

ELEMENTOS DE FILOSOFIA CLÍNICA

“... é da maior importância saber se o que se prolonga é a vida ou é a morte”

(Sêneca, *Cartas a Lucílio*, 58)

O conceito de “Filosofia Clínica” não será inédito, mas presumimos desenvolvê-lo no presente Ensaio duma maneira muito particular. Tomá-lo-emos como um conceito notoriamente “extensivo”, como um conceito que não respeita apenas à usual noção de “clínica” mas que abarca também aspectos sociais, discursivos, espirituais, ecológicos e mesmo cósmicos. Trata-se enfim de um conceito que a própria disciplina da Filosofia deveria assumir como seu, activando tanto a sua dimensão teórica como a sua dimensão possivelmente prática.

No sentido indicado encontrar-se-ão aqui, inclusivamente, enunciados de alarme contra a nossa actual sociedade tecnológica (de uma “razão” artificial e falsamente universalizadora...), bem como repetidos enunciados em defesa da “sensibilidade”; – do nosso dom e necessidade de nos sensibilizarmos...

Dito isto, é a seguinte a estrutura do presente Ensaio: – depois de, no primeiro capítulo, fazermos algumas “anotações básicas” relativas ao conceito de Filosofia Clínica, desenvolveremos, no segundo capítulo, os conceitos de “corpo”, de “doença”, de “saúde”, de “natureza” e de “morte” (que tomamos como “conceitos fundamentais”...).

Seremos muitas vezes meramente “impressionáveis”, repetitivos, lacunares, radicalmente “subjectivos”, e talvez mesmo, outras tantas vezes, deslizemos para o infável reino da “utopia”. O tema assim o exige, porém. Não o trataremos, de forma deliberada, em acordo com as normas “académicas” do discurso filosófico (pode aliás o leitor, se algum, dispensar as notas de pé de página...). A maneira como o tratamos, de resto, baseia-se inclusivamente em experiências de índole muito pessoal...

I. ANOTAÇÕES BÁSICAS

1. Deve-se a Hipócrates (o reconhecido pai da Medicina ocidental) uma das frases mais belas e filosoficamente mais potentes que conheço:

“A vida é breve, a arte longa, a ocasião fugaz, a experiência duvidosa, o julgamento difícil”¹.

(Não adianta comentar esta frase: ela contém os grandes tópicos que estruturam a Medicina, sem dúvida, mas também alguns dos principais marcos em que inevitavelmente se enreda qualquer Filosofia...)

2. Uma Filosofia Clínica certamente visará a “saúde” (tal como a Medicina, mas sob planos e com instrumentos diferentes), e quanto a esse termo a delimitação mais ajustada que conheço deve-se a Georges Canguilhem. Diz ele: “Ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser também normativo, nessa situação e em outras situações eventuais”². E acrescenta, depois de aludir aos debates dos filósofos sobre saber se a “tendência fundamental do ser vivo é a conservação ou a expansão”: “O homem só se sente em boa saúde – que é, precisamente, a saúde – quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas também normativo, capaz de seguir novas normas de vida”³.

Ser saudável, enfim, tanto consiste em “ser em acto” pleno, como em ser em plena “potencialidade” (quando estás doente não és uma uma coisa nem outra...).

3. O ser “sadio” do homem, deduz-se do ponto anterior, é basicamente um problema que tem a ver com esses grandes e um tanto enigmáticos factores que são o “espaço” e o “tempo”. Ou melhor: tem a ver com o modo como o corpo do homem se situa ou é situado no espaço e no tempo (digo “é situado” porque é claro que o corpo não é apenas um “sujeito activo” mas também um “sujeito passivo”; hoje, pode dizer-se, é mesmo muito mais um sujeito passivo...).

É com efeito nesses factores e nos seus “conteúdos” (eles sem estes não existiriam...) que se joga tanto o “ser em acto” como o ser “em potencialidade” do homem (são tais factores, aliás, que possibilitam e determinam esta duplicidade...), e por isso mesmo também o seu eventual “ser inactuado” e o seu eventual “ser despotencializado”.

O “ser inactuado” e o “ser despotencializado”, é claro, correspondem a formas de doença, correspondem a formas de morbidez.

4. Em termos de “Filosofia Clínica”, o postulado básico é que o corpo humano é constituído por cinco níveis fundamentais: o nível físico, o nível mental, o nível emocional, o nível sentimental e o nível espiritual.

¹ “Aforismos, I”, in Maria Helena da Rocha Pereira, *Helade – Antologia da Cultura Grega* (1959), Coimbra, 4ª ed., 1982, p. 215.

² Georges Canguilhem, *O normal e o patológico* (1966), trad. M. T. Carvalho Barrocas, Ed. Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1978, p. 158.

³ *Id.*, p. 161.

Não importa agora definir cada um desses níveis – digamos apenas, por serem mais afins, que as *emoções* (como um assomo de raiva ou de medo) são em princípio muito mais “pontuais” que os *afectos* ou *sentimentos* (como um amor ou um ódio); digamos também que os segundos desempenham evidentes “funções comunicativas” ao nível das relações inter-pessoais –, importando sim sublinhar que todos eles não são senão “corpo” (ou melhor: cada um deles é um “modo expressivo” dessa coisa unicamente complexa que de “corpo humano” se apelida)⁴. Mas importa também constatar o seguinte: a) sempre que esses cinco níveis entram em relativas “perdas” ou em desarmonia estamos em presença de um corpo “doente” (de um corpo de alguma maneira “inactuado” ou “despotencializado”); b) sempre que isso sucede aquilo que simultaneamente acontece, podemos também dizê-lo, é que entra em crise aquilo que se apelida de “identidade pessoal”.

5. A “identidade pessoal”, em suma, é aquilo que existe quando se é sadio ou se se está de perfeita saúde, e é aquilo que inexistente ou é deficiente quando se está doente ou em certas formas de morbidez⁵.

Em algumas destas formas, nomeadamente aos níveis emocional, sentimental e espiritual, a identidade pessoal pode resumir-se mesmo a um simples e fatídico “grau zero” (tal como Heidegger a seu modo patenteou, ao analisar essa singularíssima “tonalidade afectiva” que é a “angústia”)⁶. E com esse grau zero (com esse ou com outros mais ou menos próximos do zero)

⁴ No que referi acerca das emoções e afectos ou sentimentos, sigo aproximadamente L. L. Pio Abreu, *O tempo aprisionado – Ensaio não espiritualista sobre o espírito humano*, Quarteto Editora, Coimbra, 2000, pp. 132-4 e pp. 136-7. Por outro lado, e para que os cinco níveis mencionados não fiquem em total indeterminação (mas sem que se trate propriamente de os definir...): sendo dispensável qualquer referência ao nível físico, ao nível mental, no quadro do presente artigo, identifico-o como um nível estritamente cognitivo (trata-se de uma identificação meramente operacional...), e o nível espiritual como um nível eminentemente *simbólico* e *energético* onde podem ocorrer vários tipos de “transcendência” (transcendências religiosas, estéticas, etc.). Além disso cumpre sublinhar apenas o seguinte: a) apesar de os níveis mental, emocional, sentimental e espiritual estarem subordinados ao corpo, não são redutíveis ao “nível físico” deste último (qualquer forma de “behaviorismo” ou de “materialismo”, se tomada de modo exclusivista, ostentar-se-á inevitavelmente em “erros categorias”...); b) cada um dos cinco níveis admite sub-níveis ou vários tipos de “estratificação”; c) a “consciência” é uma espécie de “meta-nível” do corpo que se distribui, nas suas várias “radicações” e funcionalidade, por todos os demais.

⁵ De uma maneira que se coaduna em parte com esta perspectiva, defendi em “O tempo da identidade pessoal” (1998), in Vários, *Diversidade e identidade* (coord. Adalberto Dias de Carvalho), Instituto de Filosofia, Fac. de Letras da Universidade do Porto, s/d, pp. 193-98, que a “identidade pessoal” é aquilo que possibilita dizer “Eu penso, sinto e faço isto ou aquilo” num regime de *paz e harmonia* comigo mesmo (o que obviamente não se verifica em casos de doença). A “identidade pessoal”, no entanto, é um tópico deveras complexo, e muito mais do que pode deduzir-se do que se acaba de dizer em texto. É porém nesse sentido que ele será *perspectivado* no presente artigo (por relação, enfim, a uma peculiar estratégia discursiva...). Qualquer conceito, de resto, não pode ser senão “perspectivado” (admitir o contrário é admitir que há conceitos definíveis em termos “fixistas” ou absolutos – o que de há muito em filosofia se sabe não ser o caso...).

⁶ Sobre a “angústia” em Heidegger, ver *Être et temps* (1927), trad. François Vezin, Gallimard, Paris, 1986, § 40.

aquilo que incontornavelmente se torna manifesto é que, com o ser a “identidade pessoal” o eixo mais crucial em torno do qual se dispõem os fenómenos da saúde e da doença, é nela que mais imediatamente se investem os factores do espaço e do tempo (pense-se por exemplo na “ansiedade”, pense-se na “depressão”, pense-se em certos tipos de “fobia”...)⁷.

Quem fala em espaço e em tempo, entretanto, é claro que fala basicamente em conexões ou em *relações*. Fala em relações de muitas e variadíssimas espécies. Fala em relações, inclusive, de natureza “cósmica”...

6. Um outro postulado duma Filosofia Clínica é que na perspectiva que lhe é própria a *Sensibilidade* tem hegemonia sobre a *Razão*. Ou no mínimo: de pouco importa o exercício da razão sem o coextensivo e ao mesmo tempo abarcante exercício da sensibilidade.

Tanto a saúde como a doença, com efeito, começam por ser da ordem do “sentimento” (sentimento que pode incidir sobre qualquer dos cinco níveis do corpo...), ainda que de um sentimento nem sempre conscientemente “sentido”. A exclusiva Razão, por outro lado, é o mais das vezes um modo de anular, escamotear ou catalogar os reais “sentimentos”, é um modo de categorizar aquilo que o corpo realmente está sentindo, não sendo por conseguinte, em qualquer caso, a maneira de os captar na sua singularidade.

Há enfim e sobretudo que *ser sensível* aos signos e sintomas quer da saúde quer da doença (em quadros concretos do espaço e do tempo...), e isso tanto como “terminus a quo” como “terminus ad quem”. Porque não há essa sensibilidade, mas antes uma imperial “racionalidade” desviante (ou uma racionalidade sem nenhuma sensibilidade...), é que muitos corpos patológicos de hoje não são reconhecidos como corpos patológicos (não me refiro só a “corpos humanos”, é claro...). Os respectivos signos e sintomas são antes tidos como índices de positividade, de progresso ou de “liberdade” – índices mesmo de “felicidade” ou de suma “potencialidade em acto”...

(A “Pura Razão”, por natureza, não pode ser sensível aos cinco níveis de ser e de funcionamento do corpo, enquanto a sensibilidade pode, enquanto a sensibilidade é inclusivamente aquilo que neles tem de estar investido para que todos eles estejam em pleno “acto” e em plena “potencialidade”...)⁸.

⁷ Em casos como os que se invocam, é muito em particular uma certa dimensão temporal do futuro que fica bloqueada (em maior ou menor grau). Refira-se a propósito que Geral Edelman e Giulio Tononi, em *Consciousness: How Matter Becomes Imagination* (2000), Penguin Books, Great Britain, 2001, evidenciaram com singela clareza como um autêntico “self” só pode emergir ao nível daquilo que apelidam de “consciência de grau superior” e através da interiorização e articulação das dimensões temporais do presente, do passado e do futuro (cf. nomead. pp. 193, 208).

