

A *Biblioteca da Dor* é uma iniciativa editorial que se propõe contribuir para um maior esclarecimento de todas as questões que a problemática da dor coloca, não apenas aos profissionais mais directamente envolvidos na sua abordagem como também àqueles que por algum motivo se possam interessar pelo assunto.

A escassez de publicações, em língua portuguesa, sobre este tema, não tem servido os propósitos de divulgação e de formação que todos os profissionais da área têm reclamado, muito especialmente apresentando características de publicação regular, com formato de fácil transporte e abordando as mais diferentes matérias relacionadas com ele.

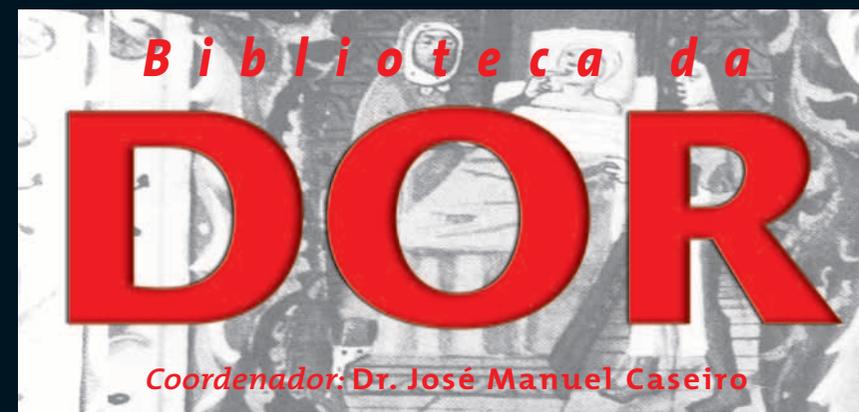
O desafio que agora se lança, é precisamente o de provar que não faltam no nosso país autores de qualidade e com experiência suficiente para garantirem a qualidade desta obra, bem como patrocinadores que vejam nela o mesmo interesse que os profissionais e se sintam compensados pelo apoio que vierem a prestar.

Nos vários volumes que ao longo do tempo vierem a ser publicados, poderão ser encontradas respostas para as várias razões do inadequado tratamento da dor, para o desinteresse que tem caracterizado a falta de apoio ao aparecimento de novas Unidades e ao desenvolvimento das existentes, para as insuficiências de preparação de muitos dos profissionais que lidam com ela e até para alguns dos mitos e preconceitos que caracterizam a forma como a sociedade encara o problema e as respectivas soluções terapêuticas, principalmente o uso de opióides.

Na *Biblioteca da Dor*, o rigor será uma exigência e a utilidade um objectivo.

Biblioteca da Dor, Coordenador: José Manuel Caseiro

A Segunda Navegação, Aspectos Clínicos da Ética na Dor Oncológica, Manuel Silvério Marques



A Segunda Navegação Aspectos Clínicos da Ética na Dor Oncológica

Autor:

Prof. Dr. Manuel Silvério Marques



PERMANYER PORTUGAL



Manuel Silvério Marques, é Assistente Graduado de Hematologia Clínica no Centro Regional de Oncologia de Lisboa do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil SA, onde, em 1989, fundou e foi responsável pela posteriormente extinta Comissão de Garantia de Qualidade e criou, em parceria com outro colega, a Unidade de Cuidados Hematológicos Intensivos.

De Agosto de 1992 a Dezembro de 1993, exerceu também as funções de Adjunto do Director Clínico daquela Instituição.

Ainda em 1993, foi designado membro da Comissão de Verificação da Idoneidade dos Serviços da Zona Sul da sua especialidade.

Profundamente empenhado no estudo e reflexão sobre o ser humano enquanto Indivíduo, tem dedicado a sua vida ao estudo da Ética e exercido várias funções com ela relacionadas, como foi o caso do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, da qual foi membro entre 1996 e 2002.

Doutorou-se em 2002, com 19 valores, pela Faculdade de Medicina de Lisboa, dissertando sobre a “Clínica enquanto Ciência do Indivíduo” e é, desde 2003, Professor Auxiliar da Cadeira Introdução à Medicina.

Para trás, fica um vastíssimo curriculum marcado por cerca de 100 comunicações, trinta publicações de artigos científicos, a publicação de um livro em 1999 e colaboração em mais dezoito (sendo quatro internacionais), para além de do exercício do cargo de Docente Convidado da Cadeira Arte Médica da Faculdade de Medicina da Universidade da Beira Interior e Docente Convidado das Cadeiras de Ética e Bioética da ESSUA (Aveiro).

***Títulos já publicados
na Biblioteca da DOR:***

Fisiopatologia da Dor
José Manuel Castro Lopes

Analgesia em Obstetrícia
José António Bismark

***Outros títulos a publicar
na Biblioteca da DOR:***

2003

**A Organização na Analgesia
do Pós-operatório**
Dr. José Manuel Caseiro

2004

Dor Neuropática
Dra. Maria da Luz Quintal
**Técnicas de Intervenção
no Tratamento da Dor**
Dr. F. Duarte Correia
**Multidisciplinaridade e Organização
das Unidades de Dor Crónica**
Dr. Zeferino Bastos
Opióides
Dr. Luis Medeiros

A Segunda Navegação

Aspectos Clínicos da Ética na Dor Oncológica

Manuel Silvério Marques

*Assistente graduado de
Hematologia do IPOFG SA-CROL*



PERMANYER PORTUGAL

Prefácio

Talvez a maior razão para a preocupante impreparação de um grande número de clínicos na abordagem sofrimento e da dor, seja a forma como as escolas médicas e o ensino das especialidades têm escrupulosamente evitado o desenvolvimento curricular nesta área.

A confusão de que a Dor é apenas um sintoma e que, como tal, o seu tratamento está ao alcance de qualquer médico em qualquer circunstância, está demasiado difundida e é bem reveladora do desconhecimento sobre o assunto.

Trata-se, aliás, de um fenómeno que não é apenas nacional, pese embora a expressão que ele assume no nosso País e que, nas palavras de Ben Rich, representa um verdadeiro “cultivar e propagar” da ignorância.

R. B. Edwards, da “Joint Commission for the Creditation of Health Care Organizations (JACHO)”, defende que esta ignorância constitui um verdadeiro problema ético, se os profissionais não respeitarem duas obrigações morais: a *primeira*, a de assumir como um dever não induzir nem permitir dor e sofrimento para além daquele que é absolutamente inevitável; a *segunda*, a de tudo fazer, dentro dos limites do conhecimento médico corrente e dos recursos disponíveis, para aliviar toda a dor e todo o sofrimento.

O mesmo autor não hesita em afirmar que o modo como se encara e trata a dor constitui, na actualidade, o mais gritante exemplo da disparidade que existe entre o estado actual do conhecimento médico e a prevalecente forma de exercer a clínica.

É inegável que, nos dias de hoje, continua a dominar o modelo curativo de medicina que leva a que muitos médicos, perante o esgotamento de soluções terapêuticas para o tratamento dos seus doentes, promovam a sua retirada por nada mais terem a oferecer.

Emerge assim a ideia de que a medicina curativa é analítica e racionalista, enquanto que a medicina da dor ou a medicina paliativa são humanistas e personalizantes, do mesmo modo que a primeira privilegia a objectividade científica, desvalorizando a experiência subjectiva do doente e a segunda o sofrimento e a afectação da qualidade de vida.

Como dizia Cassel, “*os corpos não sofrem, quem sofre são os doentes*”. Do mesmo modo, pode acrescentar-se que os corpos são o local da doença, mas são as pessoas que experimentam a sensação de doença.

A morte tende a assumir-se, perante o modelo da medicina curativa, como um inimigo ao qual se deve resistir até que essa resistência se torne demonstravelmente inútil.

Este posicionamento não ajuda a que a postura perante a dor se modifique de maneira a não ser encarada como um mal menor e a permitir constituir-se como uma prioridade, podendo a cultura do modelo do moderno Hospital conduzir a um ambiente hostil para um pronto e efectivo controlo da dor.

Impunha-se por isso que a *Biblioteca da Dor* dedicasse um espaço às questões éticas da clínica da Dor e é isso que Manuel Silvério Marques faz neste volume, com um original estilo literário associado a uma enorme competência e sólida bagagem cultural, ensinando-nos, com os invulgares conhecimentos que tem nesta matéria, a reflectir sobre o assunto, levando-nos, como viajantes, à redescoberta do corpo e dos mundos morais.

José Manuel Caseiro

Índice

1. Introdução	1
2. Cartas de marear	2
3. Primeira navegação: redescobrimo o corpo	6
3.1. Introdução	6
3.2. A passagem dos limites?	10
3.3. As sensações dos antigos	14
3.4. Indicadores somáticos	16
3.5. Racionalidades morfológicas	20
3.6. De corpo presente	22
4. Segunda navegação: pelos mundos morais	27
4.1. Introdução	27
4.2. A mesma cruel lisonja?	29
4.3. Aspectos da dor e do sofrimento na clínica	35
4.4. Pura passibilidade	39
4.5. Pura impossibilidade?	43
Resumo	47
5. Conclusão: de bombordo	49
6. Bibliografia	53

Bambo (o sapo) – p. 60: Bambo “*Mal gatinhava ainda nas beiradas do charco onde nascera, já o corpo lhe pedia mundo*”; “*Na maneira de fitar o interlocutor... mostrava claramente que não abria o coração antes de saber a quem*”; p. 66: Tio Arruda... “*Ao lado da sua serenidade e do seu apego à terra, do que dela havia de essencial – o dom de fecundar e parir –, ia conseguindo auscultar as imponderáveis palpitações da seiva ... Numa curiosidade progressiva, verificava com espanto que, além da fome, havia outras verdades...*”; p. 67: “*... Baboseiras todos as sabiam dizer. Do esforço de descer ao coração das coisas, é que nenhum era capaz [...]*”.

Cega-Rega (a cigarra) – p. 87: “*Não era a vontade que a fazia vibrar. Era o corpo, possesso de contentamento, que, num espasmo total, estridentemente glorificava a própria perfeição atingida*”; p. 89: “*O Poeta! ... Até que enfim lhe aparecia um irmão!... Um irmão que sabia que cantar era acreditar na vida e vencer a morte*” (Torga, *Bichos*, 12ª ed. Coimbra. Gráfica de Coimbra 1982).

“*[...] In science today, carefully designed randomized experiments and tests of hypotheses are often the only trusted avenues to gaining knowledge. Other formal research methods, such as case-control or cohort studies, are also trusted to provide insights. However, the art of medical care involves a continuing, individualized search in which the physician tries to match incomplete scientific knowledge of disease and treatment with incomplete knowledge about particular patients and local care systems. Physicians do not often know the way but find it step by step, inductively learning from experience caring for real patients [...]*” (J. Lynn, et al. *Ann Int Med* 2002;137).

1. Introdução

O objectivo deste estudo é questionar formas de vida e proporcionar conceitos e argumentos para sabermos justificar a actuação nas escolhas (elementares porque de aprendiz) éticas e/ou filosóficas que encontramos no dia a dia da medicina, em especial na prática hematooncológica. Traduzem uma visão pessoal nascida da inquietação moral e da exigência de racionalidade nas decisões: para alguns, são temas segundos em relação à competência e à experiência indispensáveis aos profissionais na abordagem dos muitos e terríveis problemas clínicos que uma visão compreensiva do cancro suscita; mas são temas primeiros na ordem lógica – de que falamos quando falamos do corpo doente?; de que falamos quando falamos de ética clínica? A dor tem sido justamente o sintoma / a síndrome paradigmático/a neste campo. Tal como a voz, a dor tem uma imediatidade irresistível: ou se entra ou não se entra nela; como a evidência é *index sui et veri*. Entendo-a, com P. Wall, não apenas como uma sensação, à semelhança da fome e da sede, mas como uma tomada de consciência de um plano de acção para a evitar¹. Espero ir além, e examino o sofrimento, a passibilidade, a possibilidade, a doença crónica e as condições do seu tratamento curativo e paliativo – vejo-os como uma exigência de ética clínica. Neste sentido é, também, uma segunda viagem.

¹. Wall, 1999, p. 50.

2. Cartas de marear

Ele tem uma variante da anemia de células falciformes: desde há 12 anos que três, quatro vezes ao ano, tem a anunciada crise: vidros dentro de si, nos ossos, nos músculos, toma-se-lhe o peito, custa-lhe respirar... o medo da dor, a dor psíquica é horrível... As estratégias de tratamento da dor nesta situação (uso de morfina em casos “não malignos” e em crianças e jovens...) supõe prévia formação interior (há traços de personalidade sadomasoquistas...?) e incluem a compreensão da tolerância, da dependência e da adição, a adequada informação (doente e família), a confiança (é o acreditar no doente), a avaliação correcta da dor (escalas), a avaliação da família (suportes...), o rigor (acribia e coragem) no tratamento, a capacidade de identificar os doentes “difíceis” (equacionar nestes, em especial, registo diário da dor, adjuvantes não opióides, métodos não-farmacológicos)².

Em carne viva, assim ficou a sua alma após o falecimento da C... a ferida daquela perda não mais cicatrizou. Levou muitos meses em trabalho de luto, entrou em depressão...³ Aceitemos que o lado subjectivo desta dor ou da dor da crise aguda da drepanocitose é a dorlência. Julgo que a dor/dorlência nos seres humanos é caracterizável como estado mental não tético, sem representação⁴, em modo de emergência, ligado a uma dialética de atracção-aversão, associado a subrotinas identitárias e à constituição da autoimagem e do sentimento de si.

Dor/dorlência como crença⁵

Direcção causal	corpo-mente
Direcção de preenchimento	mente-corpo
Direcção da “presentação”	mente-corpo
Situação representada	sentido e referente
Representação incorrecta	possível

A dor põe o corpo enquanto encarnação do si no mundo, a dorlência supõe o afecto como introjecção do mundo em si⁶. Mergulhar em tais abismos, descobrir o sentido desses sentires, viajar – com um bom guia – por essas ilhas misteriosas e esses portos

² Turk, 2002.

³ Casarett, 2001.

⁴ Vários investigadores têm sublinhado que a dor, ao contrário do desejo, não tem ponto fixo nem ponto de referência, um objecto de correspondência no mundo exterior. Cassel, 1999; Parkin, 1999.

⁵ Apresentação necessariamente “dogmática” (e confessadamente inspirada na obra *Intentionality*, de John Searle).

⁶ Valerie Hardcastle (1999, p. 119) sublinha, a propósito, que o que provoca a dor fantasma é um “esquematismo” (esquema ou *frame*) que ocorre também na dor crónica.

abandonados, é, para muitos, a condição da superação do sofrimento e, até, a *ars moriendi*⁷.

Estranho ofício este, o de médico, onde foi (e é) lícito fazer mal para alcançar o bem. Para o explicar, citam-se normalmente as categorias ou instituições fundadoras da medicina em muitas culturas antigas e modernas – a poluição (impureza), a catarse (purga), o fármaco (veneno) –, e a forma especial de pensamento de xamãs e médicos: é pensamento analógico e pensamento da passagem⁸: passagem entre *pathos* e *logos*, visível e invisível, necessário e contingente, todo e parte, individual e universal, força e forma, intransitivo e transitivo⁹. Com outros, formulei a hipótese de que a medicina nasceu, como a religião, na teoria de René Girard, da dualidade originária da violência e da purificação¹⁰. A medicina hipocrática é, creio, simultaneamente, a herdeira da *mimesis* sacrificial das religiões antigas e a mais feroz competidora da violência sagrada. Uma singular resposta terá levado ao apagamento desta origem ambivalente e perigosa do *pharmakon*, a saber, a decisão de fixar com acribia as etiologias e as terapêuticas dos males; outra, bem mais inesperada (pelo andar das coisas entre nós), terá sido o valor dado à filantropia, à solicitude e à responsabilidade pessoal pelos actos praticados. Em especial, pelos que violavam o juramento da seita e as regras da arte. As regras, a jura e as crenças subjacentes são cartas de marear em mundos morais locais, novos e nunca vistos.

No sistema xamânico, precursor do sistema hipocrático, a cena de inquirição desenvolve-se à roda de três figuras: o doente, o feiticeiro que é o agente (o protagonista possuído e que entra em êxtase) e o grupo que participa e testemunha¹¹; a cura, a abreacção, funda-se na eficácia simbólica e é sempre uma *katharsis* na presença do grupo social. Mas na cura xamânica as experiências do doente são o lado menos importante do sistema, ao contrário do que se passa na medicina hipocrática. Ao renunciar ao poder do sagrado e da lei (e, muito mais tarde, da retórica e da filosofia), a medicina hipocrática não abandonou inteiramente essa progenitura e conserva ainda hoje marcas indeléveis das suas origens, na linguagem, na teoria e (como muitos experimentaram na pele) na prática:

Religião e direito	Medicina
Pecado, mal	Doença
Miasma, impureza, purificação	Catarse, emese, enema, sangria
Encantamento, veneno, droga, fármaco	Medicamento
Crise, sentença, julgamento	Decisão, resolução, final, “dia crítico”

⁷. P. ex. Kearney, pp. 54ff, 140, 147.

⁸. Estas e outras categorias foram ensinadas pelo professor Geoffrey Lloyd, 2003; devo a noção de pensamento da passagem (por oposição a pensamento do abismo e do limite) a Paulo Tunhas.

⁹. Está aqui em causa o viver intransitivo, isto é, o silêncio dos órgãos, da digestão, etc. – do corpo, e o viver transitivo, encarnado, libidinal, concupiscente, diriam os antigos casuístas, da carne, isto é o viver *qua* experiência e fruição de si (creio ser o sentido de *Erleben*).

¹⁰. Tese da violência fundadora de Girard, que estudei em Marques, 1999; cp. Rey, p. 155.

¹¹. Levi-Strauss, p. 180.

A medicina continua a ser um fenómeno social total¹² e, na maioria das culturas, a medicina pré-científica estabeleceu importantes teorias simultaneamente folclóricas e dogmáticas, da vida, do corpo, da doença e do curar, nas seguintes esferas e polaridades essenciais da existência muito resumidamente esquematizadas – “[...] Efectivamente a medicina, para falar em termos genéricos, não consiste senão na ciência dos fenómenos de amor do corpo relativos à repleção e à vacuidade. Quem neles saiba distinguir o bom do mau amor, esse é o médico por excelência. E bem assim, aquele que opera mudanças no sentido de substituir um amor por outro e que sabe como inspirar amor entre elementos que o não possuem e por natureza o reclamam ou, em caso inverso, extirpá-lo onde ele esteja implantado – esse será o bom prático: dele se espera, justamente, que esteja habilitado a criar amizade entre os elementos mais hostis do corpo e a levá-los a amarem-se entre si. Ora acontece que os elementos mais hostis são os que se opõem de modo absoluto, como o frio e o quente, o amargo e o doce, o seco e o húmido, e assim por diante: e foi exactamente graças à ciência de implantar entre eles o amor e a concórdia que o nosso antepassado Asclépio (asseveram-nos os nossos poetas e eu acredito piamente!) se tornou o fundador da nossa arte. Assim, a medicina, como digo, pertence inteiramente ao domínio deste deus, tal como acontece com a ginástica e a agricultura. Quanto à música, é evidente a qualquer pessoa, mesmo numa análise superficial, que se rege pelos mesmos princípios das artes que citei – como talvez Heraclito pretenda dizer, embora os termos em que se exprime estejam longe de ser claros: <O que é Uno>, diz ele, <discorda e concorda consigo mesmo, tal como a harmonia do arco e da lira>. Claro que não tem pés nem cabeça afirmar que uma harmonia <discorda> ou que consiste de elementos discordantes [...]”¹³.

Predador	Fruição = Si = Uno	Dentro = repleção = <i>laxus</i>
Presa	Sofrimento = Eu = diviso	Fora = depleção = <i>strictus</i>

Como diz Cornford, “[...] a Medicina curativa nasceu do facto de as pessoas doentes precisarem de uma dieta diferente da que convém às pessoas saudáveis. Isto levou a novas modificações do regime conforme as necessidades dos vários tipos de doentes. Uns podem precisar de uma alimentação forte, outros de uma mais fraca; e os excessos em qualquer dos sentidos podem ser perigosos. Não é possível fixar qualquer padrão absoluto de pesos e medidas; a única ‘medida’ é a reacção de cada doente [...]”¹⁴. O médico foi e é intermediário entre o nascer e o morrer, e até (como o xamã, o bruxo ou o feiticeiro), um mediador entre o aquém e o além. Neste contexto, dois temas parecem mais pregnantes: o do sentir e o do corpo/carne; ambos estão imersos na oposição passivo/activo (*bías/zoê*)¹⁵. Ora, para pensar o indivíduo

¹². Mauss, 1985.

¹³. Platão, *Banquete*, pp. 47-48. Acerca da pertinência desta síntese veja-se, entre muita outra literatura, fontes por mim tratadas em Marques, 2002, 2003a.

¹⁴. Cornford, p. 53.

existe há milénios um vocabulário epistémico riquíssimo e bem conhecido. Foi, como será patente, incorporado na teoria da ciência, quer do ponto de vista das operações (teoria, prática, história, anamnese, observação, *inspectio*, prognóstico, diagnóstico, catarse, *krisis*, indicação, etc.), quer do objecto (órgão, corpo, constituição, sintoma, sinal, doença, síndrome, *krasis*, *krisis*, etc.); é um património precioso e antigo da medicina, *pudenda origo...*¹⁶.

Não é claro onde nascem as decisões morais, mas enquanto agentes, nomeadamente na condição de profissionais que exercem clínica (médicos, enfermeiros que tratam, em pessoa, os doentes) sabemos alguma coisa, sabemos implícita ou explicitamente que “[...] está em questão a moralidade da pessoa quando está em questão a sua unidade de conhecimento, liberdade e responsabilidade. Um valor humano requer a minha responsabilidade, isto é, a minha liberdade tem de estar comprometida; só existe a partir da consciência (do conhecimento) do valor em si mesmo, e valor para mim, conhecido e reconhecido nas circunstâncias reais em que se apresenta. A inteligibilidade do valor é condição necessária para que a minha responsabilidade possa ser interpelada (por causa da minha possibilidade de o compreender). Dizemos que os três termos se qualificam reciprocamente. Isto significa que a consciência (o conhecimento) do valor enquanto valor é atributo necessário da responsabilidade moral: se, de facto, faltar a consciência (como conhecimento) de um acto e do seu significado, ele não é moralmente relevante. É que o conhecimento, em moral, comporta uma responsabilidade precisa. Mais exactamente, o conhecimento é elemento constitutivo da responsabilidade moral [...]”¹⁷. Responsabilidade, não apenas na correcção ou incorrecção do acto ou da omissão, mas na bondade ou maldade do agente.

O que tem efeitos decisivos na abertura e disponibilidade do profissional para dar o “seu” tempo, para ser acompanhante, e, até, para pilotar o navio. Não se está na medicina para abandonar os doentes; não se dignifica a morte sem se elevar a vida.

¹⁵. M. Henry, 2000, p. 88, “[...] Mais toutes ces synthèses passives (protention, conscience du présent, rétention – que constituent la conscience interne du temps s’accomplissent ordinairement dans l’ego indépendamment de lui [...] leur structure phénoménale est incompatible avec celle de l’impression; p. 87 «aucune impression ne s’apporte d’elle-même à soi.[...] En quoi consiste cette venue en soi qui précède en elle toute impression concevable? [...] C’est la venue en soi de la vie [...] la vie s’éprouve soi-même dans un pathos [...]».

