

Este livro tem uma destinatária, a quem pretende render homenagem pela notável carreira académica: Maria Luísa Ribeiro Ferreira, Professora Catedrática do Departamento de Filosofia da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.

Autora de extensa obra escrita, dinamizadora de projectos filosóficos inovadores, como atesta o seu longo currículo, mas também combativa defensora de causas, como a da filosofia (e da literatura) no feminino e a do ensino (filosófico) da filosofia, Maria Luísa Ribeiro Ferreira é uma personalidade de convicções fortes, sincera e leal, que marcou sempre aqueles com quem conviveu no seu percurso de vida. Assim se explica que tantos colaboradores tenham acorrido a celebrar o seu legado, como os autores que, em mais de sete dezenas de artigos, contribuíram para este volume.

Este livro é, por isso, também uma declaração de afectos, que emergem em múltiplos artigos, a alguém incapaz de passar a vida sem cativar e envolver aqueles que vai encontrando pelo caminho.



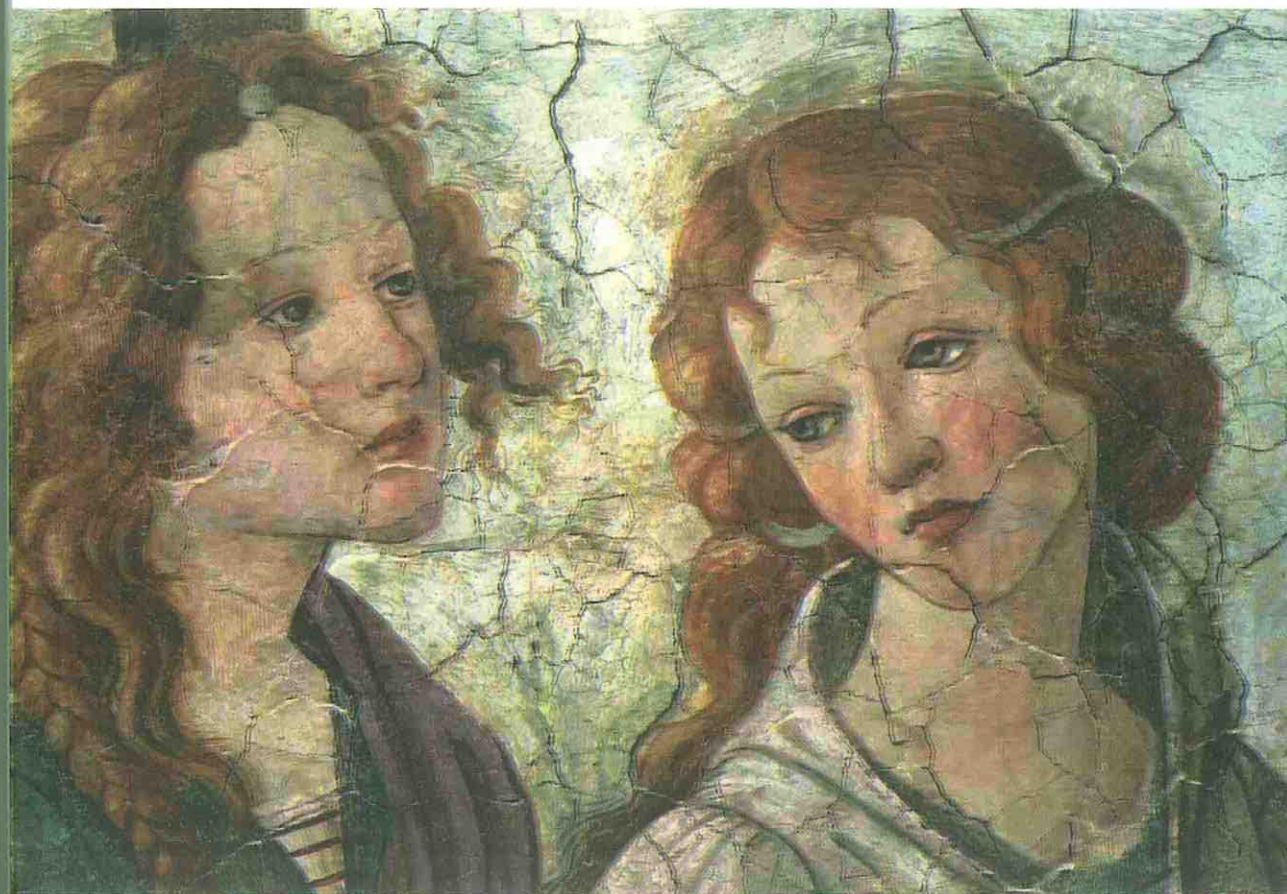
A PAIXÃO DA RAZÃO

Homenagem a Maria Luísa Ribeiro Ferreira



A PAIXÃO DA RAZÃO

Homenagem a Maria Luísa Ribeiro Ferreira





MARIA LUÍSA RIBEIRO FERREIRA

A PAIXÃO DA RAZÃO

HOMENAGEM A MARIA LUÍSA RIBEIRO FERREIRA

Organizadores

António Pedro Mesquita

Cristina Beckert (†)

José Luis Pérez

Maria Leonor L. O. Xavier



CENTRO DE FILOSOFIA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA
2014

FICHA TÉCNICA

TÍTULO: **A PAIXÃO DA RAZÃO**
HOMENAGEM A MARIA LUÍSA RIBEIRO FERREIRA

AUTOR: Vários

ORGANIZADORES: António Pedro Mesquita • Cristina Beckert (t) • José Luis Pérez
Maria Leonor L. O. Xavier

EDITOR: © Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa, 2014.

Este livro ou partes dele não poderão ser reproduzidos sob qualquer forma, mesmo eletrónica, sem explícita autorização do Editor e dos Autores.

CAPA: Filipa Afonso, arranjo gráfico a partir de "Vénus e as Três Graças", de Sandro Botticelli.

