

Revista Portuguesa  
de  
**cirurgia**

II Série • N.º 0 • Março 2007



Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

# Sociedades Científicas e Diversidade do Pensamento Cirúrgico

*Fernando Veiga Fernandes*

Prof. Catedrático – Faculdade de Medicina de Lisboa  
Director de Serviço de Cirurgia

**RESUMO** Trabalho de confrontação entre a diversidade do pensamento médico que supostamente aceita a predominância do pensamento científico e o pensamento dialéctico que desde sempre tem dominado a arte de ter sucesso à priori na luta pela vida e na disputa pelo domínio político-social.

O problema da avaliação do grau de influência da Sociedade Portuguesa de Cirurgia (SPC) ao fim de 30 anos é uma questão tão difícil como foi no início elaborar os seus Estatutos. Ao fim de todo este tempo, o balanço positivo geral que tem de ser feito em relação ao alcançado (como por exemplo, o que foi conseguido no campo da educação cirúrgica pós-graduada, na actualização e formação profissional dos cirurgiões, na melhoria formal da apresentação pública de trabalhos, e especialmente no convívio nacional e internacional) foi provavelmente muitíssimo superior aos desvios de orientação negativa. Mas, tratando-se de uma Sociedade Científica a questão mais significativa que interessa responder é se no específico pormenor do progresso científico da cirurgia nacional – no sentido diacrónico local, e comparativo geral – ela satisfaz as aspirações mais distintas para que foi criada.

Até certo ponto, a decisão de criar uma Revista autónoma, é uma forma sábia e pragmática de demonstrar que a actual direcção da SPC reconhece importância à lacuna e para resolver o defeito decide dar um sinal seguro de que vai tentar a sua correcção. Temos de elogiar o desígnio, que se reveste da maior oportunidade e alcance e simultaneamente agradecer a sintonia do honroso convite para abordar o problema

da diversidade do pensamento cirúrgico. Atendendo à acção influenciadora que as Sociedades Científicas podem ter no espaço público da Cidade, uma tal questão só fica perfeitamente enquadrada se nos referirmos às inter relações de sentido recíproco que se estabelecem entre o pensamento dialéctico comum e o pensamento científico. No nosso conceito, a influência do dialéctico que domina a arte da disputa político-social nas Democracias mediáticas actuais, não tem parado de crescer, e sobreleva em influência cultural a do científico, mesmo dentro das próprias Sociedades. Para nós, é este o factor original de todas as nossas frustrações.

Iremos portanto, tratar desta questão considerando em primeiro lugar os aspectos que nos parecem mais essenciais, apresentados muito recentemente com maior desenvolvimento noutra local (\*). Em resumo referir-nos-emos: 1) Aos critérios de verdade do Pensamento Científico, 2) Ao problema da especificidade do pensamento clínico e cirúrgico e 3) À Arte de actuação cirúrgica. Depois equacionaremos, também

(\*) F. VEIGA FERNANDES: *Diversidade do Pensamento Cirúrgico*, RFML: 2006; Série III; 11(6): 319.



de modo resumido, os problemas do condicionamento ético da liberdade de acção e a questão da linguagem médica. Finalmente deter-nos-emos na diferença entre verdade e opinião, na perspectiva da orientação das decisões decorrentes do espaço público de intervenção das Sociedades.

## Pensamento Científico

O pensamento médico foi fundamentalmente dominado nos últimos séculos pelo sucesso que teve a aplicação da metodologia científica às ciências da natureza. A esta influência deve-se grande parte do progresso alcançado quer no alargamento e aprofundamento dos conhecimentos relativos às ciências básicas quer no campo pragmático do tratamento das doenças.

