AGOSTO/SETEMBRO 1988

Ordem dos Médicos

REVISTA

ANESTESIA

Papaver somniferum L.

200$00

editorial

JUSTA HOMENAGEM

Assinala-se com este número da nossa Revista a data em que atinge o limite de idade o Dr. Eusébio Lopes Soares, que, juntamente com alguns colegas de grande mérito, iniciaram, no nosso País, a Anestesiologia como uma Especialidade de grande dimensão e importância no desenvolvimento da Medicina dos nossos tempos.

A grande transformação da Anestesiologia Portuguesa apareceu sob a influência de Especialistas de outros países que os nossos pioneiros foram procurar, e em cujos serviços trabalharam por longos tempos. Além do Dr. Lopes Soares, quero lembrar alguns nomes para prolongar a homenagem à Especialidade de Anestesiologia. À cabeça de todos vem o Dr. Victor Hugo de Magalhães, responsável pela formação de muitos anestesiologistas, especialmente no Hospital de Santa Maria, para onde foi desde a abertura daquela grande casa (o Dr. Victor Hugo de Magalhães faleceu, após longa doença alguns dias após estas linhas terem sido escritas). Outro dos antigos é o Dr. Carlos Silva que trabalhou como poucos e foi inovador no seu tempo. Conheci-o no serviço do Prof. Reynaldo dos Santos no Hospital de Santa Marta. Avelino Fortes Espinheira foi o nosso companheiro do início da Cirurgia Torácica e Cardíaca. A sua contribuição é inesquecível. Hugo Gomes e Mário Santos «saíram» também do primeiro concurso para Chefes de serviço de Anestesiologia dos Hospitais Civis de Lisboa. Ramon de La Féria por muito tempo associado à Cirurgia Torácica e Cardíaca (Dr. Décio Ferreira) é outro dos nomes da primeira geração de Anestesiologistas portugueses, assim como Eduardo Beltrão, João de Castro e Daniel Cabeçadas. Carlos Guimarães que chefiou durante muitos anos o serviço de Anestesiologia do Hospital de Santa Maria, formou muitos médicos na sua Especialidade que cada vez mais se tornava indispensável e exigente. Em Coimbra surgem três nomes muito conhecidos: o Dr. Carlos Tenreiro vindo do Porto com o Prof. Bartholo do Valle Pereira, o Prof. Anselmo Carvalhas e o Dr. António Neves da Costa. No Porto lembro-me da importância assumida pelo Dr. Pedro Ruella Torres. Não deixo de mencionar o nome de uma Anestesiologista, grande pioneira da reanimação em Portugal. É uma autêntica «Intensivista» (nome detestável mas explícito), a Dr.ª Maria Cristina da Câmara. «Last but not least», e em último lugar porque «faz parte da casa», desejo mencionar o nome do Presidente do Conselho Directivo do Colégio de Anestesiologia, Dr. Manuel Silva Araújo. Lembro-me dos cursos de grande qualidade que organizou no Porto e neles reuniu uma «clientela» de jovens que acorria para melhorar o seu curriculum e os seus conhecimentos da Especialidade.

A homenagem ao Dr. Lopes Soares é especialmente assinalada no facto de ser ele o entrevistado deste número. E também o dossier, que tem vindo a ser um recente hábito da Revista da Ordem dos Médicos, é dedicada à Anestesiologia. Não posso deixar de lembrar o meu reconhecimento por o Dr. Lopes Soares ter aceite a responsabilidade de ser «mandatário» da minha candidatura à Presidência da Ordem dos Médicos.

Têm prosseguido as reuniões, com intervalos aproximados de um mês, entre Sua Excelência a Ministra da Saúde e o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos. Já por duas vezes nos foi solicitado parecer àcerca de dois projectos de Decreto-Lei. É imprescindível que a Classe Médica conheça a posição tomada pelo Conselho da Ordem. Por isso se poderão ler neste número os textos do Executivo, entregues ao Ministério da Saúde. Por eles se poderá constatar a importância do relacionamento iniciado em Maio e que permitiu declarar a oposição da Ordem ao projecto de «Clínica Privada» só para alguns médicos nos Hospitais Públicos e à limitação que se pretendia impor à aquisição de «material pesado». Não podemos garantir o resultado desses pareceres, mas continuaremos a trabalhar na defesa dos doentes e dos médicos, lutando pelo Sistema de Saúde que mais convenha ao nosso País.

editorial

A experiência que se tem vindo a criar traduz-se na ideia de que a Ordem pode crescer no seu âmbito, na sua utilidade para os médicos, nos seus deveres para o desenvolvimento da Medicina Portuguesa. Existem os meios necessários que têm de ser cada vez mais aproveitados através de trabalho não só científico como organizativo. Os Colégios das Especialidades e os respectivos Conselhos Directivos terão progressivamente de assumir funções da maior importância e a eles cabe o dever de tomar a posição dos «boards» americanos. A posição fundamental da Ordem dos Médicos, tendo a seu cargo a atribuição dos títulos de Especialista, envolve um problema muito mais vasto do que a pura marcação e execução de exames. Não tem sido até agora possível em Lisboa fazer reuniões em que colaborem os Colégios da Ordem e as Sociedades ou Associações Científicas. Isso irá suceder dentro de alguns meses quando estiver concluída a Sede do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos que, como é sabido, funcionará em edifício conjuntamente adquirido com o Conselho Regional do Sul. Um bom auditório com mais de 200 lugares, com excelentes meios audio-visuais, facilidades de colheita de dados bibliográficos através de uma informática desenvolvida, possibilidade de execução de diapositivos com a melhor técnica, vão trazer aos médicos uma realidade diferente.

A política deverá ser um factor de interesse cultural e de progresso mas não um motivo de luta e argumentação estéril. Para alguns será um fim, mas para *quási* todos os médicos não passa de um meio para atingir um avanço mais vasto e convergente. A preparação profissional e a cultura, em conjunto, deverão ser factores de desenvolvimento promovidos pela Ordem dos Médicos. Será esta uma ideia elitista? Certamente, mas no bom sentido do termo. A actividade sócio-profissional de uma Classe, de um Povo, não pode estagnar numa tradição imobilista ou no esforço intelectual proveniente sobretudo da análise dos golos de futebol do último fim-de-semana. Há outras coisas a fazer. A Ordem dos Médicos pede a vossa colaboração. O plano cultural a desenvolver é certamente ambicioso. Permitirá aos médicos reunirem-se com finalidade diferente, mas complementar, do trabalho profissional diário.

No próximo mês de Novembro faz 50 anos que foi criada a Ordem dos Médicos e assinala-se também que há 90 anos se formou a Associação dos Médicos Portugueses.

Pensa-se lembrar esta dupla efeméride com um número especial da Revista da Ordem dos Médicos e com uma medalha comemorativa.

Em 1989 teremos nova Sede e será, «Ano de Congresso».

Temos de nos preparar para levar a bom termo o muito trabalho que se avizinha.

sumário

REVISTA

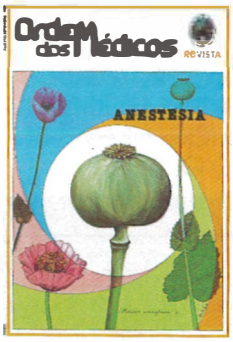
Ordem dos Médicos

Director

Manuel E. Machado Macedo

Redactores

Artur Manuel Osório Morais de Araújo
Pedro Correia da Silva
Isabel Cristina Pires
Rui Pato
José Germano Rego de Sousa



Capa de ANTÓNIO CONTENTE
Desenhador do E. A. N.

AGOSTO/ /SETEMBRO 88

Depósito Legal n.º 7421/85

Propriedade, Administração e Redacção:
Ordem dos Médicos
Avenida Almirante Reis, 242, 2.º Esq.
Telef. 80 54 12 — 1000 LISBOA

Preço avulso: 200$00

PUBLICAÇÃO MENSAL

25 000 exemplares

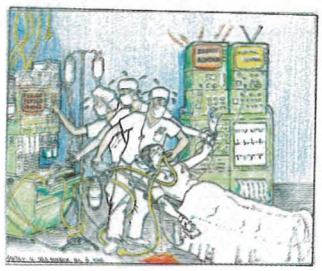
Execução gráfica:
Sogapal, Lda.
Casal da Fonte/Porto de Paiã
Telefs. 99 01 42/49 — 2675 ODIVELAS

actualidade

Organização Hospitalar — Através da experiência de Colegas estrangeiros, uma «viagem» pelos diversos sistemas de Organização Hospitalar. Matéria para reflexão, principalmente quando o tema tem particular actualidade em Portugal.

entrevista

Dr. Lopes Soares — Na hora em que atinge o limite de idade, o Dr. Lopes Soares relata, em entrevista, a História da anestesiologia em Portugal. É o testemunho de um homem que deu o melhor de si para a emancipação de uma especialidade importantíssima.



dossier

Anestesiologia — Um artigo do Dr. Lopes Soares e um trabalho da autoria da Dr.ª Laura Massa, preenchem o Dossier deste número da Revista. No primeiro, o relato de um homem que viveu «Três Acontecimentos Importantes no Desenvolvimento da Moderna Anestesia em Portugal». No segundo, a «Evolução da Anestesia em Portugal».

ACTUALIDADE	8	DOSSIER	22
CONSELHO DISCIPLINAR	13	CONGRESSOS E REUNIÕES	29
NOTÍCIAS	14	ACTUALIDADE	31
ENTREVISTA	17		

ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

■ Prof. MACHADO MACEDO

Estive em Junho na reunião bi-anual do «Pete's Club», grupo internacional de Cirurgiões Cardiotorácicos a que pertenço há mais de 20 anos.

Trata-se de um Clube «à Inglesa» em que o passeio é pouco e o trabalho é peculiar. Comunicam-se os erros cometidos, pede-se conselho àcerca de problemas clínicos e, por vezes, trocam-se impressões àcerca da organização dos hospitais em que trabalhamos. Os sócios são pouco mais de trinta, mas de vários países.

Pedi informação concreta, e por escrito, àcerca do funcionamento dos hospitais e respectiva gestão nos vários países representados: Noruega, Holanda, Grã-Bretanha, Bélgica, França, Alemanha e Áustria.

Foi total o acordo em considerar que a eleição pura e simples, e democrática, de um Director de Hospital não se pode aplicar aos tempos modernos nem aliás se deveria ter aplicado em tempos antigos. Mas a convicção que sobressai é a de que os Directores de Hospital deverão, sempre que possível, ser médicos.

Muito em resumo pode dizer-se que isto só não sucede na Grã-Bretanha e em França mas, em todos os países também as situações são desfavoráveis e têm vindo a trazer prejuízos ao funcionamento dos hospitais.

Para facilitar a transmissão da mensagem faz-se um resumo da informação relativa a cada um dos países. Em alguns, como a Holanda e a Áustria, a resenha é mais longa porque ultrapassa a pura organização hospitalar e entra noutros campos, o que nos parece também interessante dar a conhecer.

GRÃ-BRETANHA

Cada Região tem uma autoridade regional de Saúde que se designa por Comissão Médica Consultiva. Tem alguma representação médica e actua em conjunto com o representante regional que é um médico mas com uma importante «vertente» administrativa e não por se ter distinguido profissionalmente. Abaixo desta autori-

dade regional há os Distritos geridos por uma Comissão de Saúde que integra alguns médicos. Há um representante distrital, e este é sempre médico, mas também com uma forte «qualidade» administrativa. Estes médicos, tanto os da região como os do Distrito, trabalham em full-time nas suas Comissões e não têm outro emprego.

Cada Distrito tem vários hospitais onde existem, como é óbvio, os serviços de internamento. Para além deles há serviços de saúde mental, de geriatria e os de saúde pública ou da comunidade.

Os hospitais funcionam como unidades com um gestor ou «manager» que não é habitualmente médico mas, se o não for, é sempre um administrador hospitalar de carreira.

Cada unidade de internamento é gerida por médicos e administradores e existe também uma Comissão que os assiste constituída por outros médicos, enfermeiros e pessoas não ligadas a profissões de saúde.

Este sistema tem funcionado razoavelmente e, desde há cerca de 4 anos, tem-se notado uma tendência para dar cada vez maiores responsabilidades aos médicos pois se tem vindo a aceitar que têm maior competência para tratar dos assuntos ligados ao funcionamento de serviços hospitalares.

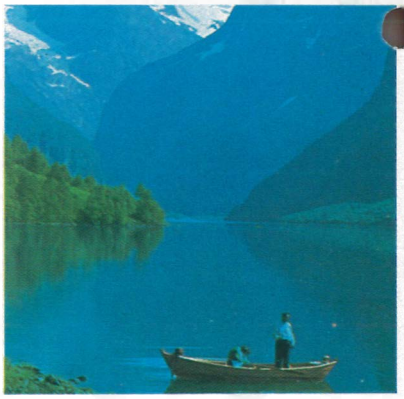
NORUEGA

Em cada hospital há um Director e um Sub-Director e nenhum deles é médico. Têm no entanto de ouvir a opinião de um médico-chefe, de uma enfermeira-chefe e de um administrador com o curso adequado.

Em cada hospital há vários departamentos ou serviços hospitalares em que o Director é médico e, no caso do Hospital Universitário de Oslo, por exemplo na Cirurgia Cardiotorácica e Vascular, há um Director, sete cirurgiões Chefes de Serviço e dez assistentes juniores.

As grandes queixas apresentadas pelos médicos noruegueses ligam-se especialmente à diminuição obrigatória do horário semanal para 37 horas, ou até menos.

A maior parte dos médicos não pode exercer qualquer função num hospital para além das duas ou três horas da tarde. Se o fizerem é a pedido do Director do Serviço e este fica totalmente responsável pelo resultado do trabalho que produziram pois... poderão estar muito cansados! Os ordenados são razoáveis e é proibido fazer horas extraordinárias que, aliás, não seriam pagas.



O resultado desta política de redução do tempo de trabalho nos últimos anos tem sido calamitoso. No serviço de Cirurgia Cardiotorácica e Vascular do Hospital Universitário passaram a operar-se só 250 casos por ano. A maior parte dos médicos que estão em regime de 37 horas têm um emprego suplementar em clínicas privadas. Mas estas são cada vez em maior número e de melhor qualidade. Mas parece que o petróleo «off-shore» dá para tudo...

FRANÇA

O hospital público é representado pelo CHU (Centro Hospitalar Universitário) que tem funções de ensino e de assistência hospitalar.

O hospital é «regido» por um Conselho de Administração que tem representantes dos Municípios, da Administração de Saúde, dos médicos e do restante pessoal. O Conselho de Administração tem capacidade executiva e decide dos projectos futuros àcerca do pessoal, das construções e do equipamento. Abaixo do Conselho de Administração há uma Comissão médica do estabelecimento hospitalar com capacidade unicamente consultiva. Integra médicos e representantes do outro pessoal. Esta Comissão médica hospitalar apresenta os projectos de alterações do hospital e para aquisição de material.

Os chefes de serviço, clínicos e outros, são evidentemente médicos,

não têm particular poder decisivo a não ser na organização do seu próprio serviço. Mas esta organização tem uma grande força e não é contestada. Existe também a possibilidade de clínica privada nos serviços dos hospitais públicos. Como exemplo, pode dizer-se que no Hospital Cochin, no serviço de Urologia, há três chefes de serviço, aliás também professores, que têm clínica privada, três tardes por semana.

A cooperação é-lhes dada pelo pessoal do serviço e isso está perfeitamente assumido na lei. Os honorários são pagos por acto médico na clínica privada e o cirurgião responsável envia os honorários que julga justos dos quais dá uma percentagem relativamente pequena ao hospital pela utilização de todo o material.

BÉLGICA

Os Directores de hospitais são médicos. Habitualmente médicos de alta categoria e nomeados por isso mesmo.

Existe um consenso interno do hospital para que determinado indivíduo seja nomeado Director do hospital. Esse Director do hospital continua a fazer todo o seu trabalho, não abandona completamente o serviço em que está integrado e, se bem que responsável, tem uma Administração que organiza tudo quanto é a gestão do hospital.

Há variações regionais relacionadas com a política, a região e a língua oficial.