APOIO: **FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA



Impressão e acabamento: Graficamares, Lda.
R. Parque Industrial Monte Rabadas, 10
4720-608 Prozelos - Amares

Depósito Legal: 384090/14

ISBN: 978-989-8553-56-2



9 789898 553362

ÍNDICE GERAL

Apresentação	15
--------------------	----

TESTEMUNHOS PESSOAIS

À Luísa Ribeiro Ferreira nos Seus 70 Anos LUÍSA BELTRÃO	21
Uma Vida a Criar e a Partilhar Projetos com... MANUELA MARTINS	25
Há Tempos, Líá, Que o Amor só Existe Quando Desinteressado TERESA QUIRINO DA FONSECA	27
Uma Ideia Perspicaz ANA VICENTE	29

EM TORNO DE ESPINOSA

1. EM TORNO DE ESPINOSA

Maria Luísa e o "Compasso Musical" da Circularidade Espinosana LEONARDO LIMA RIBEIRO	37
Do Cartesianismo ao Espinosismo, Sobre o Método e Um Axioma EMANUEL ANGELO DA ROCHA FRAGOSO HOMERO SANTIAGO	47
Un escueto apuntamiento acerca de la infinitud y la totalidad según su sentido Spinoziano J. DIEGO MOYA BEDOYA	71
Teleologia e Ignorância. A propósito do Apêndice à Ethica I, de Espinosa MARTA MENDONÇA	85
Algumas Reflexões sobre a Potência de Agir em Espinosa ALESSANDRA BUONAVOGLIA COSTA-PINTO	103
Razón, cuerpo y afectos en Espinosa a partir de Maria Luísa Ribeiro Ferreira FRANCISCO JOSÉ MARTÍNEZ	111
El valor de la constancia en Spinoza, De razones y sentimientos MARÍA LUÍSA DE LA CÁMARA	121

DO JUÍZO MÉDICO EM P. RICŒUR INVITATORIUM: MYSTERIUM VERUM

José Maria Silva Rosa
Universidade da Beira Interior

Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experimentum periculosum,
iudicium difficile. (Hipócrates, *Aforismos*, I)

1. A consulta médica, nas encruzilhadas da dor e do sofrimento

A hermenêutica do acto de julgar numa situação concreta – por exemplo, em contexto ético, moral, político, judiciário, económico, etc. – sempre interessou Paul Ricœur. É, efectivamente, nessas “encruzilhadas” decisivas que se apura a humanidade do homem; nelas, este é devolvido à sua transcendental capacidade de pensar e agir.

Na esfera do juízo médico, cuja finalidade é diagnosticar a fim de tratar e curar (ou simplesmente cuidar se não for possível curar; de notar que o escopo da abordagem clínica difere do da dita medicina de investigação), constata-se inicialmente uma dissimetria radical entre o médico – aquele tem o saber e o poder para diagnosticar e intervir – e o paciente que, em princípio, não sabe o que tem, nem tem o poder para se curar (mas sem ele, tal não é igualmente possível). À partida, portanto, eis face-a-face o *poder agir* e o *padecer* que requerem destas duas alteridades em presença uma disponibilidade para o reconhecimento e um trabalho conjunto.

Só pela linguagem, i.e., só a falar, se pode ultrapassar esta dissimetria inicial; e em especial pela linguagem natural que deve ser o ambiente de uma primeira consulta.¹ Do lado do paciente, a palavra *natural* é, evidentemente, a do *pedido* de cura e, depois, a da consonância com a prescrição. Do lado do médico, a palavra, muitas vezes implícita, vem sob a forma de uma *promessa*: “Eu prometo fazer tudo para o/a curar, para o/a ajudar a recuperar a saúde perdida”. Neste originário “pacto de confiança” – e sem ele não chega a haver verdadeiramente relação médico/paciente – encontramos-nos ao nível do que Ricœur chama o “juízo prudencial” porque é acima de tudo a virtude da *prudencia* (*phrónēsis*) que relaciona estas duas singularidades em presença assimétrica. Admitindo que a consulta evolui para uma situação em que o pacto

1. Cf. Tolstói s.d.: 37, a propósito do falhanço de uma primeira consulta; e Antunes 1997: 113-129.

se realiza, i.e., o médico aceita acompanhar e tratar o paciente e este aceita seguir as prescrições daquele, entramos no nível que Ricœur refere como “juízo deontológico”,² cuja função é colocar o “pacto de confiança” ao abrigo de regras morais universais. É neste nível que encontramos os *deveres* tanto do médico como do *doente* – v.g., o dever de verdade – e, por conseguinte, o espaço para os códigos deontológicos e mesmo da lei que regulam o *acto médico*. No terceiro e último nível encontramos o “juízo reflexivo” uma vez que este exige um recuo crítico para as próprias condições de possibilidade dos juízos prudenciais e deontológicos e uma meditação de fundo sobre a própria condição humana vulnerável, sujeita à dor, ao sofrimento e à morte. Por esta via, a hermenêutica do acto de julgar deve conduzir, finalmente, a uma compreensão da medicina terapêutica como “arte de curar”, como colaboradora com a natureza, na confluência pois de saberes físicos, científicos, técnicos e humanos. Na dialéctica da reciprocidade e do reconhecimento que uma consulta médica supõe, muito em especial a primeira, todos os tipos de juízo devem particular atenção ao que não é dito, aos implícitos e, enfim, à solicitude presente no próprio coração da nossa condição humana e *langagière*, i.e., no âmago do nosso *in-der-Welt-sein*, *acção* e *paixão*, agentes e pacientes capazes de trazer a experiência à palavra.