⁸ Não existe aliás uma “Razão pura” (tema kantiano, como se sabe), podendo mesmo defender-se que qualquer exercício da razão está sempre afectado de fluxos de sensibilidade (tome-se esta em que sentido se tomar). Jacques Hadamard, em *Essai sur la psychologie de l'invention dans le domaine mathématique* (1945), trad. Jacqueline Hadamard, Éd. Jacques Gabay, Paris, 1993, evidenciou isso mesmo com exemplos tirados do domínio da inventividade teórica (o caso de Einstein, por exemplo). Mas apesar disso: a) aquilo

7. O tema da “sensibilidade” suscita que se faça uma primeira referência a Kant. Com efeito, foi ele o primeiro a delimitar, na época moderna, os poderes próprios da Razão e da sensibilidade (embora “sensibilidade” como faculdade ao serviço do *conhecimento* e não propriamente no sentido em que a vimos invocando). Foi ele o primeiro a evidenciar que o exercício da pura Razão, se não for acompanhado por fundamentos na ordem da sensibilidade, acaba por se perder no vácuo de exclusivas miragens de si mesma...

Neste sentido ele pode ser considerado um emérito filósofo clínico, uma vez que levantou o tópico moderno da “Crítica” enquanto prática para atalhar a morbidez (o infundado, a ultrapassagem dos devidos “limites” cognitivos) de certos “corpos teóricos” (os quais se situam no espaço e no tempo, e portanto, diremos nós, também interferem com o corpo humano...). Mas não só por isso. Também porque expressamente tratou da “Dietética” como assunto da Filosofia.

Ao contrário da “terapêutica”, arte de curar as doenças, a dietética seria a “arte de impedir as enfermidades”, a arte de “prevenir as doenças”⁹. Nesta linha, anotou ele que o “estoicismo”, como princípio de dietética (“sustine et abstine”), pertence à “filosofia prática” não só enquanto “doutrina da virtude” mas também enquanto “medicina”. Acrescenta no entanto: “Esta [a “medicina”...] é *filosófica*, se unicamente o poder da razão no homem, ao dominar as suas impressões sensíveis por um princípio que ele a si próprio faculta, determina o modo de vida. Pelo contrário, se para despertar ou afugentar estas sensações busca a ajuda fora de si, em meios corporais (da farmácia ou da cirurgia), é simplesmente empírica e mecânica”¹⁰.

Ora, relativamente a esta última perspectiva, cumpre no entanto realçar o seguinte (na sequência aliás do ponto anterior): a) “o poder da razão no homem” nem tudo pode, muito em particular no que toca ao assunto em pauta (tem de se articular, no mínimo, com o poder de *ser sensível*...); b) as “impressões sensíveis” se às vezes têm de ser dominadas (se o puderem ser...), outras tantas vezes têm de ser *escutadas*...; c) sem sensibilidade não há “razão” (seja de que tipo for...), sem sensibilidade não haverá qualquer “Dietética” digna desse nome. Não falamos só da sensibilidade como faculdade ao serviço da cognição humana em sentido estrito – já o sugerimos –, mas também e sobretudo da sensibilidade como capacidade para “ser sensível”, como capacidade para se deixar “sensibilizar”... E isto, que mais não

que sugerimos é que o exercício da sensibilidade, que mais não seja através de uma espécie de “epoché”, pode ser relativamente desvinculado do exercício da “razão”; b) mesmo uma “razão” não totalmente “pura” (por relação ao legado teórico de Kant, mas trata-se afinal de um legado que vem muito de trás...), aquilo que opera, basicamente, é com categorias pretensamente universalizantes, as quais, pelo menos em muitos casos, escondem ou obliteram, mais que ostentam, aquilo que realmente há a “ver” na sua singularidade...

⁹ Kant, *O conflito das faculdades* (1794), trad. Artur Morão, Edições 70, Lx, 1993, pp. 116-17.

¹⁰ *Id.*, p. 119.

seja, porque a “arte de impedir as enfermidades” tem obviamente de incidir sobre todos os níveis do corpo, e pelo menos alguns deles, de forma muito óbvia, não são apreensíveis senão através dessa referida capacidade.

8. A saúde e a doença dependem de conexões ou relações que afectam o corpo humano no espaço e no tempo (dependem de todas as conexões ou relações e respectivas entidades nesses dois “quid’s”...), disso dependendo portanto também o problema da “identidade pessoal”.

Do ponto de vista duma Filosofia Clínica, no entanto, as relações que mais se adequam ao seu objecto (ao seu objecto ou às suas possibilidades...) são aquelas que se materializam em *frases* e em *imagens*.

Com efeito, a própria disciplina da Filosofia, desde o seu início socrático-platónico (esqueçamos agora o período pré-socrático), não lidou senão, em última análise, com questões de frases e de imagens (quais a maneiras correctas de dizer o “Ser?”; “o que é x ?”; “o que é y ?”). Por outro lado, uma das constatações mais óbvias é que o problema da “identidade pessoal” consiste em grande medida num problema de frases e imagens¹¹. Em primeiro lugar, porque todos ou outros tipos de relações, seja por justeza, seja por excesso, seja por defeito, acabam por se investir numas e noutras. Em segundo lugar porque a questão da identidade pessoal está intimamente ligada a processos de consciência, e esta, a consciência, é com frases e imagens que liminarmente tem de operar (ainda que disso não se aperceba...). Em terceiro lugar porque aquele mesmo problema (o da identidade...) começa por depender do modo de *sensibilização* que se faz das inúmeras frases e imagens que nos rodeiam. E em quarto lugar, finalmente, porque frases ou imagens que perturbem a “identidade pessoal” podem sempre ser substituídas por outras frases ou imagens (com graus variáveis de dificuldade, por vezes com um grau infinito de dificuldade...) ¹².

Dito isto, é claro que a principal tarefa duma Filosofia Clínica consistirá em *interpretar* ou *avaliar* jogos de frases e imagens, depois de conveniente-

¹¹ Em grande medida, mas não exclusivamente – sublinhe-se (em acordo aliás com aquilo que já se disse em nota anterior). Também agora é do ponto de vista duma particular estratégia discursiva que nos situamos.

¹² Tratei também este assunto em “O tempo da identidade pessoal” (1998), in *op. cit.* Note-se no entanto que é antiga a “raiz” da nossa posição, ainda que à margem do tema da identidade pessoal. Górgias, por exemplo, no “Elogio a Helena”, reconhece que há uma “identidade de relação” entre a “força do discurso relativamente à ‘ordem’ da alma” e a força “das drogas relativamente à natureza dos corpos” (in Jean Paul Dumond, *Les sophistes: Fragments e témoignages*, PUF, Paris, 1969, p. 88). E Platão, no *Fedro*, vai no mesmo sentido. Diz com efeito Sócrates nesse diálogo: “Com a retórica passa-se mais ou menos o que se passa com a medicina”. E acrescenta: “Tanto numa como em outra cumpre efectuar a análise de uma natureza: na primeira, a análise da natureza do corpo e, na segunda, a análise da natureza da alma”. Tem de se levar isso em conta, “de acordo com a arte”, se “quiseres dar saúde e vigiar a um e à outra, ministrando remédios e alimentos a um e infundindo noutra as tuas convicções, de modo a torná-la virtuosa mediante os discursos e a argumentação honesta” (Platão, *Fedro*, trad. Pinharanda Gomes, Galeria Panorama, Lx, s/d., pp. 116-17).

mente os ter sensibilizado. A disciplina da Filosofia (mais do que qualquer outra disciplina, é também claro...), ao longo de toda a sua história fornece poderosos instrumentos para o efeito (e quem diz instrumentos diz “medidas”...).

9. No sentido que se acaba de indicar já atrás se fez uma alusão à “Crítica” kantiana (crítica como saber ou ponderação de “possibilidades” e de “limites” cognitivos). A “crítica” de frases e proposições (seja na acepção kantiana seja em qualquer outra acepção) é incontornavelmente a tarefa mais basilar duma Filosofia Clínica. Ora quem diz frases e proposições diz também “corpos teóricos”, sendo aliás estes, e não outra coisa, que estão na origem mais directa ou mais contornável de diversas patologias humanas (estão na base, de resto, da actual patologia da própria “Natureza”, a qual com essas mesmas patologias “naturalmente” interfere...).

Nietzsche, a este respeito, é de considerar um outro emérito filósofo clínico, uma vez que exercendo precisamente a crítica, a interpretação e a avaliação (a avaliação de “valores”), entreviu em toda a história do Ocidente uma espécie de grande mal “platónico”, entreviu na modelização “platónica” das frases e das imagens o grande meio de esquecer e obliterar o corpo – e o corpo “sensível”, precisamente (todo o corpo sensibilizável...). Foi nesse contexto que ele disse esperar que “um médico filósofo” (no sentido “excepcional da palavra”) acabasse por estudar “o problema da saúde geral do povo, da época, da raça, da humanidade”, e foi nesse mesmo contexto que ele propôs uma “História da Moral” onde colaborassem “fisiólogos” e “médicos” (entre outros investigadores), e na qual todas as “tábuas de valores” fossem “aclaradas” e “explicadas” sobretudo “pelo seu lado fisiológico”. O destino de toda essa tarefa multidisciplinar, no entanto, seria direccionada para o próprio filósofo (o tal “filósofo médico”), uma vez que a sua tarefa (tarefa crítica, hermenêutica, leitura de sintomatologias negativas) consistiria precisamente “em resolver o *problema da avaliação*, em determinar a hierarquia dos valores”¹³.

Dito isto, é claro que uma Filosofia Clínica não se pode arvorar em tanta pretensão como esta que se insidia nas palavras de Nietzsche. Mas há uma atitude e uma possível orientação. Há uma atitude e uma possível orientação que com base nessas mesmas palavras se pode calibrar...

10. Nietzsche ainda, agora através das palavras de Zaratustra: “Todo eu sou corpo e nada mais; a alma é uma palavra que designa uma parte do corpo”¹⁴.

¹³ Cf., pela ordem de entrada das citações, Nietzsche, *A gaia ciência*, trad. Alfredo Margarido, Guimarães Eds., Lx, 1997, p. 11, e *Genealogia da moral*, trad. C. José de Meneses, Guimarães Eds., Lx, s/d, I, XVII, pp. 46-7.

¹⁴ *Assim falava Zaratustra*, trad. Alfredo Margarido, Guimarães & C.ª Editores, Lx, 1973, p. 38 (“Dos que desprezam o corpo”).

Palavras, enfim, contra o já referido “platonismo”, contra o peculiar “dualismo” (alma/corpo, precisamente) que dominou grande parte da tradição filosófica do Ocidente. Um tal dualismo investe-se por exemplo (ainda que de um modo peculiar) nos já referidos ditos de Kant acerca da “Dietética”, e investe-se também no insuspeito Espinoza (no filósofo do “Deus sive Natura”...) quando na Parte V da *Ética* advoga a máxima de Juvenal “mens sana in corpore sano”, mas remete para os médicos as questões relativas ao corpo¹⁵...

