

## ANÁLISES DE LIVROS

**SNORING AND OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA. DAVID N.F. FAIRBANKS, SHIRO FUJITA**, eds. Second edition. Um volume (12x24 cm), encadernado, com 272 páginas, 112 figuras e 46 tabelas (ISBN 0-7817-0196-1). New York, 1994: Raven Press Ltd (1185 Avenue of the Americas, New York, NY 10036, USA).

Na segunda edição, foi mantido o foco principal na conduta em casos de síndrome de apnéia do sono do tipo obstrutivo. É o forte do livro e deve ser aproveitado. Mostra esquemas diagnósticos e de condução dos casos de apnéia permitindo ao leitor formar seus critérios nas diversas indicações de exames complementares e das terapêuticas.

Um texto inicial é dedicado à anamnese, exame físico e complementares, salientando a polissonografia para estabelecimento do diagnóstico e determinação da severidade de acometimento. Menciona o Teste das Latências Múltiplas do Sono para avaliação da sonolência excessiva, a cefalometria, e a endoscopia por fibra óptica. Dois textos são dedicados às consequências cardiopulmonares e neurológicas da apnéia e recomendamos a todos os Residentes e Internos.

Devemos levar em conta que os editores são cirurgiões e a tendência cirúrgica evidente na primeira edição foi mantida nesta segunda. Os colaboradores deste tomo incluem cirurgiões de primeira linha, internacionalmente reconhecidos no campo da apnéia do sono, incluindo F. Blair Simmons, N.B. Powell e R.W. Riley. Tal tendência cirúrgica pode ser notada ao lembrarmos que atualmente os aparelhos de pressão aérea nasal positiva contínua (CPAP, *continuous positive airway pressure*) são considerados uma das mais importantes formas clínicas de terapêutica da apnéia, e aqui foi reservado para este tema somente um capítulo, enquanto os aspectos cirúrgicos dominam em pelo menos dez capítulos.

O tomo mostra as diversas escolas lançando mão de distintos protocolos cirúrgicos. Além da reconhecida uvulopalatofaringoplastia (UPFP), outras cirurgias passaram a fazer parte da sequência cirúrgica, no intuito de desfazer as obstruções nas vias aéreas, salientando-se as cirurgias de reconstrução nasal, avanço do genioglossos com miotomia do hióide, avanço bimaxilar e osteotomia mandibular subapical. As mais recentes introduções na prática apresentadas são as cirurgias de base de língua, destacando-se a glossectomia de linha média realizada com laser e a linguoplastia.

Esta leitura vale como atualização no tratamento da síndrome apnéia do sono do tipo obstrutivo, que se torna cada vez mais complexo.

**RUBENS REIMÃO**

**PRINCIPLES AND PRACTICE OF SLEEP MEDICINE. MEIR H. KRYGER, THOMAS ROTH, WILLIAM C. DEMENT**, eds. Second edition. Um volume (22x28,5 cm), com 1067 páginas, 331 figuras e 91 tabelas (ISBN 0-7216-4217-9). Philadelphia, 1994: W.B. Saunders Co. (The Curtis Center, Independence Square West, Philadelphia, Pennsylvania 19106, USA).

Desde seu lançamento, este volume extenso é considerado um clássico, e assim persiste, básico e necessário aos desejosos de aprimorar conhecimentos, porta voz maior da escola norteamericana de sono.

Comparando, a edição atual foi enriquecida nestes 5 anos. A sequência de temas pouco alterou, mas o conteúdo foi expandido, principalmente nos aspectos cronobiológicos, incluindo o melhor conhecimento da anatomia e fisiologia dos relógios circadianos, as consequências sociais da sonolência diurna, e a epidemiologia. Começa discorrendo sobre filogênese, fisiologia, cronobiologia, farmacologia e aspectos da psicobiologia dos sonhos; passa ao sono anormal, com distúrbios cronobiológicos, insônias, distúrbios primários que provocam sonolência excessiva, parassônias. Uma seção inteira abrange patologias respiratórias durante o sono, outras duas as demais patologias médicas e psiquiátricas. Na última porção vêm relatos sobre a metodologia de avaliação do sono, polissonografia, medidas de sonolência diurna, monitorização cardíaca, respiratória e de refluxo

gastroesofágico. Termina com um texto bem atualizado mostrando a fototerapia já como parte do armamentário de uso rotineiro na terapêutica de vários distúrbios cronobiológicos do sono, como a doença afetiva sazonal, e a síndrome do avanço de fase.