A situação do *face-a-face* ou do *olhos-nos-olhos* entre seres humanos é sempre uma situação crucial, por vezes constrangedora, comportando perigos e dificuldades, ou pelo menos ambiguidades e embaraços (Sartre que o diga!). Mas é também indiscutivelmente um espaço de possibilidades inesperadas. De facto, as encruzilhadas, as ligações, os nós (cf. Eliade 1979), têm sido desde a noite dos tempos lugares míticos de encontros, desencontros ou mesmo de tragédias onde a morte espreita.

É este também, certamente, o caso antigo e grave do encontro entre um paciente e um médico – ou entre o enfermo, o possesso, ..., e o xamã, o mago, o sacerdote, o exorcista, o curandeiro, o bruxo, ... (cf. Carrick 2001: 11-26) – sofrendo o primeiro, não se sabendo curar a si mesmo e que, por isso, demanda cura; e o segundo que não sofre, mas que conhece a doença e, como tal, “sabe” curar ou pelo menos aliviar o sofrimento do consulente. As actuais salas de espera e consultórios médicos são, sem dúvida, algumas das “encruzilhadas” mais reais e ambivalentes do nosso tempo, herdeiras do antigo agouro daqueles *nós*, *ligamentos* e *atrilhos* e dos seus múltiplos desenlaces. Eis-nos, assim, defronte à aludida assimetria, entre o não-saber e o não-poder; uma vida ferida, fragilizada pela dor e o sofrimento e o poder e saber do médico.

2. Que não anula o nível anterior. A relação entre os diferentes níveis do juízo deve ser vista graficamente como se se tratasse de estratos sobrepostos.

A questão, como acima se disse, é encontrar nesta inexorável experiência da humanidade, os liames e os pontos de ancoragem entre uma margem e outra, a fim de atenuar a desproporção de partida. Onde encontrar o lugar-comum,³ onde encontrar o “terceiro incluído” entre médico e paciente? Evidentemente, que num plano antropológico mais profundo, ambos partilham a mesma condição de seres frágeis e mortais. O médico será também, alguma vez, um paciente. É por isso que a saúde e a doença, a vida e a morte são questões que dizem respeito a todos. Deve ser, pois, possível encontrar um espaço comum, um *échangeur* de experiências, o qual é sem dúvida a universal linguagem da dor e do sofrimento. Mas importa ter paciência, progredir lentamente, muitas vezes de balbucio em balbucio, porque a dor, o gemido e o grito são também aquilo que resiste à clareza da palavra.

Em artigo publicado na revista *Esprit*, em 1996 (Ricœur 1996a: 21-33), seis anos após a publicação de *Soi-même comme un autre* (Ricœur 1990), P. Ricœur – que, já antes confessara o seu grande interesse pela hermenêutica do acto clínico e pela ética médica – afirmava que qualquer tipo de intervenção numa vida humana vulnerada levanta *ipso facto* questões peculiares de natureza ética e, por conseguinte, existe a necessidade de ajuizar ao nível daquelas três instâncias referidas: o âmbito prudencial, nível das relações singulares entre pessoas concretas numa situação precisa – consultório, bloco operatório, enfermaria, etc. –, o que requer o mais difícil da ética: sabedoria prática *in actu exercito*, decisão modelada e aplicada ao caso concreto; o âmbito deontológico onde o juízo se eleva ao patamar das regras e das leis universais aplicáveis a *quem quer que seja*, transcendendo o *face-a-face* inicial dos casos particulares, e envolvendo portanto também as instituições em que os agentes e pacientes se movem: hospitais, clínicas, ordens profissionais, códigos, leis, etc. Tal princípio de universalização (a inspiração kantiana é evidente) é sobremaneira importante quando algo corre mal ao nível do “pacto de confiança”: quando o doente ou o médico foram, ou sentem que foram, traídos na relação terapêutica. Por fim, como se disse, o âmbito mais recuado face à situação concreta, o “nível reflexivo” cuja finalidade é repensar e legitimar a relação entre juízos de primeiro e de segundo nível de modo a reconduzi-los às fontes da própria *visée éthique*, i.e., da intencionalidade ética, cujas determinações essenciais nos dera no 7.º estudo de *Soi-même...: visar a vida boa, com e para os outros, em instituições justas*.⁴

Assinale-se que esta problemática concreta da consulta médica, por via do juízo reflexivo, abre também para a dita hermenêutica da “via longa” (*voie*

3. Noutro contexto, cf. o sugestivo texto de Michel Serres, *Para Celebrar a Partilha* (trad. port. José Rosa, 2008).

4. “Le soi et la visée éthique” (Ricœur 1990: 199-236); cf. Ricœur 2001c: 233: “viser la ‘vie bonne’, avec et pour l’autre, dans des institutions justes.”

longue) quanto à relação mais ampla entre ética e moral e, outrossim, para a dialéctica do reconhecimento presente em toda a obra ricoeuriana, e com um ponto de convergência numa das suas últimas publicações: *Parcours de la reconnaissance* (Ricœur 2004). Notemos ainda, que este texto não tem, por ora, qualquer escopo crítico ou relacional mais vasto, mas tão-só sublinhar a dialéctica de ipseidades em presença no âmbito da consulta médica, onde os *actos de fala* são índice fenomenológico do desejável reconhecimento recíproco, fazendo assim a linguagem já parte do próprio acto médico *qua talis* (como a recente *medicina narrativa* reitera), já que, como dizia o grande “filósofo da saúde” H.-G. Gadamer, o “eu posso falar” encontra-se no coração do próprio acto terapêutico.⁵

