

Lia Raquel Lopes Ribeiro das Neves

A Saúde como Autêntico Problema de Saúde Pública



Coimbra
2010

Lia Raquel Lopes Ribeiro das Neves

A Saúde como Autêntico Problema de Saúde Pública

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob orientação científica da Professora Doutora Ana Leonor Pereira e da co-orientação do Professor Doutor Salvador Massano Cardoso.

Imagem de capa: John William Waterhouse: *Pandora* (1896)

Dissertação de Mestrado em Saúde Pública
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
2010

Agradecimentos

A cada um e a cada uma que, directa ou indirectamente, estiveram e estão sempre presentes (mesmo enquanto ausentes), o meu abraço sincero.
Obrigada.

Índice	Página
Resumo	4
Capítulo I	
1. Um panorama multissecular: mapeamento em torno do conceito de saúde	5
2. Evolução histórico-científica do conceito de saúde	12
3. Aporia contemporânea da saúde pública	19
4. O impacto das diversas artes de curar na medicina convencional	26
Capítulo II	
1. Reflexão ético-filosófica na saúde: a condição de possibilidade das extensões do cuidar	32
2. Saúde: um fenómeno não estático	37
3. Da instabilidade da saúde ao movimento bioético	44
4. Entre a saúde e a doença: a velha-nova vulnerabilidade de um «sofrer embrutecedor»	51
Capítulo III	
1. Considerações Finais	58
Bibliografia	63

Resumo

Abrimos com John William Waterhouse, o «recipiente de provisões» (*pithos*) portado e destapado por Pandora. A voz de Hesíodo diz-nos que apesar de se espalharem todos «os males e penas sobre o mundo», a curiosidade de Pandora, manipulada pela vingança de Zeus, não foi suficiente para que a *esperança* abandonasse o recipiente.

A *esperança* permanecia até ao momento em que procurámos por um panorama multissecular em torno *do* conceito de saúde. Sob a questão base: «considerando o panorama multissecular – desde a magia à prática médica nos moldes em que a conhecemos – será que a evolução histórico-científica em torno do conceito de saúde permitiu o aniquilamento de noções anteriores?», tentaremos desvelar como é que o esquecimento/estrangulamento de um certo “horizonte estrutural”, que revela os traços de cada *rosto*, tornou a saúde como autêntico problema de saúde pública.

Palavras-Chave: esquecimento, saúde, medicina, *rosto*.

Abstract

We open with John William Waterhouse, the «recipient of provisions» (*pithos*) carried and shown by Pandora. The voice of Hesiod says that in spite of the spreading of all «evil and heartache over the world», the curiosity of Pandora, manipulated by the vengeance of Zeus, was not enough for the recipient to loose *hope*.

Hope remained until the time we looked for a century panorama around the concept of health. Regarding the basic issue: «considering the century’s panorama – from magic to medical practice as we know it – is the historical-scientific evolution around the concept of health permitting the cancellation of previous notions?», we will try to discover how the forgetting/strangulation of a certain “structural horizon”, that shows the features in each *face*, turned health into an authentic problem of public health.

Keywords: forgetting, health, medicine, *face*.

Um panorama multissecular: mapeamento em torno do conceito de saúde

Tentar iluminar um trilho, sem trair a herança multissecular em torno do conceito de saúde, envolve uma promessa: a de não dissimular os primeiros legados.

É incontornável a referência aos “povos sem escrita”¹ numa tentativa de evidenciar os primeiros vestígios não sobre um conceito de saúde mas sobre a sua ausência. Dito isto, salvaguarda-se que não se pretende reconstruir o estudo científico da evolução humana mas, sim, salientar, a par das primeiras manifestações do homem *sem escrita* (na linha compreendida entre o *homo habilis/ homo erectus/ homo sapiens sapiens*), a contínua sobrevivência do vivente humano, marcado por uma adaptação às inconstantes condições ambientais (entre outras). Ora, a ideia precedente ganha sentido se lhe associarmos a noção epidemiológica de risco², com vista a salientar que:

“Os primitivos não sabiam pensar em saúde como um bem ou condição orgânica favorável dependente das situações da vida individual, mas sentiam os prejuízos e malefícios das doenças, dos traumatismos e dos ferimentos, pelos sofrimentos e perdas que lhes ocasionavam, sem contudo compreenderem as razões das suas causas”³.

Não obstante, a par das evoluções genéticas ou, doutro modo, por consequência das evoluções de espécie, a percepção⁴ em torno da ausência de saúde começou, também, a sofrer transformações face à presença do *Homo sapiens sapiens*:

“Nas transformações do género humano que entre o aparecimento do *Homo habilis* e a comparência do *Homo sapiens sapiens* tiveram uma clara componente somática (volume do crânio e do cérebro, ortognatismo crescente, perfeição da marcha erecta, utilização da mão liberta), é certo que foram

¹ “A maneira de pensar dos povos a que normalmente, e erradamente, chamamos «primitivos» – chamemos-lhes antes «povos sem escrita, porque, segundo penso, este é que é o factor discriminatório entre eles e nós (...)” (Strauss, L. (2007). *O Mito e o Significado* (Bessa, A. M., Trad.). Lisboa: Edições 70. p.27).

² Os primórdios da epidemiologia serão motivo de reflexão no próximo subcapítulo, porém, antecipa-se a noção epidemiológica de risco, de modo a facultar uma leitura fluida: “O risco designa a probabilidade de um acontecimento se dar num período de tempo especificado e a população em risco é a população para quem existe qualquer probabilidade finita (mesmo que pequena) desse evento” (Jeanette, L., Stanhope, M. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4ªed., Negrão, M. A. P. R. P., Trad.). Lisboa: Lusociência. p.232).

³ Ferreira, F. A. G. (1990). *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. p.20.

⁴ O sentido que se quer atribuir à noção de percepção afasta-se do modelo tradicional da filosofia do conhecimento (que iria observar o problema numa relação entre sujeito-objecto). Procurar-se-á lembrar um *vivido originário* (tendo como referência Merleau-Ponty).

parte importante a pressão da selecção do meio, intensificada pelas mudanças do *habitat*, e a capacidade para a resposta mutante na colectividade já humana (...)”⁵.

Dentro deste contexto, a tornar-se relevante procurar pensar um invulgar aperfeiçoamento de ideias, ainda hoje pouco claras, sobre as causas (emocionais e religiosas) que impediam a continuidade da saúde, então, torna-se plausível remontar a crenças colectivas sociais, fomentadas por tradições assentes em pequenas culturas de raiz, tentando deslindar se a doença só está “(...) ancrée dans la réalité du corps souffrant”⁶.

Não será, portanto, despropositado associar o fenómeno da doença à realidade individual, deixando espaço para reflectir sobre a percepção individual e sobre a percepção simbólica social, salientando que: “(...) il n’y a pas de société où la maladie n’ait une dimension sociale (...)”⁷. Esta assunção de Marc Augé não parece perder de vista nem a tentativa de explicar o debate de Levy-Brühl acerca da racionalidade das crenças primitivas e suas interpretações possíveis, nem a distinção derivada de George M. Foster para realçar a influência de etiologias na problemática da saúde: “(...) toute dimension sociale est étiologique et toute étiologie sociale magique (...)”⁸. Este enunciado tornou possível a demarcação entre «sistemas médicos naturalistas», onde a doença se concede à acção de forças ou elementos naturais (algo bastante habitual, por exemplo, na Índia ou China), e «sistemas médicos pessoais» em que a doença se atribui à acção de um agente humano ou não-humano (frequente em África).

Poder-se-á dar como exemplo deste último caso os sistemas médicos africanos, de modo a observar um modelo⁹ em que a causa do mal, ou podemos mesmo dizer da doença, está interiormente ligada à acção de um agente exterior, manifestando a sua representação como uma ruptura do equilíbrio (desde as capacidades psíquicas aos estados de espírito). Ora, ainda que esta orientação pareça despropositada, estaremos a tentar enquadrar uma das questões orientadoras desta tese: considerando o panorama multissecular - desde a magia à prática médica nos moldes em que a conhecemos - será

⁵ Entralga, P. L. (2002). *O que é o homem?* (Borges, A., Serrão, D., André, J. M., Trad.). Lisboa: Editorial Notícias. p.178.

⁶ Augé, M. (1986). «L’Anthropologie de la maladie», *L’Homme XXVI* (1-2). p.82.

⁷ *Idem, ibidem.*

⁸ *Idem, ibidem.*

⁹ Salvaguarda-se, para já, a questão do *feiticismo*: “No campo da religião, sobretudo entre povos africanos, o feiticismo designa o complexo de crenças e práticas em torno dos deuses, dos espíritos e dos antepassados, com base numa concepção dinamista de um poder impessoal, que, como força vital, penetra todas as partes do mundo” (Morão, A. (1990). «Feiticismo». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.2). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. p.474).

que a evolução histórico - científica em torno do conceito de “saúde” permitiu o aniquilamento de noções anteriores?

Atentando à questão enunciada, o remontar a civilizações indígenas parece importante para ter presente o desenvolvimento dos sistemas difusionistas que, através de uma concepção dualista etnocêntrica, permitiram(em) identificar um sector racional e um sector irredutivelmente mágico. Esta orientação anuncia uma premissa maior:

“Cada cultura é única pelo que a compreensão dos elementos que a compõem não pode ser procurada à luz dos códigos de interpretação de outra cultura, mas tem de ser buscada no contexto global dos seus próprios significados, valores e formas de expressão”¹⁰.

Poderá ceder-se a um debate em torno de proporções racionais e irracionais nas medicinas primitivas, o que, por sua vez, talvez permitisse afirmar que uns sistemas são inferiores a outros, consoante os seus conhecimentos terapêuticos. De qualquer modo, a discussão anterior não é objectivo deste desenvolvimento. Preocupa-nos que: “(...) on peut encore, dans une perspective combinant l’*intellectualisme* et un certain *relativisme*, estimer que le passage à la magie ou à la religion correspond à un *élargissement* du contexte causal (...)”¹¹.

Não deveremos questionar se há uma ruptura entre o racional e o simbólico? Será que essa ruptura/desnível impede pensar a percepção de saúde, contemporaneamente, como um fenómeno disforme?

Partindo do princípio que “(...) a função simbólica corresponde às necessidades e aspirações mais profundas do homem que se mostra inquieto enquanto não encontra um absoluto em que possa finalmente repousar”¹², é possível conjecturar um “modelo” de conhecimento simbólico, de modo a valorizar o papel do mito na sociedade. A argumentação pode tornar-se paradoxal a quem tentar observar o mito apenas como narrativa sobre as grandes questões humanas, passadas num tempo *in illo tempore* (o tempo sem tempo). Por isto, aqui, o mito assume

“(...) a projecção reactiva no espaço social da linguagem e de outras formas sensíveis de visões fantásticas, de desejos, de terrores, de explicações do universo e da vida, a um primeiro nível, directo e

¹⁰ Silva, L. F. (2004). *Sócio-Antropologia da Saúde: sociedade, cultura e saúde/doença*. Lisboa: Universidade Aberta. p.9.

¹¹ Augé, M. (1986), *op. cit.*, p.83.

¹² Freitas, M. C. (1992). «Símbolo». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.4). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. p.1139.

imediatamente, de um modo de apreensão do real e de religação com o mesmo real sem a mediação rigorosamente consciente da filosofia, da ciência ou da teologia”¹³.

Já num segundo nível aceitar-se-á que as figuras mitológicas sobrenaturais, orientadoras de exemplos paradigmáticos, sejam mentoras da transição do inconsciente para o consciente, dado que:

“A mitologia inteira, quer a meteorológica e astral, quer a das visões, dos sonhos, das alucinações, pode dizer-se que nasce do estado mental nebuloso do homem primitivo – da confusão do objecto com a sua imagem ou com pensamento e impressão que objecto provoca no cérebro”¹⁴.

Alguém ignora o espólio da ocidentalidade grega em torno do mito da origem divina das doenças? Veja-se, por exemplo, o mito que Hesíodo descreve nos *Trabalhos e Dias*¹⁵:

“O poeta retoma a história que já relatara na Teogonia, de como Zeus castigou o roubo do fogo por Prometeu, enviando aos homens a mulher. Mas aqui a história continua. Todos os deuses prevêem a mulher, criada por Hefesto a partir de terra húmida, com dons sedutores e com dons maus. Por isso, recebeu o nome de Pandora, que, na realidade, designa uma antiga deusa da Terra. Epimeteu acolhe este ser sedutor, apesar das advertências de Prometeu. Quando ela levanta a tampa do recipiente de provisões (*pithos*) que trazia consigo, embora isso não seja dito, todos os males e as penas se espalham sobre o mundo. Só a esperança fica no *phitos*, quando Pandora o volta a fechar”¹⁶.

Radicou, assim, num gesto de imprudência, o aparecimento de muitos males que, de modo “metafórico”, nos permite colocar o mito na linha do símbolo e falar dum modo de conhecimento simbólico. Neste sentido, como nos lembrou Carl Jung¹⁷, o símbolo será sempre a melhor representação de algo desconhecido, levando-nos para um âmbito de conhecimento indirecto, de um conhecimento ausente. Neste raciocínio, o símbolo não será arbitrário como o signo (por norma convencional), acabando por consentir a analogia entre símbolo e simbolizado, analogia esta que terá sempre uma inadequação (como se falássemos de uma grafia encriptada). Ora, se o símbolo se movimenta num quadro analógico tende para uma conjugação de contraditórios, acabando por procurar uma *re-mediação* entre a natureza e a cultura. Logo, assumindo

¹³ Antunes, M. (1991). «Mito». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.3). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. p.901.

¹⁴ Martins, O. (1986). *Sistema dos Mitos Religiosos* (Marinho, J., Pref.). Lisboa: Guimarães Editores. p.62.

¹⁵ Hesíodo (2005). *Teogonia Trabalhos e Dias* (Pinheiro, A. E., Ferreira, J. R., Intr., Trad., Nt., Pereira, M. H. R., Pref.). Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda. vv.83-105.

¹⁶ Lesky, A. (1995). *História da Literatura Grega* (Losa, M., Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. p.125.

¹⁷ “Toda a teoria junguiana é baseada, pois nas relações entre o símbolo e as estruturas arcaicas daquilo que dominou o inconsciente colectivo” (Lima, M. (1983). *Antropologia do Simbólico ou o Simbólico da Antropologia*. Lisboa: Editorial Presença. p.41).

que o símbolo tem em si uma orientação regressiva e outra progressiva, permite-nos indicar que para lá da racionalidade analítica (com o seu papel importante) existe um conhecimento que procura exprimir as várias concepções (de saúde).

Noutro ponto de vista, e retomando o exemplo do mito já descrito, é ocasião para recuperar uma doutrina que está no centro desta problemática, a saber, o *fetichismo*. “O fetichismo é apenas a forma embrionária de onde, com a evolução, os cultos hão-de sair: e a ninguém é lícito já confundir a religião, na sua essência, com os cultos, embora entre os segundos e a primeira haja um nexu inevitável”¹⁸. Entende-se, assim, porque é que ao abrir espaço para um simbólico convencionado a um arquétipo de magia, este último seja avassalado por sistemas religiosos, na tentativa de fundar correspondência com espíritos da natureza ou, na perspectiva pervertida, na tentativa de manipular a natureza.

Nesta linha de pensamento, será oportuno recordar a sociedade de bororo de que falou Lévi-Strauss. Trata-se de um povo indígena localizado no Brasil sobre o qual já recaíram diversos estudos etnológicos. Por isto, destaca-se um aspecto característico desta sociedade, a saber, o processo de segmentação.

Se, por um lado, o grupo *Ceras* era responsável (por exemplo) pela ordem e distribuição de comida, por outro, o grupo *Tugaré* era (de modo análogo) criador dos animais, rios e seres naturais. Isto poderá significar que a mitologia de bororo tinha dois grupos aos quais eram atribuídos forças diferentes. Esta distribuição acabaria por atestar um desmembramento que se estendia para “o mundo das almas”:

“(...) o *bari*, feiticeiro de origem tugaré, serve de intermediário entre a sociedade humana e as almas malélicas; ocupa-se da doença e da morte, manifesta por meio de transe a possessão a que é submetido pelos espíritos cosmológicos e temíveis, ou seja pelas almas dos *baris* mortos. Ao *bari* opõe-se o *areottowaraare*, feiticeiro intermediário entre vivos e os «bons» mortos, benfazejos e úteis. Este cura e trata, não é possesso, mas «sonha» as almas mortas e contrabalança o perigo do outro poder caído, mas sempre ameaçador”¹⁹.

Para lá da discussão da hierarquia de relações dos Bororos interessa, através deste exemplo, dar a pensar o modo como estes “espíritos”, ao longo dos séculos, exerceram domínio sobre o homem, na medida em que podiam ser vislumbrados como defensores de presságios (pois talvez pudessem inverter o rumo de acontecimentos trágicos). Prenúncios de forças sombrias/malignas fluentes das águas, da terra ou do

¹⁸ Martins, O., *op. cit.*, p.62.

¹⁹ Copans, J., Tornay, S., Godelier, M., Clément, B. C. (1998). *Antropologia: Ciências das Sociedades Primitivas?* (Andrade, J. P., Trad.). Lisboa: Edições 70. p.198.

céu, a propor o ofício dos intermediários, sugerindo a mediação entre o homem frágil e os espíritos. “Intermediários” que se fizeram afigurar pelo mágico, o feiticeiro, o sacerdote religioso e, já posteriormente, o médico²⁰.

Pode dizer-se que o mágico persuadia como se pudesse alterar de modo directo os eventos diários, tentando dominar também num plano das emoções. O feiticeiro alegava a sua transcendência para afastar os espíritos maléficos²¹. O sacerdote seria o mais erudito, mediador entre a pessoa sofredora e os deuses divinos. Daqui é possível conjecturar que os sacerdotes foram entendidos como os primeiros médicos, ou doutro modo, foram geradores, talvez, de uma medicina mágico-religiosa, antes de uma medicina naturalista racional (também pode ser persuasiva através da alegação da transcendência da sua ciência), fazendo a mediação entre o doente e a medicina que seria a arte inicial de tratar as doenças, através do transporte da força de conhecimentos (terapêuticos entre outros) para a prática:

“O sacerdote fabrica os amuletos, cura as enfermidades expulsando os espíritos das doenças do corpo dos pacientes, quebra os fados, adivinha o futuro, evoca os deuses, pratica os milagres – torna reais, no mundo positivo, todas as invenções e quimeras que a imaginação dos povos criou sonhando ou contemplando. É um charlatão?”²²

Chegados a este ponto, pergunte-se: Haverá algum médico capaz de abalar a fé imperturbável de um crente para o qual o fenómeno de doença se traduz numa personificação de uma praga divina?

Voltando a recorrer a Augé²³, talvez seja preciso partir do lugar ideal (onde se exprime a identidade, a relação e a história) para descrever o “*não-lugar*” como o espaço onde *o nada* se exprime. E, aceitando a ligação entre a experiência e a lógica simbólica, que afasta desde logo a possibilidade de se auto-anularem, são-nos lembradas três relações que resistem à definição científica e estão sempre na base de sociedades

²⁰ “Há a medicina dos mitos, a do mundo arcaico e, mágico, antropomórfico e antropocêntrico, a que se emprega no tempo da adoração da ordem divina, a do racionalismo nascente, triunfante, depois em declínio” (Tubiana, M. (2000). *História da Medicina e do Pensamento Médico* (Costa, T., Trad.). Lisboa: Editorial Teorema. p.21).

²¹ “Evocar os espíritos, comunicar-lhes desejos ou ordens por meio de encantamentos, ou propiciá-los por meio de ofertas e sacrifícios rituais: eis as funções do mago, do *shaman*, do feiticeiro (...)” (Martins, O., *op. cit.*, p.46).

²² *Idem, ibidem*, p.65.

²³ Cf. Augé, M., Colleyn, J. P. (2005). *A Antropologia* (Coelho, S., Trad.). Lisboa: Edições 70. pp.114-120.

diferentes: a relação de si a si, a relação aos outros e, por fim, a relação ao poder e à ordem social²⁴. Ao explorar uma *História da Medicina* poderá ler-se:

“Os sacerdotes-curandeiros das civilizações primitivas e magos do século XX são produtos da angústia existencial que, desde os tempos arcaicos, liga mal físico e mal-estar, medo do sofrimento provocado pela doença e terror do nada. Assim, desde as origens, a medicina tem uma dupla missão: cuidar do corpo e curar a alma”²⁵.

Se, de modo muito geral, o existencialismo²⁶ reflecte sobre a existência humana, e se é uma questão singular do pensamento filosófico, será que a medicina tradicional²⁷ pode ter a pretensão de dar resposta às questões que lhe são alheias?

Ressalva-se que não se pretende com estas questões opor áreas de conhecimento mas, sim, adiantar questões que irão ser retratadas ao longo de outros subcapítulos e, ao mesmo tempo, desenvolver uma aproximação em que se pensa e dá a pensar a saúde como condição de possibilidade das diversas “extensões” do *cuidar*²⁸. Assim, as nomenclaturas já usadas como: “ausência de saúde”; “continuidade da saúde”; “fenómeno da doença”; “percepção de saúde” não serão mote para organizar um tratado dedutivo, modelado pelo movimento de causa-efeito que gire em torno da saúde definida com ausência de doença, nem tão pouco para chegar a um conceito unívoco de saúde. O centro da questão será diferente, ou seja, tentar-se-á mostrar como é que as várias enunciações podem ser reveladoras de um papel inibidor para a própria saúde.

²⁴ Cf. Augé, M. (1986), *op. cit.*, p.84.

²⁵ Tubiana, M., *op. cit.*, p.9.

²⁶ “De um ponto de vista estritamente filosófico, seria preferível falar de *filosofia existencial* e de *filosofia da existência* (...). De qualquer modo, é sempre do homem concreto que se trata, sujeito à morte, nas suas relações com os outros, buscando um sentido para o seu viver” (Morujão, A. F. (1990). «Existencialismo». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.2). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. p.390).

²⁷ “A O.M.S. designou por medicina tradicional o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, explicáveis ou não, utilizados para diagnóstico e tratamento de doenças, transmitidas verbalmente ou por escrito de uma geração a outra” (Pereira, J. M. (1987). «Será Possível Uma Nova Medicina?». *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Nº. 23. p.188).

