

ALGUMAS VICISSITUDES PRESENTES E FUTURAS DA INVESTIGAÇÃO MÉDICA EM PORTUGAL

Sr. Director: A investigação da ciência médica desenvolvida nas Faculdades de Medicina nacionais defronta-se com problemas relevantes, com destaque para a carência em meios financeiros e dificuldades estruturais, estas englobando instalações e pessoal qualificado.

Na realidade, nenhum daqueles problemas é raridade entre nós. Seria até redundância evidenciá-los novamente, não fossem as circunstâncias actuais — resultantes da integração na Comunidade Económica Europeia e as exigências em qualidade e capacidades daí resultantes — estarem a acentuar claramente a estagnação e/ou deterioração das condições de trabalho na área da pesquisa médica em geral, e das ciências básicas da medicina, em particular.

Começando pela questão mais conhecida, que congrega o habitual consenso no meio universitário — a das insuficiências em meios materiais para as funções exigíveis — as melhorias anunciadas ou sugeridas pelas autoridades governamentais não se verificaram ainda, e será irrealismo prever-lhes uma data. Entre as variáveis mais recentes, que poderiam inverter o descabro das disponibilidades orçamentais e estruturais das faculdades de medicina, contam-se o regime de Autonomia Universitária e o Projecto Ciência.

Todavia, ambas as medidas estão orientadas para objectivos que nem sempre coincidem com os interesses e princípios por que se regem as instituições universitárias.

Na realidade, subsiste a contigência de a autonomia ser comparada à privatização de uma empresa pública, ou ser entendida pelo órgão tutelador como forma de alijar responsabilidades financeiras, ainda que mantendo o controlo contratual e outras prerrogativas administrativas.

São bem conhecidas as dificuldades sentidas pelas Universidades na gestão dos seus orçamentos anuais, em que não têm faltado, em anos sucessivamente recentes, alusões a possíveis roturas de tesouraria. No momento, as Universidades procuram equilibrar os seus orçamentos anuais para proporções inferiores aos quase 95% do total que, em anos ainda próximos, eram consumidos com vencimentos. Obviamente, esta disposição (inaceitável) não deriva de haver pessoal em excesso, mas por ser escasso o orçamento total destinado às universidades.

Mesmo assim, e não havendo efectivo reforço de verbas, a Universidade terá de sacrificar parte dos seus quadros (docentes) para conseguir elevar para 15% a fracção orçamental para as despesas de capital e consumo corrente. O *remédio* sugerido às universidades (aumento das propinas) não parece suficiente e tem efeitos perversos imediatos sobre a Instituição.

Não será credível que universidades em constante descapitalização possam competir com as instituições privadas pelos melhores profissionais. Também por carências óbvias de meios, a Universidade Portuguesa não poderá contribuir seguramente para a inovação e progresso científicos significativos que, em situação normal, lhes seriam exigidos.

Haverá faculdades de áreas técnicas e/ou industriais que, sem obstáculos de maior e até com vantagens pedagógicas e científicas, asseguram a prestação de serviços ao exterior,

agora possibilitada pelo regime de Autonomia Universitária. Há exemplos concretos de apoio e particular atenção que os burocratas da área da Investigação e Desenvolvimento têm concedido, e planeiam continuar a conceder, no enfeudamento *utilitário* das universidades aos interesses e necessidades imediatas das indústrias.

Obviamente, a participação da Universidade em actividades de Desenvolvimento tem sido objecto de grandes polémicas em todos os países avançados, e não será agora ocasião para a debater. Além de questões de princípio, as vantagens e desvantagens apontadas não têm aplicação uniforme nem podem ser analisadas com igual peso para todos os ramos universitários.

Efectivamente, é com muita dificuldade (senão mesmo com oposição) que se antevê a aplicação daquele modelo às faculdades de medicina, pelo que o financiamento por troca de serviços será, nesta perspectiva, uma utopia. Restam escassas possibilidades a nível de algumas áreas experimentais das ciências básicas, mas os benefícios económicos daí resultantes não terão peso significativo.

