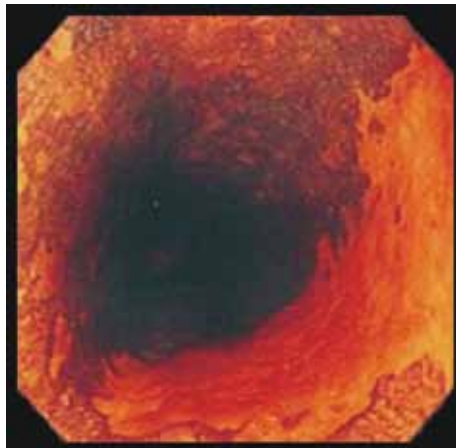


Fig 2. A mesma lesão da fig. 1 após cromoscopia com sol. de Lugol (2%).

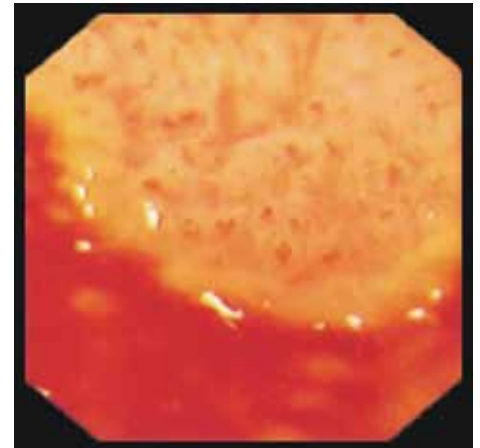


Fig 3. Intrapapilar circular loops (IPCL) [Kumagai Y e tal]

vel para o endoscopista, será a de considerar a ressecção endoscópica destas lesões, pelo menos como intenção diagnóstica.

Como proceder então ao diagnóstico? O 'Lugol', composto por uma solução de iodo, é geralmente usado em concentrações de 2%, e permite identificar epitélios com elevada concentração em glicogénio como é o epitélio estratificado não-queratinizado do esôfago, pela sua coloração em verde escuro-castanho. Áreas com esofagite, displasia e neoplasia espinocelular apresentam baixa concentração de glicogénio pelo que não coram.

Diversos estudos, entre 1975 e 1998, concluíram da enorme sensibilidade (91-100%) e valor preditivo negativo (93-100%) mas baixa especificidade (40-75%) para a identificação das lesões displásicas/neoplásicas. Por esse facto, Kumagai Y e Inoue H utilizaram, em 82 doentes, a cromoscopia com lugol e recorrendo ao endoscópio de ampliação Olympus GIF-200UHM definiram alterações em termos de vascularização intra-mucosa ('intra-papilar circular loops'): dilatação, alongamento, distorção, heterogeneidade de formas. Definiram 5 padrões (I a V), decorrentes do somatório de alterações. As áreas com padrão I, revelaram-se normais, sem alterações da mucosa; naquelas com padrão II as lesões de esofagite foram notórias; e aquelas designadas por III, IV e V, as lesões displásicas de baixo, alto grau e de carcinoma invasor da submucosa, foram identifi-

cadas. Concluíram assim da validade da cromoscopia de ampliação com Lugol na avaliação da invasão da submucosa em 83%.

Esta definição, poderá reduzir os 'falsos positivos' para a cromoscopia sem ampliação (esofagite), pelo facto de nestes casos não se verificarem as referidas alterações nas IPCL. E, esta nova classificação de Inoue para as lesões observadas com recurso à cromoscopia com Lugol e usando endoscópios de ampliação poderá participar, para além do diagnóstico, na decisão terapêutica.

3 b.

Em termos de adenocarcinoma, pelo facto de representar provavelmente a neoplasia com maior crescimento em termos de incidência nos países ocidentais, os seus factores de risco e condições pré-malignas designadamente o esôfago de Barrett tem sido motivo de grande atenção.

O aumento do índice de massa corporal, a doença de refluxo gastro-esofágico grave, de longa duração representam as condições associadas ao aumento de risco de esôfago de Barrett, displasia e adenocarcinoma do esôfago. Ainda que controverso, a vigilância dos indivíduos com esôfago de Barrett deverá levar a um melhor prognóstico, pela maior percentagem de neoplasia precoces diagnosticadas de forma incidente em relação àquelas diagnosticadas fora do contexto de seguimento. Fundamental surge portanto a optimização

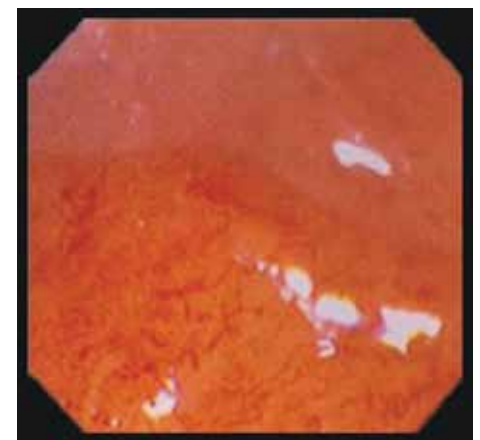
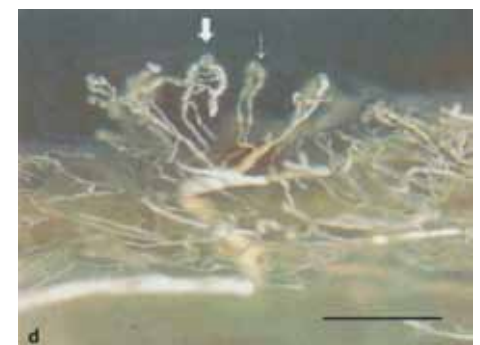
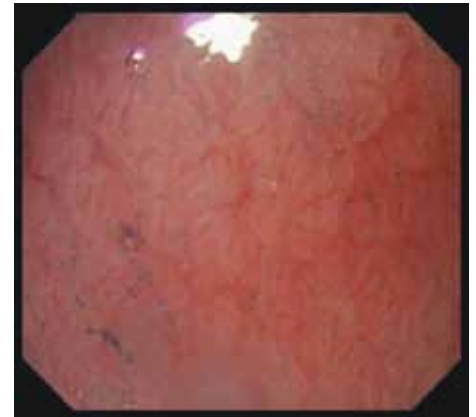
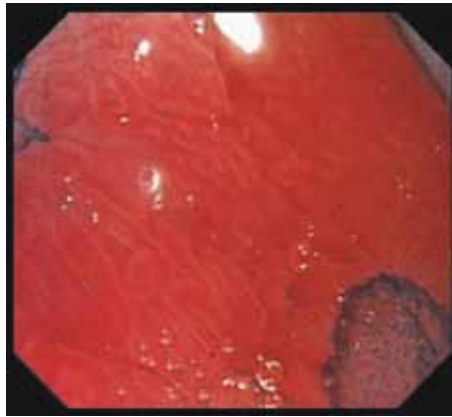
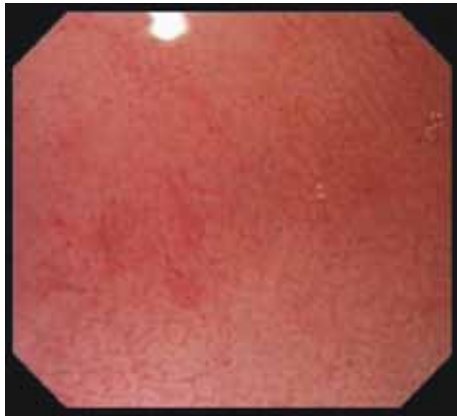


Fig 4 e 5. Aspectos endoscópicos em cromoscopia com lugol e ampliação de displasia e carcinoma espinocelular do esôfago [Kumagai Y]



do seu diagnóstico e do manejo designadamente em termos de vigilância, pelo acréscimo necessário no conhecimento da história natural e na possibilidade terapêutica.