De um modo geral, para que o conhecimento seja considerado científico é preciso que obedeça a um conjunto de requisitos que permitam a sua verificação, em identidade de circunstâncias. Estes requisitos incluem os seguintes passos mais significativos, de acordo com o padrão cultural anglo-saxónico geralmente aceite:

- **eliminar o objecto de estudo:** dado que não é possível estudar tudo ao mesmo tempo, é necessário focalizar o assunto, sem divagações, e garantir que o estudo irá ser exequível (definir o problema);
- Escolher a **metodologia de trabalho:** é preciso caracterizar o objecto de estudo e delinear como analisar o que se pretende conhecer (elaborar um projecto de estudo de acordo com o material disponível e os métodos de análise);
- Fazer uma **rigorosa descrição dos dados obtidos:** que possibilitem uma representação formal das estruturas, das relações e funções dos fenómenos, que constituem o objecto de estudo do problema, de modo a garantir que os mesmos factos, nas mesmas condições, voltarão a originar as mesmas consequências (discussão dos resultados);
- Estruturar a **formulação das hipóteses:** que permitam compreender os encadeamentos na porção do

“real” analisado, na certeza de que as hipóteses validadas por um dado estudo científico poderão vir a ser rejeitadas por novos factos ou acontecimentos posteriores e que essa rejeição não deve ser entendida como um retrocesso, mas sim como um progresso natural no desenvolvimento do conhecimento científico (Karl Popper). Dados a favor do paradigma vigente, podem não aumentar significativamente a validade do mesmo. Pelo contrário, um único dado ou dados contra, invalidam a hipótese que o sustenta (Khun, Popper)

Resta acrescentar que todos estes requisitos têm de ser cumpridos no quadro de uma escolha teórica à priori racionalmente coerente (baseada nos princípios da razão suficiente definidos por Leibnitz, Kant, Descartes), que explicitem desde início um conjunto de razões explicativas indutivas que permitam descrever, analisar e previamente compreender um dado domínio do conhecimento.

Em resumo, a metodologia científica é um processo elaborado de fundamentação do pensamento que se destina a compreender a realidade extrínseca *criada* segundo regras lógicas admitidas inicialmente de modo axiomático, que são comuns ou equivalentes à nossa própria racionalidade (ambas obedecem aos princípios da causalidade, e aos princípios lógicos da identidade, da não contradição e do terceiro excluído). O processo mental que permite processar a equivalência entre o pensamento e o real faz-se de acordo com a utilização em cascata sequencial das nossas capacidades racionais de síntese (de sentido simbólico e universalizante) e de análise, do seguinte modo: Inicialmente as explicações que imaginamos para compreender a realidade (por um processo universalizante mal esclarecido, mas que se usa designar como indutivo) têm de ser racionalmente coerentes e baseiam-se na convicção de que na sua essência “o real é racional e o racional é real” (Hegel). Seguidamente as explicações de base fundamentalmente teórica têm de ser submetidas à contraprova dos factos cuidadosamente analisados, e seleccionados de acordo com o seu suposto grau de importância causal. Para atingir este *desideratum*, os factos mais salientes serão experimentalmente reunidos numa demonstração prática em que se tenta



repetir o fenómeno de acordo com o previsto – o método científico é por este facto, classicamente classificado como um **método experimental**.

O valor do método, como elemento de fundamentação ou de prova das hipóteses, vale exclusivamente quando satisfaz a totalidade dos seus passos. O cumprimento isolado de cada uma das partes, não dá por si só validade científica às afirmações nem lhes serve de critério de verdade. Afirmações do seguinte teor, “os factos falam por si” ou “factos são factos”, só têm valor como justificação presencial (atributo de verdades sensíveis), não dão validade às interpretações explicativas conceptuais, mesmo que estas se baseiem em factos muito relevantes. Do mesmo modo, o célebre aforismo de Nietzsche “não existem factos, mas somente interpretações”, é também um modo inviado de dar exagerada importância no método científico à parte relativa à validação racional das hipóteses interpretativas, menorizando os outros passos ou o método na sua globalidade. Portanto, todas as interpretações reclamam fundamentação e não podem tomar a vez dos factos ou verdades sensíveis, como tantas vezes por erro acontece na linguagem coloquial da vida corrente.

O domínio do mundo criado onde classicamente melhor se aplica este tipo de pensamento é o da física e o da biologia. Tipicamente com ele, tenta-se compreender como se dão os fenómenos ou os processos que aconteceram e se repetem no futuro em condições de identidade de circunstância. A Medicina e a Cirurgia na sua perspectiva orgânica são casos particulares da Ciência Biológica, e portanto a ambos aplica-se o modelo científico descrito.