Na sequência de um conjunto inédito de medidas promotoras da investigação científica iniciadas em 1986/87 (Programa Mobilizador da Ciência e Tecnologia), a JNICT pré-anuncia, em 1989, o Programa Ciência. Esta iniciativa, negociada e programada no âmbito da Comissão das Comunidades Europeias, suscitou grande entusiasmo e o renovar de esperanças no meio universitário em geral, e das ciências da saúde em particular. A profusa distribuição pelo meio universitário e de investigação, desde Abril de 1990, de um livro com os objectivos e texto final do Programa Ciência muito ajudou àquela euforia.

Infelizmente, porém, muitas das esperanças que despontaram em 1989 começaram a fenececer pouco depois, por duas razões principais. Primeiro, a concentração de recursos em domínios considerados estratégicos é, pelo menos de momento, claramente dirigida ao fomento da investigação tecnológica, isto é, à investigação aplicada na produção com rendimento económico, e à criação de infra-estruturas de grande porte, particularmente vocacionadas para sede de acções pré-estabelecidas. A formação avançada de investigadores e técnicos, assim como o apoio global às actividades desenvolvidas, estão também condicionadas pelos objectivos estratégicos já definidos. A todas as restantes actividades ou interesses que requeiram apoio e subsídios, mas não se enquadrem naqueles objectivos, restam duas soluções: ou trocam os seus interesses científicos por objectivos mais *estratégicos*, ou procuram outros patrocinadores. Às ciências médicas poderá estar destinada esta última opção, a menos que se encontrem muitos (inesperados) cultores das áreas exemplificadas nos editais e programas divulgados.

O segundo motivo de descontentamento potencial resulta da escolha (decalcada de prioridades médicas de outras latitudes) das áreas de Imunologia, Neurociências, Virologia-Parasitologia e das Tecnologias da Saúde como *exemplos* (sistematicamente utilizados) de domínios a fomentar e a apoiar através do Programa Ciência.

Além dos que protestam por aquelas escolhas, há os que, mais comedidamente, indagam sobre os critérios em que foi fundamentada a selecção das áreas médicas em referência.

Porquê aquelas e não outras, quiçá mais *estratégicas* ou também importantes?

A legitimidade dessas interrogações e preocupações é reforçada pela consagração (entre os objectivos potenciais das infra-estruturas a apoiar) do desenvolvimento de actividades susceptíveis de rentabilização económica. Há que esclarecer em definitivo se a aplicação industrial (ou similar) das actividades de pesquisa constitui uma condição (fundamental, conveniente, favorável, acessória ou desnecessária) para que determinada entidade na área das ciências médicas seja financiada através do Programa Ciência. Resta acrescentar que o apoio à formação avançada de recursos humanos e à inovação se circunscrevem, virtualmente só, às áreas seleccionadas e comparticipadas do subprograma anterior.

A estreita articulação criada entre os domínios das ciências médicas seleccionadas (por critérios não-públicos) e os meios a que podem ter acesso será um motivo de felicidade para alguns praticantes certos e para os *novos convertidos* àqueles assuntos, mas também constituirá forte razão para frustrações e protestos de muitos outros que não se dispuseram, ou não quiseram, aderir àqueles objectivos.

Finalmente, o concurso aberto pela JNICT em 7 de Janeiro de 1991 para a 1.ª fase subprograma I (Fomento de infra-estruturas de investigação e Desenvolvimento em Domínios Prioritários, em que se inclui a Saúde) deixou às instituições interessadas apenas 2 meses para prepararem e apresentarem propostas com vista à formação de Institutos e Centros de Investigação. A complexidade processual do regulamento publicado limita obviamente, e em definitivo, as possibilidades de algumas entidades que estariam interessadas na constituição de Institutos mas não dispõem de tempo suficiente para os necessários contactos com unidades afins, dispersas pelo País ou estrangeiro. A menos que alguma coisa já estivesse concretizada (entre estudo de terrenos, ante-projectos de edifícios e inter-colaborações científico-funcionais) será irrealista admitir que as entidades concorrentes que apenas em Janeiro tiveram acesso ao regulamento, tenham êxito nos seus propósitos.

