

A Newsletter da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa entrevistou o Professor Doutor António Bugalho de Almeida, Director da Clínica Universitária de Pneumologia e Director Clínico do Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria. O Professor deu-nos a conhecer a Clínica que dirige desde 1999 e que agora deixa por Jubilação.

Newsletter: Senhor Professor, defina-nos por favor a génese da Clínica de Pneumologia, a sua fundação, os fundadores, e os acontecimentos que marcaram esta unidade.

Prof. Bugalho de Almeida: Começo por vos dizer por que escolhi o dia 23 de Julho para data da minha última lição. Porque, a 21 de Julho de 1934, foi publicado o Decreto-lei que constituiu a Clínica de Doenças Pulmonares (CDP), no então Hospital de Santa Marta, sendo Director da Clínica e Regente da Cadeira o Professor Fausto Lopo de Carvalho.

O Professor Lopo de Carvalho veio da Universidade de Coimbra, onde se licenciou e foi nomeado professor, para a FMUL, em 1926, tendo trabalhado com o Professor Egas Moniz, na descoberta da metodologia que possibilitou a execução da Angiopneumografia. Os resultados da investigação foram apresentados em 1931, na Academia das Ciências de Lisboa e na Academia Francesa e foram, de facto, um marco histórico. O Professor Lopo de Carvalho dedicou-se a esta área até ao final da sua permanência na Faculdade de Medicina, ou seja, até ao momento da sua jubilação.

Em 1934, a situação epidemiológica era dominada, na área respiratória, pela tuberculose. No nosso país a tuberculose causava a morte (os dados disponíveis só contemplam a mortalidade) a cerca de 11 000 -13 000 pessoas por ano. Por estes números podemos imaginar o peso da tuberculose!

É através da tuberculose que surge a especialidade que, primeiro, se chamou Pneumotisiologia e, mais tarde, Pneumologia. Para o tratamento dos doentes, que não era farmacológico (estamos falar do início do século XX, e a Estreptomina apareceu em 1944), desenvolveram-se técnicas para injectar ar na pleura, para colapsar as zonas afectadas do pulmão e fazer com que a estas chegasse menos oxigénio (e outros tipos de colapsoterapia, nomeadamente cirúrgica, em que eram removidas costelas, para que se desse o colapso de determinada área do parênquima pulmonar).

Portanto, quando surge a especialidade, esta tinha uma feição médica e cirúrgica, embora, sob o ponto de vista médico, muito pouca coisa houvesse para oferecer aos doentes.

Os doentes eram, nessa altura, sanatorizados. A sanatorização aparece muito antes da descoberta do bacilo de Koch quando, em 1856, Hermann Brehmer decide criar um local para tratamento destes doentes. O que é um pouco “contra-natura”, porque, se no Sul da Europa se pensava que a doença era contagiosa, no Norte, a contagiosidade era contestada. E é na Alemanha que se cria um lugar para os doentes terem “bons ares” e “repouso”, para poderem fazer a “cura”, ou tentativa de cura, da tuberculose.

Os doentes efectuavam períodos de repouso em locais de preferência soalheiros, que se chamavam solários. O Hospital de Santa Maria (HSM) teve um solário e não é por acaso que, quando foi inaugurado, em 1954, as doenças pulmonares se localizavam no último piso, o 9º, ocupando a sua totalidade. Nas alas que fazem ângulo recto com o corpo mais longo desta zona Sul situava-se o internamento das doenças pulmonares não tuberculosas, e a superfície de maior comprimento entre elas era destinado à tuberculose. Portanto, quando, em 1954, o Hospital inicia o seu funcionamento, ainda havia uma componente de “cura” que estes doentes tinham de fazer, como parte integrante do tratamento da sua doença. Mas, em 1954, o modo de os tratar estava a mudar. Porque, com a descoberta da Estreptomicina em 1944, do ácido paraminossalicílico em 1946, da isoniazida e da pirazinamida em 1952, começava a existir tratamento farmacológico para estes doentes.