²⁸ Um *cuidar* que será pensado à luz da “ética” levinasiana.

Evolução Histórico-Científica do Conceito de Saúde

Na esperança de retomar o processo histórico-científico do conceito de saúde, tornar-se-á presente o rastro imortal da *Iliada* de Homero. Mais do que uma referência literária com um perfil metafórico, procuramos acentuar o seu carácter irreduzível/insubstituível na História do Pensamento Médico. Sendo assim, para que não se torne numa alusão tácita e, por isso, silenciosa, evoca-se inevitavelmente: Apolo. Este “(...) exercia uma acção purificadora na natureza, livrando o solo dos miasmas malignos, como deus da saúde”²⁹. Ora, este testemunho personificado serve de motivo para convocar e realçar a passagem de uma “percepção de saúde”, baseada numa aceção “mágica”/“simbólica”, que, como já foi referido anteriormente, se pode fazer afigurar por vários rostos (lembremo-nos do sacerdote), para uma “percepção de saúde” com um enraizamento médico naturalista³⁰ e racionalista³¹.

De certo modo, deseja-se salientar uma “nova” orientação distinta da conotação religiosa (ou deificada) através de duas escolas³². A primeira:

“(...) a escola de Cnido, foi desde dois séculos antes orientada sobretudo por filósofos (Pitágoras, Empédocles, Demócrito e discípulos) e estudou os sintomas das doenças pela observação, fazendo a descrição de algumas doenças mais frequentes ou impressivas na época, acompanhando os sintomas da sua evolução, mas não desenvolveu a medicina como prática de prognóstico e da terapêutica correspondente”³³.

A segunda: “(...) a Escola de Cós dava maior importância ao estado geral do indivíduo causado pela doença, do que à localização desta; por outro lado, interessava-lhe, em especial, pelo modo de terminação da enfermidade (prognóstico)”³⁴. Foi também sob esta segunda escola, em torno da procura das causas naturais da doença, que se desenvolveu a história da doutrina hipocrática:

²⁹ Correia, A. M. (Dir.) (s. d.). «Apolo». *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira: Ilustrada com cerca de 15.000 gravuras e 400 estampas a cores*. Lisboa/ Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia (Vol.2). p.984.

³⁰ Entenda-se, nesta aceção de «naturalismo» uma “(...) doutrina que não admite outra realidade ou outra norma além da da natureza, rejeitando a existência do sobrenatural” (*Dicionário da Língua Portuguesa 2010* (ed. rev. e actual) (2009). Porto: Porto Editora. p.1108).

³¹ Leia-se, como aceção «racionalista» aquela que: “(...) que sobrevaloriza a razão em detrimento das outras faculdade psíquicas” (*Dicionário da Língua Portuguesa 2010* (ed., rev.). Porto: Porto Editora. p.1330).

³² Veja-se: Longrigg, J. (2003). «Post-Hippocratic medicine I: Medicine and the Academy». In, *Greek Rational Medicine: Philosophy and Medicine from Alcmaeon to the Alexandrians* (ed., Longrigg, J.). London: Routledge. pp.104-148.

³³ Ferreira, F. A. G., *op. cit.*, pp.34-35.

³⁴ Correia, A. M. (Dir.) (s. d.). «Cós». *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira: Ilustrada com cerca de 15.000 gravuras e 400 estampas a cores*. Lisboa/ Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia (Vol.7). p.839.

“Hipócrates (460-377 anos a.C.) é considerado o mais célebre dos médicos, tendo assentado a sua doutrina da saúde e da doença na chamada teoria dos quatro humores: sangue, bÍlis, pituita e atrabÍlis. Segundo algumas concepções médicas da antiguidade, a vida era constituída por humores ou sucos vitais, sendo o corpo apenas a forma ou leito em que circulavam estes princípios fundamentais da vida. O número de quatro humores procedia na medicina grega da teoria clássica de Empédocles que reconheceu no Cosmos 4 elementos essenciais: a terra, a água, o ar e o fogo. Da mistura dos quatro humores e da sua separação anormal resultavam todas as criações e destruições na Natureza”³⁵.

Considerar a descrição anterior permite-nos arriscar sobressair alguns aspectos: a) houve um horizonte cultural dos pré-socráticos que re-liga o plano filosófico à evolução histórico científica do conceito de saúde³⁶; b) este horizonte contribuiu para uma noção de saúde com um enraizamento racionalista e naturalista que, em certa medida, demarca o pensamento médico de um feiticismo; c) estes aspectos promoveram uma concepção de saúde ligada à fisiologia³⁷.

Ora, se aqui pudéssemos falar de um conceito de saúde primário³⁸ seria enquanto sinónimo de uma manifestação equilibrada dos quatro humores. Ao invés, uma manifestação de desequilíbrio (dos humores) seria interpretada como expressão da doença. Este panorama, ainda que pouco explorado, deu indício a um método de observação assente em factos, um método que dirigiu/inseriu/construiu um conceito de saúde ao longo de um período pré-cartesiano sob o qual se edificou o modelo biomédico:

“Não podemos negar, de facto, a rapidez, a eficácia e a brutalidade da mudança que os avanços da medicina e das técnicas do corpo, desde a higiene às diferentes técnicas biomédicas, promoveram no seio das sociedades contemporâneas. As próprias condições do nascimento e morte dos indivíduos foram modificadas e com elas, as suas crenças, usos e valores fundamentais (...)”³⁹.

No seguir desta linha de pensamento, Descartes e Newton, entre outros, são referências a propósito de uma visão mecanicista do mundo sobre a qual se desenvolvera um outro conceito de saúde. Através de um corpo humano (instrumentalizado) com peças racionalmente ordenadas, ou transversalmente à

³⁵ Ferreira, F. A. G., *op. cit.*, p.35.

³⁶ “Few dates can be fixed with certainty; but Presocratic predecessors and contemporaries with whom the Hippocratic writers might have interacted include: Alkmaion, Anaxagoras, Demokritos, Diogenes of Apollonia, Empedokles, Gorgias, and Melissos, as well as Pythagoras and the Pythagoreans, including Philolaos” (Craik, E. M. (1998). *Hippocrates. Places in Man*. New York: Oxford University Press. p.2).

³⁷ Uma «fisiologia» enquanto: “(...) Ciência que trata das funções normais de um organismo animal (fisiologia animal), vegetal (fisiologia vegetal) ou humano (fisiologia humana)”. (Manuila, L. [*et al.*] (2003). *Dicionário Médico* (3ª ed., Almeida, J. N. de, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores).

³⁸ No qual já se subentende uma abertura para a perspectiva epidemiológica.

³⁹ Portocarrero, M. L. (1996). «Bioética e Qualidade de Vida: um ponto de vista filosófico». *Revista Vértice*. Nº 74. p.34.

presença do legado cartesiano, ao adjudicar ao homem um espírito racional, tornou-se viável a associação do corpo como maquinaria da própria “máquina”. Uma máquina que serve de reminiscência à representação metafórica da saúde como se do bom funcionamento dum relógio se tratasse, ou da doença como certificação de uma avaria provisória: “O mecanismo é a ideia de que o Universo pode ser assimilado a um «relógio», constituído por engrenagens que transmitem o movimento passo a passo, segundo as leis da mecânica”⁴⁰.

Porém, se até aqui o pensamento dito médico era bastante rudimentar, no sentido de naturalista, porquanto se sentia o pensamento de “reparação da máquina”, o mesmo é dizer, do corpo, a Revolução Francesa, ao abraçar o Direito à Saúde⁴¹, torna-se num “marco” de viragem para este processo histórico-científico do conceito de saúde. Assim, numa apreciação vigente, podemos pressupor/especular que a saúde se foi metamorfoseando para um bem de produção. Tendo em consideração este aspecto, e recorrendo de novo ao espírito cartesiano, ficámos diante de uma acepção de saúde traduzida por um corpo visto como uma “*máquina que pode ser aberta*”. Ora, ainda que esta conceituada expressão da “*máquina que pode ser aberta*” possa ter um perfil metafórico, permite-nos fazer a ponte para a fisiologia e anatomia do século XX, as quais testemunham a insuficiência do modelo mecanicista:

“Se, no segundo terço do século XX, o pensamento médico progrediu rapidamente no sentido de uma crescente racionalidade, hoje ele é tentado pela irracionalidade, no momento em que se defronta com as consequências médicas do mal-estar civilizacional e em que é posto de novo em questão. (...) As noções de saúde e de doença situam-se na interacção de três abordagens: a primeira é científica e fisiológica (anomalia de uma função ou lesão de um órgão), a segunda é psicológica e individual («não me sinto bem»); a terceira é social e cultural (o doente é diferente, não é como os outros, como devia ser) (...). Não admira pois que a fronteira entre a saúde e a doença se desloque conforme as épocas e as civilizações (...)”⁴².

Assente neste processo evolutivo, ou como consequência de todos estes momentos, a instituição da Organização Mundial de Saúde permitiu edificar um novo conceito de saúde com aprovação/reconhecimento internacional: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”⁴³.

⁴⁰ Rodrigues, J. R. (1990). «Mecanicismo». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.3). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. p.760.

⁴¹ A introdução da saúde enquanto Direito Humano tem implícita a relação entre: “saúde” – “justiça” – “bem comum”.

⁴² Tubiana, M., *op. cit.*, pp.14-15.

⁴³ WHO (1946). «Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the

Mas a questão volta a enunciar-se: será que a evolução histórico-científica em torno do conceito de “saúde” permitiu o aniquilamento de noções anteriores?

Leonnart Nordenfelt, no seu ensaio *On The Evolutionary of Health: Health as Natural Function*⁴⁴, problematizou duas linhas de pensamento distintas, a saber, uma linha *naturalista* e outra *normativa*. Ao passo que na via *naturalista* (defendida por Christopher Boorse e Jerome C. Wakefield): “ “Health” and “Illness” are taken to be biological concepts in the same sense as “heart” and “blood pressure” are biological concepts. Nothing is subjective or evaluative about these concepts, it is claimed”⁴⁵; na via *normativa* (assumida por Nordenfelt): “(...) health and illness are intrinsically value-laden concepts. These concepts cannot be totally defined in biological or psychological terms, if these terms are supposed to be value-neutral”⁴⁶.

Indo ao encontro da diferenciação anterior, Dominic Murphy⁴⁷ apresentou uma discussão, também de enraizamento conceptual, a propósito do conceito de saúde e de doença, associando-lhe um terceiro termo de *normalidade*. Assente nesta tríade, e partindo do horizonte conceptual de Kitcher⁴⁸, somos conduzidos à sistematização/delimitação entre a perspectiva *objectivista* e a perspectiva *construtivista*.

Face ao horizonte *objectivista*, a análise foca-se no conceito de doença, admitindo, assim, uma orientação biológica natural que compreende um organismo humano e as suas respectivas funções:

“Some of these departures from normal functioning are harmless or beneficial, but others are not. The latter are ‘diseases’. So to call something a disease involves both a claim about the abnormal functioning of some bodily system and a judgment that the resulting abnormality is a bad one. Objectivists contend that the determination of bodily malfunction is an objective matter to be determined by science”⁴⁹.

representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. 1948». New York: World Health Organization. Acedido em 20 de Março de 2010, em: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.

⁴⁴ Nordenfelt, L. (2003). «On The Evolutionary Of Health: Health As Natural Function». In, *Dimensions of Health and Health Promotion* (ed., Nordenfelt, L., Liss, P.-E.). New York: Rodopi. pp.37-54.

⁴⁵ *Idem, ibidem*, p.37.

⁴⁶ *Idem, ibidem*.

⁴⁷ Cf. Murphy, D. (2008). «Concepts of Disease and Health». *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Acedido em 23 de Março de 2010, em: <http://plato.stanford.edu/entries/health-disease/>.

⁴⁸ “Kitcher’s objectivism and constructivism are often called naturalism and normativism. But since both ‘naturalism’ and ‘normativism’ are used in other senses in a variety of debates, this essay will use Kitcher’s terminology” (*Idem, ibidem*, §2).

⁴⁹ *Idem, ibidem*.

Por oposição a este panorama argumentativo, a linha de pensamento *construtivista* reclama a existência de “qualidades” humanas que se desviam da orientação biológica natural ou, de um modo mais preciso, reconhece a possibilidade das “categorias” da doença estarem relacionadas a processos biológicos incógnitos, apesar de negar o esclarecimento destes mesmos processos se não se incluírem valores humanos:

“Although constructivists accept that disease categories refer to known or unknown biological processes they deny that these processes can be identified independently of human values by, for example, a science of normal human nature. Constructivist conceptions of disease are normative through and through, although the precise account of the relevant norms will vary between scholars. The key constructivist contention is that there is no natural, objectively definable set of human malfunctions that necessarily cause disease”⁵⁰.

A questão que advém desta última perspectiva vai ao encontro da orientação enunciada no primeiro subcapítulo, pois, se como referido anteriormente, não procuramos incrementar uma análise unívoca em torno das terminologias de “ausência de saúde”; “continuidade da saúde”; “fenómeno da doença”; “percepção de saúde”, então levanta-se o seguinte problema: Será que as várias terminologias/conceitos se tornam reveladoras de um papel inibidor para a própria saúde?

Recorrendo, de novo, à orientação de Murphy, no que respeita à distinção da perspectiva *construtivista*, podemos ser confrontados com dois aspectos problemáticos: a) o primeiro corresponde ao facto da tese *construtivista* assentar na negação da tese *objectivista*; b) o segundo diz respeito a uma espécie de posicionamento contemplativo em torno dos julgamentos de valor na prática médica⁵¹.

Nesta orientação, se, porventura, nos quisermos inquirir a propósito do papel inibidor⁵² da multiplicidade de conceitos de saúde (e, também, de doença) deverá aceitar-se o seguinte: “Health and disease, like many other concepts, are neither purely scientific nor exclusively a part of common sense. They have a home in both scientific theories and everyday thought”⁵³.

⁵⁰ *Idem, ibidem.*

⁵¹ “(...) or on the prevalence of culturally specific disagreements about abnormal human behavior or physiology” (*Idem, ibidem*).

⁵² Retornar-se-á, de seguida, à problemática: “Both objectivism and constructivism can take either a revisionist or a conservative form. A conservative view says that our folk concept of illness should constrain a theoretical picture of health and disease worked out by scientists and clinicians. A revisionist thinks that our existing concepts should be amended in the light of what inquiry uncovers. One could be a conservative or revisionist objectivist, as well as a conservative or revisionist constructivist” (*Idem, ibidem*).

⁵³ *Idem, ibidem.*

Retomando a enunciação que se precede, parece-nos surgir, como se fosse resultante da anterior dicotomia, a terceira assunção de Dominic Murphy, *normalidade*. Deve, pois, tentar descodificar-se o seguinte enunciado: “So normal human biological nature, in this sense, is an idealization designed to let us impose order on variation”⁵⁴. A questão que deve colocar-se corresponde ao balizamento fantasioso entre “normal” e “anormal”, no sentido em que as consideradas “anomalias” funcionais podem coincidir com vastas áreas como, por exemplo, a da psiquiatria, precisamente pelo entrelaçamento entre factores de risco e análises comportamentais:

“The more of this we have to do, the more we will have to complicate the analysis by appeal to risk factors and behavioral difficulties rather than natural standards of underlying function. And that raises the worry that the behavioral factors we cite will reflect contested conceptions of human flourishing. Distinguishing failures to flourish from functional abnormalities will always be a special problem for psychiatry. For example, judgments of irrationality are central to many psychiatric diagnoses, and our standards of rational thought reflect not biological findings but standards derived from normative reflection”⁵⁵.

Esta relação cruzada permite-nos considerar a proposta de Havi Carel no artigo *Can I Be Ill and Happy?*⁵⁶. Trata-se de um outro sentido de percepção⁵⁷, re-criando, portanto, uma aproximação à noção de saúde que seja entendida fenomenologicamente⁵⁸:

⁵⁴ *Idem, ibidem*, §4.4.

⁵⁵ *Idem, ibidem*.

⁵⁶ Carel, H. (2007). «Can I Be Ill and Happy?». *Philosophia*. Acedido em 13 de Setembro de 2010, em: <http://www.springerlink.com/content/6246685672j455g1/fulltext.pdf>. pp.95-110.

⁵⁷ Na linha de pensamento já referida sob nota de rodapé 4.

⁵⁸ Se de fenomenologia aqui se fala, não será, certamente, na base de pensamento de Edmund Husserl que, não só partia de uma análise intencional da consciência humana, como entendia a fenomenologia como a descrição, compreensão e interpretação dos fenómenos tal como se apresentariam à percepção. Nesta orientação a fenomenologia assumia-se como o “retorno” às coisas mesmas, tendo por objectivo (enquanto método fenomenológico) chegar à intuição das essências, ou seja, ao conteúdo inteligível e ideal dos fenómenos que se captaria de modo imediato. Veja-se: “Crucially, phenomenologists have argued that *consciousness* is fundamental to human existence. To understand the nature of consciousness and the way consciousness and the world appear only together, ‘at one blow’, many phenomenologists follow Edmund Husserl (1859–1938) in enlisting a philosophical tool they call the *phenomenological epoché*. The process and result of the *epoché* they call a *phenomenological reduction* or, sometimes, a *transcendental reduction*. The *epoché* or ‘suspension’ (a term drawn from ancient scepticism) works by withdrawing those who engage it from the ‘natural attitude’. While immersed in the natural attitude we see ourselves merely as part of the ordinary world of natural things, related by natural causal laws, as objects among objects”. (Baggini, J., Fosl, P. S. (2010). *The Philosopher’s Toolkit: A Compendium of Philosophical Concepts and Methods* (2nd ed.).USA: Wiley-Blackwell. pp.211-212).

O sentido que Havi Carel nos parece explorar pressupõe que: “(...) a filosofia não se completa com o retorno ao eu, e se descubro pela reflexão não apenas minha presença a mim mesmo mas também a possibilidade de um “espectador estrangeiro”, quer dizer, se também, no próprio momento em que experimento minha existência, e até nesse cume extremo da reflexão, eu careço ainda desta densidade absoluta que me faria sair do tempo, e descubro em mim um tipo de fraqueza interna que me impede de ser absolutamente indivíduo e me expõe ao olhar dos outros como um homem entre homens, ou pelo

“On the phenomenological view, disease cannot be taken as a mere biological dysfunction, because there is nothing in human existence that is merely biological. We are embodied consciousness, so consciousness is inseparable, both conceptually and empirically, from the body”⁵⁹.

Ora, consentir o referido anteriormente:

“(…) significa reconhecer e assumir que a ideia de saúde não exclui a ideia de doença, antes privilegia a sua inserção controlada nas grelhas de análise que se esforçam por estabelecer os dados sociais e as variáveis estruturais que consubstanciam uma abordagem construtivista, que consagra que a doença não é o mero “negativo” de saúde, ou apenas o outro termo da relação dicotômica naturalizada, mas sim o produto humano, culturalmente variável e laboriosamente urdido na história das sociedades, de tal forma que as doenças se materializam também por estereótipos e estigmas, aceitação e rejeição, integração e desvio, liberdade e controlo e que a tudo isto não são alheios os modelos de desenvolvimento das sociedades contemporâneas, profundamente medicalizados”⁶⁰.

Dito isto, e abrindo espaço para subcapítulo seguinte, devemos indagar-nos se a introdução do conceito de saúde como um Direito (que levará claramente à questão da saúde pública), não terá sido a origem da tensão entre a própria evolução do conceito de saúde e a aporia contemporânea da saúde pública.

menos uma consciência entre as consciências” (Ponty, M. M. (1999). *Fenomenologia da Percepção* (Moura, C. A. R. de., Trad.). São Paulo: Martins Fontes. pp.8-9).

⁵⁹ Carel, H., *op. cit.*, pp.99-100.

⁶⁰ Carapinheiro, G. (org.) (2006). *Sociologia da Saúde: estudos e perspectivas*. Coimbra: Pé de Página Editores. p.9.

Aporia Contemporânea da Saúde Pública

“A saúde era um assunto privado, não uma preocupação pública”⁶¹.

Respeitando a sequência de considerações propedêuticas sobre o conceito de saúde, e numa primeira aproximação ao conceito de *saúde pública*, retoma-se a controvérsia que cessa o segundo subcapítulo, que poderemos sintetizar com a seguinte pergunta: - Será que a introdução do conceito de saúde como um Direito Humano não terá sido a origem da tensão entre a própria evolução do conceito de saúde e a aporia contemporânea da saúde pública?

“Depois do século XVIII os progressos da higiene pública têm estado ligados a três factores: um melhor conhecimento das doenças e da sua patogenia, o crescimento dos recursos económicos e a vontade pública. O seu desenvolvimento foi marcado por conflitos entre interesses colectivos e particulares e daí resultam confrontos e depois a busca de compromissos que se revelam benéficos para o conjunto da população, mas só foram encontrados quando os responsáveis da colectividade, a cidade, o Estado, a dinastia reinante, compreenderam que deviam intervir. Os progressos iniciais da saúde pública foram obtidos graças a atitudes pragmáticas (...)”⁶².

Ao mesmo tempo, e como já fora mencionado anteriormente, o “marco” de viragem do processo histórico-científico do conceito de saúde ressent-se, incessantemente, através do rastro da Revolução Francesa⁶³. Só, posteriormente, no final do século XIX com a revolução industrial⁶⁴, associados em guerra a um conjunto diverso de factores, se assistiu à emergência de sistemas organizados de saúde que metamorfosearam a ideia de saúde numa espécie de bem de produção. Ou seja, transitou-se de uma percepção de saúde representada por um cuidado singular, para uma noção de saúde em que se observa a passagem de responsabilidade para um cuidado social afigurado pelo Estado, inscrevendo, aos poucos, uma consciencialização de *política de saúde* como um:

“Conjunto de opções fundamentais de ordem governativa ou social em que se estabelece o carácter público, ou não, da responsabilidade pela saúde da população e o correspondente grau de universalidade (para todos os grupos beneficiados), de integridade e equidade (extensão dos cuidados e seu acesso), de gratuidade (total, parcial), de planificação (elaboração de esquemas funcionais e

⁶¹ Giddens, A. (2009). *Sociologia* (7ªed., Figueiredo, A. [at al.] Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. p.156.

⁶² Tubiana, M., *op. cit.*, pp.347-348.