Por definição, entendemos esôfago de Barrett como a observação de mucosa de coloração avermelhada, carmim, do tipo gástrico, proximal ao limite superior das pregas gástricas (a maioria das vezes intra-herniárias), e prolongando-se por uma qualquer extensão, cuja avaliação histológica de biopsias realizadas confirmam a existência de epitélio espe-



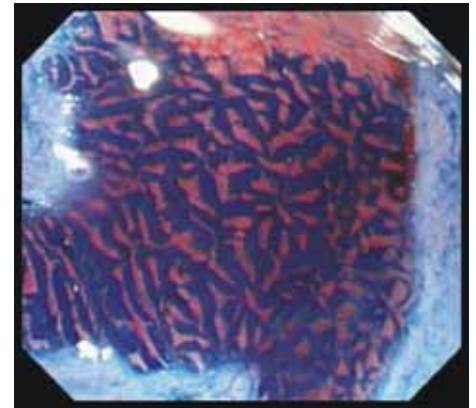
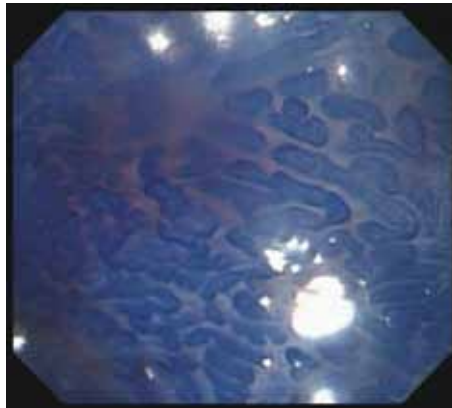
Figuras 6 a 10. Aspectos endoscópicos em cromoscopia com azul de metileno e ampliação de metaplasia gástrica (6 a 8 – imagens em cima) e metaplasia intestinal (9 e 10) no esôfago de Barrett [Mesquita N]

cializado (metaplasia intestinal).

Se em termos de esôfago de Barrett longo (>3 cm) a sua identificação endoscópica e confirmação histológica não é geralmente problemática, já as situações de esôfago curto e (sempre problemática relação com) as áreas de metaplasia intestinal do cardia poderão representar dificuldades em termos de diagnóstico e história natural.

O azul de metileno (0,1-1%) permite identificar as áreas com epitélio com capacidade absorptiva do tipo intestinal, pela sua afinidade para os enterócitos. Assim, após os primeiros trabalhos de Marcia Canto usando a cromoscopia com azul de metileno, demonstrando um aumento da validade (até 90%) em termos de identificação de metaplasia intestinal (áreas com tons acentuados de azul, de distribuição homogênea) e displasia (áreas descoloradas ou de distribuição heterogênea), outros trabalhos como aqueles desenvolvidos por T Endo et al, confirmados entre nós, mostraram as alterações em ampliação. Contudo, só P Sharma (com indigo carmim) e M Guelrud (ácido acético a 1,5%) puderam identificar alterações endoscópicas relacionadas com displasia definidas como a perda ou distorção dos padrões.

Apesar de diferentes nomenclaturas (tipos I e II para Guelrud, tipo 1 e 2 para Endo, ou 'circular' para Sharma; versus III-IV, 3-5 e 'ridged/villous' respectivamente) é possível notar uma similitude nas alterações observadas. E, se considerarmos a identificação das lesões



de displasia (por Sharma) com distorção dos padrões observados, tal também se verifica com o ácido acético, ou ainda na cavidade gástrica (padrão III para Dinis-Ribeiro) ou no cólon (padrão V de Kudo), poderemos notar uma consistência a esclarecer em uniformizações destes critérios.

Contudo, A Meining et al. recentemente mostrou que as classificações de Endo e Guelrud não apresentaram níveis de concordância passíveis de utilização clínica: Kappa de Cohen's de 0.017 e 0.162 respectivamente. Tais níveis parecem transparecer dois aspectos: a possibilidade da baixa reprodutibilidade intrínseca se ficar a dever à (inadequada) definição dos padrões em termos de conceptualização ou à sua pouca divulgação, aspecto a relacionar com a aprendizagem. Mais acrescentando, que melhores valores entre observadores foram definidos para a cromoscopia e seus aspectos - método simples, com melhores resultados e consistentes se cumpridos determinados procedimentos, e mais divulgado.

4.

Em conclusão...

Com base em condições de risco (de momento fundamentalmente fenotípicas) poderemos identificar indivíduos, nos quais é possível, de forma tendencialmente custo-eficaz, o diagnóstico das lesões displásicas, a mais das vezes surgindo como lesões superficiais, curáveis e consequentemente com melhorias no prognóstico dos doentes.

A simplicidade de métodos, principalmente a cromoscopia aliada ou não à ampliação, constituirá provavelmente o método mais simples de biópsia óptica.

A sua utilização poderá permitir um melhor diagnóstico, (re)definição da (desconhecida completamente) história natural destas lesões e participar no manejo destes doentes, designadamente na terapêutica endoscópica.

Dr. Mário Dinis-Ribeiro
Assistente Hospitalar Eventual do
Serviço de Gastrenterologia do
Instituto Português de Oncologia - Centro
Regional do Porto, S.A.
e-mail: mario@med.up.pt

Semana de prevenção do cancro do intestino

Médicos do Hospital de São Bernardo saem à rua



O Serviço de Gastrenterologia do Hospital São Bernardo SA, em Setúbal, decidiu efectuar, no passado mês de Maio, o rastreio do cancro do intestino à população do distrito. Por ocasião da semana científica daquele Serviço, médicos e enfermeiros saíram à rua e, na Praça do Bocage, deram a conhecer a campanha de rastreio, ao mesmo tempo que respondiam às dúvidas da população sobre a doença e as formas de prevenção



O OBJECTIVO É O RASTREIO DE HOMENS e mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, assintomáticos. De acordo com as estimativas da gastrenterologista Ana Paula Oliveira, em cinco anos poderão vir a ser rastreadas cerca de 17.000 pessoas, o que corresponde a 25% do total da população-alvo.

A especialista afirma que “a equipa médica e de enfermagem do Serviço de Gastrenterologia do Hospital São Bernardo SA quer contribuir para que no distrito de Setúbal se previna eficazmente esta doença maligna”. E numa reunião conjunta de gastrenterologista e médicos de família do distrito, na qual participaram cerca de 100 médicos, foi evidenciada a importância da estreita colaboração entre espe-

cialidades no sentido de facilitar o acesso ao rastreio da população a partir dos 50 anos.

Colaboração da Cruz Vermelha e do bispo de Setúbal

A tenda montada na Praça do Bocage, emprestada pela Cruz Vermelha Portuguesa, pesava mais de 70 quilos. Mas os problemas logísticos foram ultrapassados com a colaboração dos escuteiros, a Câmara Municipal e o Governo Civil. Os médicos e enfermeiros dividiram-se por turnos e durante três dias foram para a rua numa acção de sensibilização para a importância do cancro colorrectal. Falaram com mais de mil pessoas, alertadas por uma campanha de publicidade a decorrer nos meios de comunicação local e pela distribuição de folhetos.

A acção de rastreio teve também um grande apoio na pessoa do bispo de Setúbal, que visitou pessoalmente a tenda da Praça do Bocage. Os párocos das juntas de freguesia divulgaram a acção de sensibilização durante a missa, com distribuição de cartazes nas próprias igrejas.

Marcação directa dos centros de saúde

O interesse manifestado pela população foi surpreendente. Durante horas, os médicos falaram sobre o cancro colorrectal com as centenas de pessoas que passavam e se dirigiam ao interior da tenda de campanha. Porque é que se tinham lembrado do cancro co-

lorrectal? Porque é que é tão mortífero? Porque é que Setúbal é uma das zonas de maior incidência do país? Como é que se faz o rastreio?, eram as perguntas mais frequentes.

E muitos doentes, nas semanas que se seguiram, dirigiram-se ao Serviço de Gastrenterologia do HDS com credenciais passadas pelos médicos para realizarem o exame.

No hospital existem recursos tecnológicos e humanos suficientes. A equipa possui uma sala só para rastreio, material endoscópico e sala de desinfeção. Ana Paula Oliveira refere mesmo que “a opção de realizarmos o rastreio na nossa Unidade de Endoscopia e não nos deslocarmos aos centros de saúde - opção adoptada pelos gastrenterologistas de Faro teve em conta os recursos de que dispomos (sala própria) e a extensão geográfica coberta pelo nosso hospital”. Para facilitar a acessibilidade dos doentes “os pedidos dos centros de saúde fazem-se por marcação directa”. A equipa pretende ainda que cada doente seja portador de um pequeno inquérito, que já foi apresentado no centro de saúde do Pinhal Novo. Os contactos com os médicos de família vão continuar, com a deslocação periódica de gastrenterologistas às unidades de Cuidados de Saúde Primários daquela região. Os profissionais de saúde têm ainda a possibilidade de contactar directamente com os colegas hospitalares através da linha directa da Unidade de Endoscopia. *Adelaide Oliveira*

XXIV Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva

A realidade portuguesa em relação à Gastroenterologia, os avanços científicos e tecnológicos, as doenças gastrointestinais e do fígado e o rastreio do cancro colorrectal foram os temas centrais do Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva que reuniu na Figueira da Foz, entre 2 e 5 de Junho, numerosos especialistas nacionais e estrangeiros.