¹⁶. Lloyd, 2003; mas cp. Mesquita, 2003.

¹⁷. Pereira de Almeida, 1997.

3. Primeira navegação: redescobrimo o corpo

3.1. Introdução

A primeira viagem vai da parte ao todo para tratar a parte afectada – a doença; a segunda viagem vai do todo à parte para tentar compreender o todo, o corpo, o indivíduo – o doente. A segunda navegação ou segunda via (*déuterios plous*, no *Fedon* de Platão¹⁸) – a segunda partida, um novo olhar para..., o repensar de...; ou noutra perspectiva, *resurgo*, o renascimento, o “primeiro dia do resto da minha vida”... – é para um clínico que cuida de doentes graves e em fim de vida a expressão directa ou metafórica de um mesmo encontro fundamental com o doente. O doente, o próximo, o semelhante e o outro. O sujeito na terceira e na segunda pessoa, no esforço de o compreender, na vontade de o tratar, na preocupação de dele cuidar. Enquanto sujeito na primeira pessoa e agente, a determinação de clínico, (me) repensar, depois dos factos e das “certezas”, das prescrições e dos “acidentes”. Se uso a imagem náutica é porque a figura do piloto em mares agitados e a analogia da governação do navio por lugares ignotos, dominam (juntamente com a do tiro mais ou menos certo do arqueiro...), desde os textos do corpo hipocrático, todas as representações da medicina, sempre praticada em condições de incerto saber e esforçada sabedoria.

No século XVI, como veremos a seguir, Francisco Sanches defendeu, contra Aristóteles e a Escola, que apenas é possível ciência do indivíduo (que os universais são intangíveis, invisíveis, incognoscíveis, a existirem)¹⁹ e o próprio Cabanis, em 1803, em *Du Degré de Certitude*

¹⁸ Platão, 99c-100a: “[...] Mas esse poder, graças ao qual tais coisas se encontram dispostas da forma mais conveniente, isto é, mantendo a posição que mantêm, desse não cuidam eles ou tão-pouco lhe atribuem qualquer força divina... Julgam, pelo contrário, descobrir ainda um dia um Atlas mais possante do que este, mais imortal e capaz de suportar o peso do mundo, sem pensarem que é o Bem o verdadeiro elo de ligação que liga entre si todas as coisas e as suporta. E, no entanto, confesso, com que alegria me não teria feito discípulo fosse de quem fosse, para me instruir sobre semelhante causa e o seu modo de actuação! Mas, uma vez que esta me falhou e não pude, por minha parte, descobri-la ou achar quem me explicasse, tive de tentar uma segunda via para me lançar na sua busca...

Desejas, pois, Cebes, que te conte a história dessas tentativas?

– Por mim – respondeu –, não desejo outra coisa!

– Ora bem – retomou ele. – Depois disto, uma vez desiludido da observação dos seres, achei por bem acautelá-los, não viesse a acontecer-me a mim o mesmo que àqueles que contemplam e observam o Sol em momentos de eclipse: é sabido que alguns chegam a perder a vista, se não for através da água ou de qualquer outro meio que mirem a sua imagem. E, com pensamentos mais ou menos deste teor, receei ficar irremediavelmente cego de espírito, caso persistisse em fixar os olhos nas coisas, em tentar tocar-lhes directamente com os meus cinco sentidos. Pensei então que o melhor que tinha a fazer era refugiar-me do lado das ideias e, através delas, inquirir da verdade dos seres. Aliás, talvez num aspecto o paralelo não seja exacto, pois não é, quanto a mim, ponto assente que o estudo dos seres, através das suas manifestações externas, se revele, menos do que através das ideias, um estudo à base de imagens [...].”

¹⁹ Esta leitura da obra de F. Sanches (que devo ao doutor Adelino Cardoso) é um pressuposto deste trabalho e a ela voltarei repetidamente (desenvolvi o tema em Marques, 2002).

de la Médecine, ainda se baseava num fraco esteio íntimo, interno e internalista para defender a acribia do acto médico. Acribia e mau engodo descobriu-se mais tarde. Após a modernidade, os médicos passaram a olhar para as doenças de outro modo: “[...] porque tendo uma ideia precisa do que é a saúde, por ela se regulam para julgar o nosso estado. Não ignoram que, assim como há doenças imaginárias, há saúdes imaginárias; por isso receitam remédios para tornar a enfermidade patente. É que usualmente o médico é um homem experimentado, que desconta metade do que dizemos sobre o nosso estado. Se ele pudesse confiar sem reservas em todas as nossas impressões individuais – como estamos, onde sofremos, etc. – o papel do médico seria apenas ilusório. Não lhe basta, com efeito, prescrever remédios; em primeiro lugar precisa de reconhecer a enfermidade e, portanto, antes de mais, se este homem está realmente doente como supõe, ou se aquele, que se julga são, no fundo, está mesmo doente. Assim se comporta o psicólogo em face do desespero [...]”²⁰. O desespero é uma categoria do espírito, diz Kierkegaard, mal-estar que precisamente é a inconsciência dos homens em relação ao seu destino espiritual, a ignorância desesperada de se ter um Eu²¹. Em desespero se mergulha, tantas vezes, quando se tem uma doença maligna²².

E se recorre a um médico que, mesmo sabendo quão grande é a sua ignorância, recusa ser frio espectador do naufrágio e mera testemunha da desgraça: ele sabe bem que todos “somos também sempre já naufragos”²³; *meléte thánatou*, encontra o sofrimento e enfrenta a morte como nas aventuras tragicomarítimas... A sua atitude não é, como não terá sido a dos gregos²⁴, a curiosidade obscena do transeunte (nem a cupidez amoral do narrador) face a mais um “naufrágio com espectador” que Lucrécio primeiro narrou... menos ainda a conduta perversa dos espíões de salvados... Pelo contrário, cada vez que perde um doente, sangrado pelo luto recente, o médico recorda: “Se para lá do leito que limita este mar profundo, houvesse um outro mar ainda mais fundo e depois um terceiro e outro e outro.../ se através de todos estes mares eu fosse descendo em vertigem.../ [...] Só então, ultrapassados abismos de mares sucessivos, perdidos das minhas mãos e do fruto que as chama, cortadas as raízes da minha voz, separados os gestos das aves que os voam... só então, aniquilado, perdido de mim, um simples ponto luminoso na treva mais absoluta... só então verei a luz virgem, oculta no riso de Deus!”²⁵ – experiência atroz, íntima e indizível que lhe cumpre padecer, desconstruir, desenvolver, recusar e aplicar, como os especialistas em medicina dos cuidados paliativos recentemente nos ensinaram²⁶ e o poeta-médico da Terra Nova teste-

²⁰. Kierkegaard, p. 32ff.

²¹. *Ibidem*, p. 56.

²². Mas todos os que trabalhamos na área oncológica recebemos de doentes e familiares lições extraordinárias: mesmo nas maiores provações, mesmo na noite mais negra, há sempre quem saiba ir buscar algures coragem e força e constância – e está presente, é solidário e, com amor, difunde... luz e paz.

²³. Blumemberg, p. 34.

²⁴. *Ibidem*, p. 37.

²⁵. B. Santareno, pp. 86, 87.

²⁶. Kearney, 1998; q.v. os textos clássicos de C. Saunders e de Kübler-Ross.

munhou: “[...] E de quando em quando passa no vento uma imensa e fria ansiedade muda longínqua.../ Pesa então sobre nós o silêncio duma certa palavra, suspensa e trágica, que luta por dizer-se, que dois lábios de gelo guardam cerrada [...]”²⁷. Gritam todos os nossos mortos que partiram de vez e nunca nos abandonaram; os mortos de cada um de nós o gritam, com o grasnar arrepiante das gaivotas no mar revolto.

Esta mesma imagem exhibe, na oceânica extensão de influências, a enigmática incompletude, opacidade e inacessibilidade do todo, do indivíduo, do singular, do único – da totalidade. Então, como é possível a proliferação de discursos devotos (inclusive de respeito da autonomia do Outro e de fiel obediência a *ethical guidelines*²⁸) e de arengas holísticas (que esquecem oportunamente os efeitos perversos, as margens socioeconómicas e as explicações alternativas...) sobre a apropriação racional das determinações não-racionalizáveis das escolhas de vida em condições-limite: há sempre alguém que presume conhecer tudo (o essencial!) acerca desta doente e, até, pasme-se, conhecer perfeitamente esta doente, a Sra. D. Deéa da Fonseca, ou o seu organismo hipertenso, ou o seu coração em falência diastólica. Numa notável entrevista, falando do seu romance *O amor de olhos fechados*, Michel Henry afirma, surpreendentemente – mas com a autoridade da sua obra e do seu método – de tal totalidade individual que “[...] reside em um dado imediato. Dado imediato que é uma vida que é a minha vida, uma existência que se sente imediatamente, na sua unicidade. O ser é de tal modo para mim que nunca é a espécie de praia impessoal a que chamamos mundo, o espaço que cada um vê, o espectáculo dado a todos. Ele recolhe-se primeiro numa espécie de noite interior que é a minha subjectividade concreta, o lugar da minha acção, do meu esforço e do meu amor e tal existência profundamente pessoal nada é de objectiva [...]”²⁹.

Compreender-se-á que neste difícil encontro com outrem, na deliberação ajuda a quem sofre, na luta contra a doença, o triângulo hipocrático – médico, doente e doença – tenha sido o foco do interesse profissional. Com a especialização médica e a evolução tecnológica, também em oncologia, tudo se complica, visando o tratamento compreensivo do cancro³⁰: em medicina paliativa requer-se uma equipa com enfermeira, assistente social, psicólogo, médico, especialista da dor, nutricionista, etc.; o doente deve estar em casa ou no seu ambiente familiar com amigos; a doença e os sintomas a prevenir e evitar são múltiplos e alguns induzidos pelos próprios tratamentos. Quando se pergunta aos doentes o que eles consideram mais importante no apoio de fim da vida, respondem:

²⁷. B. Santareno, p. 119.

²⁸. Como se em ética clínica, mormente em ética do cuidado, as linhas mestras de orientação pudessem ser “prescritivas” ou normativas e não preocupação de excelência, inquietação metafísica, abertura ao Outro, atenção ao individual e... princípios como o da benevolência e da responsabilidade...

²⁹. Henry, 2002, p. 180 (com a minha sentida gratidão a Anne Henry).

³⁰. Compreendem respectivamente tratamentos curativos, paliativos, programados e não programados, hospital de dia e de noite, tratamentos continuados, ambulatoriais, domiciliários, etc.

- Companhia: presença/palavra/olhar/tocar...
- Controlo dos sintomas: da dor, etc.
- Não prolongamento do sofrimento e da morte
- Resolução obrigações pendentes; preparação para a morte
- Reforço das ligações emocionais
- Sentido/completude existenciais (*closure*)
- Dignidade, integridade – poder (*empowerment*)³¹

Temos de reconhecer que a maioria das instituições em Portugal não estão aptas para garantir aos doentes estes mínimos cuidados; nem há profissionais para tal. Grave questão técnica mas também deontológica e ética.

Não é no desejo que sente de ser competente e de realizar o bem, nem na execução escrupulosa das *leges artis*, mas no encontro pessoal e responsável com Outro, com alguém que nos interpela ou chama; o doente, uma pessoa tantas vezes gravemente fragilizada e dependente, sempre única e com o seu nome próprio, ser humano, nascido de outro ser humano. Estamos muito além da ética do cuidado proposta por Carol Gilligan, et al. Genericamente, e, em primeira aproximação, podemos aceitar três modos principais de pensar a ética: modo dogmático (do “pensamento” de igreja e partido ao fundamentalismo religioso e ideológico); modo dilemático (condicionado pela dualidade e pela imprescindível pré-validação de argumentos) e modo problemático (condicionado por mundos morais locais e dá atenção aos particulares)³². Adoptando este último modo, a questão que me vai ocupar é a da inserção de tais propostas e argumentos na razão clínica, no campo da medicina, em especial a ligação ao doente, ao corpo doente. Qual deverá ser a escolha do médico amarrado fundacionalmente a uma promessa (ser competente e honesto a bem de cada doente, deste doente)? O Juramento de Amato Lusitano é um exemplo notável da longevidade de valores e princípios referenciados bem e mal à sua fonte hipocrática³³.

Por tudo isto, é legítimo dizer-se que todo o acto médico (de enfermagem, de cuidado) é uma experiência moral e reafirmar-se a importância de se olhar para as relações entre a ética, a deontologia, a boa prática e a abordagem dos problemas clínicos concretos, em

³¹. Steinhauer, 2000; Singer, 1999; De Hennezel, 1999.

³². Gracia, 2001.

³³. “Juro perante Deus imortal e pelos seus dez santíssimos mandamentos, dados no monte Sinai ao povo hebreu, por intermédio de Moisés, após o cativeiro no Egipto, que na minha clínica nada tive mais a peito do que promover que a fé intacta das cousas chegasse ao conhecimento dos vindouros. E por isso nada fingi, acrescentei, ou alterei em minha honra ou que não fosse em benefício dos mortais. Não lisonjeei, nem censurei ninguém ou fui indulgente com quem quer que fosse por motivos de amizades particulares. Sempre em tudo exigi a verdade. Se sou perjuro, caia sobre mim a ira do senhor e de Rafael seu ministro e ninguém mais tenha confiança no exercício da minha arte. Quanto a honorários, que se costumam dar aos médicos, também fui sempre parcimonioso no pedir, tendo tratado muita gente com mediana recompensa e muita outra gratuitamente; muitas vezes rejeitei, firmemente, grandes salários, tendo sempre mais em vista que os doentes por minha intervenção recuperassem a saúde, do que tomar-me rico pela sua liberdade ou pelos seus dinheiros.

qualquer contexto, calibrando bem a acção e a omissão, mormente na dor física e na dor moral (como se dizia há cem anos³⁴).

É tomando a sério a transcendência do indivíduo e a irredutibilidade do singular nos âmbitos cognitivo e epistémico que, no plano da acção e da prática, se torna imprescindível a valorização e o desenvolvimento do nível prudencial da deliberação (principalmente em medicina)³⁵. Está ligado à obrigação de determinar e aprofundar o conhecimento do doente, de explorar a experiência à cabeceira do doente e de criar uma taxinomia do adoecer e da dolência: é, afinal, o que a logoterapia desde a Grécia (psiquiatria antes de Viktor Frankl) vem fazendo para os estados de alma e para as respostas emocionais à doença somática. Capitalização no talento natural que temos de reconhecer – antes de conhecer – o particular.

3.2. A passagem dos limites?³⁶

Em *Pureza e Perigo*, Mary Douglas mostra como o corpo humano (presente ou ausente) é bom para pensar, referindo que é um equivalente universal: há um corpo simbólico que integra atributos incorpóreos e propriedades materiais. O corpo físico é um microcosmo da sociedade, “[...] é o modelo por excelência de todo o sistema finito. Os seus limites podem representar as fronteiras ameaçadas ou precárias. Como o corpo tem uma estrutura complexa, as funções e as relações entre as suas diferentes partes podem servir de símbolos a outras estruturas complexas. É impossível interpretar correctamente os ritos que utilizam excrementos, leite materno, saliva, etc., se ignorarmos que o corpo é um símbolo da sociedade e que o corpo humano reproduz, a uma pequena escala, os poderes e os perigos

Para tratar os doentes jamais curei de saber se eram hebreus, cristãos ou sequazes da lei maometana. Não corri atrás das honras e das glórias e com igual cuidado tratei dos pobres e dos nascidos em nobreza. Nunca provoquei a doença. Nos prognósticos disse sempre o que sentia. Não favoreci um farmacêutico mais do que outro, a não ser quando nalgum reconhecia, porventura, mais perícia na arte e maior bondade de coração, porque então o preferia aos demais. Ao receitar sempre atendi às possibilidades pecuniárias do doente, usando de relativa moderação nos medicamentos prescritos. Nunca divulguei o segredo a mim confiado. Nunca a ninguém propinei poção venenosa. Com minha intervenção nunca foi provocado o aborto. Nas minhas consultas e visitas médicas femininas nunca pratiquei a menor torpeza. Em suma, jamais fiz couza de que se envergonhasse um médico preclaro e egrégio. Sempre tive diante dos olhos, para os imitar, os exemplos de Hipócrates e de Galeno, os pais da medicina, não desprezando as obras monumentais dalguns outros excelentes mestres na arte médica. Fui sempre diligente no estudo e por tal forma que nenhuma ocupação por mais urgente que fosse me desviou da leitura dos bons autores; nem o prejuízo dos interesses particulares, nem as viagens por mar, nem as minhas frequentes deambulações por terra, nem por fim o próprio exílio, me abalaram a alma, como convém ao homem sábio. Os discípulos que até hoje tenho tido em grande número e em lugar dos filhos tenho educado, sempre os ensinei muito sinceramente a que se inspirassem no exemplo dos bons. Os meus livros de medicina nunca os publiquei com outra ambição que não fosse contribuir de qualquer modo para a saúde da humanidade. Se o consegui, deixo a resposta ao julgamento dos outros, na certeza de que tal foi sempre a minha intenção e o maior dos meus desejos.” Feito em Salónica no ano do mundo de 5319 (1559, da nossa era) (de *Médico Hospitalar*, 1998; segundo tradução de A. da Rocha Brito publicada originalmente em *Coimbra Médica*, 4, 1, 1937).

³⁴. R. Rey, 1993/2000.

³⁵. Tópico que conclui este estudo.

³⁶. As secções 3.2 a 3.6 são, simultaneamente, o conteúdo aproximado da primeira Unidade Pedagógica da cadeira Arte da Medicina-I da UBI, leccionado por mim desde 2001/2002 (docente responsável Prof. Doutor José Manuel Pereira de Almeida) e o conteúdo desenvolvido de um Seminário em torno do Corpo, realizado em 2003 na cadeira de Bioética da ESSUA (orientado pela Prof. Doutora Florinda Martins); a ambos e a ambas as instituições (que eventualmente irão publicar as respectivas versões) o meu agradecimento.

atribuídos à estrutura social [...]”³⁷. Ajuda-nos a compreender uma estranha fixação dos médicos antigos nos resíduos corporais e nos orifícios de passagem: os excreta, o produtos dos emunctórios, uma das respostas corporais ou somáticas mais plásticas do organismo, foram elementos primordiais para o prognóstico (então mais determinante que o diagnóstico) e as suas propriedades constituíram o núcleo da teoria da doença vigente no Ocidente durante dois mil anos, a teoria dos humores.

O médico profissional veio opor-se ao mago, ao sacerdote, ao ervanário, mas conservou muitos dos seus ritos, mitos, poderes e, sobretudo, muitas das suas crenças e convicções. Por exemplo, no século XVI, um céptico como Francisco Sanches descrevia as três classes de causas de longevidade ou de brevidade da vida: causas naturais, a saber, a alma, o quente e o húmido; causas não-naturais, a comida e bebida, a secreção e excreção, o sono e vigília, o ambiente e paixões da alma³⁸, o trabalho e repouso; e causas contranaturais, nomeadamente os agentes mórbidos, a doença propriamente dita e os seus acidentes. De um adequado conhecimento da história do corpo, há-de vir como me proponho mostrar, a explicação deste modo de inteligibilidade dos factores da esperança de vida³⁹.

No campo da medicina clínica, a doença carrega a individualidade do doente e exprime-se e manifesta-se em alterações, em sintomas, em sinais que conduzem à identificação da parte afectada e, eventualmente, à descoberta da causa da perturbação (em geral a doença). A medicina proclama-se, pelas boas e más razões, diriam alguns, uma experiência do limite e o reconhecimento do limite, visando... a passagem dos limites. Até à modernidade respeitou, porém, com compreensível deferência, as forças curativas da natureza (*vis medicatrix naturae*). Os limites naturais, a natureza humana, a própria condição humana parecem, na actualidade, postos em causa pelos avanços da biomedicina. Tal era inevitável, pois a clínica é uma experiência a dois contra um intromissor malvindo, a doença. Luta permanente contra o sofrimento e contra a morte. À distância, a medicina parece implicar um paradoxal corpo-a-corpo, em que um dos agentes sabe e pode e o outro sofre e cede; dir-se-á que o médico conhece a doença e ignora o corpo. É obrigado a derrubar barreiras e a romper amarras: expor o nu, manipular a carne, incisar a pele, verter sangue, drenar o abscesso, examinar a “porcaria”, sangrar e purgar, reduzir a fractura – executados a e com “sangue frio” – levantam o

³⁷. Douglas, p. 138; Mary Douglas prossegue: “O corpo de um boi sacrificial representa, de forma esquemática, uma dada situação social. Mas, quando interpretamos da mesma maneira os ritos que dizem respeito ao corpo humano, surgem dificuldades; a tradição psicológica, que não deve ouvir falar de sociedade, recambia-nos para o indivíduo. Os ritos públicos exprimem preocupações gerais quando recorrem aos lintéis de portas inanimadas ou ao sacrifício de animais, mas os ritos públicos que tiram partido do corpo humano respondem apenas a preocupações pessoais, íntimas até. Não existe nenhuma justificação para interpretar de maneira diferente os ritos corporais e os outros. Que eu saiba, ninguém enunciou de forma metódica os fundamentos de uma tal distinção [...]” (p. 138).

³⁸. A saber: ira, luxo, gula, timidez, alegria, inveja, soberba, preguiça – a cada época os seus gozos e “pecados”; hoje falaríamos mais da indiferença, da cobardia, da corrupção e da mentira – mas sem se perceber o que daí decorreria em termos de duração de vida.

³⁹. Notar-se-á que este modo de inteligibilidade é, para médicos e outros profissionais da saúde do século XXI, absurdo e quase incompreensível.

problema das dificuldades imensas da “agressão corporal”, da fixação da indicação e da justa medida. Não raramente cruento e até há uns cem anos sem anestesia..., sabendo-se que fármaco significa veneno antes de significar remédio – o gesto profissional era, por vezes, brutal e letal.

Intuitivamente, todos nós, para o “[...] reconhecimento do limite, teremos de rememorar as experiências às quais a infância fornece o lastro primeiro: ser ferido, perder peso, erguer-se, voar, descobrir a resistência, equilibrar-se, suspender o fôlego, fechar os olhos, andar à roda vertiginosamente, empurrar, esconder-se, fugir, adormecer e acordar, sonhar, crescer e adoecer [...]”⁴⁰. Mas o médico recorda outras emoções: assistir a alguém com uma embolia pulmonar, com uma pneumonia intersticial ou com um edema pulmonar agudo – a aflição, a agitação, a falta de ar, os olhos, o olhar, os fervores, a ortopneia, a polipneia, etc.; a sudação, a cianose, a tiragem, o adejo nasal e, à auscultação, as crepitações nas bases; como estão os outros sinais vitais?: há, houve dor?; tem febre?; como está o pulso?; e a pressão arterial?