HOLANDA

Os dados fornecidos são mais alargados e não dizem só respeito à organização hospitalar.

Para se ser reconhecido como Especialista o médico tem de ser aprovado por um júri formado por membros da profissão médica mas também do Governo. Entra então no «Registo de Especialistas».

Como médico especialista podem seguir-se duas carreiras:

1. no sistema de hospitais privados;
2. na Universidade ou qualquer outro hospital público, mesmo não Universitário.

Hospitais Privados

Os Especialistas podem ser admitidos em base individual. O contrato é vitalício na maior parte dos casos, mas é frequente que médicos do mesmo hospital se reunam em grupos «partnerships» que funcionam tanto no aspecto de organização, como no financeiro.

O hospital fornece tudo o que é necessário para o tratamento dos doentes, incluindo camas de internamento, enfermagem, secretárias, bloco operatório e cuidados intensivos e médicos assistentes. O grupo ou «partnership» têm de pagar às secretárias e aos assistentes e também pagam uma renda para compensar as facilidades que obtêm para fazer consultas privadas. O hospital tem um orçamento anual atribuído por um comité governamental independente que pode decidir do orçamento de cada departamento. O «staff» médico tem relativamente pouca influência na distribuição desse orçamento. O Especialista como indivíduo ou o grupo de Especialistas em «partnership» têm inteira responsabilidade na administração do orçamento do serviço ou departamento onde trabalham. Pode até nem existir, legalmente, um Director nesse departamento. Na prática, porém, o poder de chefia dentro do departamento é limitado pelas medidas que poderão ser tomadas pela Administração do hospital no sentido de reduzir os custos, diminuir o pessoal de enfermagem, diminuir as horas de trabalho, etc.

O «status» financeiro do médico Especialista no hospital privado segue as regras seguintes: existe um sistema de honorários por acto médico e esses honorários são fixados todos os anos pelo Ministério dos Assuntos Económicos; o Governo também contribui para fixar o rendimento de cada Especialista o que significa que o vencimento médio de um Especialista não poderá ser mais elevado do que o que se considera «normal» para essa Especialidade; esta avaliação é feita por computadores centrais tanto nas agências de seguros estatais como nas companhias de seguros privadas. O cálculo é feito a partir do total que deverá ser distribuído nessa Especialidade dividido pelo número de Especialistas que existem. Se o vencimento médio numa Especialidade é maior do que se considera normal, os honorários terão de ser reduzidos para essa Especialidade.

No caso específico da Cirurgia Cardiotorácica em que o número de Especialistas ainda é limitado em relação às necessidades, os cálculos vão dar como resultado que talvez venha a ser impossível preencher os lugares vagos no futuro devido a vencimentos insuficientes.

O efeito geral desta regulamentação é que a posição do médico Especialista em relação à Administração do seu hospital tem sido consideravelmente enfraquecida. Além disso deve dizer-se que a Cirurgia Cardiotorácica é considerada como uma «Especialidade muito cara» e está incluída no artigo 18.° da Lei Hospitalar Holandesa, o que significa que todas as decisões àcerca do número e de enfermeiros, número de camas, de equipamento, débito operatório dos serviços, etc., terão de ser aprovados para serem fixados pelo Governo. Aliás esta mesma regra também se aplica para os hospitais universitários e estatais.

Universidades e Hospitais Estatais não Universitários

Os Especialistas são contratados em condições de escala salariais diferentes, dependendo da qualificação e da

antiguidade. Somente um médico em cada departamento pode ser nomeado chefe de serviço e todos os restantes trabalham sob a sua direcção num verdadeiro sistema hierárquico. O Director de departamento é totalmente responsável por todas as decisões médicas e de organização mas, hoje em dia, tem de encarar problemas orçamentais semelhantes aos dos hospitais «privados». Talvez ainda esteja em piores condições visto que a burocracia é muito maior no sistema Governamental.

O sistema Estatal tem total responsabilidade no que se refere aos pagamentos dos médicos, de enfermagem e do pessoal administrativo e de secretariado. Os trabalhos de investigação são pagos separadamente pela Universidade. Só o Director de Serviço tem direito a alguma clínica privada. Não pode, no entanto, apresentar os seus honorários directamente ao doente. Isso terá de ser feito pelo hospital. Só uma parte dos honorários (cerca de 40%) será eventualmente recebida pelo Director de serviço ou de departamento. Poderá usar esta quantia como um pagamento extra para o pessoal médico do serviço cujos salários são muito mais baixos do que nos hospitais privados.

O Ministro da Educação anunciou há pouco tempo que o direito à clínica privada será totalmente retirado e isto reduzirá ainda mais os vencimentos do «staff» médico e vai enfraquecer, portanto, a sua posição na organização hospitalar.

Estas alterações têm vindo a ser implementadas de há cinco anos para cá e a situação da Medicina hospitalar na Holanda tem vindo a degradar-se gravemente com aumento das listas de espera e óbvia necessidade de operar praticamente só doentes urgentes.

ÁUSTRIA

No relatório que se segue encontram-se também alguns pormenores ligados ao funcionamento da Ordem dos Médicos (Ärztekammer).

Os hospitais provinciais e os das cidades têm uma administração muito numerosa em que o Director é um médico. Nos hospitais mais pequenos costuma ser um dos Directores de Serviço, portanto um médico, que assume a Direcção. Antigamente era habitual ser um Cirurgião mas, hoje em dia, é mais frequente ser um Internista. Nos hospitais maiores o Director tem um horário em tempo exclusivo, razão pela qual o médico/administrador não é, habitualmente, uma pessoa altamente qualificada na profissão médica, não é um Cirurgião e tem quase uma ligação política. O resto da Administração hospitalar é formada por gestores.

Os orçamentos e os custos da gestão hospitalar têm uma organização extremamente complicada. Habitualmente não há um D.R.S. ou «Diagnosis Related System» e tem-se utilizado de preferência o pagamento da diária, qualquer que seja o serviço prestado aos doentes.

O déficit resultante é reembolsado através de um sistema complicadíssimo relacionado com impostos e orçamento do Governo.

A maior parte dos hospitais tem uma organização consultiva que se pode comparar com o Conselho Médico dos hospitais portugueses.

Há três hospitais Universitários na Áustria (Viena, Graz e Innsbruch). São dirigidos por uma Administração com representatividade do Governo central, da província e da cidade. Isto torna a situação praticamente ingovernável. Os Directores de serviço são cada vez menos ouvidos no que se refere à administração. Os assistentes hospitalares e os estudantes têm uma influência cada vez maior em todos os hospitais universitários. Existem ao todo 16 departamentos médicos e 6 departamentos cirúrgicos que funcionam de maneira totalmente independente e nada têm em comum. O ensino pré-graduado e pós-graduado está a tornar-se cada vez mais difícil.

O Director médico de um hospital Universitário é uma figura administrativa que, se assim entender, pode actuar em total isolamento em relação com os Directores dos serviços.

No que se refere à Cirurgia Cardiotorácica há quatro unidades torácicas e oito unidades cardíacas. O número de casos operados por serviço varia entre 150 e 100 por ano com a média de 200 a 300. A Cirurgia Torácica geral pratica-se em exclusivo em dois locais e, em outros dois, combinada com a Cirurgia Cardíaca. A Cirurgia Vascular inclui-se em dois centros de Cirurgia Cardíaca e uma Sociedade Nacional de Cirurgia Vascular.

A Especialidade de Cirurgia Vascular está ligada à Cirurgia Geral. A Especialidade de Cirurgia Cardíaca e Torácica pressupõe um treino mais prolongado de Cirurgia Geral mas são independentes.

Em relação à organização da Ordem dos Médicos, Ärztekammer, existe uma delegação em cada uma das nove províncias e, todas em conjunto, formam a Ordem dos Médicos Austríaca.

Cada uma das Ordens dos Médicos provinciais tem uma representatividade importante junto das Companhias de Seguros e uma grande influência nos empregos atribuídos aos médicos. A Ordem dos Médicos central é representada junto do Governo e intervém, com o Ministério da Saúde, em todas as Leis do sistema da Tutela.

O Ministério da Saúde não só faz as Leis mas também atribui os orçamentos, conjuntamente com o poderosíssimo sistema de segurança social, com a finalidade de reduzir os enormes déficits dos orçamentos hospitalares.

A Administração de cada província tem um homem forte para a Saúde que não é habitualmente um médico. Tem um «staff» consultivo com responsabilidade nas propostas para o preenchimento dos lugares mais importantes da Medicina. Todos os assuntos médicos, da urgência, dos transportes em ambulância ou helicóptero, da Cruz Vermelha, e da distribuição de camas hospitalares constituem as zonas de acção desta administração provincial.

ALEMANHA FEDERAL

A organização hospitalar e as Direcções do serviço variam conforme as «Ländern» ou províncias. foi-me dado conhecimento de que tanto no Norte da Alemanha, em Hamburgo como em Düsseldorf ou em Munique, a organização é relativamente semelhante. O Director do hospital é um médico, mas um médico activo e altamente colocado, sempre um Professor, e que tem um grande poder de decisão. Abaixo da sua posição há um comité com administradores, médicos, pessoal de enfermagem e outro pessoal.

A gestão propriamente dita é feita pelos Especialistas administradores mas com aprovação prévia do Director do hospital. Nos hospitais de que obtive informação concreta os Directores são, como foi dito, personalidades de relevo que desenvolvem grande trabalho se bem que tenham inúmeros colaboradores em posição com hierarquia nítida. Muitos desses colaboradores têm já um título de Professor ou «Privat Dozetn». A gestão, com o acordo de todos, está efectivamente nas mãos dos gestores especializados para tal nomeados.

Há ainda um certo espírito tradicional de atribuir ao Professor Director do serviço a categoria antiga que se designava por «Herr Geheimrat», ou conselheiro da pátria...

Em resumo:

As dificuldades são grandes, lá e cá! Torna-se indispensável aprender, dirigir, interpretar as informações colhidas com toda a isenção. E adoptá-las conforme for aplicável ao nosso País. Mas terá que ser à Europa e não com uma influência terceiro-mundista.

É essa a opção que se espera dos Governos.

CONSELHO DISCIPLINAR

MAPA GERAL DO MOVIMENTO DOS PROCESSOS RECEBIDOS PELO CONSELHO DISCIPLINAR REGIONAL DO SUL ATÉ AGOSTO DE 1988

Vogal Relator	Processos em fase de instrução	Processos com Despacho de Arquivamento	Processos com Penas Diversas
	Processo n.°	Processo n.°	Processo n.°
Dr. Catarino Tavares	60	93	69 — Suspenso até que seja pronunciada sentença do Tribunal de Lourinhã
	99	113	81 — Pena de Censura com Publicidade
	118	138	91 — Despacho de Acusação
	122		124 — Pena de Advertência
	125		131 — Pena de Censura
	134		145 — Despacho de Acusação
	142		
	149		
	150		
	153		
	159		
	164		
	167		
	171		
Dr. Santos Bessa	20	28	61 — Aguarda Melhor Prova
	79	44	72 — Despacho de Acusação
	102	88	83 — Pena de Censura
	119	92	97 — Despacho de Acusação
	128	108	105 — Despacho de Acusação
	140	110	*114 — Despacho de Acusação
	146	116	137 — Pena de Censura
	147	129	
	154	133	
	156	*143	
	161		
	163		
	168		
	172		
Prof. Lobo Antunes	32	17	103 — Despacho de Acusação
	76	46	132 — Despacho de Acusação
	77	51	135 — Pena de Censura
	95	53	
	96	58	
	109	80	
	111	90	
	117	100	
	126	112	
	151	121	
	152	127	
	157	141	
	162		
	165		
Dr. Barros Veloso	62	45	63 — Pena de Censura
	104	70	86 — Pena de Censura
	120	98	89 — Despacho de Acusação
	123	106	94 — Despacho de Acusação
	130	*115	101 — Pena Suspensão 3 meses
	148	139	107 — Despacho de Acusação
	155		136 — Despacho de Acusação
	158		144 — Despacho de Acusação
	160		
	166		
	169		
	170		
Totais	54	31	24

Da decisão deste Conselho relativamente aos processos n.os 114, 115 e 143, houve recurso para o Conselho Nacional de Disciplina.

HOSPITAIS LIVRES

No número de 30 de Abril passado da Revista «Economist» apareceu um artigo com rica informação e um título inesperado: «Set the hospitals free» — «Libertem-se (privatizem-se!) os Hospitais».

Por mais estranho que pareça esse artigo vem do país do National Health Service. Já tive ocasião de, em Editorial anterior, mencionar as dificuldades que estão experimentando os responsáveis pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) Britânico. O artigo define um problema mundial: tratar da Saúde do Povo é o mais importante «business» (negócio??) em qualquer país rico — mas está em dificuldade por toda a parte. Na maior parte dos países a preocupação é que os gastos estão fora de controle. No Reino Unido, onde o governo financia e é responsável pelo Orçamento da maior parte do Serviço de Saúde, a Oposição, no entanto, diz que esses gastos são muito baixos, limitados por avarentos.

No terceiro Governo de Mrs. Thatcher começou-se a rever o National Health Service com relutância porque quaisquer alterações nessa «much loved mess» («muito amada confusão») passariam a ser sentidas pouco antes da próxima eleição geral. Isso quer dizer que o governo tem de tomar precauções. O Povo tem de continuar a considerar o SNS razoável — (fair), porque raciocina que não é necessário ser rico para obter tratamento; e o controle apertado dos custos do Serviço Nacional de Saúde torna-o relativamente barato. Essas vantagens têm evidentemente de ser mantidas apesar de o National Service mostrar bem as suas fraquezas. Por um lado os doentes recebem pouca informação e não têm qualquer escolha àcerca de quem os trate e como os trata. Mantêm-se um pouco à deriva e muitos dos funcionários com quem lidam são indiferentes ou arrogantes. Os doentes podem receber tratamento de alto preço, mas não são aconselhados em como preservar a Saúde. O artigo segue com revelações interessantes e, para os que não conhecem o sistema, com surpresa e perplexidade! Refere-se asperamente ao controle central em vez de se atribuir responsabilidades à periferia. E sob o título de «Se só o dinheiro pudesse curar» refere-se ao facto de a esquerda política desejar mais dinheiro público para os hospitais e a direita política exigir mais dinheiro privado. Parecem estar ambos em caminho errado. Visto que aos Hospitais se atribui mais do que 60% dos custos do SNS, será neles que as modificações e a competição deverá iniciar-se.

Os Hospitais Britânicos são financiados e administrados pelas autoridades Distritais. Os médicos chefes não têm contas a prestar àcerca das suas decisões clínicas, nem àcerca do que recebem. E esses Hospitais estão muitas vezes ocupados por doentes que poderiam ser tratados noutros locais e de maneira mais barata. Nota-se aqui uma espécie de decalque do que se passa noutros países, incluindo Portugal.

Um Hospital Central recebe doentes de todos os Distritos mas não é compensado com um orçamento mais alto. Por exemplo, um Cirurgião que trabalhe intensamente para reduzir a sua lista de espera de «prótese da cabeça do fémur» pode ter de ficar uns dias sem operar para o seu orçamento não ser exagerado. A única maneira de evitar esta falta de senso seria de separar a política hospitalar do seu financiamento. As autoridades de Saúde deveriam tornar-se agentes de compra e financiamento e os Hospitais deveriam ser livres de competir uns com os outros. Os que tratassem o maior número receberiam maior orçamento. Da mesma maneira se faria o raciocínio acerca do custo/benefício do trabalho executado.

Não deveria haver regras rígidas acerca da forma de independência conveniente para cada hospital. Alguns podiam até ser privatizados. Outros poderiam ser vendidos e geridos pelo seu «staff» próprio. Outros ainda poderiam transformar-se em instituições filantrópicas e de caridade. Eventualmente se os hospitais não atraíssem doentes poderiam ter de mudar o seu pessoal médico (e outro!) e até podiam ser forçados a encerrar as portas.