O CONGRESSO, ORGANIZADO PELA Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia (SPG) e pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) teve como objectivos específicos debater as diversas temáticas do foro gastrointestinal entre especialistas médicos e aproximar estes temas da população portuguesa. Para atingir esse objectivo, os especialistas puseram à disposição uma Linha Azul, através da qual os cidadãos puderam esclarecer dúvidas do foro gastrointestinal e do fígado. Esta linha, disponível ao longo dos três dias do congresso, recebeu dezena de chamadas e pedidos de esclarecimento.

Ponto da situação sobre o cancro colorrectal

Do ponto de vista científico, as sessões decorreram a bom ritmo, com vários temas ligados à gastroenterologia, de grande importância no âmbito da preparação dos internos e da formação contínua dos especialistas.

Das sessões principais, o presidente do con-



gresso, Carlos Sofia (vice-presidente da SPG e chefe de serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra) destaca especialmente as intervenções de vários especialistas da SPED sobre o ponto da situação relativamente ao rastreio do cancro colorrectal, conferências nas quais convidados nacionais e estrangeiros falaram sobre a doença inflamatória do intestino e a terapêutica da hipertensão portal, intimamente ligada à cirrose hepática.

Do ponto de vista tecnológico, o prof. Carlos Sofia assinala ainda a importância da mesa redonda sobre endoscopia terapêutica, um método que permite tratar muitas doenças da gastroenterologia sem recurso à cirurgia e, por último, na área da hepatologia, as conferências relacionadas com as hepatites víricas.

Colaboração dos médicos de família

Nas campanhas de prevenção é necessária a interligação entre os gastroenterologistas e os clínicos ligados à Medicina Familiar, defende o

Prof. Diniz de Freitas

Falta sensatez à política de saúde

Sendo a Gastreenterologia “uma especialidade de grande consistência em qualquer sistema de saúde a nível mundial”, o prof. Diniz de Freitas assinala alguns “receios e reticências” relativamente à política de saúde que está a ser seguida pelo Ministério da Saúde. “Há uma ideia correcta de enfatizar a necessidade de cuidados de saúde primários, mas não se pode menosprezar as especialidades médicas inseridas num meio hospitalar porque elas são fundamentais se queremos acompanhar o ritmo internacional do desenvolvimento da medicina”. Nos Cuidados Secundários, o especialista receia que a falta de planificação, nomeadamente em recursos humanos, venha a comprometer o futuro dos cuidados diferenciados. “Da parte da tutela, não vejo indicadores que nos possam tranquilizar. Pelo contrário. Ao longo dos últimos anos tenho verificado e experimentado, designadamente no meu serviço, que o planeamento dos recursos humanos, é muito deficiente para não dizer aberrante e até caricata”.

Por outro lado, “a tutela tem que se consciencializar de que esta revolução técnico-científica pressupõe que os hospitais estejam apetrechados com recursos técnicos à altura de responder a todos estes desafios. Pessoalmente, não tenho razões de queixa relativamente ao meu Serviço, mas reconheço que o problema é geral”.

Reservas em relação aos SA

Na perspectiva do especialista, ainda não é possível fazer um balanço objectivo dos resultados dos SA. Os dados apresentados pela tutela, além de caricatos “porque omitem os aspectos essenciais relacionados com a excelência”, fazem recear que esta alternativa de gestão “não seja a ideal para o nosso país” ou que corresponda a uma melhoria na prestação dos cuidados de saúde, tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo. “Não interessa só realizar actos médicos; importa, fundamentalmente, saber com que qualidade, grau de satisfação para os doentes e acessibilidade são realizados”.

O prof. Diniz de Freitas teme ainda que nalguns hospitais SA pode ocorrer uma perversão no sentido do acto médico e da finalidade de um sistema de saúde acessível e universal. “Tenho ainda algumas dúvidas sobre a qualidade dos serviços que estão a ser prestados e a sua resposta à questão da formação dos médicos, sobretudo dos internos”. Seja qual for o modelo de sistema de saúde que se queira implantar, ele tem que responder a duas questões fundamentais: universalidade e qualidade. “Não nos contentamos com um modelo em que haja

uma visão extremamente economicista e perspectivada no campo do lucro das instituições hospitalares. O que importa são bons resultados e eles passam essencialmente pela oferta ao doente de cuidados de qualidade”.

Centros de saúde e hospitais devem ter modelos específicos de gestão

A gestão integrada de hospitais e centros de saúde poderá criar uma certa conflituosidade entre ambos os níveis de cuidados, diz o prof. Diniz de Freitas.

“Em termos de integração funcional entre estas duas realidades o sector primário e o sector secundário é preciso que haja um diálogo permanente no sentido de criar canais constantes de permuta de conhecimentos e de entreajuda efectiva, sem prejuízo de cada um possuir a sua própria identidade. Um hospital é uma realidade própria; um centro de saúde também. Devem ter modelos específicos de gestão que correspondam às suas especificidades problemas e objectivos concretos. Não estou contra as experiências-piloto. Aguardemos os resultados de Vila Real. Mas numa área em não há experiência sustentada, considero que não devemos avançar, de uma maneira sistemática, para a introdução de novas fórmulas de gestão, como aconteceu com a transformação de 33 hospitais em SA”.

Na opinião do especialista, “temos muito a mania de copiar os modelos estrangeiros. Nunca existiu clarividência e criatividade para sustentar um sistema de saúde adaptado à realidade nacional”. A importação de modelos norte-americanos, “quando eles estão a ser contestadíssimos nos Estados Unidos”, significa para o nosso país “um atraso terrível. Vamos sempre muito atrás da “onda” do que se faz lá fora, quando na realidade, é preciso comparar as condições de cada país. Isso é que, de facto, desmotiva os profissionais. Dá ideia que a tutela não reflecte serenamente nestes problemas e se deixa embalar por processos absolutamente demagógicos”.



prof. Carlos Sofia. “É certo que alguns tipos de cancro têm diminuído na Europa, como é o caso do cancro de estômago, mas o aumento da frequência das hepatites víricas B e C tem tido implicações na incidência do cancro do fígado. Por outro lado, está provado que o cancro do

cólon e do recto está a aumentar. Para que haja uma boa campanha de prevenção - e tanto a SPED como a Sociedade de Gastreenterologia estão a pôr em marcha campanhas relacionadas com este tipo de cancro - é fundamental a inter-relação com os médicos de família”.

No entanto, para que essas campanhas de prevenção tenham êxito, não basta a vontade dos médicos e da população; é necessário que haja recursos e que o poder político se interesse por esta questão. “Em vários países, isso já está acontecer. Em Portugal, tal não ocorre,



pele menos como nos queríamos. Há grandes campanhas de prevenção, no sexo feminino, relacionadas com o cancro da mama. É uma campanha que já está, de certo modo, interiorizada na população e nas estruturas de saúde. Queremos que isso também se passe com o cancro do cólon e do recto”.

Número recorde de comunicações livres

No âmbito das comunicações, vídeos e casos clínicos, o congresso bateu este ano o recorde de apresentações, o que, na perspectiva do prof. Diniz Freitas, director do Serviço de Gastreenterologia dos HUC, significa que há cada vez maior aderência dos

gastreenterologistas, nomeadamente dos mais jovens. “Algumas comunicações foram excepcionais, o que revela que estamos no bom caminho. A aposta dos jovens na investigação científica é extremamente importante porque, de certa maneira, garante o aprofundamento da nossa especia-

Prof. Carlos Sofia

Problemas com a investigação nos SA

A investigação científica é uma das grandes lacunas do nosso país, afirma o prof. Carlos Sofia. A Medicina em geral, e a Gastreenterologia em particular, têm técnicas muito sofisticadas, ligadas à imunologia, à biologia molecular, à genética. “Nos dias de hoje, as especialidades e concretamente a gastreenterologia, singram baseada nesses pilares. Na parte tecnológica, ligada à endoscopia, os centros do país têm-na acompanhado. Mas no que se refere à investigação mais pura, existem alguns problemas”.

Nos Hospitais da Universidade de Coimbra, existem condições para a investigação mas noutros hospitais, nomeadamente nos SA, “nos contactos com os meus colegas verifico que existe um grande cepticismo nesse campo”.

Independentemente dos modelos de gestão, “é importante que se tenha em atenção que a investigação, nos dias de hoje, é fundamental. Se não forem criadas condições que a tornem possível - quer a investigação mais pura, quer a investigação clínica” - a formação dos internos e dos especialistas será a primeira a sofrer as consequências porque, como já referi, tudo está a evoluir muito depressa”.

