

**SUPERVALORIZAÇÃO DA ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA NA CLÍNICA DIÁRIA**
THE OVERVALUE OF UPPER GASTROINTESTINAL
ENDOSCOPY IN THE CLINICAL PRACTICE

Kouzo Imamura*

Após mais de trinta anos realizando endoscopia digestiva alta e atendendo pacientes com enfermidades digestivas altas, tenho observado muitos aspectos controversos, principalmente no uso de endoscopia digestiva alta (EDA) na clínica diária, principalmente no que se refere ao diagnóstico da gastrite, que é o mais prevalente.

Considerando-se que a EDA é um exame subsidiário, isto é, exame que subsidia a análise clínica, ela tem sido utilizada frequentemente como o exame definitivo e conclusivo, chegando ao ponto de ser solicitada para todas as queixas abdominais gerais e com grande prejuízo na saúde física e psicológico do paciente, inclusive financeiro. Este fato necessita de uma boa reflexão.

O avanço tecnológico da EDA, antes fibroscópio e agora videoscópio, com diagnósticos detalhados, quase microscópicos da estrutura somática, vem cegando os médicos e criando dependência a ela na clínica diária.

O custo da utilização de avanços tecnológicos é alto e é pouco acessível à grande maioria dos pacientes. O Sistema Único de Saúde, o SUS, tem dificuldade em subsidiar os exames para os pacientes a ele assegurados, ainda mais com aumento da demanda nas solicitações de EDA pelos médicos. Médicos sem capacidade de analisar clinicamente os pacientes com queixas digestivas altas e os pacientes sem orientações adequadas, ambos insatisfeitos e revoltados pela não realização de EDA, vem desencadeando caos na assistência médica, com maior prejuízo aos pacientes.

A mucosa gástrica e suas enfermidades, principalmente a gastrite, é um estado dinâmico que se modifica com o tempo, que podemos considerar até curto. As células da mucosa gástrica são constantemente renovadas. A atividade circulatória e motora é dinâmica, corroborando ainda mais na dinâmica da renovação celular. As atividades secretórias de ácido clorídrico, da gastrina, do muco e das enzimas também são dinâmicas. Portanto, a observação da mucosa gástrica através da EDA realizada em um determinado momento não pode ser considerada como estável no tempo. Pior ainda, quando houver um grande espaço de tempo entre o pedido de EDA, a sua realização e a apresentação do resultado ao médico assistente, como normalmente acontece com pacientes atendidos pelo SUS. A imagem endoscópica relatada no laudo do exame somente informa o aspecto do momento da execução e não pode ser interpretada como imagem fixa no tempo. Portanto, informar ao paciente que ele tem uma gastrite, baseado na EDA, pode ser um ato errado. O correto é informar ao paciente que na data do exame foi observado que ele apresentava gastrite, se o laudo da EDA assim informar.

A base desta controvérsia se encontra já no livro básico de literatura apresentado aos estudantes de medicina. A apresentação do capítulo sobre a gastrite ou outras enfermidades, quando se informa em quadro clínico da enfermidade, já vem sugerindo que a enfermidade, no caso a gastrite, provoca sintoma. Quando é apresentado que o quadro clínico da gastrite é dor epigástrica, peso epigástrico ou sensação de má digestão, o leitor é levado a entender que a gastrite provoca estes sintomas. E assim, conclui na clínica diária que os pacientes portadores deste sintoma deverão ser

devido à gastrite. Quando é colocado que a gastrite pode ser assintomática, ou mesmo as outras enfermidades, como as úlceras pépticas, podem apresentar os mesmos sintomas, vem a confusão generalizada, impondo aos médicos que o diagnóstico só pode ser efetuado pela visão macroscópica (EDA) e mais ainda pela microscopia (biópsia realizada novamente pela EDA). Piora ainda mais quando se fala na etiologia infecciosa da gastrite pelo *Helicobacter pylori* (diagnóstico também é realizado, na maioria das vezes, pela biópsia colhida pela EDA). Criou-se, então, a ideia de que o diagnóstico das enfermidades digestivas altas só pode ser efetuado mediante EDA. Esquece-se da importância da análise clínica através da anamnese, do exame clínico minucioso e da observação e compreensão dos pacientes como um todo, com problemas, além do somático, psicossociais e - por que não - do espiritual. Na grande maioria das faculdades de medicina têm-se formado médicos técnicos e não médicos clínicos humanitários.