Este artigo do Economist termina de maneira curiosa. Diz que a «oportunidade» para experimentação é enorme e o «timing» é praticamente perfeito. De facto o National Health Service faz quarenta anos em 5 de Julho. A sua crise da idade adulta está à vista mas não é necessário que seja seguida por um declínio. No princípio dos anos 90 a pressão pela qual é responsável uma população cada vez mais velha vai talvez diminuir e, deste modo, tanto os médicos como os administradores terão tempo para respirar e mudar as suas atitudes. É necessário que a Senhora Thatcher lhes dê oportunidade libertando os hospitais do asfixiante controle central.

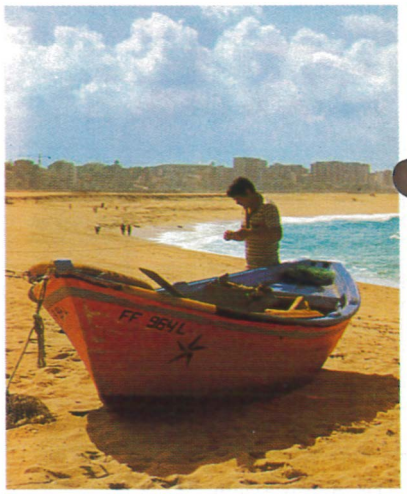
Reunião do CNE com o SIM e a FENAME

Realizou-se em Coimbra, no passado dia 10 de Setembro, a primeira reunião entre o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos e dirigentes do SIM (Sindicato Independente dos Médicos) e da FENAME (Federação Nacional dos Médicos).

No encontro, consequência da abertura da tutela ao diálogo com as representações médicas, exigido e iniciado pela Ordem, foram analisados os temas que as diferentes estruturas abordaram nas reuniões entretanto mantidas com o Ministério da Saúde.

Após longa troca de impressões, houve convergência na metodologia a seguir, tendo ficado marcado novos encontros, o primeiro dos quais no próximo dia 28 de Outubro na Figueira da Foz.

O CONSELHO NACIONAL EXECUTIVO

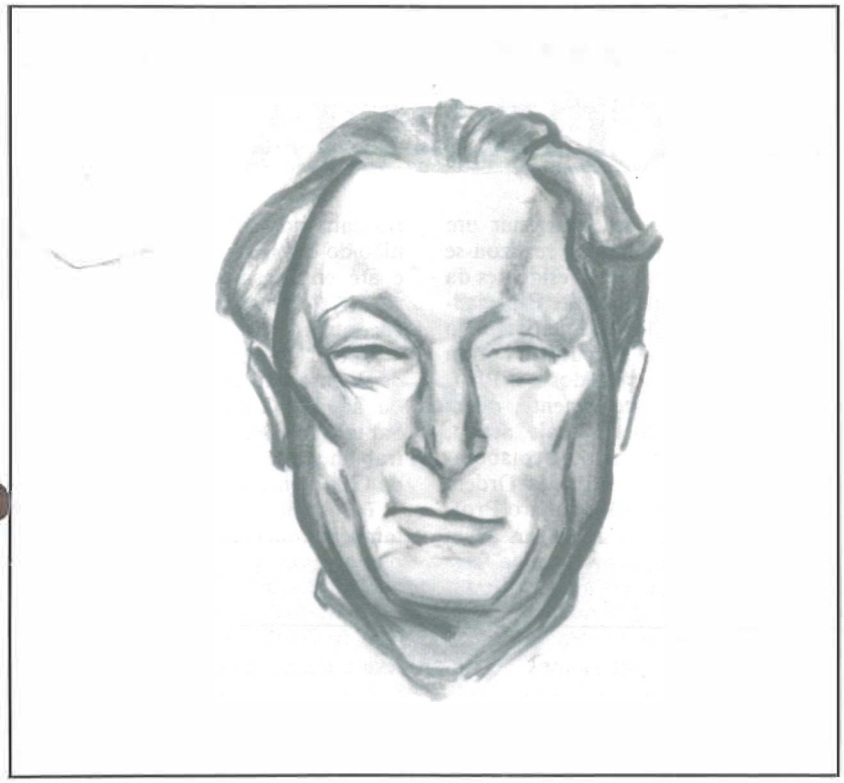


Plenário da OM

Realiza-se nos próximos dias 29 e 30 de Outubro o Plenário dos Conselhos Regionais da Ordem dos Médicos.

Os trabalhos, que decorrerão no Casino da Figueira da Foz, começam pelas 15 horas de sábado, terminando domingo ao fim da manhã.

Antes deste encontro terá lugar, no mesmo local, uma reunião do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos e, haverá ainda, um encontro entre a direcção da OM e delegações dos vários sindicatos.



PRÉMIO REYNALDO DOS SANTOS

Realizou-se em Helsinki, Finlândia, o 37.° Congresso Internacional da Sociedade Europeia de Cirurgia Cardiovascular. Esta Sociedade foi fundada em 1951 sob a égide de René Leriche e teve três Portugueses entre os onze sócios fundadores. Foram os Profs. Reynaldo dos Santos, João Cid dos Santos e Jaime Celestino da Costa.

O Presidente da Ordem dos Médicos foi Presidente da Sociedade Europeia de Cirurgia Cardiovascular, de 1984 a 1986. Na sua alocução presidencial, designada por Conferência Leriche, durante o Congresso a que presidiu em Brighton, Inglaterra, em Julho de 1986, salientou a importância da Escola Portuguesa de Angiografia.

No Congresso de Helsinki foi instituído o Prémio Reynaldo dos Santos que passará a ser atribuído nos Congressos da Sociedade Europeia, de dois em dois anos, ao melhor trabalho concorrente ao Prémio e que seja assinado por um jovem médico até 35 anos de idade.

Este ano o vencedor foi D. P. Taggart que apresentou um trabalho também assinado por W. D. Frazer, C. E. Gray e D. J. Wheatley, dos Departamentos de Cirurgia Cardíaca e Bioquímica da Royal Infermary de Glasgow, Grã-Bretanha. O título do trabalho foi «Profound Hypothermia modifies the endocrine response to Cardiac Surgery».

PRÉMIO SIGMA / 87

Os Laboratórios Sigma, no intuito de promoverem o desenvolvimento da Gastrenterologia ao serviço da Saúde da população portuguesa, e estimularem o trabalho clínico e laboratorial, quer a nível assistencial quer da investigação, decidiram criar o «PRÉMIO SIGMA», há três anos.

O primeiro Prémio foi atribuído ao trabalho intitulado:

«Ensaio prospectivo e randomizado de endoscopia versus cirurgia do tratamento da Coledocolitíase — Resultados imediatos e a prazo de um ano», da autoria do Prof. A. Ginestal da Cruz (H. Santa Maria - Serv. Med. II - Centro Gastro); Dr. Paulo Fidalgo; Dr. A. Mendes de Almeida; Dr. Nuno Grima; Prof. J. Pinto Correia.

PROF. DR. CARLOS SOARES RIBEIRO, VICE-PRESIDENTE DA SOCIEDADE EUROPEIA DE CARDIOLOGIA, ELEITO NO CONGRESSO EUROPEU DE CARDIOLOGIA EM VIENA, ÁUSTRIA, EM FIM DE AGOSTO

Na Assembleia Geral da Sociedade Europeia de Cardiologia, foram eleitos os novos elementos Directivos da Sociedade. O Presidente é o Prof. H. P. Krayenbühl, de Zurique, Suíça. Os dois vice-Presidentes são o Prof. Cokkinos, de Atenas, Grécia e o Prof. Carlos Ribeiro, de Lisboa.

A Revista da Ordem dos Médicos exprime as suas felicitações ao novo Vice-Presidente Português.

III JORNADAS DE CLÍNICA GERAL

A Delegação do Porto da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral vai promover a realização do I.° Encontro de Clínica Geral do Porto, nos dias 4 e 5 de Novembro de 1988.

Este Encontro irá reunir cerca de 300 médicos de clínica geral do Distrito com a finalidade de debater assuntos com interesse para a melhoria dos cuidados de Saúde Primários, sendo os principais objectivos: fornecer espaço para diálogo das situações concretas do Distrito; a troca de experiências de âmbito local; a avaliação do estádio da Formação Específica e Contínua; a avaliação do estado da Clínica Geral no Distrito do Porto; a actualização científica. Os temas propostos são: a Família; Saúde Materna; Doenças Cérebro Vasculares; Saúde Escolar; Educação para a Saúde; Prevenção e Diagnóstico Precoce do Cancro; Formação Específica e Internato Complementar; Formação Contínua; Articulação Cuidados de Saúde Primários/Cuidados Diferenciados; Comunicações Livres; Vídeos Científicos.

FALECEU O PROFESSOR JOSÉ PINTO CORREIA

Com 57 anos faleceu o Prof. José Pinto Correia, personalidade especialmente ilustre da Medicina Portuguesa, professor Catedrático de Medicina Interna e de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina de Lisboa e Vice-Reitor da Universidade Clássica de Lisboa. Era também Presidente da Direcção do Colégio de Gastroenterologia da Ordem dos Médicos.

As grandes qualidades de trabalho, excepcional capacidade criativa e de organização do seu Serviço, guindaram o Prof. Pinto Correia a uma posição ímpar. Desde o princípio do ano sabia que tinha doença terminal. Viveu estes meses trabalhando, procurando não perder tempo pois dispunha já de pouco.

Foi um privilégio presenciar o seu comportamento de tão rara dignidade. Não posso deixar de mencionar um facto: no dia 16 de Janeiro realizou-se o primeiro encontro de Presidentes da Direcção dos Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos com o Conselho Nacional Executivo. Foram muitos os assuntos tratados e o Prof. Pinto Correia foi, certamente, quem colaborou de maneira mais activa, lúcida e com um espírito de colaboração total com a Direcção da Ordem dos Médicos. Nesse sábado já o Prof. Pinto Correia tinha uma passagem marcada para seguir, na segunda-feira seguinte, para Londres a fim de lá ser estudada a estratégia terapêutica da doença de que tinha pleno conhecimento. Dez dias depois de estar em Londres, enviou-me o relatório àcerca da reformulação da actividade dos Colégios da Especialidade. Esse relatório tinha sido solicitado durante a reunião do dia 16 dado o grande interesse e até entusiasmo que Pinto Correia tinha demonstrado durante esse encontro.

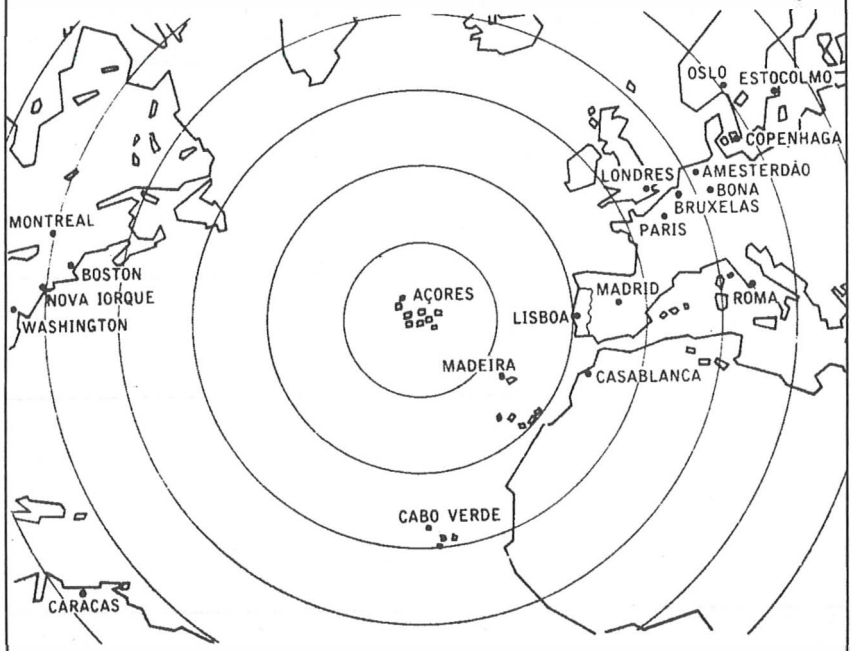
Apesar do agravamento progressivo da doença não deixou de ir à Reitoria ou ao seu Gabinete no Hospital de Santa Maria. Lá tivemos reuniões de trabalho relacionadas com o Colégio de Gastroenterologia.

Tal como as árvores, os homens também podem morrer de pé. O exemplo que deixam, o domínio do seu comportamento no processo inesperado que os vai condizindo ao fim da vida, a dignidade, tudo junto, sobreleva a mágoa da perda.

A memória é sempre viva e nunca esquece. Pinto Correia fica a viver connosco.

M.M.M.

Imuno-Alergologia Pediátrica



Com a participação de prestigiados nomes da Imuno-Alergologia, da Pediatria e da Pneumologia, vai decorrer nos Açores, mais propriamente em Ponta Delgada, entre 7 a 10 de Junho, o Simpósio Internacional sobre Imuno-Alergologia Pediátrica.

O encontro, que deverá contar com uma forte participação internacional, nomeadamente de euro-americanos, abrange temas ligadas às doenças das crianças, alergias, imunodeficiências, tais como a asma e a SIDA. Para além das diversas comunicações previstas, os participantes vão poder observar quais os progressos registados em diagnóstico, quer em terapêutica.

1.ª Reunião Nacional sobre recomendações, competências e consensos em Cardiologia

Lisboa, 25, 26 e 27 de Novembro 1988

ORGANIZADA PELA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO E INVESTIGAÇÃO CINTÍFICA E PELOS GRUPOS DE ESTUDO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA

PARTICIPAÇÃO

Grupos de Estudos

Provas de Esforço e Metabolismo do Miocárdio
Electrocardiologia
Ecofonomecanocardiografia
Informática em Cardiologia
Cardiologia Nuclear
Hemodinâmica e Angiocardiografia
Cuidados Intensivos Cardíacos
Hipertensão Arterial
Terapêutica Cardiovascular
Trombose e Plaquetas

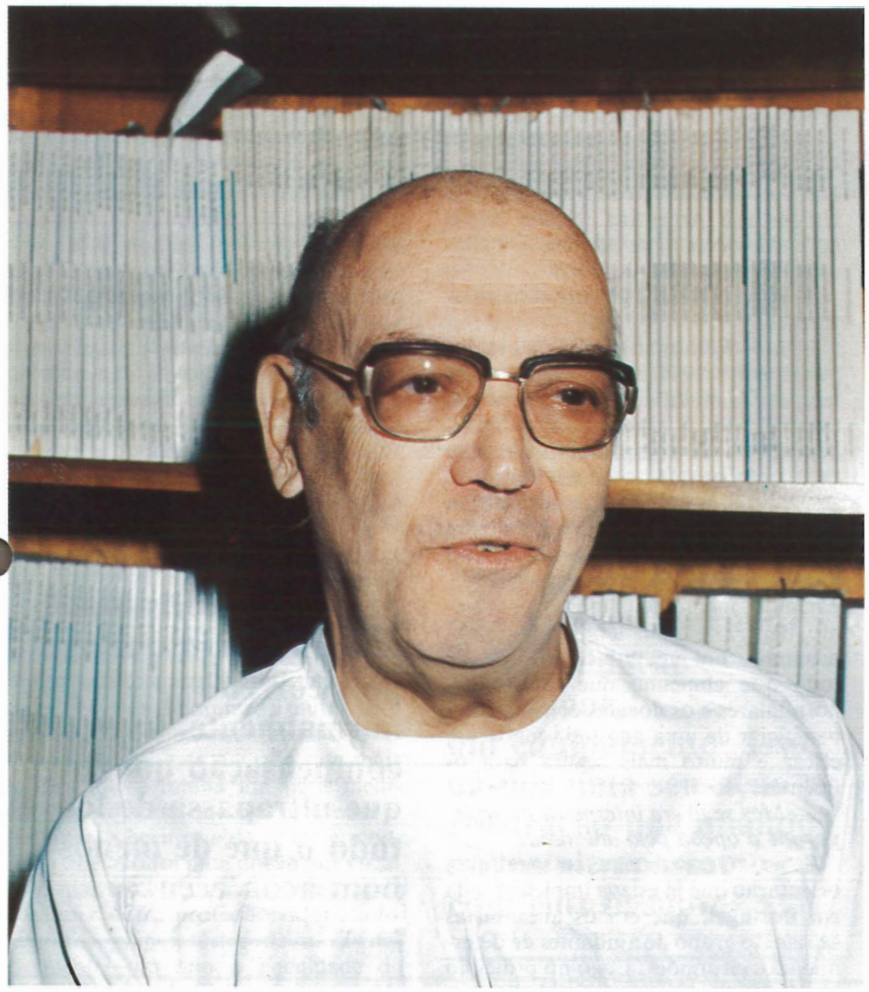
Associação Portuguesa de Pacing

Colégio da especialidade de Cardiologia da Ordem dos Médicos
Colégio da especialidade de Cirurgia Cardiotorácica da Ordem dos Médicos
Outras entidades

entrevista

Dr. Lopes Soares

UMA VIDA DEDICADA À EMANCIPAÇÃO DA ANESTESIA



Conversar com o Dr. Lopes Soares é recordar a longa «viagem» de um médico distinto que apostou na emancipação de uma especialidade — a Anestesia. No momento em que o limite de idade o obriga a deixar o Hospital, é tempo de fazer o balanço.
Recorda com entusiasmo os primeiros passos, evoca com saudade os companheiros de uma aventura que chegou a bom porto. É também tempo de lembrar os obstáculos que ao largo de décadas se ergueram ao longo do caminho que percorreu.