As doenças pulmonares foram uma das primeiras especialidades a serem transferidas para o novo hospital que, na altura, ainda chegou a ostentar o nome de Escolar, e depois, mercê de circunstâncias políticas, deixou de ser Escolar e passou a ser de Santa Maria, coexistindo com a Faculdade de Medicina a vertente assistencial (dependente de outro ministério), embora esta tivesse sido sempre a dominante. Nos anos 60, quando eu entrei na FML como aluno, já era uma componente que submergia o Ensino.

O Professor Lopo foi o primeiro director da Clínica de Doenças Pulmonares. Teve um assistente doutorado, o Doutor Carlos Alberto Vidal, que fez o seu doutoramento sobre a “Virulência do Bacilo da Tuberculose”, em 1944. Quando aquele jubilou, a Faculdade entendeu que quem devia assumir a direcção do serviço era o Professor Armando Ducla Soares.

O Professor Armando Ducla Soares era internista, um dos nossos maiores internistas (excepcional será o melhor adjectivo), trouxe a sua equipa e o serviço ficou dividido em dois: metade dedicado a Doenças Pulmonares e outra metade à Medicina Interna. Neste período, de 1960 a 1965, o sector respiratório foi liderado pelo Doutor Carlos Vidal.

Nessa altura, o piso 7, onde nos encontramos, estava destinado a unidades de apoio. A Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), antes da reforma de 1911, era uma Escola Médico-Cirúrgica que, segundo o Professor Jaime Celestino da Costa, estava alojada num “barracão”, na cerca do Hospital de São José. Quando é constituída a Universidade, a FMUL foi ocupar instalações próprias, construídas no Campo Santana, apoiou-se no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, no Instituto de Medicina Legal, etc. Começaram a criar-se estruturas que possibilitaram que se saísse de um raciocínio anátomo-clínico, para o que incorpora meios complementares baseados na histologia, no laboratório, na radiologia, etc tornando o acto médico mais científico. Ilustres Mestres da nossa Escola e toda a denominada “ Geração de 1911” foram os grandes impulsionadores desta reforma de mentalidades e do desenvolvimento.

É neste contexto de renovação e de reformulação que aparece a disciplina de Doenças Pulmonares que cria também o seu laboratório. Este incluía a electrocardiografia e a espirometria, técnicas existentes à data. Tinha um espirómetro de Knipping (com o qual ainda trabalhamos no final dos anos 60), que obrigava a que os doentes se deitassem para fazer uma espirometria. Nesta altura, iniciam a sua actividade na CDP colegas como o Dr José Manuel Galvão Lucas, que foi assistente do Professor Lopo de Carvalho, e se dedicou à fisiopatologia respiratória.

Poucos tempo depois, o Dr José Manuel Galvão Lucas publicava (já nos anos 50) os resultados de estudos nesta área.

O Professor Thomé Villar assumiu a regência em 1965. O Professor Thomé fez a sua formação na Faculdade de Medicina de Lisboa. Estagiou, em 1939, com Chevalier Jackson, que foi o investigador criador da broncologia. E, nos anos 40, foi um broncologista muito activo e publicou trabalhos sobre esta técnica. Era médico no Sanatório D. Carlos I e no Caramulo, para além de integrar a equipa do Professor Arsénio Cordeiro. Fez concurso para Professor Extraordinário, em 1965, e a FMUL decidiu atribuir-lhe a regência da disciplina de Pneumotisiologia.

Nessa época, em que a tuberculose, entre nós, tinha uma incidência de 182,6/100.000 habitantes (nos dias de hoje tem cerca de 21/100.000 habitantes), foi publicado um trabalho, efectuado na Índia, em Madrasta, pelo Centro de Quimioterapia da Tuberculose, com a colaboração de Wallace Fox, decisivo para a maneira como se tratava a doença. Numa linguagem simples, verificou-se que o necessário para tratar a tuberculose é a toma dos fármacos e não a sanatorização. Este facto veio revolucionar o modo como se passou a abordar o tratamento desta doença.

Simultaneamente com o tratamento bem sucedido deste flagelo, e de outros, as pessoas começaram a viver mais tempo e emergiram outras afecções do aparelho respiratório.