2. A dimensão prudencial do “pacto de confiança”

A fenomenologia do homem capaz (*phénoménologie de l'homme capable*) patenteia o que dissemos: que, mesmo ferida, fragilizada, desnudada, até mesmo muda, a vida não deixa nunca sempre de nos falar.⁶ Mesmo no caso de acidentes graves onde há inconsciência ou coma do paciente, ainda aí há sempre um apelo traduzível. Deste modo, o *eu posso* do *l'homme capable* não se esgota nas dimensões linguísticas já narrativas já performativas. Ao nível da nossa experiência, só a morte é o absoluto *não posso* do homem. Mas mesmo depois de ultrapassado esse limiar letal, o cadáver ainda *fala* a quem fica, ainda *narra* uma história, ainda é depositário de muitas palavras. Deste modo, quando vou – ou quando sou levado – ao médico e lhe peço cuidados e cura, sou desde o princípio um texto em acção – um *textum*, trama e conjunto de relações tecidas ainda antes de tomar a palavra. E se por alguma razão não posso falar, mantenho sempre em mim um poder: exprimir a minha condição de doente pelo ricto de dor, pelo torcer das mãos, pelo gemido, choro ou grito, e, enfim, retomando as palavras de E. Levinas, pela epifania do rosto exposto ao outro (cf. Ricœur 2004: 525-253). Verdadeiramente, “o sofrimento, tal como o prazer, é o retiro último da singularidade”.⁷ É evidente que o corpo vivo, tal como a *revelação* do rosto, demandam sempre a palavra dita, mas, nos casos limite que referimos, acontece que, face à incapacidade de expressão oral, são os sinais vitais o texto decisivo que o médico pode ler. Ora é nestas situações-limite que há muita necessidade de prudência (*phrónēsis*) porque é a vir-

5. Cf. Gadamer 1993 (trd. port. 1997).

6. Seria oportuno cruzar esta fenomenologia com a “fenomenologia da Vida” realizada por Michel Henry (2003-2004), ponte que Ricœur abriu (1995).

7. “La souffrance est, avec la jouissance, la retraite ultime de la singularité.” (Ricœur 1996b: 10; Ricœur 1996a: 22).

tude que se aplica “essencialmente às decisões tomadas em situações singulares”.⁸

Partamos, contudo, da situação na qual alguém ainda está apto a falar (*je peux parler* é uma das determinações fenomenológicas fundamentais de *l'homme capable*), ainda é um ser vivo detentor de logos (*zōon ékhon lógikon*) conforme o dizer de Aristóteles. Em contexto *clínico*, isto é, naquele contexto em que o médico presta atenção e *se inclina* com solicitude para o paciente, através da palavra e do diálogo – na chamada anamnese ou história de vida –, o doente e o médico são capazes de começar a diminuir aquela simetria ou abismo inicial e, assim, começar a construir o espaço comum onde cada um deles recebe do outro não somente o seu papel na “encruzilhada”, mas sobretudo a partilha e o compromisso recíprocos. Nesta situação, como noutras similares, a alteridade frágil e vulnerada convida à responsabilidade, pelo que a linguagem quotidiana, *língua materna* aonde sempre se regressa quando há equívocos ou jargões ininteligíveis, é sempre a mais apta a atenuar a dissimetria, que ainda assim nunca desaparece por completo. Michel Foucault tem páginas magníficas onde demonstra que a relação clínica, mormente na modernidade, se configurou como uma relação essencialmente de poder (cf. Foucault 2009). Por isso cabe ao médico dar a primeira palavra de abertura, de modo especial através da linguagem comum do lamento, da dor e do sofrimento, já que a linguagem técnica só cava ainda mais o fosso. Com efeito, o que faltou na primeira consulta de Ivan Illich? Solicitude, sem dúvida, mas também uma linguagem comum em vez da tecnicidade indecifrável que ocultava a ignorância e era comparável ao jargão jurídico que ele próprio ouvia, usava e decifrava, como juiz, no tribunal. *O médico não aceitou, nem por um momento, calçar os sapatos do seu paciente...* (cf. Shapiro 2008: 10).

Significativamente, o coração deste espaço de linguagem é o silêncio; é o “pacto de confidencialidade” que sustenta tacitamente todas as palavras que o paciente diz ao médico: lamento, descrição da doença, sintomas, sentimentos íntimos que os acompanham, história de vida, relações familiares, vergonha, pedido de ajuda, esperança, confiança, compromisso em seguir a “dieta” que se estabeleça, o regime de vida, etc. Em suma, o paciente verbaliza não apenas o desejo de *viver*, mas atesta o desejo de *bem viver* como Aristóteles sublinhava na *Ética a Nicómaco*, para o qual a saúde (tal como bens e amigos noutra ordem de fundamentação) é uma condição *sine qua non*.

Do outro lado temos o médico que primeiro acolhe e escuta, depois interroga, pede informações, eventualmente exames complementares, etc., em ordem a uma primeira palavra: formulação de um possível diagnóstico.

8. “[...] essentiellement à des décisions prises dans des situations singulières.” (Ricœur 1996b: 10).

O momento do diagnóstico, mesmo que provisório, é um momento crítico por excelência. Para o paciente expectante, o rosto do médico quando interpreta exames, imagens, gráficos, análises, etc., é também um verdadeiro texto: nele, muito antes da palavra grave, o doente quer ler o vaticínio, a sua sina, pelo que é comum que o médico costume decifrar os exames de costas para o doente, para que o rosto não o traia (mas muitos médicos já perderam, ou nunca aprenderam a arte de Hermes). O diagnóstico, i.e., ser capaz de dar nome à doença é por natureza momento de *krisis* e de hesitações da linguagem, muito especialmente quando a notícia é brutal e o prognóstico reservado; quando o médico se declara incapaz face à situação e aconselha outro colega especialista, quando a prescrição e o regime se antecipam dolorosos, ou quando o doente não quer saber a verdade (como é também seu direito⁹). Mas se se consegue ultrapassar esta difícil encruzilhada, então a crença e a confiança recíprocas saem reforçadas e o horizonte de verdade manterá o pacto de cuidados, afastando a possibilidade de desconfiança, sempre à espreita.