«SÃO ANOS DE LUTA PARA SE CONSEGUIR MELHORAR»

Ordem dos Médicos — *Dr. Lopes Soares porque escolheu a anestesia, uma disciplina que era novidade em Portugal?*

Dr. Lopes Soares — Bem, inicialmente eu estava na cirurgia onde fiz o internato. Estávamos no fim da guerra de 39/45 e, em nenhum país da Europa, com excepção da Inglaterra, havia anestesistas especializados. Havia anestesia, mas não anestesistas. Nessa altura alguns cirurgiões portugueses que, passado o período da guerra, começaram a sair ao estrangeiro, descobriram que nos blocos operatórios existia uma nova especialidade. Essa especialidade contribuía de forma decisiva para a evolução da cirurgia. Era uma época em que a cirurgia se preparava para dar um grande salto qualitativo e precisava do suporte da anestesia para o seu desenvolvimento. Esta situação levou a que alguns cirurgiões portugueses, nomeadamente, o Prof. Francisco Gentil, o Prof. Reynaldo dos Santos, o Prof. Cid dos Santos, o Dr. Mário Conde, o Prof. Adelino Costa, o Dr. Silva Araújo, o Dr. Mendes Ferreira, para só citar alguns, fizessem despertar nos médicos mais jovens que constituíam as suas equipas cirúrgicas, o interesse por a eventual especialização no estrangeiro em anestesiologia. E, eu fui um dos que, ainda no início da minha carreira, abandonei a cirurgia para ingressar na anestesia.

«Havia a ideia de que a anestesia era só para tornar possível a cirurgia e, a pouco e pouco, com o correr dos anos, esse conceito foi-se alargando.»

— *Mas as práticas de anestesia já existiam desde o século passado?*

L.S. — Sim, já se fazia anestesia há muitos anos. Desde 1847 que em Lisboa e um pouco por todo o país se faziam com base no éter e no clorofórmio. Depois, quando começaram os anestésicos intravenosos, também se foram adoptando, mas eram sempre técnicas praticados com um fim de experimentação clínica. Não havia quem praticasse a anestesia como profissão, uma vez que estava entregue a estudantes de medicina ou enfermeiros e muitas vezes a criados dos blocos operatórios, seguindo a orientação dos cirurgiões.

É evidente que essa situação não servia, a partir de determinada época, e daí o apoio e entusiasmo que o grupo de cirurgiões que citei, deram aos jovens que abraçaram esta nova especialidade.

— *Como se processou o vosso processo de especialização?*

L.S. — Para os primeiros anestesistas portugueses o ingresso na especialização fez-se à custa de uma deslocação ao estrangeiro, sobretudo a Inglaterra, mas outros médicos foram aos Estados Unidos e à Argentina. Nesses países aprendemos as bases técnicas e a filosofia da especialidade.

— *E o regresso a Portugal como se verificou?*

L.S. — Fomos chegando dos vários países entre 1946 e 48. Os primeiros tempos foram difíceis visto que se tratava de uma especialidade muito dependente de equipamento que não existia nos nossos hospitais. Foram os anestesistas que tiveram de adquirir no estrangeiro os seus equipamentos, com os quais serviram os hospitais. Tínhamos de levar praticamente todo o equipamento, incluindo cilindros de oxigénio, nessa altura ainda muito raros nos hospitais. Foi um pouco à custa de todo este empenho que os serviços hospitalares e os doentes começaram a beneficiar de uma anestesia moderna, eficaz e muito mais segura para os doentes.

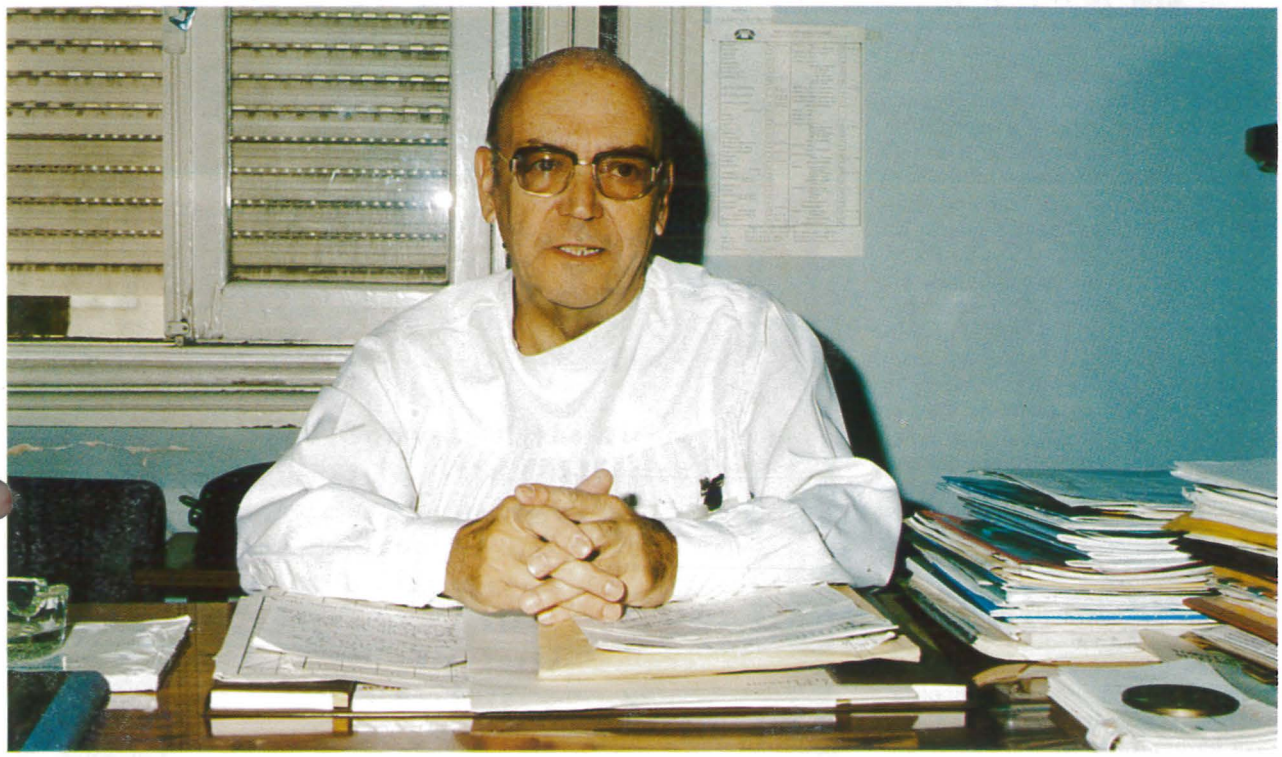
— *Mas se já era interno de cirurgia, porquê a opção pela anestesia?*

L.S. — Pessoalmente eu segui uma orientação que já estava implementada em Portugal, que era os anestesistas sairem do grupo de ajudantes de determinados cirurgiões. Logo no princípio pareceu-me que a especialidade, embora inexistente em Portugal, teria muito interesse, pois era um vasto campo por explorar, e isso levou-me a interromper a minha actividade cirúrgica totalmente, para me dedicar à anestesia. Fui para Inglaterra, estive em Londres, Edimburgo e Oxford, fiz o meu treino, criei ligações profissionais e afectivas, e regressei a Lisboa ao Hospital de Santa Marta, ainda hospital escolar. Desde essa altura, que cem por cento da minha actividade profissional foi dedicada à anestesia.

— *Nessa altura os hospitais não estavam preparados e dotados para receber os anestesistas. Como foi a vossa inclusão?*

L.S. — Inicialmente houve anestesistas a trabalhar nos hospitais, ou como internos ou como voluntários. Isso aconteceu durante muito tempo, pois os quadros hospitalares não tinham lugares abertos para esta especialidade. O primeiro serviço de anestesia foi criado no Porto, pelo meu colega Ruella Torres, que quando regressou de Inglaterra conseguiu que no Hospital de Santo António criassem o primeiro serviço autónomo, do qual foi director. Em Lisboa, a situação era algo diferente: criavam-se lugares avulsos, mas não serviços. Foi o Hospital da Marinha, o primeiro estabelecimento a ser dotado de serviço autónomo. Nos Hospitais Civis o processo foi mais lento; também se abriram lugares, primeiro para internos graduados e depois para assistentes hospitalares, mas na dependência das direcções clínicas. Havia a ideia de que a anestesia era só para tornar possível a cirurgia e, a pouco e pouco, com o correr dos anos, esse conceito foi-se alargando. O anestesista, para além da sua actividade propriamente ligada à cirurgia no bloco operatório, começou a ter um papel importante na preparação pré e pós-operatória. Depois criaram-se as consultas de anestesia, onde os doentes candidatos à cirurgia eram observados e encaminhados. E nos anos sessenta, começou a aparecer a ideia da reanimação e, foram muitos os anestesistas recrutados para aquele serviço, hoje transformado nos cuidados intensivos. A anes-

«Da vida profissional não me posso queixar, pois correu normalmente, tive uma compensação que julgo que ultrapassa de longe tudo o que de menos bom aconteceu.»



tesia tem também um papel fundamental nesse sector.

A última aquisição para os serviços de anestesia tem sido a abertura de consultas de dor e terapêutica da dor crónica para doentes, sobretudo do foro oncológico, cuja situação ultrapassou as possibilidades da cirurgia e da quimioterapia. Isto só para dar uma ideia de algumas das actividades a que os anestesistas se dedicam, cujo campo é vasto.

— *Houve alguma razão especial que o tenha levado a estudar medicina?*

L.S. — As vocações muitas vezes são despertadas por pequenos factos difíveis de explicar. Eu não tive nenhum médico na família, mas mantinha relações de amizade muito profundas com um médico que admirava. Penso que foi essa a razão que mais influenciou a minha ida para medicina. No dia em que estava prestes a terminar o liceu tive de optar e, confesso que não foi uma opção por vocação, mas também nunca pensei seguir qualquer outra profissão. Matriculei-me nos preparatórios de medicina, frequentei um ano a Faculdade de Ciências e depois fiz o meu curso com uma certa regularidade tendo terminado ao fim de cinco anos.

— *E depois como foi toda a sua vida hospitalar?*

L.S. — Comecei a minha actividade como interno do internato geral nos hospitais civis. Interrompi porque fui mobilizado durante a guerra para os Açores, onde estive como elemento de uma equipa cirúrgica no Hospital da Horta (Faial). De novo em Lisboa, retomei as minhas actividades de cirurgia mas passado pouco tempo tomei a decisão de me especializar em Anestesia partindo para Inglaterra. Concorri a uma bolsa de estudo do Instituto de Alta Cultura para frequentar serviços de Anestesia em Londres, Oxford e Edimburgo. Já como anestesista, regressei ao Hospital de Santa Marta e trabalhei nos serviços dos Professores Reynaldo dos Santos e Cid dos Santos.

«São anos de luta para se conseguir melhorar uma instalação ou melhor, um equipamento. Isso dá-nos uma sensação de frustração que quando novos ultrapassamos com entusiasmo.»

director de serviço de anestesia do Hospital do Ultramar, hoje Egas Moniz, onde permaneci seis anos. Quando os Hospitais Civis criaram os primeiros lugares de anestesistas, (internos graduados e depois assistentes) concorri e aqui fiquei, primeiro no Hospital de D. Estefânia e mais tarde nos Capuchos.

— *Sendo a anestesia uma disciplina tão complexa, como é processado o seu ensino?*

L.S. — Em primeiro lugar, devo dizer que nunca as entidades tutelares, quer os Ministérios da Saúde e Educação, quer as entidades administrativas ligadas ao hospital, se preocuparam com o ensino da anestesia. O que se conseguiu fazer neste campo foi sempre à custa dos anestesistas que cedo perceberam que um dos passos importantes para o progresso da anestesia era precisamente instituir o ensino. A única entidade que embora de forma genérica se interessou, que estabeleceu exames e a duração dos estágios, foi a Ordem dos Médicos.

A situação hoje porém, a nível hospitalar está bastante bem. O ensino está organizado e em várias instituições de Lisboa, Porto e Coimbra e nalguns hospitais distritais, particularmente, em Braga e Setúbal, organizam-se cursos anuais ou temporários de anestesia. No princípio da década de 80 a CEE estabeleceu as bases do ensino, com uma programação de matérias e uma fixação do tempo de estágio. Nós adoptamos este sistema de ensino que temos seguido regularmente, com todo o rigor.

A nível da Faculdade de Medicina não existe uma cadeira de anestesia, embora haja já dois anestesistas em Portugal com carreira universitária. Essa situação compreende-se em certa medida, uma vez que os curriculos dos estudantes de medicina estão extremamente sobrecarregados e é muito difícil incluir mais cadeiras. A anestesia pode, no entanto, ser uma cadeira de opção, como por exemplo é a cirurgia plástica.

— Qual é o panorama actual da anestesia?

L.S. — A situação actual é de certa forma de expectativa. Após a segunda guerra mundial, nasceu a especialização nesta área da medicina. Durante muitos anos, a anestesia impôs-se à custa de um importante trabalho realizado. Em Portugal com a guerra do Ultramar, outro surto veio a verificar-se. Os serviços de saúde militar, em geral melhor organizados, necessitavam de anestesistas em grande quantidade, o que levou à formação acelerada de anestesistas ou à mobilização de médicos ainda em pleno período de estágio.

Foi um passo importante porque obrigou muitos médicos a enveredarem pela anestesia até porque poderiam ficar fixados num determinado hospital, em vez de irem para o mato.

Hoje existem muitas dificuldades nos hospitais, com falta de anestesistas, pois as actividades têm aumentado, operando-se mais, doentes mais complicados e o serviço é completamente diferente daquele que se verificava há quinze anos. Durante alguns anos com a entrada maciça de internos, os serviços viviam da sua colaboração. Neste momento o número de internos foi drásticamente reduzido e passámos a ter dificuldades.

— No entanto e, apesar dos progressos que se tem verificado no âmbito da anestesia, esta especialidade apresenta elevados índices de morte por doente. Porquê?

L.S. — Todo o acto médico encerra em si um perigo. Os actos médicos mais simples podem transformar-se em tragédia. A anestesia é particularmente propensa a esses acontecimentos porque lidamos com drogas extremamente potentes e perigosas. De forma que isso traz intrinsecamente um perigo que nós não podemos ignorar e que é tão verdadeiro hoje como há trinta anos. Nalguns aspectos os perigos podem ser maiores porque os fármacos de que dispomos também são mais potentes e consequentemente mais graves na aplicação humana. Por isso a anestesia é uma especialidade que encerra em si um certo risco e, nós temos de pesar muito bem, comparando o benefício que se pode colher com o risco que se vai fazer correr o doente. É um dilema muitas vezes difícil mas que nós temos de aceitar porque também sabemos que aquele será o único caminho que pode levar alguma esperança a doente. Hoje é necessário, sobretudo, ter um conhecimento adequado do doente previamente, por isso a preparação dos anestesistas, não só nas técnicas propriamente de anestesia como dos seus conhecimentos das ciências básicas, é fundamental.