E como sempre, pergunta(-se), qual a queixa principal (qual o sintoma ou sinal dominante)?; quais as manifestações locais e gerais da doença? onde se localiza a doença?, qual o significado das expressões subjectivas?; há órgãos vitais afectados ou em risco (como estão e como reagem as “funções vitais”)? O médico interroga e interroga-se, observa e inspeciona sistematicamente. Faz o diagnóstico diferencial e etiológico; estabelece factores de prognóstico. Qual é a comorbilidade (provável) naquele contexto (idade, sexo, etc.)? Nesta região (“os ares, os ventos e os lugares” dos antigos), nesta época, qual a prevalência desta doença? Definem-se e hierarquizam-se os problemas e fixa-se a melhor estratégia terapêutica. O clínico pensa, necessariamente, o corpo do doente, o corpóreo, a corporalidade, de forma casuística, genérica, objectiva, redutora: vai da parte ao todo para tratar a parte. O corpo vivido, o corpo real, está afastado das preocupações imediatas e urgentes, excepto no que se reporta aos sintomas. Se é uma emergência, se é doença de órgão vital, se é um caso cirúrgico... define-se, *ipso facto*, o problema prioritário. Por outro lado, há que realizar exames complementares de diagnóstico, e com “[...] as novas tecnologias da reprodução representacional, o estudo do corpo, que sempre implicou a sua lenta combustão em carne, tornou-se de modo crescente o estudo das ilustrações, dos modelos, das imagens científicas que levaram a cabo a dissipação mesma da carne, como matéria e figura reconhecíveis, substituída por sinais de uma linguagem industrial sob a forma de impulsos electrónicos [...]”⁴¹.

O conhecimento da combustão crónica ou aguda do corpo em carne (ou em doença) e do indivíduo em doente (ou em paciente) teve muitas e desvairadas vicissitudes. Ganharemos alguma distância

⁴⁰. Molder, p. 332.

⁴¹. Molder, p. 325.

focal escutando o que outro dos nossos antepassados dizia. Amato Lusitano (1511-1568), famoso médico judeu e insigne humanista, natural de Castelo Branco, escrevia na primeira *Centúria* que “[...] O número sete compreende a alma e o corpo. O corpo consta de quatro elementos e é dotado de outras tantas qualidades. À alma pertence o número três, por causa da sua tríplice força, isto é, a racional, a irascível e a concupiscente [...]”⁴². Os quatro elementos são os elementos primordiais de Empédocles – ar, água, terra e fogo, na sua ligação aos quatro humores – sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra. As três qualidades exprimem a persistência da alma triúnica da teoria platónica do *Timeu*.

O corpo, o presente vivo do corpo para os médicos foi sendo generalizado, materializado, anestesiado, desligando-se progressivamente dos dias críticos, do sofrimento, da *anima*, da ipseidade (o Si) e até do próprio padecente; guardou-se a relevância da idade, do sexo e da raça; da dolência sobra a doença e da condolência, da compaixão, pouco resta. O corpo tornou-se anatomia e patologia: sede de funções vitais, localização de doenças, causa de sintomas e, no fim, explicação da morte. Mesmo morrer converteu-se em burocrática certidão de óbito, em impossível fracasso clínico, em facto sem sentido, em imperdoável abandono⁴³.

As situações de fim da vida – liminares, como o princípio da vida e as “passagens” em geral⁴⁴ – são as que mais solicitam uma presença, um olhar, um contacto, uma palavra; a devoção “[...] ao que é central: o nosso pessoal encontro com quem morre, o encontrar a pessoa que está a morrer. Com o outro que me está confiado, com o outro que me fala. Como o escuto, como o acolho? [...] Sofre. Pode ser que experiências anteriores de sofrimento às quais o doente atribui significado, sentido, possam iluminar aquele último sofrimento. Só eu, que estou com ele, posso guardar a sua experiência de sentido, a sua história de vida. [...] Nas relações humanas, muitas vezes, o que é dito não é o que é vivido: uma atitude agressiva pode significar timidez, uma afirmação de autosuficiência pode ser um pedido de ajuda. [...] Há] que dizer, sobretudo com o gesto, seguramente com a nossa atitude: ‘Não tenhas vergonha! Estamos contigo. Gostamos de ti’”⁴⁵. Espera-se da médica, do médico, da técnica, do enfermeiro, muito mais que um ritual. Exige-se humanidade e profissionalismo, empatia e capacidade de conter a sua intervenção aquém do inumano, de a elevar até ao sobrehumano. Às vezes chegando ao sacrifício extremo⁴⁶. Em suma: a vida e a morte, a coragem e o medo, o corpo e a alma, não são convidados estrangeiros e inesperados no encontro clínico. Na citação anterior mostra-se a

⁴². Amato Lusitano, p. 40.

⁴³. Cada vez mais um facto anónimo e impessoal. Morre-se em Portugal em condições degradantes e desumanas, no meio de incúria inaceitável e incompreensível. Registrando a dedicação acima de todas as medidas e pagas de muitos, quantos pretensos profissionais não estão em actividade liberal ou não liberal, sem acreditação e sem controlo, em instalações indignas, tantas vezes com subsídios estatais?

⁴⁴. Pina Cabral.

⁴⁵. Pereira de Almeida, 1999, p. 29ff.

⁴⁶. Como recentemente se viu com todos os profissionais de saúde que deram, por esse mundo, a vida no combate à recente pandemia de uma forma de pneumonia atípica (SDRA) causada por um coronavírus.

gravidade dos sentimentos e a variedade dos desafios que atravessam a prática nos dias de hoje, como foi em tempos idos. A compaixão (*sympatheia, compassio*), o acolhimento do outro, a ajuda no sofrimento e o controlo efectivo dos sintomas têm uma condição prévia de possibilidade, a passibilidade, e ocupam, de direito, o centro do acto médico. Sem que o médico comovido se deixe desmoralizar, sem que a sua mão trema, sem que a sua determinação vacile.

3.3. As sensações dos antigos

Os antigos médicos gregos verificaram que o melhor critério de justeza de que dispunham para as tomadas de decisão nas coisas da saúde, da doença e da morte, eram as sensações do corpo. Num texto célebre do Corpo Hipocrático (CH), *Da Medicina Antiga*, o escritor confessa: “[...] A medicina não é exacta. Não existe medida, número ou peso em referência aos quais se possa saber o que é mais correcto, não havendo outra métrica para além da sensação do corpo [...]”⁴⁷. Durante mais de mil anos, nas civilizações do Mediterrâneo relembram-se os textos gregos, árabes, hebreus e traduziam-se para latim, continuando nos mesmos termos e com similares argumentos a discussão sobre a natureza do conhecimento médico e sobre as condições de rigor e exactidão na prática clínica. Era dramática e constante a consciência das incertezas, dos riscos e das ameaças inerentes à profissão: mesmo assim a medicina assumia-se como arte (*ars, tekhnē*) e ciência, como a ciência do indivíduo. Não admira que a máxima da razão da medicina hipocrática mais insistentemente aprendida e repetida tenha sido, por séculos e séculos, “primeiro não fazer mal” (*primo non nocere*).

Naquela obra atribuída a Hipócrates, depois de se rejeitarem as teorias unificadoras globais, especificamente a teoria dos humores, e de se excluir a necessidade de postulados ou hipóteses principais, diz-se que não há nenhum critério (objectivo) para determinar a verdade nem para convencer um opositor – o médico não tem outra medida além do seu sentir, do sentimento do seu corpo (podemos designá-la métrica interna ou subjectiva). Na continuação desse parágrafo, o autor recorre à clássica metáfora do piloto do navio, dizendo que um bom piloto é aquele que erra menos e erra pouco, conseguindo, contra ventos e marés, levar o barco ao seu destino; os bons médicos são raros, confessa o autor hipocrático; na sua maioria, os médicos são tão maus como os maus pilotos, não conseguindo vencer as dificuldades que lhe surgem pela frente, nem superar os azares da profissão. Falta-lhes experiência que os habilite a fugir das tempestades e a resolver as complicações inesperadas. Esta é apenas uma das imagens ou metáforas originárias da especificidade da arte médica enquanto praxis essencialmente exposta às sortes; ao acaso, à contingência, opunham os hipocráticos a arte, a *tekhnē*. Esta dualidade terá implicações, como veremos de seguida, na figuração das fontes da evidência (a evidência

⁴⁷. CH, *Da Medicina Antiga*, I; cp. Lloyd, 1995, p. 27.

é posta como *index sui et veri*, verdade irrecusável que dispensa a prova)⁴⁸ e na teoria da tomada de decisão em condições de incerteza. Notemos que ao escolher a sensação do corpo – as queixas, o alívio ou agravamento das queixas – como critério de justeza, o autor hipocrático referia-se ao corpo do paciente (discurso na primeira pessoa), do observador (o clínico, a segunda pessoa, o discurso dialógico), ou, situadamente, aos corpos de ambos, invocando implicitamente a relação, a “inteligência emocional”, a faculdade de empatia. Estamos para além da necessidade e para além do puro controlo dos corpos, quiçá da manipulação de corpos fragilizados⁴⁹.

As controvérsias científicas e filosóficas que marcaram a história da medicina, antes das demais ciências, continuam a ser pregnantas para a compreensão não apenas do desenvolvimento disciplinar e categorial dos saberes, mas para a própria filosofia do conhecimento. Por exemplo, para a noção de constituição (ou diátese), de natureza e de condição humana, de pessoa, de subjectividade, de Si, de Ego ou Eu – temas de actualidade. Sabe-se que, nas seitas médicas da Grécia Clássica e da era helenística, como hoje, as polémicas entre as escolas estavam mais relacionadas com a justificação epistémica da prática do que com as dificuldades do exercício concreto da profissão: afinal Aristóteles sublinhava com bons argumentos que só há ciência do geral, do universal. Geoffrey Lloyd, historiador da ciência, helenista e sinólogo, afirma que muitas das controvérsias na Grécia visavam principalmente o melhor estatuto profissional e a conquista da clientela⁵⁰. Mas diz que havia intenso debate científico; o autor de *Da Medicina Antiga* apresenta uma teoria (diríamos agora) descontinuísta da ciência e opõe-se a um novo reducionismo (perdoe-se o anacronismo) que restrinja as explicações possíveis da doença e da morte. “[...] Quantos experimentaram falar ou escrever sobre a medicina, formaram uma hipótese para base da sua doutrina – o calor ou o frio, húmido ou seco, ou qualquer outra coisa – reduzindo o princípio de casualidade das doenças e da morte dos homens e tomando um só para todos, propondo uma ou duas hipóteses – todos esses manifestamente erram no que dizem. Mas são especialmente dignos de censura, porque se trata de uma arte, de que se servem todos nas mais importantes circunstâncias, ao passo que tributam as maiores honras aos bons artífices e praticantes. Alguns praticantes são de pequena monta, outros distinguem-se bem. Se a arte da medicina de todo em todo não existisse e nela não se observasse nem descobrisse nada, não seria assim, todos seriam igualmente inexperientes e ignorantes, e o tratamento dos doentes seria dirigido ao acaso. A verdade, porém, não é essa. Tal como, nas outras artes, todos os seus praticantes divergem muito uns dos outros, segundo a sua habilidade manual e a sua inteligência, assim também sucede na medicina [...]”⁵¹.

⁴⁸. F. Gil, 1993.

⁴⁹. Neste ponto, contra Lupton, 2000.

⁵⁰. Lloyd, 2003.

⁵¹. CH, *Da Medicina Antiga*, I (tradução gentilmente oferecida por A.P. Mesquita); notemos que os conceitos fundamentais, sagrado, vida, morte, corpo, alma, doença, memória, etc., têm referentes e significados muito distintos dos actuais.

O clínico antigo acreditava ser capaz de identificar ou de inventar a boa ocasião para intervir (era um *inventor occasionis*), definindo a arte como saber ou ciência da constituição (compleição ou corpo/espírito) individual, saber aplicado com medida e oportunidade. Galeno, Ibn Sin (Avicena), Arnau de Vilanova, Francisco Sanches e muitos outros insistiram neste ponto⁵². Um reflexo positivo desta ideologia, a tradição da casuística, vem da primeira Renascença no Norte de Itália – do diagnóstico e do prognóstico nos relatos clínicos regulares (os *consilia*) – e reflectiu a crença numa razão prática, numa era em que os clérigos ainda não tinham sido proibidos de exercer medicina⁵³.

A verdade de enunciados práticos e singulares assenta na experiência directa do sujeito agente e parte muitas vezes da analogia da experiência, da identificação de casos típicos, dos exemplos anteriores. Escora-se, segundo alguns, em alguns valores seminais e em uns quantos conceitos imediatos, quase absolutos, a que teremos acesso em primeira pessoa, por exemplo, mesmo/outro (um ser-como-eu/um estranho), prazer/dor, simetria/proporção, excesso/defeito, mentira/verdade, bem/mal (ou bondade/crueldade), etc. Cresce com a imaginação moral, a calibração do agir, a finura de espírito com que se atenta nas circunstâncias e nos detalhes (Deus está no pormenor)⁵⁴.

3.4. Indicadores somáticos

Conjecturo que no decorrer da história da medicina, a partir de alguns modelos ou imagens germinais, foram reiterados e reproduzidos os diversos modelos de inteligibilidade da prática clínica relevantes para a operação da evidência e para a formação da prova, e, portanto, determinantes maiores da fixação da crença⁵⁵. É possível classificá-las segundo a sua origem nos órgãos (subsistemas sensoriais ou perceptivos) pertinentes do corpo humano. Em conformidade, as figuras ou metáforas originárias e os principais tópicos ou lugares que contribuíram para a definição e a conservação da heterogeneidade do espaço clínico podem ser esquematizados, em primeira aproximação, através do seguinte quadro⁵⁶:

⁵². São sete as coisas naturais (*res naturales*) fundamentais da fisiologia galénica que os clínicos deviam considerar: os elementos, as compleições, os humores, os *membra* ou partes, as virtudes (ou poderes animais, vitais e vegetativos), as operações (funções) e o espírito (*spiritus*). Para Aristóteles apenas existia uma parte ou *membrum* principal, o coração; para Galeno quatro, além do coração, o fígado, o cérebro e os testículos. A questão não era meramente escolar e teórica, pois para diagnosticar a afeição de uma parte interessava sobretudo a parte próxima ou proximal: é uma manifestação do fígado ou do cérebro?; é primária ou subsidiária? A parte principal e fundamental – o coração (o centro e governo quer do corporal, quer do emocional) estava para além dos poderes da arte.

⁵³. Mas os frades da ordem de S. Camilo, ordem dedicada ao acompanhamento e ajuda aos moribundos, ainda exerciam clínica no século XIX e, significativamente, davam especial valor à presença física junto ao leito dos doentes e ao seu tratamento médico, antes da administração dos sacramentos (segundo consta das suas Regras de 1803, publicadas em Lisboa; agradeço a informação ao Dr. A. Lourenço Marques).

⁵⁴. Este esforço de imaginação condiciona todo o momento da compreensão, determina o agenciamento e a responsabilidade (fundando a liberdade), representa inteligência ou idiotia moral: temos que imaginar as consequências de cada acção. Por isso, quando escolho, escolho-me – evidência que se dá nas disciplinas de acção. *Vide* Marques, 2003a.

⁵⁵. Estudei este tema em Marques, 2002, seguindo, em especial, a obra de F. Gil. *Vide* F. Gil, 2000.

⁵⁶. Estranhar-se-á que se fale da caça, mas em *Da Arte* e em *Preceitos*, dois tratados hipocráticos tardios, esta é a metáfora da relação entre a observação e o raciocínio clínico.

Fontes De evidência		Figuração	Função epistémica
Imediata	Tacto	Palpação, contacto físico	Fixação da compleição
	Olfacto	Metáfora da caça	“Pista” e argumento
	Visão	Tiro com arco e flecha	Fixação do contingente
Mediata	Mente / imitação	Arte de pilotar / simpatia	“Teleologia” / empatia

Apesar do manifesto poder do ritmo, da rima, da música, do silêncio, da palavra, do diálogo, há, sublinho, uma relativa depreciação, nas figurações clássicas do acto médico, do modelo de escuta e do ouvido⁵⁷; só mais tarde, a escuta e a posição de escuta (a audição) adquirem lentamente uma relativa hegemonia no encontro doente-médico⁵⁸. Estas figurações incorporadas ou “metáforas vivas” constituem-se em germes de crenças e/ou acções, uma espécie de sinais encarnados de uma realidade vivida intensamente, “no fio da navalha”.

Ibn Ridwan (falecido em 1068), um importante autor árabe que comentou escritos de Galeno acerca das obras do *Corpo Hipocrático*, elegia a experiência e a razão como as duas grandes ferramentas da medicina, articulando a sensação (e a percepção) com a cognição: “[...] Para os vossos diagnósticos e para as indicações que observais deveis escolher sempre as coisas mais poderosas e mais reconhecíveis, e estas são as coisas que podem ser percebidas pela vista, pelo tacto, pela audição, pelo olfacto, pelo paladar e pelo intelecto. A natureza deu-nos estas faculdades, com efeito, em ordem a que, através delas, possamos reconhecer o verdadeiro carácter das coisas [...]”⁵⁹.

Após a escolástica, com o fim do galenismo, os critérios de saber oriundos da experiência do corpo foram sendo progressivamente substituídos pela determinação da relação sistemática de causalidade entre um sistema ou um aparelho de medida e o (objecto) medido (são as métricas externas ou objectivas), vindo a dar os seus frutos na ciência moderna; apenas nos séculos XVIII e XIX esta mutação atinge a prática clínica, concretizada na estatística médica de Gavarret e Louis.

Com esta evolução, o sentido do acto médico irá ser alterado profundamente. Ganhou-se certamente na capacidade de redução da incerteza e na quantidade e qualidade dos instrumentos de diagnóstico e de tratamento. Mas, enquanto instância mediadora, enquanto encon-

⁵⁷. Escuta, que significa mais que audição: é a capacidade de receber, acompanhar e conter – passo a passo, sem adulteração – atentamente, o que alguém nos quer mostrar, o que alguém nos procura dizer.

⁵⁸. A compleição ou *complexio* é a expressão corpórea do equilíbrio ou desequilíbrio dos humores: ainda hoje dizemos de alguém bem constituído e com saúde que possui uma boa compleição. Não devemos omitir que o ponto de partida para a determinação da compleição de um órgão, ou do organismo, na medicina escolástica, era sempre a descrição da sua anatomia – propriedades físicas, morfologia, cor, temperatura, hidratação, etc. Quanto à arte de pilotar, como o tiro com arco e flecha, como a guerra, são domínios da contingência e do *kairos*. Acerca da escuta refiram-se os escritos *princeps* de Rufo de Éfeso sobre a importância da anamnese (estudei o tema, largamente, em Marques, 2002).

⁵⁹. Citado por Nutton, 1993, p. 10.

tro, o lado humano do acto médico tem vindo a degradar-se (exceptuam-se, naturalmente, certas correntes da psiquiatria e disciplinas afins). Por outro lado, enquanto acto de afecto e de cuidado, está, segundo alguns, a atravessar uma profunda crise de falta de autenticidade⁶⁰.

Foi, no entanto, uma mudança lenta. O modo de medida pela sensação do corpo estava ainda presente em pleno século XVI em Francisco Sanches, sendo por este descrito de forma exorbitada no seguinte comentário: “[...] Houve alguns médicos que afirmaram que, para ser perfeito, o médico devia sofrer todas as doenças, pois só assim podia formar delas um juízo exacto [...]”⁶¹. Este critério, sugiro, equivale à primeira regra do respeito da diferença: imaginar-se no lugar do outro. No século XIX era ainda uma doutrina prevalente. Como disse acima, há muito que deixou de se falar de sensação do corpo como métrica da justeza em medicina. Pelas boas razões (progresso tecnocientífico) e pelas más razões (quais?).

Uma nota e uma extensa citação acerca do corpo e da subjectividade, para compreender o alcance actual da sensação do corpo como “métrica interna”:

1^a: Os estudos da fenomenologia do corpo e da fenomenologia da vida realizados ultimamente em torno de filósofos como Michel Henry, que fala em corpo subjectivo imanente (não se reduz nem às imagens do corpo nem à autoimagem) conduziram à revalorização de experiências na primeira pessoa – como tal subjectivas – como a experiências de Eu posso, Eu sinto, Eu palpo, Eu vejo, Eu falo, Eu escuto-me ao falar, etc.; serão experiências anteriores e fundadoras dos actos de sentido, do Eu penso, do *cogito* cartesiano⁶². Corresponde a uma espécie de *cogito* somestésico, passivo e activo, condição “orgânica” prévia de toda a subjectividade.

2^a: Recentemente, suportado por dados da neuropsicologia, António Damásio formulou a hipótese do marcador somático, recuperando a antiga teoria das emoções de James-Lange (“não fujo por ter medo, sinto medo por fugir”⁶³):

“[...] Independentemente do mecanismo através do qual as emoções são induzidas, o corpo é o palco principal das emoções, quer directamente, quer através da sua representação nas estruturas somatossensoriais do cérebro. Mas o leitor pode ter ouvido dizer que esta ideia não é correcta, que é, na sua essência, a velha ideia proposta por William James – James propôs que, durante uma emoção, o cérebro causa modificações do corpo – e que o tempo pós esta ideia de lado. Nada disto é verdade. Em primeiro lugar, a minha proposta é mais complexa que a de James e inclui vários elementos novos. Em segundo, o ataque contra James, que se manteve durante a maior parte do

⁶⁰. Estará a desaparecer o *ethos* da profissão – a sensibilidade, a atenção à vida, o empenhamento no alívio do sofrimento?

⁶¹. Francisco Sanches, p. 124.

⁶². M. Henry, 1987.

⁶³. Perdoe-se a simplificação; note-se que escrevo “sinto” medo e não tenho medo (ver-se-á porquê).

século XX e que ainda se arrasta, não tem grande mérito, embora a proposta de James não fosse perfeita nem completa. Os mecanismos que delinee para representar a emoção e produzir um substrato para os sentimentos são compatíveis com a exposição original de William James sobre este tema, mas incluem várias características ausentes na obra de James. Nenhuma das características por mim acrescentadas viola a ideia básica de James, segundo a qual os sentimentos são, em larga medida, um espelho das modificações do estado corporal. É isto que constitui a contribuição original de William James. No entanto, as características por mim avançadas acrescentam novas dimensões a estes fenómenos. Por exemplo: a) as respostas emocionais dirigem-se tanto ao corpo propriamente dito como ao cérebro; b) o cérebro produz importantes modificações no processamento neural, que constituem uma parte substancial daquilo que vem a ser percebido como sentimento; c) o corpo deixa de ser o teatro exclusivo das emoções e, conseqüentemente, deixa de ser a origem única dos sentimentos, tal como James prescreveu; d) a origem dos sinais respeitantes ao corpo pode ser “virtual”, pode basear-se numa representação do corpo “como se” em vez de uma representação do corpo “como é”.

Não propus estas características e mecanismos adicionais para a emoção com a intenção de responder aos ataques contra William James, embora as minhas propostas acabem por responder a estes ataques. Desenvolvi as minhas ideias antes de ter compreendido que os atacantes estavam a atacar. Mas depois de me dar conta deles, achei que valia a pena discutir o problema por três razões. Em primeiro lugar, porque o relato que William James nos legou estava incompleto e precisa de ser alargado numa perspectiva científica moderna. Em segundo lugar, porque a parte desse relato que estava completa não estava correcta nalguns pormenores. Por exemplo, James baseou-se exclusivamente nas representações provenientes das vísceras, deu pouco ênfase aos músculos esqueléticos como origem da representação dos sentimentos, e não fez qualquer referência ao *milieu* interno. Em terceiro lugar, porque várias das críticas a James contêm erros profundos que se têm mantido na literatura científica e que ainda hoje dificultam a compreensão da emoção e do sentimento [...]”⁶⁴.