E os gastreenterologistas receiam que, nos SA, os gestores se esqueçam da área da investigação, pondo em perigo a formação de internos e especialistas.

“No mundo ocidental, as despesas com a Saúde são muito elevadas e cada vez estão a aumentar cada vez mais, precisamente pela evolução técnica e laboratorial. Por outro lado, a população exige e muito bem cada vez mais. É necessário compatibilizar a visão economicista com a necessidade de investigação e formação. Entre outros motivos, porque se não forem dadas condições para que os internos e os especialistas se formem quem vai pagar será a população. A Saúde não pode ser entendida apenas como uma simples relação aritmética de ganhos e de perdas”.



lidade para uma melhoria crescente. E tudo isso se vai traduzir, em última análise, numa melhor prestação da assistência clínica aos nossos doentes”.

O congresso “é um fórum fundamental para congregar todos os centros de gastroenterologia do país, para aqui se debaterem as grandes questões da actualidade e para se exporem as experiências que estão a decorrer em vários centros do país”.

O prof. Diniz de Freitas salienta, por último, através do encontro e o convívio entre especialistas, “vamos procurando cimentar a solidariedade entre todos os serviços e clínicos do país, tornando a gastroenterologia uma família muito unida, sem dissonâncias, no sentido de a posicionar como uma valência essencial em qualquer política de saúde do nosso país”.

Maior presença da endoscopia digestiva

O congresso tem vindo a ter, sucessivamente, uma presença cada vez maior da endoscopia digestiva, um facto que, na perspectiva do prof. José Manuel Romãozinho, reflecte “os desenvolvimentos e os avanços que a endoscopia tem tido ao longo dos anos. Eu diria que o que diferenciou e autonomizou a gastroenterologia da Medicina Interna foi, fundamentalmente, a endoscopia digestiva. Todos os anos se verificam avanços nesta área”.

Não obstante, o especialista entende que endoscopia digestiva ainda tem muito que

Prof. José Manuel Romãozinho **Prevenção do cancro colorrectal** **É preciso apostar a longo prazo**

Qualquer programa de rastreio e de prevenção do cancro colorrectal não se pode fazer sem a colaboração indispensável - diria mesmo, primordial - dos clínicos gerais, sustenta o prof. José Manuel Romãozinho. “São eles que, nos Cuidados de Saúde Primários, contactam com a população em geral. Estamos a focar a atenção do rastreio para a população com mais de 50 anos de idade e assintomática. Para que esse segmento chegue aos centros de rastreio, é necessária



uma grande campanha de sensibilização da população essencialmente realizada pelos clínicos gerais. Estes são, na nossa perspectiva, os nossos interlocutores privilegiados. E é por isso mesmo que temos também desenvolvido acções conjuntas com os MGF, de forma a sensibilizá-los para a problemática do rastreio do cancro que mais mata em Portugal”.

Existem meios técnicos e humanos para tornar o rastreio uma realidade nacional. “Mas é preciso que os decisores políticos passem das visões curtas de curto prazo para as visões de médio e longo prazo. Todos nós sabemos que uma campanha de prevenção deste tipo só fará sentir os seus efeitos passados cinco a dez anos. Como os políticos trabalham por ciclos eleitorais de quatro anos, é um problema...”.

Urge apostar no longo prazo como se fez, por exemplo, para a mortalidade infantil. “O cancro colorrectal é, neste momento, um problema de saúde pública. Mata mais do que os acidentes rodoviários. Tem que haver um pacto de regime, uma concertação dos decisores políticos, para que o programa de rastreio possa avançar. Volto a insistir: existem meios técnicos e humanos. É preciso apenas que haja financiamento e uma decisão política favorável”.



avancar em determinadas áreas, “destinadas sobretudo a melhorar a qualidade das imagens e também as capacidades de diagnóstico em áreas que até agora têm sido relativamente pouco exploradas devido a dificuldades técnicas”, como é o caso do intestino delgado. E, não menos importante, com o objectivo de “tornar o exame cada vez mais confortável para as pessoas”.

Adelaide Oliveira

Rastreio do Cancro colorrectal

Falta de apoio leva ao encerramento do centro de Mirandela



O centro de Mirandela foi inaugurado pelo então Secretário de Estado Adjunto da Saúde, José Adão Silva e funcionava nas instalações do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Mirandela



Dantes eram quatro. Agora já só existem três. O primeiro centro de rastreio montado especificamente para o despiste do cancro colorrectal, acabou por encerrar. Venâncio Mendes, responsável técnico do centro de Mirandela até há alguns meses atrás, assinala que tudo se deve ao “escandaloso desinteresse e falta de apoio” da tutela.

O CANCRO COLORRECTAL É AQUELE QUE mais mata em Portugal. A mortalidade por CCR aumentou cerca de 80% de 1980 a 2001, ano em que se registaram 3.176 mortes - nove por dia. Não obstante, de acordo com um estudo da UE, os portugueses são já os cidadãos mais informados da Europa sobre este tipo de carcinoma. O trabalho de informação e de esclarecimento da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva começa a ser visível. E as taxas de adesão ao rastreio aumentam, oscilando neste momento entre 25 e 40%. “O apoio do Ministério da Saúde e de outros órgãos dirigentes a iniciativas que pretendem incrementar o rastreio fundamental”, diz Venâncio Mendes. Mas “falha redondamente neste país”. O Plano Oncológico Nacional está grandemente desajustado da realidade do que é hoje um rastreio do cancro do cólon e do recto. As seguradoras não são alertadas para o benefício na inclusão dos

seus seguros de saúde de exames de rastreio do cancro do cólon e do recto e as clínicas não incluem nos seus programas de “check-up” a realização de colonoscopia...

Não obstante, existem meios humanos suficientes nos Serviços de Gastrenterologia dos hospitais, assegura Venâncio Mendes. Em Portugal existem 2.669.430 pessoas com mais de 50 anos. Num programa de rastreio pensado num horizonte de cinco anos, o número de portugueses a rastrear seria de 533.886 por ano, o que numa taxa de adesão de 25% significaria que os Serviços de Gastrenterologia do país receberiam seis pessoas por semana. Perante os números, “não me digam que não há meios humanos...”, diz Venâncio Mendes. “Esta é a nossa proposta: para o risco padrão - indivíduos assintomáticos com mais de 50 anos - colonoscopia esquerda, de cinco em cinco anos. Se nós conseguíssemos “agarrar” este grupo, aquele em que na incidência do

cancro colorrectal mais contribui para o global na ordem dos 70 a 75% - já faríamos um digno trabalho neste país”.

Encerramento escandaloso

Os centros que existem actualmente não constituem um plano global de rastreio neste país, diz o especialista, mas “são tentativas de rastreio para estimular a população, os médicos e os nossos dirigentes da Saúde a tornarem o rastreio do cancro do cólon e recto um programa de âmbito nacional”.

Eram quatro mas um já não existe. O centro de rastreio de Mirandela, de que Venâncio Mendes foi o responsável técnico até há alguns meses atrás, e que apesar de estar numa zona de interior, foi o primeiro centro de rastreio específico montado neste país, acabou por encerrar as suas portas, “de uma forma escandalosa”, por “total e absoluta falta de apoio”.

Os outros centros de rastreio são o Hospital



Hospital Egas Moniz Adenomas em 12% dos indivíduos rastreados

Número 9 • Outubro 2004

No Serviço de Gastrenterologia do Hospital Egas Moniz, dirigido por Leopoldo Matos, entre Janeiro de 2002 e Dezembro de 2003 foram submetidos a rastreio, com colonoscopia esquerda, 140 indivíduos. Aqueles que apresentavam adenomas, independentemente das dimensões, ou pólipos de dimensão igual ou superior a 5 mm, realizaram colonoscopia total. De acordo com a análise dos dados daqueles primeiros anos, as 140 colonoscopias esquerdas motivaram a realização de 21 colonoscopias. Estes exames permitiram o diagnóstico de adenomas em 17

indivíduos (12,1%), quatro dos quais apresentavam lesões de risco.

Sobre o programa de rastreio, Leopoldo Matos assinala que a procura, por parte de indivíduos assintomáticos com mais de 55 anos, tem vindo a ser orientada pelos médicos de família na sequência da ampla campanha realizada pela SPED, alertando o cidadão comum. “Com frequência, embora o utente se dirija ao centro de saúde por razões de outra natureza, pede ao seu médico que o encaminhe para o rastreio”.