Porque é que este momento crítico é chamado de prudencial? Porque nesta situação singular, onde se joga a vida e a morte, nos encontramos no coração do ritual talvez mais originário da humanidade (de tal modo que se confunde com ela): o da antiquíssima hospitalidade, o do *pathos* de um sofredor que, na condição de visitante, pede acolhimento, abrigo e cura ao *ethos* e ao *logos* médicos. A traição deste ritual é das coisas mais trágicas que a humanidade conhece.

Deste modo, o *hostis*, i.e., o estrangeiro, que noutras circunstâncias pode ser *hostil*, deixa de ser rival ou inimigo para passar a ser, lentamente, ritualmente, um *hóspede*, um semelhante e um parceiro na luta contra o inimigo comum. É, pois, evidente que a dialéctica do reconhecimento presente no acto de consulta médica é um caso particular, ainda que exemplar dada a sua gravidade, da relação mais vasta entre o familiar e o estrangeiro, entre o próximo e o distante, entre a identidade e a alteridade, movimento que habita o mais íntimo de toda a tentativa de comunicação (cf. Ricœur 1979: 229-230). Podemos, pois, reescrever o triângulo de base apresentado no estudo 7.^º Estudo de *Soi-même...*, concretizando-o na ética prudencial em contexto clínico: o paciente, o médico e a comunicação (anamnese/diagnose/prescrição). Assim, o pacto de confiança edifica-se como aliança mútua de duas pessoas concretas comprometidas na “troca do dom” (cf. Ricœur 2001b: 232) face a um terceiro ameaçador (a doença e a morte). Na verdade, “the treatment pact is the heart of medical ethics” (Ricœur 2001a: 115). Encontramo-nos aqui num lugar absolutamente único e singular, onde o que conta é a irrepetibilidade

9. Sobre o direito ao silêncio, ao esquecimento, ao não-saber, cf. Lagrée 2002: 78.

de pessoas não substituíveis – paciente e prestador de cuidados – em situação prévia às regras universais aplicáveis a quem quer que seja. Não se trata aqui ainda de órgãos, de doenças, taxonomias, “casos”, especialidades, etc., mas de vidas e pessoas de carne e osso, expostas. Acrescente-se, ademais, a promoção da estima de si próprio, sempre abalada nestas situações.

Este preceito [de promover a estima de si] diz mais que o respeito devido ao outro; visa equilibrar o carácter unilateral do respeito, indo do mesmo ao outro, através do reconhecimento do seu valor próprio pelo próprio sujeito. É para si mesmo que vai a estima; ora a situação de cuidados, em particular em condições de hospitalização, incentiva demasiado a regressão por parte do doente a comportamentos de dependência e, da parte dos prestadores de cuidados, a comportamentos ofensivos e humilhantes para a dignidade do doente. (Ricœur 1996a: 24; Ricœur 1996b: 13)

É, assim, a possibilidade de traição do pacto de cuidados e de confidencialidade que exige elevar o juízo médico a um outro patamar.

3. A natureza deontológica do contrato médico

Prossigamos com a exigência de elevar o juízo médico ao nível deontológico. Por que razão a situação concreta e singular tem de ser colocada ao abrigo de regras e normas universais? Poderíamos começar por observar que a dimensão prudencial já respondia de forma satisfatória ao desejo de bem viver, à aspiração de *salus* (saúde/salvação), em suma, à felicidade que todos desejam: *beatos omnes esse uolumus*, dizia em coro toda a filosofia tardo-antiga (cf. Hadot 1995).

Mas por causa do mal que podemos e que fazemos muitas vezes, há necessidade de generalizar as regras do “pacto de cuidados e de confidencialidade” e de universalizar as práticas médicas em códigos deontológicos, interpondo assim as instituições entre o paciente e o médico. A possibilidade de traição daquele “pacto”, já por abuso de saber e de poder por parte do médico (ou por ignorância dolosa, exploração, etc.) já por manipulação ou instrumentalização deste pelo paciente, etc., é uma situação bem real, não sendo nunca possível esgotar as figuras que o mal (agido e sofrido) pode assumir. Aliás, pode ver-se claramente que se o célebre *Juramento de Hipócrates* lança raízes nas boas práticas prudenciais e sapienciais da escola hipocrática, imediatamente se vê também nele o desígnio de universalização. Não somente do que deve ser feito, mas de modo particular no que diz respeito às proibições juradas pelo *physikós* na primeira pessoa (sob o regime do “não farei!”): “Abster-me-ei de todo o mal e de toda a injustiça”; “não darei veneno a ninguém”; “não darei a nenhuma mulher qualquer pessário (*pepsón*) abortivo”; “preservar-me-ei de todo dano voluntário e corruptor”; “calarei o que não tem necessidade de ser divulgado”, etc.

Assim,

se o pacto de confiança e a promessa de o manter constituem o núcleo ético da relação que liga este determinado médico a um determinado paciente, é a elevação deste pacto de confiança à categoria de norma o que constitui o momento deontológico do juízo. É essencialmente o carácter universal da norma que é afirmado: esta norma liga todo e qualquer o médico a todo e qualquer paciente, portanto a quem quer que seja que entre na relação de cuidados. (Ricœur 1996a: 25)