Em resumo, subjacente a todas as vivências (sobretudo quando emocionalmente intensas), sejam perceptivas, sejam cognitivas, há representações não conscientes do estado do corpo (o marcador somático), pró-activas, reactualizadas, reguladoras da tonalidade afectiva; participam em cada decisão do agente e, sobretudo, contribuem para a constituição do Eu ou *Self* pré-narrativo. Mas o sentir ou a sensação do corpo é elementar, falível, subjectivo e frágil critério de justiça; tem, como condição de possibilidade, um corpo sentiente, um Eu compassivo; vai favorecer no desempenho do papel de médico (ou enfermeiro) um agente determinado, sempre à beira da mimese ou do excesso, da fusão ou da soberba. A posição senhorial, a vontade de

⁶⁴. Damásio, 2000, pp. 328ff.

saber e a ilusão de poder arrastam-no com facilidade para a solércia, para a arrogância, para a insolência (a *hubris* dos gregos).

3.5. Racionalidades morfológicas

O problema do corpo, na perspectiva parcial e limitada da medicina ocidental, é, como vemos, antigo, obscuro, equívoco, muito vasto e nada simples. Não é claro qual a boa abordagem filosófica (consintase a ambição) deste tema; as perspectivas da morfologia, da biomedicina (anatômica, fisiológica, patológica...), da engenharia genética (genômica, proteômica), da fenomenologia, da antropologia, da “vida artificial” (eletrônica, biônica, robótica), são apenas algumas entre muitas outras.

Nas suas originais investigações em torno da historiografia do corpo humano, Kuriyama adopta uma direcção metodológica nova muito interessante: “[...] enquanto que o desenvolvimento da anatomia contribuiu para formar uma consciência de muscularidade, seria incorrecto atribuir a segunda à primeira. Em lugar de subsumir a história do corpo musculado sob a história da dissecação, eu [diz Kuriyama] tentarei, pelo contrário, mostrar como um estudo do corpo muscular altera a nossa perspectiva acerca da imaginação anatômica – como ela nos impele a alargar o nosso campo das formações anatômicas e convida a olhar de novo também as ligações entre o corpo e o *self* [...]”⁶⁵.

Na imagem grega do corpo revelar-se-á a fobia do estado pletórico; na saliência dos vasos (*phlebes*, daqui a flebologia, ciência das veias e da função venosa) está a marca dos humores – não esquecer que o sangue, então, movia-se mas não circulava. Representa a topologia da dor e do seu alívio⁶⁶ – daí os pontos e os regimes rituais das sangrias ou flebotomias⁶⁷.

Em termos da maneira de estar no mundo, muito sucintamente, o interesse grego pela massa muscular, pela força bruta (bruta porque virada para a luta e a guerra) e pelo exercício físico (nos jogos, na afirmação clânica) – vai a par com uma peculiar configuração da personalidade como sede da vontade própria (principalmente em Atenas). Surpreendentemente, o substantivo “músculo”, como tal, não aparece em Homero, nem em Platão (no *Timeu*, o texto onde expõe uma teoria da saúde e da medicina) e está praticamente ausente dos textos dos escritores hipocráticos.

⁶⁵. Kuriyama, p. 133.

⁶⁶. Kuriyama, p. 203ff; a plétora era responsável ou era associada virtualmente a todas as doenças (p. 297). Os estudos de Kuriyama, em suma, mostram que o conceito e as imagens do corpo humano para os médicos gregos se subordinam à repugnância cultural pela fraqueza e pela obesidade, a fobia do estado pletórico e o culto da boa-forma física, da competição e do antagonismo. Esse conceito condicionou, conseqüentemente, os ritos terapêuticos e os pontos anatômicos associados, até ao século passado, às sangrias ou flebotomias.

⁶⁷. Era tal o bem-estar que causavam (!) que Locke, no segundo lustro do século XVII, escrevia de Paris a Sydenham, seu amigo e médico, queixando-se da falta dessa purga do dia sétimo.

Entre as categorias que se ligavam com as figurações do corpo destacavam-se, segundo Kuriyama, as polaridades masculino/livre/eu-faço e feminino/escravo/eu-posso. Especulando acerca da sua proveniência, Kuriyama encontra nas anatomias imaginadas, respectivamente, por Aristóteles e por Galeno, uma dualidade significativa, o agenciamento, o acontecimento⁶⁸, afinal versões adverbiais do agir e do sofrer. A experiência da doença é essencialmente o converso do eu posso, é padecimento, é sofrimento, é impotência, é tormenta, é naufrágio, naufrágio iminente. É a um tempo intensificação, fenómeno parcial, estranhar o seu corpo, não estar bem, não ser “o mesmo”, sentir-se mal (na sua pele).

Se o que mais nos interessa tratar e compreender é, de facto, o corpo como sede de afectos, de dor, de doença – como sede de representações, do Eu (Si e/ou *Self*, não distinguirei, por ora), de patologia – estas abordagens são ainda insuficientes. Temos, todavia, desde a filosofia fenomenológica dos inícios do século passado, uma visão mais apropriada do corpo sentiente que costuma designar-se por carne (em alemão *Leib*, por contraste com corpo, *Körper*). Esta carne/corpo é, em grosseira aproximação, a união ou o composto de soma e psique.

Em primeira aproximação, o corpóreo, o *soma*, resulta da integração das entranhas no corpo, de uma encarnação de tipo visceral e sensorial – processo que, invocando as investigações de António Damásio, podemos explicar pela hipótese do marcador somático. O psíquico depende de uma encarnação de tipo cognitivo e/ou emotivo (pático ou tímico). Poroso, o corpo sentiente desdobra-se (em primeira análise) nos seguintes três “níveis”:

Uma aproximação ao corpo sentiente: uno e múltiplo

<i>Nível de sentires</i>	<i>Visibilidade das manifestações?</i>	<i>Expressão motora</i>	<i>Há autoafecção supraveniente?</i>	<i>Terminologia de A. Damásio⁶⁹</i>
1. Corpóreos	Sim	Sim, voluntária	Não	<i>Self</i> neural
2. Carnais ou das entranhas	Não	Sim, involuntária	Não e sim (?)	Consciência nuclear
3. Psíquicos ou anímicos	Não	Sim, voluntária	Sim	Consciência alargada

Ou seja, nos termos de António Damásio: “[...] a consciência nuclear depende, de forma crítica, da actividade de um conjunto restrito de estruturas cerebrais, filogeneticamente antigas, que começam no tronco cerebral e terminam nos córtices somatossensoriais e cingulados. Neste conjunto, a interacção entre as estruturas que o compõem, 1) apoia a criação do proto-si; 2) gera o padrão neural de segunda ordem que descreve a relação entre o organismo (proto-si) e o objecto, e 3) modula a actividade das regiões de processamento do objecto que não fazem parte deste conjunto.

⁶⁸. *Ibidem*, pp. 144, 148.

⁶⁹. Damásio, 1994.

A especificidade com que estou a identificar estas estruturas componentes não significa que encare qualquer uma delas como a base da consciência. Nenhuma das funções acima analisadas é executada numa região cerebral única ou num centro cerebral único, mas emergem, sim, como resultado de integrações interregionais de actividade neural. Creio que o sentido do si e o realce emergem das interacções no interior deste conjunto de regiões neurais. O padrão neural que subjaz à consciência nuclear para um objecto – o sentido do si no acto de conhecer uma determinada coisa – é, consequentemente, um padrão neural de grande escala, que requer actividade neural em dois conjuntos interrelacionados de estruturas: o conjunto cuja actividade interregional gera o proto-si e os mapas de segunda ordem, e o conjunto cuja actividade interregional gera a representação do objecto [...]⁷⁰.

Para compreender, então o monismo (a pseudodualidade) corpo/alma que inspira a medicina desde a Grécia Antiga, a consideração do tema da experiência do corpo, da passividade, da autoafecção é, constata-se, incontornável. Recuando para formas de vida pré-cartesianas, falei de experiências anteriores à clivagem sujeito/objecto⁷¹. Pode concluir-se que a unidade, integridade e conformidade aos fins dos três “níveis” de sentires resulta numa sensação de saúde, bem-estar, beatitude (como diria Espinosa); o contrário é doença, mal-estar, sofrimento. Infere-se que o discurso unidimensional do corpo é inadequado; analisá-lo a partir de uma só perspectiva é perigoso; as diferentes visões histórica, médica, fenomenológica, “psicogenética”, etc., não se excluem, completam-se.

3.6. De corpo presente

Sentimos dores por não sermos um; se fossemos de uma só peça não teríamos dores: porque em tal indivíduo não haveria nem mudança, nem corrupção, nem excesso, nem defeito⁷². Na Grécia antiga, a enfermidade, para o doente, e também para o médico, era sentida sob a figura da injustiça (*adikia*), visto que a violência contra a natureza (*physis*) era a causa comum das doenças, sendo a manifestação da doença (ou *semeion*) o sinal ou sintoma; este era evocado no lugar da afecção ou do padecimento (*pathema*). Os autores do Corpo Hipocrático estudaram as causas naturais das doenças e, ao contrário do que se escreve por vezes, ocupavam-se da dor: numa totalidade de cerca de 2.000 ocorrências, o termo para dor foi *algos*, *algema* (#400), *ponos* (#700), *odune* (772), *pathos* (#150), *lype* (#59) e *odis* (#12), sendo o referente em geral a dor aguda (e a dor de parto, *odis*)⁷³.

⁷⁰. Damásio, 2000, p. 310ff.

⁷¹. “Qual é o lugar da objectividade que é como as ciências naturais vêm o ser-das-coisas? Ela faz parte do fenómeno que pode tornar evidente para o homem algo presente como presente. Mas algo presente também pode ser experienciado como algo que brota a partir de si em si mesmo” (Heidegger, 1987/2001, p. 125).

⁷². Hipócrates, *Da Natureza Humana*, 2, 56, 34 (cp. Horden, pp. 305ff).

Compreensivelmente, nem a anatomia descritiva, topográfica ou patológica, nem a “anatomia clínica” ou aplicada, são as únicas ferramentas – nem as melhores – para o conhecimento do corpo: dissecar o cadáver ou talhar o corpo não é a forma ideal de aceder ao sensível ou ao sentiente que nele se oculta, à experiência carnal, ao sujeito encarnado! Pelo contrário, como Foucault demonstrou, aquelas importantes técnicas reflectem pontos de vista a uma só escala: como tal são parciais e parcelares, meras reduções do corpo às suas partes e funções, que a racionalidade do positivismo médico julgou hegemónicas e definitivas. Essas convicções sofreram os primeiros abalos com a difusão do microscópio e a teoria celular (*omni celula e celula*, insistia, em finais do século XIX, Virchow); a teoria da evolução e a genética, pouco depois deram-lhes o golpe final: são plurais as descrições pertinentes e as hermenêuticas clínicas do corpo. Mas essas disciplinas científicas dizem o corpo que somos, não falam do corpo que temos e experienciamos como carne, como corpo subjectivo que sabemos que temos⁷⁴. Como vida, corpo presente, presente vivo.

Em parágrafos rutilantes, Franz Kafka dava terrível e púdicamente testemunho acerca do sofrimento – afirmando a despossessão do corpo, rejeitando a posse, enquanto experiência e enquanto variante fenomenal⁷⁵: “Nós também temos que padecer de todos os sofrimentos à nossa volta. Nós não possuímos um corpo, antes temos um crescimento, e é isso que nos conduz através de todas as dores, sob esta ou aquela forma. Tal como a criança se desenvolve e passa por todos os estádios da vida até chegar à velhice e à morte (parecendo, no desejo e no medo, cada estádio inacessível ao precedente), assim nos desenvolvemos (não menos ligados à humanidade do que a nós próprios) através de todos os sofrimentos deste mundo. Neste contexto não há lugar para a justiça, mas também não o há para o medo do sofrimento ou para a interpretação dos sofrimentos como coisa que se mereça”⁷⁶. Falava do corpo que era ou do corpo que tinha?

Retiro daqui, metodologicamente, heurísticamente, a sugestão de uma subtil mas incompressível polaridade entre ter corpo, carne, a ideia de ter corpo (de-corpo-presente?; corpo de presença) e ser corpo, corpo, a ideia de ser corpo (de-corpo-ausente?; corpo de ausência), segundo um padrão de oposições que podemos resumir no quadro que segue⁷⁷:

⁷³. Horden, pp. 295ff.

⁷⁴. Vide M. Henry e F. Martins.

⁷⁵. Mas desafiando o senso radicalmente não redentor e “patológico” do sofrimento – hoje – em medicina.

⁷⁶. Kafka, p. 41ff; as grandes questões metafísicas que dilaceram a nossa cultura – animalidade, sexualidade, genitalidade, natalidade, individualidade, identidade, mortalidade – podem resumir-se à seguinte interrogação: somos ou temos corpo? (cp. Heidegger 1987/2001 e Habermas 2003).

⁷⁷. Quadro-síntese em desenvolvimento que não é possível justificar cabalmente aqui – traduz as minhas dificuldades em resolver o “problema do corpo”; entre outras, quero agradecer a influência de M. Henry, as conversas havidas com F. Martins e a leitura do Espinosa de Henry por M.L. Ribeiro Ferreira.

Ideia de ser corpo	Ideia de ter corpo
Sentir	Sentir; sentir-se
Movimento	Mover-se; agir
Reflexos, automatismos	Idem e vontade
“O aberto”?	Abertura e fecho
Fusão em outrem	“É como eu”; consciência de si
Conduta instrumental	“Eu posso”, “eu faço”
Fusão no grupo conspécifico	Primeira... terceira pessoa
De-corpo-ausente?	De-corpo-presente?

Mesmo em biomedicina e em enfermagem, mesmo na clínica, o corpo permanece, ainda hoje, como um objecto semiinterdito e semi-opaco, às mãos nem sempre aptas de um (descendente de) feiticeiro ou aprendiz de feiticeiro? Como um corpo maldito? Por isso é bom insistir que o corpo-doente-presente (à médica, ao enfermeiro) transcede o somatório dos órgãos e a integração das funções; é o primeiro, o predominante e o principal critério de identificação e individualização do ser humano: sente, recorda, fala, pensa – sofre, goza. O que tem consequências (olvidadas?) para uma concepção adequada de doença, que respeita a inteligência do corpo, a integridade corpo/alma, e, em especial, que fixa o lugar do outro – o paciente, na busca de compreensão, acolhimento e afrontamento do sofrimento e da dor em cada encontro clínico.

A medicina nasceu paradoxalmente, concluir-se-á, como uma prática global e holística e um saber local e particular, uma ciência do indivíduo que pressupunha a capacidade de uma pessoa (devidamente formada e treinada) se imaginar no lugar do outro: como entender o sofrimento de um idoso, as queixas de um hoplita ou as dores de uma grávida⁷⁸? Ter corpo: a carne é a condição de possibilidade deste movimento imaginário; ser corpo: o corpo é a sua condição simétrica de impossibilidade. Esta arte médica de sentir traduz, porventura, uma forma arcaica e indiferenciada de pensamento: mistura a exterioridade e a interioridade, a objectividade e a subjectividade, o inumano e o humano⁷⁹.

Humano, cuja existência nunca é absoluta integridade e repleção, nunca é plena e perfeita coincidência de si consigo mesmo. A vida, a vida de cada pessoa é aberta, a existência é abertura: “Com todos os olhos vê a criatura o Aberto. Só os nossos olhos estão como invertidos e de todo postos à volta dela como armadilhas em círculo à volta da

⁷⁸. Mas resta um problema de fundo: quais as condições da emoção vicariante da empatia? Como pode sentir ou saber o que são dores de parto quem nunca deu – nem dará – à luz? Foi este o entendimento dos hipocráticos em *Da Medicina Antiga*, de Stefano e de tantos outros, e, até um veterinário romano, Paládio, escrevia nos primeiros séculos da Era Comum, num dos primeiros Tratados da matéria, que, para diagnosticar a doença do cavalo, o bom técnico deverá imaginar como o cavalo se sente. Os limites dos poderes do *Self* eram manifestamente outros, mas quem tem animais domésticos... ou conhece e gosta de cavalos...

⁷⁹. Douglas, p. 98: “[...] A única forma de diferenciação do pensamento que me parece pertinente e que pode servir de critério de comparação aplicável tanto às diferentes culturas como à história das nossas próprias ideias científicas repousa sobre o princípio kantiano de que o pensamento só progride libertando-se das cadeias das suas próprias condições subjectivas. A primeira revolução copernicana [...] é uma revolução sem fim [...]”.

sua saída livre. O que está lá fora só o sabemos da face do animal [...]”⁸⁰. A inteligência do corpo é mais óbvia nos animais, nos *Bichos*⁸¹.

Sobre uma primordial experiência de Si, qualidades várias – os cheiros, os sabores, os sons, as cores, as formas, os contornos, etc. –, desenham os traços de objectos intermediários, interiorizados, projectados, sentidos, não criam uma polifonia de traços dissociados e de desenhos caóticos. Essa simbolicidade é vida percebida, apropriada, vivida de dia e de noite, em estado vigil e a dormir, a sonhar e a agir. A dor, o prazer, o medo, a raiva, o sonho, estranhas pertenças, traduzem a animalidade do ser humano, de ser corpo e de ter corpo.

Se na *polis* da Grécia o conceito alguém se terá formado de ninguém e a noção de cada um contra a noção de distância (sigo uma ideia de Hannah Arendt), nos nossos dias, cada vez mais, humanidade será proximidade ou não será. Estar próximos, aproximarmo-nos para a partilha das angústias e dos medos, das certezas e das dúvidas daqueles a quem queremos, daqueles a quem perguntamos “Quem és tu?”, “Como te chamas?”, “Sentes-te bem?”, “Precisa de ajuda?”⁸².

Nas cenas XII a XV do Frei Luís de Sousa, Garrett põe um enigma e um segredo na personagem de um vagabundo que se diz recém-chegado da Terra Santa:

“Jorge – Que é precisa muita cautela com estes peregrinos! A vieira no chapéu e o bordão na mão, às vezes não são mais que negaças para armar à caridade dos fiéis. E nestes tempos revoltos...

CENA XIII

Miranda – Aqui está o romeiro.

Madalena – Que entre. E vós, Miranda, tornai para onde mandei: ide já, e fazei como vos disse.

Jorge – Entrai, irmão, entrai. Esta é a senhora D. Madalena de Vilhena. É esta a fidalga a quem desejais falar?

Romeiro – A mesma.

[...]

(culminando num dos momentos mais dramáticos do teatro português, a CENA XV:)

J – Romeiro, romeiro! Quem és tu?

R *(apontando com o bordão para o retrato de D. João de Portugal)* – Ninguém”⁸³.

⁸⁰. Assim abre a *Oitava Elegia* de Duino de Rilke.

⁸¹. Refiro-me, é claro, à extraordinária obra de Miguel Torga, que reconhecia corpo e carne.

⁸². Como espontaneamente perguntamos a um estrangeiro que, atrapalhado, procura orientar-se na nossa terra.

⁸³. Garrett, Frei Luís de Sousa (com a grafia corrigida por mim).

O enigma, a partida e o retorno do mesmo, representa o mistério da morte e da ressurreição do corpo – da carne, do corpo subjectivo, do corpo-peregrino: *homo viator*. O segredo, Ninguém, suscita, de modo brutal a questão da posse do nome próprio, da atestação, através da fingida ocultação da identidade e da pretensa inconfidencialidade do sujeito. Boutang, em obra incomparável, *L'Ontologie du Secret*, ensina que o ser do segredo é o segredo do ser, do ser que se dá como afecto⁸⁴. A quem se dá nome e tempo e amor. Que transparece no brilho do olhar, no agitar do coração, no tocar da mão, na palavra límpida – na aproximação e no reconhecimento, no compadecimento e na *philia* (como na ideal relação entre médico e doente, entre mãe e filho)⁸⁵. *Philia*, empatia que tornam a dor que me magoa, dilacera e divide (a parte dorida é outra) em afecto, fantasia, esquecimento; amor que converte o sofrimento e o desespero que me sufocam, em resistência e salvação.

Quem sabe que vai morrer, nos momentos do fim da vida, diz, pede: “dê-me a sua mão!”, “fica comigo!”, “não me deixe só!”; outros, lucidamente, avisam-nos: “não sabia que isto é tão custoso!”, ou, arranja ânimo para incitar quem está presente “M., F., não tenham medo...!”, ou, ao partir, deixa cair derradeiras lágrimas – e adivinha-se o grito de alma... adeus... Nós, de mãos dadas, de olhos nos olhos, reprimindo a comoção, sem palavras, orando, emudecidos, dizemos “estou contigo”, “gosto de ti”; “espera por mim”, pensamos, “deixa-me ir... já vou... ter contigo”.

⁸⁴. Adopto o título e acolho a filosofia que F. Martins concedeu à afectividade na sua Tese de Mestrado (*vide*, também, F. Martins, 2002).

⁸⁵. Um velho aforismo grego dizia que “Onde há amor do homem, filantropia, há também amor da arte, filotecnia”; cp. B. Santareno, p. 242.

4. Segunda navegação: pelos mundos morais

4.1. Introdução

“[...] pain and the concomitant experience of release from pain are the only sense experiences that are so independent from the world that they do not contain the experience of any worldly object [...]”
H. Arendt, 1989/1958, p. 114.

“[...] la souffrance pure de douleur [...] souffre de telle façon qu'elle n'est plus rien d'autre que cette pure souffrance, se souffrant soi-même en sa propre souffrance et par elle – dans son identité avec soi. La souffrance pure est sa passion. Sa venue en soi-même, c'est sa souffrance [...]” M. Henry, 2000, p. 86.

“[...] la souffrance proteste contre sa propre existence; la loi du temps est précisément la loi d'impossibilité entre jouissance et souffrance [...]” J. Porée, 1993, p. 165.

Para o clínico a segunda navegação é um retorno: da molécula, da célula... do órgão..., do sintoma e do sinal... ao doente, é o círculo hermenêutico, a quebra do anonimato do Eu, o leve “toque” na subjectividade⁸⁶. A relação estar-face-a-face é sempre assimétrica visto que o Eu, para o qual tudo está em face de, permanece anónimo, isto é, de face para ninguém, pois não é objecto para ninguém, não é coisa⁸⁷. Diria que a *sympatheia* (ou a *philia*?), a confiança e a verdade podem equilibrar esta assimetria cuja compensação passa pelo “con-sentimento”, pela afectividade, pela passividade⁸⁸. Ontem como hoje, mas hoje com mais meios e aparelhos, perguntamos: Quem? Quem chama? Quem morre?

A medicina escreve biologia a muitas mãos, a biomedicina, mas não há ainda a página 1 de uma fenomenologia clínica do corpo⁸⁹. Julgo que foi Francisco Sanches quem primeiro formulou, com singular radicalidade, os prolegómenos a esta fenomenologia do corpo (embora numa perspectiva epistémica, nos antípodas da que – profundamente influenciado por Michel Henry – me interessa⁹⁰): “[...]”

⁸⁶. E sabe-se como médicas e enfermeiros são dos raros estranhos autorizados a tocar a intimidade.

⁸⁷. Disse algures M. Henry, 2000.

⁸⁸. Por isso nem o privilégio (terapêutico) e a mentira piedosa nem a autonomia (recíproca) e a angústia projectiva são a boa solução para a barreira da alteridade.

