

A Medicina Interna e a Sociedade Tecnocientífica

A carta da Dra Maria Inês Leal* desperta na consciência de qualquer Internista questões de um dever quase filosófico: o que fazemos, porque fazemos, para onde vamos.

Proponho nesta curta reflexão interrogar o sentido e o porquê desta situação, cujo desespero é exemplar na carta da Ex^{ma} Colega.

A ciência (e o conhecimento) tem desde sempre na nossa cultura um carácter teórico e contemplativo. A antiga *epistemi* representava um conhecimento total e tendencialmente universal, só acessível na consciência do pensador e, deste modo, colocada num plano metafísico. Relegado para segundo plano ficava o trabalho que produzia bens materiais, palpáveis (*poiético* e fundamentalmente ligado à produção artística), e mais abaixo o trabalho escravo indiferenciado. O conhecimento era, portanto, *logoteórico*. O pensamento empírico, insular europeu (anglo-saxónico), foi-se afirmando de forma progressiva, em especial pela sua capacidade em lidar com problemas concretos e apresentar soluções rápidas. Na era industrial, a capacidade de produção de bens materiais capazes de aumentar substancialmente o nosso conforto de vida foi determinante para o realinhamento entre ciência e técnica. E foi precisamente no século XIX que aconteceu a cisão fundamental entre a filosofia e as ciências. A primeira deixou de ser a determinante do pensamento, a ciência fundamental, para ser relegada a uma prática discursiva e retórica. Às ciências coube o ónus da objectividade e, fundamentalmente, da realização prática de conhecimentos (ciência aplicada). A existência de uma ciência estéril que não conduz à produção de bens materiais concretos, deixou de fazer sentido, bem como a separação clássica entre ciência e técnica, ainda tão bem representada no ensino Politécnico e Universitário. No final dos anos 70 do século XX, surge consensualmente a tecnociência, resultado óbvio da fusão de conceitos.

O momento da Medicina Interna reproduz um

pouco esta realidade (crua) da sociedade tecnocientífica. Só se concebe uma actividade pelos bens ou serviços concretos que ela produz. Esta relação é convenientemente explorada pelas especialidades que se caracterizam por tarefas especializadas e exames técnicos. Existe mesmo uma interdependência destes dois factores: em muitos casos foram as técnicas que estiveram na origem da especialidade, e o domínio de determinado procedimento (técnico) gera um conhecimento ultraespecífico que é explorado na forma enunciada há séculos por Roger Bacon - “saber é poder”. Saber que facilmente se institucionaliza e burocratiza, enraizando-se nas estruturas de poder. Sendo a saúde um domínio económico apetecível, o domínio sobre este poder específico adquire uma dimensão difícil de imaginar.

A Medicina Interna não domina qualquer técnica em particular, faltando-lhe uma marca tecnológica para se afirmar e reivindicar na sociedade actual. Fica-se muitas vezes pelo discurso filosófico, estéril aos olhos do burocrata, incapaz de produção material (técnica e numérica) palpável.

Feito o diagnóstico nesta perspectiva, falta a proposta de solução (terapêutica). E propõe solução quem entende que conceptualmente a Medicina Interna faz sentido, tem pernas para andar. E no melhor interesse do Doente e por uma questão de estratégia de política de saúde, que não pode ficar eternamente colada a *Lobbies* diversos, em especial de carácter económico e globalizante.

A melhor defesa e garantia de sucesso de qualquer sociedade é a aposta nos seus indivíduos, em especial na educação e formação. E este é um caminho que a Medicina Interna terá de percorrer. A formação e acompanhamento da evolução dos Internos, terá de ser a aposta fundamental da especialidade. Conseguir-se com isto elevar os índices gerais de qualidade dos Internistas. Devemos estar abertos a novas terminologias; o facto de sermos considerados Hospitalistas, só reflecte a nossa importância no Hospital, a natureza e local do nosso trabalho. As rotinas de serviço, visita

*Rev Med Int 2004; 11(4):216.

clínica, sessões de serviço etc, têm de manter um serviço vivo e atento, e não ser subalternizadas a tarefas brutalmente assistenciais como as infindáveis horas de Urgência. A criação de hábitos de investigação clínica, ao alcance dos Internistas e dentro das limitações e constrangimentos a que infelizmente nos habituámos, é outro estímulo poderoso. Neste aspecto, não pode deixar de ser saudada a regularidade da publicação oficial da especialidade. Cumpre-nos elevar o seu estatuto qualitativo com trabalhos prospectivos e discussão viva. A aquisição de competências técnicas várias ligadas à especialidade deve ser estimulada e não obstruída, dentro e fora dela.

De muito mais se podia escrever, mas o discurso não pode ser longo. Deixo o debate e mais sugestões a outros Colegas, com responsabilidades e recursos superiores.

Concluo que apesar da situação actual não ser brilhante, há muito por fazer e muito porque lutar, antes de dar por terminada a guerra. E as derrotas vendem-se sempre caras.

Paulo Marcelino