No entanto, de acordo com o vice-presidente da SPED “hoje, não é fácil fazer um rastreio com rapidez e eficácia na região de Lisboa”, entre outros motivos porque “foram os hospitais públicos que ficaram com essa responsabilidade” e, em consequência, estão “assoberbados de trabalho”. Para conseguir dar uma resposta cabal à procura por parte da população “a SPED está a preparar um protocolo, que será posteriormente objecto de discussão com o Ministério da Saúde, sobre a forma de organizar um rastreio a nível nacional, ou seja, com melhor acessibilidade e maior capacidade de resposta”.

O objectivo é que, para fazer o rastreio, as pessoas se possam dirigir a qualquer hospital, independentemente do facto de ser público ou privado.

As soluções encontradas noutros países europeus são variadas. Em alguns, são estabelecidos contratos-programa entre as ARS e as entidades prestadoras de cuidados de saúde; noutros, é atribuído um “cheque-rastreio” aos cidadãos com mais de 50 anos, o que lhes permite realizar o exame em qualquer entidade aderente, de cinco em cinco anos. A.O.

Egas Moniz, o Serviço de Gastrenterologia do IPO de Lisboa e do Hospital de Faro.

O centro de Mirandela começou a trabalhar em Julho de 2002; a partir de Dezembro de 2003 acabou o apoio e incentivo ao envio de doentes. “Num programa de rastreio, há um grupo de clínicos fundamental: os médicos dos Cuidados de Saúde Primários. E como eles viram completamente anulada a possibilidade de nos enviarem doentes para o centro

de rastreio, a partir de Dezembro de 2003 começaram a escassear. Por uma questão de persistência da nossa parte, tentámos aguentar a situação mais dois meses. Mas eu não podia dizer que tinha um centro de rastreio aberto para fazer dois exames por mês...”.

65% dos indivíduos de risco foram rastreados

Apesar de tudo, “conseguimos alguma coi-

sa”: 361 exames de rastreio (55 colonoscopias esquerdas e 306 colonoscopias totais) a um total de 216 mulheres e 145 homens. “Conseguimos atingir a faixa etária que mais nos interessava - aquela em que a incidência do cancro é maior - com quase 65% das pessoas rastreadas entre os 50 e os 70 anos”.

E porque quando abre se um centro de rastreio, há necessidade de fazer a sua divulgação, a equipa não limitou a sua actividade ao grupo de risco-padrão (191) ou ao grupo de risco aumentado (113); os sintomáticos também foram tratados (57).

No total, 222 exames foram considerados normais, 81 de patologia tumoral (22,5%) e 75 com lesões polipoides. Destes, 1,8% eram adenomas de risco. Foram ainda despistados dois adenomas no cólon direito “que nos tinham “fugido” com a colonoscopia esquerda” e diagnosticados seis indivíduos com CCR, quatro em indivíduos sintomáticos.

Em comparação com as estatísticas, os números de CCR são extremamente altos “mas quando se começa um centro de rastreio numa determinada zona, está descrito que há um maior aumento de detecção de patologia tumoral. É muito natural que se nós continuássemos o rastreio como desejaríamos, essa incidência tumoral baixasse”.

O cancro colorrectal “é um gravíssimo problema de saúde pública”. A redução da taxa de mortalidade assenta na detecção e tratamento do CCR “precoce” e fundamentalmente dos adenomas. “Chegou a altura de investir na doença que mais mata neste país. Os resultados são trágicos: a morte de nove portugueses por dia. E para que isto seja uma realidade, é essencial a colaboração de todos os médicos de Clínica Geral e Gastrenterologia, dos meios de comunicação, seguradoras e das autoridades de saúde. O rastreio do cancro colorrectal tem que ser uma realidade em Portugal”.

Adelaide Oliveira

Rastreio do cancro colorrectal Faro detecta lesões em 20% dos doentes



Horácio Guerreiro e Paulo Caldeira

Cerca de 20% dos 1.331 indivíduos rastreados em cinco centros de saúde do concelho de Faro evidenciava lesões ao nível do cólon e do recto. Destes, 8% apresentava uma situação de risco que, no espaço de cinco a seis anos, poderia ter evoluído para carcinoma

DE ACORDO COM OS DADOS PRELIMINARES apresentados por Paulo Caldeira, do Serviço de Gastrenterologia do Hospital Distrital de Faro (HDF), entre Abril de 2003 e Março de 2004 foram rastreados 2.194 indivíduos nos oito centros de saúde da área de influência do hospital. Cinco das unidades Albufeira, Loulé, São Brás de Alportel, Tavira e Vila Real de Santo António/Castro Marim já apresentaram os resultados preliminares do programa de rastreio.

Tudo começou em Março de 2003. Através de um protocolo celebrado entre o Serviço de Gastrenterologia do HDF e a ARS Algarve, iniciou-se um programa de rastreio nos oito cen-

tros de saúde dos distrito de Faro, no qual participam os nove gastrenterologistas da equipa dirigida por Horácio Guerreiro e 12 enfermeiros que, alternadamente, de deslocam aos centros de saúde com uma unidade móvel de videoendoscopia. As equipas estão cerca de um mês em cada centro de saúde, de 2ª a 5ª feira, entre as 9 e as 14 horas. O número de sigmoidoscopias realizado oscila entre 15 a 18 por dia, ou seja, uma média de 250 por mês.

O rastreio incide em indivíduos que completam 55,60 e 65 anos no ano civil em curso, o que significa que, dentro de cinco anos, são rastreadas todas as pessoas entre os 55 e os

70 anos. A divulgação destas acções de rastreio é feita nos órgãos de comunicação social regionais e locais, nos centros de saúde com a distribuição de cartazes e folhetos informativos e ainda uma carta-convite e um folheto enviado aos interessados através do ficheiro de utentes do centro de saúde.

Na eventualidade de serem detectados pólipos, quando não ultrapassam os 5 mm, são extirpados com pinça de biópsia e enviados para exame histológico no Serviço de Anatomia Patológica do hospital; nos pólipos superiores ou outras lesões de risco, é proposta colonoscopia.

40 lesões de risco teriam evoluído para carcinoma

De acordo com os dados preliminares dos cinco centros de saúde, apresentados por Paulo Caldeira, num total de 5.359 pessoas convocadas, 1.331 acederam ao rastreio, o que corresponde à significativa percentagem de 24,8%. Cerca de 48% eram homens e 52% mulheres. As idades oscilavam entre os 55 (31,3%) e os 79 anos (6%). Na globalidade, os indivíduos eram assintomáticos, embora cerca de 10% tivesse história familiar de cancro colorrectal.

Os resultados mostram que em 1.027 dos indivíduos, os exames foram normais (77%); 36 apresentavam exames inconclusivos mas 268 (20%) tinham desenvolvido pólipos. Destes doentes, 40 apresentavam lesões de risco que, de acordo com Paulo Caldeira, à luz do actual conhecimento médico, “no espaço de cinco a seis anos poderiam evoluir para neoplasia”. A equipa detectou ainda cancro colorrectal em duas pessoas, embora numa fase inicial, em que “ainda foi possível um tratamento imediato”.

A.O.

IPO de Lisboa Estudo demonstra maior efectividade da sigmoidoscopia flexível



Estudos caso-controlo e os resultados preliminares de estudos randomizados, permitem concluir que a sigmoidoscopia flexível (SF) é provavelmente, mais eficaz que a PSOF no rastreio do cancro colorrectal. Um estudo que está a decorrer no Serviço de Gastrenterologia do IPO Lisboa demonstra os benefícios da SF, ao comparar hemocult anual com SF de cinco em cinco anos. Na realidade, os resultados preliminares permitem concluir que a eficácia da SF na detecção de adenomas, em relação à do hemocult, é de **11,58% versus 4,80%**

O SERVIÇO DE GASTRETEROLOGIA DO IPO de Lisboa iniciou o rastreio do cancro colorrectal em 1994. O primeiro projecto incluía a pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) e sigmoidoscopia flexível (SF). De acordo com Anabela Pinto, em dois anos foram rastreadas cerca de 1.500 indivíduos, os quais realizaram uma segunda SF cinco anos depois. Com a primeira SF foram identificados 9 doentes (0,6%) com cancro colorrectal, 32 (2,1%) com lesões de risco e 121 (8%) com adenomas. A PSOF não acrescentou quaisquer lesões de risco ou cancro, facto que desvaloriza a associação da PSOF à SF.

Nos indivíduos que realizaram a segunda SF (78,6%) 396 homens e 502 mulheres com

idade média de 65,6 anos -, foram diagnosticados adenomas em 70 (7,8%), lesões de risco em 15 (1,7%) e cancro colorrectal em 2 (0,2%). Estes resultados demonstram a necessidade de repetir a SF.