**RUBENS REIMÃO**

**LE SOMMEIL NORMAL ET PATHOLOGIQUE. M. BILLIARD, ed.** Um volume (18x25 cm), encadernado, com 570 páginas, 152 figuras e 59 tabelas (ISBN 2-225-84412-7). Paris, 1994: Masson (120 Bd Saint-Germain, 75280 Paris Cedex 06, França).

A França foi o berço da pesquisa do sono, no âmbito neurofisiológico, há décadas. Finalmente ganha, de maneira merecida, um tomo que é o mais completo já publicado em língua francesa. Michael Billiard, neurologista, unanimemente considerado uma das maiores autoridades dos aspectos do sono humano naquele país, foi muito além de suas fronteiras, conseguindo unir 70 pesquisadores de 9 países, nesta tarefa monumental. Em sua visita a São Paulo, a nosso convite, há 2 anos, mostrou sua capacidade de liderança, aglutinação, e didática, associadas a amabilidade e modéstia.

Este compêndio é dividido em cinco partes. A primeira mostra a fisiologia do sono, incluindo um texto sobre o dormir humano normal, útil como introdução gabaritada ao iniciante, escrito por C. Guilleminault. Os que procuram atualização, devem ir ao capítulo sobre assunto muito atual, a Genética Molecular e o sono, de autoria de E. Mignot, M. Tafti e W.C. Dement. Os métodos de investigação do ciclo sono-vigília formam a segunda parte do livro. Incluem polissonografia, procedimentos ambulatoriais, de triagem, e discussão das técnicas de aquisição de dados e análise digital.

As patologias do sono são discutidas a seguir, divididas em insônias, patologias com sono em excesso, distúrbios do ritmo circadiano e parassônias. Billiard introduziu, nos capítulos de outros autores, seu comentário pessoal e pequenas seções de condutas práticas, tornando o texto mais dinâmico. Na quarta parte, estão as patologias ligadas ao sono ou agravadas durante o sono. Inclue ampla gama de patologias clínicas, dentre outras a síndrome de apnéia do sono do tipo obstrutivo, a epilepsia, e a insônia familiar fatal, sendo este último texto escrito por E. Lugaresi.

A última parte é interessante e incomum, pois foram colocados capítulos mostrando o sono como um instrumento, um estado fisiológico privilegiado propiciador de oportunidade para avaliação de diversas patologias. As epilepsias são há muito estudadas durante o sono mas, além destas, encontramos os acidentes vasculares encefálicos, doença de Parkinson, esclerose lateral amiotrófica, distonias, doença de Alzheimer, oftalmoplegia supranuclear progressiva, disautonomias, traumatismos crânio-encefálicos, cefaléias, distúrbios do humor, fibromialgia e comprometimento de ereções penianas associadas o sono.

Completa, esta obra inclui entre seus anexos, a mais nova Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (1990), diversas escalas de avaliação do dormir, questionários padronizados, esquemas de marcação de sono a serem utilizados por pacientes, glossário e índice remissivo.

É um livro-texto indispensável, devendo ser consultado por neurologistas e clínicos gerais ao se defrontarem com dúvidas em relação às patologias e condutas. Nas bibliotecas de Faculdades de Medicina é fundamental aos residentes e estagiários.