A questão pode colocar-se desde logo a respeito do segredo médico que acabámos de reconhecer no *Juramento de Hipócrates*. Desde a noite dos tempos que todas as “profissões” (no sentido de alguém que *professa*) ligadas à *salus*, como os sacerdotes ou os médicos, comportam a injunção do “segredo de confissão”. Com efeito, no primeiro nível do juízo encontramos em acção a crença e a confiança pessoais que muitas vezes evoluem para vínculos mais profundos, mormente quando se sabe ter sido “salvo” *in extremis*. Aqui, o mediador até pode assumir carácter divino. Mas no âmbito deontológico encontramos-nos perante a obrigação *profissional* de calar, não por amizade, benevolência ou cumplicidade originária, mas para *respeitar* a privacidade de qualquer paciente, seja ele quem for. É certo que se o segredo profissional pode por vezes deixar o médico cativo do doente (e algumas isto acontece), também é verdade que, primordialmente, ele se destina a defendê-lo perante todos aqueles que querem saber o que ele sabe: herdeiros do putativo moribundo, seguradoras, autoridades judiciárias, empregadores, segurança social, empresas farmacêuticas, institutos de sondagem de opinião, etc. (*Ibidem*) Em todos os Códigos Deontológicos e diplomas legais atinentes existem, evidentemente, limites legais para o segredo médico. No caso de doenças infecciosas, no HIV, nos acidentes de trabalho ou doenças profissionais é obrigatório que o médico os revele às autoridades sanitárias competentes de modo a proteger terceiros ainda sem nome.¹⁰ Reconhece-se aqui, sem esforço, que a dialéctica do reconhecimento deixou aqui o círculo mais ou menos íntimo do *eu - tu* da consulta médica, para se abrir e alargar transcendentalmente às “terceiras pessoas” incluídas na relação, i.e., à ideia de saúde pública de uma sociedade. E assim se chega à noção de contrato médico regido por leis, em instituições de saúde. Ressalta imediatamente a função de conexão do nível deontológico: neste percurso de reconhecimento alargam-se e intersectam-se esferas de pertença. O médico e o paciente podem facilmente reconhecer que não estão sós; a sua relação, ao contrário de uma relação amorosa, não os retira do mundo da pluralidade, porque na medida em que a *saúde* (a *minha* saúde, a *tua* saúde, a *saúde dele*) é um bem

10. P. Ricœur reflectia no problema a partir do *Código de Deontologia Médica*, em França, cuja edição de 1996 prefaciou. Mas a situação é semelhante no *Código Deontológico da Ordem dos Médicos*, em Portugal.

público, assim eles fazem parte de um corpo político alargado e regulamentado, no âmbito do qual se exerce a prática social da medicina (pelo menos desde o século IX, entre os Califas de Bagdad, que foram os primeiros a regulamentar social e legalmente o ensino e o exercício da medicina, mediante a exigência de diploma). “A este nível, a intenção [*visée*] deontológica de todas as regras específicas promulgadas pelo Código é colocada em primeiro plano; o que está em questão é o imperativo categórico de prestar socorro a qualquer pessoa em perigo” (Ricœur 1996b: 16) e não apenas “aos meus pacientes”. Por este ângulo, “a ética médica inscreve-se na ética geral do bem viver e do viver juntos” (Ricœur 1996a: 31).

Efectivamente, se a dor e o sofrimento são sempre privados, já a doença e a saúde são grandezas políticas públicas, não apenas por causa de epidemias ou doenças infecciosas, cálculo de índices e taxas de saúde ou morbidade sectorial das populações, a necessidade de prevenção ou de acções profilácticas como a vacinação, etc., mas também por força das exigências de financiamento público que o sector da saúde requer nas nossas sociedades actuais. Há assim uma “linha incerta de partilha entre o cuidado do bem-estar pessoal do paciente [...] e o ter em linha de conta a saúde pública. Um conflito latente tende a opor o cuidado pela pessoa e a sua dignidade ao cuidado pela saúde como um fenómeno social” (Ricœur 1996a: 29). Entre nós, aliás, as recentes discussões (finais de 2012) sobre a infeliz expressão, que já vinha de trás (*cf.* Pinho 2008: 690-695), do parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – “o racionamento dos cuidados de saúde” – trouxeram este conflito para a esfera pública. Se para cada um de nós, individualmente, a saúde não tem preço, o mesmo já não se pode dizer para o conjunto do corpo social de que fazemos parte. A dimensão simultaneamente privada e pública da saúde é um tema extremamente complexo e melindroso, porque corta transversalmente o campo dos direitos e o dos deveres. Por exemplo, ninguém contesta que cada pessoa tem o direito de fumar (em certas condições determinadas actualmente pela lei); mas quando essa pessoa é atingida por um cancro do pulmão, naturalmente vem pedir ajuda todo o corpo político-social dos contribuintes. Até onde vão os seus direitos e os nossos deveres, *v.g.*, quando esta pessoa foi alertada a tempo, estava consciente dos riscos e, mais tarde, se revelou haver no seu caso uma relação de causalidade directa entre o acto de fumar e ter cancro?

Este exemplo levanta a questão: até onde vai, pode ou deve ir o valor da solidariedade? O problema agudiza-se ainda mais se o cruzamos com as variáveis do aumento da esperança média de vida, a capacidade técnica de prolongar ainda mais da mesma vida em situações de hospitalização, caso em que os recursos se mostram escassos, ou mesmo insuficientes – recursos humanos, medicamentos, camas, carros, etc. – e em que há o dever ético e legal de

os administrar bem. Quem deve então administrar o quê? Nestas situações há tensões e dilemas. Desde logo porque o exercício da medicina não pode confundir-se sem mais com uma actividade comercial, mesmo que custe e gere muito dinheiro; depois porque a pessoa doente não é uma mercadoria nem um laboratório de investigação: é um ser com dignidade própria, especialmente nas situações-limite de fragilidade e vulnerabilidade, face às quais tendem a extremar-se posições (encarniçamento terapêutico, eutanásia passiva, activa, etc.). Além disso, a liberdade de prescrição médica é, desde sempre, um dos valores mais altos da medicina. Como garanti-la num quadro que cada vez mais se considera a liberdade de escolha do paciente, a redução das contribuições estatais, os legítimos interesses das indústrias farmacêuticas, que fornecem muitos dos recursos para a medicina de investigação, etc.?