⁶³ “A Revolução destrói em França as estruturas médicas, suprime o diploma de médico, mas dá um novo impulso à saúde pública, no âmbito de uma visão social da saúde e da doença” (*Idem, ibidem*, p.354).

⁶⁴ Também face ao “(...) início do século XIX, devido à rápida expansão industrial, as actividades de saúde pública foram negligenciadas o que determinou o aparecimento de muitas epidemias” (Cardoso, S. M. (2004). *Notas e Técnicas Epidemiológicas* (5ª ed.). Coimbra: Faculdade de Medicina. p.69).

programas de actividades, avaliação de resultados) e modalidades de trabalho a efectuar pelos serviços de saúde. A política de saúde, como parte integrante da política geral do país, deve procurar que seja garantido a todos o direito à saúde e fomentando o dever de cooperação de cada pessoa na sua segurança e promoção social, tanto no que se refere à vida individual e familiar como à das comunidades”⁶⁵.

A consciencialização deste fenómeno⁶⁶ parece atingir não só alguns aspectos da concepção de saúde iniciada no *Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde*⁶⁷, a saber: a) a saúde como algo mais do que a sua ausência; b) como um direito humano; c) com um papel primordial para a paz; d) com lucros representativos de um valor internacional; e) com uma responsabilização dos governos; mas, também, a promoção para a disposição de um quadro da *saúde mista*. Um quadro/panorama que se pode comentar, teoricamente, à luz de uma aliança entre as perspectivas objectiva e subjectiva.

De certo modo, poderá dizer-se que a perspectiva objectiva retrata a saúde num enraizamento biológico/médico, dando uma maior relevância aos aspectos físicos (lembremo-nos, a este propósito, de uma representação de Jules Romains⁶⁸: uma pessoa saudável é uma pessoa insuficientemente explorada). Quanto ao horizonte subjectivo não será novidade retomar-se a definição da Organização Mundial de Saúde: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”⁶⁹. Porém, deve colocar-se uma questão que diz respeito ao resultado desta aliança: estaremos a procurar uma região neutra onde se possam referir/actuar (n)as actividades que influenciam a saúde?

Pensando numa resposta assertiva, e tendo em conta que estas actividades se inserem ao nível da educação; da política económica; da política de habitação, obras públicas, urbanismo e da justiça distributiva, então, aquilo que está já em causa é uma desactualização/inadequação entre a definição clássica de saúde pública e a

⁶⁵ Ferreira, F. A. G., *op. cit.*, p.13.

⁶⁶ Fenómeno sobre o qual: “A ideia de saúde pública começou a tomar forma, numa tentativa de erradicar «patologias» da população – o «corpo social». O Estado começou a assumir a responsabilidade pela melhoria das condições de vida da população” (Giddens, A., *op. cit.*, p.156).

⁶⁷ “From the fundamental right to health of every human being, the Preamble moves to the health of all peoples, observing that this is fundamental to their attainment of peace and security, and depends on the fullest cooperation of individuals and states. The connection between health, peace and security is self-evident when diseases coupled with poverty and other social ills destabilize governments and societies. The Preamble notes that the achievement of any state in the promotion and protection of health is of value to all” (Cf. Grad, F. P. (2002). «The Preamble of the Constitution of the World Health Organization». Acedido em 8 de Abril de 2010, em: [http://www.who.int/bulletin/archives/80\(12\)981.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(12)981.pdf). pp.981-984).

⁶⁸ Leia-se: Romains, J. (1924). *Knock ou le Triomphe de la Médecine*. Paris: Gallimard.

⁶⁹ WHO (1946), *op. cit.*.

actual/contemporânea. Quanto à definição clássica de saúde pública, pode reconhecer-se o horizonte teórico de Winslow (1920):

“(...) the science and art of preventing disease. Prolonging life and promoting health and efficiency through organized community effort:

- for the sanitation of the environment,
- the control of communicable infections,
- the education of the individual in personal hygiene,
- the organization of medical and nursing services for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and for
- the development of the social machinery to ensure everyone a standard of living adequate for the maintenance of health,

so organizing these benefits as to enable every citizen to realize his birthright of health and longevity”⁷⁰.

Quanto à concepção contemporânea, subsequente do primeiro conceito, será preciso estendê-la até à ideia de “*restauro da saúde*”. Mas, de onde surge este juízo/necessidade?

As respostas poderão oscilar, contudo é possível admitir que a orientação hodierna da *saúde pública* se deve ao desenvolvimento da medicina preventiva, a par da autonomia⁷¹, incitada tanto na *Declaração de Alma-Ata*⁷² como na *Carta de Ottawa*⁷³.

A leitura que sugerimos para visualizar a dimensão aporética da *saúde pública* contemporânea deverá associar-se à “autonomia” mencionada anteriormente, podendo converter-se num motivo de tensão transversal aos *níveis de prevenção em saúde*⁷⁴.

⁷⁰ Main.gov. «CEA Winslow’s “Classic” Definition of Public Health, 1920 (expanded version)». Acedido em 9 de Abril de 2010, em: http://www.maine.gov/dhhs/boh/olph/lphd/district1/Public-Health-101_files/textonly/slide8.html.

⁷¹ “A responsabilidade da promoção da saúde é comum a todos os sectores da sociedade, através da capacitação (*empowerment*) dos indivíduos e das comunidades, da criação de ambientes favoráveis à saúde e do desenvolvimento de aptidões pessoais (pela educação para a saúde)” (Almeida, L. M. (2005). «Da prevenção primordial à prevenção quaternária». *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 23. Nº 1. p.92).

⁷² WHO (1978). «International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12». Acedido em 11 de Abril de 2010, em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

⁷³ “Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being” (WHO (1986). «The Ottawa Charter for Health Promotion». Acedido em 11 de Abril de 2010, em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>).

⁷⁴ Salvaguarda-se que: “A intervenção em termo de Saúde Pública pode e deve fazer-se em todos os níveis sem excepção. Mas não é fácil, porque mesmo que se identifique a situação e sejamos capazes de intervir, aquilo que se pode fazer é minimizar ou estabilizar o fenómeno em níveis considerados críticos o que exige uma entropia negativa nada fácil de atingir” (Cardoso, S. M., *op. cit.*, p.74).

De um modo muito sintético poder-se-á deixar para segundo plano os níveis da prevenção terciária e quaternária, devido ao facto de se deslocarem da área de intervenção da saúde pública, em vista a observar a tensão transversal aos níveis de prevenção em saúde⁷⁵ reflectida no balanço entre o período pré-patogénico e o período patogénico.

Ao primeiro período, fora do organismo humano, corresponde o nível de prevenção primária, podendo ser decomposto em promoção da saúde (na qual se pressupõe que a população ainda não está doente, agindo, por isso, em função de sensibilizar as pessoas para o risco e informar sobre as medidas preventivas, de modo a modificar atitudes e comportamentos preventivos em relação à saúde) e protecção específica (que procura intervir na sequência dos factores de risco exógenos).

Já no período patogénico, no interior do organismo humano, refira-se, apenas, o nível de prevenção secundária condizente com o diagnóstico e tratamento precoces.

Partindo destes dois níveis, o aspecto que interessa aqui focar não se prende com as dificuldades de distinção entre as prevenções primária e secundária, ou até do início biológico das doenças, mas, sim, com o facto de que após se terem efectivado os níveis de prevenção em saúde foi-se assistindo ao esquecimento/ estrangulamento de um certo “horizonte estrutural”⁷⁶ na noção de saúde. Ao mesmo tempo sabia-se que:

“Os avanços globais registados na saúde pública nos últimos cem anos não podem dissimular o facto de que a saúde e a doença não se distribuem da mesma forma entre a população. Investigações levadas a cabo revelaram que determinados grupos de pessoas tendem a gozar de uma saúde melhor do que outros. Estas desigualdades de saúde estão aparentemente relacionadas com padrões socioeconómicos mais amplos”⁷⁷.

Ora, tendo em consciência o esquecimento do horizonte estrutural da saúde na noção de saúde pública e, ao mesmo tempo, a distribuição assimétrica da saúde e doença na população, então podemos considerar o próximo aspecto: temos assistido,

⁷⁵ Cf. Almeida, L. M., *op. cit.*, pp.92-94.

⁷⁶ O “horizonte estrutural” na noção de saúde enquadra-se na orientação desta tese, sendo que, a referência de esquecimento/estrangulamento abrange o mapeamento em torno do conceito de saúde, tornando-se claro nas nossas considerações finais. Neste sentido, afastamos desta referência as discussões conceptuais em torno do “Estruturalismo”: “In fact, the concepts of 'neo-Structuralism' and 'post-Structuralism' overlap almost completely; this can be verified by the roll-call of authors criticized by Habermas: after Nietzsche and Heidegger, he names Derrida, Bataille, Foucault and Castoriadis. In Habermas's account nevertheless, it is Derrida who figures as the main suspect of a dangerously pervasive levelling of the 'genre distinction between Philosophy and Literature'. However, the same Derrida is also presented as the gravedigger of Structuralism, and we will have to make sense of the inner duplicity of these neo-and post-prefixes when applied to Structuralism” (Rabaté, J.-M. (2003). «Introduction 2003: Are You History?». In, *Structuralism* (2nd ed., Sturrock, J.). London: Blackwell Publishing. p.2).

⁷⁷ Giddens, A., *op. cit.*, pp.146-147.

passivamente, a uma descentralização do sujeito para uma economia política/social, na área da saúde, que vai ao encontro da seguinte descrição: “Há uma consciência cada vez maior de que não são apenas os médicos que detêm saber e compreensão sobre a saúde e a doença”⁷⁸.

Por contraste à assunção precedente: “The public health movement has produced a new type of doctor, the nontreating doctor”⁷⁹. Deste duplo movimento poder-se-á extrair um contra-senso que torna claro o carácter aporético da saúde pública contemporânea. Ou seja, se por um lado há um êxito na definição “internacional” de saúde (WHO), podendo interpretar-se como reflexo do aumento rápido do nível de saúde em todo mundo, por outro, a introdução da saúde pública como Direito Humano e, conseqüentemente, afigurada como um bem de produção, é responsável pela visão biologistica da saúde e introdução da medicação/politização na saúde pública. Devemos, a propósito disto, recordar-nos: “A Saúde Pública não pode ser sinónimo de fascismo da saúde. Esta tendência está a desenvolver-se em certos países e em certas camadas, com o pretexto de salvaguardar o bem-estar colectivo e individual”⁸⁰.

Não se espante, portanto, com a seguinte ocorrência: “A literatura sobre Economia da Saúde tem vindo a crescer exponencialmente nos últimos anos, atraindo cada vez mais a atenção dos profissionais de saúde, gestores, políticos e até dos meios de comunicação social”⁸¹. É certo, a explosão em causa lança-nos nos meandros da economia, diga-se mesmo: arremessa a saúde pública para uma “outra” disputa, de bens, de recursos...

Diz-nos Pereira:

a «Economia “é o estudo de como os indivíduos e a sociedade acabam por escolher, com ou sem a utilização da moeda, a aplicação de recursos produtivos escassos que podem ter usos alternativos, para produzir variados bens para consumo actual ou futuro, entre várias pessoas e grupos da sociedade”»⁸².

A altercação, agora, remete-se para o que fará parte de um figurado conceito de “bem” ou, por outra, fará parte de uma alegórica noção de “recurso”⁸³. Dir-se-á: um “bem” corresponde à satisfação de uma necessidade humana, ao passo que o “recurso”

⁷⁸ *Idem, ibidem*, p.160.

⁷⁹ Ackerknecht, E. H. (1982). *A Short History of Medicine* (rev. ed.). Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press. p.215.

⁸⁰ Cardoso, S. M., *op. cit.*, p.78.

⁸¹ Pereira, J. (2004). *Economia da saúde. Glossário de Termos e Conceitos* (4ª ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde. (Documento de trabalho N.º 1/93). p.5.

⁸² Frederico, M. (2000). *Princípios da Economia da Saúde*. Coimbra: Sinais Vitais. p.15.

⁸³ *Cf. Idem, ibidem*, p.15.

irá estar direccionado para a produção do “bem” influenciando, de modo indirecto, a necessidade humana. Dever-se-á negar este paralelo à Economia?

Não, de facto, se por um lado, perante uma apreciação da saúde, é preciso a avaliação económica e social dos recursos, o mesmo é dizer, é preciso uma avaliação reunida num sistema com vários níveis e métodos de intervenção a par de uma abordagem sistemática e objectiva. Por outro, a aplicação da matéria de economia ao tema da saúde não deve (nem poderá) confinar-se apenas aos serviços de saúde, na medida em que estes não circunscrevem (não esgotam) todas as relações entre a saúde dos indivíduos e os respectivos grupos de actividade económica⁸⁴.

Não se pretende, portanto, negar a justificação da designada Economia da Saúde:

“(…) o sector da saúde é um sector importante em termos de significado económico; a análise económica é importante para se perceber o funcionamento do sector da saúde; o sector da saúde tem características próprias que justificam uma metodologia que será, nalguns aspectos, diferente da usada noutras áreas”⁸⁵.

Porém, mesmo que, para a finalidade anterior, se adopte a distinção entre estudos de observação (ou não-experimentais) e estudos experimentais⁸⁶, no caso de se pretender exprimir quantitativamente o alcance do conceito *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde* (tradução do termo original *health-related quality of life*), estão sempre em causa as medidas do conceito de *Qualidade de Vida* (tradução do termo original: *quality of life*) que, por sua vez, deveria “observar” todos os aspectos físicos, sociais e emocionais do bem-estar de um doente que são importantes e relevantes para a pessoa⁸⁷. Ora, para além da impossibilidade de se desassociar a dupla distinção referida anteriormente, deve dizer-se que: uma escala de multi-atributo, além de insuficiente, traduz uma incompletude na “avaliação clínica” do conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde.

Não podemos, portanto, dissimular que “[a] garantia da qualidade não pode ser utilizada na saúde como na indústria, devido à dificuldade de medir o produto final”⁸⁸,

⁸⁴ Não se exclui, com isto, a necessidade da implementação de políticas públicas no campo da saúde e imprescindível alocação de recursos que resultará deste processo.

⁸⁵ Barros, P. P. (2006). *Economia da Saúde. Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Edições Almedina. p.14.

⁸⁶ Cf. Cardoso, S. M., *op. cit.*, pp.143-177.

⁸⁷ Cf. PharmacoEconomics (2008). *Glossário de Termos Utilizados em Economia de Saúde, em Análises Farmacoeconómicas e de Qualidade de Vida*. Madrid: Wolters Kluwer Health. p.7.

⁸⁸ Imperatori, E., Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. p.179.

até porque, como já anteriormente fora mencionado, procuramos explorar como é que a saúde passará a ser condição de possibilidade das diversas “extensões” do *cuidar*.

Ora, ao abrir-se espaço para o subcapítulo seguinte dever-se-ão sublinhar alguns aspectos:

- a) No seguimento da evolução histórico-científica do conceito de saúde, a introdução deste mesmo conceito enquanto Direito Humano introduziu a noção de saúde pública;
- b) Esta concepção de saúde pública transformou a ideia de saúde num bem de produção;
- c) O esquecimento do “horizonte estrutural” da saúde na noção de saúde pública (pela própria institucionalização enquanto Direito Humano) além de ter sido responsável pela descentralização do sujeito, acabará por ser responsável por uma politização da saúde pública.

Perante o exposto será legítimo perguntar como é que, partindo daqui, “a própria saúde” se tornou num problema de saúde pública?

O Impacto das Diversas Artes de Curar na Medicina Convencional

“For some time now alternative approaches to medicine have become increasingly popular, and numerous traditional methods are reappearing (...)”⁸⁹.

Na demanda de iluminar, de novo, o carácter aporético da saúde pública contemporânea, assumo-se a tarefa de responder à questão: como é que a própria saúde se tornou num problema de saúde pública?

Se o já afirmado esquecimento do “horizonte estrutural” da saúde, na noção de saúde pública, evidencia aspectos como:

- a) O ignorar de vestígios a propósito da ausência de saúde desde os “povos sem escrita”;
- b) A negação do (conhecimento) simbólico e, conseqüentemente, do mito na percepção de saúde;
- c) O esquecimento da multiplicidade na discussão filosófica em torno do conceito de saúde e de doença;
- d) A introdução do papel do Estado (e respectiva politização) na noção de saúde;

então, talvez não seja inoportuno associar a saúde pública contemporânea ao modelo biomédico de saúde⁹⁰. Precisamente o mesmo modelo que insiste desprezar de um modo conveniente que: “Houve sempre indivíduos que se especializaram como curandeiros, usando uma mistura de remédios físicos e mágicos, e muitos desses sistemas tradicionais de cura permanecem vivos nas culturas não ocidentais”⁹¹.

Tratar-se-á da negação/desaprovação das *artes de curar* em mercê das *medicinas complementares*?

Salvaguarda-se, de imediato, que não será objectivo apresentar, sob o modo de listagem, as diferentes *medicinas complementares*⁹². Tentar-se-á desconstruir: a) o porquê da institucionalização do termo «*medicina complementar*» em vez de «*arte de curar*»; b) o “*pilar*” da *medicina complementar*; c) um critério de demarcação entre *medicina complementar* e *medicina convencional*.

⁸⁹ Foster, C. (2004). *The ethics of medical research on humans*. New York: Cambridge University Press. p.85.

⁹⁰ “O modelo biomédico de saúde define a doença em termos objectivos e acredita que um corpo pode voltar a ser saudável, submetendo-se a um tratamento médico de base científica” (Giddens, A., *op. cit.*, p.145).

⁹¹ *Idem, ibidem*, p.155.

⁹² No que diz respeito à terminologia utilizada deve dizer-se o seguinte: os termos para terapia «*alternativa*», «*complementar*», «*não convencional*» e «*não-ortodoxa*» assumem, aqui, o mesmo sentido.

A afirmação/insinuação e polémica em torno de uma multiplicidade de sentidos na expressão “artes de curar”, desde a origem etimológica de «Arte»

“(…) deriva do latim *ars (artis)*, que é equivalente ao grego γέχνη. Nos dois idiomas e ao longo dos séculos do seu uso, os dois termos implicam, ou foram implicando, um certo saber, um certo fazer e, por vezes mesmo, um certo sentir, como agrado ou como deleite desse sabor e desse fazer resultante”⁹³;

até à origem etimológica de «Cura», no seu sentido de “restabelecimento de saúde”⁹⁴, e não perdendo de vista a problemática ideológica de cariz filosófico, parece querer inscrever-nos num plano conceptual movediço.

Todavia, se:

“A história da medicina complementar é tão antiga como a própria história, porque aquilo que hoje se designa por medicina complementar não representa mais do que técnicas e remédios que os povos aplicavam nos procedimentos terapêuticos desde tempos imemoráveis”⁹⁵;

como é que se perfilhou uma definição de “medicina complementar” que renuncia o seu cariz inicial, semelhante a uma “arte de curar”, para se basear no legado da OMS: “(…) todas as formas de cuidados de saúde que usualmente estejam fora do sector oficial da saúde”⁹⁶?!

Perguntemo-nos pelo (in)visível da institucionalização do termo “medicina complementar”: se a noção (e prática) de *medicina complementar* é distinta da concepção de *medicina convencional*, como é que foram edificadas, exactamente, através do mesmo pilar?

A resposta não pode ser obscura e, por isto, deve dizer-se, de modo claro, que o fundamento das duas concepções é *o modelo biomédico de saúde*. E, dizer isto, é declarar o carácter aporético da saúde pública contemporânea através de um auto-problema resultante no próprio seio saúde, pois: “Os ocidentais acreditam com demasiada frequência terem sido os únicos a elaborar a medicina moderna, que pouco a pouco vai conquistando o mundo”⁹⁷.

⁹³ Antunes, M. (1990). «Arte». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.1). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. pp.471-472.

⁹⁴ Cf. Houaiss, A., Villar, M. de S., Franco, F. M. de M. (2003). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (Vol.1). Lisboa: Temas & Debates. p.1157.

⁹⁵ Sousa, M. A. B. de (1998). *Medicinas complementares e o seu desenvolvimento no contexto económico e social: importância do enquadramento destas medicinas no Serviço Nacional de Saúde Portugêses* (Orig. tese mestr. Gestão do Desenvolvimento e Cooperação Internacional, Univ. Moderna). Lisboa: Instituto de Técnicas da Saúde. p.46.

⁹⁶ *Idem, ibidem*, p.45.

⁹⁷ Sournia, J-C (1992). *História da Medicina* (Nogueira, J. D., Trad.). Lisboa: Instituto Piaget. p.119.

Tratar-se-á da problemática do «pluralismo médico»? Que consequências nos levanta esta terminologia?

“(…) o quadro de pluralismo médico com que analiticamente se pretenda lidar, em qualquer instância, científica ou política, tem de se confrontar, antes de mais, com a diversidade das práticas de prestação de cuidados de saúde, que contemporaneamente quase ameaça dissolver qualquer tentativa de um olhar integrado sobre tal fenómeno”⁹⁸.

Poder-se-á supor que o próprio conceito de «pluralismo médico», inicialmente embebido numa ortodoxia normativa, não fez “jus” à noção de saúde proveniente da medicina moderna. E, talvez por isto, a ideia de saúde já mencionada, a saber, a procedente da orientação convencional, tenha sido colocada em causa através das terapêuticas heterodoxas⁹⁹.

Mas, porque é que precisamos de pensar um critério de demarcação entre medicina complementar e medicina convencional se foram edificadas sobre o mesmo pilar?

Numa entrevista do Jornal *Diário de Coimbra* ao investigador brasileiro Augusto Vinholis poderá ler-se:

“O tratamento começa com uma avaliação pelo diagnóstico visual. «Começo a investigar os sinais. A medicina ocidental primeiro pergunta. A medicina chinesa não pergunta», frisa o médico, explicando que filma a cara, os olhos a língua e as unhas do paciente, até chegar ao diagnóstico da quantidade de toxicidade presente no organismo. «já tenho 85% do perfil», garante. Depois, segue-se uma consulta médica tradicional, onde são pedidos exames complementares, até que se chega ao tratamento de desintoxicação orgânica”¹⁰⁰.