**RUBENS REIMÃO**

**SLEEP LATINAMERICAN REFERENCES 1895-1992. RUBENS REIMÃO.** Um volume (14x21 cm) com 70 páginas, em brochura. São Paulo, 1993: Sleep Department of São Paulo Medical Association (Dr. Rubens Reimão, Rua Glicíneas 128, 04048-050 São Paulo SP, Brasil).

Este opúsculo, apresentado em inglês, contém a bibliografia latinoamericana sobre sono reunida por seu autor, Rubens Reimão. Trata-se da segunda edição da obra. A primeira edição reunia, em português, o que tinha sido publicado sobre o assunto até 1985. Esta segunda edição é prefaciada por Hélio Lemmi, figura de particular destaque na área da especialidade, com quem o Autor ensaiou alguns de seus primeiros passos no estudo do sono.

Nada menos que 691 indicações bibliográficas encontram-se reunidas neste índice bibliográfico, demonstrando o continuado e muita vezes silencioso, por desapercibido, esforço dos pesquisadores latino-

americanos que estudam o sono. A indicação bibliográfica precisa de cada estudo é apresentada na primeira parte da obra, assim como seus autores são listados em ordem cronológica na segunda parte.

É necessário reconhecer o crédito do tão grande esforço do Autor que, com este guia, desinteressadamente oferece aos especialistas em sono uma indicação segura do que foi publicado na América Latina. Ao reconhecer esse crédito, lembro aos especialistas em outras áreas das neurociências que o exemplo dado por Rubens Reimão deve servir de estímulo para que, de modo semelhante, busquem efetuar levantamentos do que foi feito em suas respectivas áreas de atividade.

**ANTONIO SPINA-FRANÇA**

**KRITISK ANALYS INOM MEDICINEN.** Um volume (20x26cm) em brochura, com 100 páginas de texto em sueco e inglês. Stockholm: SBU Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik, 1992 (ISBN 91-87890-12-7). (SBU, Box 16158, S-103 24 Stockholm, Suécia).

Um dos efeitos do rápido desenvolvimento em ciências médicas é o enorme fluxo de informação na literatura médica. Enquanto pequena parte dessa informação representa avanços e novos conhecimentos, a maior parte é apenas repetição de conhecimento anteriormente acumulado. Instituições que se dedicam a transmitir conhecimento tanto a nível de graduação como pós-graduados deveriam dedicar mais tempo a aprimorar o senso crítico frente a tal avalanche de informação, e não apenas a informar o que se considera correto no momento. A necessidade de integrar a análise crítica na formação do profissional médico foi tema da conferência *Critical Analysis of Medical Procedures: Clinical, Ethical, Social, Economic, and Policy Implications*, realizada em Häringe, Suécia, de 18 a 21 de agosto de 1991. O presente volume sumaria as palestras, discussões e debates durante a conferência, que foi dividida em três seções: aspectos gerais da análise crítica em medicina, base econômica para a análise crítica e exemplos clínicos.

Petr Skrabanek (de Dublin) iniciou a conferência questionando a própria cientificidade das ciências médicas, dada a presença de fatores na pesquisa e prática médicas que dizem respeito antes a questões filosóficas e humanitárias que a problemas concernentes por exemplo a física ou química, estas sim ciências naturais *par excellence*. Ao invés de desenvolver e testar hipóteses e teoria, *i.e.* tentar falsear hipóteses no sentido popperiano, o pesquisador médico concentra-se em encontrar uma adequação do observado em função daquilo que é previamente tido como "verdadeiro". Enquanto o cientista desenvolve sua pesquisa com base na ignorância, *i.e.* o cientista pesquisa aquilo que se desconhece, a prática da Medicina não permite a ignorância. Face ao desconhecido adota o médico uma atitude sistematicamente "correta". A influência de interesses econômicos na pesquisa e desenvolvimento (P&D) em ciências médicas foi discutida. O pesquisador vê-se obrigado a considerar os problemas que grupos políticos ou que a "sociedade" exigem, como por exemplo a "cura" do câncer ou da AIDS, dado que meios de pesquisa são dispensados com prioridade para tais áreas, e qualquer discussão sobre a possibilidade de que uma tal "cura" talvez não seja possível torna-se tabu (é simplesmente amedrotadora a euforia de leigos que, com base na volumosa produção científica atual, têm como absolutamente certo que todo e qualquer problema em ciências médicas ou saúde pública pode ser resolvido se recursos suficientes forem disponíveis). Outro ponto importante abordado por Skrabanek é a diferença entre as conclusões cabíveis do ponto de vista estritamente estatístico em diversos estudos epidemiológicos, e as conclusões propostas pelos autores desses estudos. Relações estritamente estatísticas não podem ser usadas como prova de uma relação de casualidade.