Ora, do ponto de vista duma Filosofia Clínica, é óbvio que também aquilo que se apelida de “alma” não é senão um “modo expressivo” do corpo (ainda que não seja redutível – e não o é – ao estrito “nível físico” do mesmo). Mas são igualmente modos expressivos do corpo, para além do inevitável nível físico, o nível mental, o nível emocional, o nível sentimental e o nível espiritual. O corpo, por conseguinte, não é só para os médicos “clínicos” que se deve remeter. Que mais não seja, porque todos os mencionados níveis interferem entre si e não interferem entre si senão no próprio corpo. Ora os médicos “clínicos”, exceptuando o nível físico, pouco podem acerca do corpo (e mesmo àquele nível com muitas limitações...). Uma Filosofia Clínica, por seu turno, também acerca dele pouco poderá. Mas pode lidar crítica e avaliativamente com o problema das frases e das imagens¹⁶...

As frases e as imagens, já o sabemos, são aquilo que mais directa e mais contornavelmente se investe no próprio problema da “identidade pessoal”. São os principais funtores, em última análise, dos conteúdos do espaço e do tempo, e com esses conteúdos, da alternância entre estados de saúde e estados de morbidez.

¹⁵ Cf. Espinoza, *Éthique*, ed. bilingue, trad. Bernard Pautrat, Seuil, Paris, 1999, Livro V, prop. XXXIX, escólio, p. 535, e “Prefácio”, p. 479.

¹⁶ Creio que mesmo os médicos “psiquiatras” recorrem hoje predominantemente a “fármacos”, os quais se podem actuar positivamente sobre um ponto de um dos níveis do corpo, podem actuar negativamente sobre outros pontos ou outros níveis. Quanto aos médicos “psicanalistas” o assunto será significativamente diferente, mas diríamos que para serem bons médicos “psi” têm inevitavelmente de ser bons “filósofos clínicos”... Por outro lado: em nada do que dissemos em texto se pretende atribuir qualquer tipo de hegemonia à Filosofia Clínica sobre a Medicina Clínica (isso seria pura estultícia, é claro...). Mas ainda assim: não deixa de ser um tanto pertinente a posição de Kant, em *O conflito das faculdades* (ed. cit., pp. 30-33), quando sustenta que a “Faculdade de Filosofia” pode ser “útil” à “Faculdade de Medicina” (e nisso ele inclui mesmo as Facs. de Direito e Teologia), uma vez que “tudo depende da *verdade*”, e é a primeira Faculdade referida que tem o “poder de julgar com autonomia”, é ela que “deve responder pela *verdade* das doutrinas que tem de acolher ou até só admitir e, nesta medida, como livre e unicamente sob a legislação da razão, não sob a do governo”. Isto é: a Filosofia pode fazer de “todas as partes do saber humano” o *objecto* “do seu exame e da sua crítica, na mira do benefício das ciências”. Neste sentido Kant chega mesmo ao ponto de dizer que a Filosofia serve para “controlar” as demais Faculdades (para além de lhes ser “útil”). Nós não diremos tanto, como já sugerimos (há aliás o problema da “legislação da razão”...), mas esta perspectiva de Kant tem de facto alguns pontos de pertinência, ainda hoje. Inclusivamente: onde mais acima Kant põe a palavra “governo”, hoje poderíamos pôr toda uma série de outras palavras funcionalmente idênticas... Idênticas por relação à noção de “Crítica”, muito em particular...

11. Dito isto, a nível preliminar, pouco mais se pode dizer acerca duma Filosofia Clínica. Nas linhas que antecedem pontuaram-se fragmentos relativos à “ideia” duma disciplina possível, pontuaram-se fragmentos relativos à ideia duma disciplina que ainda não existe.

A despeito disso podemos tentar redimensionar alguns conceitos fundamentais em que se enredará essa mesma disciplina (redimensionar porque já várias vezes os invocámos...), e é isso que faremos de seguida.

É isso que faremos de seguida mas não sem antes vincar que uma Filosofia Clínica não pode incorrer no vício loquazmente apontado por Rousseau nesta singela frase:

“Muito ao contrário dos teólogos, os médicos e os filósofos só admitem como verdadeiro o que podem explicar, e fazem da sua inteligência a medida dos possíveis”¹⁷.

E é preciso também que uma Filosofia Clínica tenha sempre em mente a já sabida frase de Hipócrates:

“A vida é breve, a arte longa, a ocasião fugaz, a experiência duvidosa, o juízo difícil”.

O “equilíbrio” e a “prudência”, mas ao mesmo tempo a “ousadia” e a “inventividade”, são enfim preceitos constitutivos duma Filosofia Clínica.

II. CONCEITOS FUNDAMENTAIS

1. O Corpo

Há corpos físicos, sem dúvida, mas há também corpos teóricos, artísticos, religiosos, sociais, etc.

Aquilo que define os corpos em geral não é pois aquilo que por vezes se denomina por “materialidade” (ainda que todos os corpos tenham uma “matéria”, a par duma “forma”), mas antes aquilo que desde Leibniz se chama “vis”, força ou “energia” – se bem que esta não seja dissociável da matéria, como hoje se sabe¹⁸.

A todos estes corpos não é estranha uma Filosofia Clínica, na medida em que todos eles são entidades potencialmente patológicas, e além disso todos eles interferem directa ou indirectamente com o corpo humano. De todos eles emanam “encontros” ou “relações” energéticas que neste se podem enlazar (= afectos), e por isso o corpo humano, desde logo, é tudo menos que

¹⁷ Jean-Jacques Rousseau, *Confissões* (1782), Vol. I, trad. F. Lopes Graça, Relógio D'Água, Lx, 1988, p. 255.

¹⁸ Sobre a noção leibniziana de “força”, “vis” ou “virtus” (em latim; em alemão: “Kraft”), ver Leibniz, “De la réforme de la Philosophie première e de la notion de substance” (1694), in *Opuscles philosophiques choisis*, trad. Paul Schrecker, J. Vrin, Paris, 1979, pp. 79-82 (contra a “substância corporal” de Descartes, que “falsamente” a fez consistir na “extensão” – diz Leibniz).

uma “substância”. E muito menos é “substância” aquilo que na Filosofia se tem designado por “sujeito transcendental”, “consciência”, “razão”, etc. (entidades tidas por “idênticas” sobre a variabilidade do corpo físico), uma vez que também essas entidades não são senão o que resulta de tais encontros e relações: – duma “materialidade energética” não necessitarista mas casuística. Nietzsche, à sua maneira, foi tudo isto que teorizou com a sua noção de “Vontade de Poder”, bem como com a correlativa noção de “sintomatologia”: todas as ocorrências no corpo humano (processos fisiológicos, pensamentos, o “eu”, etc.) são apenas “sintomas” de “forças” caóticas, flutuantes e multifórmes que o “excedem”¹⁹.

Do ponto de vista duma Filosofia Clínica, entretanto (e já o sabemos), dir-se-á que o corpo humano é composto por cinco níveis fundamentais: o físico, o mental, o emocional, o sentimental e o espiritual. Ora os mencionados encontros e relações afectam todos estes níveis, e assim, com o ser o corpo humano uma entidade variável e de ordem “sintomatológica”, é ao mesmo tempo, e no geral, *um conjunto de partes e de níveis “disparatados”*. Com efeito, se o nível físico tem partes, também não as deixam de ter os demais níveis (têm partes ou séries de fluxos, de engrenagens, de linhas rizomáticas de ser “em acto” e em “potencialidade”). Se esses níveis são “disparatados”, por outro lado, é na medida em que são “diferenciais” (é na medida em que tais encontros e relações neles mesmos se “diferenciam” vectorialmente, em termos efectológicos), é na medida em que em acto e em potência se “diferem” no cenário do “Mesmo” que é sempre o próprio corpo. De um “Mesmo” todavia variável, por isso mesmo. De um “Mesmo” que inclusive pode ser repassado por incoerências ou desconexões funcionais, por excedências ou efracções de uns níveis por relação a outros²⁰.

Não basta pois dizer, com John Searle, que “os fenómenos mentais são causados por processos neurofisiológicos cerebrais e são, eles próprios, características do cérebro”. Não basta pois dizer que “as ocorrências e processos mentais fazem tanto parte da nossa história biológica natural como a digestão, a mitose, a meiose ou a secreção de enzimas”²¹. Não basta dizer

¹⁹ Esta perspectiva de Nietzsche encontra-se dispersa pelos dois volumes de *La volonté de puissance*, texto estabelecido por F. Würzbach e trad. de Geneviève Bianquis, Gallimard, Paris, 1955 (nomead. Vol. I, pp. 221ss.). Para um resumo dessa mesma perspectiva, pode ver-se Adélio Melo, *A aventura moderna das ideias – Descartes, Locke, Kant, Nietzsche*, Rés Ed., Porto, 2000, pp. 195ss. (“Nietzsche e o ‘sintomático’”).

²⁰ Numa perspectiva que podemos coligar a esta, Gilles Deleuze e Félix Guattari, em *Mille Plateaux*, Éd. Minuit, Paris, 1980, p. 260, referem a imbricação em cada indivíduo de dois tipos de “segmentaridades”: “uma molar e a outra *molecular*”. Ambas são “multiplicidades” (multiplicidades que nomeadamente neutralizam a clássica oposição abstracta do “múltiplo e do um”), mas não têm a mesma natureza nem nelas se jogam as mesmas relações. Um sentimento, por exemplo, terá uma “organização molar, uma segmentaridade dura” (digamos que uma organicidade “macro-física”, falando analogicamente), mas ao mesmo tempo uma “organização molecular” feita de “segmentações finas”, de “affectos inconscientes”, etc. (relações “micro-físicas”, digamos agora).

²¹ John Searle, *A redescoberta da mente* (1992), trad. Ana André, Instituto Piaget, Lx, s/d, p. 15.

isso porque o que se diga dos fenómenos mentais do mesmo modo se dirá dos fenómenos emocionais, sentimentais, etc. (que não são própria ou exclusivamente “mentais”...), além de que os “processos neurofisiológicos” não se limitam a ser características do cérebro. São também efeitos ou “acções” e “paixões” adventícias de todos os conteúdos espaço-temporais do “mundo” e dos “universos” que rodeiam o corpo. E são ainda efeitos, muito em particular, de *frases* e de *imagens* que advêm de todos os “corpos” discursivos que mais imediata ou mediatamente rodeiam esse mesmo corpo (sejam eles passados – mesmo de passados remotos –, sejam eles presentes...). Com efeito todos esses corpos emanam “energia” (particularíssimas energias...), com efeito todos eles (de uma maneira ou outra...) entrarão como componentes de um corpo humano (situem-se onde se situem; vectorizem-se desta ou daquela maneira...).

Dito isto, é claro que o problema maior de um corpo humano reside na sua “identidade pessoal”, dito isto é claro que o problema maior de um corpo humano é o problema da doença ou da saúde. Em linguagem de Espinoza: são *convenientes* ou *inconvenientes* as relações ou conexões a que um corpo humano se submete?; “actualizam-no” ou “desactualizam-no”?; aumentam, diminuem ou chegam mesmo a anular a sua “pontencialidade”?²² Por outro lado (por outro lado mas ao mesmo tempo): como pode um corpo humano lidar com os níveis disparatados que o compõem e com todas as “afectividades” que do “exterior” se intercalam nesses mesmos níveis? Como pode ele dizer “Eu” e *sentir-se* “unitário” nesse mesmo “Eu”? Como consegue, enfim, *conviver* com o facto de ser ele próprio uma suposta unidade na multiplicidade? (Não será antes, aliás, uma multiplicidade sem unidade? Não será uma multiplicidade, além disso, continuamente variável?)