Este exemplo, entre tantos outros, parece retratar um caso de cruzamento entre a *medicina convencional* e a *medicina complementar*. Porém, será que uma caracterização (desta última) através de quatro parâmetros¹⁰¹: pela *base filosófica*, pelo *diagnóstico específico*, pelo *tratamento característico* e pelos *efeitos terapêuticos*, conseguirá estabelecer um critério de (de)marcação entre aquilo que “é científico” e o que “não é”? O que se entende por “científico”?

⁹⁸ Clamote, T. C. (2006). «Pluralismo complementar médico: configurações estruturais, racionalidades e práticas sócias. In, *Sociologia da Saúde: estudos e perspectivas* (org., Carapinheiro, G.). Coimbra: Pé de Página Editores. p.198.

⁹⁹ Estas últimas acabam por desafiar o repensar da noção de «pluralismo médico» através de um enquadramento social diferente: “A definição do (res)urgimento do pluralismo médico como fenómeno social implica, desde logo, a ideia de um período de tempo de dominação exclusiva de uma configuração médica num espaço social”(Idem, *ibidem*, p.198.)

¹⁰⁰ Silvia, P. I. (2010). «Viver saudável até aos 126 anos». *Diário de Coimbra*, 20 de Abril. p.5.

¹⁰¹ Cf. Sousa, M. A. B. de, *op. cit.*, pp.54-61.

Explorar o argumento dos quatro parâmetros (já referidos) implica requerer para as medicinas complementares uma concepção de saúde com base filosófica no *holismo*:

“O conceito holístico é o de tratar a «pessoa-completa», em que o organismo humano é um ser multidimensional, pois possui corpo, mente e espírito ligados de maneira inextricável, existindo uma interligação entre a pessoa e o seu meio-ambiente”¹⁰².

Ora, para lá da argumentação crítica que esta orientação pode suscitar, trata-se de alcançar um sistema orgânico equilibrado (entre o interior e exterior) com uma base antropológica também “(...) holística segundo a qual é *todo o corpo* da ciência, e não um enunciado isolado, que enfrenta o veredicto da experiência”¹⁰³.

Seguindo esta linha de pensamento, o pressuposto do *diagnóstico específico* acaba por ser um *todo* fisiológico, ou seja, a condição de normalidade da saúde, sendo que o estado patológico irá ressentir-se por uma disfunção do *todo* fisiológico: “O diagnóstico procura a origem do desequilíbrio total do corpo humano, que pode ser pela parte física, emocional ou nutricional”¹⁰⁴. Face a esta abrangência ou, doutro modo, face a uma procura pela anomalia nas suas várias dimensões, corresponderá um *tratamento característico*, ou seja, uma procura pelo equilíbrio através do fundamento no pressuposto holístico. Isto significa, claramente, uma orientação específica no que diz respeito aos *efeitos terapêuticos*, dado que:

“Como se baseia na percepção de que as doenças se atribuem a uma série de factores que, quando determinados, podem ser removidos, ou por fármacos ou por cirurgia. A medicina convencional muitas vezes descarta os efeitos secundários dos seus tratamentos”¹⁰⁵.

Em síntese, e tentando aplicar o argumento dos quatro parâmetros ao caso já reportado do *Diário de Coimbra*, a (de)marcação entre aquilo que “é científico” e o que “não é”, tal como o que se poderá entender por “científico”, continua sem resposta, desenvolvendo, ao mesmo tempo, um carácter abstracto.

Controversamente, poder-se-á argumentar que o modelo holístico da saúde porta, em si, consequências. Uma delas, que parte da sua própria constituição redundante, irá conduzir-nos a uma visão dual, ou seja, por um lado incita a uma leitura do modelo médico, por outro, a leitura de um paradigma “complementar”. Veja-se, a propósito do artigo «Risco genético: da ilusão de certeza à disseminação da

¹⁰² *Idem, ibidem*, p.54.

¹⁰³ Caetano, F. G. (1990). «Holismo». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.2). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. p.1181.

¹⁰⁴ Sousa, M. A. B. de, *op. cit.*, p.55.

¹⁰⁵ *Idem, ibidem*, p.57.

(ir)racionalidade»¹⁰⁶, o cruzamento de concepções de risco (subjectivas) com a possibilidade de determinar o comportamento genético. A perpetuação da máxima socrática «*conhece-te a ti mesmo*» reafirmada numa *genofobia*, holística e reducionista, não deixando, portanto, de ser controversa:

«A related and more modish distinction is that between “reductionism” (which “reduces” the subject of medical practice to a merely physiological or biochemical “object”), and “holism” (which takes into account the whole person, and the whole organism in its natural and social environment). Indeed, the critics of this sort of reductionism often characterize it as the “medicalization” of the patient or the subject, as if the term “medical” already connoted this transformation of the patient from a “Thou” into an “It”»¹⁰⁷.

A problemática em causa exprime, novamente, uma dificuldade já anteriormente anunciada, a saber, se as várias terminologias/conceitos revelam um papel inibidor para a própria saúde. E, de facto, é contra sensual negar:

“A theory of health has crucial implications for the provision of medical care. Diagnosis, choosing among treatment options, outcomes assessment, and, of importance, how professionals talk to patients are all implicated. A theory of health can thus have an indirect effect on medical research as a result of changes in patterns of clinical diagnosis and treatment, and through changing patterns of requests from patients who begin to think of their own health differently. A theory can also have a direct impact on the course of research in medical science by shaping areas of investigation that are considered specifically health-related and hence medical”¹⁰⁸.

Poderá dizer-se, descuidadamente, que aquilo que é “científico” é o “(...) que tem ou parece ter fundamentos precisos, metodológicos como os das ciências”¹⁰⁹. Assim:

“Um enunciado só pode ser considerado científico, ou «empírico», se, pela sua forma, for passível de falsificação. (...) O conhecimento é sempre imperfeito, mas perfectível. P[opper] chama *corroborada* a toda a hipótese que, sujeita às provas mais exigentes, tem resistido. Claro que a descoberta de novas instâncias ou o progresso da precisão experimental podem vir a *falsificá-la*”¹¹⁰.

¹⁰⁶ Mendes, F. R. P. (2006). «Risco genético: da ilusão de certeza à disseminação da (ir)racionalidade». In, *Sociologia da Saúde: estudos e perspectivas* (org., Carapinheiro, G.). Coimbra: Pé de Página Editores. pp.17-45.

¹⁰⁷ Wartofsky, M. W. (2000). «Bodies, Body Parts, and Body Language: Reflections on Ontology and Personal Identity in Medical Practice». In, *The Philosophy Of Medicine: Framing the Field* (ed., Engelhardt, H. T.). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. pp.37-38.

¹⁰⁸ Richman, K. A. (2004). *Ethics and Metaphysics of Medicine: Reflections on Health and Beneficence*. Massachusetts: MIT Press. p.5.

¹⁰⁹ Houaiss, A., Villar, M. de S., Franco, F. M. de M. (2003). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (Vol.1). Lisboa: Temas & Debates. p.927.

¹¹⁰ Rodrigues, J. R. (1992). «Popper (Karl Raimund)». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R. Dir., Vol.4). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. p.343.

Dito isto, e tendo em conta que: “Tem sido perpetuada a ideia de que tudo o que não é “científico” é necessariamente inferior”¹¹¹, a argumentação dever-se-ia desenvolver em torno daquilo que será passível de falsificação. Com efeito, o objectivo, da tentativa de se descortinar o que “é” ou “não” científico, tornar-se-á num obstáculo assim que se tentar demonstrar que o facto de “não ser” científico não significa que não tenha utilidade prática:

“A possibilidade de mostrar a falsidade de uma teoria científica através da experiência, através, por exemplo, das predições dela dedutivamente derivadas, é o signo distintivo do saber científico frente a outro tipo de saberes. A falsificabilidade é um critério de demarcação, mas não de sentido”¹¹².

¹¹¹ Giddens, A., *op. cit.*, p.158.

¹¹² Echeverría, J. (2003). *Introdução à Metodologia da Ciência* (Pereira, M. S., Trad., André, J. M., Nt. de Apres.). Coimbra: Almedina. p.97.

Reflexão ético-filosófica na saúde: a condição de possibilidade das extensões do cuidar

Partindo da evolução histórico-científica do conceito de saúde, descrita anteriormente, retoma-se um aspecto essencial, a saber: houve um horizonte cultural dos pré-socráticos que (re)liga o plano filosófico à evolução histórico científica do conceito de saúde.

Iremos, agora, desenvolver a problemática do horizonte referido enquanto projecta, em si, a primeira linha de investigação filosófica: a *physis*¹¹³.

Haverá alguma consequência ético-filosófica na saúde/ na “extensão” do *cuidar*, ao ter como suporte um modelo que atribui ao corpo (humano) uma semelhança animal¹¹⁴ que apenas se demarca por ter um *logos*¹¹⁵ e um *nous* (espírito)?

Avançando uma hipótese afirmativa, portanto desenvolvida enquanto consequência, adiante-se o seguinte argumento: a evolução histórico-científica do conceito de saúde parte de um modelo inadequado, dado que transporta em si a máxima do *zoon logon ekhon*¹¹⁶, posteriormente perpetuado face à presença do legado cartesiano e fixado através da assunção de que o dualismo corpo/alma¹¹⁷ é a consequência

¹¹³ “O termo «física» (de Φύσις, natureza) significa, modernamente, a ciência teórica e empírica que estuda os entes materiais de estrutura molecular e atômica, suas propriedades, actividades e leis. Mas antigamente tinha outro significado mais amplo, era a ciência da natureza, ao mesmo tempo filosófica e científica” (Alves, V. (1990). «Física». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.2). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. p.644).

¹¹⁴ “But doesn’t the animal that is non-rational, or without language (*zoon alogon*) have similarly expressive powers at its disposal?”(Short, A. K. (2004). «The Face of the Other Animal». In, *Buber, Levinas, and the Non-Human Other: Toward a Broader Environmental Ethic* (Thesis Prepared for the Degree of Master Of Arts). University of North Texas. p.39).

¹¹⁵ “O termo λόγος, de λέγειν, entrou na linguagem filosófica numa fase avançada da sua evolução semântica, quando já era sobejo o seu valor de *palavra, discurso, argumento e razão*” (Freitas, M. C. da (1991). «Logos». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.3). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. p.475).

¹¹⁶ Entenda-se, conjuntamente, o desenvolvimento de: “Uma humanidade que *se diz soberana*, porque a si mesma se define em termos de poder: detentora do poder do *logos (zoon logon ekhon)*, do poder da linguagem, do poder de responder, do poder de poder, e etc.” (Bernardo, F. (2007). «Do “Tout autre” (Lévinas/Derrida) ao “Tout autre est tout autre” (Derrida): Pontos de não-contacto entre “Lévinas e Derrida”». Acedido em 20 de Julho de 2010, em: <http://www.revistaitaca.org/versoes/vers14-09/238-266.pdf>. p.251). Leia-se também: Silva, C. (1989). «Aristóteles». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.1). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. p.384.

¹¹⁷ Leia-se, a este propósito, a perspicácia de Roy Sorensen, que nos permite prevenir um carácter paradoxal que alude para uma tríade entre corpo/matéria/mente: “He refined the common-sense distinction between mind and matter into a formidable metaphysical dualism. Your body takes up space, has weight and other properties studied by physicists. Descartes recommended that bodies be studied as machines. Your mind has no size or weight or other physical properties. Little wonder that your mind is private; only you have direct access to your thoughts. We outsiders only have indirect access to your mind—principally through what you say. Your words betoken thoughts and your thoughts manifest your

antropológica do modo ontológico. Uma consequência que inunda toda a ocidentalidade filosófica que, mesmo depois de atestar o fracasso do modelo mecanicista (lembremos da metáfora do relógio mencionada anteriormente), se rasteja pela metamorfose da saúde enquanto bem de produção tradutora, também, de um pensamento kantiano a propósito de um corpo como instrumento da *consciência*:

“Kant erigiu a autonomia, como auto-legislação, em fundamento da sua ética, porque a liberdade do homem, como natureza racional, se exprime na submissão à lei que para si próprio legislou. É, porém, mais importante, que as leis sejam justas do que auto-legisladas, pois estas últimas também podem ser falsas”¹¹⁸.

A metamorfose da saúde já referida carrega, nas suas consequências ético-filosóficas, os vestígios de duas guerras. Noutro dizer, comporta em si a descoberta da fragilidade, da depressão e do pessimismo que, no século XX, traduzem um clima de descrença (a falta de utopia) pela frustração do progresso. Um cepticismo na via da ciência que se volta para a via do “equilíbrio” e da saúde enquanto esperança que, no dizer de Pedro Laín Entralgo (por exemplo), mesmo numa vertente antropocêntrica e herdeiro da máxima já referida anteriormente, pergunta por um sentido último das coisas: Quem sou eu? O que é que sou? O que é o homem?¹¹⁹ Porque é que numa sociedade contemporânea a importância do antropólogo e do filósofo foi esquecida? Quem irá pensar a pergunta bioética pela qualidade de vida?

Entralgo¹²⁰ articulou um horizonte teórico da antropologia para pensar o que é o *homem*, com o facto de que “o homem tem uma história”, sendo capaz de a narrar. Neste sentido, na possibilidade de sermos narradores da nossa história, o autor traduziu uma presença num *aqui* (no universo) e num *agora* (no decurso do *cosmos*). Se se aceitar isto, reconhecer-se-á, facilmente, o facto de o mundo não estar pré-programado, levando-nos à necessidade da pergunta pela nossa constituição paradoxal. De modo sequencial, este pensamento irá considerar os seguintes aspectos: a) eu sou eu enquanto resultado desta história cósmica; b) o que eu sou é o resultado de uma evolução biológica; c) sou o que sou enquanto resultado de uma evolução filogenética; d) sou o que sou enquanto resultado do desenvolvimento embriológico.

essential nature as a thinking being. You can conceive of yourself existing without a body but it is self-defeating to conceive of yourself as a nonconceiver. Therefore, you are identical to your mind and only contingently occupy your body” (Sorensen, R. (2003). *A Brief History of the Paradox: Philosophy and the Labyrinths of the Mind*. Oxford: Oxford University Press. pp.216-217).

¹¹⁸ Heinemann, F. (2008). *A Filosofia No Século XX* (6ª ed., Morujão, A. F., Trad. e Pref.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. p.445.

¹¹⁹ A referência é: Entralgo, P. L. (2002), *op. cit.*

¹²⁰ Cf. Entralgo, P. L. (2003). *Corpo e Alma*. Coimbra: Almedina. pp.321-361.

Este panorama, tradicional, situa-se numa identidade narrativa do homem, na medida em que pressupõe que somos o que conhecemos e não conhecemos, mas ainda não somos o que seremos. No fundo, amplia uma orientação em que parte da “antropologia” (dita cultural) esquece o facto de que quando se afirma “eu sou eu” participa-se de uma identidade não idêntica. Trata-se de um desnível entre “o que se é” e “o que se quer ser” e, esse desnível, não se poderá completar de todo, na medida em que perguntamos consecutivamente pela nossa constituição paradoxal. Mesmo que se afirmasse que andamos à procura de “nós”, dinamicamente, na história, a outra face diria que o homem vem a si enquanto pergunta. Na orientação deste pensamento, o homem seria sempre sujeito enquanto conhece o objecto e, assim, a pergunta pelo homem seria, também, irreduzível a objecto, na medida em que o sujeito e o tema perguntado seriam análogos. Este contexto torna-se perverso ao pressupor: “The natural and social sciences are, for example, fields of rational inquiry that often bump up against the borders of philosophy (especially in inquiries into the mind and brain, theoretical physics and anthropology)”¹²¹.

A mesma irreduzibilidade é-nos, similarmente, desenhada no dizer de Hans-Georg Gadamer¹²² que, através do médico Viktor von Weizsäcker, se permite projectar a sua reflexão entre natureza e arte.

Uma “arte” que retoma o sentido da antiga *techné*¹²³, enquanto relação entre saber e poder; saber este que é apresentado, nos dias de hoje, como ciência, continuando presente na evolução histórico-científica do conceito de saúde.

A relação precedente encontra-se obscuramente caracterizada como um estilo de pensamento conceptual determinado, formalmente, por um modelo “circular”, colocando-se perante “o todo” na sua peculiar conjugação entre *krinein* e *kinein*, isto é, entre distinguir e mover-se. Ora, esta conexão converte “o nosso saber e poder numa atitude fundamental que tudo abarca perante a natureza e o mundo humano”¹²⁴, acabando por demonstrar como é que a ciência se transformou numa tecno-ciência

¹²¹ Baggini, J., Fosl, P. S., *op. cit.*, p.3.

¹²² Gadamer, H.G. (1993). *O Mistério da Saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina* (Hall, A., Trad.). Lisboa: Edições 70.

¹²³ “Quanto à fronteira com a arte, é interessante recordar que a palavra grega τέχνη (*techné*) e a sua correspondente latina *ars* significavam, de início, a habilidade manual do artífice. Sobre tudo nos dois primeiros estádios, o artífice é estimado na medida em que consegue imprimir um cunho pessoal aos seus trabalhos. (...) Não se esqueça que a obra de arte implica sempre um *fazer*” (Rodrigues, J. R. (1992). «Técnica». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.5). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. p.30).

¹²⁴ Gadamer, H.G., *op. cit.*, p.86.

altamente especializada e interessada, a vários níveis, no agir com eficácia e não no viver em comum, constituindo, assim, um modelo totalizante portador de perigo de nós para nós próprios. Pode dizer-se, então, a transferência do “saber” afigurada num “fazer”, ou seja, a translação para um “saber-fazer” que virá sobrepor-se (em vários momentos) à *reflexão ético-filosófica*.

Esta característica existe como visão global, corrompendo até mesmo as “culturas formadas e desenvolvidas”¹²⁵. Lançados neste perigo, Gadamer reclama a necessidade de reencontrar um determinado “ciclo harmonioso”, um novo “ciclo vital” com “o todo”. Este “todo”, este *holon*, é o que significa o “saudável”, o “inteiro”, o “auto-regenerante”, que se incorpora, pela sua própria vitalidade, ao “todo” da natureza, conforme a passagem de Fedro, de Platão, no qual nada podemos saber acerca da alma e do corpo humano sem ter em conta o *holon* da natureza.

Ao estilo gadameriano esta seria a tarefa essencial do médico, a saber, procurar agir não só no “restabelecimento do doente”, mas no devolver da “unidade consigo mesmo”.

O médico, neste sentido, teria uma tarefa simbólica, diferentemente do sentido de fazer enquanto poder, mais próxima do sentido em que deve estabelecer a capacidade do regresso: do *regresso do doente* à saúde e à vida. Por outro lado, ao mesmo tempo que nos indica o caminho para recuperar o equilíbrio que a natureza nos concedeu como um favor, o médico deveria ensinar-nos a “aceitar os nossos próprios limites e até – consciente da tarefa do ser humano – a aceitar o último limite”¹²⁶.

De certo modo, poder-se-á dizer que a alegoria de um certo *mistério da saúde* assenta (na perspectiva gadameriana) na consciencialização da saúde como “experiência de contraste”, o mesmo é dizer, da saúde como “*estado latente*” que, na impossibilidade de se ver a si próprio: grita por *cuidado*. Dizer isto é dizer a impossibilidade de padronização da saúde, no sentido em que mesmo quando se está a falar de “ajuda médica” nem sempre se está a falar de “ajuda técnica”, permitindo-nos questionar: Até que ponto um certo sentido de ciência coloca a questão da saúde e, se coloca, como é que é possível a carência de uma teia de relações *para o cuidar do outro*?

Sabendo, atempadamente, que nem todos os discursos científicos são acessíveis e que o hospital, com o trágico do sofrimento e da morte, se torna num espelho da sociedade, a “verdade” é que a “autonomia” que o iluminismo tentou determinar tornou-

¹²⁵ *Idem, ibidem*, p.87.

¹²⁶ *Idem, ibidem*, p.90.

nos reféns de nós próprios. E a reafirmação da descrição anterior é, precisamente, o aparecimento da bioética (na segunda metade do século XX) pelas mãos dos próprios médicos.

“Tradicionalmente, a pesquisa tecnocientífica foi considerada tanto um modo de obter conhecimento generalizável como um processo de renovação disciplinar”¹²⁷. A ambiguidade desta “disciplina” deveria ter sido comentada na sua característica discursiva que apesar de combinar, em si, todo um conjunto de informações, continua a considerar-se insuficiente sempre que não demarca nenhum processo de transformação. É, também, por isto que vários teóricos insistem na demarcação de uma perspectiva “internalista” ou “externalista”.

Na primeira, defende-se uma evolução das ciências, que resulta dos sistemas cognitivos da própria comunidade científica, e consequentes efeitos do ponto de vista social.

Na segunda, “(...) os processos sociais associados à produção e à disseminação dos resultados científicos são tão decisivos quanto as transacções cognoscitivas dentro da comunidade de peritos”¹²⁸.

Será uma demarcação justa?

O que nos lembrava Karl Jaspers ao apelar para recuperação dos “elementos subjectivos” da comunicação em medicina?

“Vêm-se médicos recusar a filosofia, com razão quando visam a filosofia especializada e a não-filosofia. Mas, sem filosofia, não podemos, nos limites da medicina científico-natural, tornar-nos senhores do abuso”¹²⁹.

¹²⁷ Stepke, F. L. (2006). *Bioética e Medicina* (Ribeiro, G. S. C., Trad.). Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola. p.47.

¹²⁸ *Idem, ibidem*, p.48.

¹²⁹ Jaspers, K. (1998). *O Médico na Era da Técnica* (Proença, J. T., Trad.). Lisboa: Edições 70. p.57.

Saúde: um fenómeno não estático

No seguimento da já referida construção da OMS, isto é, de uma nova ideologia da saúde, e de um ponto de vista *ético-filosófico*, podem observar-se dois momentos que culminam numa terceira ideologia: I) A saúde como projecto do estado de organização; II) A saúde como teoria da informação. Após a fusão destes dois momentos, aliada às tecnologias, irá surgir uma terceira ideologia da saúde, a saber, a *saúde perfeita* (tradutora do sintagma de Lucien Sfez¹³⁰ sobre o qual, agora, nos dedicaremos): aquela que está pronta a realizar.