Lars Werkö (Stockholm) discutiu alguns aspectos éticos da pesquisa médica. É importante que recursos satisfatórios sejam reservados para P&D, mas a distribuição de tais recursos implica em grande responsabilidade da parte dos pesquisadores, em especial dos líderes de grandes grupos que recebem parcela significativa dos recursos para P&D, tanto os estatais quanto os vinculados à indústria privada. A busca de recursos não deve ser permitida na ausência de avaliação crítica interna e externa. Todavia o desenvolvimento rápido e a competição ferrenha em P&D levou a certas práticas reprováveis. A imprensa recentemente denunciou que muitos jovens pesquisadores nos USA falsificaram dados, e que tais resultados foram publicados com o apoio, comumente em co-autoria com os chefes dos grupos de pesquisa em questão, por vezes de renome internacional, que não dispunham de tempo para controlar o que realmente se fez nos laboratórios. Também o abuso e o reporte insatisfatório do uso de recursos destinados a pesquisa em algumas universidades levou o governo federal, em Washington, a exigir a devolução de quantias consideráveis em alguns casos. Tais escândalos comprometem seriamente a reputação da comunidade científica a nível global, e acentuam a necessidade de discutir mais intensamente a ética da P&D. Segundo Werkö tal discussão deve envolver não apenas os pesquisadores, mas também políticos e a sociedade.

Skrabanek prosseguiu com uma discussão sobre pesquisa de valor questionável que por vezes recebe ampla divulgação na imprensa. Nesse ponto discutiu-se a necessidade de mais análise crítica (e também de mais conhecimento) por parte dos repórteres envolvidos em jornalismo médico e científico.

A segunda seção da conferência teve como tema a teoria econômica e sua adequação à Medicina. O economista David Cohen (de Wales) acentuou a importância de considerar economia exclusivamente em termos de recursos. Dado que os recursos são em princípio limitados, a aplicação de recursos em dado projeto implica que recursos para outros projetos são negados ou diminuídos. A questão econômica é deste modo antes uma política de distribuição com o objetivo de obter o melhor resultado possível dos recursos empregados, e não apenas uma questão de dinheiro. Os conceitos de relação entre custo e efetividade, e "quality adjusted life years" foram então analisados no contexto de estabelecer prioridades para políticas de saúde. Cohen discutiu também a distribuição de recursos para P&D, serviços de saúde e outros setores cuja responsabilidade a "sociedade" ou o Estado assume.

Após as palestras introdutórias discutiram-se em grupos de trabalho alguns problemas atuais em política de saúde, avaliação de novos procedimentos (como a angioplastia intravascular da artéria coronária) e rotinas (como screening do câncer da próstata, do nível de colesterol, do câncer da mama e da hipertensão arterial). Os textos foram editados com base em gravações das discussões. Além dos já citados, participaram das discussões C. Chantler e A. Hopkins (London), C. Goodman, E. Jonsson e C. Nyman (Stockholm) e T. Scherstén (Göteborg).

Em suma, a presente monografia aborda a importância de assumir uma atitude crítica já no período de graduação do médico. Àqueles envolvidos nesse processo recomendo sua leitura, bem como aos jornalistas que nessa área se propõem informar o público geral.