O problema é tanto maior quanto, como se acaba de sugerir, o corpo humano é afinal *um conjunto*; – um conjunto cujos elementos e níveis são aliás repassados por intensidades e extensidades variadíssimas, um conjunto cujos elementos e níveis são ainda sujeitos a infinitos conjuntos de “potencialidades” positivas e negativas (tanto intrínsecas como extrínsecas...). Ora, se assim, pode mesmo asserir-se que o corpo humano é em última análise *um conjunto infinito de conjuntos infinitos*, um conjunto portanto “teratológico”, um conjunto que como qualquer conjunto tem mais subconjuntos ou partes do que elementos (é isso que se implica no que em Lógica se apelida de “conjunto potência” de um dado conjunto). Entre essas partes ou subconjuntos, de resto, figura o “zero” ou o “conjunto vazio”, figuram aliás inúmeros “zeros” e inúmeros “conjuntos vazios” (precisamente porque se trata de um conjunto infinito de conjuntos infinitos...).

²² Sobre estes tópicos próprios da filosofia de Espinoza, que se encontram na *Ética*, pode encontrar-se um excelente resumo em Gilles Deleuze, *Spinoza*, PUF, Paris, 1970.

Ora esta situação torna-se deveras paradoxal quando sabemos que o corpo humano é inevitavelmente um corpo “finito”; – não só por ser um corpo que morre, um corpo que fatalmente morrerá, mas ainda porque ele próprio, com a sua exclusiva “actualidade” e com a sua exclusiva “potencialidade”, jamais consegue lidar operativamente (e com autonomia; com soberania...) com todas as “virtualidades” ou “fatalidades” que se consubstanciam naqueles mesmos conjuntos.

É certo que os “zeros” ou “conjuntos vazios” podem e devem ser encarados como símbolos da “máxima potencialidade” (o “Grande Vazio” que sempre rodeia qualquer corpo...) ²³. Porém também eles tanto são potencialidades para o ser saudável de um corpo, como para o ser patológico desse mesmo corpo. Porém também eles não simbolizam potencialidades positivas que necessariamente se possam actualizar. E além disso: se podem e devem ser encarados como símbolos da máxima potencialidade, não deixam de ser ao mesmo tempo símbolos da “máxima impotencialidade”. Todo o problema reside em suma no “poder” de um corpo, mas é claro que um corpo nem tudo pode. “Poder” e “impoder”, por conseguinte, é isso que está em causa no jogo entre a doença e a saúde de um corpo, é isso que está em causa no problema da “identidade pessoal”. (É escusado sublinhar que estamos a invocar “poderes” e “impoderes” que ninguém, nem qualquer “Poder”, alguma vez por inteiro poderá dominar...)

Aqui chegados, é claro que qualquer leitor minimamente atento facilmente concluirá que *não existe nenhum corpo plenamente saudável*. A plena identidade pessoal, por conseguinte, é também coisa que não existe. E foi certamente por isso que os homens inventaram “Deus” ou os “deuses” (mesmo que eles subsistam...). É certamente por isso, também, que a total potencialidade de um corpo nunca este, por si próprio, a pode “actualizar”. Ou então, e como disse Espinoza: “aquilo que pode um corpo, ninguém até ao presente o conseguiu determinar” ²⁴.

Seja no entanto como for, e por tudo quanto se tem vindo a explanar, temos que os dois principais atributos accionais do corpo humano são o “*sentir-se*” e o “*corporizar-se*”. E ninguém melhor do que Heidegger, ao interpretar algumas passagens das obras de Nietzsche, dilucidou esses mesmos atributos.

É claro que o “sentir-se” está ligado ao “sentimento”, está ligado àquilo que um corpo humano sensivelmente “sente”, e nessa linha “o sentimento, enquanto facto de *se sentir*, constitui precisamente a maneira como nós

²³ Uma perspectiva como esta encontra-se configurada, há milénios, no célebre *Tao Te King*, de Lao Tsé: “Trinta raios convergem para o meio / mas é o vazio do centro / que faz avançar o carro. // Molda-se a argila para fazer vasos, / mas é do vazio interno / que depende o seu uso. // Uma casa é fendida por portas e janelas, / é ainda o vazio / que a torna habitável. // O Ser dá possibilidades, / mas é pelo não ser que as utilizamos” (*Tao Te King*, trad. António Melo, Ed. Estampa, Lx, 1793, XI, p. 23).

²⁴ *Éthique*, ed. cit., Livro III, prop. II, escólio, p. 209.

somos corporais”. Nessa linha, ainda, “ser corporal” não significa que uma “alma” teria como apêndice “uma massa chamada corpo”, mas significa sim um investimento sentido de todos os fluxos do corpo, de tudo aquilo que alguém está sendo (sentindo...). É nesta medida que Heidegger pode concluir: “Nós ‘não temos’ um corpo; em vez disso ‘somos’ corporais”²⁵.

Somos corporais precisamente porque não é senão esse sentimento de “sentir-se” que por um lado “efectua antecipadamente a investida implicativa do corpo na nossa existência”, e por outro lado é nele que sempre acaba por se reflectir, ainda que de forma nem sempre consciencializada, o jogo dos seres do mundo na sua totalidade: – “cada disponibilidade corporal para este ou aquele estado [de “humor”, por exemplo] ressentir-se das oscilações próprias da maneira como recorreremos ou não às coisas que nos circundam, assim como aos homens que vivem connosco”²⁶. Ou seja: o sentimento de “sentir-se” é o modo fundamental como na nossa existência nós somos como que reconduzidos para além de nós mesmos²⁷; – é, pode dizer-se, a maneira como o nosso corpo é uma espécie de caixa de ressonância de todo o universo.

E vem então o facto do “corporizar-se” do corpo. Cada sentimento do “sentir-se”, com efeito, é um “corporizar” que nos dispõe para este ou para aquele “humor” (que sempre se “corporiza” desta ou daquela maneira), é um modo de fazer oscilar “o estado do corpo”, conjuga-se enfim na maneira fundamental de existir. Com efeito, acrescenta Heidegger: “Nós não somos em primeiro lugar viventes, nem temos além disso um aparelho chamado corpo, mas nós vivemos pelo facto que ‘corporizamos’ [*leiben*]”²⁸. E acrescenta ainda, significativamente, que o “corporizar” é algo de essencialmente diferente “do simples facto de ser dotado de um organismo”. “A maioria das coisas que conhecemos do corpo e do seu ‘corporizar’, tal como as ciências no-las ensinam, não passam de constatações em que o corpo é à partida mal interpretado como sendo puramente físico; muitas coisas aí se revelam, é certo; – porém aquilo que há de essencial e decisivo escapa sempre, nesse quadro, ao olhar e à apreensão...”²⁹.

Dito isto, embora Heidegger de maneira nenhuma explicita as coisas nesse sentido, avancaremos nós que o corporizar-se do corpo não consiste senão no modo como ao ser simultaneamente em acto e em potência, nele são “agidos” e “passionados” todos os cinco níveis que o compõem (em virtude de relações tanto de natureza intrínseca como de natureza extrínseca...).

²⁵ Heidegger, *Nietzsche* (1961), I, trad. Pierre Klossowski, Gallimard, Paris, 1971, p. 95.

²⁶ *Id.*, pp. 95-6. Uma perturbação gástrica, por exemplo, implicando “mau humor, pode ensombrar todas as coisas” (p. 56).

²⁷ Cf. *Id.*, 96.

²⁸ *Id.*, 96

²⁹ *Ibid.*

Heidegger com efeito não explicita as coisas nesse sentido, mas só na medida em que não especifica níveis, só na medida em que não especifica níveis do corpo. Quanto ao mais é claro: é pelo corporizar que todos os fenómenos “no corpo de um ser vivo adquirem o seu próprio carácter de processo”. “O corporizar da vida não é nada de isolado em si, como que ‘enquistado’ no ‘corpo’(…), mas o corporizar do corpo vivo é simultaneamente transmissão e transição, aquilo que dá passagem e faz passar de um estado a outro. Através desse corpo vivo aflui um fluxo de vida, fluxo de que a cada instante só sentimos uma parte mínima e fugidia, em acordo com a espécie de receptividade de cada estado corporal”³⁰.

Resumamos as coisas a nosso modo: é pelo “corporizar-se” do corpo, no jogo de todos os cinco níveis que o constituem, que esse mesmo corpo se actualiza e se potencia, ou então se desactualiza e se despotencia; – através das múltiplas e infinitas relações intrínsecas e extrínsecas que nele se “incorporam”. É por esse mesmo corporizar-se que ele se sente, que ele se vai *sentindo* ou *res-sentindo*, reconhecendo em si mesmo, e num plano que nós diríamos ser o da “pura” sensibilidade (ponhamos agora de lado o facto de não haver sensibilidade pura), aquelas mesmas relações que nele se incorporam. Reconhecer, aqui, não é no entanto sinónimo de conhecer. É sim sinónimo pragmático de se sentir mais ou menos doente ou mais ou menos saudável, é sim sinónimo de sentir mais ou menos em desequilíbrio a sua “identidade pessoal” (mais ou menos “triste”, como diria Ezpinoza, ou mais ou menos “alegre”...).

2. A Doença

O conceito de “Natureza” é um conceito “regulativo” no quadro duma Filosofia Clínica, mas a doença de modo algum tem apenas a ver (já o sugerimos mais de uma vez) com isso que vulgarmente se apelida de natureza (o próprio conceito de natureza, em tal quadro, tem de ser reinventado).

Sob a base de que “não há demónios da doença”, diz porém Karl Jaspers que segundo a “concepção moderna da doença” esta é “um processo da natureza”³¹. Ainda segundo ele a “terapia médica” assentará nesses dois pilares que são “o conhecimento científico-natural e a humanidade”, e o seu pressuposto é que médico e paciente “são seres racionais que se opõem conjuntamente a um processo da natureza, conhecendo e tratando-o”, unindo-se “pela sua humanidade” na “apeticibilidade da meta”³².

Pondo agora de lado os conceitos de “humanidade” e de “seres racionais” (é pela “humanidade” e por “seres racionais” que há muita patologia...), o que se tem que começar por asserir (e já o sugerimos no ponto anterior) é

³⁰ *Id.*, p. 439.

³¹ Karl Jaspers, *O médico na era da técnica* (1953-58), trad. J. Tiago Proença, Edições 70, Lx, s/d, p. 19.

³² *Ibid.*

que toda e qualquer doença é basicamente o resultado de “encontros” nocivos, é um resultado de relações muitas vezes casuísticas e sempre rizomáticas, e que esses encontros e relações têm lugar naquilo que de um modo geral se apelida de “*Mundo*”: – que não é só natureza mas também “artefacto” (é hoje mais artefacto que “natureza”), que não é só o “real” mas é também o “virtual”, que não é só o “presente” mas também o “passado” e o “futuro”. O mundo, também já o sugerimos, é basicamente um plexo de entidades que emanam e por onde circulam “energias” positivas ou negativas (que se encarnam muito em particular em frases e em imagens...).

Qualquer doença é basicamente o resultado de relações e encontros nocivos, mas a “Natureza”, sublinhe-se mais uma vez, não é o functor (não é pelo menos o único functor) desses encontros e dessas relações (nem sequer o é a chamada “natureza humana”). Umas e outros, por outro lado, não são necessariamente co-temporais ao próprio facto de estar doente, podendo antes ter temporalidades muito diversas (uma temporalidade hereditária, atmosférica, de um órgão há muito lesado, de um livro que se leu, duma imagem que se dispôs em negativo em qualquer dos níveis do corpo...), e assim o “ter lugar” no mundo (o ter lugar da doença no mundo) volve-se no *lugar* singularíssimo da própria doença. Ou seja: embora no “ser doente” interfiram sempre os factores que compõem o espaço e o tempo, passa a haver nesse mesmo ser uma espécie de *contração espacial do tempo*. Simetricamente, e porque o ser doente aquilo que quer é não ser doente, nele não deixa de ocorrer também uma espécie de *diferença temporal do espaço* (o lugar onde se cristalizou a doença, com o tempo, quer não ser esse mesmo lugar, quer que esse lugar seja substituído por outro; – ou pelo seu “vazio”, digamos assim...)³³.