Transformou-se, assim, “a” saúde numa nova ideologia que, por sua vez, está relacionada a várias ideologias. Se, a partir desta fusão, pensar numa aliança biotécnica, a *saúde perfeita* irá acabar por traduzir a ideia de uma vida artificial¹³¹, ou seja, um progresso de transformação que indica uma ideologia dentro de várias ideologias. Se ainda faltava algum tipo de corroboração face à aliança já referida, a criação da primeira célula artificial, anula as possíveis contestações - diz Craig Venter: “This becomes a very powerful tool for trying to design what we want biology to do. We have a wide range of applications [in mind]”¹³².

E, por mais controverso que nos pareça, se associarmos à esfera da saúde: a biologia, a economia, a informática e a publicidade, a nossa relação com a medicina tornou-se permanente e total, na medida em que a sociedade se revelou obcecada pela saúde perfeita:

“A percepção popular, alimentada pela saga heróica, a morte e a dor, imagina que é questão de tempo para que o progresso faça esquecer a finitude da vida humana, a fragilidade do organismo biológico e a habilidade dos processos psicológicos e relacionais”¹³³.

Também, aqui, se volta a sentir o eco de uma questão já anteriormente articulada: como é que a própria saúde se tornou num problema de saúde pública?

¹³⁰ Sfez, L. (1997). *A Saúde Perfeita: Críticas de Uma Utopia*. Lisboa: Instituto Piaget.

¹³¹ Inevitável, também, a referência à obra de Kanh, A. (1996). *Os Caminhos da Medicina no Século XXI* (Carvalho, E., Trad.). Lisboa: Publicações Europa-América. Um título que sugere a “precaução” a vários níveis. Leia-se: “(...) a porta está aberta ao poder tecnocrata que, na ausência de forças contestatárias informadas, pode levar à anulação da democracia pelos tecnocratas ou à emergência de uma oposição tensa e irracional, até mesmo obscurantista e anticientífica”. p.118.

¹³² ScienceDaily (2010). «Scientists 'Boot Up' a Bacterial Cell With a Synthetic Genome». Acedido em 17 de Setembro de 2010, em: <http://www.sciencedaily.com/releases/2010/05/100520131435.htm>.

¹³³ Stepke, F. L., *op. cit.*, p.68.

“A medicina: torna-se anónima; sistemas hábeis, intervenções por meio de tecnologias monitorizadas, ficheiros que vêm contra o segredo médico, *pool* de médicos ou, pelo contrário, especialização a todo transe”¹³⁴.

A assunção subsequentemente enunciada aponta para uma marcha de transformação que, no dizer de Lucien Sfez, culmina como “utopia”. Interessa-nos partir da sua representação narrada para a questão do corpo ou, por outra, para a crise de uma identidade em que a ciência sugere um papel curativo. Porém, o complicado aparecimento de uma “circunstância de angústia” expõe (sob várias teorizações) o corpo, simultaneamente, como sujeito e objecto: “As nossas antigas maneiras de pensar o corpo, de o tratar, os recursos que tínhamos até então para fazer face à doença e à morte, as profissões que os têm a cargo, já não estão em posição de responder aos novos paradigmas”¹³⁵.

Toda esta visão parece ser acompanhada pela dita *ideologia da comunicação* (já desenvolvida por Philippe Breton) em que, não só não há um tratamento da informação, como tenta motivar um paradigma da saúde que ambiciona apagar as “determinações singulares” de cada um/a. Ironicamente, aquilo que parecia ser um dos maiores progressos na descoberta do conhecimento (em relação ao corpo), a saber, a descodificação do código genético, transforma-se, rapidamente, num perigo à mercê da experimentação: “(...) transformar, agir sobre os genes, é também agir sobre a sua transmissão e arriscamo-nos a transformar a espécie humana (...)”¹³⁶.

Esta modificação será, controversamente, responsável por um período de cisão no seio do carácter absolutista da ciência, dado que: “A tecnologia médica media as relações, automatiza-as (...)”¹³⁷, esquecendo-se da alteração do papel do médico – incapaz de responder pelo *instante da morte*. Nesta etapa, o médico, pela incapacidade de resposta, adquire uma outra visibilidade (negativa) descentrada de um certo hábito de confiança.

Sem mais: “A medicina curativa vê-se substituída por uma medicina preditiva; ora esta previsão é acompanhada por prescrições”¹³⁸. A esta substituição passa a ser intrínseca a capacidade de decifrar conhecimento genético¹³⁹ e, nesta orientação, o papel

¹³⁴ Sfez, L., *op. cit.*, p.40.

¹³⁵ *Idem, ibidem*, p.43

¹³⁶ *Idem, ibidem*, p.50.

¹³⁷ *Idem, ibidem*, p.53.

¹³⁸ *Idem, ibidem*, p.55.

¹³⁹ Leia-se a reflexão atenta: “Estes progressos trazem grandes benefícios mas, também, preocupações éticas. Há, de facto, o perigo de que as pessoas comecem a ser etiquetadas não pelo que são

do médico tradicional vê-se invadido pelo bioético, aquele que, através de balizamentos legais e em paralelo com outros comités, tentará constituir a ponte para com as biotecnologias.

Subitamente a deontologia médica encontra-se incapacitada, ao passo que os bioéticos se convertem na expectativa para retratar as desmedidas questões *da vida e da morte*: “Curiosamente, a crença na universalidade da ciência perde-se quando a ciência já não é domínio reservado e se torna objecto comum”¹⁴⁰. A par deste movimento, desenvolve-se uma espécie de problemática casuística da consciência voltada para as tecnologias do corpo:

“O que se visa assim, e deseja como utopia, não é apenas um corpo perfeito, liberto os germes de possíveis doenças, mas um planeta perfeito, livre por sua vez de todas as catástrofes «ecológicas» possíveis, uma Terra devolvida a si mesma na sua pureza supostamente original”¹⁴¹.

Tudo se passa como se fosse possível eliminar uma certa noção de temporalidade, como se pudéssemos embalsamar uma possível noção de saúde e fotografar uma imagem estática/utópica da saúde. Retomaram-se heranças clássicas como a *Utopia* (1516) de Thomas More em que o cenário da ilha do rei Utopos serve de representação para assinalar um “carácter utópico”¹⁴² adverso ao acaso, colocando-se, deste modo, sempre à distância. Uma narrativa – é certo, mas, também, a “ligação perfeita” até ao tempo presente que reclama para si uma técnica que deseja afastar qualquer rasto enganador: “Viabilização, linguagem, clausura, regras, recusa do acaso, hierarquias, necessidade de intervenções técnicas, são estes os traços distintivos da narrativa utópica”¹⁴³.

e fazem, mas pelos genes que têm. Comecem a ser discriminadas pela sociedade por terem um gene que daqui a 20 ou 30 anos, quase de certeza lhes traga uma doença incurável, e por isso sejam olhadas agora de soslaio, impedidas de se empregarem ou de terem um seguro de vida. Comecem a ser discriminadas por predisposições que têm no genoma, mesmo que, por ambiente e tipo de vida, elas nunca se venham a manifestar na vida” (Archer, L. (2001). «O genoma humano». In, *Novos Desafios à Bioética* (ed., org., Archer, L., Biscaia J., Osswald, W., Renaud, M.). Porto: Porto Editora. p.140).

¹⁴⁰ Sfez, L., *op. cit.*, p.56.

¹⁴¹ *Idem, ibidem*, p.57.

¹⁴² “Un *autre* mode de vie, une *autre* organisation, un *autre* esprit régnent sans partage. La *différence* s'est installée; l'*altérité*, partout, affirme sa présence et son triomphe. Les multiples détails accumulés par More dans sa description ne laissent rien dans l'ombre : la fondation d'Utopie, le nombre des cités, l'organisation du Conseil de l'île en un Sénat confédéral, la répartition des terres cultivables, la planification de l'économie impliquant la coopération des populations rurale et urbaine, le caractère électif des fonctions publiques et religieuses, la complémentarité des métiers principaux, la distribution des heures de travail, les institutions éducatives, les aménagements relatifs à l'hygiène, à la santé et aux sports, la réglementation du mariage, l'administration de la justice, l'art de la guerre, la diplomatie nécessaire à la paix... toutes ces questions auxquelles est suspendue la vie concrète et quotidienne d'un peuple sont examinées avec un luxe de méticulosité qui ne peut passer inaperçu” (More, T. (1987). *L'Utopie* (Delcourt, M., Trad.). Paris: Flammarion. p.39).

¹⁴³ Sfez, L., *op. cit.*, p.112.

No fundo, ambicionava-se o transformar da técnica em tecnologia ao serviço de um “projecto sobrenatural”. Deste modo, pode dizer-se que o paradigma clássico se altera. Agora, parte-se de um fictício para o real, apesar de, segundo Howard Segel, entre as utopias escritas/ narrativas utópicas e utopias não ficcionais, a distância da narração para a acção não expressa diferença na visão para que comporta: “Trata-se de prever o futuro, de o pré-formar, utilizando o desenvolvimento tecnológico como via de progresso para toda a sociedade”¹⁴⁴.

Porém, como Sfez tenta demonstrar, o ambicionar de um “projecto universal” está “condenado” ao partilhar de dois traços em comum: o corpo humano e a Terra. Será que todos/as desejam portar este balizamento, esta sentença? Um projecto tautológico não se auto-anula?

Se “o outro que existe em nós é o descontrolado, aquilo que até então não podia ser mudado, o símbolo da própria resistência: os genes”¹⁴⁵, então, será que todo e qualquer um/a deseja ser manipulado/a em prol de uma harmonia para com o projecto universal? Seremos obrigados a corrigir os nossos *bad genes* para sermos considerados saudáveis?

Em certa medida este cenário era previsível, a partir do momento em que se aceitou, com naturalidade, os aspectos, resumidos por Lucien Sfez, no seguinte quadro¹⁴⁶:

	Narrativa utópica	Projecto utópico universal
Plano de partida	real criticado	real construído
Plano da narrativa	ficção	Predictibilidade
Lugar	ilha	planeta cosmos
Papel do autor	autoridade absoluta/um único autor	autoridade absoluta/comunidade científica
Uso da técnica	meio	meio-fim
Princípio	reformular natureza	Sobrenaturalizar
Regras	exclusão do outro	exclusão do outro em nós

Podem dizer-se dois modelos deste retrato, que passam de narrativa a projecto, o projecto *Genoma*¹⁴⁷ e o projecto *Biosfera II*¹⁴⁸ que, no fundo, traduzem, nos dias correntes, a *utopia da saúde perfeita*.

¹⁴⁴ *Idem, ibidem*, p.114.

¹⁴⁵ *Idem, ibidem*, p.117.

¹⁴⁶ *Idem, ibidem*, p.119.

A história do projecto *Genoma* surge devido ao vínculo da genética com a biologia molecular (em meados dos anos 70):

“Such a project had become technically feasible due to advances made during the previous decade or two: in the early 1970s, recombinant DNA technologies (use of restriction enzymes to splice DNA, reverse transcriptase to make DNA from RNA, viral vectors to carry bits of DNA into cells, bacterial cloning to multiply quantities of DNA); in the late 1970s, DNA sequencing and use of RFLP (restriction fragment length polymorphism) markers for gene mapping; and in the early to mid-1980s, DNA synthesis, pulsed-field gel electrophoresis, polymerase chain reaction (PCR), and automated DNA sequencing”¹⁴⁹.

Entre biólogos moleculares e geneticistas humanos encontravam-se Robert Sinsheimer, Walter Gilbert, Leroy Hood, Walter Bodmer, Victor McKusick e James D. Watson; uma vasta equipa a tentar concretizar uma ideia aliciante, a sequenciação do genoma:

“The project's specific goals at the outset were: (i) to identify all genes of the human genome (initially estimated to be 100,000); (ii) to sequence the approximately 3 billion nucleotides of the human genome; (iii) to develop databases to store this information; (iv) to develop tools for data analysis; (v) to address ethical, legal, and social issues; and (vi) to sequence a number of “model organisms” (...)”¹⁵⁰.

Este projecto demorou a efectivar-se por existirem obstáculos ao nível da viabilidade (pública) financeira; cenário este que se alterou devido ao interesse do biofísico Charles de Lisi (do Department of Energy) em reclamar a importância desta investigação para o descobrir das bases genéticas das doenças, levando, inclusive, à necessidade de se instituírem dois comités para examinar a sua exequibilidade, tanto do ponto de vista científico como das políticas públicas, a saber, o National Research Council (NRC) e o Office for Technology Assessment (OTA). Em paralelo circulava

¹⁴⁷ “On a visit to Sydney Brenner's lab, Craig Venter was impressed by this cDNA strategy. He could hardly wait to return to his NIH lab outside Washington, D.C., where he would apply the technique himself to produce a treasure trove of new genes. By sequencing even a small part of each one, Venter could determine whether or not it was new to science. In June 1991 an NIH official urged him to apply for patents on 337 of these new genes, although he had, in many instances, no clue about their function. A year later, having applied the technique more broadly, Venter added 2,421 sequences to the list submitted to the patent office. In my judgment, the very notion of blindly patenting sequences without knowledge of what they do was outrageous: what precisely was one protecting? This conduct could only be seen as a preemptive financial claim on a truly meaningful discovery someone else might yet make. I expounded my objections to the higher-ups at NIH, but to no avail. And the agency's persistence in endorsing the practice—a policy that was later reversed—spelled the beginning of the end of my career as a government bureaucrat. I had mixed feelings when Bernadine Healy, head of NIH, forced me to resign in 1992. Four years in the Washington pressure cooker had been enough. But what really mattered to me was that by the time of my departure, the Human Genome Project was undeflectably on course» (Watson, J. D., Berry, A. (2003). *DNA. The Secret of Life*. New York: Alfred A. Knopf. p.180).

¹⁴⁸ Por rentabilização de tempo, o projecto *Bioesfera II* não fará parte da nossa reflexão.

¹⁴⁹ Gannett, L. (2008). «The Human Genome Project». *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Acedido em 26 de Agosto de 2010, em: <http://plato.stanford.edu/entries/human-genome/>. §1.

¹⁵⁰ *Idem, ibidem*.

uma discussão, não inocente, a propósito dos métodos que deveriam ser “os eleitos”: a *cartografia dos genes* ou a *sequenciação*?

“Para os sequenciadores, tudo isto significava muito dinheiro novo para máquinas, novos computadores, novas técnicas. Mas para os cartógrafos, a visão de um esforço de sequenciação dirigido de forma militar pela DOE (não esqueçamos as origens do Ministério da Energia e o projecto Manhattan da bomba atómica) era um pesadelo”¹⁵¹.

Tudo começa a fazer sentido, o DOE (Department of Energy), ou seja, o Ministério da Energia esteve ligado ao projecto de Manhattan e conseqüente fundação da bomba atómica onde foi, curiosamente, constituído um Banco de Genes (em Los Alamos). Será isto um acto “imaculado”?

“No final de 1987, o Ministério da Energia já criava três centros de investigação sobre o genoma humano: em Los Alamos, em Livermore e no Lawrence Berkeley Laboratory”¹⁵².

Finalmente, em 1988, após tanta polémica, e por necessária rentabilização de tempo, o *Department of Energy* e o *National Institute of Health* chegam a acordo, viabilizando o modo de aproveitar tanto o trabalho de *cartografia* como o de *sequenciação* que, como se verificou, proporcionou: “(...) três prémios Nobel: Berg, Gibert, que já desempenhavam um papel importante no projecto do DOE, e Watson, futuro patrono do projecto do lado NIH”¹⁵³.

Após tantos anos, complexas críticas e várias tentativas de sabotagem do projecto, o nascimento do ELSI (Ethical, Social and Legal Issues) conduz a mundialização desta investigação:

“A 29 de Junho de 1990, não tendo o Parlamento Europeu emitido mais nenhuma objecção, o projecto foi promulgado e foi decidido um orçamento de 15 milhões de ecu (para 3 anos), 7 por cento dos quais deviam ir para os estudos de ordem ética”¹⁵⁴.

Estudos de ordem ética, suscitados, talvez, por uma noção de “medicina preditiva” (já negada pela CEE) que pretende executar testes sem limites. Este objectivo não seria possível sem as “possibilidades” oferecidas pela genética ou por uma engenharia genética. Já não se trata, apenas, da procura da doença, mas, sim, de tentar qualificar, permanentemente, “comportamentos desviantes”.

Mas pergunte-se: será que a noção de doença genética tem um fundamento/validade teórico/a?

¹⁵¹ Sfez, L., *op. cit.*, p.135.

¹⁵² *Idem, ibidem*, p.137.

¹⁵³ *Idem, ibidem*, p.138.

¹⁵⁴ *Idem, ibidem*, p.148.

Sfez estava certo, “(...) tende a nascer uma nova medicina em que já não se trata o doente, mas uma categoria”¹⁵⁵, pois, se por um lado, a importância de determinados testes num período pré-patogénico podem ter relevância máxima no que diz respeito a determinados tipos de cancro, na doença de Alzheimer, etc.; por outro, categoriza-se: “uma nova categoria de doentes, os doentes «pré-sintomáticos»”¹⁵⁶.

De novo, o ressoar de uma visão dualista entre o «normal» e o «anormal», de novo, a ambição de uma noção unívoca de saúde, mesmo quando se sabe que: a) “(...) o termo «doença genética» constitui uma opção que sublinha o factor genético e subavalia os factores devidos ao ambiente”¹⁵⁷; b) “A conceptualização das doenças genéticas depende da formação de um modelo base. A Assimilação e a reinterpretação desse modelo dependem dos desenvolvimentos tecnológicos e das mudanças culturais”¹⁵⁸.

Tudo se encaminha para a “restrição do ser humano” ao *todo genético*, para a imagem utópica de um homem com uma *saúde perfeita*...

¹⁵⁵ *Idem, ibidem*, p.164.

¹⁵⁶ *Idem, ibidem*, p.164.

¹⁵⁷ *Idem, ibidem*, p.165.

¹⁵⁸ *Idem, ibidem*, p.167.

Da instabilidade da saúde ao movimento bioético

A partir de uma *reflexão ético-filosófica* na saúde que traduz, claramente, a condição de possibilidade das “extensões” do *cuidar* e aceitando, de novo, que a evolução histórico-científica do conceito de saúde dá origem a tensões, será possível perguntar: se a saúde se tornou um espaço de experiência não será imprescindível perguntar pelas consequências do agir?

Tome-se como nota introdutória o seguinte estilo:

“As a species of practical ethics, bioethics exhibits a complex and contested relationship to philosophical theory. On the one hand, many who teach and write in this interdisciplinary field are philosophers who naturally believe that their specific contribution to the field—their “expertise,” if you will—consists in the application of distinctly philosophical methods, including various kinds of ethical theory, to practical problems arising in biomedical research, clinical medicine, and public health. But on the other hand, many who work in the area of bioethics, including many philosophers, are highly skeptical of the so-called “applied ethics” model of moral reasoning, in which exemplars of high theory (e.g., consequentialist utilitarianism, Kantian deontology, rights-based theories, natural law, etc.) are directly “applied” to practical problems”¹⁵⁹.

A dupla convicção de John Arras levar-nos-á a considerar: se, por um lado, é possível pensar que a «bioética» tem uma história tão antiga como a da vida humana, por outro, as manipulações de genoma colocam a institucionalização da bioética no rol do “desenvolvimento” das biotecnologias¹⁶⁰. Neste sentido, se de uma “ética prática” se começou a falar foi devido a uma interface de interpelações cruzadas entre cientistas e humanistas.

Na possibilidade de se verificar a validade da primeira comissão de ética, no ano de 1962 (nos USA) pelo Dr. Belding Scribner (*God’s Committee*), corrobora-se a afirmação da base conceptual de bioética como “realidade prática”, ainda antes de uma teoria fundamentada:

¹⁵⁹ Arras, J. (2010). «Theory and Bioethics». *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Acedido em 5 de Setembro 2010, em: <http://plato.stanford.edu/entries/theory-bioethics/>.

¹⁶⁰ Reparar-se-á que a bioética não só não tem uma origem filosófica como é o reflexo de várias necessidades sentidas na segunda metade do século XX. Em meados dos anos 80 reflecte-se a internacionalização da bioética, ditando-se nos anos 90 a sua mundialização face aos problemas da dita globalização. Já há muito que a dimensão “ética” estaria corrompida, porém, só depois de a biotecnologia evidenciar que genética tem o conhecimento necessário para modificar a “matéria humana” é que se gritou por uma *ética da vida* que “opere” como “travão” face às possibilidades de agir que a ciência deu ao humano. A bioética aparece, assim, como urgência para pensar a dimensão “ética” suscitada por questões da biomedicina e, ao mesmo tempo, para estabelecer a mediação ao discurso social.

“Antes do termo bioética ter sido forjado, antes do seu objecto de estudo ter sido enunciado e da sua metodologia ter sido formulada, em suma, antes de se encontrarem reunidas as condições mínimas para a sua afirmação como um domínio específico, a sua prática era uma realidade”¹⁶¹.

Se assim é, perguntemo-nos, primeiramente, pelos motivos¹⁶² que despoletaram a necessidade de se instituírem comissões de ética. Responda-se com uma questão: Porque é que Nuremberga se tornou numa referência do direito internacional?

Sobre o título *Entrevistas de Nuremberga*¹⁶³, Leon Goldensohn, médico especializado em psiquiatria, expõe o acompanhamento, na prisão de Nuremberga, a vários dos líderes alemães retidos pelo Tribunal Militar Internacional. Fiel o testemunho, que na voz de Raphael Lemkin, nos lembrará, dia após dia, o termo de «genocídio» tradutor dos quatro *pontos de acusação*¹⁶⁴: a) crimes de guerra; b) crimes contra a humanidade; c) conspiração; d) organizações criminosas.

Lembre-mo-nos (a título exemplificativo e visual) de Sigmund Rascher, aquele que “(...) retalhava as suas vítimas ainda vivas para estudar os seus pulmões, após estarem expostas a situações de descompressão no Instituto de Aviação da Luftwaffe”¹⁶⁵. Um exemplo que consegue espelhar a necessidade da contínua revisão da Declaração de Helsínquia:

“No campo da pesquisa biomédica, deve ser feita uma distinção fundamental entre a pesquisa médica na qual o objectivo é essencialmente o diagnóstico ou a terapêutica para um paciente, e a pesquisa médica, cujo objectivo essencial é puramente científico e sem um valor directo diagnóstico ou terapêutico para a pessoa sujeita à pesquisa”¹⁶⁶.