— Quase a terminar uma pergunta sobre uma técnica muito em voga — a acupunctura. Que relação pode ter esta técnica com a anestesia?

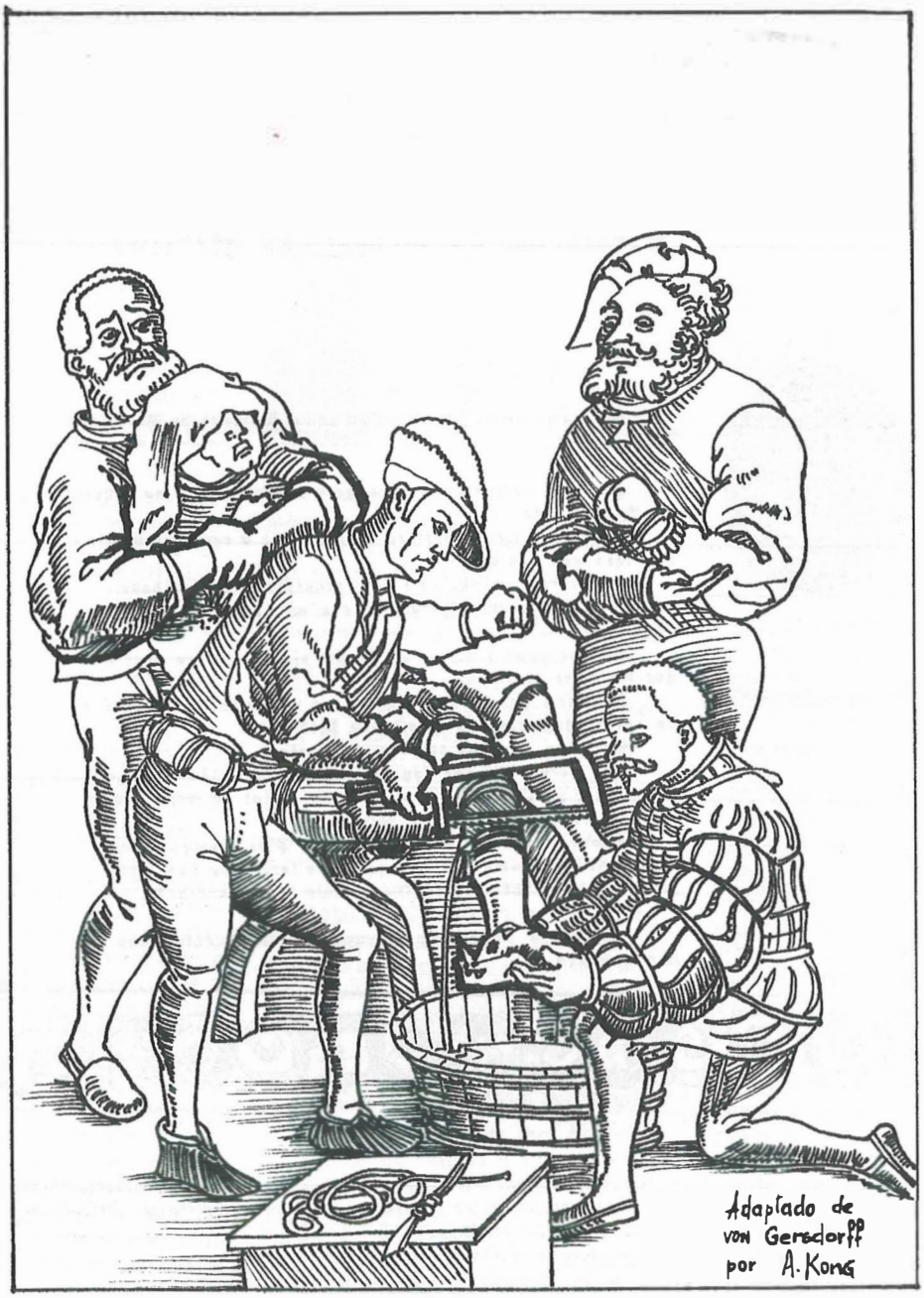
L.S. — Nalgumas situações a acupunctura pode ser útil e até é praticada. É o que se passa em alguns hospitais, sobretudo aqueles que utilizam terapêuticas de dor em que a acupunctura é uma das armas que podemos utilizar com o fim de minorar as dores aos doentes. Não a excluímos e dizemos que terá o seu âmbito com certas limitações. É preciso saber até onde se pode ir, e, sobretudo circunscrevê-la em aspectos que sejam comprovados e controlados. Não podemos de maneira nenhuma deixarmo-nos entrar num domínio em que se ultrapassam as coisas à luz dos que aceitamos com os conhecimentos médicos que dispomos.

— Dr. Lopes Soares como se sente ao fim de quarenta anos dedicados à medicina e quase tantos à anestesia?

L.S. — Sinto que me estou a aproximar do fim da minha carreira, sinto-me um pouco cansado porque, sobretudo quando se tem responsabilidades de organização e administrativas, nós estamos constantemente perante situações completamente frustrantes. Por um lado, porque não conseguimos apoios, e porque qualquer coisa é sempre extremamente difícil de obter. São anos de luta para se conseguir melhorar uma instalação ou melhorar um equipamento. Isso dá-nos uma sensação de frustração que quando novos conseguimos ultrapassar com o entusiasmo que pomos na resolução das coisas, mas que a partir de certa idade começa a cansar. As pessoas e eu, particularmente, senti-me a partir de determinada altura cansado de lutar, ingloriamente quase sempre. Da vida profissional não me posso queixar, pois correu normalmente. tive muitas alegrias, tive uma compensação que julgo que ultrapassa de longe tudo o que de menos bom aconteceu. Digo isto porque foi uma alegria ter visto formarem-se e desenvolverem-se junto de mim, colegas jovens que hoje ocupam lugares importantes da medicina deste país. Amigos e colegas que se conservam ligados a mim e ao Serviço por laços muito fortes que nem a distância nem os anos tem conseguido fazer desaparecer.

Isso é, realmente muito gratificante e tem sido das grandes alegrias que tenho colhido na profissão.

ANESTESIA



EVOLUÇÃO DA ANESTESIA EM PORTUGAL

■ DR.ª LAURA MASSA

A tentativa de insensibilização à dor vem desde os tempos mais antigos. Entre nós, à semelhança do que se passava com outros povos, a embriegués alcoólica e a procura de plantas com acção narcótica, foram prática corrente. O ópio, e nomeadamente a mandrágora, são componentes básicos das beberagens mais largamente usadas, originando um estado de apatia, que facilitava a aceitação de tão dolorosas formas de tratamento. Gabriel Grysley, no «Desengano para a Medicina», em 1676, dá indicações para o uso da mandrágora, aconselhando: «a quem se houver de cortar hum membro do corpo, se põe esta raiz seca em vinho de infusão e bebendo, o paciente não sente a dor».

A ingestão alcoólica e de substâncias narcóticas não era suficiente para a imobilidade do doente durante o acto cirúrgico e a imobilização pela força terá sido uma realidade, como nos refere Jacinto da Costa, em «Elementos Gerais de Chirurgia Médica, Clínica e Legal», em 1813, ao descrever uma amputação da coxa: «promptos os oppositos necessários... e situado o enfermo seguro pela parte posterior por hum ajudante e outro de joelhos pega no pé e perna que se há-de mutilar...».

A cirurgia constituiu, certamente, um forte factor de stress para a Humanidade, até ao aparecimento da anestesia, que só vem a verificar-se em meados do século XIX, com a utilização do éter e protóxido de azoto.

A ANESTESIA NO SÉCULO XIX

O termo anestesia generaliza-se em 1846, proposto por Oliver Holmes, para caracterizar o estado de «eterização» descoberto por William Thomas Green Morton, na sua demonstração pública de anestesia com éter sulfúrico, em 16 de Outubro de 1846, em Boston, no Massachusetts General Hospital, para a remoção de um tumor da mandíbula por John Collins Warren.

Assim se iniciava a anestesia cirúrgica.

O conhecimento desta descoberta chega a Portugal através de publicações estrangeiras, como o «Illustrated London News» de Janeiro de 1847 e uma tradução do «Le Siecle», também de Janeiro do referido ano, apresentado pelo Jornal da Sociedade Pharmaceutica Lusitana.

O entusiasmo gerado à volta desta descoberta, leva, quase de imediato, à sua experimentação em Lisboa, mais precisamente, em Abril do mesmo ano.

O relato do que pensamos ser as primeiras anestesias pelo éter sulfúrico, é feito por António Maria Barbosa, em artigo inserido no Jornal da Sociedade Pharmaceutica Lusitana, em 1847. Diz António Maria Barbosa, então aluno de Medicina, que a primeira inalação do éter é feita por ele próprio, no Hospital de S. José, sob a direcção de Barral, e a segunda, por um colega seu, não identificado, no Hospital da Marinha, em Lisboa, sob a inspecção de Bernardino António Gomes. A estas experiências seguem-se diversos actos cirúrgicos, sob «eterização», no Hospital de S. José, sendo o primeiro a registar uma extracção dentária, na enfermaria de S. Miguel, por Lourenço António Correia, seguindo-se um «cirro do peito», por Klerk, na enfermaria de Santa Margarida.

A 4 de Maio de 1847, em sessão da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, é abordado o tema da anestesia cirúrgica pelo éter, e Joaquim Teotónio da Silva, enumerando as experiências no Hospital de S. José, propõe que este tema seja tratado cientificamente. A Sociedade reconhece a importância do facto e decide que se recolham todas as observações e notícias científicas sobre o éter, para análise posterior.

O apoio dado pela Sociedade estimula a continuação das experiências e dá origem ao aparecimento de diversas comunicações e debates, contribuindo assim para a divulgação no país deste método anestésico.

No final do ano de 1947, chega até nós a notícia de um novo anestésico geral, o clorofórmio, publicada no «Daily News» de 17 de Novembro e do «Union Medical» de 24 do mesmo mês. A simplicidade da sua aplicação e as suas características clínicas, gera um certo entusiasmo, iniciando-se, pouco tempo depois, a sua experimentação em Lisboa, sendo a primeira «cloroformização» realizada a 12 de Janeiro de 1847, por António Gomes Filho, para a excisão de um tumor da coxa, executado por Barral, no Hospital de S. José, na enfermaria de S. Francisco.

O uso deste anestésico generaliza-se a outros pontos do país passando a ser o anestésico de eleição. A sua preferência pelos cirurgiões da época é bem expressa em artigo do Prof. Mota, publicado no Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, em 1862, que sintetiza as razões pelas quais o éter é preferido: «o chloroformio tem efectivamente um cheiro mais agradável, uma acção mais forte e mais regular que o éter: é menos excitante e mais ahnestésico. Em vez de oito a dez minutos para ahnestesiar bastam apenas algumas aspirações, e em dois minutos se obtém um sono prolongado. Esta acção fácil e regular fez com que o chloroformio desherdasse o ether».

Apesar do clorofórmio ser o anestésico dominante, experimentam-se, no entanto, outros agentes e técnicas

anestésicas, à semelhança do que se passa no estrangeiro. A diferenciação anestésica não é, no entanto, significativa, pois a cirurgia é pouco exigente, e quase não difere da executada nos séculos XVII e XVIII, limitando-se à cirurgia de supefície e alguma cirurgia cavitária, de carácter esporádico.

A ANESTESIA NO SÉCULO XX

No início do século XX assiste-se a uma viragem da técnica anestésica, condicionada pela diferenciação cirúrgica, que inicia o seu aperfeiçoamento a partir do último quartel do século XIX, para o que muito contribuiram a descoberta da anti-sépsia e assépsia e o conhecimento da fisiopatologia da doença.

A anestesia procura adaptar-se às novas exigências cirúrgicas, destacando-se o desenvolvimento da anestesia loco-regional a partir do princípio do século. Se é bem verdade que os progressos da cirurgia foram factor importante na evolução da anestesia, esta também não o foi menos importante no aperfeiçoamento da cirurgia, nomeadamente a partir dos anos 50, com o seu contributo na melhoria das condições operatórias, recorrendo, por vezes, a técnicas complementares, como a hipotermia e a hipotensão induzida e melhorando os cuidados pré e pós-operatórios.

A raqui-anestesia e a anestesia de infiltração são técnicas dominantes e têm o seu período áureo ao longo dos primeiros 40 anos deste século, dada a relativa estagnação da anestesia geral. Esta é alternativa e é dada preferência à inalação do éter, com o aparelho de Ombredanne, nomeadamente após a campanha para a reactivação deste, em 1907, por Reynaldo dos Santos e A. Mac Bride, que levou ao abandono progressivo do clorofórmio.

Apesar da preferência da anestesia loco-regional, vão surgindo, no entanto, algumas modificações da anestesia geral, mas sem expressão significativa até aos anos 30, altura em que são introduzidos novos anestésicos gerais, sendo de destacar a avertina e os barbitúricos. Popularizam-se as narcoses basais, com a administração destes anestésicos pelas vias rectal ou intravenosa, associada ou não à inalação do éter. O anidrido carbónico, reconhecida a sua acção estimulante respiratória, passa a ser um adjuvante anestésico e o protóxido de azoto é usado, embora com carácter esporádico, dado o seu elevado custo e a necessidade de aparelhagem especial para a sua utilização.

É, no entanto, a partir do fim da segunda guerra mundial que se inicia, entre nós, a verdadeira anestesia moderna. A saída de médicos a centros estrangeiros e a sua familiarização com as técnicas de intubação traqueal, facilitada pelo uso de relaxantes musculares, veio permitir a melhoria das condições cirúrgicas e a segurança do doente, com a protecção da via respiratória e a ventilação assistida ou controlada, levando ao declínio da raqui-anestesia, já na fase descendente, pelos acidentes a que dava origem. Surgem também os aparelhos de anestesia, inicialmente introduzidos no país pelos médicos que se deslocavam ao estrangeiro e generaliza-se o uso do ciclopropano.

Na década de 50, a generalização do uso dos relaxantes musculares, a introdução do halotano e da ventilação mecânica vem modificar profundamente a anestesia geral até aí efectuada.

A partir dos anos 60, o aparecimento de novos anestésicos locais, reactiva um novo interesse pela anestesia loco-regional e a profusão de novos anestésicos gerais intravenosos e de inalação, vem permitir uma maior diversificação técnica. Generalizam-se as técnicas complementares de hipotermia em cirurgia cardíaca, assim como a hipotensão induzida em determinadas áreas cirúrgicas e iniciam-se os primeiros passos na sub-especialização anestésica, como a Anestesia Cardio-torácica e a Neuro-anestesia. A monitorização no per-operatório é outra preocupação do anestesista. Inicialmente limitada a pouco mais que o pulso, tensão arterial não invasiva e diurese, passa progressivamente pela monitorização cardio-vascular invasiva, primitivamente executada por cardiologistas na cirurgia cardíaca, acelerando o seu progresso a partir dos anos 70, sendo possível monitorizar hoje, com segurança, qualquer dos sistemas, incluindo a função cerebral, graças à aplicação galopante da electrónica e da informática, a partir dos anos 80.

Com a diferenciação cirúrgica, solicitando, cada vez mais, cuidados pré e pós-operatórios de maior exigência, o anestesista actual passa a dividir a sua actividade pelas Consultas de Anestesia, Bloco Operatório, Salas de Recobro e Cuidados Intensivos.

A importância crescente no tratamento da dor, leva também o anestesista a dedicar-se a este campo, desenvolvendo técnicas de analgesia no parto e participando, cada vez mais, no tratamento da dor crónica, graças ao domínio da farmacologia e técnicas loco-regionais.

FACTORES MARCANTES NA IMPLEMENTAÇÃO DA ANESTESIOLOGIA EM PORTUGAL

Até meados do século XX, a anestesia em Portugal é, basicamente, dominada pelo cirurgião, que executa as anestesias loco-regionais e orienta a administração dos anestésicos gerais, feita normalmente por enfermeiros, estudantes de Medicina ou jovens Internos de Cirurgia. É graças ao dinamismo de alguns cirurgiões, como Reynaldo dos Santos, Júlio Franchini, Francisco Gentil, Adelino Costa, Silva Araújo, Álvaro Rosas e tantos outros, que a anestesia se vai implementando em Portugal.