⁸⁹. Deixo de fora Husserl, Heidegger (Conferências de Zollikon), algum Merleau-Ponty, a psiquiatria de um Biswanger...; para o “estado da arte” vide Kay Toombs, 2001.

⁹⁰. Michel Henry (2000/2001) que, como Francisco Sanches, reestabelece a pessoa, o médico, como *sensualis artifex*, oficiante de sentidos. Outro filósofo moderno que tratou profundamente esta temática – cheio de imagens e exemplos médicos – foi, como se sabe, Kierkegaard. Merece um tratamento que aqui não cabe, seja nesta perspectiva seja na da análise dos processos de desespero e de angústia existencial. Em Marques, 2002, desenvolvi extensa análise da obra de F. Sanches.

Houve alguns médicos que afirmaram que o médico, para ser perfeito, devia sofrer todas as doenças, pois só assim poderia formar delas um juízo exacto; e essa opinião não se pode considerar inteiramente tola, embora nesse caso fosse preferível não ser médico. Efectivamente, como é que há-de formar um juízo exacto acerca da dor aquele a quem nunca doeu nada? Diagnosticamos e curamos melhor nos outros aquelas doenças que experimentamos em nós mesmos. Como é que um cego, ou um sujeito de vista defeituosa, há-de proferir uma sentença justa acerca das cores, ou um sujeito meio surdo acerca dos sons, ou um paralítico acerca das qualidades tácteis? [...]”⁹¹. É uma forma de identificação hiperbólica; o converso da dúvida hiperbólica de Descartes.

Não há uma filosofia fenomenológica da vida: Michel Henry começou a fazê-la⁹².

A filosofia espontânea do organismo ou da corporalidade ou, ainda, a filosofia natural elaborada empiricamente pelos médicos, no decurso dos dois milénios que passaram da fundação da medicina hipocrática – e sua reconstrução pós-galénica – até ao Renascimento e ao dealbar da Era Moderna, atravessou dois grandes sistemas de pensamento (ou epistémicos) contraditórios (ou incomensuráveis). É uma tese central de Michel Foucault, retomada por Lorraine Daston: o primeiro, sistema preter-natural, derivava de uma especial sensibilidade para o particular, o admirável, a maravilha, o variado, o raro, o anormal⁹³; o segundo, sistema pós-cartesiano, exprime uma sensibilidade mais voltada para o utilitário e para o geométrico, a procura da regra e da fórmula matemática que expliquem a variedade indefinida dos entes. Paralelamente, o sinal, o sintoma (*semeion*) que foi, até ao século XVI, testemunho, assinatura binária das coisas, marca emblemática observável, descrição e interpretação do “fenómeno” – cuja fidedignidade podia ser apreciada pela frequência com que “falava” verdade – passou a ser mero portador da probabilidade de uma proposição⁹⁴. Durante a transição do século XIX para o XX, as condições do exercício da medicina fecharam-se às influências da sensibilidade primordial (a sensação do corpo) no sistema de decisão clínica⁹⁵.

Poder-se-á afirmar que, em plena revolução da genómica, enfrentamos o pico da crise caracterizada por uma dupla eliminação do sentido (e do sentido do acto médico): a primeira, a redução galilaica (ou galilaicocartesiana) apagou da descrição pertinente do universo nada menos que o conjunto das qualidades sensíveis⁹⁶ e, do mesmo passo, os corpos sensíveis enquanto semente ou repositório dessas

⁹¹. F. Sanches, p. 124 / ed. 1999.

⁹². Exceptuam-se as obras precursoras de J. von Uexküll e de F. Buytendick.

⁹³. M. Foucault; L. Daston.

⁹⁴. Correlativamente, as figuras clássicas da deliberação e decisão médica transformaram-se: da clássica arte estocástica de tiro com arco e flecha (ou de governação do navio) passou-se no século XVII ao modelo do jogo de cartas (Pascal) ou de bolas de bilhar (Bernoulli) e ao paradigma do apuramento das espécies nos séculos XIX e XX (Darwin; Fisher).

⁹⁵. Em Marques 2002 tento estabelecer algumas causas da cegueira resultante desta decisão filosófica.

⁹⁶. Michel Henry, 2000.

qualidades; a segunda é mais complexa, menos evidente (se é verdadeira esta interpretação dos sinais dos tempos) e ocorre quase ao mesmo tempo: consiste na opacificação dos existenciais, na dispersão do sujeito, no descrédito da experiência vivida, na exultante (!?) fragmentação do sujeito⁹⁷.

Porém, telúrica e irredutivelmente, a afectividade, a passibilidade, a vida presente, as formas de apresentação do corpo, da saúde, da doença, do sofrimento, do prazer (na pluralidade e heterogeneidade intrínsecas aos próprios objectos culturalmente apropriados, de toda a ordem, desde as purgas e os rituais das sangrias, aos pavores da lepra ou do cancro, às representações da dor, às ideias acerca da reprodução e da natalidade), são mais do que construções sociais, são as primeiras condições de possibilidade do Si, da ipseidade⁹⁸. Da vida.

Da vida, veremos, enquanto geradora de mundos morais múltiplos e paradoxais. Com que ficamos: a biomedicina ou a clínica? Teremos que escolher? Excluem-se, o geral e o particular? Qual está com a parte e qual com o todo? E o humano, e o humanismo na medicina? E o lugar da subjectividade? E a liberdade: funda a responsabilidade ou vice-versa?⁹⁹

4.2. A mesma cruel lisonja?

Carta datada de 8.XII.1767? de G. Xavier Alcáçova a Ribeiro Sanches¹⁰⁰: “[...] Vivo em grande aflição porque a queixa do patriarca se adianta precipitadamente e como se não tem atalhado com remédios poderosos, e somente paliativos... A repugnância do doente a médicos e a remédios e o animar-se a que não tem coisa que não possa vencer, o que lhe persuade a mesma cruel lisonja, tudo concorre para apresar o termo da sua vida. Hoje... É o Saldanha Pay quem o foy ver, este lhe falou com mais sinceridade e deu a entender a sua família a gravidade da moléstia, mas creio ser tarde para lhe procurar os socorros que necessita [...]”

Mente-se, hoje como ontem, a crueldade não acabou – longe dos seus e fora do seu lar, em inóspitos hospícios, em febris unidades de urgência, em assépticas salas de cuidados intensivos, com uma panóplia de meios técnicos em cima (e dentro) do corpo doente... Ainda perguntamos: Quem? Quem chama? Quem morre? O doente tem o diagnóstico confirmado e documentado? Já efectuou toda a terapia citostática ou citorreduutora possível. Qual deve ser o plano terapêutico? Qual o prognóstico dessa doença? Quem deve abordar, e como e quando, a questão da informação que o doente tem ou quer ter (e as disposições quanto a partilha com outros – familiares ou não) e as decisões que quer tomar?

⁹⁷. Os existenciais são, em primeira aproximação, o humano, o mundo (a terra, o céu), o divino, a comunicação, a linguagem, a empatia (a *philia*), a compreensão – algumas das principais categorias da existência reformuladas segundo o interesse clínico (Taylor, 1995). Quanto mais se põe em questão o sujeito, dir-se-ia, mais se propala a autonomia.

⁹⁸. Veja-se F. Martins, 2002.

⁹⁹. Nenhum animal é (mas já o foi no passado) considerado responsável, e, como tal, julgado pelos tribunais comuns: não é considerado sujeito moral, não é livre.

¹⁰⁰. Documento cedido amavelmente pelo Prof. A. Rosa Mendes da Universidade do Algarve.

No mundo ideal que o médico oncologista transforma e cria, faz sentido dizer que desde a primeira consulta, bem feitas a comunicação da informação (e é tudo menos fácil dar más notícias) e a partilha da decisão, se suscitam excruciantes “escolhas”; em muitos casos, mais cedo que tarde, impõe-se por dever ético, deontológico e técnico, falar das complicações da doença avançada e do fim de vida, dos apoios familiares ou outros, do espírito e da fé, pois não é quando chega a doença terminal que convém pensar nas medidas de suporte e nos cuidados paliativos¹⁰¹.

Princípios da boa comunicação da informação

(inspirado em A. Girgis, R. Simon-Fisher. *Breaking Bad News*. *J Clin Onc* 1995;13(9):2449)

- Haver um único clínico – o assistente, o responsável –, que informa
- Conhecer o doente
- Respeitar o direito do doente à informação
- Respeitar a vontade e autonomia do doente
- Saber que/ “quanta” “informação” o doente deseja
- Preparar previamente o doente para as más notícias
- Desenvolver a empatia, o contacto visual...
- Assumir, declarar, as próprias limitações e dificuldades emocionais nessa relação/ocasião
- Utilizar um intérprete capaz, se houver barreiras de língua ou de cultura
- Aprender a respeitar as diferenças culturais...
- Garantir privacidade, conforto, dignidade
- Dar informação precisa e fiável
- Assegurar a presença de familiar, se o doente o desejar
- Não “torturar” o doente com os sucessivos resultados de exames complementares
- Dizer ao doente o diagnóstico logo que possível
- Assegurar a presença de outro membro da equipa
- Comunicar ao médico de família o “estado de informação” do doente, etc.

A comunicação com o doente, vê-se bem, é sempre uma experiência moral e apenas uma descrição autobiográfica densa a não pouca, i.e, uma descrição situada e implicada na revelação do sujeito pela palavra e pelo agir¹⁰². Simetricamente, da história, cada clínico tem de extrair uma narrativa, uma biografia, uma “agenda” (a do doente) e produzir uma definição de facticidade a corroborar ou infirmar por um exame objectivo (observação) e por exames complementares de diagnóstico. Algumas “técnicas” de comunicação mencionadas na literatura terão de ser autênticas, nascidas de genuínas atitudes e não do frio profissionalismo, figuras teatrais...:

- Manter contacto visual.
- Fazer perguntas abertas.

¹⁰¹. Richardson, 2003; Poussin, 2000; Quill, 2003.

¹⁰². Poucos “eticistas” clínicos trataram o valor fundacional da comunicação/comunhão como J-F. Malherbe (pp. 72, 121ff) e B. Cadore, aliás seguindo ideias de H. Arendt (1958, p. 178); *vide*, também, Tulska et al., 2002.

- Focalizar nas preocupações do doente e na agenda preparada do clínico.
- Observar e reagir aos afectos do doente.
- Inquirir acerca das preocupações existenciais bem como psicossociais do doente.
- Garantir que a conduta não-verbal exprime atenção e cuidado¹⁰³.

A principal pergunta que doente oncológico ou com doença crónica grave normalmente quer fazer é: quanto tempo me resta de vida? É essa a sua maior angústia. Em doentes sob cuidados paliativos é sabido que os médicos estimam a sobrevida muito acima da realidade (era tradicional a mentira piedosa e a recusa em matar a esperança a pretexto de não aumentar o sofrimento do doente... e, inconscientemente, há o temor de erro de prognóstico, de ser o portador de “más notícias” e, até, de ver a profecia confirmada...). N. Christakis estudou o assunto e dá-nos os seguintes factores de prognóstico¹⁰⁴:

Índice	Valor	Sobrevida mediana (dias)
Estimativa do clínico	3 meses	30
PS (Karnovsky)	10-20	7-16
	30-40	8-50
	>50	50-90
Anorexia	presente	<58
Disfagia/dispneia/leucocitose	presente	c. 30
Confusão	presente	<38

Quanto à intensidade da intervenção: o doente quer ou não, devidamente esclarecido dos riscos e benefícios, medidas de reanimação¹⁰⁵? Que tipo de suporte ou complemento nutricional deve fazer? E que medidas de estimulação ou substituição de componentes de sangue? E..., quando perto do fim, vai querer “agressões” e invasões corporais com soros por via e.v. ou s.c., tubos de aspiração de secreções ou de alimentação entérica, etc.? Como legitimar as decisões clínicas na nossa cultura, quando tantas vezes há uma conspiração do silêncio (a velha mentira dita piedosa) ou as famílias estão divididas ou em colapso? Às vezes, sentindo-se mal informada e a piorar do estado geral, a doente foge de um ambiente que a sufoca, aceita a sugestão de melhorar o controlo dos sintomas e pede internamento no hospital. Outras, são os cuidadores, os familiares, que estão exaustos e o solicitam: e as instituições têm que existir e dar resposta. Mas é preciso, salvo pedido em contrário, discutir abertamente as opções e excluir as terapêuticas fúteis: não haverá reanimação cardi-respiratória se porventura viesse a ser necessária e, quanto a tubos

¹⁰³ Smith, et al., 1991; Tulsy, et al., p. 675.

¹⁰⁴ Lamont, Christakis, 2002, p. 610.

¹⁰⁵ Não é demais insistir que a dignidade do fim da vida passa necessariamente pela existência de directivas prévias assumidas pelo doente e comunicadas aos familiares e ao médico de família... (pese embora a conhecida volatilidade dessas decisões: McFarland, 2003), directivas que os profissionais precisam de aprender a respeitar! (Callahan, 2000; estudo SUPPORT, *vide*, p. ex. Schanzfand, 2003).

e sondas, apenas de alívio de complicações graves e sintomáticas (retenção urinária, oclusão intestinal, etc.). Para os mais idosos a regra de ouro é:

Cuidados paliativos nos idosos

Problemas:	Dor, demência, depressão
Regra de ouro:	Ausência de dor Ausência de sonda ou cateter Ausência de contenção

Mais confiante e tranquila, a doente está sem dores, preparada para morrer, com os filhos, netos... à sua volta durante boa parte do dia... Na fase terminal da doença os valores são os da medicina hipocrática que devem estar sempre presentes, mesmo no melhor e mais avançado protocolo de investigação clínica¹⁰⁶. A estes valores corresponde uma ética prudencial e, segundo alguns, casuística com princípios: um acto médico correcto e aumentado¹⁰⁷.

Mas, mesmo quando participado e acordado (ou revisto) um bom plano de tratamento, grandes dificuldades persistem entre nós relacionadas com a falta de formação especializada, as disfunções dos serviços de saúde e a falta de voluntariado, seleccionado e preparado para a doença avançada e a doença terminal¹⁰⁸:

- i. Como articular médico de família, apoio de enfermagem no domicílio, médico assistente hospitalar: quem gere o caso em cada momento?, como garantir continuidade de cuidados?
- ii. Como formalizar as decisões ou a participação do doente nas decisões: não basta um termo de consentimento esclarecido e válido no processo clínico; entre nós não há a tradição de testamento de vida!
- iii. Na fase terminal da doença (às vezes agónica), como assegurar a presença de familiares, cuidadores e/ou profissionais das equipas de cuidados paliativos a qualquer hora do dia, em qualquer dia do ano?; como não atraiçoar a doente?; como não abandonar no fim?

Mas sabe-se como promover a excelência nos cuidados paliativos com ligação aos centros oncológicos¹⁰⁹. De que se está à espera para formar profissionais, principalmente de enfermagem, vocacionados para estes cuidados?

¹⁰⁶. Rowe, cit. em Billings, 2002, p. 637 "[...] real quality of care for these patients is not more care or even less care, but the right care [...]"; discussão fundamental em Callahan, 2001 e demonstração empírica em Schapiro, 2003; acerca da necessidade de plano de cuidados prévio, de boa rede de serviços e de profissionalismo para evitar erros e negligência e mau tratamento e encarniçamento, *vide* excelentes trabalhos de Lynn, et al., 2002, 2003.

¹⁰⁷. Marques, 1997.

¹⁰⁸. Entre muita outra bibliografia recente: AaVv, *JALMALV*, 2003; AaVv, *BMJ*, 2003; Potter, 2002; Wemger, et al., 2001; Abry, 1999; Portela, 1995.

¹⁰⁹. Schapiro, 2003.

Taylor propôs que o espaço público é o espaço de revelação (*disclosure*) pessoal onde os acontecimentos e as coisas vão ter nome próprio e rosto, domicílio e endereço¹¹⁰. *A contrario*, a prática de muitos, médicos e enfermeiros, hoje, apressada e saltitante, na cegueira e na luta pela clientela, parece ter cerrado as portas ao ser, sem gozo de ver doentes, sem *libido curandi* (fazendo do encontro “clínico”, parece, relação de mercadoria). Mas o doente apela, interpela; a dor clama por alguém, acolhedor, autêntico, bom contentor de afectos, já.

Em resumo. Como disse, a ciência conduziu-nos a uma posição epistémica superior mas não aboliu a incerteza nem a contingência das práticas de saúde de intento preventivo, curativo ou paliativo; fiéis do saber objectivo, cedemos à dupla perda da amarração ao sensível. Já não se habita um meio natural, reside-se num meio técnico. Certo é que, em medicina, as noções de corpo e de doença, de prática e de teoria, de evidência e de prova, sofreram gradualmente grandes transformações: o normal, a saúde, tornou-se fundamentalmente um facto estatístico, uma grandeza não intensiva fundada no princípio da indiferença¹¹¹. Urge pois separar não apenas a morte, o sofrimento e a dor, mas repensar o lugar, a hermenêutica do sujeito na clínica. Transcende o indeclinável exercício da autonomia e o escrupuloso respeito pelo doente. O que, para mim, tem sido segunda navegação, é a tentativa de reinterpretar a experiência clínica em oncologia à luz de uma filosofia fenomenológica do corpo (ou da vida)¹¹². Como descrever o encontro com o doente com doença avançada ou moribundo? Como melhor descrever as queixas que apresenta? Como achar e resolver os sintomas que mais sofrimento lhe provocam – e, sem o diminuir enquanto pessoa, manter a dignidade até ao fim da vida?¹¹³ Depois da chamada bifurcação cartesiana ou primeira modernidade, a segunda revolução tecnocientífica, abolindo o sentir e o indivíduo, entronizou a barbárie, como angustiosamente diz Michel Henry?¹¹⁴

Abordarei esta questão a partir de agora, pois penso que é a fundação apropriada para uma ética clínica orientada para os cuidados paliativos¹¹⁵. Aprofundo o exame do ciclo fenomenológico (o complemento do ciclo hermenêutico) com o exemplo da dor. Roselyne Rey, malograda filósofa (falecida de cancro pouco após a conclusão de obra magistral), autora de uma *Histoire de la Douleur*, refere que o termo sofrimento remete para o sujeito, enquanto que a dor é como que a objectivação desse sofrer; o que a linguagem jurídica traduz perfeitamente quando avalia o *pretium doloris*; salienta que o médico pergunta ao doente “... como se sente?”, “... o que o traz cá?” (“... *ouí avez vous du mal?*, ... *qu'est-ce qui ne vas pas?*”) mas o que fica

¹¹⁰. Taylor, 1985; e Taylor, 1995, pp. 277, 279.

¹¹¹. Marques, 2002, 2000/2003c.

¹¹². Vide sobre fenomenologia e medicina a obra recentemente editada por S. Kay Toombs.

¹¹³. O que obriga a suportar o olhar – portador de um evidente e tangível cuidar em-pessoa-aí (cp. Folscheid, 1997a, p. 244), a saber escutar e a querer dar o tempo (Cadoré, 2001).

¹¹⁴. M. Henry, 2000, etc., incluindo a sua obra ficcional – M. Henry aliás, explicitamente menciona a clínica como um último reduto do humano.

¹¹⁵. Marques, 2002.

escrito na ficha do doente é “dores tipo moinha na fossa ilíaca...” ou “dores ósseas intensas e generalizadas, agravadas com a mobilização, aliviando com...”. *Sufferre* em latim significa aguentar, suportar, exigindo um sujeito pessoal; *doleo* permite uma acepção impessoal, *caput dolet*, dor de cabeça¹¹⁶.

Mas a dor é também um “objecto-limite”, idiossincrático e um operador empírico e robusto de individuação; é um modo de resistência e de reapropriação do corpo próprio, do corpo subjectivo, da carne – insistência, necessidade, apenas dizível na primeira pessoa (1ª pessoa, cp. tabela *infra*). A dor pode ocorrer com alteração da tonalidade afectiva ou sem sofrimento (como na leucotomia frontal ou na cirurgia talâmica), mas é, por definição, sempre consciente e é acompanhada por um reflexo de evitamento generalizado¹¹⁷:

O Si, o sofrimento e a experiência “ter dores”

Origem	Critério de existência	Autoconsciência	Experiência determinada	Acesso epistémico	Reacção Motora
Autoafecção e/ou narração	Conduta e/ou testemunho	Sim	Só na 1ª pessoa	Sim	Massiva, de retirada

Estes alguns elementos para uma descrição do corpo que dói, na passagem da parte ao todo.

Na verdade, este tipo de imperativos, nascido junto ao leito do doente no seu lar ou durante a visita médica à enfermaria, não esperou, como disse, pela modernidade (contra Foucault)¹¹⁸; sempre coube ao médico o dever de procurar efectuar o prognóstico e o diagnóstico de localização, topográfico, anatómico. Mas esperava-se dele, sobretudo, a tarefa de Sísifo de reconhecer, determinar, a natureza individual de cada doente: o sujeito singular, o ser único que, face a padecimentos irreversíveis e à aproximação do fim, cada vez menos sente ser corpo e cada vez mais sente ter corpo. A atenção à dor e sua intensificação na clínica (clínica hematoológica, como noutras especialidades) revelam que esta é tantas vezes (e foi sempre no passado) desmesurável e desmesurada na categoria da quantidade, insuportável e única na categoria da qualidade, incondicionada e absoluta na categoria da relação, não fitável e incitadora na categoria da modalidade: fenómeno excessivo, horrível. No caso especial do doente em fim de vida, a experiência clínica à cabeceira do doente conduz a um *pathos* fusional (condolência). Acontecimento saturado, fenómeno não previsível (desde o passado), incompreensível (do presente), irre-

¹¹⁶ Rey, p. 7.

¹¹⁷ Recordo o contraste com o sonho – este não é observável, é insusceptível de descrição autêntica na primeira pessoa (não estou acordado, “sou sonhado”, estou passivo no sonho), acompanha-se de inibição motora.

¹¹⁸ Ray; Horden.

petível (do futuro); absolutamente singular¹¹⁹. Este puro acontecer ao doente no cuidar atravessa a experiência junto ao leito do doente com dor oncológica – ontológica já se disse. Ontológica, atenção na dor ela-mesma, atenção fixada na dor total. Neste indizível sofrer.

Dor oncológica, dor “ontológica”

Insuportável	segundo a qualidade
Desmesurada	“ “ quantidade
Incondicionada	“ “ relação
Não fitável, intangível	“ “ modalidade

As condições de possibilidade de acesso a esta constelação de afectos da noite interior não são a “compreensão” (em primeira pessoa), impossível, nem a boa prática (na perspectiva técnica ou deontológica), para tal insuficientes; as condições são: a abertura, a pura passibilidade, a não indiferença perante o sofrimento. O conhecimento e o reconhecimento da dor, em medicina, é arte antes de ser ciência.