Pode, com isto, afirmar-se não só a necessidade de fiscalização na investigação científica, mas, também, a urgência da medicina em admitir pareceres de áreas que conduzem a uma certa humanização da prática clínica¹⁶⁷, reduzindo, assim, a importância da noção risco benefício subsequente do pensamento biomédico.

¹⁶¹ Neves, M. C. P. (2007a). «Introdução: A bioética como reflexão e como prática». In, *Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana* (2ª ed., revisada e aumentada, coord., Neves, M. C. P.). Coimbra: Gráfica de Coimbra. p.34.

¹⁶² “O fim da Segunda Guerra Mundial, o Julgamento de Nuremberga e o nascimento das Nações Unidas, fizeram surgir, em 1947, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, documento fundamental da vida humana, que resultou, na sua quase totalidade, do sofrimento infligido a muitos homens, por actos agressivos, de uma investigação que pretendia ser médica e ser científica, utilizando a Humanidade, tornada aí Sub-Humanidade, para estudos ilegítimos e experiências criminosas” (Silva, J. R. da (2003). *Perspectivas da Bioética. Bioética Contemporânea III*. Lisboa: Edições Cosmos. p.71).

¹⁶³ Goldensohn, L., Gellately, R. (2006). *Entrevistas de Nuremberga* (Mouta, R., Trad., Almeida, P., Ver.). Lisboa: Tinta-Da-China.

¹⁶⁴ Cf., *Idem, ibidem*, pp.19-20.

¹⁶⁵ Cardoso, S. M., *op. cit.*, p.111.

¹⁶⁶ Associação Médica Mundial (2008). «Declaração de Helsínquia». Acedido em 15 de Outubro de 2010, em: http://ruirodrigues.net/spc_revista/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=15.

¹⁶⁷ Cf. Cardoso, S. M., *op. cit.*, pp.107-117.

Já nos anos 70¹⁶⁸, através da investigação do oncologista Van Rensselaer Potter, chega até nós a construção conceptual de “bioética”¹⁶⁹, em vista a designar “ciência da sobrevivência”¹⁷⁰, que portava, ao mesmo tempo, uma conotação ecológica apontada para os problemas ambientais nos USA. Paralelamente, em 1971, Andre Hellegers, deslocado da investigação de Potter, sugeriu uma outra distinção designada de ética biomédica.

As denominações “eram” insuficientes, permitindo-nos admitir, de um modo sintético, que a ética biomédica não poderá ser interpretada como fim em si, no sentido em que “a bioética” deverá estar *antes e para além* das relações pessoais no seio da saúde, ou seja, *antes e para além* de toda e qualquer deontologia profissional:

“Esta define-se por um conjunto de regras morais, jurídicas e administrativas de acção próprias aos membros de uma determinada profissão, enquanto a bioética pondera sobre a legitimidade moral das diferentes modalidades da acção humana sobre a vida, sem restrições. A bioética tão pouco se esgota como parte da ética, ciência dos princípios da acção, ou da moral, conjunto de normas que regulam o agir humano, precisamente porque combina em si a exigência de fundamentação do agir com o imperativo da intervenção efectiva”¹⁷¹.

O que significa dizer que a bioética pondera a “legitimidade moral”? Porquê *ética aplicada*?

Aquilo que a bioética vem exprimir a partir de um carácter anti-teórico é, justamente, a impossibilidade de se projectar um imperativo categórico¹⁷² na decisão concreta. Ora, dizer a tentativa de ponderação acerca da “legitimidade moral”, é ditar o contra senso argumentativo dentro do seio da bioética. Por sua vez, se a bioética é sempre, e à partida, anti-teórica, então, a “legitimidade moral” é apenas uma subcategorização à qual podemos corresponder a ética kantiana e, conseqüentemente, o seu imperativo categórico. Se assim for, ficamos, inevitavelmente, desferidos num objecto constituinte enquanto lei moral: “Daí o imperativo da moralidade requerer uma

¹⁶⁸ “Early bioethics, in the 1970s, was often viewed as a species of ‘applied ethics’: bioethics denoted the reflective activity of applying an ethical theory or ethical principles to the domains of the biological sciences, medicine, and health care” (Childress, F. J. (2007). «Methods in Bioethics». In, *The Oxford Handbook of Bioethics*. (ed., Steinbock, B.). New York: Oxford University Press. p.15).

¹⁶⁹ Cf. Neves, M. C. P. (2007a), *op. cit.*, pp.29-35.

¹⁷⁰ “Una scienza della sopravvivenza deve essere più che una sola scienza, ed io pertanto propongo il termine bioética per enfatizzare, di cui abbiamo tanto disperato bisogno: la conoscenza biologica ed i valori umani” (Potter, V. R., (2000). *Bioética: ponte verso il futuro* (Pinizzotto, G., present., Furnari, M. G., Russo, G., Introd.). Messina: Sicania. p.39).

¹⁷¹ Neves, M. C. P. (2007a), *op. cit.*, p.32.

¹⁷² Leia-se, a este propósito, a sistematização de Foster: “Kant identifies the following categorical imperatives: (i) act in such a way that the maxim governing your action *can be* a universal law of nature; and (ii) act in a such a way *that you can at the same time will* that the maxim governing your action can be universal law of nature” (Foster, C., *op. cit.*, p.35).

acção de cuja máxima de vontade se possa extrair o «princípio de uma legislação universal»¹⁷³.

Por contraste, o traço de um carácter anti-teórico *deveria* significar a inaceitabilidade de uma aplicação automática ao “acto de decidir”, factor este que foi, também, marco de ruptura das éticas tradicionais. É, *talvez*, por tudo isto que se tem assumido como “ pilar da bioética” uma “ética aplicada” assente na racionalização, **como se se pudesse afirmar o benefício da sistematização (uniformizada) de pensamento para a decisão do caso concreto**: «“Ética aplicada” designa então, regra geral, o procedimento de dedução dos enunciados teóricos (teorias morais, princípios) às circunstâncias práticas para a determinação do curso de acção»¹⁷⁴. Esta formulação de pensamento, além de confusa, torna-se altamente vulnerável, no sentido em que coloca a moral (como máxima de reflexão) numa visão deificada a par de um carácter altamente técnico. Se, como diz Patrão Neves, o objectivo é resolver a “dicotomia entre a teoria e a prática”¹⁷⁵, então, diga-se que a procura dessa finalidade acaba por se transformar no objectivo específico da “ética aplicada”.

E, mesmo que se concorde com a assunção de que: “(...) apenas um sistema teórico do pensamento sobre a acção, a construção de uma lógica da acção ou ciência da prática, permite a bioética alcançar um estatuto epistemológico (...)”¹⁷⁶, a questão deverá ser realçada: um sistema, por definição, não se opõe ao agir?

Partindo do pressuposto que a noção de sistema¹⁷⁷ sustenta a ideia de totalidade, o mesmo é dizer, de *corpus*, como aplicar uma teorização fechada (o sistema teórico do pensamento sobre a acção) aos casos espontâneos do quotidiano?

Poder-se-á falar de sistematização teórica a partir de 1974, na medida em que a data coincide com a institucionalização do *National Commission for the Protection on Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, da qual resultou o incontornável *Relatório de Belmont* (Ter-se-á esquecido do sucedido em Tuskegee?¹⁷⁸).

¹⁷³ Heinemann, F, *op. cit.*, p.221.

¹⁷⁴ Neves, M. C. P. (2007a), *op. cit.*, p.32.

¹⁷⁵ Cf. *Idem, ibidem*, p.33.

¹⁷⁶ *Idem, ibidem*, p.32.

¹⁷⁷ Cf. Rocha, A. S. E. da (1992). «Sistema». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol. 4). pp.1168-1178.

¹⁷⁸ Tuskegee, a experiência que permaneceu ao longo de 40 anos (1932-1972) em vista a conhecer a evolução natural da doença, sífilis, sem intervenção terapêutica. Foram violados, pelo Serviço Nacional de Saúde Pública dos E.U.A., 600 cidadãos (negros) da cidade de Alabama que, além de desconhecerem os motivos da experiência, nada sabiam a propósito do seu estado de saúde ou doença (201 cidadãos não padeciam de sífilis). A experiência não foi suspensa apesar da existência de fármacos

À semelhança do Juramento de Nuremberga, onde se destaca a sua índole jurídica, o Relatório de Belmont torna saliente a propensão ética:

«No cumprimento do objectivo que presidiu à criação daquela comissão Nacional, o “Relatório de Belmont” propõe três princípios éticos (Basic ethical principles), fundamentados na moral comum: o “respeito pelas pessoas”, a “beneficência” e a “justiça”»¹⁷⁹.

O primeiro princípio, o “respeito pela pessoa”, envolve uma noção de autonomia humana e respectiva protecção em caso de “capacitação” reduzida: “ Neste sentido, e tal como é explicado no Relatório, este princípio enuncia duas exigências morais: a do reconhecimento da autonomia da generalidade dos indivíduos e a de proteger aqueles que possuem uma autonomia diminuída”¹⁸⁰.

O segundo princípio, a “beneficência”, inscreve a indispensável validação de decisão pessoal e a sua protecção perante o dano, motivando, simultaneamente, uma acção que prevalece à obrigação. Assim, a discussão entre a edificação de uma ética deontológica (orientada por princípios) e a formulação de uma ética teológica (guiada por virtudes) adquire, neste princípio, um carácter mais controverso pelo confronto entre “a virtude” e “a obrigação”:

“(…) o relatório de Belmont prossegue afirmando que entende a “beneficência” com um sentido mais forte do que o de “virtude”; toma-a como “obrigação” – daí ser enunciada como um princípio. O estatuto de “princípio” ou de “virtude” não é obviamente indiferente (...): os princípios exprimem uma obrigatoriedade da acção; as virtudes, apenas uma disposição para agir segundo uma determinada orientação”¹⁸¹.

Por fim, o terceiro princípio, a “justiça”, não enuncia mais do que uma igual repartição dos benefícios nas suas quatro modalidades: *libertária; utilitária; maximalista e igualitária*.

Poder-se-á reconhecer, de modo análogo, a repercussão da teorização anterior na obra *Principles of Biomedical Ethics*¹⁸², não só porque Beauchamp é, também, um participante (redactor) do *Relatório de Belmont* mas, também, porque nos deixa um minucioso esforço de estabelecer uma sequenciação da teoria para a prática clínica.

activos e só culminou com a publicação da reportagem de Jean Heller (26.07.72) no New York Times (Cf., Cardoso, S. M., *op. cit.*, pp.107-108).

¹⁷⁹ Neves, M. C. P. (2007b). «A teorização da bioética». In, *Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana* (2ª ed., revisada e aumentada, coord., Neves, M. C. P.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.p.39.

¹⁸⁰ *Idem, ibidem*, p.40.

¹⁸¹ *Idem, ibidem*, pp.40-41.

¹⁸² Beauchamp, T.L., Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5th edn.). Oxford: Oxford University Press.

De um modo amplo e resumido, Beauchamp e Childress desenvolvem, de modo sistemático, quatro princípios¹⁸³: a) “respeito pela autonomia”; b) “não-maleficência”; c) “beneficência”; d) “justiça”; os quais acabaram por modelar o designado: *principalismo*.

Quanto ao “respeito pela autonomia”, modelado ainda pela moralidade kantiana, postula-se a auto-determinação comum a todas as pessoas e “outras regras morais específicas”¹⁸⁴:

“To respect an autonomous agent is, at a minimum, to acknowledge that person’s right to hold views, to make choices, and to take actions based on personal values and beliefs. Such respect involves respect ful *action*, not merely a respect ful attitude. It also requires more than noninterference in others’ personal affairs. It includes, at least in some contexts, obligations to build up or maintain others’ capacities for autonomous choice while helping to allay fears and others conditions that destroy or disrupt their autonomous actions”¹⁸⁵.

No que respeita ao princípio da “não-maleficência”¹⁸⁶: “(...) determina o não infligir de qualquer mal e dele decorre a regra da fidelidade, entendida como a obrigatoriedade de manter as promessas e, a limite, de se manter fiel à promessa de procurar sempre o bem do doente”¹⁸⁷.

Num terceiro momento, o “princípio da beneficência” é-nos introduzido como uma acção obrigatória que beneficie/ajude os outros:

“Beneficence refers to an action done to benefit others; benevolence refers to the character trait or virtue of being disposed to act for the benefit of others; and principle of beneficence refers to the character trait or virtue of being disposed to act for the benefit of the others; and principle of beneficence refers to a moral obligation to act for the benefit of others. Many acts of beneficence are not obligatory, but a principle of a beneficence, in our usage, establishes an obligation to help others further their important and legitimate interests”¹⁸⁸.

Finalmente, o quarto e último princípio, a “justiça”. Ora, não seria justa, a análise que de “igualdade” não falasse. Admitem-se as diferenças sob o modo de privacidade. Os modelos igualitário; comunitário; libertário e utilitário são pontos de partida (teóricos) para a assunção máxima de que: “No single principle can address all problems of justice”¹⁸⁹.

¹⁸³ Cf. *Idem, ibidem*, pp.57-282.

¹⁸⁴ Cf., *Idem, ibidem*, p.65.

¹⁸⁵ *Idem, ibidem*, p.63.

¹⁸⁶ Dever-se-ia explorar a referência sobre a discussão do princípio de “duplo-efeito” (*rule of double effect – RDE*) a propósito da intencionalidade da acção (Cf. *Idem, ibidem*, pp.128-132).

¹⁸⁷ Neves, M. C. P. (2007b), *op. cit.*, p.43.

¹⁸⁸ Beauchamp, T.L., Childress, J. F., *op. cit.*, p.166.

¹⁸⁹ *Idem, ibidem*, p.227.

“A necessidade da teorização da prática bioética não deixou de se intensificar à medida que a biomedicina ia convertendo a ficção em realidade e o sucesso de *Principles of Biomedical Ethics* veio incentivar outros académicos pioneiros da bioética a desenvolverem também modelos teóricos regulamentados da prática, tendencialmente atentos e valorizados de aspectos subestimados ou negligenciados por Beauchamp e Childress”¹⁹⁰.

Dito isto, e dada a vasta publicação contemporânea, salienta-se a interessante e actual proposta de Irina Pollard, sob o título *Bioscience Ethics*, que não só não cai na tentação de excluir análises apriorísticas, como não bane nenhum “arquétipo” de bioética. Se, por um lado, apela para a ponderação “ética” face à aplicação tecnológica, por outro, reclama por uma reflexão filosófica e/ou teológica, tendo presente:

“Bioethics refers literally to ‘life ethics’ and grew out of a vast scholarly literature which had accumulated over centuries in the philosophical and theological traditions. The ever-present risk is that in the process of bioethical/philosophical discourse, crucial scientific knowledge may be inadvertently left out, misunderstood, distorted or subsequently lost because, clearly, speed of change is not of the essence when formulating and justifying human values. To illustrate – compare the discussion of a specific ethical issue such as stem cell research in, for example, a medical journal, a theology journal and a philosophy journal, and note the strikingly different processes of ethical argument. These differences present real barriers to the individual who is concerned with influencing practical decisions, to decide how bioethics should be applied, or even whether it should be applied at all. These differences also present real problems in national politics where questions of how much consensus must exist on an ethical principle before its enforcement becomes a responsibility of the state”¹⁹¹.

¹⁹⁰ Neves, M. C. P. (2007b), *op. cit.*, p.47.

¹⁹¹ Pollard, I. (2009). *Bioscience Ethics*. New York: Cambridge University Press. p.3.

Entre a saúde e a doença: a velha-nova vulnerabilidade de um «sofrer embrutecedor»¹⁹²

“Está de facto em questão repensar o **humano** em ruptura com a ontologia (tida como pré e anti-humana) do ser **perseverando no ser (conatus essendi)** ou mesmo como **desvelamento aletheiológico** de verdade, graças à prioridade acordada ao **outro**, ao **outro homem**, na sua alteridade irreduzível. Irreduzível, ab-soluta ou incomensurável em razão de nele, na nudez expressiva do seu rosto, se revelar a transcendência. A transcendência **da** alteridade, a transcendência **como** alteridade – uma **transcendência ética**, justamente”¹⁹³.

Recuperando a discussão adiantada no desfecho do primeiro subcapítulo (do segundo capítulo), e dando aqui a pensar a saída da a(s) Filosofia(s) tradicional(ais), no sentido em que pensa(m) a existência do seu próprio *projecto*, seremos exortados a reconhecer o carácter hiperbólico da “ética” levinasiana¹⁹⁴, acolhendo a transição de um movimento de diferença entre o pensamento “*de...*” (tradutor de uma certa intencionalidade¹⁹⁵/ autonomia) e, agora, o pensamento “*para...*” (a palavra do *des-inter-essamento*¹⁹⁶). Esta translação (também com os seus limites) irá traduzir uma concepção *metateórica* que se demarca de um *logos* soberano (referido anteriormente), abrindo espaço a *um* pensamento do excesso que visa tornar possível pensar um motivo impossível, a saber, o *sofrimento*. Aquele que traz consigo a velha-nova *vulnerabilidade* do “existir” em forma de espanto pela ruptura de um “projecto” que se afigura enquanto saúde, gritando, ao mesmo tempo, pelo repensar de princípios da filosofia tradicional de modo a re-introduzir o *cuidado*¹⁹⁷ na “estrutura” da saúde. O esquecimento da

¹⁹² Relembremo-nos, a propósito da proximidade do pensamento levinasiano, de uma alegoria de Blanchot: “Não falo do ante-gosto da morte que é um impulso e muitas vezes desagradável. Sofrer é embrutecedor” (Blanchot, M. (1981). *A Loucura do Dia* (de Carvalho, S., Trad.). Lisboa: Quatro Elementos. p.3).

¹⁹³ Bernardo, F. (2003). «Nota de Apresentação». In, *Deus, a Morte e o Tempo* (ed., Levinas, E., Bernardo, F., Trad., Rolland, J., Adv., Posf.). Coimbra: Almedina. pp.11-12. (Por uma questão de formatação, as palavras que haviam sido salientadas pela autora em estilo de itálico, passam a negrito).

¹⁹⁴ “The *paradox* here is that what this ethical language seeks to thematize is by definition unthematizable: it is a conception of the subject constituted in a relation to alterity that is irreducible to ontology, that is, irreducible to thematization or conceptuality. Levinas’s work is a *phenomenology of the unphenomenologizable*, or what he calls the order of the enigma in distinction from that of the phenomenon” (Critchley, S. (2002). «The Original Traumatism. Levinas and Psychoanalysis». In, *Questioning Ethics: Contemporary debates in philosophy* (ed., Kearney, R., Dooley, M.). London: Routledge. p.231).

¹⁹⁵ Uma intencionalidade como sinónimo da *correlação noético-noemática* husserliana, dirigindo-se ao mundo como o emergir da consciência como a realidade ontológica, portanto, sempre enquanto “*consciência de*”, ou seja, enquanto consciência que porta de um juízo intencional, o mesmo é dizer, uma auto-consciência constituinte.

¹⁹⁶ “Cette déposition de la souveraineté par le *moi*, c’est la relation sociale avec autrui, la relation dès-inter-essée. Je l’écris en trois mots pour souligner la sortie de l’être qu’elle signifie ” (Levinas, E. (2009). *Éthique et Infini* (15 ed.). Paris: Fata Morgana. p.42).

¹⁹⁷ Ouça-se o dizer de Michael Slotte que, a propósito de uma ética do *cuidado*, nos dá a ler a inquietação de Nel Noddings. Uma referência a pensar um *cuidado* teórico/prático através da “expressão”

enunciação anterior, contextualizada contemporaneamente, tem de lembrar ao sujeito do movimento biomédico que o doente tem um *rostos*¹⁹⁸:

“O modo como o Outro se apresenta, ultrapassando *a ideia do Outro em mim*, chamamo-lo, de facto, rosto. Esta *maneira* não consiste em figurar como tema sob o meu olhar, em expor-se como um conjunto de qualidades que formam uma imagem. O rosto de Outrem destrói em cada instante e ultrapassa a imagem plástica que ele me deixa, a ideia à minha medida e à medida do seu *ideatum* – a ideia adequada. Não se manifesta por essas qualidades mas *καθ' αὐτο*. Exprime-se”¹⁹⁹.

Por sua vez, esta premissa, de que “o doente” tem um *rostos*, permitir-nos-á perguntar, *diferentemente*, pela “importância” da bioética no espaço público, evidenciando que a “ética” *tem* de se colocar de outro modo ecoando-nos, ao mesmo tempo, que: “A crise ética da Saúde é profunda”²⁰⁰. Se assim é, a incomensurabilidade das questões co-implicadas na assunção anterior não podem cingir-se a uma descrição deontológica e/ou consequencialista que acaba por consentir o próprio desvio da reflexão “ética”. A “reabilitação” da “ética” (por Lévinas) como *filosofia primeira*, a partir do “outro”, sabe, antemão, que tem de conhecer o «pobre»; o «estrangeiro»; a «viúva»; o «órfão». Uma urgência, um *cuidado* que resulta de uma indiferença sem rosto.

A atenção ao periclito precedente, assume, aqui, uma jornada pelo pensamento levinasiano sabendo, de modo prévio, que se ocupa do «humano enquanto humano»²⁰¹. Ou seja, uma “ética” que transporta, ainda, um humanismo inerente (também antropocêntrico), embebido por uma interpretação judaica²⁰² da “ética”, re-pensando/

da acção (uma *acção deslocada* do seu próprio *interesse*), supondo que: “(...) we should not only be concerned about the wellbeing of those with whom we already stand in intimate, caring relationships, but should also try to extend the circle of such caring to include strangers and people we don't (yet) know. Her ethics of care recommends and/or requires the creation, building, and sustaining of caring relations or relationships” (Slote, M. (2007). *The Ethics of Care and Empathy*. New York: Routledge. p.11).

¹⁹⁸ Intrínseca referência a: “Totality and Infinity (1961), subtitled An Essay on Exteriority, is the first of Levinas's two most famous and sustained texts. Placing the terms of the title initially in opposition to one another, Levinas advances an explicit critique of the whole of Western philosophy based on ontology, which he sees as having an inherent tendency to generate totalizing concepts of being” (Hand, S. (2008). *Emmanuel Levinas (Routledge Critical Thinkers)*. London: Routledge. p.36).