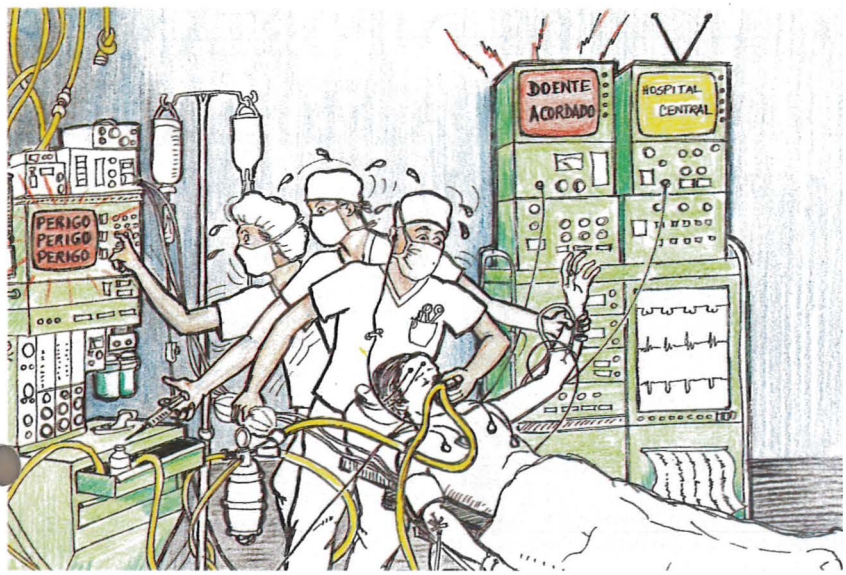
Só a partir do segundo quartel do século XX, alguns médicos portugueses, como Centeno Fragoso e Pinto Ribeiro, começam a dedicar-se à anestesia, e outros procuram obter uma especialização em centros estrangeiros, onde já se pratica a especialidade com elevada qualidade, como Lídia Manso Preto e Augusto Adida Gouveia, que se deslocam a Inglaterra.

É, no entanto, após a segunda guerra mundial, que se vem alterar profundamente o curso da Anestesiologia Portuguesa, para o que muito contribuiu a consciencialização de alguns cirurgiões portugueses que reconheceram a necessidade da existência de médicos que praticassem a anestesia.

A importância atribuída à especialidade atrai para ela outros médicos que passam a exercê-la em exclusividade. Em 1946, Victor Hugo de Magalhães e Mário Santos efectuam estágios em Inglaterra, Lemos gomes desloca-se à Argentina e em 1947 Lopes Soares estagia em Londres, Oxford e Edimburgo. Com o regresso destes médicos e o de outros que lhes seguiram o exemplo e se dedicam totalmente à especialidade, inicia-se um verdadeiro movimento de renovação da anestesia em Portugal, que se liberta, progressivamente, da tutela do Cirurgião, alicerçando-se então, a prática da anestesia moderna.

Em 1950, a Anestesia é equiparada às demais especialidades, com o seu reconhecimento pela Ordem dos Médicos, e a criação de normas para a especialização e obtenção do título, vêm conferir a transição do auto-didatismo e improvisação para a formação com bases científicas.

De importância, também, na dignificação da especialidade, é a fundação da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, instituída como Secção da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, em Julho de 1955, que, com a organização de encontros científicos e



a edição de um periódico dedicado à especialidade, veio facilitar a actualização contínua dos anestesistas portugueses.

A necessidade do ensino da especialidade desde muito cedo se fez sentir entre nós. Em 1947, Lemos Gomes profere uma série de conferências no Hospital de Santa Marta, em Lisboa, a convite do Prof. Francisco Gentil e, em 1948, a convite do Instituto de Alta Cultura, o argentino Italo Nunziata vem realizar um curso teórico-prático, no hospital de Santa Marta, tendo como monitores Lopes Soares e Carlos Silva. Com a criação dos Serviços de Anestesia, estes chamaram a si a preparação teórico-prática dos seus formandos, nomeadamente nos Hospitais Centrais, com a elaboração de cursos teóricos ao longo do Internato de Especialidade, e tutelando a sua preparação prática na rotação pelas diversas valências cirúrgicas.

Até 1947/48 só existem nos hospitais anestesistas trabalhando voluntariamente ou com o título de Assistente ou Interno de Cirurgia. O primeiro lugar oficial de anestesista surge no Hospital da Marinha, em Lisboa em 1947, ocupado por Mário Santos, após o seu regresso de Inglaterra, e só mais tarde, por portaria de 15 de Setembro de 1953, são regulamentados os concursos de provimento de lugares de Internos Graduados e Assistentes de Anestesia, nos Hospitais Civis de Lisboa.

A abertura de Serviços hospitalares de Anestesia, fundamental para a elevação dos serviços prestados e a criação das condições humanas e materiais para o ensino, é uma necessidade que se faz sentir já, nos anos 40.

Longo tempo passou desde a criação do que foi o primeiro Serviço de Anestesia, no Hospital de Santo António, no Porto em 1948, dirigido por Ruella Torres, até à generalização dos Serviços, tal como existem actualmente. Na década de 50 e princípio dos anos 60, outros Serviços se lhe seguiram em Lisboa, Porto e Coimbra, mas a sua verdadeira implantação no país só surge a partir de 1968, com o Estatuto Hospitalar.

A recente criação da docência universitária da Anestesiologia, vem, de certo modo, resolver parte do problemas sentidos na execução do ensino teórico pós-graduado e da investigação científica, possibilitando uma melhor orientação pedagógica e programas de investigação de elevado nível.

A realização do ensino pré-graduado, embora de criação tardia, é já uma realidade entre nós; ele vem permitir um melhor conhecimento do que é a anestesia, atraindo para ela novos candidatos. Em Lisboa, surge como disciplina opcional, em Agosto de 1982 e o seu ensino inicia-se em Dezembro de 1986, sendo o seu primeiro professor Pinheiro de Almeida. No Porto, a realização deste ensino tem lugar em Dezembro de 1987, integrado em cadeiras de âmbito geral, com Jorge de Castro Tavares como professor, e, em Coimbra, tem início em 1988/89, como disciplina opcional, regida por Anselmo Carvalhas.

Ao atingir este seu último estadio de desenvolvimento, a Anestesiologia Portuguesa, que muito deve ao esforço de todos os que desde o início da sua implantação lhe devotaram a sua dedicação, vê assim coroados de êxito esses esforços individuais. Atingida a maturidade mais lentamente que noutros países de maiores recursos, importa agora que todos os que, neste momento e no futuro, dediquem a sua actividade profissional à Anestesiologia, o façam com o maior entusiasmo e dedicação, de modo a que a valorização da especialidade seja uma constante.

Este breve resumo da evolução da anestesia em Portugal é baseado num trabalho que vem sendo desenvolvido no Serviço de Anestesia do Hospital de Santo António dos Capuchos, coordenado por:

E. Lopes Soares
Solange Quintal
A. Santos Costa
Laura Massa

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALTAZAR, LUÍS F. M. — Os inícios da prática da anestesia geral em Portugal. *Tese de licenciatura.* Fac. Med. de Lisboa, 1960.

BARBOSA, ANTÓNIO M. — Inhalações do ether. *J. Soc. Pharmaceutica Lusitana,* tomo IV, 1847.

COSTA, ADELINO — Anestesia por inalação no passado e no presente. *J. Soc. Cienc. Médicas de Lisboa,* tomo CX, 10, 1946.

COSTA, JACINTO — Elementos gerais de Chirurgia Médica, Clínica e Legal. Lisboa, 1813.

CARVALHO, AUGUSTO S. — Introdução à anestesia pré-operatória. *J. Soc. Cienc. Médicas de Lisboa,* tomo CX, 10, 1946.

FRAGOSO, CENTENO — Pequena história da anestesia. *Livr. Clássica Edit.,* Lisboa, 1943.

Relatório de trabalhos da Soc. Cienc. Médicas de Lisboa no ano científico de 1846/47. *J. Soc. Cienc. Médicas de Lisboa,* tomo I, 2.ª série, 1847.

ROBISON, VICTOR — Victory over pain. 1.ª ed., *Sigma Books Ltd.,* London, 1947.

SACADURA, S.C. — A anestesia na antiguidade. *Acad. das Cienc. e Soc. Cienc. Médicas de Lisboa, 1947.*

SANTOS, MÁRIO — Investigações anestésicas durante a última guerra - algumas técnicas utilizadas entre nós. J. Soc. Cienc. Médicas de Lisboa, Jan., 1947.

SANTOS, REYNALDO — Evolução geral da anestesia. *Amatus Lusitanus,* vol. 5, 9-10, 1946.

SOARES, E. LOPES — Algumas considerações a propósito do reconhecimento da Anestesiologia como especialidade. *J. do Médico,* XVI, 408, 1950.

INFORMAÇÕES PESSOAIS

— Almeida, António Pinheiro
— Araújo, Manuel Silva
— Carvalhas, Anselmo
— Costa, Júlio
— Gomes, Hugo
— Gonçalves, Joaquim
— Guimarães, Carlos
— Parente, Carminda
— Preto, Lídia Manso
— Soares, E. Lopes
— Tavares, Jorge Castro
— Tenreiro, Carlos
— Torres, Pedro Ruella
— Vila-Lobos, José João

TRÊS ACONTECIMENTOS IMPORTANTES NO DESENVOLVIMENTO DA MODERNA ANESTESIA EM PORTUGAL

■ **DR. E. LOPES SOARES**

E. LOPES SOARES, F.F.A.R.C.S.
Director do Serviço de Anestesia do
Hospital de Santo António dos Capuchos

Antes da II Guerra Mundial não havia em Portugal, como aliás em nenhum outro país da Europa, com excepção da Grã-Bretanha, médicos especializados em Anestesiologia.

Mas a catástrofe de 1939/45 provocou uma espectacular explosão da especialidade em resultado das enormes necessidades dos serviços médicos militares. Um pouco por todos os países se sentiu quanto era imperioso fomentar a formação de especialistas de Anestesia e promover a implantação da Anestesia como nova especialidade médica.

Por outro lado, o desenvolvimento de algumas especialidades cirúrgicas, particularmente a cirurgia torácica e neurocirurgia e a realização de intervenções cirúrgicas cada vez mais audaciosas em doentes de grande risco, tornava indispensável a especialização em Anestesia. Os cirurgiões que sentiram esta necessidade foram, de certo modo, os grandes impulsionadores da especialidade.

De entre os cirurgiões portugueses que maior influência tiveram no lançamento da Anestesia em Portugal devemos destacar os Profs. Almeida Lima, Francisco Gentil, Reynaldo dos Santos, Cid dos Santos e Adelino Costa e os Drs. Jorge Silva Araújo e Mendes Ferreira.

Foi por sua influência que partiram para o estrangeiro para fazer o seu treino básico em Anestesia os primeiros médicos portugueses que decidiram dedicar-se a esta especialidade: Lídia Manso Preto, Augusto Adida Gouveia, Vitor Hugo de Magalhães, Carlos Silva, Lemos Gomes, Tamagnini Barbosa, David Benoliel, Virgínia de Abreu e nós próprios.

Foi deste grupo inicial que partiram todas as iniciativas que levaram ao reconhecimento da Especialidade de Anestesiologia pela Ordem dos Médicos e mais tarde à fundação da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia.

Em Setembro e Outubro de 1948 esteve em Lisboa, por iniciativa do Instituto de Alta Cultura, regendo um Curso de Anestesia o Dr. Italo Nunziata, de Buenos Aires. Esse Curso teve lugar no Hospital Escolar de Lisboa que ao tempo funcionava no Hospital de Santa Marta e teve um êxito assinalável, atraindo numerosos médicos de Lisboa e Porto, que seguiram com o maior interesse as lições que aquele Colega argentino dava todas as manhãs, seguidas de demonstrações práticas em que era coadjuvado por Carlos Silva e por nós.

Os pioneiros da anestesiologia em Portugal

A Italo Nunziata ficámos a dever, entre muitas outras coisas, a ideia de nos lançarmos imediatamente na iniciativa da criação de uma Sociedade de Anestesia que fosse um núcleo aglutinador das actividades até aí dispersas dos Anestesistas portugueses e que fosse, ao mesmo tempo, o nosso órgão representativo quer a nível nacional, quer a nível internacional.

O grupo inicial de Anestesistas foi-se entretanto alargando. Ainda nesse ano, outros Colegas, como Rapôso de Sousa, José Joaquim Bajardo e Ruella Torres, do Porto, regressaram do estrangeiro.

A 15 de Fevereiro de 1949, um grupo constituído por Carlos Silva, David Benoliel, Lopes Soares, Raposo de Sousa, Lemos Gomes, Tamagnini Barbosa, Mário Santos, Victor Hugo de Magalhães e Virgínia de Abreu delegaram numa Comissão composta por Carlos Silva, Lopes Soares e V. H.

Magalhães, a apresentação de um requerimento dirigido ao Governador Civil de Lisboa, pedindo a criação da S.P.A. Este requerimento foi acompanhado dum projecto de Estatutos em cujo artigo 13.° eram apontados como sócios fundadores os nove Colegas atrás mencionados. Na mesma data, foi entregue um requerimento no Instituto de Alta Cultura, pedindo o patrocínio daquele Instituto para a projectada Sociedade Portuguesa de Anestesia.

Todavia, o nosso requerimento não foi deferido, uma vez que o Instituto de Alta Cultura, consultadas as três Faculdades de Medicina, foi de parecer, que não estando ainda a Especialidade reconhecida pela Ordem dos Médicos, não havia lugar para a criação de uma Sociedade independente.

Isto fez voltar ao primeiro plano das nossas preocupações o conseguir o reconhecimento da Especialidade pela Ordem dos Médicos.

Aliás, já uma primeira tentativa tinha sido feita, quando em 30 de Abril de 1948 foi entregue ao Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos uma exposição pedindo o reconhecimento da Especialidade e assinada por Carlos Silva, David Benoliel, Lopes Soares, Lemos Gomes, Décio Ferreira, Borja Araújo, Lídia Manso Preto, Tamagnini Barbosa, Mário Santos, Centeno Fragoso, Victor Hugo Magalhães e Virgínia de Abreu.

Não tendo sido deferido o nosso pedido, foi resolvido em Janeiro de 1950 enviar ao Conselho Geral da Ordem dos Médicos uma segunda exposição pedindo o reconhecimento da Especialidade de Anestesiologia.

Em resposta enviada em 27 de Janeiro de 1950, o Conselho Geral da Ordem informava que tinha aceite a criação da nova Especialidade, embora esta deliberação carecesse de aprovação superior. Como demorasse a prometida confirmação, em 15 de Maio de 1950 enviámos ao Conselho Geral da Ordem uma terceira exposição assinada por Carlos Silva, Lopes Soares e V. H. Magalhães.

Finalmente em sua reunião de 17 de Junho de 1950, o Conselho Geral aprovou a criação da Especialidade de Anestesiologia e definiu as condições a que deveriam obedecer os candidatos que pretendiam ser admitidos de imediato no «Quadro da Especialidade».

Com o reconhecimento pela Ordem dos Médicos da Anestesiologia como Especialidade, conseguimos o nosso 1.° grande objectivo e com ele a existência de um Quadro de Especialistas, de uma Comissão de Anestesiologia na Ordem e o estabelecimento de exames obrigatórios para a obtenção do título de Especialista em Anestesiologia.

A primeira reunião ordinária da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

Pudemos, a partir daqui, dirigir os nossos esforços para a criação de uma Sociedade de Anestesiologia.

Já vimos como uma primeira tentativa feita em 1949 se tinha malogrado, o que nos levou a procurar outras soluções. Por coincidência pelo ano de 1954 a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa (S.C.M.L) sob a presidência do Prof. Xavier Morato estava altamente interessada em alargar o âmbito das suas actividades através da criação de secções de Especialidades às quais eram oferecidas a par de uma grande independência orgânica, facilidades para a sua rápida fundação e ainda instalações, serviços de secretaria, etc.