4.3. Aspectos da dor e do sofrimento na clínica

A dor tem quatro dimensões – localização corpórea, qualidade somática, sentimento de sofrer, resposta negativa ao sofrimento, dimensões com distintas fenomenologias –, diz a filósofa V. Hardcastle¹²⁰. Já outro filósofo, J. Porée, parte de uma crítica aos reducionismos (materialista e emergentista) dizendo-nos que a “unidade dinâmica que o corpo forma com o mundo não é a consequência mas o ponto de partida de todas as determinações físicas, orgânicas, psíquicas, sociais e culturais”¹²¹: estas não são as causas dos nossos estados e condutas, é a unidade preexistente que as explica. Assim é para o corpo experienciado (a carne), e para a dor e o sofrimento. A descrição da fenomenologia da dor tem para Porée traços bem diferentes: deslocalização, desproporção, repetição indefinida, repulsão e pulsão para outrem¹²². É difícil – vê-se bem – formalizar uma tentativa de articulação das bases da experiência física e “moral” da dor, seja a partir da oposição corpo/carne¹²³, seja a partir da hipótese das sucessivas partes de “vidas prostéticas” acrescentadas à estátua de Condillac¹²⁴.

¹¹⁹ Marion, 1992.

¹²⁰ Hardcastle, 1999, pp 149ff.

¹²¹ Porée, p. 115.

¹²² Ibidem, pp. 121ff.

¹²³ Vide § B6.

¹²⁴ Spicker, 2000.

Corpo/carne e autoafecção

<i>Extensões</i>	<i>Cognição</i>	<i>Movimentação</i>	<i>Afectividade</i>	<i>Passibilidade</i>	<i>Eu</i>
Prótese fémur	Cs nuclear	(In)voluntária	Não e sim	Corpo pré-int.	Cs operat.
Prótese audio	<i>Self</i> neural	Voluntária	Autoafecção?	Corpo científ.	Proto-eu
Biografia	Cs alargada	Conativa	Autoafecção	Carne iman	Cs refle

(Cs = consciência; pré-int = pré-intencional; iman = imanente; refle = reflexiva; de António Damásio são os termos da coluna Cognição; de M. Henry, os de Passibilidade; última coluna de F. Gil; a responsabilidade do "arranjo" é minha; trata-se de um esboço preliminar).

Compreende-se-à que a saúde deixe os órgãos em silêncio, como dizia Leriche. É um estado local e global de bem-estar, é o estar em casa no seu corpo, no todo e em cada uma das partes. Em primeira aproximação, o acesso a qualquer operação (reflexa, motora, volicional) ou ao evento singular (percepto, emoção, memória, crença) implica a regra gestáltica de que o todo é maior que a soma das partes, i.e., a integridade do indivíduo¹²⁵.

Não há, assim, autorização principal para a métrica linear da dor e, menos ainda, do sofrimento: este é definitivamente inefável¹²⁶, invisível – como a vida¹²⁷, como o membro fantasma. Como um membro amputado? Como uma perda de si, de identidade – indivíduo mutilado, alma dilacerada? Vimos que, em primeira aproximação, a carne é o vivido do corpo, o corpo experienciado. O que me importa, aqui, não são critérios ou medidas – da intensidade da dor, por exemplo (e a existência e registo da escala analógica pode ser a diferença entre dor bem tratada e dor persistente ou intolerável!) –, mas a realidade pré-intuitiva, pré-intencional de autoadoção de um estado mental afectivo: sereno, paciente, resignado ou algíco, fóbico, desesperado; a passibilidade do corpo próprio precede a intuição ou a evidência de Si¹²⁸, permite a ipseidade vicariante (a alteridade, pôr-se no lugar do outro) e promove a imaginação moral. É o esteio de mundos morais outros (no preciso sentido em que Wittgenstein dizia que o mundo de um homem feliz não é o mesmo mundo de um homem infeliz).

Como acima dito, Hannah Arendt ensina que a dor e o alívio da dor são as únicas experiências sensoriais não dependentes do mundo e avessas à reificação: estabelecem sempre de cada lado, íntimos, um segredo e um foro. Acresce que o “[...] recalçamento social da morte

¹²⁵. É interessante mencionar que – e são os casos descritos realisticamente em Epidemias –, por exemplo, a atenção ao particular (embora não o discurso na primeira pessoa – Horden, *op. cit.*) já aparecia nas Coleções Médicas de Cós e Cnido; muitos estudiosos têm dito que uma certa abertura ao indivíduo, ao único, a outrem e aos seus valores e interesses, distingue a medicina humana de matriz hipocrática.

¹²⁶. Hardcastle, 1999, p. 162ff. “[...] I am claiming that we need to eliminate all our pain talk because we need the propositional attitudes for a full appreciation of pain processing. Our beliefs, judgments and desires regarding our present sensations of pain are important components of our pain experiences [...]”; ponto de vista que é confirmado pela neuropsicologia e neurofisiologia (Wall, 1999; cp. Lobo Antunes, 1995; A. Barbosa, 1995; Price, 2000; Sullivan, 2001).

¹²⁷. À maneira de Henry, claro, é aqui designada a vida que se experimenta.

¹²⁸. Vide § seguinte e Marques, 1999, cap. 1.

provoca uma angústia cada vez maior: fabricamos o medo da morte ao querermos a todo o custo protegermo-nos dela. Mas fugir a pensá-la deixa-nos ainda mais indefesos, o medo submerge e a liberdade. É preciso aprender, pacientemente – com ‘padecimento’, ‘paciência’ é outra família de significações derivada de *patere*, o doente é paciente também desta maneira – aprender, dizia, a preparação para a morte, como queria a filosofia antiga [...] É preciso des-solidarizar doença, sofrimento e morte, introduzir uma reflexão sobre o desgaste do organismo, falar da morte em termos diferentes [...]”¹²⁹. A pessoa que sofre abre-se e fecha-se, o grito está para a voz como a dor para o sofrimento? Dor, sofrimento, morte, provocam, convocam, convocam-se. Devemos separá-los? Como, em oncologia? Temos que os separar e que os unir: precisamos de dois modelos da dor:

Teorias filosóficas da dor (adap. de Sullivan, 2001, p. 147)

	<i>Modelo de Descartes ou intrapessoal</i>	<i>Modelo de Wittgenstein ou onterpessoal</i>
Origem	Física ou mental (dualismo)	Psicofísica (monismo)
Causa	Nociceção periférica e “especificidade”	Nociceção e dor paralelamente
Percepção	Observação individual, sensação privada	Negociação de medo, culpa, etc.
Significado	Lesão dos tecidos	Ameaças à integridade do ser

Sentimos dores porque não somos uma “unidade”¹³⁰. O atingimento da integridade individual, mais que a ofensa corporal física ou moral, permanece, para autores como Wall, Sullivan e Cassel¹³¹, o melhor critério de sofrimento. Mesmo em tempos de opulência e hedonismo, é a vida, mais que o prazer, o rumo, o referencial e o porto de abrigo: “[...] Se perguntais a alguém porque deseja ter saúde, dir-vos-à que a doença é penosa. Se continuais o interrogatório e quiserdes saber porque detesta o sofrimento, ser-lhe-à impossível apresentar uma razão. É um fim último que não se relaciona com qualquer objecto [...]. A razão desta impossibilidade, antes sublinhada por Hume, é, (diz-nos Hannah Arendt), e retomo este *leitmotiv*, que apenas o sofrimento é totalmente independente do objecto, que o padecente de nada mais percebe que a si próprio; o prazer não goza de si mas de algo fora de si. A dor é o único sentido interno descoberto pela introspecção que pode rivalizar em independência, face aos objectos da experiência, com a certeza da evidência de si do raciocínio lógico e da aritmética [...]”¹³².

Já vimos que quando alguém, que sofre e pede ajuda, nos interpela ou solicita a nossa atenção, porque se queixa, acede, *ipso facto*,

¹²⁹ F. Gil, 2000b.

¹³⁰ Hipócrates, *Da Natureza Humana*, 2, 56, 34 (cp. § 3.6).

¹³¹ Cassel, 1982.

¹³² Arendt, pp. 386s.

directa e naturalmente a um espaço de comunicação, de comunhão, de cuidado que nos fala, que nos grita: Outro mas alguém como eu, um próximo, um semelhante, se fosse eu, se estivesse no seu lugar..., esta reacção empática faz agir. Eu posso, eu devo. A dor, imediatamente (como se prova pelo choro simpático ou mimético das crianças), engendra e comete a questão inicial: Quem sofre? Enquanto clínicos, manejamos o sofrimento para compreender e aliviar a dor: Como se sente? Dói? Onde lhe dói? Sente? Faz doer? Está melhor agora? Sente-se bem agora? Foi e é a primeira interrogação que – *qua* agente e *qua* cirurgião, médico e/ou *pharmakopolous* – cada clínico pergunta ao doente (e a si mesmo)¹³³. Podem as emoções ainda servir de guia e até de norma aos médicos, para fixar regras da conduta, os bornes e a finalidade dos tratamentos? As emoções não ajudam a discernir? Sem adoptar a teoria emotivista em moral (Ayer, Stevenson), é certo que em vários momentos da fundação (e da fundamentação) da decisão ética os sentimentos são determinantes. Mais que um jogo de linguagem: é paixão e compaixão, autoafeção e autodoação¹³⁴. Para o conhecimento de outras mentes, para o acesso ao luto de perda de um filho, para a partilha da dor do amante, ou... do puro sofrer de outrem, não se vislumbra outro critério; nem para a tomada de consciência dos sentimentos autênticos (ou das “tripas”, *gut feelings*) nem para a “descoberta” ou revelação de (putativas) evidências morais – o sofrimento é o paradigma da autoafeção¹³⁵.

Em suma: o enigma da dor é o enigma da faculdade de julgar, do cogito. E do si. Do ser. As afirmações da subjectividade e as marcas da individuação intensificam-se lancinantes na dor. Disse atrás que a justa medida do tratamento foi descrita pelo autor hipocrático de *Da Medicina Antiga* como fixada pelos sentimentos, ou melhor, pela sensação do corpo¹³⁶. Defendi a interpretação de que se trata de uma espécie de fundo endotímico, de sentimento de base, que convém a padrões comuns intersubjectivos¹³⁷. Refiro-me quer aos sentimentos dos doentes quer aos dos médicos – devem ser passíveis de correferência e de comunicação (correportados) e não deverão ser divergentes¹³⁸.

¹³³. Algumas espécies de evidência moral básica coincidem com a *notitia intuitiva* da boa ou má prática (houve negligência?, por contraste com erro (houve falha humana evitável?) ou ainda com azar inevitável (houve incidente imprevisível?). Este jogo entre conceitos ou descrições espessas e finas de qualquer acto médico reflecte afinal duas pedras de toque da profissão: as *leges artes* e a autoconfiança do clínico, os standards do proceder e o *souci de soi* do sujeito.

¹³⁴. Cadoré; M. Henry, 2002.

¹³⁵. A argumentação a favor desta complexa hipótese é dada por Michel Henry – “[...] Nenhuma impressão tem o poder de advir por si mesma à sua condição. Em que consiste esta vinda a si mesma que precede toda a impressão? Esta vinda em si da vida, a vida a experiencia no seu *pathos* [...]” (2001, p. 70, cp. Cassel, 1999).

¹³⁶. § 3.4.

¹³⁷. Marques, 2002; cp. A. Damásio, 1999: “[...] emotions cannot be known to the subject having them before there is consciousness. [...] how we can know that we have an emotion [...] when the sense of feeling self is created in our minds [...] we only know that we feel an emotion when we sense that emotion is sensed as happening in our organism. This sense of ‘happening in the organism’ comes from representing the proto-self and its changes in second-order structures. The sense of the ‘emotion as object’ comes from representing, in structures subserving second-order representations, the activity pattern in the induction sites of emotions [...]” (pp. 279 ff).

¹³⁸. Horden, pp. 297 (dizendo expressamente que neste ponto contraria a tese de M. Foucault).

4.4. Pura passibilidade

Há historiadores que consideram que a história da dor na medicina do Ocidente atravessou três fases distintas¹³⁹: o período antigo, holístico, contemplando as “forças” do paciente, numa perspectiva da integridade e unidade (a parte afectada era referida ao todo somatopsíquico ou corpo/alma); a fase que vai da antiguidade ao século XIX e aos primeiros conhecimentos neuroanatómicos (o início da revolução laboratorial da medicina) e, terceira, a fase moderna (de novo holística) em que a teoria da dor recupera o primitivo *status* no padecer do indivíduo singular. Não é essa a opinião de Horden que nega o qualificativo “total” à dor na medicina hipocrática¹⁴⁰.

A problemática médica da dor não se limita à medicina dos cuidados paliativos. Com a autoridade que se lhe reconhece, Patrick Wall, na sua pequena monografia sobre a dor, assinala que a inadequação do tratamento da dor pós-operatória – “banal” (nos dois sentidos) –, se deve em primeiro lugar à incapacidade dos profissionais tratarem cada paciente como um indivíduo; também se deve à incompreensão dos riscos de dependência e adição e à ignorância da farmacologia¹⁴¹. Os fenómenos comuns da clínica, em contraste com a dor e o sofrimento, podem ser locais, parciais ou sistémicos, globais. Os fenómenos podem, em geral, classificar-se segundo o grau de sentimento de inteligibilidade (ou intuição) em três domínios: sem ou pobres em intuições, fenómenos comuns, de direito e fenómenos saturados¹⁴².

A hipótese da passividade originária¹⁴³

É traço fundador da arte médica (pelo menos a oriunda da Grécia Clássica) a demarcação clara de dor, doença, dorlência. O acolhimento e entendimento atribuídos pelos médicos de Cós à ideia de padecimento, passividade originária, *páschein* (sofrer, ser afectado),

¹³⁹ Cp.: fase metafísica caracterizada pela confusão do físico e do moral, fase fisiológica e fase clínica de síntese anatomoclínica (R. Rey, 2000, p. 156ff).

¹⁴⁰ Horden, p. 309ff.

¹⁴¹ Wall, p. 80. O bom manejo destes fármacos não é fácil nem trivial (Hanks, et al., 2001); bem como as técnicas de analgesia invasiva. Há barreiras institucionais levantadas conscientemente à adequada terapêutica paliativa incluindo da dor: são bem conhecidas (Murphy-Ende, 2001; Ferrel, et al., 2002). As actuais restrições dos serviços de saúde ao acesso a opióides nas suas várias formas de administração são uma ofensa e um escândalo imperdoáveis: que gente é esta que paga os antitretrovirais e “proíbe” a morfina de administração transcutânea e transmucosa, que “liberaliza” a metadona (e bem, salvo melhor opinião técnica) para tratar os toxicodependentes e restringe a metadona aos doentes com cancro? Para quê os obstáculos e porque é tão difícil obter as formas de morfina, quando se sabe que muitos doentes não têm meios para os pagar...?

¹⁴² Jean-Luc Marion diz: “Supposons un phénomène saturé, qui vient de conquérir son caractère absolu en se libérant des analogies avec l’expérience – quel horizon peut-il se reconnaître? Par passage à la limite, le phénomène saturé peut parvenir à saturer son horizon. Puisqu’il naît de l’expérience – et l’expérience absolument réelle, en rien illusoire – de la totalité, sans porte, ni fenêtre, sans autre, ni autrui [...]. Le phénomène est possible, dans la stricte mesure où il s’accorde avec les conditions formelles de l’expérience, donc avec le pouvoir de connaître qui les fixe, donc enfin avec le Je transcendental lui-même, la possibilité du phénomène dépend de sa réduction au Je. Nous entendons ici *regarder* à la lettre: *re-garder* décalque exactement *in-tueri* et doit donc se comprendre à partir de *tueri*, *garder* – mais au sens de ‘garder un oeil sur’ [...]. Affronté au phénomène saturé, le Je ne peut pas ne pas se voir, mais il ne peut pas non plus le regarder comme son objet. Impuissance nue à constituer quoi que ce soit. Il reçoit par la vue une pure donation. Nommons cette extrémité phénoménologique un paradoxe Le Je s’éprouve comme constitué par lui. Le Je perd son antériorité et se découvre pour ainsi dire destitué de la charge de la constitution, et donc lui même constitue; un moi plutôt qu’un Je. Sujet en dernier appel – interloqué [...]” (pp).

¹⁴³ Tirado de Marques, 1999, cap. 1.

terá contribuído não apenas para a constituição do Si próprio, e do indivíduo, mas também para a elaboração de um sistema nosológico dos actos e das perturbações mentais que ainda hoje faz sentido. Esta é, portanto, a vários títulos, *materia medica*. Porque é radical e absoluta, a hipótese da passividade originária de M. Henry merece bem a atenção do clínico: “a sensibilidade designa a essência da relação ao mundo [...]”; “o mundo não nos é dado para em seguida nos tocar e comover ou nos deixar indiferentes, ele é precisamente o que nos toca e comove, porque a afecção da transcendência pelo mundo tem a sua condição na autoafecção e na afectividade [...]”¹⁴⁴. E é dito assertivamente: “A afectividade nada tem a ver com a sensibilidade [...] é, muito pelo contrário, estruturalmente heterogénea em relação a ela. A afectividade nunca é sensível; a sensibilidade é constantemente afectiva, esta é a lei eidética que rege o domínio último do fundamento”¹⁴⁵. “Chamamos sensibilidade ao poder de sentir qualquer coisa, quer dizer de a receber e de por ela ser afectado, enquanto esta afecção se realiza por intermédio de um sentido, e por fim, por intermédio de um sentido interno. A afectividade, pelo contrário, é a forma da essência pela qual aquela, a sensibilidade, é afectada, não por outra coisa, mas por si mesma, de tal modo que esta afecção original a constitui e define, como autoafecção, como sentimento de si”¹⁴⁶. Daqui vem a sedução da apercepção imediata interna (à Biran), daqui decorre a evidência contraintuitiva (se me é permitido o oximoron) já mencionada: a afectividade nunca é sensível, a sensibilidade é constitutiva e continuamente afectiva! Eu não sinto amor ou medo em mim; não há um outro que em mim sente; o sentir sente, o sentimento recebe-se a si mesmo. A afectividade é a essência da ipseidade: cada determinação possível da existência, cada representação, cada disposição afectiva, cada forma susceptível de ser tocada pela existência contém em si um Eu e pertence-lhe na medida exacta em que é afectiva a determinação e na medida exacta em que a afecção o é¹⁴⁷. Que pensar desta hipótese? Não se diz que afectividade não é consciência sensível, não se afirma que não é conhecimento sensível, não se declara que não é experiência sensível. Não se trata de excluir a relação de matéria/forma, de significado/significante, de causa/efeito; mas de postular a radical heterogeneidade e incomensurabilidade entre afectividade e sensibilidade. Admito que M. Henry queira sublinhar a clausura, a interioridade, a imediatidade e a encarnação do sistema dos afectos e de cada um dos sentimentos. Dizer a sua absoluta e prévia não sensibilidade no ser humano.

Que significa intuição, *veri index sui*, apercepção imediata interna? M. Henry retoma uma subtil controvérsia sobre o pensar e a ideia em Descartes: “A definição cartesiana de pensamento visa a imediação [...] basta recordar que sob a designação de *pensées*, Descartes

¹⁴⁴. M. Henry, 1963/1990, p. 602.

¹⁴⁵. M. Henry, 1963/1990, p. 600.

¹⁴⁶. *Ibidem*.

¹⁴⁷. M. Henry, 1963/1990, p. 583.

engloba sensações, sentimentos, paixões [...]. Na sua acepção original, ideia tem o mesmo significado [...] um significado radicalmente diverso do que hoje chamamos ideia, i.e., de representação, representação de uma árvore, de um triângulo, de Deus [...]. A ideia cartesiana [...] é tudo menos o aspecto do que se nos descobre ante a luz da *Ekstasis*, tudo excepto o inteligível [...]. É, por excelência, a ideia ou o sentimento da dor [...] ‘Par le nom d’idée j’entend cette forme de chacune de nos pensées par la perception immédiate de laquelle nous avons connaissance immédiate de ces mêmes pensées (Descartes: *Réponses aux Secondes Objections...*)’¹⁴⁸.

O moderno acompanhamento médico do doente crónico e do doente moribundo deve muito a Cecily Saunders e a Elizabeth Kübler-Ross. A primeira pela proficiência e inteligência na terapêutica paliativa e no controlo de sintomas de fim de vida, mormente do medo, do desespero e da dor¹⁴⁹. Deixou obra impar primeiro no St Joseph Hospice, depois em St Christophers e em todo o mundo. A segunda, assistindo e apoiando dia e noite muitos doentes na fase final da vida, descreveu, em *On Death and Dying*, a luta que travou contra o “sistema” e contra as hierarquias, no seu esforço por cuidar com humanidade e profissionalismo dos doentes terminais. Kübler-Ross constatou que a generalidade dos seus doentes passava por uma sucessão de estados quando confrontados com o diagnóstico da doença “maligna”, com o prognóstico “fatal” (primeiro o doente denega e isola-se, a angústia e a revolta são dominantes na fase seguinte, segue-se um período de tentativa de negociação e compensação, deprime-se e antecipa o luto a seguir e por fim cai ou atinge um estado de maior paz interior e aceitação)¹⁵⁰.

Dar o nosso tempo, dar o tempo a outrem, a quem nos chama – é, julgo, uma condição necessária de verdadeira comunicação e comunhão com estes doentes¹⁵¹. Ao permitir ao doente, através do controlo dos sintomas, a manutenção da identidade do corpo próprio, previnem-se os maus-tratos passivos e os maus-tratos por omissão, o abandono, descobrindo-se quão vital e difícil é dar o tempo: “[...] c’est en effect dans le champ de la parole que la nouveauté est la plus significative, par-ce que se manifeste un certain rapport au temps [...]”¹⁵². Descobre-se quão importante é o campo da palavra e quão significativo é saber/querer dar o tempo, ao permitir ao doente agora sem queixas excruciantes, a reabilitação do seu corpo, a recuperação da dignidade, a reapropriação do presente e, até, do próprio morrer¹⁵³.

Duas indeterminações gritantes dificultam a condição de médico-cirurgião e condicionam a medida e o objecto da sua acção. Provêm

¹⁴⁸. M. Henry, 1963/1990, p. 64s.

¹⁴⁹. C. Saunders.

¹⁵⁰. Continua a ser plenamente actual (e mais urgente entre nós) a norma do Conselho da Europa de 1991 que aconselha a adopção de cuidados globais ao doente avançado e a criação da medicina dos cuidados paliativos. Esta prestação deve caber a uma equipa multiprofissional, e não dispensa a presença de um médico responsável de e por cada doente.

¹⁵¹. Temática que Lévinas trouxe para a ética e tomada dos belos e incisivos trabalhos de Cadore e de Malherbe.

¹⁵². Cadore, 2001a, p. 650; Cadore, 2001b.

de uma incompressível incerteza e de uma insidiosa indiferença: indiferença por impassibilidade, incerteza por inerência. A medicina grega antiga detectou-as e propôs mediações que durante séculos foram tema de acalorados debates ou eulogias¹⁵⁴.

Condições de boa praxis	Problema	“Mediador”
Determinação do “individual” e do objecto	Supressão da indiferença	<i>Philia</i> , “Filantropia” ¹⁵⁵
Determinação da ocasião e da justa medida	Diminuição da incerteza	<i>Kairos</i>

A diminuição da incerteza e fixação da boa ocasião (o *kairos*) e a redução da indiferença e achamento da facticidade individualmente surgem como condições *sine qua non* de “acto médico correcto e aumentado”. Condições necessárias embora não suficientes, desaparecidas com a modernidade e ainda hoje muito pouco valorizadas, apesar do ressurgimento da tomada de consciência, nos últimos 50 anos, da necessidade – em medicina também – de acribia, justificação e responsabilização (*accountability*). Filantropia, no passado foi humanização¹⁵⁶.