## Especificidade do Pensamento Clínico

Entre o conhecimento dos acontecimentos relativos ao mundo biofísico criado e o que resulta da intervenção influenciadora directa da vontade humana situa-se grande parte dos problemas médicos da clínica e da terapêutica. Neste caso, consideramos como adquiridos todos os conhecimentos relativos à com-

preensão da normalidade anatómica, bioquímica e fisiológica e também tudo o que se sabe em ligação com o que designamos como história natural da doença – conhecimentos adquiridos pela via – dita científica e experimental de comprovação das hipóteses – utilizando métodos de prova laboratoriais ou recorrendo à experimentação animal de modo a reproduzir idênticos efeitos quando reunimos *in vivo* ou *in vitro* os supostos factores causais fundamentais.

Na clínica e na terapêutica, todo o problema está condicionado pela necessidade de repor a normalidade afectada pela doença, nos seus aspectos locais, regionais ou gerais mais significativos (reposição da normalidade anatómica, funcional e psico-social). Portanto, não se trata de compreender o universo biofísico estável, mas interpretar a dinâmica das alterações induzidas pela doença (compreender as inter-relações que levam à causa) e seguir no seu **registo histórico**, tanto quanto possível, os mesmos critérios de objectividade adoptados no método científico.

A sequência metodológica seguida, também aqui se orienta pela alternância dos processos racionais de enquadramento sintético e analítico dos factos como anteriormente descrito:

- Primeiro, uma síntese dos factos mais significativos que introduzem o relato da situação (como acontece na descrição do **motivo de internamento**),
- Depois a descrição pormenorizada dos factos relatados pelo doente (**anamnese**), ou dos factos observados pelo médico (**exame físico**),
- Em seguida elaborar uma síntese que permita o enquadramento dos factos mais significativos que dão fundamentação racional às hipótese de diagnóstico (**diagnóstico provisório**),
- Depois hierarquização dos métodos de prova das hipóteses (métodos laboratoriais, morfológicos e imagiológicos de prova) que permitirão **fundamentar o diagnóstico definitivo**,
- Para com base numa decisão estruturada melhor poder escolher a **terapêutica** mais adequada, tendo em atenção o estágio evolutivo da doença, as suas repercussões locais e gerais, os factores de risco e a avaliação da reserva funcional dos órgãos alvo ou órgãos de sus-



tentação da vida afectados pela doença ou alterados por outras circunstâncias.

- Finalmente há necessidade de elaborar um **prognóstico** sobre a evolução da doença tratada, e delinear um plano de aconselhamento normativo para facilitar a recuperação pós terapêutica e a integração do doente na sua vida de relação familiar, profissional e social (\*).

De um modo geral, os aspectos que dão real especificidade ao método clínico estão relacionados com o facto da doença induzir uma alteração da normalidade, sentida pelo doente ou observada pelo médico, que lhe induzem uma convicção prévia, a ter de ser objectivamente sustentada de modo a intentar prevenir ou rapidamente inverter a situação.

A especificidade do diagnóstico médico aconselha que o raciocínio que permite formular a hipótese provisória siga o elementar modelo taxonómico clássico ou aristotélico que permite a ordenação sistematizada dos diferentes passos que levam à classificação das doenças. Uma vez conseguido isto, descobrir a doença alvo consiste em descobrir a causa, integrando-a no modelo de ordenação classificativa escolhido: Primeiro o diagnóstico anatómico ou de localização do órgão afectado, depois o tipo de doença e finalmente o diagnóstico etiológico – porque sabemos da existência de uma reactividade sintomática específica de cada órgão, e que esta pode ser desencadeada por múltiplas causas (exemplo: doença do estômago a que se chega pelos sintomas característicos, doença crónica, úlcera péptica, úlcera gástrica); ou ainda primeiro a caracterização do grande quadro nosológico inespecífico, depois o quadro sindromático, a seguir a localização e finalmente o agente etiológico específico (exemplo: abdómen agudo, síndrome peritonítico, apendicite aguda, causada por exemplo, por uma bactéria gram negativa). A grande vantagem desta metodologia sequencial é que em determinadas áreas do conhecimento