Em 1998, o Serviço de Gastrenterologia do IPO iniciou um importante estudo aleatorizado que compara a PSOF anual com sigmoidoscopia flexível realizada de 5 em 5 anos. De 1998 a Fevereiro de 2004, chegaram ao Instituto 4.007 indivíduos dos quais 3414, indivíduos assintomáticos e sem história familiar de CCR realizaram um dos dois testes. "1520 indivíduos realizaram hemocult anual, num total de 3700 testes. 352 foram positivos, obrigando à realização de colo-

noscopia", refere a gastroenterologista Anabela Pinto. "No grupo da sigmoidoscopia flexível de cinco em cinco anos ainda não temos dados da segunda SF participaram 1894 indivíduos. 150 realizaram colonoscopia porque a SF diagnosticou pólipos iguais ou superiores a 5 mm ou cancro. A conclusão a que chegámos é que não existe grande diferença entre os dois grupos, em relação à incidência de carcinomas: 0,39% no grupo que realizou hemocult e 0,63% no grupo submetido a SF. Mas nas lesões de risco, a diferença é importante: 2,36% versus 3,95%, respectivamente. Quanto à incidência de adenomas, a diferença é ainda mais significativa: 4,80% versus 11,58%".

Casos Endoscópicos

Colite isquémica

MULHER DE 52 ANOS COM HTA E STATUS PÓS-AVC ADMITIDA pelo Serviço de Urgência com quadro de diarreia com sangue e dor abdominal com 3 dias de evolução. Ao exame objectivo destacava-se abdómen difusamente doloroso à palpação. Laboratorialmente: anemia normocítica normocrômica ligeira e leucocitose. Na radiografia simples do abdómen em pé não se observavam níveis hidroaéreos. A colonoscopia até ao descendente distal mostrou apagamento da rede vascular ao nível do recto e, a partir da transição rectossigmoideia, de forma continua, ob-

servava-se edema e ulcerações extensas cobertas por exsudado acinzentado. Foi colocada a hipótese diagnóstica de colite isquémica posteriormente confirmada pela histologia.

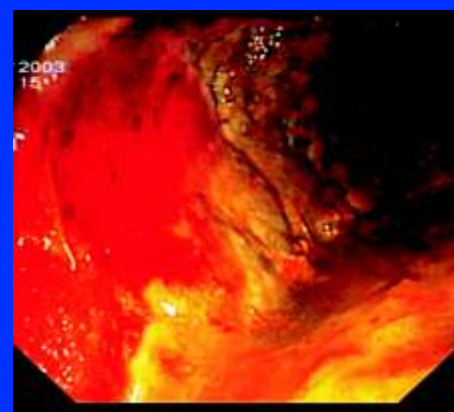
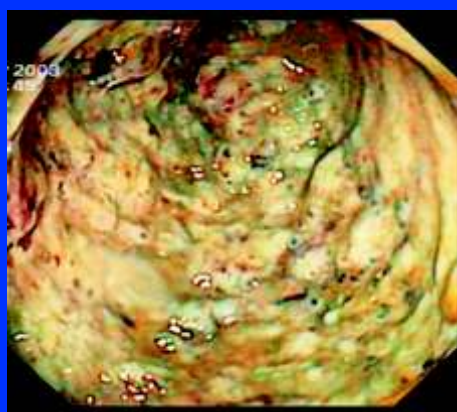
Félix J, Oliveira L, Santos S, Cruz E, Novais L.

Serviço de Gastreenterologia do Hospital

Fernando Fonseca - Almada

3º Prémio do Concurso de Fotografia

Endoscópica 2004 da SPED



No rastreio do carcinoma do colón e recto (CCR), "o nosso principal alvo não é o cancro mas os adenomas, lesões que podem ser ressecadas durante uma endoscopia, evitando que o doente tenha que ser operado. Esta é a grande vantagem do rastreio de CCR em relação, por exemplo, ao cancro da mama em que todos os doentes têm que ser submetidos a cirurgia". O hemocult foi, até agora, o único teste avaliado em estudos randomizados, " e estes estudos demonstraram uma redução da mortalidade por CCR de 33%, facto que valorizou de forma importante o hemocult ". Não obstante, o teste não está comercializado no nosso país. "É óbvio que é um bom teste mas a sigmoidoscopia flexível permite,

simultaneamente, a observação e o tratamento das lesões", diz Anabela Pinto. "Estudos caso-controlo e os resultados preliminares de estudos randomizados, permitem concluir que a sigmoidoscopia flexível (SF) é provavelmente, mais eficaz que a PSOF no rastreio do cancro do colón e recto". O estudo realizado pelo Serviço de Gastreenterologia do IPO permite agora evidenciar essa diferença, ao comparar hemocult anual com SF de cinco em cinco anos. "A diferença na detecção de adenomas é enorme (4,80% versus 11,58%), com a vantagem de que, um pólipó inferior a 5 mm observado durante a SF, é imediatamente ressecado; se for igual ou superior a 5mm, o doente realiza uma colonoscopia".

A especialista chama ainda a atenção para o facto de que, no grupo do hemocult, 23,15% dos indivíduos (352/1520) realizaram colonoscopia enquanto que no grupo da SF apenas 7,91% dos indivíduos (150/1894) foram submetidos a colonoscopia. "Este facto está relacionado com a fragilidade do hemocult. Na realidade, quanto mais específico for o teste mais ele é informativo em termos de diagnóstico da doença. E no grupo da SF, com um número inferior de colonoscopias, a incidência de lesões de risco e de adenomas foi muito superior, facto que valoriza de forma importante a SF, em relação ao Hemocult". O estudo em curso irá ainda comparar o custo-efectividade de ambos os exames.

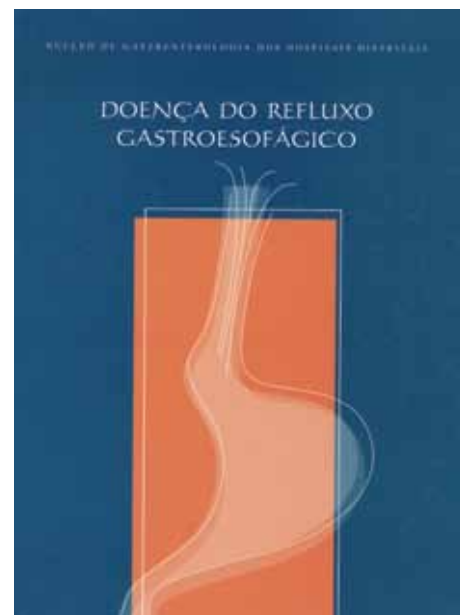
ENDOnews recomenda

Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais Livro Sobre Refluxo Gastroesofágico

A DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO, pela sua incidência e variações clínicas, controversias e aliantes perspectivas de abordagem futura, constitui um dos mais fascinantes capítulos da gastrenterologia moderna. Daí a importância do livro subordinado a este tema, lançado pelo Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais no XXIV Congresso Nacional.

“O refluxo gastroesofágico patológico, com as suas múltiplas manifestações, é um problema que afecta milhões de doentes”, diz, no prefácio, Isabelle Cremers. “Se é certo que um elevado número de casos se traduz unicamente por perturbações pouco significativas que o próprio doente não valoriza, outros há em que pode ser origem de uma sin-

tomatologia incapacitante e, a médio e longo prazo, causa de graves complicações”. Acresce que o refluxo é um fenómeno que não apenas envolve o esófago, podendo manifestar-se por síndromas extra-esofágicas, cuja relação etiológica com o refluxo passa muitas vezes despercebida. Patrocinada pela AstraZeneca, a obra revê os conceitos mais recentes da doença. O capítulo dedicado à Fisiopatologia é da autoria de Nuno Nunes; Élia Gamito fala de Epidemiologia, Clínica e História Natural; António Curado debruça-se sobre o diagnóstico. As complicações são analisadas por Beatriz Beja, seguindo-se os aspectos relacionados com o Esófago de Barrett, por António Banhudo e o capítulo dedicado ao tratamento médico, da autoria con-



junta de José Pedrosa e Jorge Silva.

O tratamento endoscópico fica a cargo de José Soares; Álvaro Pacheco debruça-se sobre o tratamento cirúrgico e, por último, João M. Freitas fala das perspectivas futuras. A.O.

Alimentação Saudável Livro do Peixe

Fundação Portuguesa de Cardiologia



“O Livro do Peixe” é a segunda obra da Coleção Alimentação Saudável” lançada pela Fundação Portuguesa de Cardiologia, com o apoio dos Laboratórios Bial. Inclui receitas, com sugestões de pratos de peixe,

de famosos Chefes de Cozinha portugueses.