Não é tudo, porém. Aquele mesmo “lugar” que é o centro ou o eixo duma contração espacial do tempo e duma diferença temporal do espaço acaba por se ramificar ou distender a todos os lugares do corpo (a todos os níveis do corpo), de modo que os tempos e os lugares normais, no corpo, são tudo menos que tempos e lugares normais³⁴. Um corpo “normal”, no entanto – um

³³ Tudo somado, temos que no “ser doente” não há um efectivo domínio “subjectivo” da temporalidade do tempo nem da espacialidade do espaço. Só se verifica em parte, quando muito, aquilo que J. L. Pio Abreu, com toda a propriedade, diz ser a *função do espírito*: a “função do espírito (...) é lutar contra a entropia, é aprisionar o tempo” (aprisionar o tempo, aqui, = “tornar simultâneos e duráveis os estados instantâneos e sucessivos”) – cf. *O tempo aprisionado – Ensaio não espiritualista sobre o espírito humano*, ed. cit., pp. 46-7.

³⁴ Sucede isto, que mais não seja, porque qualquer estado de doença afecta o “humor”. Ora o humor, no sentido de “estado de ânimo” ou de “disposição”, como nota J. L. Pio Abreu em *Introdução à psicopatologia compreensiva* (1994), F. C. G., Lx, 2ª ed., 1997, pp. 109-110, é de facto “directamente influenciado pelo sofrimento físico”, corresponde a um “sentimento difuso” que é “próximo da corporalidade” e timbra “todos os fenómenos da vida psíquica”, infiltrando em suma, ao nível da sua “vivência” explícita, “todo o psiquismo humano e a vivência do perimundo”. Pode envolver, muito em particular, o “pessimismo ou optimismo das expectativas”. Nesta medida, acrescenta J. L. Pio Abreu (estribando-se nomeadamente em Lopez Ibor): a *patologia do humor* “parece corresponder a uma deformação do espaço e do tempo e, como tal, da própria existência”.

corpo em pleno acto e em plena potencialidade –, se é definível, de direito, é por tempos e espaços normais. Mas os de um corpo doente com efeito não o são: – não são passíveis de medição geométrica ou cronométrica, carecem de comensurabilidade com quaisquer outros. Dito muito simplesmente: é toda uma arquitectura espacial “teratológica” que particulariza o ser doente (desde logo a arquitectura dos próprios órgãos e da funcionalidade holística do corpo...), e o tempo que nesse espaço se espacializa (ou o espaço que se temporaliza) é tão singular, tão impermutável e tão único como é singular, impermutável e único o próprio “sentimento” de se estar doente.

O “ser doente”, assim, se bem que não deixe de ser um “ser-no-mundo” (para utilizar linguagem heideggeriana), aquilo que se sente, enquanto ser doente, é um “ser-fora-do-mundo”. De alguma maneira é um “si-mesmo” que não é “si-mesmo”. E é-o da forma mais radicalmente concebível, porque o que ele quer, com todas as forças de que dispõe (às vezes já bem poucas...), é não ser doente enquanto ainda é doente (e na exacta medida em que o é). É-o enfim porque ele *se sente* a si mesmo na sua máxima radicalidade e ambivalência (isto é como algo que às vezes quase não se chega a sentir, como algo que outras vezes se sente demasiado, como algo que sente ou pressente que pode deixar de sentir de todo, como algo que é incapaz de reconhecer aquilo que sente, como algo que sente em si mesmo fluxos incoordenáveis, etc.).

Por paradoxal que pareça, estamos em suma em presença duma lógica (ou duma ontológica...) que é a única que resiste a qualquer dúvida; – resiste pelo menos muito mais que aquela que preside ao “cogito, ergo sum” cartesiano: “sinto-me doente, logo existo necessariamente”. Ou como diz Milan Kundera: “O fundamento do eu não é o pensamento mas a dor, o mais elementar de todos os sentimentos. Na dor, nem sequer um gato pode duvidar do seu eu único e não permutável”. E acrescenta: “...o sofrimento é não só o fundamento do eu, a sua única prova ontológica indubitável, mas também, entre todos os sentimentos, o mais digno de respeito: o valor dos valores”³⁵.

Assim é, certamente, mas também por isso (e por tudo quanto temos vindo a expor) é que no ser doente aquilo que basicamente mais se sente é a dor na própria “identidade pessoal”. Esta, com efeito, não se sente em “normalidade” (que é simultaneamente acto e potência, sublinhe-se mais uma vez) senão em espaços e tempos normais (normais ou normalizados), quando o espaço-tempo da doença é um espaço-tempo teratológico: não é o espaço-tempo do mundo (geometrizable ou cronometrizable). Por outro lado, e por isso mesmo, aquilo que no ser doente mais se torna pregnante é o desequilíbrio entre os cinco níveis que compõem o respectivo corpo (basta que só um deles ostensivamente esteja em causa). Numa palavra: quando sentes um qualquer lugar do teu corpo doente (e muitas vezes nem sentes um lugar mas um “sem lugar”...), aquilo que mais radicalmente sentes é um desequilíbrio

³⁵ Milan Kundera, *A imortalidade* (1990), trad. M. Serras Pereira, Publ. Dom Quixote, Lx, 1990, p. 193.

em níveis “egoicos”, sendo apenas esse desequilíbrio (desequilíbrio escalar) que te permite dizer: “eu sinto-me doente”. Ao dizeres isso, porém (ao dizê-lo ou ao “senti-lo”, simplesmente), aquilo que acabas por nomear é uma espécie de outro “Eu” de ti mesmo. E este paradoxal e paroxístico fenómeno é que realmente conta no ser doente. Ou antes: é ele que realmente *deve* contar, uma vez que *o ser doente é antes do mais um facto de “personalidade” ou de “subjectividade”* (muito embora subjectividade dividida, digamos assim...). Enquanto não se perceber isto – isto é que o facto da doença é sempre um facto de se sentir em radicalidade, logo na máxima personalidade e subjectividade (também “sujeitidade”...) –, pouco se perceberá acerca das patologias humanas em geral. Ou seja (e enunciemos agora uma notória trivialidade): tratar-se-ão os doentes como “coisas” e não como “sujeitos”; poder-se-ão tratar os doentes como “individualidades”, mas não como “individualidades pessoais” (e portanto nem sequer como estritas “individualidades”, mas, quando muito, como individualidades “categoriais” – como individualidades desindividualizadas num abstracto nome de doença...).

Dito isto, é claro que um sujeito que sinta patologicamente aquilo que sente, aquilo que acima de tudo sente é uma crise na sua identidade pessoal, e então uma das terapias convenientes para esse sujeito deve consistir em *frases* e em *imagens*. E se ele não a consegue aplicar a si mesmo, que sejam outros a saber e a poder aplicá-la. De que maneira? – Na resposta a esta questão supõe-se todo o infundo e complexo campo duma Filosofia Clínica...

Pense-se entretanto na lógica dos encontros e das relações, pense-se nos múltiplos sentires dos corpos, pense-se nos cinco níveis que inter-agem e que inevitavelmente compõem qualquer corpo humano (seja por excesso seja por defeito...). Pense-se nisso para concluir que as frases e as imagens não bastam... Pense-se nisso mas sobretudo *medite-se*. E medite-se muito em particular, em todos os sentidos possíveis (sejam eles positivos ou negativos), nas seguintes palavras que Nietzsche põe na boca de Zarathustra: “Sofrimento e impotência; eis o que criaram todos os aléns, e esse breve desvario de felicidade que só conhece aquele que mais sofre.” // “Foram os doentes e os moribundos que menosprezaram o corpo e a terra e inventaram as realidades celestes e as gotas de sangue redentor; mas até esses venenos doces e lúgrubos os foram buscar ao corpo e à terra!”³⁶.

(Alude-se aqui a frases e a imagens de um certo tipo... Nietzsche, é claro, encara-as em sentido negativo. Mas elas podem também ser encaradas em sentido positivo. As frases e as imagens com eventual valor terapêutico não obedecem necessariamente à lógica do corpo e da terra – tomados em sentido estrito –, mas podem obedecer a uma lógica de pura “espiritualidade”... Esta, de resto, é uma das lógicas mais convenientes à terra e ao próprio corpo...)

³⁶ Nietzsche, *Assim falava Zarathustra*, ed. cit., p. 35; p. 37 (“Dos visionários do Além”).

3. A Saúde

Sublinhe-se uma vez mais que a doença não é necessária ou exclusivamente um processo da “Natureza” (às vezes é da “anti-natureza”...), mas é sempre um processo corporal e “mundano”, é sempre um processo de encontros e relações das mais variadíssimas espécies (tanto relações internas como relações externas a um determinado corpo...).

Tem assim razão o neurologista João Lobo Antunes quando admite que em nenhuma outra actividade como a do médico se exige tanta e “tão variada informação”, como razão tem ainda quando reconhece que essa actividade tem inter-acções delicadíssimas “com a sociedade”, tem uma vasta rede de “implicações sociais, económicas, morais e até económicas”³⁷.

Tem também razão o psiquiatra Manuel João Quartilho quando admite que “os sintomas do corpo podem constituir metáforas do mal estar individual, social, e mesmo político”, como razão tem quando critica o quase exclusivo predomínio da perspectiva “biomédica”. Uma lógica “inerente à prática da medicina moderna” – diz ele –, “consiste (...) em descobrir e quantificar informações fisicoquímicas, assumindo que os aspectos biológicos são mais básicos, mais reais, clinicamente mais importantes e interessantes que quaisquer aspectos psicológicos ou socioculturais”³⁸.

Entretanto quem fala de doença supõe a saúde (supõe esse desidério maior que seria a anulação da própria Medicina), e se acaso é necessário reinventar o conceito de doença o mesmo se terá de fazer com o conceito de saúde. Os dois conceitos compõem-se mutuamente, e compõem-se também ambos com o conceito de vida (e com o conceito de morte, é claro).

No que em parte se refere a este assunto, e aludindo ao plano Beveridge, de 1942, faz notar Michel Foucault que nesta data se consolidou não o direito à vida “mas um direito diferente, mais importante e mais complexo, que é o direito à saúde”³⁹. O direito à saúde como algo de mais importante que o direito à vida é um tópico notório, um tópico que em muito merece ser pensado e que pode considerar-se como uma das linhas nevrálgicas duma Filosofia Clínica (presumo que na “prática” da Medicina Clínica a relação às vezes é tida por inversa...). É um tópico tão crucial que pode mesmo dizer-se que sem saúde para nada importa a vida (pelo menos em casos limites) e que sem “direito” à saúde (direito real, não virtual) todos os demais “direitos” do homem tombam em quase total nulidade (o “ser doente” é simultaneamente no mundo e fora do mundo...; é significativo que a “Declaração

³⁷ João Lobo Antunes, *Numa cidade feliz*, Gradiva, Lx, 4ª ed., 2001, p. 24.

³⁸ Manuel João Rodrigues Quartilho, *Cultura, Medicina e Psiquiatria*, Quarteto Editora, Coimbra, 2001, respectiv. p. 44 e p. 77.

