

EDITORIAL

O saber relacionado com a reprodução humana sofreu nos últimos vinte e cinco anos uma evolução explosiva, consequência da aquisição muito rápida de enorme soma de conhecimentos básicos e do acesso a novas metodologias laboratoriais com aplicação terapêutica de âmbito cada vez mais lato. Em conjunto, a utilização clínica dessas técnicas e a generalização do recurso a tecnologias cirúrgicas conservadoras menos invasivas mas de grande eficácia revolucionaram a prática da actuação médica neste campo. Houve igualmente importantes modificações na terminologia como a introdução do neologismo Procriação Medicamente Assistida (PMA) designando o conjunto de técnicas terapêuticas com apoio laboratorial específico, o abandono do conceito clássico de esterilidade (substituído pelo de infertilidade ou mesmo subfertilidade) e a generalização do uso de Medicina da Reprodução para designar o ramo da Ginecologia que trata destes temas.

O nosso país tem sido participante activo neste processo, quer com uma incorporação muito precoce das metodologias de PMA, quer com o contributo para o desenvolvimento de algumas especificidades dessas técnicas. A receptividade às novas possibilidades cirúrgicas tem sido algo mais lenta dada a necessidade de vencer reservas de diversa índole, de tempo de treino adequado para cirurgiões, muitos deles com enorme formação e experiência nas técnicas clássicas, e também os custos nada irrelevantes dos materiais indispensáveis.

Como seria de esperar a investigação quer clínica quer básica tem sido uma realidade pelo que a existência de uma revista nacional indexada vem

obviamente abrir novas perspectivas para a difusão dos trabalhos da comunidade médico/científica que se dedica a esta área. Por isso aceitei o honroso convite para participar no corpo editorial da Acta e dar o meu pequeno contributo para um projecto que se me afigura ter todos os “ingredientes” para um futuro com sucesso dada a estrutura sólida montada pelos dos seus Director e Editor Chefe.

A investigação clínica é um poderoso instrumento de aprendizagem e modelação de conceitos e métodos mas persiste em ser um parente muito pobre quer na formação pré e pós-graduada quer na estruturação da maioria (totalidade?) das instituições. E, infelizmente, esta situação não parece ter senão tendência para se agravar tendo em conta a filosofia actual de rentabilidade e produtividade assistencial com carácter asfixiante da tarefa médica mais nobre, que é a progressão permanente em direcção à prestação de cuidados cada vez melhores aos doentes. A preocupação exclusiva com a quantidade e a não valorização da qualidade excepto em parâmetros grosseiros (mortalidade ou re-internamentos são o paradigma) tenderá a tornar cada vez mais difícil ter tempo ou espaço mental para planear, organizar e executar as tarefas adicionais subjacentes a qualquer investigação. Claro que não é este o único obstáculo à investigação clínica. Alguns são próprios da nossa cultura – défice de formação estruturada sobre estudos clínicos, não valorização individual ou curricular consistente, outros têm que ver com a dificuldade em obter suporte económico para estudos que não testam fármacos, outros ainda decorrem da pequenez da nossa população e inerente dificuldade em conseguir grupos

de estudo e controlo homogéneos e com dimensão suficiente para que se consigam conclusões válidas. Este último tipo de problema só é ultrapassável através de estudos multicêntricos mas estes apenas são fiáveis desde que a coerência de actuações permita aglutinar os resultados obtidos. E a coerência de actuações é uma consequência não só da forma como os estudos possam ser concebidos mas também, e sobretudo, da existência de um hábito consistente da utilização de normas de conduta padronizadas (guidelines na linguagem coloquial de origem anglo-saxónica). Claro que essas normas contêm na sua essência alguma falta de plasticidade na aplicação individual, o que é sentido, frequentemente, como uma restrição da capacidade de decisão e autonomia de cada médico. Daí o argumento clássico de que o uso de normas clínicas é contrário à indispensável individualização das atitudes

em cada doente. Tal conceito sugere, no extremo, a existência de uma quase infinidade de alternativas de actuação para cada situação e a possibilidade útil de se incluírem na ponderação individual múltiplas variações dos factores em presença. Mas será que, em presença de um caso clínico concreto há, realmente, tantas alternativas lógicas e baseadas que justifiquem essa fraseologia? Tenho as mais sérias dúvidas.

Penso que a constatação da necessidade de normas de actuação clínica padronizada e a consequente correcção da lacuna correspondente à sua inexistência poderão constituir mais um efeito colateral positivo da existência da Acta.

Carlos Calhaz-Jorge
Editor Associado