médico, os clínicos podem rapidamente chegar ao diagnóstico certo, com elevado grau de probabilidade recorrendo a métodos auxiliares ou de confirmação laboratorial muito simples. O cirurgião de Banco, do tempo que

precedeu a explosão imagiológica e analítica actual, conseguia ter com o seu extremamente cuidado exame clínico, um tão elevado grau de certeza diagnóstica, que podia tomar decisões terapêuticas de muito elevado rigor e risco recorrendo a métodos

de comprovação muito pouco complicados. Depois de meditar sobre a anamnese e exame físico e de confrontar os dados adquiridos com os conhecimentos básicos da patologia e clínica, bastava-lhes na quase totalidade das urgências abdominais, por exemplo: um simples leucograma nas peritonites ou uma radiografia simples do abdomen na oclusão intestinal e nas perfurações de víscera oca, para decidir ter de operar o doente.

O outro ponto que merece ser referido liga-se não com o diagnóstico, mas com a pressão e exigência terapêutica de escolha do melhor método ou melhor metodologia, para conseguir trazer o doente à normalidade. A diversidade de meios, a organização das sequências de actuação que envolvem, a coordenação do momento de intervenção das várias especialidades e capacidade de ordenação das várias modalidades, é de tal complexidade que tem justificado todos os esforços feitos na sua sistematização racional. Este tem sido o campo privilegiado de acção da moderna **Medicina Baseada na Evidência**, de grande utilidade e interesse educativo. A ela se deve a possibilidade de termos hoje à nossa disposição em crescendo actualizações permanentes da pauta ordenada dos diferentes métodos de fundamentação das diferentes modalidades terapêuticas, de acordo com o seu grau de confiança em cada situação ou especialidade. A verdade em terapêutica passou a ser uma questão de grau de confiança no método de prova utilizado, baseado no valor probabilístico dos resultados obtidos.

A especificidade da metodologia de prova por razões de evidência aplicada à terapêutica cirúrgica foi anteriormente por nós abordada de um modo mais por-

---

(\*) F. VEIGA FERNANDES: *Metodologia de diagnóstico e elaboração escrita do processo clínico*. RFML III (6): 365-382, 2000.



menorizado (\*). Existem dificuldades na sua aplicação á cirurgia, como então referimos e que em síntese são devidas não só à multiplicidade das variantes relativas à selecção dos doentes, à dificuldade em estandardizar os estádios evolutivos da doença e em uniformizar as técnicas de tratamentos, mas também e fundamentalmente estão condicionadas por razões de natureza estatística relacionadas com a extensão e homogeneidade das amostras de modo a permitir induções matematicamente válidas.

**Em resumo**, o designado pensamento clínico é uma forma de pensamento muito estruturado que assenta na procura persistente de uma fundamentação objectiva e sistematizada dos diversos passos do processo de diagnóstico e de equacionamento da terapêutica. Contudo, pelo que expusemos, as hipóteses de diagnóstico médico não têm, mesmo depois de provadas, o carácter de leis universais estritas como sucede no pensamento científico aplicado à física ou às ciências da natureza. No dizer de Karl Popper apresentam-se predominantemente com um carácter singular e histórico e o facto de todas as leis da natureza serem hipóteses, tal razão não deve confundir-se com o facto de nem todas as hipóteses serem leis. As hipóteses médicas, como hipóteses históricas, são afirmações não universais. Por regra, são afirmações sobre um acontecimento individual ou sobre um número restrito de acontecimentos (\*\*), sendo o seu encadeamento causal deduzido das leis universais das ciências médicas, ditas básicas, e da história natural das doenças. Os resultados obtidos com a terapêutica são também do ponto de vista epistemológico um meio de validação ou de prova das hipóteses muito importante, quer quando aplicado a cada caso individual, quer quando analisam conjuntos de casos semelhantes de modo a influenciar a potência universalizante da conclusão.

---

(\*) F. VEIGA FERNANDES: *Cirurgia baseada na Evidência Científica. Importância Específica e Circunstancial do Tema*. RFML: 2003; III; 8(4): 191-198, 2003.

(\*\*) KARL POPPER: *The Poverty of Historicism*. Routledge & Kegan P., London and New York: 1957, pg 98.