Richard Zanner recordava que uma condição *sine qua non* da humanização das forças demiúrgicas colocadas à disposição das medicinas é a abdicação voluntária do “poder absoluto” (qual anel de Giges) que efectivamente se extorquiu: tal atitude justifica a máxima da ética hipocrática, *primo non nocere*, um claro princípio de precaução¹⁵⁷. O mito de Giges e seus variantes inspiram, para alguns autores, a única fundamentação da ética: é a própria alteridade, a vulnerabilidade extrema do recém-nascido e do moribundo que nos torna responsáveis, que nos move¹⁵⁸; para outros, humanos, demasiado humanos, é a *philia*, o amor (*agapé*) a quem próximo me faço. Promessa de ser, de estar, de escutar, de ajudar, de lealdade. Palavra compromisso que sustenta a vida em comunidade, como ensinaram Hannah Arendt e Hans Jonas. Susan Sontag alega que a compaixão é a mais instável emoção, que precisa de ser traduzida em actos para não gangrenar; e que haverá uma passividade que evacua os sentires (*feelings*), notando

¹⁵³. Cadoré, 2001a.

¹⁵⁴. Cf. os textos do Corpus Hipocrático, por exemplo Aforismos VI e Preceitos (qv Marques, 1999).

¹⁵⁵. “Faço, mais uma vez, o exame da minha consciência: Cumpri realmente bem? Fui o clínico seguro e decisivo, o amigo sereno e infatigável (eu ia a escrever “o pai”) de que estes mil e tantos homens precisavam? Nem sempre: por ignorância, por tibieza, por comodismo. No entanto, uma verdade quase me sossega: Eu amo estas gentes. E elas sentem que é assim.” (B. Santareno, 1999, p. 242).

¹⁵⁶. Marques, 1997; Temkin considera o Preceito VI do CH (onde há filantropia, amor do homem, há também *filotecnia*, amor da arte) um sinal da presença de reciprocidade no sentimento de filantropia (i.e., o amor ao homem, *philia*, era então uma relação de troca, virtualmente igualitária, por oposição a um “dom” ostentado) e recorda que foi Sribonius Largus quem, no século I d.C., insistiu na importância do compadecimento (*miser cordia*) e da humanização (*humanitatis*) na medicina, mencionando o valor constituinte do Juramento. Mais crítico, Vegetti sugere que o extremismo de filantropos, como Galeno, que se gabava de tratar os doentes sem receber qualquer honorário, não era senão uma exibição despidorada de poderio pessoal e do status profissional.

¹⁵⁷. Zanner, 2000.

¹⁵⁸. E do idoso, do doente, do ferido, do faminto, do pobre, do emigrante, do estrangeiro, etc. Porquê? Que tipo de forças subjazem a este sentimento de dever ou a esta faculdade de compadecimento?

que os estados descritos como anestesia emocional (alexitimia?) ou apatia moral estão habitualmente impregnados de raiva e de frustração¹⁵⁹. Salieta que um paradoxo prático humano, primeiramente mencionado por Platão, na *República*, IV, é a atitude ambivalente face ao espectáculo da desgraça alheia, que se apresenta ao mesmo tempo atraente e repelente (no caso, personificado em Leôncio, a visão dos restos dilacerados de um condenado)¹⁶⁰; uma segunda contradição, oriunda da vontade de naturalizar o mal (proveniente do desejo de o domar, de o controlar) é que na medida em que o mal é dominado larga a sua aparência maligna¹⁶¹. Saber salvar os fenómenos verdadeiros torna-se, em consequência, tão importante quanto difícil: exige imaginação bem cultivada, bem exercitada.

Como dar dignidade à vida – este é o drama – “presa por um fio” (ou, sem metáfora, presa por muitos) do grande prematuro, do doente terminal em desespero ou do idoso que se extingue “naturalmente”? De direito, é a vida que funda a dignidade ou esta que funda uma vida humana¹⁶²?

4.5. Pura impossibilidade?

Pode, deve-se escolher a hora da própria morte, como propõe o psiquiatra e filósofo François Dagognet¹⁶³? Então, como ele mesmo diz, incorremos em dois perigos: um (quasi-) eugenismo que irá agravar-se com o aumento da longevidade e um naturalismo que irá invadir o mundo do espírito – e as sociedades humanas; cada vez mais haverá mais pessoas que se sentirão a mais, dispensáveis.

O presente debate em torno da teoria parcial, gradual ou assimp-tótica da morte e a teoria da morte global ou por desintegração exprime as incertezas biomédicas e culturais que envolvem um processo dantes tão elementar quanto o morrer¹⁶⁴. Incita-nos a ser humildes ao querer remexer no passamento que estrutura a vida em comum. Talvez, os médicos devessem mesmo abandonar termos ambíguos como “morte cerebral”, diz uma autoridade¹⁶⁵. James L. Bernat defende a teoria unitária ou global da morte proposta por Robert Veatch: “death may be formally defined as the irreversible loss of that which is considered to be essentially significant to the nature of man”¹⁶⁶; em contraposição, Emanuel perfilha outra teoria – o modelo assimp-tótico – cuja característica principal é que admite estados residuais de vida¹⁶⁷. Hoje, em biomedicina, como na antropologia, como também na juris-prudência, ocorre morrer mais que uma vez.

¹⁵⁹. Sontag, pp. 101, 102.

¹⁶⁰. Contado por Sontag.

¹⁶¹. Neiman, p. 236.

¹⁶². Pela primeira alternativa responde Folscheid, 1997c, p. 241 e, como veremos, com argumentos incontornáveis e sedutores para o clínico, M. Henry, 2000.

¹⁶³. Dagognet, p. 81.

¹⁶⁴. Há que respeitar as escalas e as categorias: não me refiro à apoptose!

¹⁶⁵. Capron, 2001.

¹⁶⁶. Bernat, 1998; é esta também a posição tolerante e inteligente de Malherbe, p.186ff.

¹⁶⁷. L. Emanuel, 1995.

Julgo que a hipótese de Michel Foucault, de que a encenação e inquirição médica da morte, o método anatomoclínico, engendrou a possibilidade do singular (de que o exame necrópsico foi a antepenúltima operação¹⁶⁸) e veio articular lei, discurso e ciência do indivíduo, suscita uma tremenda interrogação: não teria ao mesmo tempo mascarado os encontros e desencontros com os estados de passamento e as sentenças de vida e de morte, na civilização da modernidade e da pós-modernidade?¹⁶⁹ Consideremos apenas – muito sucintamente – a questão da eutanásia¹⁷⁰.

A “escapatória” do mal menor não é segura nem intelectualmente satisfatória, apesar de os médicos serem experimentados nesse argumento da razão prática *ad baculum*, argumento quase terrorista...; deve nortear-nos o princípio da responsabilidade¹⁷¹. Que dizer das decisões de parar a hidratação e a nutrição a um doente? Que dizer dos quadros avançados de demência? E dos problemas terríveis da palição em pediatria, em neonatologia? É evidente que os serviços, as equipas, as comissões de ética, os colégios da especialidade, as ordens profissionais terão que avaliar a “política” e a prática nas respectivas áreas. Mas cada caso é um caso: o médico assistente, o enfermeiro de turno, o enfermeiro chefe, a chefe de serviço terão sempre de deliberar e decidir – de modo transparente, justificado e avaliável – e assumir as suas responsabilidades. São membros insubstituíveis de uma comunidade moral; exercem uma profissão socialmente útil com uma racionalidade publicamente reconhecida e escorada em dados científicos: todavia, não praticam uma ciência exacta.

O problema da eutanásia não é fácil para ninguém e é muito melindroso para os profissionais de saúde que trabalham quer em cuidados paliativos quer em cuidados intensivos. Já, no plano estritamente técnico, é difícil estabelecer normas rígidas sobre a futilidade de um tratamento, uma ordem de não reanimação, a suspensão de medidas activas a um doente, etc. Às vezes é uma linha muito ténue – no limiar da intencionalidade do agente – que separa o acto de deixar morrer do acto de causar a morte. O princípio do duplo efeito parece ter um suficiente poder discriminatório, mas, ao mesmo tempo, confunde o cerne da questão: o respeito pela vontade expressa do doente, o princípio da autonomia¹⁷². Este é um dos mundos morais locais onde “a noite interior” é sempre muito escura, os conflitos de valores muito agudos e a necessidade de transparência muito grande.

¹⁶⁸. Em 1759 ainda se debatia a conservação da sensibilidade humana de cadáveres (dos decapitados) (Rey, pp. 131ff). No extremo oposto do absurdo, são – para o bem e para o mal – as leis de transplantes desastradas que procedem à nacionalização dos corpos... e associam a experiência profissional, social e familiar da morte à procura e oferta de órgãos vivos para “doação” forçada; questão, porque não fazem o mesmo com o sangue e derivados?

¹⁶⁹. V. Foucault, 1963/1990, pp. 200ff.

¹⁷⁰. O suicídio assistido talvez seja uma questão ética (satisfaz o princípio da autonomia...) e conceptualmente (para quem contempla o suicídio como lícito em situações limíte) menos complexa.

¹⁷¹. Jonas, 2002.

¹⁷². É uma tese de T. Quill, acompanhada de convincentes razões, em vários dos seus escritos, sempre de grande sensibilidade clínica.

Enquanto partes interessadas e actuautes de uma comunidade moral, os profissionais de saúde desejam encontrar um princípio único que ilumine as decisões na área do fim da vida, do princípio da vida, ou da investigação; segundo alguns, este princípio único existe e reside na pessoa individual e autónoma: é o indivíduo como único soberano da sua vida, do seu corpo, da sua morte, da sua razão¹⁷³. Será assim? Será este o ideal da autocompreensão ética da espécie humana?¹⁷⁴ Só vejo como resposta razoável a evocação da regra de ouro que não é um princípio nem uma máxima de acção: trata o outro como gostarias que te tratassem a ti, uma espécie de imperativo categórico a utilizar clínica e casuisticamente.

Em concreto, à luz de que valores podemos então justificar as decisões neste campo¹⁷⁵? Apresento de seguida uma posição, que subscrevo, de Malherbe, sensível e inteligente afirmação acerca da eutanásia: “[...] Finalement, suis-je pour ou contre l’euthanasie? Pour répondre à cette question, il convient de clarifier le sens que je donne aux mots. Spontanément, en raison de mon admiration pour la langue grecque et mon goût de l’étymologie, je donnerais au mot ‘euthanasie’ le sens que lui donne Francis Bacon. Mais je pense qu’il est préférable d’être de son temps et, pour se bien faire comprendre, de parler la langue commune et non une langue technique. C’est pourquoi j’entends ici ‘euthanasie’ au sens vulgaire./ Dès lors, ma réponse est celle-ci: je ne saurais d’aucune manière recommander l’euthanasie (directe active); je réprouve absolument la négligence de soins; les soins palliatifs me paraissent dans la toute grande majorité des cas la meilleure façon de respecter la vie d’autrui considérée tant dans sa qualité que dans sa quantité; et, en cas d’échec de ces derniers, je reconnais que l’ultime instance qui doit dicter mon choix est ma conscience exercée en toute liberté comme en toute responsabilité [...]”¹⁷⁶.

Compreende-se a inevitabilidade de uma dimensão escatológica no campo da medicina, um referencial que os progressos tecnocientíficos apenas vieram mascarar. Antecede e sobrepõe-se às mais imediatas dimensões assistencial, curativa e preventiva dos cuidados de saúde. Dir-se-á que o campo da medicina não visa apenas a cura; saúde, de *salus*, significava salvação da alma e do corpo (reanimado, ressuscitado) da eterna condenação; como na terapêutica da dor-sintoma ou da dor-doença visa também a integridade da pessoa¹⁷⁷.

Em suma, as premissas básicas de qualquer acto médico são o conhecimento da doença, saber tratá-la, experiência e ponderação para acertar não apenas na terapêutica, mas também, necessariamente, no diagnóstico e no prognóstico, conhecer as emergências, perce-

¹⁷³. Dagognet, p. 82.

¹⁷⁴. Habermas, 2003.

¹⁷⁵. Como muitos autores, tenho dito e escrito que não é aceitável discutir estas questões, nem o faço, sem defender antes a excelência e universalidade de cuidados paliativos no domicílio e uma boa rede de serviços 24 h/dia, 365/d no ano) e... o que não é menos importante, a paralela recusa do abandono dos seus idosos pelas famílias – imensa responsabilidade nas nossas mãos (de todos) e às costas da Segurança Social.

¹⁷⁶. Malherbe, p. 203.

¹⁷⁷. Folscheid, p. 146.

ber o fim da vida, aceitar os seus limites... – têm como contrapartida “[...] a ideia de que os doentes terão sempre esperança [...] ou então, ao contrário, o preceito de realismo requer o estoicismo aderente ao facto por parte do sujeito com doença terminal [...]”¹⁷⁸; ao facto, à facticidade individuante. A experiência pessoal de estar doente está no “epicentro” de um sistema que envolve representações culturais, posições e papéis sociais de doente, os planos da subjectividade e intersubjectividade¹⁷⁹ e da corporalidade e temporalidade.

Como vimos, esta última não é a mais fácil de tematizar, sobretudo para o médico que tem por deformação profissional uma visão puramente parcial e instrumental, o corpo é um aparelho ou sistema funcional de órgãos e moléculas – faltando-lhe a capacidade de integrar as partes no todo (com a mesma profundidade e rigor que as identifica, separa, isola e explica) e escapando-lhe, na sua lógica da vida (biológica), a compreensão do indivíduo (sempre opaco), da empatia (sempre irreduzível) e da narrativa (sempre diacrónica). As narrativas clínicas são tão importantes para a humanização das equipas de saúde como para a formação dos sentimentos morais, havendo, segundo alguns antropólogos, quatro tipos principais de enredos explicativos pertinentes: de reparação (salvífico), de demanda (de cura ou do alívio do sintoma), de testemunho (exemplar) e de hedonismo (narcísico)¹⁸⁰: contribuem para a compreensão do Mesmo e do Outro.

Que sou eu? Que devo fazer? Que posso esperar? Perante estes dilemas, procuramos uma resposta às três interrogações de Kant. Seguramente, da mais convicta resposta que eu souber dar não decorre qualquer direito de imposição a outrem. Mesmo na qualidade de médico assistente – sentindo-me obrigado a lutar contra a doença do doente, sinto-me proibido de definir o bem desse meu doente... e interdito de lhe impor a adopção dos meus valores¹⁸¹. Em contraposição, da condição humana, na sua tríade universal de finitude, solidão e incerteza, decorre que eu me torno (mais) humano ao encarnar para o outro a liberdade – perante a mortalidade, a solidariedade – contra a solidão e a humildade – face ao risco e à incerteza¹⁸²:

Traços do *ethos* médico

<i>Interrogações</i>	<i>Condição humana</i>	<i>Subjectivação</i>	<i>Ethos da medicina</i>
Que sou eu?	Mortalidade	Livre arbítrio	Acribia
Que devo fazer?	Solidão	Solidariedade	Cuidar/curar
Que posso esperar?	Incerteza e risco	Humildade	<i>Primo non nocere</i>

¹⁷⁸. Kleinman, p. 238.

¹⁷⁹. *Ibidem*, p. 239.

¹⁸⁰. *Ibidem*, p. 239; Smith, 1991.

¹⁸¹. Habermas, p. 73; cp. S. Neiman, 2003: ao contrário de Deus, não sabemos ajuizar que é melhor para o todo, citando Kant (p. 69) mas não deixamos de produzir ou descobrir uma ideia partilhada de bem comum (Pereira de Almeida).

¹⁸². Malherbe, p. 43ff.

Urge trazer mais luz, maior conhecimento antropológico, mais consenso científico e mais debate político para esta questão. Em termos biomédicos o que se insinua é uma inesperada abertura para uma alteridade cujo tratamento formal implica, no mínimo, a tomada em consideração de estados de passagem¹⁸³. Pigeaud, creio, corrobora esta arriscada proposta quando diz que é preciso a concepção de um “[...] estado transitório entre o vivo e o esqueleto. O cadáver é o último elo visível entre a natureza e a cultura [...]”¹⁸⁴. Hoje o critério de morte (cerebral) é controverso e não essencialmente médico mas jurídico. Sabemos que a ideia de progresso ilimitado tornou a noção de morte mais insuportável para o comum dos mortais¹⁸⁵ e que a longevidade e a “a-mor(t)alidade” é uma ilusão de muitos médicos¹⁸⁶.

Quanto à prática concreta no nosso mundo hospitalar, ensinava Francesc Abel, nas jornadas nacionais das CEA de Barcelona, em 1997, a análise de cada caso pelos membros de uma comissão de ética para a saúde (pressupondo a competência em ética clínica, de investigação, etc.) passa por um triplo imperativo:

1. História clínica completa.
2. Competência científica para discutir o caso.
3. Existência de estruturas de garantia de qualidade (há em Portugal?)¹⁸⁷.

É frequente, na nossa pequena comunidade de “eticistas”, a redução da concórdia ao consenso (concordia no sentido etimológico, a leal e frontal cordialidade na discussão de ideias e valores) e a confusão entre ética e religião (e até entre ética e direito, i.e., obediência à lei positiva); em muitas circunstâncias, é má a delimitação entre problemas morais e problemas deontológicos ou entre prescrições éticas e prescrições técnicas. É uma grande pena.

Resumo

Sabe-se que para qualquer doente, e sobretudo para o idoso, é mais verdade que a morte vem “do” seu leito do que “no” seu leito¹⁸⁸. Mas o campo dos cuidados paliativos e a arte do adequado controlo de sintomas em fim de vida não são redutíveis à temática da gerontologia, excedem largamente a doença crónica avançada, o cancro, a infecção pelo VIH e a demência, passando muito para além do campo da própria medicina. Que queremos ser como comunidade – que queremos para os nossos filhos e para os filhos dos nossos filhos, que desejamos para os entes queridos mais dependentes e para os concidadãos carenciados?

¹⁸³ PCabral, 1985/1990.

¹⁸⁴ Pigeaud, 1999, pp. 118, 122.

¹⁸⁵ Tolstoi, cit. por Folscheid, p. 237.

¹⁸⁶ Só isso explica a violação fácil e “natural” das últimas vontades expressas formalmente por doentes.

¹⁸⁷ Além disso requer uma noção de qualidade de vida segundo a perspectiva do próprio doente e a pré-definição da abordagem dos dilemas morais, deontológicos ou técnicos mais difíceis.

¹⁸⁸ Folscheid, 1977b, p. 113; 1997c.

À laia de síntese ofereço uma simples tipologia de alguns problemas éticos – e vias de “resolução” – em medicina de cuidados paliativos. Tudo querer racionalizar é uma pura impossibilidade. E não devemos esquecer que maus casos fazem más leis.

Princípios	Problemas	Soluções
Não maleficência	Suspender ou não iniciar terapêutica encarniçamento	Conceito de futilidade
Beneficência	Conhecer “normativas” de medicina paliativa; dor	Liberalização de opióides, luto, etc.
Autonomia	Suicídio assistido; eutanásia, sedação terminal	<i>Living will</i> , princípio do duplo efeito
Equidade	Reabilitação; articulação de subsistemas	Equipas “móveis”; apoio domiciliário; voluntariado...

5. Conclusão: de bombordo

Vicente (Corvo, Arca de Noé) – p. 129: “[...] a voz de Deus: – Noé, onde está o meu servo Vicente? [...]. Novamente o Senhor paralisara as consciências e o instinto, e reduzia a uma pura passividade vegetativa o resíduo da matéria palpitante”; p. 133: “Restava dele apenas o topo, sobre o qual, negro, sereno, único representante do que era raiz plantada no seu justo meio, impávido, permanecia Vicente. Como um espectador impessoal, seguia a Arca [...]”; p. 134: “A significação da vida ligava-se indissolúvelmente ao acto de insubordinação. Porque ninguém mais dentro da Arca se sentia vivo. Sangue, respiração, seiva da seiva, era aquele corvo molhado [...]” “[...] A morte temia a morte [...]” (Torga, *Bichos*. 12ª ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra 1982).

Defini consciência moral como a unidade pessoal de conhecimento, liberdade e responsabilidade mobilizada pela presença do Outro diante de quem me encontro¹⁸⁹. Esta é a definição que convém às profissões de saúde. Quando é que podemos afirmar que existe liberdade pessoal responsável? Quando faço o que quero, sabendo porque o quero, decidindo responsabilmente. Que relação existe entre omissão e agir moral? No contexto apropriado, sou sempre tão responsável na omissão do acto como no agir moral concreto. Notar-se-á que existem, segundo Ricoeur, três níveis do juízo clínico, coimplicados em cada acto médico (que é um facto social total) (e *a fortiori*, em cada escolha moral)¹⁹⁰.

Níveis do juízo clínico

Prudencial	– refere-se à acção e ao agente, ao individual ou singular
Deontológico	– deveres e regras da arte e princípio de sua universalização
Reflexivo	– p. ex. as experiências sempre inenarráveis da morte e do sofrimento

Segundo proposta recente de Habermas, a autocompreensão ética da espécie humana, na absurda situação actual¹⁹¹, supera a centralidade da autonomia do sujeito como materialização da liberdade; mais subtilmente, a solidariedade surge associada a um esforço de

¹⁸⁹. Ensinamentos de Pereira de Almeida.

¹⁹⁰. Ricoeur, 2001.

¹⁹¹. Absurda pelas carências de que sofremos, pelos meios que temos e pelos obstáculos que pomos à nossa frente...

recusa da *mimesis* vitimária e a um princípio de diferenciação (de que o tratamento naturalista e racionalista da medicina hipocrática será porventura o primeiro paradigma histórico) e a uma prática de humildade que convém com o princípio de precaução e com a recusa da *hubris* (p. ex. no uso de uma liberdade científica, sem limites consensuais)¹⁹².

Quero sublinhar algumas referências que exprimem uma maneira de estar no mundo. Nada têm de retórica, reflectem os principais vectores existenciais da condição humana: a noção de bem (para o sujeito que age), de alteridade (o outro que solicita ajuda), de mundo (convulso como o de hoje) e de temporalidade (foi teocêntrica no Ocidente durante o domínio da medicina galénica, até ao despontar da cultura renascentista). Mas é a crença básica na responsabilidade do agente pelos seus actos e palavras e na regularidade das coisas e dos eventos que abre, hoje como ontem, a possibilidade de livre arbítrio¹⁹³. O sentido agudo e universal da própria mortalidade permitia uma visão da virtude e da busca de excelência como a grande finalidade da vida, da vida que valia a pena ser vivida – animado por convicções religiosas em Amato Lusitano e por convicções “racionalistas” em Espinosa¹⁹⁴.

Não contesto a preeminência da experiência de sagrado (ou de participação no imenso, de testemunha do sublime) em alturas críticas da vida (dar a vida por outrem, recomeçar do zero à *If* de Kipling, cumprir a palavra dada, gozar uma obra de arte, salvar o inimigo sem desonra, nascer um filho, etc.) e em momentos mais “banais” da existência (um certo olhar por acaso, o favor inesperado, um nascer ou pôr do sol, ritos e passagens, o objectivo alcançado, etc); também não contesto a legitimidade da exigência da maior perfeição na execução das práticas e das técnicas – o valor da excelência –, satisfazendo a exigência da (procura da) verticalidade das posições e da consistência das escolhas individuais. Porém, devemos reconhecê-lo, que se a religião e a fé têm mistérios e dogmas, a ética e a moralidade têm problemas e paradoxos¹⁹⁵. É claro que o contágio das esferas conceptuais vem de trás e é inevitável. O vocábulo grego inicial para doença, *nósos*, significava mal, estranheza, perturbação, defeito, quer no indivíduo quer na colectividade, traduzindo o cunho simultaneamente social e individual da doença; na maioria das sociedades, uma ideia como *nósos* contamina e participa e terá tido a sua origem em campos semânticos da esfera juridicorreligiosa e da esfera bélica (refiram-se, p. ex., os campos puro/impuro e ataque/defesa)¹⁹⁶.