¹⁹⁹ Levinas, E. (2008b). *Totalidade e Infinito: Ensaio sobre a Exterioridade* (Ribeiro, J. P., Trad.). Lisboa: Edições 70. p.38.

²⁰⁰ Moreira, P. K. (2007). *Políticas de Saúde. Ensaio para um Debate Nacional*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. p.138.

²⁰¹ “Je décris l'éthique, c'est l'humain en tant qu'humain” (Levinas, E. (1999). *Entre Nous. Essais sur le pense-à-l'autre*. Paris: Bernard Grasset. p.127).

²⁰² “Levinas was a philosopher *and* a Jew, a point underlined by the fact that his philosophical work and his Talmudic readings even appear with different French publishers. Because Levinas was a practising Jew, and wrote extensive Talmudic interpretations, as well as being a skilled commentator on Jewish affairs in France and Israel, he exercises careful discretion about his Judaism when speaking as a philosopher. It is a discretion that is only surpassed by the economy of his remarks about the *Shoah*.”

However, that said, Levinas's declared philosophical ambition was no less than the translation of the Bible into Greek. What he meant by this was the rendering of the ethical message of Judaism into the

re-trançando, *diferentemente*, a tradição *ético-filosófica*, como aliás se pode entender através da adoção da sinonímia entre “Santidade”²⁰³ e “Ética”²⁰⁴:

“A *ética* segundo Lévinas é pois esta *vocação da santidade*. Uma vocação que significa duas coisas: *e* a incondicional prioridade acordada ao outro como outro, isto é, como *separado* ou *santo*, como alteridade absoluta, *e* a relação anárquica, dissimétrica e infinita ou hiperbolicamente responsável a entretecer com ele”²⁰⁵.

Abraça, assim, o reconhecimento da “alteridade” como primazia, o qual manifesta experiência dissimétrica²⁰⁶ entre o “eu” e o “outro” que resulta num “absurdo ontológico”. Lembremo-nos da resposta de Lévinas à questão de Bertrand Révillon:

“Qu’est-ce que l’éthique?”

C’est la reconnaissance de la «sainteté». Je m’explique : le trait fondamental de l’être est la préoccupation que tout être particulier a de son être même. Les plantes, les animaux, l’ensemble des vivants s’accrochent à leur existence. Pour chacun, c’est la lutte pour la vie. Et la matière dans son essentielle dureté n’est-elle pas fermeture et choc ? Et voilà dans l’humain l’apparition possible d’une absurdité ontologique : le souci d’autrui l’emportant sur le souci de soi. C’est cela que j’appelle «sainteté». Notre humanité consiste à pouvoir reconnaître cette priorité de l’outre”²⁰⁷.

De certo modo, este *cuidado*, “intérprete” do re-pensar da “eticidade da ética”, aproxima-nos de uma “noção” de “ética” que entoa a atenção ou reconhecimento da “*Lei das Leis*”. Ou seja, prenuncia a “lei do outro” fora de todo e qualquer fundamentalismo, afastando, assim, a possibilidade de uma “ética” normativa (no seu

language of philosophy. But what is essential here is the act of translation: philosophy speaks Greek in the sense in which the great discovery of Greek philosophy is the primacy of reason, universality, evidence and argument”. (Critchley, S. (2004). «Introduction». In, *The Cambridge Companion to LEVINAS* (ed., Critchley, S., Bernasconi, R.). Cambridge: Cambridge University Press. pp.22).

²⁰³ O sentido que se propõe para a leitura desta sinonímia nada tem que ver com o afigurar do humano enquanto santo. Leia-se: “Responsabilité pour autrui, le pour-l’autre «dès-intéressé» de la sainteté est reconnue par tout être humain comme valeur et que cette reconnaissance définit l’humain” (Levinas, E. (2008a). *Altérité et transcendance* (2ªed., Hayat, P., Pref.). Paris: Fata Morgana. p.173).

²⁰⁴ “Ethics presupposes saintliness not as an ‘accomplishment’, but as a ‘value’. In other words, I can always act in such away so that I respond to other by giving ethical priority to his life and to the suffering that he endures”. (Bernasconi, R. J. (2004). «Evil and the temptation of theodicy». In, *The Cambridge Companion to LEVINAS*. (ed., Critchley, S., Bernasconi, R.). Cambridge: Cambridge University Press. p.264).

²⁰⁵ Bernardo, F. (2003), *op. cit.*, p.18.

²⁰⁶ Intrínseca, a relação de responsabilidade dita por Martin Buber : “Dans l’amour, un *Je* prend la responsabilité d’un *Tu*; en cela consiste l’égalité entre ceux qui aiment, égalité qui ne saurait résider dans un sentiment quel qu’il soit, égalité qui va du plus petit au plus grand, du plus heureux et du mieux assuré, de celui dont la vie entière est enclose dans celle d’un être inique et aimé, jusqu’à celui qui est toute sa vie crucifié sur croix de ce monde, pour avoir pu et osé cette chose inouïe: *aimer les hommes*” (Buber, M. (1981). *Je et Tu*. Paris: Editions Aubier-Montaigne. p.35). Clara demarcação de um perfil egocêntrico, mas, ainda, *tímida* (no dizer levinasiano) pela proposta de *reciprocidade*, podendo, em deterimento disso, ficar situada no nível do “*inter-esse*”. (Leia-se: Brito, J. H. S. de (1991). «Lévinas Emmanuel». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.3). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. pp.316-320).

²⁰⁷ Levinas, E. (1994). «De L’Utilité des Insomnies». *Les Imprévus de L’Histoire* (Hayat, P., Pref.). Paris: Fata Morgana. pp.178-179.

sentido de *ethos*) ou, de uma outra forma, situa-nos face a uma “ética” da *inquiétude*, descerrando uma *incondicionalidade* do “eu” ao “outro” ou, doutro modo, do *eu-Outro* ou, ainda, *ser-para-o-outro*:

«A relação ética é, com efeito, de sentido único: vai do eu para o outro por sob a interpelação deste. É este que, pela sua primazia, apela. Interpela. Intima. Obriga. E, sujeito à interpelação imperativa e obsessiva deste, sofrendo-a pacientemente, por ela anarquicamente afectado, o eu está desde sempre, desde antes dele mesmo, quer dizer, desde antes dele mesmo como Eu-Mesmo, in-finitamente obrigado a responder, respondendo-lhe “sim, eis-me aqui”»²⁰⁸.

E mesmo depois da reinterpretação heideggeriana de um *ethos* autonómico, em que deixa de significar “bons costumes” para significar o modo do homem habitar no mundo; a “ética” *heteroautonómica*, aquela que permite pensar a *subjectividade do próprio sujeito* (do «humano enquanto humano»), parece não estar suficientemente “inteligível” para ditar que a palavra “ética” deve surgir como primeiro motivo de reflexão.

De modo subsequente, o contínuo desprezo pela atenção à *singularidade* do “absolutamente outro” tenta dissimular aquilo que se compreende sem esforços, a saber, que a *relação heteroautonómica* manifesta a inversão da ontologia. Por outras palavras, e como excepcionalmente nos confessou Jacques Derrida, pensar o “outro” a partir do “outro” é o traço que *desconstrói* a ocidentalidade filosófica:

“(…) le retentissement de cette pensée aura chagré le cours de réflexion sur la philosophie que de notre temps, et de la réflexion sur de la responsabilité, de la justice, de l’État, etc., à une autre pensée de l’autre, à une pensée plus neuve que tout de nouveautés parce qu’elles s’ordonne à l’ontologie, d l’État ou de la politique, mais l’éthique aussi au-delà de l’éthique”²⁰⁹.

Ética antes e para além da ética, na medida em que nos dá a pensar um novo ponto de partida, ou seja, a *exterioridade do mundo* – aquela que parte de um “outro” absoluto (secreto/separado), o mesmo é dizer, que parte de um *rostro* que se *kath’auto* (auto exprime), re-traçando a sua excepcionalidade enquanto “primazia ética”, também, no *cuidado* da “estrutura” da saúde: **um cuidado que também se *kath’auto***. Ou seja, um *cuidado* não condizente com a «preocupação» heideggeriana²¹⁰ assente na dupla análise da exposição *boa* ou *má* (aquela que deixa o “outro” na solidão).

²⁰⁸ Bernardo, F. (2003), *op. cit.*, p.23.

²⁰⁹ Derrida, J. (1997). *Adieu à Emmanuel Lévinas*. Paris: Éditions Galilée. pp.14-15.

²¹⁰ Intrínseca, a demarcação do projecto de elaboração de uma ontologia fundamental de Heidegger e, consequentemente, do *dasein* (“ser-aí”). Para que não seja apenas uma tradução do termo *dasein* salientam-se os seguintes aspectos: a) Se partirmos do princípio que o *dasein* tem na sua constituição uma compreensão de si mesmo, então, tem uma pré-compreensão ontológica. No entanto, deve atentar-se no facto de que o *dasein* tem por costume perceber o seu próprio ser a partir do ente com

Diferentemente, a relação levinasiana: *face-a-face* – traz consigo, como “condição de possibilidade” (paradoxal), a inevitabilidade de não-pensar/ não-ressentir as condições da própria exposição face a uma *preocupação* constante: “This is precisely the ethical response that recognizes that the otherness of the other can never be comprehended, that I am infinitely responsible for the other person whose suffering is ethically more important to me than my own suffering”²¹¹. Assim, a intolerância pela reciprocidade garante, também, o *cuidado* que re-veste a saúde, na medida em que nada sabemos a propósito da visão que o “outro” tem do *sofrimento* do “eu”, ou por outra, este “eu” não pode esperar uma mutualidade face à responsabilidade que o “outro” mantém (incondicionalmente) por “si”. Ora, lançados numa falta de sentido paradoxal *do* sofrimento, somos encorajados a perguntar: A não possibilidade de se falar de um “eu” consciente da dor²¹² convocar-nos-á a falar de uma certa submissão ao submeter-se?

A significação deste enunciado manifesta a *dimensão ético-traumática* na constituição da subjectividade que é, ao mesmo tempo, reveladora de um sujeito *pático* que trans-porta/co-responde o/ao “outro”. Esta dupla relação (de trans-porte e co-respondência) assinala um desvio necessário entre: a) o sofrimento *do* “outro” (a primazia incondicional); b) o sofrimento do “outro” num “eu” que se veste de *compaixão* pelo seu sofrimento. Pode, então, dizer-se que se trata de um desvio

o qual se relaciona, ou seja, o “mundo”; b) Um “mundo” entendido como a totalidade que funda uma estrutura essencial que constitui o *dasein*. Permite-nos, assim, pensar que o “mundo” é tudo o que não é o *dasein* e, este, compreende-se a partir do “mundo” e, não, a partir de si próprio como parecia primeiramente. Ou seja, o *dasein* é onticamente o mais próximo de si, ontologicamente o mais afastado de si, no sentido em que está “virado” para o mundo, mas, no entanto, pré-ontologicamente nunca é um estranho para si próprio; c) O *dasein* traduz o ente cujo modo de ser consiste precisamente em compreender o ser. É, sob esta assunção, que o homem constrói o seu modo de ser: no próprio *dasein*. Há, portanto, uma existência (*Existenz*), ou seja, um modo de ser do *dasein* e não uma estrutura ideal da qual participa. Neste sentido, a existência entende-se como um modo de ser que encontra realização num modo fáctico, o mesmo é dizer, que se realiza em determinado modo de existir (*Existieren*). Repare-se, se a existência é um modo de ser do *dasein* que se dá num determinado “modus” deve traçar-se a distinção e entre: análise existencial (*existenziale analyse*) e análise existenciária (*Existenzielle Analyse*); d) A dupla distinção permite a remissão da análise da estrutura ontológica do *dasein* (a análise existencial), para o seu fundamento fáctico, ou seja, para a análise existenciária. Neste sentido, a existência do *dasein* dá-se, sempre e à partida, facticamente num determinado modo de existir, sendo que, a sua constituição ontológica, pressupõe um acesso ôntico ao seu modo fáctico de ser habitual e quotidiano. Logo, o que designa o modo como facticamente o *dasein* é à partida e quase sempre (*Zunächst Und Zumeist*) é o próprio conceito de quotidianidade (*Allfälligkeit*). Cf. Heidegger, M. (2006). *Ser e Tempo* (Schuback, M. S. C., Trad. Rev., Leão, E. C., Posf.) Bragança Paulista: Editora Vozes. pp.1-65.

²¹¹ Bernasconi, R. J., *op. cit.*, p.261.

²¹² Esta intolerância pela reciprocidade, esta impossibilidade de se falar de um “eu” consciente da dor, opõe-se não só à filosofia ocidental mas, também, a uma teologia (a problemática da teodiceia) centradas, claramente, na procura de justificação racional para o “mal” da dor: “In short, theodicy, in its theological or secular forms, is nothing but the temptation to find some sort of ‘justification,’ ‘some way to ‘reconcile’ ourselves to useless unbearable suffering” (*Idem, ibidem*, p.255).

indeclinável, trespassado pelo sofrimento do “outro” acima da *compaixão* do “eu”, que pode “ler-se” como uma dor do “eu” pela dor do “outro”, sofrendo *no* sofrimento do “outro” o próprio sofrimento *do* “outro”.

Ao mesmo tempo assinala-se uma não reciprocidade a invadir o *sofrimento* como modo de existência anónima, significando a traição da autonomia ou, doutro modo, a interrupção (pelo relacionamento *face-a-face*) de um “eu” auto-determinante.

Todavia, se por um lado o *sofrimento* se torna significativo através da responsabilidade pelo *sofrimento do “outro”*, por outro, dita a impossibilidade de assumir o lugar do “outro” sofredor²¹³. *Talvez* um perfil aporético que esboça um momento de ruptura com o instante da existência que, por sua vez, traceja uma vertente sensorial inscrita no sofrimento físico como uma *ausência de qualquer refúgio*²¹⁴.

Diga-se, portanto, a *impossibilidade de matar*, a defesa de um valor inscrito na singularidade do *rosto*²¹⁵ e, ao mesmo tempo, a *possibilidade* (pela resposta incondicional) de “justiça”:

“It is respect as justice that is not respect and justice defined solely in terms of the moral law, but respect for the singular other human being, the person who is more than a case subsumed under the universality of that law”²¹⁶.

Passamos, portanto, de uma indiferença sem rosto (referida inicialmente) a uma *diferença* em cada *rosto*, aquela que reclama a **velha nova vulnerabilidade de um «sofrer embrutecedor»**, aquela que pergunta pelo «pobre»; pelo «estrangeiro»; pelo

²¹³ “Part of the difference here is that Levinas’s conception of the other is quite different from Heidegger’s. Being, for Heidegger, is being-with-others; but as his discussion of death indicates, others are nevertheless excluded from what is most authentically my own. They accompany me and share my world, but not to the extent that they intrude into my most authentic being-for-death. For Levinas, contrarily, the relationship with the other plays a constitutive role in my existence, so there is no aspect of my experience or my possibilities in which it does not participate. No exclusion of the other from my own-most possibilities is conceivable. For Heidegger, the dead other is no longer with us; for Levinas the other is always with us, and because the other is also someone who is susceptible to death, the other is always with us as actually or potentially dead.

Therefore, in this account, death is, after all, a relation with the other. Because I am invested with responsibility for the other, the death of the other is necessarily my affair. Just as the living other made me who I am, then so does the other after its death. Levinas describes the self as the survivor of the death of the other, and in so far as it is a survivor, it continues to be determined by its relationship with the deceased” (Davis, C. (2004). «Can the Dead Speak to Us? De Man, Levinas and Agamben». *Culture, Theory & Critique*. 45(1), p.81).

²¹⁴ “In suffering there is an absence of all refuge” (Levinas, E. (1987). *Time and Other* (Cohen, R. A., Trad.).USA: Duquesne University Press. p.69).

²¹⁵ “Mais la relation au visage est d’emblée éthique. Le visage est ce qu’on ne peut tuer, ou du moins ce dont le *sens* consiste à dire: «Tu ne tueras point». Le meurtre, il est vrai, est un fait banal: on peut tuer autrui; l’exigence éthique n’est pas une nécessité ontologique. L’interdiction de tuer ne rend pas le meurtre impossible, meme si l’autorité de l’interdite se maintient dans la mauvaise conscience du mal accompli – malignité du mal” (Levinas, E. (2009), *op.cit.*, p.81).

²¹⁶ Llewelyn, J. (2000). *The Hypocritical Imagination. Between Kant and Levinas*. London: Routledge. p.163.

«órfão» e pela «viúva». É esta mesma *diferença* que pergunta e, ao contrário da interpretação de Rudi Vissker:

“All the examples Levinas gives seem to resort to the category of “help” (the orphan, the homeless, the hungry, the naked), and his conceptualization of the Other, based on these examples, seems to leave no room for the lack of clarity involved in the problem of appreciation and recognition”²¹⁷,

não se trata de uma “conceptualização do Outro” de uma “categoria de ajuda”! Em causa está a questão da *fraternidade*, do *terceiro*, de uma outra *face* (do «órfão»; do «pobre»; da «viúva»; do «estrangeiro»), de uns *olhos que nos falam e nos comandam*, não enquanto *escravos*, mas enquanto “condição de possibilidade” de uma *linguagem justa*:

“O olhar que suplica e exige – que só pode suplicar porque exige – privado de tudo porque tendo direito a tudo e se reconhece dando (tal como «se põem as coisas em questão dando» - esse olhar é precisamente a epifania do rosto como rosto. A nudez do rosto é penúria. Reconhecer outrem é reconhecer uma fome. Reconhecer Outrem – é dar. Mas é dar ao mestre, ao senhor, àquele que se aborda como «o senhor» numa dimensão de altura”²¹⁸.

²¹⁷ Vissker, R. (2004). *The Inhuman Condition. Looking for Difference after Levinas and Heidegger*. London: Kluwer Academic Publishers. p.178.

²¹⁸ Levinas, E. (2008b), *op. cit.*, p.65.

Considerações Finais

Desde a referida manifestação dos “povos sem escrita” que se falou de uma “ausência de saúde” sentida por prejuízos, ferimentos, traumas. A descrição, acompanhada por evoluções de espécie e conseqüente modificação “do” modelo de percepção em torno da ausência de saúde, deu origem a crenças emocionais e religiosas que se movimentaram de um enquadramento de percepção singular para a percepção social simbólica. Ainda, numa sombria racionalidade de crenças primitivas e considerações naturalistas, a questão enunciou-se: considerando o panorama multissecular - desde a magia à prática médica nos moldes em que a conhecemos - será que a evolução histórico - científica em torno do conceito de “saúde” permitiu o aniquilamento de noções anteriores?

O remontar a civilizações indígenas atestaram (atestam) um sector racional e um sector irredutivelmente mágico que, através da referida ruptura entre um “racional” e um “simbólico”, impediu e impede pensar a percepção de saúde como um fenómeno disforme, negando, claramente, a possibilidade de “avaliação” (nas medicinas primitivas) do que é “racional” e “irracional”. Pretendeu-se, porém, dar a ler um esquecimento do conhecimento simbólico e, conseqüente, desvalorização do mito na sociedade. Diga-se, um esquecimento opressor da figuração mitológica e sobrenatural, necessária na transição do inconsciente ao consciente. Figuração necessária para que o símbolo fale entre o conhecimento indirecto/ausente, para que se desvele a inadequação entre um símbolo e simbolizado, também esta útil, na *re-mediação* entre a natureza e a cultura.

A precedente interferência manifesta, pois, a orientação regressiva e progressiva nas várias concepções de saúde, ou não tivéssemos presente, ainda, as problemáticas do fetichismo, da religião, dos cultos e da magia, envolvendo sistemas religiosos e manipulações, bem ou mal conseguidas, por “intermediários”.

Mesmo não tendo sido “aniquilada” uma certa acepção mágica/simbólica na continuidade da percepção da saúde, edificaram-se outras orientações de enraizamento médico, a naturalista e a racionalista, que continuaram a multiplicar as noções de saúde a par da evolução histórica. Ao mesmo tempo, se por um lado tínhamos a implicação filosófica e, por outro, o encadeamento da fisiologia, aquilo que se desenvolveu foi uma noção de saúde, dir-se-á, mecânica, própria de uma evolução para o modelo biomédico.

Na sequência de várias falhas sentidas por uma Revolução Francesa e de uma institucionalização da noção de saúde como Direito Humano, enquadra-se a percepção de saúde num rol político, fixada por uma definição mundial à luz de critérios objectivos e estáticos. Ter-se-ão aniquilado noções anteriores? Ter-se-á ditado uma única definição de saúde?

Não, de facto as noções/percepções continuaram a “reproduzir-se”, talvez pela própria imposição padronizada. Às interpretações que já existiam da própria evolução histórico-científica, acrescentaram-se os problemas do que será *natural, funcional, normativo, objectivista, construtivista*, etc., levantando, de modo pertinente, as seguintes questões: Será que as várias terminologias/ conceitos se tornam reveladoras de um papel inibidor para a própria saúde? Será que a introdução do conceito de saúde como um Direito Humano não terá sido a origem da tensão entre a própria evolução do conceito de saúde e a aporia contemporânea da saúde pública?

O aparecimento de uma noção de saúde política, enquanto bem de produção, cria uma outra entidade abstracta, um percepção de saúde em segunda mão, ou seja, pelas mãos do estado, afirmando um cuidado social, declarando, pois, uma noção de saúde enquanto política de saúde pública. A percepção de saúde passa, portanto, das suas várias acepções singulares (que persistem), a uma imposição padronizada por uma entidade abstracta social e, ao mesmo tempo, económica. Presente o cruzamento de análises dicotómicas entre o subjectivo e objectivo a fomentar a disposição mista, biológica ou médica, traduzindo a noção aporética na saúde pública e uma das mais devastadoras consequências: o esquecimento/estrangulamento de um “horizonte estrutural”. Um “horizonte estrutural” que significa a solidão dos “povos sem escrita”, o abandono de tudo quanto herdámos sob uma enigmática caixa de Pandora, o apagar de traços ininterruptos de cada singularidade, de cada *rosto*.

Consequência lógica, a descentralização do sujeito que nos levou a perguntar: Como é que a própria saúde se tornou num problema de saúde pública?