## Valor da Actividade Cirúrgica como Arte

A medicina em geral e a cirurgia em particular, como actividade humana singular desde a civilização Grega que é considerada como uma arte. De facto, em muitas circunstâncias, mas especialmente na sua vertente terapêutica, a Cirurgia é um processo de actuação essencialmente decidido em liberdade sobre uma multiplicidade de possibilidades, muitas delas de idêntico valor teórico e igual eficácia, em que a sensibilidade, a criatividade e vontade, o hábito e a experiência, têm uma importância fundamental no fazer o que deve ser feito de modo a conseguir atingir a finalidade primordial de um retorno à normalidade. A singularidade de cada intervenção cirúrgica (como tentativa de adaptar o caso particular ao normal universal possível), a importância das capacidades não racionais de execução, o facto de ser uma actividade condicionadora do futuro, a liberdade do cirurgião num ambiente esclarecido de responsabilidade e especialmente a grandeza avassaladora deste conjunto, constituem elementos estruturais da maior importância. São eles que estabelecem a diferença entre o pensamento como arte e o pensamento científico (que parte do universal, remete ao passado e permite uma compreensão racional objectiva e fria dos factos e fenómenos).

Do ponto de vista pragmático e singular, muito provavelmente a forma mais característica deste tipo de actuação seja o da Arte Cirúrgica em situações muito urgentes, do tipo “life saving” que surgem no ambiente de um Banco de Hospital Central ou na frente de combate de um Teatro de Guerra. Aqui, a força que resulta da necessidade de ligar rapidamente o particular ao universal, sob pressão do tempo físico que se esvai, exagera a importância do subconsciente e dos mecanismos de automatização instintiva do próprio racional. Saber apreender quase em instantâneo e simultaneamente o essencial, sobre o diagnóstico e actuação terapêutica de modo a privilegiar este último factor é fundamental para conseguir estabilizar a vida consciente e vegetativa contra o ambiente de fundo, de drama e de adversidade. Aqui, na luta pela sustentação do ânimo do doente, a importância hierárquica





do biológico e do psicológico misturam-se ou invertem-se e é à sensibilidade, vontade e até ao desespero do próprio médico que se deve a possibilidade de encontrar no momento próprio a palavra certa a dirigir ao doente, sobre o próprio, os familiares ou amigos de quem gosta, de modo a evitar que se abandone e desista. Perante os estados de não equilíbrio, na proximidade do nada da morte, a consciência da vida e a noção de tempo, do doente e do médico (ou infelizmente só do médico), modificam-se como se ambos estivessem num estado semelhante ao do limite extremo de um estado de aceleração máxima relativa à velocidade da luz, que como Einstein demonstrou, modifica o tempo físico desmesuradamente.

Numa perspectiva evolutiva ampla, e considerando um tempo conceptual mais dilatado, a possibilidade de integração da arte de actuação cirúrgica no desenvolvimento do pensamento artístico em geral, obriga a precisar alguns aspectos. Em primeiro lugar, se considerarmos como estádios evolutivos mais representativos da arte em geral, o período clássico, o romântico e o moderno, a arte cirúrgica tem-se mantido predominantemente dentro de um estádio evolutivo inicial. O cirurgião continua a considerar a verdade, o bem e o belo como valores supremos ligados à normalidade anatómica e fisiológica. Portanto, quando repara o danificado pela doença procura reconstruir do modo mais perfeito possível a natureza, na convicção de que quando mais próximo ficar deste ideal melhor serão os resultados que obtém. Mesmo na cirurgia estética em que a intervenção é solicitada por razões de manutenção do padrão de normalidade modificada pela afecção ou pelo gosto de manter uma beleza juvenil alterada pela idade, o modelo de cópia continua a reger-se pelas regras da perspectiva, da simetria anatómica e do equilíbrio ou harmonia morfológica. A introdução de um sem número de artefactos tecnológicos ou protésicos não tem alterado o sentido utilitário do *blueprint* que irá permitir conservar o melhor equilíbrio possível naquilo que caracteriza a natureza física do indivíduo.