³⁹ M. Foucault, *Dits et écrits* (1976-1979), ed. estab. sob a direcção de D. Defert e F. Ewald, vol. III, Gallimard, Paris, 1994, p. 40.

Universal dos Direitos do Homem” praticamente não dê relevo ao direito à saúde...).

Isso a que se deve ter direito, no entanto, é de facto tudo menos claro, e desde logo devido às zonas de relativa penumbra que subsistem no conceito de doença (há vários tipos e graus de doença, há doenças que não são reconhecidas como doenças, presume-se que efeito de farmacopeia é igual a anulação de doença, admite-se que a doença é só uma questão de médicos, etc.). Neste capítulo a Organização Mundial de Saúde levantou um conceito nominalmente aceitável, ao definir a saúde como um “estado de perfeito bem estar corporal, espiritual e social”. Ele é tão aceitável que um filósofo de proveniência médica, como Karl Jaspers, pôde objectar que nesse conceito afinal se confunde saúde com felicidade, e que segundo tal conceito todos os homens seriam “sempre e de qualquer modo doentes”: – essa “saúde não existe”, diz ele⁴⁰.

Se não existe é necessário inventá-la, diremos nós, e é na mira daquele mesmo conceito que deve direccionar-se uma Filosofia Clínica (admitindo que “bem estar corporal, espiritual e social” é sinónimo de bem estar ao nível dos cinco níveis do corpo...; admitindo, por outro lado, que esse bem estar não é independente de um bem estar de frases e imagens, de um bem estar da “Natureza” ou do próprio Universo...).

Para aclarar melhor aquele conceito, entretanto, parece-me de extrema utilidade recorrer a Espinoza, não só porque toda a sua filosofia radica no “Deus sive Natura” e faz depender todas as “paixões tristes” dos homens de “encontros” inconvenientes ou de interpretações humanas que transgridem as regras daquele “substrato” (que em si mesmo, em princípio, seria para a pura “alegria” e para o puro “apetite”: para a felicidade), mas ainda porque define operacionalmente qualquer ser como um incontornável ímpeto para si mesmo: “Toda a coisa, enquanto está em si, se esforça por perseverar no seu ser”⁴¹.

A ideia subjacente, quanto podemos interpretar esta frase, é que todo o ser se esforça por ser o seu ser da melhor maneira possível (e então a saúde pressupõe um esforço), mas é claro que esse esforço pode ser contrariado por “relações nocivas”, por encontros inconvenientes, etc., e isso de tal modo que à despotencialização da potencialidade intrínseca do corpo, da potencialidade inerente a cada ser humano, se pode somar a despotencialização de todas as suas potencialidades extrínsecas (ou parte delas). Por raciocínio inverso, a saúde perfeita, e se acaso Espinoza explicitamente tivesse pensado no assunto, consistiria não só na preservação “em acto” de cada ser que se esforça por ser o seu ser (por vivê-lo em máxima completude), mas ainda na preservação “em potência” de cada ser em que idêntico esforço se verifica. A noção de positiva “potencialidade de existência” estaria assim incluída no conceito de saúde (de preservação no ser), e teríamos então um cenário que

⁴⁰ Karl Jaspers, *O médico na era da técnica*, ed. cit., p. 52.

⁴¹ Espinoza, *Éthique*, ed. cit., Livro III, prop. VI, p. 217.

se aproximaria um tanto daquele que em Nietzsche exprime a noção de “Vontade de Poder” (a não interpretar como ímpeto de pura “animalidade”, a não interpretar também como ímpeto de puro “Poder” no sentido habitual do termo...) ⁴².

A questão que se coloca, muito em resumo, é a de saber se a saúde, numa das suas componentes (mas na componente mais axial) consiste apenas em perseverar no ser (no seu ser “si-mesmo”) ou também em expandir o ser (expandir o seu “si-mesmo”, “poder” abrir horizontes ou “possibilidades existenciais” de resultado não nulo – para usar uma expressão de Heidegger). Por outras palavras: a saúde tem apenas a ver com o “ser” ou do seu conceito faz também parte o “poder ser”?

Já a propósito invocámos atrás (e fizemos nossa) a perspectiva de Georges Canguilhem, mas vale a pena reproduzi-la de novo: “Ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser também normativo nessa situação e em outras situações eventuais”. Ou seja: “O homem só se sente em boa saúde – que é, precisamente, a saúde – quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas também normativo, capaz de seguir novas normas de vida” ⁴³.

Ora bem; já sabemos que é precisamente isto que não acontece com o “ser doente”, e muito em especial em certos tipos de doenças em que o “presente” e o “futuro” do próprio mundo (desse ser ou “pessoa”...) como que se apagam em absoluta nulidade (chame-se-lhe “insignificância”, “não sentido”, o que se quiser). É de facto isso que se passa e então o “espaço-tempo” do doente é esse espaço-tempo definido por “instantes” repetitivos e teratológicos que de certa maneira estão fora do mundo. O espaço-tempo da saúde, porém, é um espaço-tempo no mundo, em pleno mundo, na plenitude de positivos e potenciais sentires corporais (na plenitude da “identidade pessoal”...). Para haver um tal espaço-tempo, por isso mesmo, aquilo que é necessário é cuidar dos espaços e dos tempos (dos espaços e tempos “pessoais”, muito em particular), aquilo que é necessário é criticar e avaliar adequadamente os encontros e relações que neles vão ocorrendo. Criticar e avaliar, sim senhor, mas também tomar as possíveis “medidas”. As possíveis medidas, em última análise, sobre *a totalidade das coisas do mundo*.

Assim, a questão da saúde, não deixa de ser também uma questão de “Ontologia”. É, no mínimo, a questão do “Ser” perspectivada pelo ângulo dos atributos que lhe pertencem acidental e patologicamente... E em tal âmbito, já o sabemos, assume particular relevância o facto de o “Ser”, de maneira muito notória, ser inclusivamente urdido de frases e de imagens (ou a estas

⁴² A “Vontade de Poder” é basicamente entendida por Nietzsche como ímpeto para a *conservação* e *expansão* de formas de vida. Cf. a propósito Nietzsche, *La volonté de puissance*, ed. cit., Vol. I, pp. 221-37.

⁴³ Georges Canguilhem, *O normal e o patológico*, ed. cit., p. 158 e p. 161.

pelo menos em parte “reconduzido”)⁴⁴. Cada vez é mais assim, de resto, dada a natureza da nossa actual “civilização”... Cada vez mais as frases e as imagens, aliás, circulam e pululam num regime de pura *virtualidade* ou de pura *hiper-realidade*; – num regime de contra-realidade ou de realidade sublimada e hiperbolicamente diferida, numa palavra⁴⁵.

(Já agora, há uma singular “moral” da história em tudo isto e que é esta: quem queira tratar da saúde dos indivíduos, dos povos ou das nações, que trate em primeiro lugar do “bem estar” do espaço e do tempo: e muito em especial dos respectivos “recheios”, das respectivas imagens e linguagens, das respectivas relações e das respectivas “velocidades”. Demasiado recheio e demasiada velocidade, por exemplo, não deixam lugar para tratares da tua “identidade pessoal”. Demasiada “virtualidade”, por outro lado, pode ausentar-te do campo da verdadeira e desejável *realidade*...)

4. A Natureza

À época dos textos hipocráticos as doenças eram encaradas como consequência da transgressão das regras da natureza, mas é de admitir que o conceito de natureza então em vigor era o conceito de “*physis*” (antes do período platónico), e este tanto designava a ordem do que hoje apelidamos de “natureza”, como a ordem “humana” dos deuses e dos mortais⁴⁶. Analogamente, segundo o *Nei Ching*, o livro do legendário Imperador Amarelo (Hung Ti), a Medicina deveria estar perfeitamente integrada na Filosofia e na Religião, e com isto numa visão holista e naturalista de todo o Universo⁴⁷.

Sabe-se porém que a Medicina ocidental, através do império do “logos”, se foi progressivamente desviando da Natureza, enquanto a Medicina oriental é

⁴⁴ Recorrendo a uma espécie de analogia “invertida”, tenha-se em mente que Aristóteles define a “Filosofia Primeira”, mais tarde chamada Ontologia, como “uma ciência que estuda o Ser enquanto ser e os atributos que lhe pertencem essencialmente” (*La métaphysique*, Tomo I, trad. J. Tricot, J. Vrin, Paris, 1991, Livro IV, 1, 20-22). Esses atributos são as “categorias” (substância, qualidade, relação, lugar, etc.), categorias essas que Aristóteles define precisamente como as várias maneiras de se dizer o Ser – ou de acerca deste se falar (*id.*, 2, 33-4) —, muito embora lhes atribua também um cunho realista (serão estruturas da própria realidade, digamos assim). Podemos enfim concluir que também segundo Aristóteles o Ser se desdobra (ou é desdobrável, para sermos mais rigorosos) em frases e em imagens...

⁴⁵ Pode ver-se a propósito Jean Baudrillard, *O crime perfeito* (1995), trad. Silvina R. Lopes, Relógio D’Água Eds., Lx, 1996.

⁴⁶ Ver a propósito Heidegger, *Introduction à la métaphysique* (1935), trad. Gilbert Kahn, Gallimard, Paris, 1967, p. 27.

⁴⁷ Huang Ti, *Nei Ching Su Wên. The Yellow Emperor’s Classic of Internal Medicine*, trad. Ilza Veith, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London (1949), Paperback Ed., 1972. Os aspectos teóricos referidos em texto são sublinhados por Ilza Veith na “Introdução” ao livro, p. 10. Acrescente-se que Huang Ti teria morrido por volta do ano 2598 a.C., e apesar de serem contestáveis alguns dados respeitantes à sua biografia, a ele é de facto atribuída a autoria do *Nei Ching* – supostamente o mais antigo livro de medicina chinesa (Ilza Veith, *id.*, pp. 4-5).

ainda em muito subsidiária desse paradigma⁴⁸. Podemos mesmo dizer que para esta última ainda há natureza (ela ainda se subordina, por exemplo, à teoria dos cinco elementos – água, fogo, madeira, metal, terra), enquanto para a primeira tal coisa é como se já não existisse. Pode continuar a dizer-se que a doença é “um processo natural que ataca o corpo”⁴⁹, mas isso é apenas um dito “metafísico” e redutor, uma vez que a Natureza, tal como ela hoje pode ser vivida no Ocidente, é um “aliquid” profundamente “tecnologizado”. Numa palavra: os sentires ou “afectos” do corpo, os encontros ou relações que aumentam, anulam ou cerceiam a sua *potencialidade*, são mais afectos de “artefactos” do que afectos de processos naturais (o ar que se respira, a água que se bebe, os alimentos que se ingerem, os rios em que nos banhamos, as próprias “comunicações” humanas...).

Rousseau, como se sabe, foi certamente o primeiro a impender para este tipo de constatação, embora referindo-se apenas à natureza humana. No Prefácio ao *Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens*, interroga-se ele “como conseguirá o homem chegar a ver-se tal como o formou a natureza, através de todas as transformações que o decorrer dos tempos e das coisas produziu na sua constituição original”⁵⁰. E na sequência desta interrogação acaba não só por admitir ser praticamente impossível distinguir entre o “originário” e o “artificial” no homem, como ainda mais: concede ele que o estado “natural” talvez nem sequer tenha alguma vez existido, que “provavelmente não existirá nunca”, mas apesar disso é necessário ter “noções justas” sobre um tal estado “para bem ajuizar do nosso estado presente”⁵¹.