Decidimos aproveitar as facilidades oferecidas e promover imediatamente a criação de uma Sociedade Portuguesa de Anestesia, como secção da S.C.M.L.

Os Estatutos da S.C.M.L. exigiam que o requerimento que solicitasse a criação de uma nova secção fosse assinado pelo menos por 10 sócios titulares. De acordo com esta exigência estatutária, 15 sócios titulares da S.C.M.L., todos exercendo à data as suas actividades médicas como Anestesistas, dirigiram uma petição à Direcção da S.C.M.L. solicitando a criação de uma secção de Anestesiologia, naquela Sociedade, sob a designação de Sociedade Portuguesa de Anestesiologia.

A Assembleia Geral da S.C.M.L. realizada em 12 de Julho de 1955 discutiu o pedido de criação da secção de Anestesiologia, mas deparou com um obstáculo representado pelo art.° 47.° dos Estatutos, que obrigavam a Direcção a só apreciar a proposta depois de ouvido o parecer do Conselho Consultivo daquela Sociedade. Esta dificuldade foi contornada por uma proposta apresentada pelo consócio Eduardo Neves, Tesoureiro da S.C.M.L. secundado pelo consócio Fernando Correia, da Comissão Revisora de Contas, que pediram dispensa da aplicação do art.° 47.°. Aceite por unanimidade esta proposta, foi imediatamente posta à votação e aprovada por unanimidade a criação da S.P.A. Assim fundada em 12 de Julho de 1955 a S.P.A., Secção de Anestesiologia da S.C.M.L.

Convocada pouco tempo depois a 1.ª Assembleia Geral da S.P.A., foi eleita a sua 1.ª Direcção com a seguinte constituição:

Presidente, Lopes Soares; Secretário, Hugo Gomes e Tesoureiro, Mário Santos.

Foram também eleitos o delegado oficial e o delegado substituto à Assembleia Geral da Federação Mundial das Sociedades de Anestesiologistas, respectivamente Lopes Soares e Raposo de Sousa.

No Congresso Mundial que em Setembro desse mesmo ano se realizou em Scheveningen, na Holanda, e em que foi fundada a World Federation of Societies of Anaesthesiologists (W.F.S.A.), a S.P.A. esteve representada e foi, em consequência, uma das 26 sociedades fundadoras.

A S.P.A. que iniciou assim, da melhor maneira, as suas actividades, estando presente no acto da fundação da W.F.S.A., cedo desencadeou uma série de acções que rapidamente a impuseram no meio médico português e até a nível internacional.

A primeira reunião científica da nossa Sociedade teve lugar a 16 de Novembro de 1955 e teve como convidados Cecil Gray, da G.B. e Meyer Saklad, dos E.U.A. Cecil Gray era ao tempo leitor de anestesia da Universidade de Liverpool, Presidente da secção de Anestesia da Royal Society of Medicine de Londres, Vice-Dean da Faculdade de Anestesia do Royal College of Surgeons e Editor do British Journal of Anaethesia. Cecil Gray fez na nossa Sociedade uma conferência sobre «Hipotermia provocada, suas aplicações na prática clínica».

As actividades da nossa Sociedade continuaram não só com reuniões com participantes portugueses, mas também com colegas estrangeiros de reconhecida competência e renome mundial. Recordo a presença ao longo dos anos de Ernest Kern, Rudolf Frey, Guy Vourc'h, P. Herzog, B. G. B. Lucas, Francis Foldes, Marc Swerdlow, P. Mollaret, Lester Mark, Luís Agosti, J. J. Pocidalo, M. K. Sykes, Armando Fortuna, John Robinson, Alfredo Arias, Michel Sabatié, Martin Zindler, Seldwyn Crawford, W. D. Wylie, Percy Cliffe, Muls, M. Gemperlé, Kay, Elio Membrado, Jan Crul, Stanley, Feldman, Roy Simpson, entre outros.

A partir daqui a vida da nossa Sociedade, ganhou uma dinâmica própria assinalada sempre por actividades que marcaram fortemente a Especialidade.

Destacamos em 1.° lugar a importância que sempre demos à vinda de Colegas estrangeiros de reconhecida capacidade profissional e alta craveira intelectual. Já antes da fundação da S.P.A. tínhamos tito, aliás, esta preocupação e assim entre 1948/50 visitaram-nos e proferiram conferências na Ordem dos Médicos, no Hospital de Santa Marta e no Instituto Português de Oncologia, Sir Robert Macintosh e Sir Geoffrey Organe e Robert Machray, que acompanhou a equipa do famoso cirurgião torácico inglês Sir Clement Price Thomas.

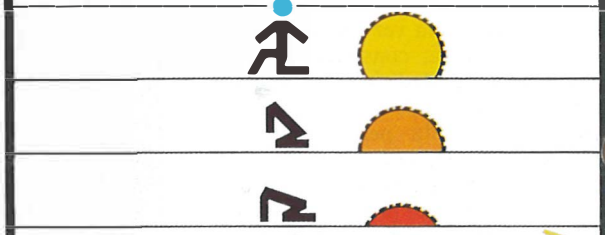
Por último, quero assinalar a fundação da Federação das Sociedades de Anestesiologia dos Povos de Língua Portuguesa, em colaboração com a Sociedade Brasileira de Anestesiologia, em S. Paulo, 1964.

Este foi um dos mais notáveis acontecimentos na vida da S.P.A., o qual muito se ficou a dever ao entusiasmo e idealismo de J. J. Cabral de Almeida, no Brasil e de Hugo Gomes, em Portugal. À sua perseverança e à inabalável fé que depositaram no futuro da comunidade luso-brasileira, se deve essa grande realização que é a Federação das Sociedades de Anestesiologia dos Povos de Língua Portuguesa. A Fundação desta Federação teve ao tempo honras de um acto de pioneirismo e serviu de exemplo a outros grupos que por nós pautaram as suas actuações.

Pelos relevantes serviços que prestaram à S.P.A. é da mais elementar justiça que tributemos a J. J. Cabral de Almeida e a Hugo Gomes a homenagem de que se tornaram credores.

Julgo um imperioso dever de consciência dirigir uma saudação muito especial aos colegas que fizeram parte das sucessivas direcções da S.P.A. e que, mercê do seu entusiasmo, da sua devoção e do seu valor profissional, conseguiram fazer singrar a nossa Sociedade ao longo dos 33 anos da sua existência, com dignidade, com brilho e, em muitos aspectos, com um espírito inovador e criativo, impondo-a ao meio médico nacional.

dumyrox®
normanímico



dumyrox®
normanímico

MALEATO DE FLUVOXAMINA

Tratamento de queixas somáticas funcionais, variáveis de natureza e intensidade, relacionadas com diminuição persistente do humor, com ou sem ansiedade.

- Tem melhoria de acção ao fim de 5 - 7 dias
- Não tem acções cardiocirculatórias clinicamente significativas.
- Não tem efeitos anticolinérgicos relevantes
- Tem boa tolerância
- Posologia cómoda.
- Normaliza o humor sem interferência com as actividades sociais.

Apresentação:
Embalagem com 10 comprimidos
P.V.P. 1.270$00 S.N.S. 50 %
Embalagem com 30 comprimidos
P.V.P. 3.238$00 S.N.S. 50 %

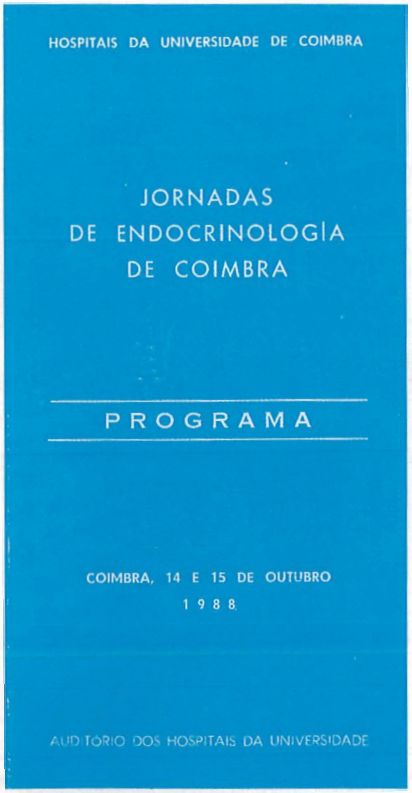
Duphar *A nossa investigação prepara a saúde do amanhã*

Firma proprietária: QUIMIFAR, LDA. (Divisão Duphar)
Av. dos Estados Unidos da América, 53 - B — 1700 LISBOA
Firma Preparadora: S.P.P. Wander — Lisboa

congressos

JORNADAS DE ENDOCRINOLOGIA DE COIMBRA

14 e 15 de Outubro
Local: Coimbra — Auditório dos Hospitais da Universidade
Secretariado: Serviço de Endocrinologia dos Hospitais da Universidade



IX CONGRESSO PORTUGUÊS DE GERIATRIA E V JORNADAS LUSO-ESPANHOLAS DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

19 a 21 de Outubro
Local: Lisboa — Hotel Penta
Secretariado: Dr. Pedro Moura Reis
Tel. 611989 - 614496

III REUNIÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO / II CURSO DE FISIATRIA

28 e 29 de Outubro
Local: Coimbra — Hospitais da Universidade
Secretariado: Serviço de Medicina Física e Reabilitação dos H.U.C.

I CONGRESSO IBÉRICO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E MICROBIOLOGIA CLÍNICA

24 a 28 de Janeiro de 1989
Local: Funchal

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE HEMOGLOBINOPATIAS

SIMPÓSIO SOBRE DREPANOCITOSE:
Epidemiologia, Prevenção, Diagnóstico e Terapêutica

16 a 18 de Novembro
Local: Lisboa — Instituto Nacional de Saúde
Secretariado: a/c Emília Magalhães
INS — Av. Padre Cruz

JORNADA DE ENSINO PÓS-UNIVERSITÁRIO DO CENTRO DE MEDICINA DESPORTIVA DO NORTE

TEMA: A Traumatologia do Tornozelo

16 e 17 de Dezembro
Local: Porto
Secretariado: Rua João Oliveira Ramos, 87
4000 Porto

II JORNADAS DO SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO CENTRO POLICLÍNICO DE ALMADA

11 e 12 de Novembro
Local: Sesimbra — Hotel do Mar
Secretariado: Edifício Satélite
Av. Eng. Duarte Pacheco, 28, 10.°
1000 Lisboa

4.as JORNADAS DE CARDIOLOGIA E HIPERTENSÃO

11, 12 e 13 de Janeiro de 1989
Local: Sesimbra — Hotel do Mar
Secretariado: Centro Policlínico de Almada

SIDA

IV CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

■ Prof.ª LAURA AYRES

De 12 a 16 de Junho realizou-se em Estocolmo a 4.ª Conferência Internacional sobre a SIDA, que reuniu mais de 700 participantes de mais de 138 países diferentes.

Os trabalhos apresentados sob a forma de sessões plenárias (5), ateliers (27), mesas redondas (27) e cartazes (cerca de 2800), cobriram nove áreas de conhecimento diferente — virologia, patogénese/imunologia, terapêutica anti-viral, epidemiologia, prevenção, clínica, aspectos psico-sociais, cuidados de saúde e comunidade e mundo em desenvolvimento. Cada uma destas áreas foi dividida em sub-grupos que abrangiam áreas especializadas dentro das áreas gerais referidas acima.

Não me seria possível e não caberia no curto espaço deste boletim, referir cada um dos trabalhos apresentados o que poderá ser feito consultando os livros de resumos que foram publicados e que podemos pôr à disposição dos interessados. Tentarei apenas dar uma ideia geral da Conferência e indicar, para algumas das áreas consideradas, qual o estado actual dos nossos conhecimentos e os aspectos mais relevantes que sobre elas tenham sido tratados durante a Conferência.

Em termos gerais, impressionou-me — e disso já dei conta em outros trabalhos que escrevi sobre a Reunião de Estocolmo — que a Conferência tenha tomado em conta, não apenas os aspectos científicos da infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana, mas também os aspectos sociais e humanos da doença, faceta que é posta em destaque no próprio logotipo da Conferência e que foi traduzida também no programa «A face da Sida», em que foram apresentados vários trabalhos relativos a actividades em curso que têm como finalidade última evitar a transmissão do vírus e acompanhar os indivíduos infectados pelo VIH ou doentes com SIDA. Por outro lado, impressionou-me a grandeza da Reunião em termos do número de participantes e de trabalhos apresentados e das áreas de trabalho consideradas. Se bem que, pessoalmente prefira reuniões pequenas, que juntem técnicos especializados em áreas limitadas, as reuniões como a de Estocolmo são necessárias para juntar sob o mesmo tecto cientistas de todas as áreas envolvidas no problema e levá-los a compreender que todos são necessários para a sua solução.

A Reunião de Estocolmo, reunindo durante 4 dias cientistas de diferentes países e de diferentes áreas de interesse e formação, constituiu como que o símbolo do esforço global de cooperação que, só ele, poderá fazer levar a bom termo a luta contra a infecção e a doença.

Em particular, tentarei, como disse, dar uma ideia do estado actual do problema em quatro áreas fundamentais — virologia e patogénese da infecção, epidemiologia, terapêutica e prevenção, informação e educação.

De um modo geral, pode dizer-se que nada de muito espectacular saiu da Reunião de Estocolmo. Como disse J. Mann no último dia da Conferência «Não se deram grandes passos, apenas muitos pequenos passos», mas, como acentuou, os avanços científicos são muitas vezes obra desses pequenos passos.

CARACTERÍSTICAS DO VÍRUS E PATOGÉNESE DA INFECÇÃO

De acordo com R. Gallo, a investigação laboratorial sobre a SIDA está numa fase de poucos avanços, o que contrasta com a marcada evolução dos conhecimentos verificados nos primeiros anos das investigações sobre a doença. Graças aos avanços da Biologia Molecular foi possível, num curto espaço de tempo, conhecer a estrutura do vírus e o seu ciclo de vida e alguns dos factores que condicionam o início da sua actividade de replicação. No entanto, há ainda muitos mistérios em relação ao vírus, às células alvo da sua replicação e às respostas do hospedeiro infectado e que importa conhecer para se conseguir uma abordagem racional da terapêutica da SIDA.

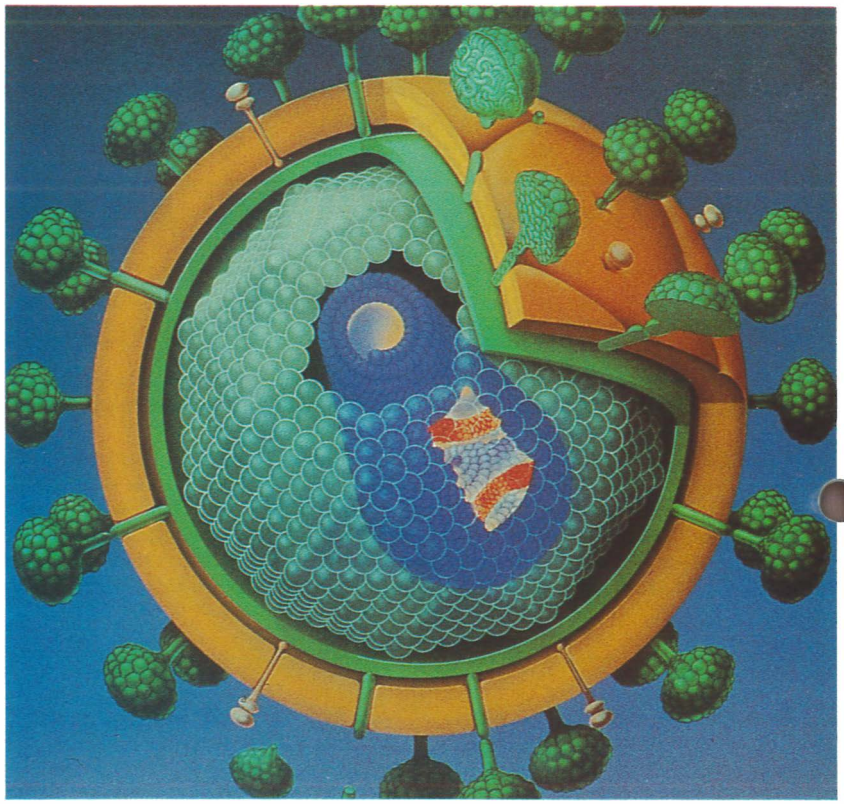
No que se refere ao vírus e à patogenia da doença, é importante dar destaque à possibilidade, actualmente reconhecida, da multiplicação do vírus num indivíduo infectado sem haver produção de anticorpos, isto é, um período em que o vírus é microbiologicamente latente, o que significa que ele integra o seu material genético no DNA da célula mas esse material é inactivo. Esta fase de lactência poderá durar meses, provavelmente o período de vida da célula. Uma técnica nova, recentemente introduzida pela Cetus Corporation e pelo grupo de Schochetman Centers for Disease Control de Atlanta designada por P.C.R. — Polimerase Chain Reaction — A.E.G. (Amplification Enzymatique de gênes) a que preferimos a expressão Amplificação Enzimática de DNA, permite detectar o genoma do VIH sem cultura de vírus. Esta técnica é essencialmente um método que permite copiar simultaneamente as duas tiras complementares de DNA que formam uma sequência. Um oligonocleotido sintético baseado em um dos genes do VIH é utilizado como «primer» para espoletar a reacção, ligando-se ao DNA da célula se a sequência homóloga do vírus está presente. Esta sequência é duplicada repetidas vezes por meio duma polimerase (PCR). Uma vez obtida uma quantidade suficiente, a sequência é detectada por meio de uma sonda DNA. A técnica PCR permite, assim, detectar o provírus no DNA de um linfocito T, por exemplo, muito antes da seroconversão, em teoria imediatamente após a infecção e com quantidades de vírus na amostra, muito pequenas.