**SANDRO ROSSITTI**

**SLAGANFALL: SÄRTRYCK AV EN SERIE I LÄKARTIDNINGEN 1993-1994.** Um volume em brochura 21x30 cm, 68 páginas de texto em sueco. (Läkartidningen, Box 5603, S-114 86 Stockholm, Suécia).

Cerca de 30 000 pessoas sofrem acidente vascular encefálico (AVE) anualmente na Suécia (reincidentes excluídos). Tal incidência distribui-se desigualmente de acordo com o grupo etário: a incidência é de 10 pacientes para 100 000 na população entre 30 e 40 anos (hemorragia subaracnóidea em 40-50% dos casos) e entre 2 000 e 3 000 para 100 000 na população de 80 a 90 anos (predominando o infarto cerebral). A atitude da classe médica com relação ao AVE tornou-se acentuadamente otimista nos últimos anos devido ao desenvolvimento de novos métodos de diagnóstico seguro em tempo adequado associado a possibilidade de tratamento farmacológico efetivo em futuro próximo, motivando o início de medidas de reabilitação ainda na fase aguda da doença em unidades especializadas.

Os 18 artigos incluídos no presente volume, que reúne uma série de artigos sobre AVE publicados originalmente no periódico da Associação Médica Sueca (Läkartidningen) nos anos 1993 e 1994, refletem esse otimismo. Os artigos abrangem aspectos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação desse grupo de doenças em grau diverso de profundidade: alguns textos são revisões sistemáticas relativamente extensas, enquanto outros artigos são melhor descritos como "editoriais", ou comentários críticos. Professor B. K. Siesjö (Läkartidningen 1993, 90: 2958-1964) apresentou revisão sobre a fisiopatologia da isquemia cerebral e dos mecanismos de morte neuronal a nível molecular, e sobre a possibilidade de interferir nesse processo de modo eficaz em futuro próximo com o desenvolvimento de antagonistas do glutamato que bloqueiam os canais de cálcio e sódio controlados por receptores do tipo N-metil-D-aspartato (receptores NMDA). Os artigos dedicados a etiologia, fisiopatologia, síndromes clínicas, diagnóstico, tratamento e profilaxia do AVE isquêmico são concisos e consistem, em princípio, de um comentário crítico da prática convencional em relação aos avanços recentes, com ênfase na recomendação de condutas padronizadas. Artigos particularmente bem escritos e abrangentes concernem ao diagnóstico e condutas de emergências no AVE isquêmico (por J.E. Olsson, publicado originalmente em Läkartidningen 1993, 90:2372-2378) e o AVE em progresso (por K. Asplund, publicado em Läkartidningen 1993, 90:2440-2443). O hematoma intracerebral não-traumático e a hemorragia subaracnóidea são abordados em 2 artigos (por Lennart Persson e colaboradores, publicados respectivamente em Läkartidningen 1993, 90:2513-2516 e 90:3443-3446). A reabilitação e os aspectos psiquiátricos e sociais do AVE são tratados em 7 artigos, destacando-se os temas: plasticidade cerebral, depressão pós-AVE, planejamento sócio-econômico e o papel da acupuntura no tratamento da espasticidade.

O papel das unidades especializadas de terapia do AVE, ou stroke units, foi discutido de modo disperso em quase todos os artigos e em um comentário crítico por A. Térent (Läkartidningen 1994, 91:1061-1062). As