Quer isto dizer que para Rousseau o estado “natural” do homem funciona como uma espécie de “Ideia” no sentido de Kant (algo jamais instanciável em concreto...), e também analogamente ao que sucede com as “Ideias” de Kant funcionará como um “princípio regulador” (digamos assim: que se deve ter em conta para uma boa orientação na vida ou no conhecimento, embora se saiba que o que supõe o princípio jamais se realizará). A própria noção de Mundo ou de Natureza, como se sabe – esqueçamos agora a distinção que a propósito faz Kant –, era tida por este precisamente como “Ideia” e como um “princípio regulador” (mas a relação com Rousseau é meramente analógica, sublinhe-se...) ⁵².

Nada destas perspectivas é estranho a uma Filosofia Clínica, uma vez que, quando dizemos que hoje a natureza é algo de tecnológico (e a natureza

⁴⁸ Sobre o contraste entre a medicina *típica* do Ocidente e do Oriente (ainda que a distinção tenda hoje a esbater-se um pouco), pode ver-se Katsusuke Serizawa, *Vital Points for Oriental Therapy* (1976), Japan Publications, Tokyo, 3ª ed., 2000, pp. 29-33.

⁴⁹ Ainda Karl Jaspers, *O médico na era da técnica*, ed. cit., p. 7.

⁵⁰ J. J. Rousseau, *Discurso* (1753), trad. José Pecegueiro, Livraria Athena, Porto, 1964, p. 17.

⁵¹ *Id.*, p. 19.

⁵² Sobre a distinção entre Mundo e Natureza, em Kant, ver *Crítica da razão pura* (1781/7), trad. Manuela P. dos Santos e A. Fradique Morujão, F. C. G., Lx, 2ª ed., 1989, p. 387. Sobre as “Ideias” (Deus, Alma e Mundo) como princípios “reguladores” (não “constitutivos”...), pp. 533ss.

humana juntamente com a natureza “natural”), aquilo que estamos a fazer, quando não é uma alegre celebração do facto, é a apelar subrepticamente para a “ideia” de Natureza. Quem não o fizer, pode mesmo dizer-se, pouco perceberá acerca das actuais *patologias em geral* (ou então pouco se interessará por elas), a toda a extensão e intensidade que a expressão comporta. Com efeito, pelo menos muitas dessas patologias não derivam senão da progressiva nadificação a que se tem submetido o objecto daquela mesma ideia (sob o signo do nomeável “Progresso”, sublinhe-se), com isso se nadificando também ou desvirtuando (desvirtualizando) a ideia de “corpo sadio” (o próprio corpo humano “natural” hoje praticamente não existe, “desactualizado” e “despotencializado” que anda, no seu “si-mesmo”, em extensões tecnológicas, na tecnologia do trabalho e do próprio lazer, na tecnologia da linguagem, da cosmética, do lixo e da farmacopeia).

Claro que, dito isto, tem obviamente de se invocar o motivo da “crítica” e da “avaliação”, e antes do mais a crítica e a avaliação deve incidir sobre todos aqueles (e são quase todos, hoje em dia) que dizem ser impossível voltar atrás. Há muitas maneiras de voltar atrás, e uma delas, e não a menos consequente, consiste em não acelerar o passo para o “abismo”. Outra consiste muito simplesmente em pensar a fundo toda a “negatividade” que hoje advém duma natureza de alto a baixo tecnologizada, duma natureza cujos espaços acabam por se projectar no “i-mundo” espaço do “ser doente” (e com a sua temporalidade meramente “repetitiva”). Outra, e a mais drástica, consiste em asseverar que é mesmo possível voltar atrás e extrair daí todas as consequências (sem que isso sugira o regresso a qualquer “idade de ouro”, ir eliminando progressivamente a referida “negatividade”...).

Michel Foucault, a este respeito, muito tem a ensinar-nos, quando teoriza uma espécie de “estética da existência” (que é também uma “ética” do corpo), e quando constata a imperiosidade duma crítica do “presente”, duma crítica da “actualidade”. Uma tal crítica, precisa no entanto ele, já pouco terá a ver com o motivo kantiano da “Crítica” (quais as condições de possibilidade de?; quais as estruturas formais e universais que informam o conhecer, o proceder e o ajuizar?), mas com uma questão mais geral que afecta todas as componentes que interferem no corpo humano: – essa crítica não procurará deduzir “da forma daquilo que somos aquilo que nos é impossível fazer ou conhecer”, mas antes extrair “da contingência que nos fez ser aquilo que somos, a possibilidade de não mais ser, fazer ou pensar isso que nós somos, fazemos ou pensamos”. E acrescenta Foucault: essa mesma crítica não visa tornar possível a metafísica finalmente tornada “ciência” (nós diremos que ela deve é incidir sob as “ciências” metafísicas ou para-metafísicas, tantas elas são hoje), mas procura antes “relançar, tão longe e o mais largamente possível, o trabalho indefinido da liberdade”⁵³.

⁵³ M. Foucault, *Dits et écrits* (1980-88), ed. cit., Vol. IV, p. 574 (“Qu’est-ce que les Lumières?”, pp. 562-78).

Primeira nota: aquilo que nós somos hoje (e aquilo que a Natureza não é hoje...) é da ordem do “contingente” e não da ordem de qualquer “necessidade” natural (brotou historicamente de relações e encontros nocivos, de fluxos de imesura de saberes e de poderes: fluxos de usura). Segunda nota: o que está em causa, ao nível do esforço de preservação no ser (para de novo invocar a linguagem de Espinoza), é “o trabalho indefinido da liberdade”.

Ora a liberdade é uma outra das componentes do conceito de saúde, e a não-liberdade, por sua vez, é a componente mais visivelmente ligada ao conceito de natureza tecnologicizada.

Heidegger foi isso mesmo que fez entrever claramente ao teorizar aquilo que será a *essência da técnica* (= Ge-Stell). Segundo ele a técnica realiza a última fase da “metafísica representativa” (realiza a última fase da metafísica como império da “subjectividade”, realiza o fim da própria “filosofia”, aliás), e consiste menos no conjunto de artefactos técnicos que hoje são extensões “naturais” do homem, mas antes no modo de ser unificante e funcional desses mesmos artefactos. Seja no afã de explorar todos os sectores da natureza “física” artificializando-os num imenso “stock” disponível (e disponível para qualquer fim, para além do bem e do mal), seja em idêntico afã de explorar todos os fluxos da natureza “humana”, tornando o homem já nem sequer um ser dito “animal e racional”, mas uma mera coisa definida pela exclusiva “disponibilidade”⁵⁴. O “si-mesmo” do homem, neste contexto (a “identidade pessoal”...), é algo para que praticamente não há lugar (nem espaço nem tempo), e portanto a “liberdade” será uma mera artificialidade nominalista (e por isso, diremos nós, tão paradoxalmente ela se invoca hoje...) ⁵⁵.

Ora quem diz “liberdade”, neste contexto teórico, diz também “Natureza”: – a “Natureza”, já várias vezes se sugeriu, é algo que hoje praticamente não existe. Embora não existindo “*Há*” porém a “Natureza”, e é porque apesar de tudo *há* isso que não existe que se vinga” e afecta de mal-estar o corpo dos homens. Contra aquilo que se vinga, porém, há também o “esforço” – o esforço para perserverar no ser e para o expandir⁵⁶.

⁵⁴ Sobre o “Ge-Stell”, cf. Heidegger, “La question de la technique” (1953), in *Essais et conférences*, trad. André Préau, Gallimard, Paris, 1958, pp. 9-48.

⁵⁵ Diz um tanto a propósito Hans-Georg Gadamer, em *O mistério da saúde* (1993), trad. António Hall, Edições 70, Lx, 1997, p. 99: “O destino trágico da civilização moderna reside, a meu ver, em que a evolução e a especialização da capacidade técnica anularam as nossas forças de autotratamento. Há que tal reconhecer no mundo actual, tão transformado. Sei apreciar o papel que a medicina moderna desempenha. Mas este nem sempre consiste em curar; muitas vezes, trata-se antes de conservar a capacidade de trabalho dos indivíduos. São imposições da existência na sociedade industrial que todos temos de aceitar”. Diremos porém nós: “aceitar”, não; devemos antes *criticar*...

⁵⁶ A diferença entre “ser” e “existir” foi evidenciada por Bertrand Russell, aliás na sequência de Alexius Meinong, em *The Principles of Mathematics* (1903), George Allen and Unwin, London, 10ª ed., 1979, § 427, p. 449. Por exemplo: as sereias *são* (porque são nomeáveis em proposições, sejam estas verdadeiras ou falsas), mas *não existem* (não existem de facto, empiricamente). Tomando “ser” como sinónimo de “haver” (é esse o nosso pressuposto, no texto), podemos generalizar dizendo que “Há” tudo aquilo que é nomeável, invocável, idealizável, etc., e que, inclusive, embora não existindo pode vir a existir...

É neste sentido precisamente que a “ideia” de Natureza deve funcionar como “princípio regulador” duma Filosofia Clínica. Porém, quando da ideia se pretenda passar à prática e à positividade, perguntar-se-á qual a delimitação operatória do conceito de Natureza. Do ponto de vista duma Filosofia Clínica (não se trata pois aqui duma delimitação científica nem duma delimitação que esqueça o problema da Técnica ou o problema levantado por Rousseau), de um tal ponto de vista, dizíamos, a delimitação só pode ser esta (uma delimitação pela negativa e um tanto paradoxal, reconheça-se): é natural tudo aquilo que não afecta nocivamente o estado do “ser saudável”; é natural tudo aquilo que não afecta a minha “identidade pessoal”.

(Assim, muitas teorias, muitas formas de sociedade, muitos lazeres, muita arte, muita filosofia, muita medicina, etc., são incontestavelmente dados anti-naturais, são incontestavelmente dados patológicos. Para tal concluir, no entanto, é necessário proceder a uma criteriosa crítica, é necessário proceder a uma criteriosa avaliação de “valores”...)

5. A Morte

Foi La Rochefoucaud quem disse, com bastante propriedade, que “nem o sol nem a morte se podem olhar fixamente”⁵⁷. Heidegger, um tanto pelo contrário, viu na “existência autêntica” do homem um “ser-para-a-morte”, um dispor-se para a morte e um antecipá-la com uma decisão enérgica (mas numa espécie de “experiência de pensamento”)⁵⁸. Heidegger pensava certamente que uma das melhores formas de “iluminar a vida” consistiria em ter presente a “ideia” de morte como símbolo máximo da “finitude” (como a única coisa que ao corpo fatalmente acontecerá...).

Uma tal perspectiva não deixará de ser fecunda – pode ser um bom expediente para o mais possível “actualizar” e “potenciar” o corpo –, mas o que ela não pode é investir-se numa espécie de “mania da morte”; – em mútua implicação com a “mania da vida”. Quer a mania da morte quer a mania da vida, com efeito, não passam de modos de ferir a saúde de um corpo (a “identidade pessoal”), visto que nesta mesma se intercalam com fluxos de virtual “impotencialidade”. Ou seja: contra os factos e as extensões “naturais” da morte e da vida nada podemos, e por isso ponto final no assunto; – e por isso não estamos em presença de verdadeiros problemas (os “pseudo-problemas” contrariam a saúde corporal...).