Entre os dois extremos – cirurgia reparadora versus cirurgia de uma suposta supernormalidade – os desen-

volvimentos atingidos no final do século XX foram extraordinários e devidos principalmente à força da capacidade imaginativa humana de invenção de novas tecnologias, que acabou por atingir todos os campos da actividade cirúrgica. Foi este individualismo inventivo (equivalente do criativo romântico), que contrasta com as capacidades clássicas de descobrimento ou desvelamento dos enigmas do real, que permitiu tudo o que foi conseguido no domínio da substituição de órgãos (rim artificial, ventilação assistida, controlo do ritmo cardíaco, fígado artificial); que possibilitou o desenvolvimento de novas especialidades e subespecialidades (cirurgia cardíaca moderna com circulação extra-corporal, cirurgia da transplantação de órgãos, e a mais moderna cirurgia video assistida); que permitiu o crescimento de novas tecnologias e de novas indústrias de fabricação do mais diverso tipo de aparelhagem de monitorização e de controlo anestésico (hemodinâmico e ventilatório) e de material protésico

## A Questão da Ética na Idade da Estética.

Os três tipos de pensamento anteriores, foram ordenados de acordo com o peso relativo de dois factores fundamentais (os da necessidade e os da liberdade) que se cruzam em sentido inverso (necessidade máxima – liberdade zero, no pensamento científico; liberdade máxima – necessidade reduzida, no pensamento como arte) e têm duas características comuns: Por um lado, porque levam à formulação de hipóteses de trabalho ou à elaboração de planos da acção, obrigam a que sejam sempre racionais e objectivamente fundamentadas; Por outro lado, porque envolvem uma actuação sobre o homem ou exigem como recurso de prova uma actuação sobre o animal de experiência, obrigam a ser eticamente sancionadas. Actualmente, mesmo as aparentemente legítimas decisões pessoais desde que interfiram com o ambiente comum (de auto-regulação limitada), necessitam de ser validadas de modo a provar que de facto numa perspectiva ética geral elas não prejudicam o bem-estar do conjunto. Do mesmo modo, a liberdade de actuação individual médica por-



que tem sempre condicionantes gerais obriga a idêntico controlo. Este deve revestir tanto maior importância quanto maior for a interferência do livre arbítrio – por isso, a medicina como arte é dos três tipos indicados, aquele que deve ser submetido a um controlo mais estrito. Embora o factor ético tenha sido desde início encarado de uma perspectiva individual, a experiência demonstra que pelo facto de ser o conjunto em que se integra o mais directamente afectado, é este que deve condicionar e adaptar as suas estruturas tornando-as adequadas ao controlo do ethos sobre o patos. Por isso, numa fase inicial são as instituições humanas existentes que devem adaptar-se de modo a poderem exercer esta função num sentido fundamentalmente comandado pela máxima independência de interesses.

As instituições sociais, na fase evolutiva em que nos encontramos, são sempre interfaces de atrito entre o individual e colectivo, que influenciam desvios egoístas, que levantam dificuldades que têm de ser assumidas. É esta a razão da pequena nota com que terminaremos sobre a intervenção da Sociedade de Cirurgia no desenvolvimento da medicina e no condicionamento científico e ético dos trabalhos que lhe são presentes.

### **As Sociedades Científicas no balanço entre pensamento científico e dialético**

Pelo que acabámos de referir, é muito elevada a importância específica das Sociedades Científicas como estímulo ao desenvolvimento da Medicina em todas as vertentes atrás referidas.

A Sociedade Portuguesa de Cirurgia, como caso particular deste tipo de Sociedades, cometeu há trinta anos o pecado original de ter adoptado sem bem fundamentado critério a moda igualitária de tudo tentar resolver pelo sortilégio do democrático, como panaceia universal. De facto, este tipo de Sociedades não se destinam a conceder prioritariamente vagos direitos nem a distribuir com equidade qualquer bem ou oportunidade científica comum, pelos seus associados. Pelo