¹⁹². Embora tenha reservas à febre de legiferar na área dos cuidados de fim de vida (como do princípio da vida – independentemente do sentido do voto toda a história do aborto em Portugal é triste, votando partidariamente os deputados eleitos... salvo raras e honrosas excepções), estou certo também que a responsabilização social e a autorregulação dos profissionais é manifestamente insuficiente... (a falsa objecção “de consciência” de profissionais, a abstenção dos colégios da especialidade...).

¹⁹³. Taylor, 1995.

¹⁹⁴. Cp. Iris Murdoch, p. 99.

¹⁹⁵. Expansão de uma fórmula lapidar que aprendi com Francesc Abel; cp. D. Gracia, 2001.

¹⁹⁶. Recordar § A; veja-se a definição de medicina por Isidoro de Sevilha (c. 570-636) em *Etimologias*: “A medicina é a protecção e restauração da saúde do corpo: as feridas e doenças constituem o seu

Orientação	Sagrado	Profano
Individual	“Doenças sagradas”	Medicina clínica alopática
Colectiva	Tabus e impureza	Medicina social, saúde pública

Do ponto de vista clínico, hoje é difícil negar que os elementos ou princípios básicos da profissão médica¹⁹⁷ são: o doente, o sofrimento ou dorlência, o corpo, o sintoma, a doença.

Estes diversos e heterogéneos temas, de modo natural mas ambicioso, entram em qualquer formação de ética médica... Como é possível pretender saber dizer com honestidade a verdade acerca de tais matérias sangrantes e incandescentes, numa sociedade multicultural, com tão contraditórios modelos e formas de vida! Como uma segunda viagem, como uma nova partida, e outra, e outra... Sabendo que as medicinas (duais e ambivalentes) têm raízes e orientações universais¹⁹⁸: mas as filosofias morais, a ética, tem fontes e expressões singulares¹⁹⁹.

Algumas categorias éticas			
Princípios	Liberdade	Responsabilidade	Obediência
Norma	Imperativo categ.	Solidariedade	Caridade
Expressão	Respeito	Compromisso	Fidelidade
Valores	<i>Virtù</i>	Paciência	Resignação

Pico della Mirandola, no *Discurso Da Dignidade Humana*, dizia: o homem não possui uma imagem única e específica, mas muitas imagens de si, estranhas e adventícias. Cabe-nos investigar se persiste alguma imagem do humano que possa legitimar a presente prática biomédica, com os seus sucessos e transgressões, os seus excessos e maravilhas. E com a sua imperdoável desatenção ao paradoxo central da medicina contemporânea: a indiferença.

Recentemente foi publicada por Susan Neiman uma obra directamente relacionada com o vexante problema do mal e do sofrimento²⁰⁰. Esta fixa, no sismo que destruiu Lisboa em 1775, a origem da consciência moderna do fracasso da Providência e a ocasião da descoberta do abismo entre a realidade e a moralidade (entre ser e dever ser); conclui que o actual retorno do transcendente se deve à necessidade

objecto. Pertence à medicina não apenas o que se refere às aptidões do físico, legitimamente dito *medicus* mas também o que respeita aos alimentos e bebidas, ao abrigo e agasalho. Em suma, inclui todas as defesas e fortificações pelas quais o corpo se protege de ataques e acidentes”. Os anglo-saxónicos falam com pertinência de doença como *disease*, *illness* e *sickness*, nos planos bio-psico-social (talvez os equivalentes portugueses sejam doença, afecção ou dorlência e maleita, respectivamente); quadro de Turner, p. 11.

¹⁹⁷. Faça notar que nas línguas indo-europeias, segundo conjectura de Benveniste, *medicus*, de *medos, e *medes, é aquele que estabelece a medida, o meio termo, a justa medida. Usava-se na área jurídica antes de ser importado para a medicina.

¹⁹⁸. Gracia, p. 228.

¹⁹⁹. F. Gil, 2000 (com modificações).

²⁰⁰. Neiman, 2002.

de tomar em linha de conta que o mal “[...] não é apenas o oposto ao bem, mas o seu inimigo. O mal verdadeiro procura destruir as próprias distinções morais. Uma das maneiras de o fazer é converter as vítimas em cúmplices [...]”²⁰¹. A aparente naturalidade com que tal acontece liga-se à fragilidade e transcendência do bem²⁰², por um lado, por outro à dualidade e imanência do corpo – do corpo que somos e do corpo que temos – o corpo que não crê na sua mor(t)alidade.

²⁰¹. Neiman, p. 287.

²⁰². Murdock, 1970.

6. Bibliografia

- Aa.Vv. La Formation des Bénévoles. JALMALV 2003;73.
- Aa.Vv. Wat is a Good Death? BMJ 2003;327(7048).
- Abry D. Ethics and the Transversality of Hospital Palliative Care Teams. European Journal of Palliative Care 1999;6(2):48-52.
- Almeida JMP. Fé e moral, draft, Fátima, 1997.
- Almeida JMP. Diante de Quem Morre. Apontamentos de uma Perspectiva Ética. *Communio* 1998;1:25-30.
- Amato Lusitano. Centúrias de Curas Mediciniais (pref. e trad. Firino Crespo) s/d (original 1551). Vol 1. Lisboa: UNL.
- Arendt H. The Human Condition. Chicago: The University of Chicago Press 1989 (1958).
- Arendt H. Condition de L'Homme Moderne (trad. G. Fradier). Paris: Calman-Levy 1959/83.
- Aristóteles. *Éthica Nicomachea*. Em: Mckee R (ed). Introduction to Aristoteles. 2ª ed. Chicago: University of Chicago Press 1973.
- Barbosa A. A Dimensão Psicocultural da Dor. Em: Rico T, Barbosa A (eds). Dor: do Neurónio à Pessoa. Lisboa: Permanyer, DEMFML 1995:253-60.
- Bernardo M. O Cuidado e os Cuidados Paliativos em Oncologia. Em: Rico T, Barbosa A (eds). Dor: do Neurónio à Pessoa. Lisboa: Permanyer, DEMFML 1995:169-74.
- Bernat JL. A Defense of the Whole-Brain Concept of Death. *Hasting Center Report* 1998;28(2):14-23.
- Billings JA. Definitions and Models of Palliative Care. Em: Berger AM, Portnoy RK, Weissman DE (ed). II Issues in Palliative Care, Principles and practice of palliative care and Supportive Oncology. 2ª ed. Filadélfia: Lippincott 2002:635-46.
- Blumenberg. Naufrágio com Espectador. Lisboa: Vega 1994.
- Bodenheimer T, et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002;288(9):2469-75.
- Cabral P. Os Cultos da Morte no Norte de Portugal. Em: Feijó RG, et al. (eds). A Morte no Portugal Contemporâneo. Quercus 1985 (1990):610.
- Cadoré B. Dignité de la Relation de Soins. JALMALV 2001b;65:7-10.
- Cadoré B. Pour Recentrer la Question Éthique. Em: Jacquemin D (coord). Manuel des Soins Palliatifs. Paris: Dunod 2001a:648-59.
- Callahan D. Death and the Research Imperative. *NEJM* 2000:654-6.
- Callahan EH, et al. Geriatric Hospital Medicine. *Med Clin N Am* 2002; 86:707-29.
- Capron AM. Brain Death – Well Settled Yet Still Unresolved. *NEJM* 2001;344(16):1244-6.
- Casarett D, et al. Life after death: a practical approach to grief and bereavement. *Ann Int Med* 2001:208-14.
- Cassel EJ. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *NEJM* 1982;306(11):639-45.
- Cassel EJ. Diagnosing Suffering: A Perspective. *Ann Int Med* 1999; 131:531-4.
- Cornford FM. *Principium Sapientiae*. Lisboa: FCG 1975 (1952).
- Dagognet F. Pour une Philosophie de la Maladie. Paris: Textuel 1996.
- Damásio A. O Erro de Descartes. Mira-Sintra, Europa-América, 1994.
- Damásio A. O Sentimento de Si, Mira-Sintra, Europa-América, 2000.
- Daston L. Wonders and the Order of Nature. Nova Iorque: Zone Books 1998.
- De Hennezel M. La Personne Agée Face à la Mort. CNECV. 6º Seminário Nacional. A Pessoa Idosa e a Sociedade. Perspectiva Ética (Combra, 22-23/XI/1999).
- Douglas M. Pureza e Perigo (trad. S. Pereira e Silva). Lisboa: Edições 70 1981.
- Emanuel J, et al. Chemotherapy use among medicare beneficiaries at the end of life. *Annals of Internal Medicine* 2003;138(8):639-42.
- Emanuel LL. The Asymptotic Model and a Bounded Zone definition. *Hastings Center Report* 1995;25(4).
- Ferrell B, et al. Home Care. Em: Berger AM, Portnoy RK, Weissman DE (eds). Principles and practice of palliative care and supportive oncology. 2ª ed. Filadélfia: Lippincott 2002:774-88.
- Folscheid D. La Question de la Personne. Em: Folscheid D, et al. Philosophie, Éthique et Droit de la Médecine. Paris: Presses Universitaires de France 1997a:78-84.
- Folscheid D. La Question de la Personne. Em: Folscheid D, et al. Philosophie, Éthique et Droit de la Médecine. Paris: Presses Universitaires de France 1997b:111-21.
- Folscheid D. La Vie Finissante. Em: Folscheid D, et al. Philosophie, Éthique et Droit de la Médecine. Paris: Presses Universitaires de France 1997c:233-46.
- Foucault M. As Palavras e as Coisas (trad. A.R. Rosa). Lisboa: Portugalia 1966/1968.
- Foucault M. Naissance de la Clinique. Paris: PUF 1963/1990.
- Frankl VE. Man's search for meaning. Nova Iorque: Simon & Schuster 1959.
- Garrett A. Frei Luís de Sousa. Porto: Lello, s/d.
- Gil F. *Traité de L'Évidence*. Grénoble: Millon 1993.
- Gil F. *La Conviction*. Paris: Flammarion 2000.
- Gil F. Mors Certa, Hora Incerta. draft, 2000b.
- Gracia D. Moral Deliberation: The Role of Methodologies Clinical Ethics, Medicine, Health Care and Philosophy 2001;4:223-32.
- Habermas J. The Future of Human Nature. Cambridge: Polity 2003.
- Hanks GW, et al. Morphine and Alternative Opioids Cancers Pain: The EAPC Recommendations. *BJC* 2001;84(5):587-93.
- Hardcastle VG. The Myth of Pain. Cambridge Mass. MIT 1999.
- Heidegger M. Seminários de Zollikon. Em: Boss M (ed). Petropolis: Vozes 1987/2001 (trad. G. Arnold e MFA Prado).
- Henry M. L'Essence de la Manifestation. 2ª ed. Paris: PUF 1963/1990.
- Henry M. Philosophie et Phénoménologie du Corps. Paris: PUF 1987.
- Henry M. Incarnation – une Philosophie de la Chair. Paris: Seuil 2000.
- Henry M. Encarnação. Lisboa: Círculo de Leitores 2001 (trad. F. Martins).
- Henry M. Auto-donation. Paris: D. Guéniot 2002.
- Hipócrates. Da Medicina Antiga, versão utilizada On Ancient Medicine. Vol II. Loeb Classical Library 1923/1992 (trad. W.H.S. Jones).
- Hipócrates. Da Natureza Humana, versão utilizada Human Nature. Londres: Loeb Classical Library 1995.
- Horde P. Pain in Hippocratic Medicine. Em: Himmels, Porter R (eds). Religion, Health and Suffering. Londres: Kegan 1999:295-315.
- Jansen LA. The moral irrelevance of Proximity to Death. *The Journal of Clinical Ethics* 2003;14(1/2):49-58.
- Jennings B (ed). Access to Hospice Care Expanding Boundaries, Overcoming Barriers. *Hasting Center Report* 2003.
- Jonas H. Wissenschaft as Personal experience. *Hastings Center Report* 2002;32(4):27-35.
- Kafka. Considerações sobre o Pecado, sobre o Sofrimento, a Esperança e o Verdadeiro Caminho. Lisboa: Hiena Editora 1992 (trad. C.T. da Mota).
- Kearney R. Mortally Wounded. Dublin: Marino Books 1996.
- Kierkegaard SA. Desespero, a doença moral. Porto RES 2003 (trad. A. Kail).
- Kleinman A, et al. Personal Experience of Illness. Em: Albrecht GL, et al. (eds). Handbook of Social Studies in Health and Medicine. Londres: SAGE 2000:230-42.
- Kübler-Ross. Elizabeth, On Dead and Dying. Nova Iorque: Macmillan 1969.
- Kuriyama S. The Expressiveness of the Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine, Zone, Books 1999.
- Lamon TE, Christakis N. Prognostication in Advanced Disease. Em: Berger AM, Portnoy RK, Weissman DE (eds). Palliative Care,

- Principles and practice of palliative care and supportive oncology. 2ª ed. Filadélfia: Lippincott 2002:607-14.
- Levy-Strauss C. *Structural Antropology*. Penguin Books 1963.
- Lloyd GER. Epistemological Arguments in Early Greek Medicine in Comparativist Perspective. Em: Bates D (ed). *Knowledge and the Scholarly Medical Traditions*. Cambridge Univ Press 1995:25-40.
- Lloyd GER. Philosophy and Medicine in ancient Greece: Cognitives Models and Their Repercussions. Em: Anamnese e Saber, IN/CM, Lisboa: 1999:255-71 (no prelo).
- Lloyd GER. *In the Grip of Disease*. Oxford University Press 2003.
- Lobo-Antunes J. A Dor na Medicina. Em: Rico T, Barbosa A (ed). *Dor: do Neurónio à Pessoa*. Lisboa: Permanyer, DEMFML, 1995:9-17.
- Lupton D. The Social Construction of the Body. Em: Arecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw S (eds). *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. Londres: SAGE 2000:50-63.
- Lynn J, et al. Advance care planning for fatal chronic illness: avoiding commonplace errors and Unwarranted suffering. *Ann Int Med* 2003;812-8.
- Lynn J, et al. Reforming care for persons near the end of life: the promise of quality improvement. *Ann Int Med* 2002;37:117-22.
- Malherbe JF. *Pour une Éthique de la Médecine*. 2ª ed. Bruxelas: Ciaco 1990.
- Marion JL. *Le Phénomène Saturé*. Em: Courtine JF (ed). *Phénoménologie et Théologie*. Paris: Criterion 1992:79-128.
- Marques MS. *Um Acto Médico Correcto e Aumentado*. *Acta Méd Port* 1997;11:543-54.
- Marques MS. *O Espelho Declinado, Natureza e Legitimação do Acto Médico*. Lisboa: Colibri 1999.
- Marques MS. *A Medicina Enquanto Ciência do Indivíduo*. Dissertação de doutoramento. FML 2002.
- Marques MS. *A Medicina como Ciência do Indivíduo, Sisifo, entre o Aberto e o Fechado, 2003a* (no prelo).
- Marques MS. *O Sonho Patognomónico, 2003b* (no prelo).
- Marques MS. *O Vinagre e a Monarquia*. *Pequena História das Indiferenças em Medicina*. I Colóquio Internacional, Ciência, Natureza, Tecnocência (orgs. H. Martins, JL Garcia). Cascais 2001/2003 (no prelo).
- Martins F. *Recuperar o Humanismo*. Lisboa: Príncipia 2002.
- Mauss M. *A Category of the Human Mind: The Notion of Person*. Em: Carrithers M, Collins S, Lukes S (eds). *The Category of the Person*. Cambridge Univ Press 1985:1-25.
- McFarland E, et al. Stability of preferences regarding life-sustaining treatment: a two-year prospective study of nursing home residents. *The Mount Sinal Journal of Medicine* 2003;70(2).
- Mesquita AP. *A Vitória sobre Trasimaco: Hipócrates e a Medicina Grega*. Lição na Faculdade de Medicina da UBI na cadeira de Arte Médica, I (13.02.2003).
- Molder MF. *Princípios de Método*. Em: Valente-Alves M (coord). *Imagens Médicas, Fragmentos de uma História*. Porto: Porto Editora 2001:319-38.
- Murdoch I. *The Sovereignty of the Goodness*. Penguin Books 1970.
- Murphy-Ende K. Barriers to Palliative and Supportive Care. *Nursing Clin N America* 2001;36(4):843-53.
- Neiman S. *Evil in Modern Thought*. Princeton: Princeton Univ Press 2002.
- Nelson EC, et al. Building Measurement and Data Collection into Medical Practice. *Ann Int Med* 1998;128(6):460-6.
- Nutton V. *Galen at Bedside. The Methods of a Medical Detective*. Em: Bynum WF, Porter R (eds). *Medicine and Five Senses* 1993:7-16.
- Parkin D. *Conclusion: Suffer Many Healers*. Em: Hinnells JR, Porter R (eds). *Religion, Helth and Suffering*. Londres: Kegan 1999:433-59.
- Pereira de Almeida JM. *Ver Almeida*.
- Pigeau J. *Poésie du Corps*. Paris: Payot 1999.
- Platão. *O Banquete*. Lisboa: Ed. 70 1981 (trad. M.T.S. de Azevedo).
- Platão. *Fédon*. Coimbra: Instituto Nacional de Investigação Científica 1983:103-4 (trad. M.T.S. de Azevedo).
- Porée J. *La Sensation Douleureuse Existe-t-elle?* Em: Cantista MJ (ed). *A Dor e o Sofrimento – Abordagens*. Porto: Campo das letras 2001:103-24.
- Portela JL. *Dor e qualidade de vida em oncologia*. Em: Rico T, Barbosa A (ed). *Dor: do neurónio à pessoa*. Lisboa: Permanyer, DEMFML 1995:165-8.
- Porter R. *Western medicine and pain: historical perspectives*. Em: Hinnells JR, Porter R (eds). *Religion, Helth and Suffering*. Londres: Kegan 1999:364-80.
- Potter RL (ed). *Special Issues on Outpatient Ethics*. *The Journal of Clinical Ethics* 2002;13(4).
- Poussin G, et al. Can we talk of quality of life just before death? *European Journal of Palliative Care* 2000;7(6):218-20.
- Price DD. *Psychological and Neural Mechanisms of the Affective Dimension of Pain*. *Science* 2000;288:1769-72.
- Quill TE, et al. Professional organizations' position statements on physician-assisted suicide: a case for studied neutrality. *Ann Int Med* 2003;138:208-11.
- Rey R. *Histoire de la douleur*. Paris: La Découverte 2000.
- Ribeiro-Ferreira ML. *O que Pode um Corpo. Lição proferida no Seminário sobre o Corpo*. Org. Florinda Martins, Cadeira de Bioética. ESSUA 2002.
- Richardson B. *Overview of Geriatric Emergencies*. *The Mount Sinai J Med* 2003;70(2):75-84.
- Ricoeur P. *Les trois niveaux du jugement médical*. Em: *Le Just-2*. Paris: Esprit 2001:227-43.
- Rilke. *Elegias de Duino*. Porto: O Ouro do Dia 1983 (trad. coord. Paulo Quintela).
- Sanches F. *Que nada se Sabe in Obra Filosófica* (trad. G. Manupella, et al.). Lisboa EN/CM 1999.
- Santareno B. *Nos mares do fim do mundo*. Lisboa: Ática 1999.
- Saunders C (ed). *The Management of Terminal Disease*. Londres: Arnold 1978/1979.
- Schapiro, et al. *Living and Dying Well with Cancer: Successfully Integrating Palliative Care and Cancer Treatment*. NCPB Report 2003.
- Schechter GP, et al. *Refocusing on History-taking Skills During Internal Medicine Training*. *Amer J Med* 1996;101:210-6.
- Shafazand S, et al. *Withholding and withdrawing treatment: the doctor-patient relationship and the changing goals of care*. Em: Berger AM, Portnoy RK, Weissman DE (eds). *Palliative Care, Principles and practice of palliative care and supportive oncology*. 2ª ed. Filadélfia: Lippincott 2002:880-90.
- Singer PA, et al. *Quality End-of-Life Care*. *JAMA* 2000;284(19):243-8.
- Smith RC, et al. *The Patient's Story: Integrating the Patient-and Physician- centered Approaches to Interviewing*. *Ann Int Med* 1991; 115:470-7.
- Sontag S. *Regarding the pain of others*. Nova Iorque: Farrar, Straus and Giroux 2003.
- Spicker SF. *Becoming a Subject of Biomedical Research: Exploring the Zones of Corporeality Between Leib and Körper*. 2ª World Congress Philosophy of Medicine. Cracóvia: draft 2000.
- Steinhauser KE, et al. *In Search of a Good Death: Observation of Patients, Families, and Providers*. *Ann Int Med* 2000;132(10):825-32.
- Sullivan MD. *Finding pain between minds and bodies*. *The Clinical Journal of Pain* 2001;17:146-56.
- Taylor C. *The Person*. Em: Carrithers M, Collins S, Lukes S (eds). *The Category of the Person*. Cambridge Univ Press 1985:256-81.
- Taylor C. *Two Theories of Modernity*. *Hasting Center Report* 1995; 25(2):24-33.
- Toombs SK (ed). *Handbook of Phenomenology and Medicine*. EUA: Kluwer Academic Publishers 2001.
- Tulsky JA, et al. *Communication at end of life*. Em: Berger AM, Portnoy RK, Weissman DE (eds). *Principles and practice of palliative care and supportive oncology*. 2ª ed. Filadélfia: Lippincott 2002: 673-84.
- Tunhas P. *Hipócrates e o pensamento da passagem*. Em: Soares MLC. *Hipócrates e a Arte da Medicina*. Lisboa: Colibri 1999:11-61.

- Turk DC. Remember the Distinction Malignant and Benign Pain? Well, forget it. *The Clinical Journal of Pain* 2002;18:75-6.
- Turner B. The History of the Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories. Em: Albrecht GL, et al. (eds). *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. Londres: SAGE 2000:9-23.
- Wall P. *The Science of Suffering*. Londres: Weidenfield 1999.
- Wenger NS, et al. Quality indicators for end-of-life care in vulnerable elders. *Annals of Internal Medicine* 2001;135(8) (part 2): 677-85.
- Wijdicks E. The Diagnosis of Brain Death. *NEJM* 2001;344(16): 1215,1220.
- Zanner RM. Power and Hope in the Clinical Encounter: A Meditation on Vulnerability. *Med, Health Care and Phil* 2000;3(2):265-75.



© 2003 Permanyer Portugal

Av. Duque d'Ávila, 92 - 7.º E

1050-084 Lisboa

Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96



Impresso em papel totalmente livre de cloro



Este papel cumpre os requisitos de ANSI/NISO
Z39-48-1992 (R 1997) (Papel Estável)

ISBN: 972-733-133-5

Impressão: Comgrafic, S.A.

ISBN: 972-733-141-6

Dep. Legal: B-37.050/03

Ref.: 264AP023

Reservados todos os direitos.

Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados nesta revista são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.