No meu tempo de aluno, e depois de interno, ainda com o Professor Thomé Villar como regente da cadeira, dava-se particular atenção à patologia inalatória e à agressão do aparelho respiratório pelo que inalamos no dia-a-dia, seja no ambiente exterior, seja no interior, seja no induzido pelos variados tipos de actividades profissionais ou ocupacionais .

Facto curioso, relatado pelo Professor Thomé, era o de os anglo-saxónicos, nomeadamente os ingleses, terem muita “bronquite”, e os americanos muito “enfisema”. No fundo, não era mais que dois modos de designar o que se passava com os “agredidos”, especialmente, pelo fumo do tabaco, que tinham bronquite e enfisema. No final dos anos 50, as diversas designações confundiam os clínicos.

Foi criado um painel de peritos, de 19 pessoas, para se tentar definir e propor uma terminologia mais simples para a bronquite, enfisema e asma - o *Ciba Foundation Guest Symposium*. Mas neste simpósio aconteceu que as propostas de clarificação tornaram as terminologias ainda mais confusas.

Publicado em 1959, logo em 1962, os americanos, com um espírito porventura mais prático, apresentaram novas definições e, em 1965, aparece pela primeira vez, num congresso sobre enfisema, em Aspen, quem afirme que a doença pulmonar obstrutiva crónica é a associação destas três (o conceito hoje em dia é diferente, mas na altura era o que aprendíamos): bronquite, enfisema e asma, primeiro chamada doença pulmonar crónica não específica e depois doença pulmonar crónica obstrutiva.

O Professor Thomé Villar ministrava-nos estes conceitos, no seu curso de 1966-1967, portanto com extrema actualidade. Dava-se importância à bronquite, à poluição, e demais patologia do aparelho respiratório, e sentia-se que a especialidade começava a mudar: a

incidência da tuberculose estava a diminuir, a tisiologia tinha menos peso no contexto das doenças respiratórias, e “começavam a aparecer” as doenças obstrutivas, os insuficientes respiratórios, a oncologia pneumológica a ter enorme expressão, etc.... No final dos anos 60, em França, Levy Valensi iniciava o tratamento domiciliário dos insuficientes respiratórios, que se tentou implementar entre nós.

A Clínica Universitária de Pneumologia sempre teve tradição na transmissão do conhecimento, a nível pós-graduado. Encontramos um exemplo num curso de colapsoterapia promovido pelo Professor Lopo de Carvalho no final dos anos 30.

Mas foi em 1967, que o Professor Thomé Villar iniciou os cursos anuais de pneumologia para pós-graduados. Porquê? Porque estava a ocorrer grande mudança e era necessário transmiti-la a quem não dominava a Especialidade. Assim, o primeiro curso ocorreu em 1967.

E os Cursos foram tão bem sucedidos que os inscritos no 4º Curso decidiram cotizar-se e comprar uma carrinha, uma Renault 4, que doaram ao serviço e à instituição hospitalar para se iniciar o tratamento domiciliário dos insuficientes respiratórios.

Em 31 de Dezembro de 1970, o Professor Thomé Villar escrevia-nos uma carta da qual transcrevemos:

“Meu caro Bugalho,

...Cá pelo Serviço tudo vai mais ou menos vegetando.

Estamos á espera da carrinha que nos deram para tentarmos o tratamento domiciliário dos bronquíticos, experiência que tem tido as reacções mais variadas, desde os aplausos às injúrias jornalísticas por julgarem que vamos soltar os **tuberculosos contagiosos** sobre as populações indefesas. Não sei até onde poderá chegar a estupidez humana ...

Thomé Villar

A história completa-se dizendo-vos que o programa de apoio domiciliário não se iniciou porque a carrinha foi utilizada para transportar as batatas do hospital,segundo nos afirmou, posteriormente, o Professor Thomé !