Pretende ser um contributo para combater a obesidade e excesso de peso na população portuguesa, problemas cada vez mais acentuados devido a erros alimentares bem conhecidos.

Benefícios do Azeite na Saúde Humana

Prof.^a Maria Helena Saldanha



Colecção de quatro textos da Prof.^a Maria Helena Saldanha sobre o azeite, incidindo particularmente nas vantagens deste alimento para a dietética e a saúde. Editado pela Direcção Geral

de Desenvolvimento Rural, pode ser solicitado gratuitamente através do site do Instituto de Desenvolvimento Rural e Hidráulica do Ministério da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas em www.idrha.min-agricultura.pt/mediateca/listagem.htm.

CCR e alimentação

Estudos revelam protecção do cálcio

EXISTEM ASSOCIAÇÕES DE ALIMENTOS, MUITO DIFUNDIDAS EM estudos múltiplos internacionais, que mostram que certos consumos se associam com maior frequência ao cancro colorrectal, enquanto outros parecem proteger o organismo. Contudo, para a evidência máxima que é exigida perante uma população concreta, até agora todas as intervenções, quer alimentares, quer farmacológicas, ainda não conseguiram sustentar a esperança de que é possível alterar o percurso da

gista Paulo Fidalgo. Persistem, no entanto, algumas dúvidas sobre a sua administração em doses elevadas, na medida em que falta esclarecer o efeito em doenças conexas, como é o caso, por exemplo, do cancro da próstata. “Se a avaliação em relação a uma associação perniciosa com o cancro da próstata for afastada - como tudo leva a crer -, poderemos então afirmar que o cálcio previne um certo número de adenomas na população”, acrescenta o especialista português.



“epidemia” do cancro de cólon e do recto. Com a excepção do cálcio, diz o professor norte-americano John A. Baron. De acordo com estudos recentes, a sua administração em suplementos de 1200mg confere protecção contra uma lesão precursora muito prevalente no intestino grosso da população - o pólipó adenomatoso. Indivíduos a tomar activamente cálcio versus placebo registaram uma menor frequência de pólipos adenomatosos ao longo dos anos.

A protecção conferida pelo cálcio não é muito forte mas, contudo, é significativa, o que constitui um pequeno ganho, diz o gastroenterolo-

O mesmo efeito foi conseguido com a aspirina, numa dose baixa. No entanto, e mais uma vez, “esse efeito protector tem que ter em conta os riscos inerentes à sua utilização”, o que torna difícil, neste momento, “avançar com recomendações para a população”.

No que se refere às vitaminas, de acordo com o prof. Baron, os inúmeros estudos realizados não demonstraram qualquer efeito protector.

Em contrapartida, os anti-inflamatórios não esteróides parecem mais prometedores, estando neste momento em curso um grande estudo mundial com o celecoxibe, um inibidor da COX-2.

A.O.

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.



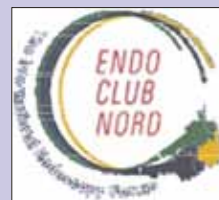
<http://www.fascrs.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=152>

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 internacional da OMGE destaca Papel do gastroenterologista no acompanhamento de doentes com cancro digestivo

A Organização Mundial de Gastrenterologia (OMGE) criou um grupo de trabalho para avaliar o papel do gastroenterologista no acompanhamento dos doentes que sofrem de cancro digestivo. A finalidade é definir recomendações no sentido da continuidade e melhoria dos cuidados prestados no âmbito deste conjunto de neoplasias, que ocupam o primeiro lugar na taxa de incidência oncológica, em todo o mundo. Anualmente, surgem mais de três milhões de novos casos, responsáveis por 2,2 milhões de mortes

LIDERADOS PELO NORTE-AMERICANO Sidney J. Winawer, os 21 investigadores das mais diversas nacionalidades que formaram o grupo de trabalho criado pela OMGE - com o objectivo de avaliar o papel do gastroenterologista no acompanhamento dos doentes que sofrem de cancro digestivo - começaram por desenvolver um inquérito que enviaram a todas as organizações membro desta estrutura mundial. O inquérito colocava questões em quatro áreas centrais: a prática dos gastroenterologistas relativamente a doentes com cancro digestivo (o que inclui a prevenção, tratamento, acompanhamento e administração da quimioterapia); a formação de pares no domínio oncológico; a educação pós-graduada em cancro digestivo; e interações sociais na referida patologia.

Embora tenha sido reencaminhado para os 90 líderes das organizações e sociedades científicas que constituem a OMGE, apenas 47 países responderam ao inquérito. A análise comparativa dos resultados obtidos foi o segundo passo do grupo de trabalho.

Resultados de 47 países

As respostas ao inquérito da OMGE revelaram que 69% dos médicos gastroenterologistas

“raramente ou nunca” administram quimioterapia, contra os 30% que afirmam aplicar esta terapêutica aos seus doentes “ocasionalmente ou com frequência”.

O tratamento indicado no cancro digestivo é administrado por uma equipa multidisciplinar

constituída por médicos oncologistas, gastroenterologistas e cirurgiões, “muitas ou algumas vezes” em 57% dos casos e “raras ou nenhuma vez” em 40% das situações. O estudo apurou ainda que 71% dos tratamentos são planeados, “com frequência ou ocasionalmente”, por esta equipa multidisciplinar, contra os 27% que o são “raramente ou nunca”.

No que concerne aos programas de formação no âmbito do cancro gastrointestinal, 68% dos inquiridos afirmam que estes são frequentemente organizados pelos gastroenterologistas, enquanto 30% admitem que estes profissionais raramente o fazem. Segundo o inquérito, estes programas dividem-se em duas componentes básicas, independentemente de quem os organiza: conferências



educacionais dirigidas a uma audiência médica e definição de normas de orientação clínica para o rastreio do cancro.

Entre os gastroenterologistas inquiridos que já tinham participado numa formação sobre cancro gastrointestinal, verificou-se que 94% tinham adquirido treino nas áreas do rastreio e da patologia do cancro gastrointestinal, enquanto 91% receberam formação sobre o seguimento de doentes com este tipo de neoplasia. A cirurgia oncológica (51%), a radioterapia (20%) e as medicinas alternativas (14%) surgem como os domínios menos aprofundados nesta vertente formativa.

Questionados sobre que temas deveriam ser abordados nos cursos pós-graduados e nos simpósios clínicos, os médicos salientaram cinco áreas fundamentais: 97% mostram vontade de saber mais sobre novas abordagens terapêuticas, 90% querem aprofundar a temática da quimioprevenção, 88% dos inquiridos sentem necessidade de apurar as técnicas de rastreio, 85% mostram-se inte-

ressados nos cuidados paliativos e 84% desejam receber informação sobre a biologia do cancro gastrointestinal. Um pouco menos significativos, mas ainda assim de salientar, são os resultados obtidos em temas como a relação entre o cancro e os estilos de vida, mencionado por 75% dos gastroenterologistas, ou as medicinas alternativas, apontado por 48% dos inquiridos.

Importa ainda referir que uma larga maioria dos médicos auscultados neste estudo (91%) defende a necessidade de uma maior e mais forte interacção entre as especialidades de Gastroenterologia e Oncologia e as sociedades científicas que as representam.

Articulação de cuidados

O grupo de trabalho da Organização Mundial de Gastroenterologia foi criado com a finalidade de analisar a forma como é conduzida a abordagem e acompanhamento dos doentes com cancro gastrointestinal.

De acordo com os especialistas desta Organização, esta é uma realidade que tem vindo a tornar-se extremamente complexa. Os doentes com cancros do foro digestivo são confrontados, actualmente, com um leque vastíssimo de opções de diagnóstico e tratamento - uma situação que, aparentemente, constitui uma vantagem, uma vez que contribui para a redução da taxa de mortalidade por cancro. No entanto, os doentes podem sentir-se um pouco perdidos no "labirinto da medicina especializada", sem um médico que lhes garanta a continuidade de cuidados no decorrer da sua enfermidade, lembra a OMGE.

Esta situação, alerta a organização, pode ser "perturbadora" quer para o doente, quer para os seus familiares, bem como contraproducente para os especialistas envolvidos no caso. Foi precisamente esta percepção que levou a OMGE a organizar um grupo de trabalho para avaliar o papel do gastroenterologista no acompanhamento de doentes com cancro digestivo. É que, frequentemente, este é o



Sidney J. Winawer, investigador norte-americano que liderou o grupo de trabalho da OMGE

primeiro médico a contactar com o doente, a estabelecer um diagnóstico e a referenciá-lo para tratamento. Também com alguma frequência, infelizmente, o gastroenterologista não permanece envolvido no tratamento do doente, embora possa ser chamado a actuar numa fase mais avançada, como a palição.