Para Paul Ricœur, é nesta fronteira que o juízo deontológico tem a sua função mais decisiva: arbitrar os conflitos que decorrem das diferentes concepções da prática médica. Por exemplo, entre um modelo de “medicina de orientação humanista e personalista” que coloca em primeiro lugar e no centro a pessoa humana em sofrimento; ou, por outro lado, um tipo de medicina mais centrada nas doenças (consideradas “entidades sociais”) e nos meios de as combater; ou ainda o modelo de medicina que funciona segundo o princípio utilitarista da maximização dos chamados QALY's (*Quality-Adjusted Life Years*¹¹); ou ainda no caso da medicina que se orienta para a investigação, muitas vezes confrontada com a alternativa exclusiva: melhorar os cuidados de saúde ou fazer avançar o conhecimento científico? E estamos longe de esgotar os cambiantes. Poderíamos ainda referir modelos profilácticos, para os quais as despesas de prevenção são investimento certo na saúde – e alguns modelos económicos tendem a dar-lhes razão: contas feitas, investir em profilaxia parece revelar-se mais barato que intervir posteriormente; ou ainda a recente medicina paliativa, que tem sido o parente pobre de sucessivas opções políticas.

Finalmente, no que respeita à partilha de responsabilidade, sabemos bem que a regra do consentimento livre e esclarecido, cujo horizonte óptimo seria que o doente não “fosse apenas informado, mas associado a título de parceiro voluntário” (Ricœur 1996a: 28), veio de facto resolver certos problemas na prática médica preditiva e interventiva. Mas sabemos igualmente que, muitas vezes, em casos de intervenções cirúrgicas sofisticadas que correm mal ou menos bem, o “pacto de confiança” acaba por ser substituído pelo “pacto da desconfiança” recíproca e o face-a-face inicial da consulta acaba substituído pelo confronto com a instituição clínica ou o hospital, terminando amiúde na barra do tribunal.

11. QALY – *Quality-Adjusted Life Year* é uma medida de resultados dos estudos que se dedicam a calcular os custos efectivos com a saúde.

4. Da reflexão ao horizonte sapiencial

Se começámos por sublinhar o espaço de proximidade, e até de intimidade, que a fenomenologia reconhece na consulta médica onde duas singularidades estabelecem uma aliança contra um inimigo comum; e se, seguidamente, se verificou a necessidade de uma distanciação que o aspecto deontológico do juízo médico exigia, é agora o momento de, entre a proximidade e a distância, tentar cercar uma e outra, i.e., detectar o lugar em que se cruzam relacionalmente, ao mesmo tempo, a *prudencia* no caso singular e a proibição universalizada decorrente da exigência do dever e do respeito incondicional pelo(s) outro(s).

De facto, no âmbito das profissões ligadas à saúde, o médico (mas isto vale igualmente para enfermeiros, terapeutas, psicólogos, auxiliares, etc.) é um elemento decisivo para a concretização de uma das intencionalidades fundamentais do *triângulo de base da ética*: desejar a vida boa / com e para os outros / em instituições justas. Nesta definição de ética encontram-se estreitamente vinculados os três níveis do juízo médico. Mas para o cumprimento da intencionalidade ética é preciso ir mais longe, remontar até ao não-dito presente nos pressupostos dos Códigos, regressar às fontes da ética (aspiração ao bem) onde o cuidado pelo outro se transforma em solicitude. Neste momento, a prática regional da medicina contribui, a seu modo, para a construção de *subjectividades mais ricas e alargadas* em ordem à restauração da “integridade e integralidade da carne” (Ricœur 2001b: 229) e à personalização e dignificação recíprocas. Como testemunhava a psicanalista Marie Balmay: “Quando um paciente transpõe a porta do meu consultório, é uma pessoa que entra; quando sai, é um mistério” (*apud* Lagrée 2002: 78).

No horizonte reflexivo e sapiencial aqui apontado emergem as interrogações fundamentais da antropologia filosófica que acompanham o homem desde sempre, muito em especial nos momentos críticos em face do *mal sofrido* e do *mal agido*. Nessas situações de crise, são postas à prova tanto as suas capacidades como as suas impotências, mormente as da fragilidade da palavra que se revela frágil no consolo. Descobre-se então que as questões da saúde, quer pessoal quer pública, tanto em termos teleológicos como deontológicos, são a ocasião de colocar as mais insistentes e incisivas perguntas da humanidade. A própria ideia de um horizonte de vida boa, à maneira de Aristóteles, para a qual a saúde é um bem indispensável, acaba por ligar inextricavelmente o sentido da vida, o sofrimento, a morte, a identidade, a sexualidade, a ipseidade, a busca da verdade, e, enfim, todas as interpelações genuinamente humanas. A propósito do direito de verdade devido ao paciente (correlativo ao dever de segredo do médico), afirmava Ricœur: “A descoberta da verdade, sobretudo se ela significa evitar a morte, equivale a uma prova iniciática, com os seus episódios traumáticos que afectam a compreensão de si e

o conjunto das relações com os outros. É o horizonte da vida toda que desaba” (Ricœur 1996a: 27). Eis-nos, pois, no limiar da porta de um consultório, e no coração do sentido da existência no seu conjunto.

Quando tal acontece, quer o desejo de vida, de saúde, de felicidade, quer os imperativos de justiça (segredo médico, direito à verdade, consentimento livre e esclarecido, ...) quer os paradoxos morais (o corpo ser amiúde “objecto” de tratamentos invasivos; a manutenção da dignidade da pessoa doente frente aos desejos da investigação clínica; a solicitude perante o doente concreto e a necessidade de proteger a saúde pública, etc.) são conduzidos a uma profundidade que atinge o sentido último (ou a sua ausência) da nossa existência no mundo, a absoluta fragilidade, obscuridade e exposição que trama no mais íntimo a condição humana. Pelo que entra aqui a função reflexiva do juízo médico: devolver cada um dos parceiros ao seu enigma existencial. O médico não é Deus; não se lhe pode pedir a vida eterna; também ele um dia morrerá.

E se a doença e o sofrimento sofridos na primeira pessoa (v.g., a morte de um filho, no caso de Ricœur) podem ser a ocasião de perturbação extrema e de revolta, ou mesmo de suicídio e eutanásia, que são sempre de algum modo escolhas trágicas, elas podem também manifestar-se como a iniciação ao segredo de uma história aberta ao futuro, *apesar de...* Era com esta categoria do *en dépit de: não obstante, a despeito de...*, que Ricœur concluía o seu texto “Le scandale du mal” (cf. Ricœur 1988: 62). Se escutamos os antigos livros sapienciais como o *Livro de Job*¹² e outros, e se nos debruçarmos sobre certas correntes da Sabedoria Oriental, como o Budismo, encontramos testemunhos tocantes no que respeita à possibilidade de renúncia ao próprio desejo, mais ou menos infantil, “de ser poupado pelo sofrimento”, de escapar à morte ou até de aceitar que nada restará de mim depois do falecimento. A renúncia a estes desejos é a iniciação mais profunda à existência humana (cf. Ricœur 2007).

Mas aqui entramo-nos no limiar de uma “sabedoria pessoal que não pode ser ensinada aos outros, sob pena de ser tornar imediatamente uma falsificação. [No fim de contas], nós não podemos dizer nada aos outros sobre o seu sofrimento” (Ricœur 1988: 63). Restam-nos os gestos concretos de presença, de bondade e de esperança.

Referências

- Antunes, João Lobo (1997), “Relendo a Morte de Ivan Ilich”. In: *Um Modo de Ser. Ensaios*. Lisboa: Gradiva.
- Carrick, Paul (2001), *Medical Ethics in the Ancient World*. Washington: Georgetown University Press.

12. Cf. uma das mais profundas reflexões sobre o *Livro de Job* em Steiner 2002: 55 e ss.

- Eliade, Mircea (1979), *Imagens e Símbolos*. Lisboa: Arcádia.
- Foucault, Michel (2009), *La Naissance de la clinique*. Paris: PUF.
- Gadamer, Hans-Georg (1993), *Über die Verborgenheit der Gesundheit – Aufsätze und Vorträge*. Frankfurt a.M.: Surkamp Verlag (trad. port., *O Mistério da Saúde. Ensaios e Conferências*. Lisboa: Edições 70, 1997).
- Hadot, Pierre (1995), *Qu'est-ce que la philosophie antique?*. Paris: Gallimard.
- Henry, Michel (2003-2004), *Phénoménologie de la vie*, 4 vols. Paris: PUF.
- Lagrée, Jacqueline (2002), *Le Médecin, le malade, le philosophe*. Paris: Bayard.
- Pinho, Micaela Moreira (2008), “Racionamento dos Cuidados de Saúde: Problemática Inerente”. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (3).
- Ricœur, Paul (1979), “La fonction narrative”. *Études Théologiques et Religieuses*, LIV, vol. 2.
- Ricœur, Paul (1988), “Le scandale du mal”. *Esprit*, 140-141.
- Ricœur, Paul (1990), *Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil.
- Ricœur, Paul (1995), *La Critique et la conviction. Entretiens avec Francois Azouvi et Marc de Launay*. Paris: Calmann-Lévy.
- Ricœur, Paul (1996a), “Les trois niveaux du jugement médical”. *Esprit*, 227, décembre.
- Ricœur, Paul (1996b), “Préface” au *Code de Déontologie Médicale*, introd. et commentaires Louis René. Paris: Seuil.
- Ricœur, Paul (2001a), “The Just and Medical Ethics”. In: *Personhood and Health Care*, ed. David C. Thomasma, David N. Weisstuband and Christian Hervé. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Ricœur, Paul (2001b), *Histoire et Vérité*. Paris: Seuil.
- Ricœur, Paul (2001c), *O Que Nos Faz Pensar?*, trad. Isabel St. Aubyn. Lisboa: Edições 70.
- Ricœur, Paul (2004), *Parcours de la reconnaissance. Trois études*. Paris: Stock.
- Ricœur, Paul (2007), *Vivant jusqu'à la mort. Suivi de Fragments*. Paris: Seuil.
- Serres, Michel (2008), *Para Celebrar a Partilha*, trad. port. José Rosa. Covilhã-UBI, LusoSofia.net.
- Shapiro, Johanna (2008), “Walking a Mile in Their Patients' Shoes: Empathy and Othering in Medical Students' Education”. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 3 (1), article 10.
- Steiner, Georges (2002), *Gramáticas da Criação*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Tolstoi, Léon (s.d.), *A Morte de Ivan Ilich*. Lisboa: Verbo.

Abstract

Paul Ricœur has always been interested in the hermeneutics of judgment (either in the epistemological field or in the moral, historical, ethical and legal realms). The purpose of medical judgment is to diagnose the patient in order to heal him. Therefore, the asymmetry inherent to judging occurs between the doctor – who has the power and the knowledge to heal – and the patient – who has neither the knowledge nor the power to cure himself. This initial gap can only begin to be surpassed by natural language. On the patient's side, natural speech is a demand for healing and an acceptance of the prescribed treatment; on the doctor's side, the word expresses itself in the form of a promise: “I promise to do everything to regain your lost health”. In this “pact of confidence”, in which patient and doctor are face-to-face, we are at the level of prudential judgment, requiring the virtue of *phronesis/prudentia*.

The ensuing level is an ethical one, whose function is to put the “pact of confidence” under a few universal rules (this is the moment of *moral duty*, in which the medical act is regulated by ethical and legal codes). The third and final level is called “reflective judgment”, since it concerns the conditions of possibility of both prudential and ethical judgment. Thus, the hermeneutics of the act of judging leads, ultimately, to an understanding of therapeutic medicine as an “art of healing”. In the dialectic of reciprocity and acknowledgement implied by such art, the medical judgment gives way to the unsaid and the solicitude present at the heart of the most radical human language, i.e., action.

FAZER FILOSOFIA, ENSINAR FILOSOFIA