Os Cursos, felizmente, foram sempre um sucesso e, este ano, realizámos o **45º Curso de Pneumologia para Pós-graduados**. Sob a nossa direcção tiveram uma frequência superior às quatrocentas inscrições, o que, no tempo presente, é muito satisfatório. Na regência do Professor Freitas e Costa (que sucedeu ao Professor Thomé Villar, falecido em 1980, como director de serviço e como regente, tendo-o sido entre 1980 e 1998, altura em que se aposentou) chegámos a ter a Aula Magna da Reitoria cheia.

Era uma época diferente porque, após o 25 de Abril de 1974 houve uma enorme entrada de alunos para medicina. Não nos recordamos com exactidão qual a frequência dos cursos no 6º ano, mas, seguramente, tínhamos mais de 1000 alunos a frequentar a cadeira. É evidente que o ensino saiu muito prejudicado porque não tínhamos condições para receber tão grande número .

Na vida prática, os novos médicos encontraram, certamente, dificuldades no seu exercício e procuraram ultrapassá-las. Os Cursos de Pós-graduação foram o local onde puderam actualizar-se. Assim, os Cursos de Pneumologia constituíram, desde o início, uma “marca” da Clínica Universitária de Pneumologia.

No âmbito da escola angiográfica, o Professor Thomé teve um discípulo, o Professor Freitas e Costa, que fez a sua tese de doutoramento com o estudo das artérias brônquicas (broncoarteriografia) visando a importância das suas alterações em diferentes tipos de patologia.

O Professor Ramiro Ávila, que foi docente desta Escola até ao início dos anos 80, foi o terceiro doutorado desta Clínica Universitária. Fez as suas provas académicas com o Estudo das Granulomatoses Pulmonares de Causa Inalatória.

Assim, a Clínica Universitária de Pneumologia doutorou quatro assistentes: o Doutor Carlos Vidal em 1944, o Professor Freitas e Costa em 1972, o Professor Ramiro Ávila em 1976, e nós próprios, em Janeiro de 1983.

Nos anos 70, outra pessoa, o Professor António Couto, prestou provas na Alemanha e aquele acto académico foi reconhecido pela FMUL.

Se, com o Professor Thomé Villar, tivemos a fase da mudança, com o Professor Freitas e Costa terá sido a fase de consolidação da Pneumologia. Apareceram novidades no campo das técnicas, nomeadamente a fibroscopia (na altura do Professor Thomé Villar, era a broncoscopia rígida que imperava). Mas, já no tempo deste último, na avaliação funcional respiratória, tínhamos tido um avanço extraordinário com a pletismografia corporal. Foi António Couto que, ao vir da Alemanha para Lisboa, onde trabalhou com a pletismografia, a tentou implementar.

Por questões de disponibilidade económica foi o Hospital Militar de Doenças Infecto-contagiosas da Boa Hora, o primeiro a ter este equipamento.

Pouco tempo depois, o Dr. José Manuel Galvão Lucas passou a liderar a fisiopatologia respiratória do Hospital Militar de Doenças Infecto-contagiosas. Quando regressámos do cumprimento do serviço militar, em 1972, convidou-nos e trabalhámos, igualmente, com esses equipamentos.

Nos anos 80 e 90, mercê da Fundação Gulbenkian, pudemos modernizar o nosso parque tecnológico.

Os últimos anos têm sido de grande dificuldade, embora se tenha conseguido adquirir equipamentos que possibilitaram continuar a senda de inovação da Clínica Universitária de Pneumologia, sendo alguns únicos no País.

Dedicámos particular atenção às doenças obstrutivas, de que sempre gostámos, na perspectiva da agressão das vias aéreas pelo meio ambiente.

Fizemos parcerias com o Instituto Ricardo Jorge, com o grupo de Proteómica do Departamento de Genética, com os Centros de Biologia Ambiental e de Bioquímica e Fisiologia da Faculdade de Ciências, com o Instituto Tecnológico e Nuclear, em que trabalhámos também a agressão das vias aéreas pela inalação do fumo de tabaco, com *nuanças* mais viradas para a componente fisiopatologia, do stress oxidativo etc. Temos, no presente, dois doutoramentos a decorrer no campo da fisiopatologia e das alterações respiratórias e imunológicas durante o sono, em parceria com o Instituto de Medicina Molecular. E um outro que visa o estudo dos grandes queimados no que respeita a repercussão pulmonar, e no aparelho respiratório, da sua exposição.