Recomendações da OMGE

A grande finalidade do inquérito levado a cabo pelo grupo de trabalho da OMGE foi reunir uma base sólida de dados que permitissem, entre outros aspectos, a elaboração de recomendações acerca do papel do gastroenterologista no acompanhamento de doentes com cancro digestivo.

Assim, os especialistas da Organização Mundial de Gastroenterologia aconselham: uma maior interacção entre especialidades (gastroenterologistas e oncologistas) no tratamento dos doentes; a integração dos médicos gastroenterologistas nas equipas de tratamento do cancro digestivo; envolvimento do especialista em Gastroenterologia na continuidade de cuidados a estes doentes; a inclusão da totalidade de aspectos relacionados com o tratamento do doente oncológico nos programas de formação destinados aos gastroenterologistas; e a realização de sessões sobre cancros digestivos em encontros de formação pós-graduada.



Pato Confitado em Azeite Virgem Extra do Alentejo com Alecrim e Emulsão de Salsa e Limão (10 Pax)



Ingredientes:

Coxas de Pato - 10 unid.

Alho em Camisa - 5 unid

Cravinho - q.b.

Pimenta da Jamaica - q.b.

Sal Fumado - q.b.

Azeite Virgem Extra do Alentejo - q.b.

Alecrim - q.b.

Modo de preparação:

Limpe as coxas de pato de gorduras e peles excessivas, tempere de sal fumado e alecrim e leve a cozer, lentamente, em azeite virgem extra do Alentejo, perfumado com pimenta da jamaica partida, cravinho e alho em camisa.

Empratamento:

Coloque a coxa no centro do prato e perfume com a emulsão. Acompanhe com nabos confitados.



pelo chefe Vítor Sobral in
www.casadoazeite.pt

Receitas com azeite

Para falar de azeite, temos de falar de história.

Sem ser muito preciso, o primeiro livro de cozinha conhecido data do século XV, embora hajam escritos muito anteriores. Desde essa época e até hoje que o azeite tinha e terá uma enorme importância na cozinha regional portuguesa.

Até porque, quando se fala de cozinha regional portuguesa, fala-se de uma cozinha viva, na qual o azeite está presente em quase todos os tipos de preparações, que vão desde os bolos, os pudins e as bolachas; passando pelos pratos de carne e de peixe; e até mesmo, pelos mariscos; sem um bom azeite, é impossível fazer umas boas “Amêijoas à Bulhão Pato”.

O azeite também é utilizado para cozeduras diferentes, ou seja, para cozer (os conhecidos “confitados”), para fritar ou ainda para preparar doces e salgados. A sua utilização na conservação dos alimentos é mais um dos seus importantes desempenhos e prática corrente desde há muitos anos; a conservação de queijos, enchidos, azeitonas e ainda alguns legumes.



Hoje a produção de azeite em Portugal, é feita por regiões, daí o resultado final ser diferente de região para região. Cada região, produz um azeite de características diferentes devido ao seu microclima e ao tipo de azeitona existente no olival.

Em Trás-os-Montes encontramos um azeite de aroma de frutos secos com um toque amargo e picante.

Nas Beiras, o azeite caracteriza-se por temperamento moderado, isto é, nem tão amargo como o do Norte, nem tão frutado como o do Alentejo.

No que diz respeito ao Ribatejo, a azeitona predominante é a “galega”, que habitualmente é colhida madura, dando assim origem a um azeite redondo e de sabor de fruta doce,

Quanto ao Alentejo, o azeite do Norte Alentejano é suave, pouco amargo e picante.

Os Azeites de Moura, proporcionam um sabor de fruta fresca (maçã), amargo e picante.

pelo chefe Vítor Sobral in www.casadoazeite.pt

Cancro colorrectal

“Colonoscopia continua a ser o método de rastreio mais sensível e eficaz”

UM ESTUDO RECENTEMENTE PUBLICADO no *Annals of Internal Medicine* veio demonstrar que a taxa de erro na extracção de pólipos pré-cancerosos com uma dimensão superior a 5 milímetros, durante uma colonoscopia, é de 10%.

A colonoscopia virtual foi o método de rastreio em comparação com a colonoscopia convencional nesta pesquisa levada a cabo por Pickhardt. A taxa de erro de 10% agora apurada vai de encontro à já constatada num estudo prévio mais alargado publicado na revista *Gastroenterology* onde a colonoscopia óptica serviu de padrão de referência à colonoscopia convencional.

De acordo com o autor da investigação mais alargada e presidente do American College of Gastroenterology (ACG), Douglas Rex, “durante algum tempo, foi bem claro que a colonoscopia não é um exame perfeito. Porém, com base na literatura até à data, a colonoscopia continua a ser o melhor método de rastreio e o gold standard no rastreio e prevenção do cancro colorrectal”. E, sustentando a sua opinião, explica: “três estudos demonstraram que a colonoscopia previne a progressão de cerca de 80% dos cancros colorrectais, através da extracção dos pólipos pré-cancerosos. Não existe evidência de que qualquer teste radiográfico, incluindo a colonoscopia virtual, previna o desenvolvimento deste tipo de neoplasia.

Segundo Douglas Rex, a colonoscopia continua a ser o método de rastreio mais sensível, disponível para a detecção dos pólipos pré-

-cancerosos e do cancro colorrectal (CCR). Para além disso, os quatro estudos realizados sobre a colonoscopia virtual, publicados no ano passado, mostram resultados muito pobres deste método relativamente à colonoscopia convencional. Apenas a investigação de Pickhardt mostra resultados da colonoscopia virtual comparáveis aos da colonoscopia completa, sendo que as razões para esta discrepância permanecem indefinidas.

Assim, ainda nenhuma entidade responsável pela emissão de normas de orientação clínica definiu a colonoscopia virtual como método adequado para o rastreio do CCR. Para além disso, as questões relacionadas com a exposição excessiva a radiações também necessitam de ser clarificadas, particularmente no caso de um exame que terá de ser repetido. Os resultados do estudo de Pickhardt salientam ainda a importância da colonoscopia virtual ser realizada por especialistas treinados nesta competência específica. O ACG tem um folheto intitulado “O seu médico pediu uma colonoscopia: Que perguntas deve fazer?” que pretende ajudar os doentes a identificar colonoscopistas qualificados”.

Os colonoscopistas são encorajados, nas recomendações do ACG, a medir indicadores de qualidade. De acordo com Douglas Rex, a mensagem destinada aos doentes permanece a mesma: “todas as pessoas com mais de 50 anos devem fazer uma colonoscopia de dez em dez anos, por um endoscopista experiente e qualificado”.

Agenda

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

XV Curso Internacional de Atualizações do Aparelho Digestivo e X Curso Prático de Endoscopia

Complexo Hospitalar Universitário Juan Canalejo, Corunha, 4 a 6 de Novembro de 2004

Contactos:

Tel: 981 900 700

Fax: 981 152 747

E-mail: orzancongres@orzancongres.com

URL: www.orzancongres.com

I Congresso Internacional - O Hospital

11 e 13 de Novembro

Local: Escola Superior de Tecnologias da Saúde, Parque das Nações Lisboa

Organização: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

Contactos: HOPE/APDH Tel. 21 3824646

E-mail: hopemail@hope.min-saude.pt

Congresso Nacional de Cuidados Paliativos

17 a 19 de Novembro

Local: Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa

Secretariado: Fundação Grunenthal

Tel. 21 4726472

E-mail: Anabela.alcaravela@grunenthal.pt

Ciclo de Conversas de Bioética - A relação médico-doente - uma perspectiva legal

24 de Novembro

Local: Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa

Organização: Associação de Estudantes da FCM e Departamento de Deontologia, Bioética e Direito Médico da FCM

Contactos: Faculdade de Ciências Médicas Tel.

21 8803000

Escola de Medicina Familiar - Outono 2004

24 a 27 de Novembro

Local: Hotel dos Templários, Tomar

Organização: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral

Contactos: Tel. 21 7615250

E-mail: apmcg@netcabo.pt

IX Jornadas Nacionais Patient Care

17 e 18 de Fevereiro

Local: Centro de Congressos de Lisboa

Secretariado: Admédic

Tel. 21 8429710

E-mail: admedic@mail.telepac.pt



PREVENIR É SABER VIVER
Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva