
INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA E PLANO NACIONAL DE SAÚDE

Autor

João Lobo Antunes

Lisboa, Julho de 2010



**Alto Comissariado
da Saúde**



**Plano Nacional de Saúde
2011-2016**

INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA E PLANO NACIONAL DE SAÚDE

Autor

João Lobo Antunes*

Lisboa, Julho de 2010

* Presidente do Instituto de Medicina Molecular
Vice-Presidente do Health Cluster Portugal

Qualquer análise do papel da investigação no âmbito do Plano Nacional de Saúde (PNS) deve ter em conta, acima de tudo, que o objectivo final deste Plano é, expresso na sua fórmula mais simples, “melhorar o nível de saúde da população”. Este é naturalmente um desiderato muito complexo e o papel, neste contexto, da actividade de investigação, entendida esta como a utilização do método científico para procurar uma resposta a uma pergunta claramente formulada, nem sempre será imediatamente apreensível ou dará frutos num futuro imediato. Para colocar a questão na perspectiva global que nos interessa será importante distinguir os diversos tipos de investigação relevantes para os objectivos do PNS.

I – TIPOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

1 – Investigação Básica

Se atentarmos no progresso da medicina nas suas várias modalidades, curativa, preventiva ou preditiva, concluiremos que a contribuição da pesquisa levada a cabo por cientistas, sem a preocupação de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à população foi, e ainda é, decisiva. De um modo geral, esta investigação não recebe financiamento directo dos Ministérios da Saúde, mas sim das instituições do Estado que tutelam a ciência e tecnologia. Igualmente, o reconhecimento académico ou curricular das actividades de investigação nesta área não têm merecido a devida atenção dos responsáveis da saúde e esta é uma das causas do divórcio entre investigação básica e clínica. Por outro lado, cada vez mais se reconhece a necessidade de articulação entre estes dois tipos de investigação, consubstanciada no modelo da chamada “ciência de translação” de que trataremos a seguir.

Analisando a experiência portuguesa nos últimos anos, poderá dizer-se que a investigação biomédica básica conheceu um avanço notabilíssimo desde a criação do Programa Ciência e da rede de Laboratórios Associados do Ministério da Ciência e é presentemente uma das mais pujantes do tecido científico nacional.

2 - Investigação Clínica

A investigação clínica, segundo a definição do National Institute of Health (NIH) norte-americano, abrange um largo espectro que inclui nomeadamente: a) investigação “orientada para o doente”, entendida como investigação em indivíduos saudáveis (ou de amostras de fluidos, tecidos ou fenómenos cognitivos) em que o investigador interage com a pessoa, sobretudo em mecanismos de doença, intervenções terapêuticas, ensaios clínicos ou desenvolvimento de nova tecnologias; b) estudos epidemiológicos e comportamentais; c) investigação sobre serviços de saúde e de resultados.

Note-se que, segundo Rui Victorino*, esta foi a definição adoptada no concurso para financiamento de projectos de investigação clínica promovido pelos Ministérios da Saúde e da Ciência e Ensino Superior em 2008. No contexto particular do PNS, parece-me útil analisar nesta rubrica a investigação descrita em a), tomando as restantes como um tópico distinto.

Um primeiro ponto que merece destaque é que esta é uma investigação conduzida fundamentalmente por médicos, embora cada vez mais se torne necessário a colaboração com cientistas com outras formações incluindo as áreas de enfermagem, biologia, física, matemática, engenharia biomédica, biologia computacional, entre outras. Saliente-se, contudo, que esta é investigação orientada para o doente e terá sempre o clínico como o seu natural protagonista. A ameaça principal que tem sofrido prende-se com a crise do “médico-cientista” que tem já pelo menos 30 anos, conforme foi reconhecido num famoso editorial de James Wyndgaarden publicado no “New England Journal of Medicine” em 1979**.

Este é um fenómeno universal como ilustram, por exemplo, o decréscimo do “clinical lecturers” no Reino Unido, de bolsas de investigação clínica na Suécia, ou o declínio de candidaturas de médicos a bolsas do NIH. A questão em Portugal é de gravidade talvez maior ainda dadas as fragilidades que persistem na estrutura científica e nomeadamente na ausência de carreiras em investigação. As causas do declínio do “médico-cientista” são de natureza vária e importa enunciá-las:

1. O progresso científico é hoje muito mais rápido e complexo e obriga a uma constante actualização de métodos e tecnologias que absorvem muito tempo de

* “A investigação nos hospitais” in “Governação dos Hospitais”. Editado por Luís Campos, Margarida Borges e Rui Portugal. Casa das Letras. 2009 pp. 365-372

** “The clinical investigator as an endangered species”. N Engl JMed 301:1254-1259, 1979

- aprendizagem. Ou seja, um médico que procure dedicar-se simultaneamente a actividades de investigação e assistência encontrará enorme dificuldade.
2. A introdução de modelos exigentes de gestão, a contracção do pessoal médico e a exigência do cumprimento de metas assistenciais limitam muito a disponibilidade dos clínicos para tarefas de investigação. Só em circunstâncias particulares a actividade de pesquisa é compatível com um “part-time” e este, quando possível, necessita ser adequadamente programado e “protegido” pelos responsáveis.
 3. O treino clínico, ou seja, o internato médico é muito mais prolongado e exigente, e está condicionado pela obrigatoriedade de cumprimento de tarefas assistenciais que absorvem completamente o tempo do jovem médico. Por outro lado, os programas de formação definidos pelos colégios das especialidades não dão, em regra, necessário relevo ao treino científico e, sobretudo, não reconhecem que a educação de um jovem médico é um processo plástico que deve ser condicionado pelo talento e vocação de cada um. A preocupação é hoje, fundamentalmente, preparar técnicos e não profissionais com interesse e cultura científicos que identifiquem problemas e desafios e saibam desenhar caminhos e metas de investigação. O presente sistema de internato e a definição rígida e míope dos estágios de formação têm certamente abortado muitos potenciais investigadores clínicos. Finalmente, houve, particularmente nas décadas de oitenta e noventa, um processo que poderíamos chamar de “desacademização”^{*} dos hospitais de ensino, e quase se extinguiram os “role-models”, o que teve como consequência que a maior parte dos Directores de Serviço ou dos médicos mais graduados não tivessem qualquer currículo na área da investigação.
 4. Fraca recompensa académica. A valorização presente da docência e da investigação (e as duas estão intimamente ligadas) em todos os graus profissionais no Sistema Nacional de Saúde é o melhor índice da indigência científica na área da saúde. Note-se que a responsabilidade é partilhada por governantes e profissionais, que persistem no pecha de um igualitarismo paralisante de que aparentemente se não conseguem libertar. De facto, valorizar ensino e investigação entre 0-0.5 valores em concursos para graus de

^{*} J. Lobo Antunes: “O hospital universitário”. In “Um modo de ser”, Gradiva 1996 p 19-31

consultores ou de provimento à categoria de chefe de serviço é um desincentivo eficaz para que alguém abrace aquelas duas carreiras.

5. Dificuldade no financiamento que deriva de vários factores. Conforme observa Rui Victorino ao analisar-se mais de 15 anos de concursos para financiamento pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), verifica-se que os projectos biomédicos de natureza fundamental são mais competitivos que os de investigação clínica, que acabam por ser preteridos em favor dos primeiros. Este é um ciclo que se auto-perpetua. Em 2007 a FCT e o Ministério da Saúde abriram um concurso para investigação clínica que financiou cerca de 60 projectos num total de 7 milhões de euros, mas este foi o único concurso desta natureza na história da FCT.

Para lá da investigação de fármacos e dispositivos em parceria com a indústria, que merecerão um desenvolvimento especial mais adiante, existem múltiplas formas de financiamento através de fundações privadas (e aqui certamente a Fundação Gulbenkian tem tido um impacto decisivo), de sociedades científicas e da indústria, mas sempre com impacto limitado. Sublinhe-se, por outro lado, que não há qualquer tradição de mecenato individual no nosso país, em parte por não se terem criado os incentivos fiscais adequados à sua promoção.

6. Ausência de unidades de suporte à investigação, nomeadamente quanto à execução de ensaios clínicos, suporte bioestatístico ou arquivos clínicos ou bases de dados informatizadas.
7. Ausência de uma política de investigação como estratégia própria das unidades de saúde. Poderão alguns argumentar, sem qualquer fundamento, aliás, para lá de um certo preconceito anti-académico, que a função de investigar não é uma obrigação primária de um Serviço Nacional de Saúde. Há ampla evidência que uma investigação médica de qualidade tem repercussão apreciável na prestação de cuidados de saúde.

O Health Cluster Portugal (HCP)^{*}, num estudo recente sobre o impacto da investigação clínica, enumera três tipos de consequências benéficas:

1 - Cuidados de saúde

- . Contribuição para a qualidade da actividade assistencial;
- . Impacto na organização e capacitação das unidades de saúde;
- . Acesso precoce a fármacos inovadores.

2 - Educacional e científico

- . Oportunidade dos investigadores colaborarem com os seus pares em programas nacionais e internacionais;
- . Promoção da formação em metodologias de investigação;
- . Criação de ambiente propício ao desenvolvimento de projectos originais.

3 - Económico

- . Criação de mais postos de trabalho em actividade de I&D e desenvolvimento de novas competências.

O HCP reconhece ainda que a proximidade de Unidades de Saúde com empresas “start-up” ou institutos de investigação potencia o desenvolvimento de pequenas e médias empresas na área da saúde.

3 – Ensaio Clínicos

O ensaio de novos medicamentos e dispositivos é evidentemente uma modalidade de investigação clínica, mas parece-nos útil, pelas suas especificidades, tratá-lo de forma separada. Sublinhe-se que a nível europeu está em curso um projecto, o “European Clinical Research Infrastructures Network” (ECRIN), que visa criar uma infra-estrutura de suporte à realização de ensaios clínicos a nível europeu.

Existem problemas comuns a todos os países europeus, como reconhece no seu estudo, o HCP. De facto, há necessidade de promover recrutamento de doentes, melhorar a farmacovigilância e treinar os intervenientes no processo de I& D. Duas dificuldades crescem em Portugal: os obstáculos e a lentidão na aprovação de ensaios

^{*} “Inovação e competitividade na Investigação Clínica”, Março, 2010

clínicos pelas autoridades reguladoras e a falta de condições para a realização dos ensaios nas unidades de saúde. Em relação a estas apontam-se, entre outras, as seguintes restrições:

- . Ausência de uma política de investigação clínica integrada;
- . Reduzida formação em metodologias de investigação;
- . Ausência de unidades orgânicas com equipas estruturadas;
- . Infra-estruturas de suporte débeis.

4 – Investigação de Translação

Na definição do NIH, esta consiste simplesmente em aplicar descobertas básicas à prática clínica e promover a adopção das melhores práticas na comunidade. Em certa medida, resulta da combinação de investigação básica e de investigação clínica e não apenas de simples adição de contribuições de origem distinta. O “Translational Research Working Group” do National Cancer Institute define-a para a área de oncologia da seguinte forma: “Research that transforms scientific discoveries arising in the laboratory, clinic or population into new clinical tools and applications that reduce cancer incidence, morbidity and mortality”. Como se compreende, esta modalidade de investigação seria aquela com melhor potencial de servir os objectivos do PNS, mas é de facto aquela que possivelmente se encontra em fase mais incipiente entre nós.

Quanto às causas da ainda relativa ineficiência da investigação de translação, vale a pena apontar que são, em certa medida, comuns à investigação clínica: falta de investigadores qualificados, falta de articulação e fragmentação das infra-estruturas, ausência de material clínico e bases de dados fidedignas. Não parece haver dúvida, porém, de que este se afigura o caminho mais seguro para trazer para a prática clínica as contribuições da pesquisa fundamental.

Dois pontos adicionais devem ser focados. O primeiro diz respeito ao hospital universitário ou, no sentido mais lato, o “hospital de ensino” (“teaching hospital”). Não é relevante fazer aqui a história das vicissitudes conceptuais e políticas que ocorreram desde a notabilíssima reforma do ensino em 1911. A situação actual em Portugal é que as Faculdades de Medicina de Lisboa, Porto, Coimbra, o Instituto Biomedicina Abel Salazar e, com um pouco menos de diferenciação técnica, os cursos da Universidade

da Beira Interior e da Universidade do Minho estão implantados em unidades hospitalares com essas características. Já a Faculdade das Ciências Médicas de Lisboa utiliza, por enquanto, unidades dispersas em vários hospitais. Não é claro como se organizarão os novos cursos do Algarve e de Aveiro, que parecem colocar em plano relativamente subsidiário o hospital como unidade de ensino.

O que importa aqui salientar é que é opinião corrente que quer o ensino, quer a investigação em biomedicina, nomeadamente a de “translação”, já não podem ser servidas com eficácia apenas no contexto do hospital universitário e, por isso, nos E.U.A. há largos anos e na Europa mais recentemente, nomeadamente na Holanda e no Reino Unido, adoptou-se o conceito mais lato de “Centro Académico de Medicina”^{*}. O Institute of Medicine definiu-o como a “constellation of functions and organizations committed to improving the health of patients and populations through their roles in research, education and patient care”. Este conceito implica três parceiros principais: um hospital de ensino e todas as unidades de cuidados de saúde que lhe estão agregadas, incluindo hospitais afiliados ou unidades de cuidados de saúde primárias, uma Faculdade de Medicina e um Instituto de Investigação. Note-se que será urgente redefinir a função assistencial das unidades mais diferenciadas, que deveriam ser dedicadas a tratar as situações mais complexas e graves que exigem especialistas, equipas e tecnologias cada vez mais sofisticadas, pelo que é previsível que o ensino “hospitalocêntrico” seja, compreensivelmente, questionado. Note-se ainda que a função de ensino e, correlativamente, de investigação ultrapassou já largamente a missão de preparar licenciados em medicina. De facto, a complexidade dos cuidados de saúde, em toda a sua dimensão, obriga a uma diversidade profissional cada vez mais exigente do ponto de vista técnico. É por isso que é igualmente relevante a formação de profissionais de enfermagem, técnicos de diagnóstico, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros, quer a nível pré-graduado, quer pós-graduado. Cada vez mais, sublinhe-se, estes profissionais buscam a obtenção de graus académicos por meio de projectos de investigação em áreas da saúde. Note-se, ainda, que cada vez mais se reconhece a relevância da investigação ao nível dos cuidados de saúde primários e do ambulatório, em áreas tão distintas como a promoção da saúde e a prevenção de mortes evitáveis. Isto significa que não deve haver categorias descontínuas na investigação em saúde e a de translação não representa excepção.

^{*} J. Lobo Antunes: “O Hospital universitário e o Centro Académico da Medicina” In “Governança dos Hospitais” Editado por Luís Campos, Margarida Borges e Rui Portugal. Casa das Letras 2009 pp 373-382

Um segundo ponto, que merece particular atenção no âmbito de um PNS, prende-se igualmente com o conceito de ciência de translação. Referimo-nos à chamada “medicina personalizada” que se perfila como uma tendência invencível de ciência biomédica. A necessidade deste novo paradigma da prática médica deve-se, por um lado, ao reconhecimento de que numa população de doentes com uma determinada doença ou síndrome (por exemplo, hipertensão arterial) nem todos respondem da mesma forma à medicação prescrita e que, por exemplo, cada neoplasia parece ter um perfil genético e molecular próprio que determina a sua resposta à quimioterapia. Isto está bem demonstrado em certas neoplasias da mama, do cólon ou do pulmão. A “medicina personalizada” implica não só o uso de técnicas de diagnóstico molecular que englobam áreas como a genómica, a proteómica ou a metabolómica, como recurso a ciências como a bio-informática, indispensável à análise desses dados. A sua integração com outros tipos de informação relevantes para a avaliação e consequente combate de factores de risco e correcção de estilos de vida, e como técnicas de imagem ou de farmaco-vigilância, obrigam ao desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação que certamente só poderão ser adequadamente articuladas através de plataformas electrónicas.

5 - Investigação de Natureza Epidemiológica

Esta é uma área de grande interesse multidisciplinar, já bem inserida na prática clínica, que é fundamental para o adequado planeamento e avaliação das políticas de saúde. A simples observação empírica do actual cenário nesta área sugere que este tipo de investigação beneficiará de uma correcta coordenação entre os centros que a ela se dedicam, de modo a aumentar a fiabilidade dos dados, e permitirá detectar variações regionais e, ao mesmo tempo, fornecer uma imagem global do país. Por outro lado, quer do ponto de vista nosológico, quer do ponto de vista sócio-económico, a situação é extremamente fluida e marcada por imprevisíveis variações e isto obriga a um esforço atento e persistente nesta área.

Dois pontos adicionais merecem ser realçados:

1. A necessidade de manter actualizados e confiáveis os registos nacionais de patologias consideradas mais relevantes. Isto obriga naturalmente a um grande esforço organizativo e, particularmente na área dos registos clínicos, à

- introdução generalizada do registo electrónico de dados, sobretudo nas instituições de saúde. A deficiente organização dos arquivos clínicos tem constituído um dos maiores obstáculos ao progresso não só neste tipo de investigação, mas também na investigação clínica em geral.
2. A organização a nível nacional de bancos de material biológico em áreas tão diversas como a oncologia, as doenças reumáticas ou as doenças neurodegenerativas. Tais bancos implicam uma estrutura bem montada que permita a recolha dos produtos e o acesso dos investigadores ao material biológico, mas também a cuidadosa vigilância do anonimato dos doentes envolvidos. Justifica-se, por isso, neste Plano uma rubrica que dedique especial atenção a esta área.

6 - Investigação da Natureza Sócio-Profissional e Económica - Definição e Avaliação das Políticas de Saúde e da Governação e Gestão dos Sistemas de Saúde

Esta é, sem dúvida, uma área muito vasta, de um modo geral conduzida por profissionais com formação sociológica, económica ou em áreas de gestão. Parece-nos, contudo, que ganha naturalmente outra clarividência, quando aqueles se associam a profissionais das áreas da saúde que conhecem melhor a realidade do terreno.

O divórcio entre estas duas “culturas” tem tido consequências indesejáveis, pois promove dois retratos diferentes da mesma realidade e suscita a resistência dos profissionais de saúde a medidas com razoável suporte empírico. É bem sabido que não é possível pôr em prática, por exemplo, medidas de gestão que impliquem cortes significativos nos orçamentos das instituições da saúde, sem que haja uma adesão dos profissionais que participam na avaliação da sua razoabilidade. Parcerias desta natureza são ainda mais urgentes em tempos de severo aperto económico. Sugerem-se como temas de análise, sem qualquer pretensão de os hierarquizar, os seguintes:

1. Avaliação da “performance” das unidades de saúde.
2. Análise dos modelos de governação. Comparação de diferentes modelos públicos e privados.

3. Análise dos contextos sócio-económicos e da equidade no acesso à prestação dos cuidados de saúde. Parecem prioritárias, entre outras, as seguintes áreas:
 - Condições sócio-económicas como determinantes sociais - desemprego, pobreza, dissolução da família nuclear, escolaridade;
 - Estilos de vida como determinantes de saúde (áreas afins com outras áreas de investigação);
 - Envelhecimento das populações;
 - Imigração.
4. Análise da política de recursos humanos nas diversas profissões da saúde. Note-se que esta é uma das áreas em que os dados empíricos e as decisões políticas mais se desencontram, em que interesses corporativos, preconceitos sociais e demagogias mais ou menos disfarçadas mais têm contribuído para que não seja possível uma análise rigorosa das questões, o que tem gerado medidas avulsas quase sempre orientadas para o curto-prazo.
5. Análise das práticas profissionais. Aqui parece importante distinguir os aspectos seguintes:
 - Avaliação da qualidade e boas práticas - Erro e conflitos de interesse;
 - Avaliação de risco.
6. Educação em Saúde. Esta é uma área de interesse crescente que tem basicamente dois objectivos interdependentes: a promoção da literacia em saúde e a capacitação do cidadão. É preciso determinar quais as medidas que se revelam mais eficazes na educação para a saúde, na promoção de estilos de vida saudáveis, na informação sobre as doenças e alternativas terapêuticas e na capacitação dos cidadãos como agentes promotores da saúde.

É urgente articular os vários organismos e programas envolvidos neste processo de modo a serem formuladas políticas convergente nos conceitos e nas práticas, mas que tirem proveito da crescente diversificação e sofisticação das tecnologias. Parece claro que um financiamento avulso, sem regra e sem método, não serve eficazmente este propósito.
7. Ética dos cuidados de saúde. De um modo geral, esta é uma área habitualmente negligenciada. Dois pontos merecem atenção. O primeiro diz respeito às

comissões de Ética das instituições de saúde e à sua articulação com a Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC). O segundo diz respeito ao papel da avaliação ética das políticas de saúde. Sublinhe-se, a este propósito, que a comissão recentemente nomeada pelo Presidente Obama tem como primeira missão a reflexão ética sobre os custos da saúde. Esta “ética do quotidiano”, da racionalização dos recursos, da avaliação custo-benefício, em relação a novas terapêuticas cada vez mais onerosas, à pressão de grupos de interesse, desde a indústria a organizações de doentes, obriga a uma intensa reflexão e esta não deve ser excluída de um PNS.

8. “Comparative-effectiveness research”*. Parece-nos importante definir esta área como uma rubrica à parte. É sabido como ela mereceu tratamento especial no “American Recovery and Reinvestment Act”, que lhe reservou 1.1 mil milhões de dólares.

É evidente que, entre nós, o esforço será sempre muito mais modesto, mas não há dúvida que, num tempo em que se reclamam cada vez mais políticas “baseadas em evidência”, parece urgente começar, mesmo que a título experimental, este tipo de exercício avaliativo. Será conveniente que se estabeleçam critérios que permitam definir as prioridades deste tipo de análise. O Institute of Medicine norte-americano considera como relevantes, na selecção das patologias ou dos problemas de saúde a avaliar, as seguintes: a prevalência, mortalidade, morbidade, custo e variabilidade das práticas diagnósticas ou terapêuticas.

* Weinstein MC, Skinner JA: Comparative Effectiveness and Healthcare Spending – Implications for Reform” N Engl J Med 362:460-465, 2010

II - FINANCIAMENTO DA INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DO PNS

A análise da tipologia de investigação enunciada sugere que os modos do seu financiamento terão de ser naturalmente distintos. Vale a pena chamar a atenção que o financiamento na investigação na área da saúde tem tido as seguintes origens:

1. Estatal, fundamentalmente pelo Ministério da Ciência e Tecnologia por intermédio da FCT. Este é de natureza vária, nomeadamente através do financiamento dos Laboratórios Associados na área da Biomedicina, de programas específicos de investigação definidos em concursos periódicos de bolsas para formação graduada e pós-doutoramento.

De um modo geral, a definição de áreas científicas prioritárias é feita sem articulação com o Ministério da Saúde. O financiamento de projectos de investigação é concedido após a submissão a concursos com júris “ad hoc”, mas tem-se revelado do ponto de vista da avaliação, pese embora eventuais irregularidades na abertura de concursos, um processo muito eficaz e respeitado pelos investigadores. A FCT tem financiado sobretudo projectos no âmbito das categorias 1, 2, 3 e 4.

O Ministério da Saúde através das suas várias estruturas tem contribuído para o financiamento em investigação de forma não regular e nem sempre claramente estruturada. Em 2008 houve uma experiência muito positiva de financiamento conjunto dos dois ministérios para projectos de investigação clínica, mas a falta de articulação dos dois ministérios (parceria INSA – FCT) tem sido uma realidade que importa corrigir. Note-se que, preferencialmente, o Ministro da Saúde tem favorecido projectos de investigação nas categorias das quais o Ministério da Ciência se excluiu.

2. Fundações

O financiamento por fundações segue em regra uma agenda própria e estabelece as suas próprias prioridades científicas, não necessariamente articuladas com as políticas de saúde. Vale a pena citar o papel da Fundação Gulbenkian que tem, ao longo dos anos, contribuído de forma decisiva para o financiamento da investigação em todas as áreas das ciências da saúde, incluindo programas de formação graduada e pós-graduada. A Fundação Champallimaud investe predominantemente na área das Neurociências e da Oncologia. A recentemente criada Fundação Francisco José dos

Santos está particularmente dedicada à investigação de natureza mais sociológica. A Fundação Bial tem patrocinado um Prémio Científico muito valioso e prestigiado e interessa-se preferencialmente pelas Neurociências e Psicologia.

3. Indústria

A indústria farmacêutica tem investido particularmente na área dos ensaios de novos medicamentos, a maior parte das vezes no âmbito de estudos internacionais, cada vez mais coordenados por “Contract Research Organizations”. Já o seu papel no apoio a investigação básica é muito mais modesto. Esta é uma área que necessita de muito maior desenvolvimento, nomeadamente no que se refere a parcerias com laboratórios de investigação, com os quais importa desenvolver sinergias. Este foi, em grande parte, o conceito fundador do pólo de competitividade da saúde designado por Health Cluster Portugal.

4. Financiamento Internacional

O financiamento internacional particularmente através de fundos da União Europeia representa uma parcela já significativa do financiamento dos laboratórios de investigação, mas apenas contempla projectos de excelência, que se submetem a concursos altamente competitivos. Nalguns Laboratórios Associados representam já perto de 20% do seu orçamento. Estes fundos destinam-se sobretudo à investigação nas primeiras categorias e, cada vez mais, à investigação de translação. Note-se que constituem, sem dúvida, um sinal de reconhecimento internacional da qualidade de investigação praticada em laboratórios nacionais.

5. Mecenato

Infelizmente não existe em Portugal este hábito que tantos frutos tem dado nos Estados Unidos e no Reino Unido. A legislação é complexa, a declaração da utilidade pública um processo moroso e inexplicavelmente difícil e as vantagens fiscais nem sempre estimulantes. Num tempo de previsível depressão económica, o seu papel só muito dificilmente será significativo.

6. Financiamento Próprio

Não é previsível que as instituições de saúde tenham neste momento capacidade para contribuir significativamente para o financiamento de actividades de investigação

conduzidas no âmbito das suas funções. Uma alternativa a ser considerada é que estas actividades sejam contratualizadas como incentivos apropriados.

Por outro lado, desde há alguns anos que os laboratórios de investigação têm procurado fundos adicionais através da prestação de serviços, da criação de “start-ups”^{*} e, em escala menor, de rentabilização através de patentes ou outras modalidades das descobertas ou invenções dos seus investigadores.

7. Sociedades Científicas

Diversas sociedades científicas, particularmente aquelas mais desafogadas pela dimensão dos financiamentos da indústria das suas reuniões ou congressos, têm criado bolsas de investigação e prémios que constituem naturalmente incentivos à investigação. O seu impacto é, no entanto, relativamente limitado e tendencialmente são contemplados os grupos mais activos, ou seja, raramente se procuram incentivar novos projectos ou novos grupos.

^{*} Um exemplo disso foi a criação pelo Instituto de Medicina Molecular da Genomed, um laboratório de diagnóstico molecular, em parceria com empresas privadas.

III - PROGRAMAS DE FORMAÇÃO DE NOVOS INVESTIGADORES

Embora se reconheça o papel cada vez mais relevante de investigadores com outras formações científicas, parece-nos pertinente distinguir, no contexto do PNS, a questão dos licenciados em medicina. Já atrás se referiu o problema do declínio do “médico-cientista” e o papel que estes desempenham no âmbito que nos interessa.

Vale a pena salientar que, em 2005, o National Health Service do Reino Unido publicou um relatório intitulado “Medically/and dentally qualified academic staff: Recommendations for training the researchers and educators of the future”, que enunciava medidas respeitantes a estudantes de medicina, especialistas em treino e médicos “seniors”. Quanto aos segundos, enfatizava a necessidade de criação de programas de treino “académicos”, ou seja, serviços que incluíssem actividades de pesquisa, de períodos electivos de investigação e de programas integrados de doutoramento/internato. Quanto aos já especialistas, salientava a importância da colaboração multidisciplinar, da revisão dos critérios de promoção académica e, citamos, o estímulo ao “academic medicine tripod: teaching, research and clinical practice recognized and supported in an increasing competition in a target oriented health-care delivery environment”.

Deve salientar-se como muito positiva, embora seja ainda muito cedo para avaliar o alcance desta medida, a aprovação de legislação (Portaria n.º 172/2008), por proposta conjunta dos Ministérios da Saúde e da Ciência que criou um programa de internato/doutoramento, alargando o tempo de internato de 3 anos e permitindo assim que o interno se dedique a um projecto de investigação conducente ao doutoramento. É seu propósito “preparar uma nova geração de médicos altamente qualificados cientificamente, que possam contribuir para uma prática clínica mais racional, para uma investigação mais competitiva e para um ensino mais exigente”.

Uma outra iniciativa merece ser realçada. Referimo-nos ao programa da Fundação Gulbenkian com a colaboração da fundação Champalimaud e o apoio do Instituto Gulbenkian da Ciência, Instituto de Medicina Molecular e IPATIMUP de doutoramento para médicos internos e especialistas. O programa foi originalmente planeado para três grupos de 10 médicos e um rigoroso processo de selecção permitiu identificar que haveria certamente muito mais interessados em nele ingressar.

IV – RECOMENDAÇÕES

1. A investigação em saúde no contexto do PNS deve abranger todos os modelos enunciados, embora se reconheça que, tendencialmente e de acordo com as políticas definidas no PNS, se deve dar ênfase particular aos que melhor se enquadram com os objectivos deste.
2. Deverá promover-se a articulação dos diversos organismos responsáveis pela definição das agendas de investigação na área da saúde, o seu financiamento e a sua avaliação, em particular os Ministérios da Saúde e Ciência.
3. É conveniente que exista, no Ministério da Saúde, uma estrutura própria que coordene as áreas da educação e da ciência independente, constituída por personalidades com experiência nesta área, como aliás estava previsto na lei fundadora do SNS.*
4. Deverá ser incentivada a formação de redes entre instituições quer nacionais quer internacionais. Salienta-se a importância de se estabelecer uma presença forte e competitiva a nível internacional, nomeadamente através de projectos que atraiam para Portugal investigadores nacionais ou estrangeiros presentemente a trabalhar noutros países e financiamento internacional.
5. É fundamental estimularem-se candidaturas que abranjam de forma transversal todas as instituições da saúde que valorizem a investigação, nomeadamente clínica e de translação, e que levem ao reconhecimento do seu papel como motor de melhoria da qualidade assistencial e de instrumento de inovação e progresso.

* É interessante recordar que na lei n.º56/79 que criou o Serviço Nacional de Saúde seja referido como órgão central de natureza instrumental o “Departamento de Ensino e Investigação”, que tinha como missão “promover e coordenar as actividades de ensino e investigação no campo da saúde (...) e propor as medidas destinadas à uniformização de objectos de idênticas actividades dependentes de outros ministérios”. Cobia-lhe também “promover, assegurar e desenvolver a documentação e informação científica e técnica” .

A estrutura proposta em 3 terá igualmente a responsabilidade de coordenar todo o processo de avaliação dos projectos, bolsas ou outros modos de financiamento segundo princípios estritos de regularidade, celeridade, rigor e transparência nos critérios de avaliação. Sempre que possível deverá recorrer-se a avaliadores externos.