No campo da epidemiologia da asma esperamos que outro dos nossos doutorandos conclua, igualmente, o seu estudo.

Temos a expectativa que estes doutoramentos possam ocorrer, no prazo de dois anos.

Orientamos, ainda, vários mestrados e esperamos, igualmente, que venham a ser concluídos em breve.

Newsletter: Senhor Professor, quais as funções desenvolvidas pela C.U. de Pneumologia nas 3 grandes áreas de atuação, ensino, investigação e área assistencial?

Prof. Bugalho de Almeida: No presente momento, a situação do Ensino é muito difícil face ao elevado número de alunos, o que nos tem obrigado a constituir turmas em que atingimos os 16 discentes. O que torna as aulas práticas quase impossíveis de realizar.

No 4.º Ano temos 6 assistentes contratados e 2 docentes livres, permitindo-nos formar 8-9 turmas. No 3.º Ano temos 3 docentes livres e, habitualmente, 60 e poucos alunos.

O que significa que temos muito poucos docentes para podermos formar turmas com o máximo de 5 alunos. O ensino obviamente que se ressentiu desta situação. Não obstante, temos boas avaliações da docência.

No 4.º Ano, a assiduidade às aulas práticas é de 100% a quase todas ou a todas. Às aulas teórico-práticas 72% a todas e 18% a quase todas o que significa 90%, e às teóricas 52% a quase todas e 22% a todas o que totaliza 74%. A disciplina correspondeu às expectativas iniciais em 98% dos alunos.

No 3.º Ano, a assiduidade às aulas teóricas é de 100% a quase todas ou todas, e o Curso correspondeu às expectativas de 93.3%.

Isto para vos dizer que, apesar de muitas dificuldades atingimos bons níveis, o que não nos permitindo uma total satisfação, nos dá uma sensação extremamente agradável de não termos desperdiçado o tempo.

Newsletter: Senhor Professor, tem a sensação de dever cumprido?

Prof. Bugalho de Almeida: Eu gostaria de ter feito muito mais.

Mas, temos de conciliar o que podemos e o que desejaríamos fazer. O que nem sempre se sobrepõe. De facto, sinto que, com outras condições, com mais docentes e com mais tempo, poderíamos ter feito outro tipo de formação. Uma das coisas que vão ver nos relatórios é que o tempo é exíguo, quer para o 3º quer para o 4º Anos, e que o número de alunos por turma é elevado, como já referimos.

Por outro lado, os médicos que prestam Assistência (internamento e ambulatório) são os que participam no Ensino e fazem Investigação. O tempo é muito escasso para todas as tarefas, particularmente para os que não têm dedicação plena. Os estímulos à investigação são diminutos ou inexistentes. Bastará afirmar-se que, na prática, um doutorado não tem qualquer vantagem sobre um não doutorado na carreira hospitalar. E que esta remunera melhor os profissionais que a académica. Veja-se o número de docentes convidados e atente-se às razões porque não preferem a carreira académica.

Newsletter: Senhor Professor, quais os seus desejos para esta nova fase da C.U. de Pneumologia?

Desejo que a Clínica Universitária de Pneumologia continue a prestigiar a Faculdade de Medicina como o tem feito, e que a nossa Escola não permita mutilações, destruições e atropelos por parte de quem, não tendo a sua cultura, o espírito de equipe conseguido ao longo de muitas décadas, e uma visão do futuro, pouca atenção dedica a esta área do conhecimento. E estando mais preocupados com “imediatismos”, pouco lhes importa que a Cadeira seja desinserida do “seu ambiente” – onde sempre esteve desde há 78 anos.

Desejo que a Disciplina continue a ser muito bem sucedida, quer na Pré quer na Pós-Graduação e que possa ser extremamente útil para todos os discentes.

Desejo, por fim, a quem me vai suceder, as maiores felicidades.