stroke units provavelmente aumentam a sobrevivência após AVE. Uma recente meta-análise de estudos randomizados com stroke units do Canadá, Finlândia, Noruega, Reino Unido, Suécia e USA demonstrou um decréscimo da mortalidade em AVE de cerca de 20% no seguimento de um ano. A análise concerne unidades de caráter não-intensivo, nas quais medidas fisiológicas, ocupacionais e foniátricas são iniciadas assim que possível e abrangem maior parcela de pacientes que em enfermarias não-especializadas. Tal observação é particularmente importante, considerando-se que a meta-análise de estudos sobre tratamentos, tais como antagonistas do cálcio (p.ex. do tipo nimodipina), hemodiluição, heparina e glicerol, não demonstrou resultado comparável às stroke units. Pode-se perguntar se a menor mortalidade dá-se às custas de maior parcela de pacientes com severa invalidez e cronicamente internados. Tudo indica que a menor mortalidade nas stroke units não se reflete na sobrevivência de maior parcela de pacientes inválidos. Pelo contrário, o desempenho funcional pós-AVE foi significativamente melhor nos pacientes das stroke units em 4 dos 10 estudos avaliados na referida macro-análise, e uma tendência positiva (não significativa do ponto de vista estatístico) foi observada em 5 dos estudos restantes, enquanto que um estudo não mostrou qualquer efeito positivo ou negativo. A questão que permanece sem resposta clara concerne aos componentes presentes na atividade das stroke units responsáveis pela menor mortalidade e morbidade. O que difere as stroke units de enfermarias "comuns" (i.e. neurológicas ou de medicina interna) são a mobilização precoce pós-AVE, os maiores recursos de pessoal e (dependendo da estratégia de prioridade local) também a seleção de pacientes. A mobilização dos pacientes nas stroke units inicia-se de modo geral ainda nas primeiras 24 horas após o início dos sintomas, exceto nos pacientes com hemorragia cerebral ou com instabilidade cardíaco-circulatória. A consequência imediata, entre outras, é a menor incidência de complicações respiratórias. Estima-se que sejam necessários entre 10 e 15 leitos em stroke units por 100 000 habitantes. Uma stroke unit tem em geral de 6 a 20 leitos, e a proporção entre pessoal e paciente é entre 0,6 e 0,9. Na Suécia empregam-se comumente critérios de seleção para a admissão às stroke units, dado que os leitos disponíveis nessas enfermarias especiais não são suficientes para todos os pacientes com AVE. De acordo com esse critérios, pacientes com sintomas que indicam a presença de lesão cerebral difusa ou demência, bem como pacientes cronicamente institucionalizados ou ainda aqueles internados por outro motivo por ocasião do AVE, são sistematicamente excluídos das stroke units. A validade de tais critérios é questionada por A. Térent, com base em estudo recente (L. Kalra et al. Stroke 1993, 24:1462-1467) cujos resultados sugerem que a melhor seleção provavelmente tem critérios exatamente opostos, dado que os pacientes com sintomas severos, sugestivos de maior handicap no seguimento, são os maiores beneficiários das stroke units, enquanto os pacientes menos debilitados parecem não necessitar do tratamento diferenciado oferecido nessas unidades.

De modo geral, em coletâneas de artigos como essa não se tem a ambição de substituir a leitura de artigos originais ou a consulta de textos convencionais de neurologia ou de medicina interna, mas de sumariar e discutir avanços recentes. Alguns temas importantes não foram abordados em artigos específicos, por exemplo os avanços recentes da ressonância magnética no que concerne à angiografia cerebral, a importância do Doppler transcraniano na investigação da reserva cerebrovascular e na fase aguda do AVE e, principalmente, o papel da neuroradiologia intervencional no tratamento do AVE (trombólise de êmbolos arteriais, trombólise de coágulos nos seios durais, embolização de malformações arteriovenosas cerebrais e oclusão intra-arterial de aneurismas saculares intracranianos) mereceriam artigos à parte. Alguns desses temas foram discutidos recentemente em *Läkartidningen*, em artigos não incluídos na presente série.

Recomendo essa coletânea (em especial as referências destacadas acima) aos colegas com possibilidade de vencer a barreira linguística. Como curiosidade, diga-se que a ilustração de capa desse volume e uma vinheta reproduzida em todos os artigos foram desenhadas por Leif Rönn, que tornou-se artista plástico após sofrer um AVE em 1988, aos 49 anos de idade. Uma reportagem incluída nesse volume (*Läkartidningen* 1993, 90:2136) relata a "liberação" do hemisfério cerebral direito após um AVE à esquerda. No início severamente paralisado à direita e com afasia, seguiu-se rápida recuperação, ao mesmo tempo em que ele começou a desenhar e pintar, ao ponto de tornar-se um artista muito produtivo tanto em quantidade quanto em qualidade.