É claro no entanto que o que se acaba de dizer em nada fere o facto de o “ser doente” o mais das vezes se esforçar por evitar a morte. Esforça-se por isso mas para ter saúde e não pura e simplesmente para continuar a viver. Com efeito, aquilo que ninguém quer é continuar incessantemente a viver doente, e

⁵⁷ La Rochefoucaud, *Maximes et Mémoires*, Ed. Minuit, col. 10/18, Paris, 1964, máx. 26, p. 74.

⁵⁸ Cf. Heidegger, *Être et temps*, ed. cit., §§ 46-53.

por isso por vezes, em certas circunstâncias, aquilo que se quer é morrer. A morte e a vida, em suma, por relação à ideia de corpo saudável, são valores muito secundários e relativos. A morte deliberada, como se sabe, pode mesmo ser integrada num “acto de vida” entendido como supremo acto vital...

Não é porém isso que habitualmente se admite ou aceita ao nível da Medicina Clínica (para não falar na “civilização ocidental” como dispositivo “medicinal”...), pois o mais das vezes se esforça ela por prolongar a vida que não a saúde (adia mesmo artificialmente, para alguns que já nem a mínima vida sentem, o acontecimento da morte). Trata-se de uma longa tradição que, numa das suas formas, já se encontra presente no “Juramento” hipocrático: “Não darei veneno mortal algum a quem mo pedir, nem fornecerei tal conselho”⁵⁹. Disse porém Kant: “viver longamente”, sim senhor, mas “em boa saúde”⁶⁰...

Seja lá como for, no entanto, o facto é que “a própria morte” (a morte de alguém que morre, enquanto morre...) em si mesma é coisa tão dispicienda que como diz La Rochefoucaud nem se pode olhar para ela fixamente. Não propriamente por ser uma “coisa” apavorante (apavorantes só o podem ser factos de vida...), mas por ser a única coisa que ninguém pode *sentir* (nem em acto nem em potência). Ninguém pode sentir, com efeito, o acontecimento da sua própria morte (não há espaço-tempo *vivido* para a morte...), e por isso também é que o problema da morte, o problema da morte própria e “natural” (no sentido acima), é um “pseudo-problema”. Só o não é, é claro, para aqueles que se sentem doentes e não conseguem iludir o espaço-tempo diferido mas ameaçador da morte, e também não o é para aqueles que se sentem afectivamente relacionados com outros que ainda vivem ou que já morreram (mas já não se trata agora da “própria morte”, em bom rigor).

Vale tudo isto por dizer que o real problema da morte é apenas um problema *simbólico* (subsiste em acordo com diversos tipos de “projeções existenciais”, tanto positivas como negativas: entre elas contam-se “projeções” religiosas, como se sabe), e esse problema simbólico, em termos positivos, comporta sobretudo duas vertentes: o tratar condignamente, sob a “ideia” da morte própria, a vida ou a morte de outros que são sentidos como ligados à própria vida (o que exige muito em particular “memórias”, “memoriais”...); o preparar condignamente, sob a “ideia” da vida própria, o facto antecipativo duma *morte feliz* (dos momentos anteriores à morte, para sermos mais precisos).

Ora, dito isto, é claro que se joga em todo esse problema simbólico, inevitavelmente, um peculiar modo de relacionamento com os factores do tempo e do espaço. Jogam-se simultaneamente, em suma, passados e futuros do tempo e do espaço no quadro dos vários “presentes” do espaço e do tempo. O “simbólico”, enquanto possível valorização do problema simbólico, nasce precisamente desse jogo.

⁵⁹ Hipócrates, “Juramento”, in Maria Helena da Rocha Pereira, *Helade*, ed. cit., p. 214.

⁶⁰ Kant, *O conflito das faculdades*, ed. cit., p. 117.

A questão que subsiste, no entanto, é mais uma vez a do mundo tecnolozado de hoje – é a questão do “Ge-stell” heideggeriano –, uma vez que em tal mundo a única dimensão que praticamente conta é a dimensão do “presente” (do lugar presente e do tempo presente). De alguma maneira, enfim, do mesmo passo que se tem vindo a desnaturalizar quase totalmente a “Natureza”, os inúmeros dispositivos da técnica têm vindo a desnaturalizar o próprio espaço e o próprio tempo. Em bom rigor hoje não existe senão o espaço e o tempo do “presente” (ainda que de um presente “virtual”, isto é em certo sentido também ele inexistente), e assim praticamente não há lugar para uma autêntica dimensão simbólica (e como tal vivida e sentida). Praticamente não há lugar, por isso mesmo, para a preparação de uma morte própria feliz e da vida saudável de outros (o que supõe que exista uma espécie de futuro vivido e sentido como futuro...), nem para a “vivificação” da morte de outros que já morreram (o que supõe que exista uma espécie de “passado” também ele vivido e sentido como passado...). Donde, e como muito bem observou Jean Baudrillard: a nossa “ideia moderna” da morte de modo nenhum tem já a ver com qualquer sistema de articulações “simbólicas”, sendo antes comandada pelo sistema “da máquina e do funcionamento”. Tal como uma máquina “funciona ou não funciona”, assim “a máquina biológica está morta ou viva”. A “ordem simbólica”, porém, não conhece esta digitalidade abstracta⁶¹. A “ordem simbólica”, diremos nós, seria a ordem do ainda não estar morto mas sabendo *vividamente* que se há-de morrer (a ordem da vida com morte “vivida” como “um potencial...”), seria a ordem do já estar morto com o anexo facto de se continuar a viver de algum modo (ou do ainda estar vivo mas saber que depois de morto de algum modo se continuará a viver). Irrepresentável curto-circuitagem, por conseguinte, de espacialidades e temporalidades presentes, passadas e futuras. Curto-circuitagem no entanto vivida ou sentida, curto-circuitagem que se possa viver e sentir no próprio âmago de um ser saudável (sem isso está-se de alguma maneira na patologia, está-se no desequilíbrio da “identidade pessoal”, uma vez que esta é inevitavelmente constituída por “Outros” afectivos de um “Eu” que já morreram – ou que ainda vivem –, bem como pelo “Outro” afectivo do próprio “Eu” que ainda não morreu – outro esse que continuamente se “projecta” nesse mesmo “Eu”, espaço-temporalmente, enquanto “desejo” próprio duma morte feliz e condigna..).

Para isso no entanto, repita-se de novo, praticamente não há hoje espaço nem tempo. Não há mesmo espaço nem tempo para a simples “ideia” de uma morte feliz e condigna (ponha-se agora de lado o problema dos outros que já morreram ou posteriormente continuarão a viver de algum modo), uma vez que os inúmeros dispositivos tecnológicos a que o corpo humano vem sendo submetido a partir do início do séc. XIX – de forma mais palpável e intensiva;

⁶¹ Jean Baudrillard, *L'échange symbolique et la mort*, Gallimard, Paris, 1976, p. 243.

a sua origem práctico-ideológica remonta ao séc. XVII –, todos esses dispositivos, dizíamos, com a sua lógica das máquinas e dos funcionamentos “submissos” dos corpos (funcionamentos puramente “económicos”...), acabaram por retirar da própria vida os ideais de dignidade e de felicidade (ideais práticos, ideais “praticáveis”...) ⁶². Tornaram enfim coextensiva à vida dos corpos o facto de uma “imprópria Morte” (sob o império de uma vida que de vida pouco tem...), isto é “desactualizaram” e “despotencializaram” a vida dos corpos no sentido da “corporeidade própria” (máxima dessimbolização, numa palavra). A nível pessoal, em suma, praticamente não existe espaço nem tempo para o “cuidado de si”, muito menos para o cuidado com outros, e muito menos ainda para a “memória dos outros” que já morreram (outros afectivos...); – toda a memória, com efeito, tende a passar da instância corporal para a instância dos “ciber-arquivos” ou de puras mecânicas friamente rituais. Ora sem cuidado de si, de outros afectivos, e sem memória dos outros que já morreram, é claro que dificilmente alguém se pode preparar para uma “morte condigna”, para uma “morte feliz” (esta, na verdade, só pode ser antecedida na rede de múltiplas *afectividades*...). Eis aí a principal vertente do real problema da Morte, eis aí o real problema da morte enquanto morte “simbólica” (da morte dessimbolizada, para sermos mais precisos). O pseudo-problema, já o sabemos, é a “mania da morte” que mutuamente se implica com a “mania da vida”.

Ora, dito isto – e uma vez invocadas estas duas manias –, qualquer espírito minimamente atento pensará a propósito na “*eutanásia*”. Uma Filosofia Clínica, se se quer crítica e avaliativa, deve defender com a máxima radicalidade a bondade da eutanásia (para quem, é claro, em boa consciência a ela se queira submeter...).

Mas a qualquer um, certamente, também ocorrerá neste momento o problema da “*velhice*”. Uma Filosofia Clínica tanto deve propugnar por uma morte feliz e condigna, como por uma velhice igualmente feliz e condigna – por uma velhice respeitada e alegre (o que os vários presentes “tecnológicos” sistematicamente esquecem, sistematicamente obliteram...).

Uma Filosofia Clínica, por outro lado, sem deixar de ter em conta o “esforço” pela preservação de que falava Espinoza, deve aclarar todo o horizonte teórico que se implica nesta frase de Séneca, a propósito do *suicídio*: “... é da maior importância saber se o que se prolonga é a vida ou é a morte” ⁶³.

⁶² Sobre os dispositivos tecnológicos – dispositivos de “poder” – destinados a gerir a vida e o corpo humano (desde o séc. XVII...), ver Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris, 1975, nomead. 137ss., e *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976, nomead. 182ss.

⁶³ Séneca, *Cartas a Lucílio*, trad. J. A. Segurado e Campos, F. C. G., Lx, 1991, carta 58, p. 208. “Nunca erguerei a mão contra mim para evitar o sofrimento: morrer assim é confessar-se derrotado. Mas se souber que tal doença nunca mais me deixará, então sairei eu desta vida, não devido à doença em si, mas porque ela me será um entrave em relação a tudo por que merece a pena vivermos. Morrer para evitar a dor é uma atitude de fraqueza e cobardia; viver só para suportar a dor, é pura estupidez” (*id.*, p. 209).

Quando se fala em morte, porém (já várias vezes o sugerimos), aquilo a que uma Filosofia Clínica tem de proceder, antes do mais, é a uma crítica impiedosa da actual sociedade do “Ge-stell”, da actual sociedade “cibernetico-lógica” (as frases e as imagens...). É aí que hoje reside o processamento da “Morte” mais sombria e mais sentível, não em outro lugar. E reside aí, desde logo, porque aquilo que nela se perpreta, embora toda a aparência vá em contrário, é um sistemático esquecimento e obliteração do corpo saudável (do pleno “acto” e da plena “potencialidade” das suas próprias “corporeizações”; próprias no sentido do “si-mesmo” em “identidade pessoal”, e não no sentido de um qualquer “Outro maquínico e artificial” – mera prolixidade “platónica” ou “anonimamente abstracta”).

Nota:

Escusado será sublinhar que os “conceitos fundamentais” duma Filosofia Clínica não são apenas aqueles que se acabaram de expor, nem aqueles que se expuseram são necessariamente como se expuseram. Limitámo-nos a fazer uma “tentativa”, uma espécie de “experiência” com esses mesmos conceitos (embora “experiência” em muito baseada em experiências de índole pessoal, recordemos).

Uma Filosofia Clínica, enfim, é algo que tem de ser inventado, e depois de inventado continuamente reinventado... Invoquemos aliás mais uma vez as sábias palavras de Hipócrates: “A vida é breve, a arte longa, a ocasião fugaz, a experiência duvidosa, o julgamento difícil”.

Adélio Melo