Numa sociedade que ainda se limita a aplicar cerca de 0,5% do seu PIB em despesas de investigação e desenvolvimento, como é a nossa, é de temer pelo futuro científico dos grupos marginalizados do acesso a infra-estruturas e, implicitamente, impossibilitados de dispor de bolsas de estudo, estágios ou outras actividades de formação no País ou estrangeiro. Que fontes de financiamento restam disponíveis depois da *corrente* principal ser desviada, por tempo indeterminado, para outras direcções? Muito poucas, nas perspectivas actuais e futuras.

A menos que a situação seja corrigida ou surjam alternativas credíveis (já se fala num novo Programa Ciência para 1992) há razões para pôr em causa o futuro da investigação fundamental ou das áreas aplicadas não tidas por prioritárias, em particular nos domínios não produtivos da ciência, como é o caso da investigação médica.

É que, além das dificuldades em se conseguir apoio para infra-estruturas, também não está assegurado que os grupos subsidiados venham a beneficiar de financiamento para os respectivos encargos gerais de manutenção.

PROF. J. MARTINS E SILVA
Fac. Med. Lisboa

AGULHA DE CROCHET: Uma Alternativa Estética na Cirurgia de Varizes

No campo da Patologia Venosa dos membros inferiores, o estudo e o tratamento das varizes fazem parte do quotidiano dentro da actividade dos Cirurgiões Vasculares. Os avanços que nos últimos anos se verificaram na área do diagnóstico, com o advento de sofisticados métodos não invasivos como o Triplex Scan, permitiram-nos identificar com mais precisão a etiologia das dilatações venosas em cada doente. Assim, pudemos estudar, ao nível dos *ostia* das veias safenas, a presença ou ausência de refluxo, localizar perfurantes insuficientes, perceber a participação de determinadas veias (ex: Giacomini) na etiopatogenia do complexo varicoso.

De posse deste arsenal de informações, pudemos orientar uma parte do tratamento cirúrgico, no sentido de abordar de forma mais completa as causas das varizes. A outra parte da terapêutica cirúrgica diz respeito à remoção dos colaterais venosos dilatados que, na maioria dos casos, como descrevemos mais à frente, pode ser levada a efeito de uma forma mais simples através do uso das Agulhas de Crochet.

Se nos casos de patologia em estágio mais avançado, a indicação cirúrgica é essencialmente funcional no sentido de aliviar a estase venosa crónica e as suas complicações, lembraria que para muitos doentes, principalmente do sexo feminino, a opção pela cirurgia se dá por razões primeiramente estéticas.

Enquanto que as incisões realizadas para o stripping ao nível dos tornozelos e das crossas são indispensáveis e toleradas mesmo pelas doentes com maior preocupação estética, as diversas incisões ao nível da perna e da coxa para a retirada convencional dos ramos venosos dilatados são por vezes desagradáveis. A dissecação desses ramos com mosquito ou tesoura obriga a incisões de no mínimo 1 cm de comprimento e a necessidade posterior de proceder ao encerramento com suturas.

A opção pela escleroterapia dos colaterais no acto cirúrgico também não se justifica como atitude de rotina já que pode dar origem a manchas castanhas ao longo do trajecto desses ramos e que correspondem a uma tatuagem pelos pigmentos de hemoglobina.

Durante vários anos, tive a oportunidade de aprender a desenvolver fora de Portugal (D.C.S.) a técnica da Agulha de Crochet e que me parece ser pouco usada no nosso meio. Num Hospital da iniciativa privada em Lisboa, pudemos mais uma vez usá-la em *trinta doentes consecutivos com bons resultados*, comprovados clinicamente e pela aceitação e satisfação do próprio doente. Por acreditarmos que apresenta vantagens em relação à alternativa convencional é que iremos descrevê-la:

Com o doente de pé, são marcados com uma caneta indelével (edding 2.000 ou 3.000) os ramos a serem removidos. É essencial a marcação rigorosa exactamente sobre os seus trajectos. São marcadas as veias visíveis e as palpáveis. Uma vez anestesiado o doente é feita a laqueação das safenas a serem removidas rente à crossa.

O Stripper é introduzido pelo tornozelo de acordo com a técnica convencional. Após esta etapa, com a ponta de um bisturi lâmina 11, são feitas punções sobre o trajecto dos colaterais. Estas punções têm de 2 a 3 mm de comprimento e através delas introduz-se uma agulha de crochet de n.º 4 a n.º