**SANDRO ROSSITTI**

**MAGNETISK RESONANSTOMOGRafi. ERIK BOIJSEN.** Um volume (20x26 cm) em brochura, com 138 páginas de texto em sueco. Stockholm: SBU Statens Beredning för Utvärdering av Medicinsk Metodik, 1992 (ISBN 92-87890-15-1). (SBU, Box 16158, S-103 24 Stockholm, Suécia).

A presente monografia do Conselho para Avaliação de Tecnologia Médica (SBU) sobre a tomografia por ressonância magnética nuclear (MRT) é composto de duas partes: uma macroanálise da experiência local e

internacional, e recomendações redigidas por um grupo de expertos do SBU. O relatório inclui 5 capítulos (métodos de obtenção de imagens em medicina, MRT e diagnóstico clínico, uso da MRT em diversos países, enquetes e custos) e 4 apêndices (tecnologia da MRT, aparelhos de MRT, sugestão de uma padronização do uso de diagnóstico por imagens e exemplos clínicos). A bibliografia é abrangente e as referências acompanham cada parte em separado. O motivo da investigação do SBU requer um curto histórico: na Suécia o primeiro aparelho de MRT foi instalado em 1984, e por ocasião desse relatório (1992), existiam 20 hospitais no país com unidade de MRT para uma população de aproximadamente 8,5 milhões, e entre 30 e 40 hospitais planejavam instalar unidades de MRT nos anos seguintes. Segue-se um resumo da análise do SBU.

MRT é uma nova tecnologia diagnóstica que atualmente se encontra numa fase de rápido desenvolvimento e que tem grande potencial no futuro. A despeito de existir abrangente documentação científica e grande número de indicações promissoras para a MRT, o conhecimento corrente das reais possibilidades dessa tecnologia é insatisfatório, o que torna seu desenvolvimento no próximo decênio praticamente imprevisível. Foi cientificamente demonstrado que, em comparação a outros métodos de diagnóstico por imagem, a MRT proporciona informação diagnóstica mais segura em certos órgãos e sistemas, em especial o sistema nervoso central, a coluna vertebral e o aparelho locomotor. Outra vantagem do método é a ausência de radiação ionizante. MRT pode *reduzir* a necessidade de alguns outros exames, tais como tomografia computadorizada (CT), angiografia, artroscopia e ultrassom, e em certos casos pode *substituir* exames completamente como no caso da mielografia. Enquanto o diagnóstico da maioria das doenças cerebrais deve continuar a ser feito preferencialmente por CT, dada sua mais ampla disponibilidade, certas doenças tais como expansividade selares, neurinoma do nervo acústico, tumores da base do crânio e esclerose múltipla, devem no futuro ser examinadas exclusivamente com MRT. Porém, *estudos estritamente controlados* comparando os achados de MRT com o de outras modalidades de diagnóstico por imagens não foram publicados, tornando difícil estabelecer a relação entre custo e benefício do MRT em comparação a outros métodos. Os riscos a longo prazo da exposição a forte campo magnético não são conhecidos, dado que essa tecnologia é disponível desde tempo relativamente curto. A compra, instalação e manutenção de uma unidade de MRT requer apreciáveis recursos financeiros. Na Suécia o SBU recomenda que as unidades de MRT devem concentrar-se nos hospitais de grande porte (*länsjukhusen*), e que a decisão de compra e a escolha da aparelhagem deve basear-se em cuidadosa análise da capacidade já existente de realizar diagnóstico por imagem, principalmente a disponibilidade de TC, em relação à parcela de pacientes nos quais a indicação de primeira escolha é a MRT.

**SANDRO ROSSITI**