contrário, o objectivo prioritário a atingir é mais universal. Num conceito abrangente da máxima generalidade, deverá visar o maior desenvolvimento da ciência cirúrgica, pelo apoio ao esforço de alguns, em benefício de toda a sociedade na qual se integra. À priori sabemos que este *desideratum* é unicamente alcançável à posteriori, à custa do trabalho empreendido por uma muito reduzida minoria dos seus mais distintos especialistas – os mais esforçados e mais dotados em imaginação e criatividade. A estes, em princípio a entidade que designaremos por “Sociedade dos Homens”, do elevado pedestal da sua sabedoria metafísica e poder simbólico, conceder-lhes-á por intermédio das sociedades, do tipo da SPC, a honra de exercerem o seu mítico poder enzimático sobre o conjunto e aceita depois que assumam o dever de sobre ela instituírem o seu controlo. Quando este tipo de dinâmica se estabelece, os bloqueios ou retroacções de espúrias lutas competitivas diminuem automaticamente ou desaparecem e deste modo criam-se condições para um melhor auto reprodução do bom sistema. Entretanto até se atingir este patamar, as sociedades científicas têm tendência, como aconteceu com a nossa, a funcionar na onda mais básica do pragmatismo, a privilegiar o individual dando maior prioridade a valores menos idealistas e a interesses pessoais imediatos, como os relativos à questão da formação profissional, de modo a colmatar um defeito básico e com isso justificar todos os desvios.

Mas o mais importante neste tipo de actuação reside na perda de exigência em relação àquilo que no pensamento científico é essencial: o desejo de procura prioritária e antecipada da verdade e daquilo que é justo – a disposição à priori do espírito – naquilo que constitui a sua dimensão mais universal. Na nossa época também, tal como há dois mil e quinhentos anos, sempre que diminui a exigência no cuidado a ter com o poder do logos univerzalizante aumenta a influência do pensamento de inter relação dialéctica (mais pragmático). Todavia a vontade de ter êxito imediato a qualquer preço ou a “Arte de ter sempre razão” (Schopenhauer), não resiste à dificuldade de que, quer a procura obsessiva do êxito quer a busca da verdade se projectarem





sempre na realidade futura, que depende no seu percurso de muitos condicionantes: Em primeiro lugar, da disposição dominante inicial do espírito, e depois de uma enorme soma de influências, psicológicas, sociais, políticas, legais, ilegais, legítimas ou ilegítimas – incluindo todas as artimanhas – que fazem aumentar a interferência e indeterminação do próprio acaso.

Consideramos que o estudo da Arte dialéctica é muito importante e merece ser considerada não no sentido sofisticado pejorativo antigo, mas como uma estratégia de defesa, contra os que exageram o exercício deste tipo de metodologia para alcançar interesses restritos (que não são um privilégio exclusivo do domínio dos políticos), mas são também via para conseguir alcançar a dignidade que se exige sempre à mulher de César (em que não basta ser, é também preciso cuidar da beleza da aparência). Todavia para fugir à extensa discussão filosófica entre o lógico e o dialéctico, iremos no memorando que se segue caracterizar fundamentalmente o comportamento dialéctico e deste modo conseguir a evidência axiomática que explica, por contraste, como este vício se tem espalhado no meio médico tão extensa e insensivelmente.

É uma forma de pensamento que **se apoia na conversa, no diálogo ou disputa** sobre os factos, acontecimentos ou opiniões em vez de privilegiar o apoio à confrontação de juízos críticos (meditados, reflectidos, devidamente avaliados).

E quando se expõem juízos, escamoteia-se a fundamentação objectiva, para **evitar** que através da **contestação da prova** da asserção se consiga destruir o próprio juízo (técnica para impedir a contraprova experimental baseada no real).

Na **validação das afirmações** utiliza-se de preferência a estratégia de conseguir efeito imediato entre **oponentes ou auditores**, ou de modo mediato através do recurso a **inquéritos de opinião**. De acordo com esta estratégia, consensos, aprovações maioritárias ou relativas têm idêntico valor, dado que de facto, a verdade objectiva é sempre independente deste tipo de validação (ver critérios de verdade científica).