A resposta seria previsível face ao sufoco do “horizonte estrutural”, perante uma descentralização do sujeito, diante de uma não resposta da medicina convencional que se silencia, de vez a vez, sem evidenciar que o desenvolvimento contemporâneo da medicina não deveria permitir a visualização da percepção de saúde como uniforme nem inequívoca. E, talvez por um clima de desconfiança ou inacessibilidade, as medicinas alternativas continuam a provocar (junto da sociedade), diariamente, o remontar a noções primitivas de saúde, justamente porque, não tendo sido ultrapassadas

noções primitivas de saúde, abriu-se espaço a diversas “medicinas complementares”/“artes de curar” que, mesmo não fazendo parte da medicina convencional, continuam a ter elevado impacto em medidas de saúde pública. E, não tem de ser, necessariamente, um aspecto negativo. Dever-se-á dizer, de modo claro, que a institucionalização do termo «medicina complementar» (nas suas várias acepções) foge, também, da designada acusação de «arte de curar», bebendo, precisamente, da mesma taça que a medicina convencional, esbanjando, por isto, um carácter aporético da saúde pública através de um auto-problema.

Não é um problema qualquer, o uso/ a prática de medicina convencional a par de medicina complementar segue, muitas das vezes, uma visão holística que, em última análise, vem apenas reafirmar a máxima socrática de um «conhece-te a ti mesmo». Ora, do ponto de vista *ético-filosófico*, “o” conceito de saúde continua a portar um egocentrismo inerente, um espectro aristotélico que é, ao mesmo tempo, a desatenção ao “absolutamente outro”.

Se, para os mais críticos, esta *desatenção* continua a não ser mais do que um pequeno, breve e insignificante jogo de palavras, então, assumo-se que o percurso entre os seguintes momentos: a) ideologia; b) autonomia; c) técnica; d) poder; e) manipulação; f) incerteza; quanto à condição de possibilidade das “extensões” do *cuidar* representa a g) instabilidade/ desproporcionalidade dos/nos cuidados de saúde, validando a seguinte questão: Haverá alguma consequência *ético-filosófica* na saúde/ na “extensão” do *cuidar*, ao ter como suporte um modelo que atribui ao corpo (humano) uma semelhança animal que apenas se demarca por ter um *logos* um *nous* (espírito)?

Verificou-se uma inadequação, quase *a priori*, que nos insere, contemporaneamente, numa utópica construção de um “projecto saúde universal”. Lembra-se, a todos e a todas, que até a tradicional identidade narrativa do homem se auto-anula, não pela identidade não idêntica que fora referida, mas porque, efectivamente, deixou, prematuramente, de colocar a sua questão de “berço”: *ti esti* (o que é)?

Neste sentido, também a alusão ao modelo tradicional de percepção/conhecimento: “homem seria sempre sujeito enquanto conhece o objecto” é um sinal de traição para a tecno-ciência que, de modo “inocente”, cai num *jogo de linguagem*, este sim, totalizante. Foi esta mesma inferência que nos fez perguntar: Até que ponto um certo sentido de ciência coloca a questão da saúde e, se coloca, como é que é possível a carência de uma teia de relações *para o cuidar do outro*?

Lucien Sfez respondeu-nos de modo (des)velado com *a utopia da saúde perfeita*, ou seja, uma concepção de saúde biotécnica a tentar comercializar uma nova noção (de saúde) como esperança na vida artificial, tornando-se, passo a passo, num novo de ideologias.

De novo, o eco da questão: como é que a saúde se tornou num problema de saúde pública?

Foi rápida, a movimentação desde o sufoco do “horizonte estrutural” até à descodificação do código genético mas, também, impetuosa a crise no seio das ciências médicas e consequente desacreditação no papel da medicina tradicional. Poderia até dizer-se, médicos invadiram-se mutuamente, esqueceram-se de colocar uma simples questão: será que todo/a e qualquer um/a deseja ser manipulado/a em prol de uma harmonia para com um *projecto universal*?

Foi a repetida imposição pela escolha de um binómio (sim/não) que nos levou a procurar (a partir da *reflexão ético-filosófica*) pelas consequências do “agir”. Falamos, claro, da institucionalização da bioética, aquela que nos fez indagar: Porque é que Nuremberga se tornou numa referência internacional?

Para lá de *quatro pontos de acusação*, a presença ausente de um horror silencioso, tão silencioso que não se consegue suprimir! E, a ratificação deste não cessar manifesta-se, de lado a lado, pela insuficiência de denominações no seio da bioética. Tentou, por isto, dizer-se o contra-senso entre deontologia/moralidade/ racionalização/ imperativo categórico/ sistema e acção, para dar a pensar o carácter anti-teórico de uma bioética, ainda, *por vir*. Não se trata da negação vazia da reflexão até aqui apresentada. É a velha-nova vulnerabilidade de um «sofrer embrutecedor» que nos chama ao repensar das éticas tradicionais. Em causa está, pois, a “reposição” do *cuidado* (do “horizonte estrutural”) *na saúde/ no panorama multissecular*.

Lévinas, numa “reabilitação” da “ética” enquanto «filosofia primeira», sai de uma neutralidade heideggeriana, portanto de um sujeito do movimento bioético, para nos dar a pensar a urgência do *cuidado* pelo “outro” que tem um *rostro*.

Já situados numa *ética da inquietude*, ou seja, na abertura da incondicionalidade de «ser-para-o-outro», pensámos, com Lévinas, um *cuidado* que também se *kath'auto* na relação *face-a-face*. A presença de uma intolerância pela reciprocidade que se torna manto para re-vestir a noção de saúde. Movimento hiperbólico, na passagem de uma indiferença sem rosto a uma *diferença* em cada *rostro*, na passagem da ontologia à “metaética”. Aquela que nos fala dos *olhos que nos falam* e recitam:

“A morte é uma flor que só abre uma vez.
Mas quando abre, nada se abre com ela.
Abre sempre que quer, e fora de estação.

E vem, grande mariposa, adornando caules ondulantes.
Deixa-me ser o caule forte da sua alegria”²¹⁹.

²¹⁹ Celan, P. (1998). «A Morte». In, *A Morte É Uma Flor. Poemas do Espólio* (Barrento, J., Trad., Posf. e Nt.). Lisboa: Edições Cotovia. p.15.

Bibliografia

- Ackerknecht, E. H. (1982). *A Short History of Medicine* (rev. ed.). Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- Almeida, L. M. (2005). «Da prevenção primordial à prevenção quaternária». *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 23. Nº 1. pp.91-96.
- Alves, V. (1990). «Física». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.2). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. pp.644-483.
- Antunes, M. (1990). «Arte». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.1). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. pp.471-482.
- Antunes, M. (1991). «Mito». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.3). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. pp.900-908.
- Archer, L. (2001). «O genoma humano». In, *Novos Desafios à Bioética* (ed., org., Archer, L., Biscaia J., Osswald, W., Renaud, M.). Porto: Porto Editora. pp.137-141.
- Arras, J. (2010). «Theory and Bioethics». *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Acedido em 5 de Setembro 2010, em: <http://plato.stanford.edu/entries/theory-bioethics/>.
- Associação Médica Mundial (2008). «Declaração de Helsínquia». Acedido em 15 de Outubro de 2010, em: http://ruirodrigues.net/spc_revista/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=15.
- Augé, M. (1986). «L'Anthropologie de la maladie», *L'Homme XXVI* (I-2). pp.81-90.
- Augé, M., Colleyn, J. P. (2005). *A Antropologia* (Coelho, S., Trad.). Lisboa: Edições 70.
- Baggini, J., Fosl, P. S. (2010). *The Philosopher's Toolkit: A Compendium of Philosophical Concepts and Methods* (2nd ed.).USA: Wiley-Blackwell.
- Barros, P. P. (2006). *Economia da Saúde. Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Edições Almedina.
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Bernardo, F. (2003). «Nota de Apresentação». In, *Deus, a Morte e o Tempo* (ed., Levinas, E., Bernardo, F., Trad., Rolland, J., Adv., Posf.). Coimbra: Almedina. pp.7-27.
- Bernardo, F. (2007). «Do “Tout autre” (Lévinas/Derrida) ao “Tout autre est tout autre” (Derrida): Pontos de não-contacto entre “Lévinas e Derrida”». Acedido em 20 de Julho, em: <http://www.revistaitaca.org/versoes/vers14-09/238-266.pdf>. pp.238-266.
- Bernasconi, R. J. (2004). «Evil and the temptation of theodicy». In, *The Cambridge Companion to LEVINAS*. (ed., Critchley, S., Bernasconi, R.). Cambridge: Cambridge University Press. pp.252-267.
- Blanchot, M. (1981). *A Loucura do Dia* (de Carvalho, S., Trad.). Lisboa: Quatro Elementos.
- Brito, J. H. S. de (1991). «Lévinas Emmanuel». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.3). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. pp.316-320.
- Büber, M. (1981). *Je et Tu*. Paris: Editions Aubier-Montaigne.
- Cairo, F. G. (1990). «Holismo». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.2). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. p.1181.

- Carapinheiro, G. (org.) (2006). *Sociologia da Saúde: estudos e perspectivas*. Coimbra: Pé de Página Editores.
- Carel, H. (2007). «Can I Be Ill and Happy?». *Philosophia*. Acedido em 13 de Setembro de 2010, em: <http://www.springerlink.com/content/6246685672j455g1/fulltext.pdf>. pp.95-110.
- Cardoso, S. M. (2004). *Notas e Técnicas Epidemiológicas* (5ª ed.). Coimbra: Faculdade de Medicina.
- Celan, P. (1998). «A Morte». In, *A Morte É Uma Flor. Poemas do Espólio* (Barrento, J., Trad., Posf. e Nts.). Lisboa: Edições Cotovia.
- Childress, F. J. (2007). «Methods in Bioethics». In, *The Oxford Handbook of Bioethics*. (ed., Steinbock, B.). New York: Oxford University Press. pp.15-45.
- Clamote, T. C. (2006). «Pluralismo complementar médico: configurações estruturais, racionalidades e práticas sócias. In, *Sociologia da Saúde: estudos e perspectivas* (org., Carapinheiro, G.). Coimbra: Pé de Página Editores. pp.197-238.
- Copans, J., Tornay, S., Godelier, M., Clément, B. C. (1998). *Antropologia: Ciências das Sociedades Primitivas?* (Andrade, J. P., Trad.). Lisboa: Edições 70.
- Correia, A. M. (Dir.) (s. d.). «Apolo». *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira: Ilustrada com cerca de 15.000 gravuras e 400 estampas a cores*. Lisboa/ Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia (Vol.2). pp.983-984.
- Correia, A. M. (Dir.) (s. d.). «Cós». *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira: Ilustrada com cerca de 15.000 gravuras e 400 estampas a cores*. Lisboa/ Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia (Vol.7). p.839.
- Craik, E. M. (1998). *Hippocrates. Places in Man*. New York: Oxford University Press.
- Critchley, S. (2002). «The Original Traumatism. Levinas and Psychoanalysis». In, *Questioning Ethics: Contemporary debates in philosophy* (ed., Kearney, R., Dooley, M.). London: Routledge. pp.230-242.
- Critchley, S. (2004). «Introduction». In, *The Cambridge Companion to LEVINAS* (ed., Critchley, S., Bernasconi, R.). Cambridge: Cambridge University Press. pp.1-32.
- Davis, C. (2004). «Can the Dead Speak to Us? De Man, Levinas and Agamben». *Culture, Theory & Critique*. 45(1). pp.77-89.
- Derrida, J. (1997). *Adieu à Emmanuel Lévinas*. Paris: Éditions Galilée.
- Dicionário da Língua Portuguesa 2010 (ed. rev.). Porto: Porto Editora.
- Echeverría, J. (2003). *Introdução à Metodologia da Ciência* (Pereira, M. S., Trad., André, J. M., Nt. de Apres.). Coimbra: Almedina.
- Entralgo, P. L. (2002). *O que é o homem?* (Borges, A., Serrão, D., André, J. M., Trad.). Lisboa: Editorial Notícias.
- Entralgo, P. L. (2003). *Corpo e Alma*. Coimbra: Almedina.
- Ferreira, F. A. G. (1990). *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Foster, C. (2004). *The ethics of medical research on humans*. New York: Cambridge University Press.

- Frederico, M. (2000). *Princípios da Economia da Saúde*. Coimbra: Sinais Vitais.
- Freitas, M. C. da (1991). «Logos». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.3). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. pp.475-483.
- Freitas, M. C. da (1992). «Símbolo». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.4). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. pp.1132-1141.
- Gadamer, H. G. (1993). *O Mistério da Saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina* (Hall, A., Trad.). Lisboa: Edições 70.
- Gannett, L. (2008). «The Human Genome Project». *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Acedido em 26 de Agosto de 2010, em: <http://plato.stanford.edu/entries/human-genome/>.
- Giddens, A. (2009). *Sociologia* (7ªed., Figueiredo, A. [at al.] Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goldensohn, L., Gellately, R. (2006). *Entrevistas de Nuremberga* (Mouta, R., Trad., Almeida, P., Ver.). Lisboa: Tinta-Da-China.
- Grad, F. P. (2002). «The Preamble of the Constitution of the World Health Organization». Acedido em 8 de Abril de 2010, em: [http://www.who.int/bulletin/archives/80\(12\)981.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(12)981.pdf). pp.981-984.
- Hand, S. (2008). *Emmanuel Levinas (Routledge Critical Thinkers)*. London: Routledge.
- Heidegger, M. (2006). *Ser e Tempo* (Schuback, M. S. C., Trad. Rev., Leão, E. C., Posf.). Bragança Paulista: Editora Vozes.
- Heinemann, F. (2008). *A Filosofia No Século XX* (6ª ed., Morujão, A. F., Trad. e Pref.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hesíodo (2005). *Teogonia Trabalhos e Dias* (Pinheiro, A. E., Ferreira, J. R., Intr., Trad., Nt., Pereira, M. H. R., Pref.). Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- Houaiss, A., Villar, M. de S., Franco, F. M. de M. (2003). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (Vol.1). Lisboa: Temas & Debates.
- Imperatori, E., Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Jaspers, K. (1998). *O Médico na Era da Técnica* (Proença, J. T., Trad.). Lisboa: Edições 70.
- Jeanette, L., Stanhope, M. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4ªed., Negrão, M. A. P. R. P., Trad.). Lisboa: Lusociência.
- Kanh, A. (1996). *Os Caminhos da Medicina no Século XXI* (Carvalho, E., Trad.). Lisboa: Publicações Europa-América.
- Lesky, A. (1995). *História da Literatura Grega* (Losa, M., Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Levinas, E. (1987). *Time and Other* (Cohen, R. A., Trad.). USA: Duquesne University Press.
- Levinas, E. (1994). *Les Imprévus de L'Histoire* (Hayat, P., Pref.). Paris: Fata Morgana.
- Levinas, E. (1999). *Entre Nous. Essais sur le pense-à-l'autre*. Paris: Bernard Grasset.
- Levinas, E. (2008a). *Altérité et Transcendance* (2ªed., Hayat, P., Pref.). Paris: Fata Morgana.

- Levinas, E. (2008b). *Totalidade e Infinito: Ensaio sobre a Exterioridade* (Ribeiro, J. P., Trad.). Lisboa: Edições 70.
- Levinas, E. (2009). *Éthique et Infini* (15 ed.). Paris: Fata Morgana.
- Lima, M. (1983). *Antropologia do Simbólico ou o Simbólico da Antropologia*. Lisboa: Editorial Presença.
- Llewelyn, J. (2000). *The Hypocritical Imagination. Between Kant and Levinas*. London: Routledge.
- Longrigg, J. (2003). «Post-Hippocratic medicine I: Medicine and the Academy». In, *Greek Rational Medicine: Philosophy and Medicine from Alcmaeon to the Alexandrians* (ed., Longrigg, J.). London: Routledge. pp.104-148.
- Main.gov. «CEA Winslow's "Classic" Definition of Public Health, 1920 (expanded version) ». Acedido em 9 de Abril de 2010, em: http://www.maine.gov/dhhs/boh/olph/lphd/district1/Public-Health-101_files/textonly/slide8.html.
- Manuila, L. [et al.] (2003). *Dicionário Médico* (3ª ed., Almeida, J. N. de, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Martins, O. (1986). *Sistema dos Mitos Religiosos* (Marinho, J., Pref.). Lisboa: Guimarães Editores.
- Mendes, F. R. P. (2006). «Risco genético: da ilusão de certeza à disseminação da (ir)racionalidade». In, *Sociologia da Saúde: estudos e perspectivas* (org., Carapinheiro, G.). Coimbra: Pé de Página Editores. pp.17-45.
- Morão, A. (1990). «Feiticismo». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.2). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. pp.474-475.
- More, T. (1987). *L'Utopie* (Delcourt, M., Trad.). Paris: Flammarion.
- Moreira, P. K. (2007). *Políticas de Saúde. Ensaio para um Debate Nacional*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Morujão, A. F. (1990). «Existencialismo». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.2). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. pp.390-397).
- Murphy, D. (2008). «Concepts of Disease and Health». *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Acedido em 23 de Março de 2010, em: <http://plato.stanford.edu/entries/health-disease/>.
- Neves, M. C. P. (2007a). «Introdução: A bioética como reflexão e como prática». In, *Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana* (2ª ed., revisada e aumentada, coord., Neves, M. C. P.). Coimbra: Gráfica de Coimbra. pp.29-35.
- Neves, M. C. P. (2007b). «A teorização da bioética». In, *Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana* (2ª ed., revisada e aumentada, coord., Neves, M. C. P.). Coimbra: Gráfica de Coimbra. pp.36-63.
- Nordenfelt, L. (2003). «On The Evolutionary Of Health: Health As Natural Function». In, *Dimensions of Health and Health Promotion* (ed., Nordenfelt, L., Liss, P.-E.). New York: Rodopi. pp.37-54.
- Pereira, J. (2004). *Economia da saúde. Glossário de Termos e Conceitos* (4ª ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde. (Documento de trabalho N.º 1/93).

- Pereira, J. M. (1987). «Será Possível Uma Nova Medicina?». *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Nº. 23. pp.185-191.
- PharmacoEconomics (2008). *Glossário de Termos Utilizados em Economia de Saúde, em Análises Farmacoeconómicas e de Qualidade de Vida*. Madrid: Wolters Kluwer Health.
- Pollard, I. (2009). *Bioscience Ethics*. New York: Cambridge University Press.
- Ponty, M. M. (1999). *Fenomenologia da Percepção* (Moura, C. A. R. de., Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Portocarrero, M. L. (1996). «Bioética e Qualidade de Vida: um ponto de vista filosófico». *Revista Vértice*. Nº 74. pp.33-37.
- Potter, V. R., (2000). *Bioetica: ponte verso il futuro* (Pinizzotto, G., Present., Furnari, M. G., Russo, G., Int.). Messina: Sicania.
- Rabaté, J.-M. (2003). «Introduction 2003: Are You History?». In, *Structuralism* (2nd ed., Sturrock, J.). London: Blackwell Publishing. pp.1-16.
- Richman, K. A. (2004). *Ethics and Metaphysics of Medicine: Reflections on Health and Beneficence*. Massachusetts: MIT Press.
- Rocha, A. S. E. da (1992). «Sistema». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.4). pp.1168-1178.
- Rodrigues, J. R. (1990). «Mecanicismo». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.3). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. pp.759-762.
- Rodrigues, J. R. (1992). «Popper (Karl Raimund)». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.4). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. pp.342-343.
- Rodrigues, J. R. (1992). «Técnica». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.5). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. pp.28-33.
- Romains, J. (1924). *Knock ou le Triomphe de la Médecine*. Paris: Gallimard.
- ScienceDaily (2010). «Scientists 'Boot Up' a Bacterial Cell With a Synthetic Genome». Acedido em 17 de Setembro de 2010, em: <http://www.sciencedaily.com/releases/2010/05/100520131435.htm>.
- Sfez, L. (1997). *A Saúde Perfeita: Críticas de Uma Utopia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Short, A. K. (2004). «The Face of the Other Animal». In, *Buber, Levinas, and the Non-Human Other: Toward a Broader Environmental Ethic* (Thesis Prepared for the Degree of Master Of Arts). University of North Texas). pp.39-46.
- Silva, C. (1989). «Aristóteles». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.1). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. pp.354-408.
- Silva, J. R. da (2003). *Perspectivas da Bioética. Bioética Contemporânea III*. Lisboa: Edições Cosmos.
- Silva, L. F. (2004). *Sócio-Antropologia da Saúde: sociedade, cultura e saúde/doença*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silvia, P. I. (2010). «Viver saudável até aos 126 anos». *Diário de Coimbra*, 20 de Abril.
- Slote, M. (2007). *The Ethics of Care and Empathy*. New York: Routledge.

- Sorensen, R. (2003). *A Brief History of the Paradox: Philosophy and the Labyrinths of the Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Sournia, J-C (1992). *História da Medicina* (Nogueira, J. D., Trad.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Sousa, M. A. B. de (1998). *Medicinas complementares e o seu desenvolvimento no contexto económico e social: importância do enquadramento destas medicinas no Serviço Nacional de Saúde Português* (Orig. tese mestr. Gestão do Desenvolvimento e Cooperação Internacional, Univ. Moderna). Lisboa: Instituto de Técnicas da Saúde.
- Stepke, F. L. (2006). *Bioética e Medicina* (Ribeiro, G. S. C., Trad.). Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola.
- Strauss, L. (2007). *O Mito e o Significado* (Bessa, A. M., Trad.). Lisboa: Edições 70.
- Tubiana, M. (2000). *História da Medicina e do Pensamento Médico* (Costa, T., Trad.). Lisboa: Editorial Teorema.
- Vissker, R. (2004). *The Inhuman Condition. Looking for Difference after Levinas and Heidegger*. London: Kluwer Academic Publishers.
- Wartofsky, M. W. (2000). «Bodies, Body Parts, and Body Language: Reflections on Ontology and Personal Identity in Medical Practice». In, *The Philosophy Of Medicine: Framing the Field* (ed. Engelhardt, H. T.). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. pp.37-55.
- Watson, J. D., Berry, A. (2003). *DNA. The Secret of Life*. New York: Alfred A. Knopf.
- WHO (1946). «Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. 1948». New York: World Health Organization. Acedido em 20 de Março de 2010, em: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
- WHO (1978). «International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12». Acedido em 11 de Abril de 2010, em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- WHO (1986). «The Ottawa Charter for Health Promotion». Acedido em 11 de Abril de 2010, em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.