A questão é saber o que é sintoma e quem o produz. Sintoma é dependente da reação do organismo frente ao agressor objetivamente ou subjetivamente presente. Sintoma não é produzido pelo agressor e sim pelo defensor. Assim sendo, o sintoma só aparece em dependência do defensor. Se o agredido não precisar reagir além do limite fisiológico frente ao agressor não há sintoma. Basta o agredido necessitar responder com alterações funcionais (motoras, secretoras, circulatórias ou imunológicas), além do limite fisiológico, aí então terá sintomas. Reações estruturais frente ao agressor que não necessitem de alterações funcionais não apresentarão sintomas. Portanto, as alterações inflamatórias, como as gastrites, reagindo frente às substâncias ingeridas, nem sempre causam sintomas. A mucosa gástrica, e também de todo o segmento do trato digestório, não tem sensibilidade dolorosa, podendo efetuar biópsias sem a realização de anestesia. Passar a imaginar que a inflamação da mucosa gástrica apresentaria dor é um erro. Sintomas dependem das alterações funcionais somáticas corroboradas pelos componentes mentais que interpretam. Temos sintomas como uma expressão do corpo pedindo socorro para o consciente, uma vez que as funções fisiológicas são dirigidas pelo inconsciente.

Quando o médico informa ao paciente, baseado no resultado da EDA ou do estudo histopatológico da mucosa gástrica, que ele é portador de gastrite crônica, sem explicar o que esta vem a ser, e qual a importância na sua saúde, vindo somente receitar medicações e dietas, pode se tornar iatrogênico. Este ato médico leva o paciente a ficar com a impressão de que é portador de uma doença crônica, que deve viver em função de um determinado regime, cerceado da sua liberdade de degustar alimentos e, porque não, da sua liberdade existencial. Assim, este paciente em uma reunião familiar, ou com amigos, ou em festas, por ser portador de gastrite crônica, estará proibido de degustar comidas livremente, tornando-se uma vítima e inferiorizado.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 14, n. 2, p. 76-77, 2012

* Professor do Depto. de Medicina - FCMS/PUC-SP.

Recebido em 29/2/2012. Aceito para publicação em 21/3/2012.

Contato: kouzo@terra.com.br

Aí vêm as indagações: a gastrite crônica não tem cura? Tenho que manter a dieta para sempre e não posso comer qualquer coisa? Baseando-se nesta ansiedade do paciente e na impotência médica pelo fato de o paciente vir a apresentar recidivamente os sintomas, vêm sendo realizadas repetidas EDA, na maioria com mesmos resultados, a gastrite. Assim, passa a ideia de que a gastrite não tem cura, reforçando o estado mental do paciente de ser portador de doença crônica incurável, com sentimento de inferioridade e de ser vítima do destino. Só por este pensamento e este sentimento, já o torna um doente com muitos distúrbios funcionais, inclusive gástricos. Há alguns indivíduos que se sentem especiais por serem portadores de gastrite e merecedores de atenções especiais. Tudo depende de como é valorizada a sua doença. Porém, ser saudável é sempre o melhor modo de viver.

O que vem a ser a gastrite? Qual a sua importância na vida cotidiana? Certamente, se fizermos EDA em indivíduos assintomáticos, que afirmam ter estômago forte como o de avestruz, na maioria, o laudo seria de gastrite, e ainda mais se efetuarmos o estudo histopatológico. Se efetuarmos EDA em indivíduos após uma deliciosa refeição, certamente todos vão ter laudo de, pelo menos, gastrite enantemática. A mucosa gástrica, inicialmente à

substância desconhecida, vai reagir defensivamente através das alterações funcionais e estruturais se preciso. Porém, a mucosa gástrica tem grande potencialidade de se adaptar aos agressores se permitir que ela aja conforme a natureza.

Qual a importância da gastrite, frequentemente observada pela EDA, para nossa vida cotidiana? É uma doença ou uma reação natural da mucosa frente a diversidades de elementos que ingerimos, na sua grande maioria com certa nocividade, como bactérias, fungos, proteínas e vírus. Por que o estômago não pode reagir fisiologicamente com infiltrações inflamatórias frente a isso? E as alterações circulatórias que dão um aspecto enantemático da mucosa, não poderiam ser simplesmente reações fisiológicas transitórias? Onde está o limite da fisiológica e patológica? Não estou invalidando as gastrites especiais diagnosticadas pela EDA, e sim valorizações excessivas da EDA em detrimento da análise clínica global do paciente, um ser vivo no contexto da vida com múltiplas formas de reações.

Tratar o paciente é mais importante que tratar uma simples gastrite evidenciada pela EDA. A missão médica é minimizar sofrimentos dos pacientes sem ser negligente ou iatrogênica.

“- Só melhorei depois que consultei este médico.
Não fiz nada que ele mandou.”
Molière