As aplicações clínicas desta técnica para a detecção directa do genoma VIH, sem cultura do vírus, serão revolucionárias. Actualmente, o seu interesse reside na possibilidade de identificar quais as crianças nascidas de mães infectadas, portadoras de anticorpos, que estão realmente infectadas, evitando-se, assim, tratar as que são apenas portadoras de anticorpos maternos.

Não é demais acentuar a importância desta técnica que permitirá evitar o tratamento de crianças portadoras de anticorpos mas não infectadas, como acontece em alguns hospitais americanos e europeus.

A técnica tem permitido, também, verificar que um indivíduo pode estar infectado simultaneamente com várias estirpes de VIH que terá assim uma variação genética muito superior ao que até aqui tem sido descrito.

É de chamar a atenção ainda para a Conferência de Luc Montaguier que falou da «Infecção Oculta» que espera o aparecimento de novas tecnologias (o PCR por exemplo) para a pôr a descoberto. Esta «Infecção Oculta» explicaria factos actualmente de difícil explicação — indivíduos com anticorpos que deixam de os ter, crianças não infectadas, nascidas de mães infectadas, parceiros sexuais de indivíduos infectados e que são serologicamente negativos. Serão realmente negativos ou representam infecções não detectadas? Esta «Infecção Oculta» seria o contraponto da situação em que o vírus floresce, se torna dormente e por razões ainda mal conhecidas volta a estar activo.



EPIDEMIOLOGIA DA SIDA
— SITUAÇÃO ACTUAL

Em relação à evolução da epidemia os números são alarmantes. Quase 100.000 casos de doença notificados por 136 países. 5 a 10 milhões de prováveis infectados, um milhão de casos de doença previstos para dentro de 5 anos. Tendo em conta, por um lado que a doença está intimamente ligada a comportamentos nocivos para a saúde — tóxico-dependência e promiscuidade sexual — sempre difíceis de modificar e, por outro, a falta de uma vacina eficaz para a sua prevenção, estamos certos de que o futuro nos reserva mais más novas antes que a epidemia atinja o seu auge e se acalme.

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e a SIDA, constituem, sem dúvida, o mais importante problema de Saúde Pública dos nossos dias, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, pese embora que em muitos deles haja outros e também importantes problemas de saúde que importa ter em conta.

Em termos de epidemiologia da SIDA os homossexuais masculinos e os tóxico-dependentes continuam a constituir os grupos mais atingidos pela doença. Em relação aos homossexuais em alguns países, nomeadamente os Estados Unidos da América, tem-se verificado um declínio do número de sero-conversões graças, certamente, às campanhas de educação em que os próprios homossexuais tiveram um papel preponderante.

Ao contrário, os tóxico-dependentes constituem um dos grupos de maior risco nos quais a taxa de sero-conversão aumenta em flecha. Sobre este ponto foi acentuado:

— a necessidade da implementação de medidas que possam fazer diminuir o risco da infecção (troca de agulhas e seringas usadas por outras, esterilizadas e programas de tratamento pela metadona como substituto da heroína);
— a necessidade de informação de que o risco é tanto dos indivíduos com formas mais ou menos graves de tóxico-dependência, como dos que trocam seringas ocasionalmente, em busca de mais uma sensação e experiência;
— a necessidade de informação das mulheres infectadas sobre o perigo da transmissão da infecção aos filhos durante a gravidez e o parto.

Foi ainda chamada a atenção para o aumento do número de casos de SIDA em heterossexuais, especialmente de comportamento sexual promíscuo.

No que se refere aos trabalhadores da saúde mais uma vez foi acentuado que é mínimo o risco que estes correm no exercício da sua profissão. No entanto o risco tem de ser assumido e nada justifica as atitudes de discriminação contra os indivíduos infectados ou doentes, fruto, a maioria das vezes, de má informação e conhecimentos insuficientes sobre a doença e as suas vias de transmissão.

PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Se bem que se tenham verificado avanços consideráveis no conhecimento do vírus e da doença, o progresso, no entanto, tem sido pouco no que se refere à solução dos dois problemas de ordem prática mais urgentes — a ausência de um fármaco eficaz para o combate à doença e a falta de uma vacina para evitar a infecção.

No que se refere à prvenção foi acentuado por Gordon Ada as dificuldades ligadas à produção de uma vacina e que são, fundamentalmente, a inserção do DNA viral no DNA da célula hospedeira, a taxa elevada de mutação das proteínas virais e o longo período de incubação da doença durante o qual o indivíduo infectado não apresenta sintomas.

Uma vacina eficaz terá de estimular não só a produção de anticorpos como também a imunidade celular. A maior parte dos indivíduos infectados com o VIH tem uma boa resposta imunitária produzindo anticorpos e células «T-Killer».

No entanto, a imunidade celular não é suficiente para combater a infecção por três razões principais:

— a mutação rápida das proteínas do envólucro;
— a entrada do vírus no hospedeiro dentro de células que podem não entrar em contacto com o anticorpo;
— o crescimento do vírus em macrofagos e monocitos onde desenvolverá uma infecção silenciosa.

Por outro lado, o vírus pode localizar-se em células sequestradas em locais do organismo onde as células «T-Killer» não as atingem, como o sistema nervoso central e a medula óssea. Estes locais «imunologicamente privilegiados» formam um reservatório da infecção.

Estão em estudo vários tipos de vacinas, obtidas por mecanismos de engenharia genética utilizando o vírus da vaccinia (D. Zagury) ou por inactivação do VIH (J. Salk) ou utilizando a proteína do envólucro, gp 16 (Companhia MicroGene Sys).

Em relação à vacina, um outro ponto de discussão ainda não solucionado, refere-se a um segundo receptor para lá do CD4 pelo qual o VIH possa infectar células humanas. Se ele existe isto tem grandes implicações na investigação em curso em que se procura bloquear a capacidade do vírus para se ligar ao CD4.

O progresso no campo da produção de vacinas é seriamente prejudicado pela falta de um modelo animal barato e adequado em que possam ser testadas.

Na sua exposição, Reinhard Kurth da Alemanha Federal fez o balanço dos modelos existentes apontando as suas características que se resumem a seguir:

Os chimpanzés e os gibões, difíceis de obter em grandes quantidades, são os únicos animais susceptíveis à infecção pelo VIH-1. Infectam-se, mas o vírus não é patogénico (R. Kurth).

Os vírus da imunodeficiência dos símios (SIV) provocam a SIDA dos símios (SAIDS) em certos macacos (rhesus e macacos verdes). Estes modelos podem servir para o estudo de vacinas (A. Werner).

O vírus da imunodeficiência dos gatos (FIV) que infecta os linfócitos-T causa a SIDA em felinos (FAIDS). Estas infecções são comuns, o modelo é barato e não são um perigo para o homem. Serão úteis para o rastreio de fármacos anti-virais.

No que se refere a medicamentos é fundamental conhecer o que causa a passagem da fase de latência — longa e sem sintomas — para a segunda fase de replicação viral, para se poder encontrar uma terapêutica antiviral específica.

De acordo com J. Levy, da Universidade da Califórnia, há quatro questões principais a que importa dar resposta para se conseguir uma abordagem racional da terapêutica da SIDA e que são:

— quais são os determinantes virais e celulares da infecção?
— que mecanismos produzem as diferentes estirpes?
— como é que o HIV causa doença?
— o que determina a passagem da infecção para a doença?

Apenas uma meia dúzia de fármacos contra o VIH e a SIDA atingiram a fase de poderem ser testados no homem.

Medicamento eficaz não é tarefa fácil

Na conferência de Estocolmo foram apresentados alguns resultados com o Zidovudine (antigo AZT) ainda no 1.° lugar na corrida para o tratamento da SIDA. Do que foi apresentado pode concluir-se que não será tarefa fácil encontrar um medicamento eficaz sem efeitos colaterais nocivos.

ZIDOVUDINE — Parece ter acção sobre a evolução da doença mas parece haver recaídas ao fim de um ano de tratamento. Em combinação com o Acyclovir parece reduzir a incidência e a gravidade das infecções oportunistas. Foi tentada por alguns investigadores a sua aplicação alternada com dideoxycytidina com o fim de conseguir manter a acção antiviral e, ao mesmo tempo, evitar a toxicidade com qualquer deles. No entanto, os resultados obtidos não se mostraram concludentes.

ÁCIDO FUSÍDICO — Uma equipa de Londres usou este medicamento que, *in vitro*, parece evitar a replicação do vírus e concluíram que a droga não parece ter qualquer efeito clínico, virológico, ou imunológico nos doentes estudados.

PÉPTIDO T — Este medicamento parece não ser tóxico e os doentes a quem foi aplicado referiram menos cansaço do que o habitualmente sentido. No entanto, o trabalho apresentado pelos investigadores americanos não foi feito com placebo, o que impediu a tomada correcta de posições sobre o assunto.

FOSCARNET (Phosphonoformate) — Esta droga inibe a enzima transcritase reversa *in vitro*, mas parece não ter acção *in vivo*.

INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO

A SIDA, já o referimos atrás, constitui o mais importante problema de Saúde Pública dos nossos dias. É uma doença com letalidade praticamente de 100%, com tendência a duplicar em períodos de tempo 10 a 14 meses, atinge indivíduos jovens e para a qual ainda não há tratamento ou vacina eficazes.

Durante a conferência foram largamente focados os aspectos económicos em termos de recursos para a saúde e das implicações da SIDA nos custos médicos, sociais e morais, constituindo estes últimos os pontos mais quentes de todo o problema da SIDA, considerado globalmente.

Se é relativamente fácil conhecer e tentar resolver os problemas económicos, já não é tão fácil conhecer e tentar resolver os morais, sobretudo no que se refere à discriminação dos infectados e à marginalização dos indivíduos em risco. Como é constantemente apontado por Mann os direitos humanos e a Saúde Pública andam de mãos dadas, no que se refere à SIDA.

Foi bem acentuado que a sociedade tem o direito de se proteger sem, no entanto, perder o respeito pelo indivíduo que carrega o fardo, muito pesado e muito doloroso, de se saber infectado. Ao contrário do que se imagina e muitas vezes se preconiza, só a não discriminação ajudará o infectado a, conscientemente e de forma responsável, evitar a transmissão da infecção a outros indivíduos.

A este respeito é importante que se não deixe disseminar e que cause estragos dificilmente reparáveis, o que Michel Kirby, na Sessão de Encerramento da Conferência chamou a terceira variante do vírus da SIDA, o HIL («Highly Inefficient Laws) que se relaciona com as leis altamente ineficazes que alguns países e dentro dos países, alguns políticos e técnicos de saúde puseram ou teimam pôr em prática.

Se bem que não haja tratamento nem vacina eficaz contra a SIDA a infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida pode ser travada por acções de informação e educação adequadas.

No entanto, podemos estar a ganhar uma batalha no laboratório mas a perdê-la na rua, dado que as campanhas de informação/educação não têm conduzido, mesmo nos países onde têm sido realizadas com grande dispêndio de esforço e dinheiro, a modificações substanciais no comportamento dos indivíduos que leve a uma diminuição dos riscos de adquirirem uma infecção.

Dos trabalhos apresentados, se bem que alguns de grande interesse e impacto, torna-se evidente a necessidade de incentivar as campanhas, de as adaptar às características culturais e educacionais de cada país, de envolver nas acções de educação as próprias comunidades e os grupos de risco e de avaliar periodicamente o impacto de tais acções.

Ao terminar este trabalho gostaria de repetir que, apesar da gravidade do problema e dos desafios que a SIDA coloca aos cientistas de todo o mundo nas diferentes áreas em que o problema tem de ser considerado, o esforço global de cooperação, liderado pela Organização Mundial de Saúde, poderá levar a bom termo a luta contra a infecção e a doença.

DOCUMENTOS

Parecer do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos àcerca do Decreto-Lei que fixa as regras para instalação de equipamento médico pesado

Este projecto enferma de erros de base e, a ser aplicado, não só muito provavelmente se revelaria ineficaz como iria provocar distorções graves na cobertura médica do País.

A Ordem dos Médicos reconhece e sente o grave problema que a escalada dos custos médicos representa a nível mundial. No entanto, também reconhece que a sua solução não pode, de modo algum, consistir em cortes arbitrários e pontuais ou no dificultar, por meios burocráticos, iniciativas de progresso.

No projecto em questão substitui-se o conceito de uma planificação coerente por decisões pontuais em que a definição de equipamento médico pesado, pela sua fluidez se pode prestar às mais absurdas interpretações, encerrando potencialidades reais de nepotismo.

A institucionalização de um controlo central à iniciativa privada, à qual o País deve muitos dos progressos no campo da Medicina, constitui um erro grave de princípio e conduzirá forçosamente a uma estagnação em campos em que a morosidade e inflexibilidade do sistema estatal se tem revelado incapaz de ser factor de progresso.

Parece-nos pois que este projecto será de rejeitar. Mais ainda propomos que sejam criadas condições para um estudo aprofundado desta problemática com a participação da Ordem dos Médicos e das outras partes envolvidas.

Comentário ao projecto de Decreto-Lei que regulamenta a Medicina privada por Directores em Instituições Hospitalares

1. A minuta de projecto de diploma que confere a possibilidade aos dirigentes dos Hospitais de neles exercerem clínica privada e a revogação dessa faculdade aos restantes médicos, estabelecida no n.° 15 do art.° 32.° do Decreto-Lei n.° 310/82, enferma de uma imponderação de graves e desastrosas consequências políticas e funcionais.
   1.1. Com efeito, a faculdade concedida, exclusivamente, aos médicos que desempenhem funções dirigentes de exercerem medicina privada no próprio hospital, em colaboração com médicos e pessoal de enfermagem escolhidos, vai criar um privilégio aos doentes desses médicos em detrimento da maioria dos que aguardam em lista de espera, provocando nestes últimos a necessidade de optar pelo recurso a essa clínica privada.
   Tal situação configura-se com a concessão do próprio hospital para implantação de um sistema que se serve do Serviço Nacional de Saúde para fins particulares.
   Fácil é antever o desequilíbrio funcional e o desrespeito pela estrutura e hierarquia hospitalar.
2. O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos defende a fixação dos médicos ao hospital, mas considera que o exercício da clínica privada no Hospital só deve ser autorizado para uns e para outros, após a revisão do actual sistema de saúde.
   2.1. Entende também que mais uma alteração pontual do Decreto-Lei n.° 310/82, numa altura em que se insiste na sua revisão, é, para além de nefasta, inaceitável.