No jogo de ataque e defesa durante as disputas, dá-se preferência ao mecanismo retórico da **linguagem**

**alegórica ou metafórica**, em prejuízo da linguagem mais simples, directa e unívoca da ciência.

Visa-se sempre atingir a qualquer preço o objecto da dialéctica: isto é, ter êxito através da validação imediata das afirmações (diferente de conseguir a verdade incondicional e prévia das mesmas independentemente das dificuldades de confrontação com o real). A **diversidade dos estratagemas** à disposição, e a diversidade das estratégias para conseguir o sucesso dos estratagemas é incomensurável (ver por exemplo, a “Arte de ter sempre razão”).

A Dialéctica moderna distingue entre os estratagemas de **quem ataca**, da estratégia de **quem defende** (por vezes com recurso a processos semelhantes, mas neste caso com uma diferente justificação ética). Para não nos prolongarmos na teoria dos estratagemas, desejaríamos lembrar que a má fé das acusações encontra-se até certo ponto sancionada legalmente entre nós, pelo protecção que a nossa lei concede ao estatuto de acusação anónima, que inexplicavelmente não obriga a previa fundamentação.

**Resumindo:** No tempo actual, a questão da minimização do pensamento científico não deve ser escamoteada pela confrontação dualística entre fazer ciência e dar formação científica, profissional e cultural. É obvio que as duas tendências devem coexistir, desde que a primeira seja prioritária, e deste modo fundamentalmente a própria designação. O problema espera-se, poderá ser provavelmente minorado ou ultrapassado depois de 2010, com a nova reforma comunitária do Ensino Universitário, que funcionará em apoio dos critérios de Bolonha, e irá levar as Faculdades a dar ênfase especial à integração da formação científica na formação profissional dos licenciados. As sociedades científicas, terão de acompanhar todo este esforço e lutar contra a tendência, de perante os problemas, não aceitar a via fácil dos consensos, dos inquérito de opinião e preferir a panaceia do diálogo em suporte dos lobbys de decisão que se opõem à lentidão da meditação e ao isolamento na procura da verdade pela via científica.

Finalmente, o outro aspecto supletivo, a este ligado, é o do controlo ético da actividade médica. A impor-



tância do problema é tal que os Hospitais Universitários entre nós criaram já as suas Comissões consultivas independentes de Ética Médica que trabalham junto das direcções das Faculdades e do respectivo Hospital. Mas a solução que esta questão induz não cobre todo o país por ter sido difícil estendê-lo a todos os Hospitais. Por este facto, a intervenção da SPC neste campo poderá ser muito importante, desde que defina os seus critérios ab initio e não os deixe ao mero acaso das tendências de confrontação de interesses e ao sabor dos jogos duvidosos – sociológicos, económicos e políticos, nem à mercê dos estratagemas dos “Lobbys” – que lhe são extrínsecos e a degradam.

O problema ético tornou-se na realidade, uma questão fulcral, não só por obrigar ao controlo profissional, mas fundamentalmente também pela necessidade de controlo formativo pós-graduado. De facto, vivemos uma época de ataque deliberado contra a função estabilizadora da hierarquia profissional médica, cujo êxito tem sido conseguido através do afrouxamento excessivo do rigor dos concursos e do grau de exigência na selecção dos profissionais. A capacidade de intervenção das Sociedades neste campo é limitada, mas o

seu capital influenciador poderá ser utilizada como poder de afrontamento, jogando o seu enorme potencial poder crítico contra o exclusivo poder pelo poder de interesses, que de facto se joga na interface entre o Pessoal e o Social ocupado pelas Sociedades Científicas e Ordem dos Médicos. E é aqui que a SPC poderá ter uma função supletiva crítica fundamental e urgente, dado o plano de decadência em que se atulhou o órgão representativo da classe, que tem propiciado a perda de dignidade, de função e de estatuto dos próprios médicos – entregues a si próprios e exageradamente expostos sem protecção à servidão do Estado ou a partir de agora também à servidão imposta pelos Grandes Grupos Económicos. Aos médicos em Portugal, faltam neste momento estruturas próprias que lhe dêem a máxima credibilidade e dignidade de representação pericial, ética e também profissional. Nem tudo, no âmbito da Saúde, pode ser deixado ao exclusivo controlo limitativo das ideologias de momento – a Saúde não pode ser presa apetecível nem do estatismo político-burocrático, nem do mero jogo do liberalismo de mercado.

*Fernando Veiga Fernandes*