O desenvolvimento de investigação no âmbito do PNS deverá ter ainda em conta outros parceiros exteriores aos organismos sob tutela do Ministério da Saúde, nomeadamente Universidades, Laboratórios Associados e outros, indústria, instituições privadas e sociais de assistência, sociedades científicas e organizações de doentes. A natureza pluridisciplinar desta investigação e a necessidade de se criar uma massa crítica de investigadores assim o determina.

6. Deve ser reconhecido que será útil desenvolver o modelo do Centro Académico de Medicina, já que este se tem revelado como aquele que contém mais potencialidades, quer do ponto de vista estrutural, quer funcional, para melhorar os cuidados de saúde às populações, pelo seu triplo envolvimento em investigação, educação e prestação de cuidados de saúde.
7. É desejável que um Centro Académico de Medicina agrupe várias unidades hospitalares, além de centros de saúde ou outras unidades envolvidas na prestação de cuidados de saúde primários.
8. Deverá ser claramente reconhecido que a investigação médica é uma das missões dos profissionais de saúde mais diferenciados, em todas as unidades em que trabalhem. Decorrendo disso, deve dar-se o peso correspondente a este tipo de intervenção nas grelhas classificativas, quaisquer que sejam as instituições a que esses profissionais estejam associados e os graus a que concorrem.
9. Deve fomentar-se uma política de investimento na formação científica dos profissionais em treino, nomeadamente médicos internos. Tal política deve ser objecto de uma análise conjunta com a Ordem dos Médicos, Colégios de Especialidade e Comissão do Internato Médico.
10. Deve prosseguir o programa de internato/doutoramento organizado conjuntamente pelos dois ministérios. Deverá promover-se uma reflexão sobre o modelo adoptado e, eventualmente, ajustá-lo de acordo com a experiência de outros programas congéneres.
11. Deverão ser criados, nas instituições de saúde de dimensão apropriada para este efeito, gabinetes de investigação que devem incluir a área dos ensaios clínicos e um gabinete de apoio bioestatístico. Recomenda-se, igualmente, que devem ser contratados médicos e outros profissionais especialmente dedicados a estas funções, particularmente em parcerias com instituições de ensino e investigação. Igualmente se recomenda que haja nas instituições do SNS uma rede de acesso à literatura científica, tomando como base o que já existe nas Faculdades de Medicina.
12. É indispensável a criação de registos nacionais de certas patologias, não necessariamente só os mais comuns, bancos de material biológico, além de uma rede de biotérios que satisfaça as necessidades do investigador.

13. É importante estimular as áreas de educação para a ciência, a divulgação ponderada dos progressos de investigação biomédica, a criação de “sites” apropriados para o efeito. Reconhece-se o eventual papel do Projecto Harvard Portugal, uma parceria que envolve o Ministério da Ciência as Faculdades de Medicina e o Alto-Comissariado para a Saúde.
14. As modalidades de financiamento dos projectos de investigação no âmbito do PNS poderão ser de variada natureza: concursos temáticos, bolsas para projectos, financiamentos plurianuais, projectos internacionais, projectos de cooperação com outras instituições públicas ou privados.
15. Deve promover-se a investigação ética no referente a todas as tipologias de investigação enunciadas, nomeadamente no que se refere às condições sócio-económicas, ao racionamento/racionalização de recursos, conflitos de interesse, erro médico, decisões de final da vida e integridade em ciência.
16. As unidades de saúde deverão fomentar a execução de estudos clínicos de iniciativa dos investigadores ou grupos de investigadores. Na área do medicamento deverão elaborar-se protocolos que salvaguardem a gestão do medicamento experimental, a farmacovigilância e o seguro de responsabilidade civil da equipa de investigação e dos sujeitos envolvidos no ensaio.
17. No que se refere ao CEIC, reconhece-se a necessidade a agilizar o processo de aprovação dos ensaios e compatibilizar a sua missão com estratégias de competitividade e inovação e de promoção da investigação clínica em Portugal. Em relação às unidades de investigação, é evidente a necessidade de regulamentar o processo de aprovação de contratos de ensaios clínicos, particularmente no que se refere aos aspectos financeiros, que muitas vezes atrasam irremediavelmente a participação do centro, sobretudo em projectos internacionais.
18. É indispensável a capacitação de unidades de cuidados de saúde primários, tais como os centros de saúde e unidade de saúde familiar, para o desenvolvimento de ensaios clínicos e todos os outros de investigação.