

CONTÁGIO

Contribuição para a Epistemologia e a Ética da Saúde Pública*

Manuel Silvério MARQUES, Carlos Miguel FERREIRA

De um modo geral a peste introduziu na cidade pela primeira vez a anarquia total.

Ousava-se com a maior naturalidade e abertamente aquilo que antes só se fazia ocultamente (...) Ninguém queria lutar pelo que antes considerava honroso (...) O prazer do momento, como tudo o que levasse a ele, tornou-se digno e conveniente (...) As pessoas passaram a pensar que a impiedade e a piedade eram a mesma coisa (...)
Tucídides (2.53), A Guerra do Peloponeso (trad. M. da Gama Kury)

(...) Le kairos est de l'espace et du temps, de l'espace-temps, une fenêtre très étroite qui ouvre sur le temps, considéré comme de la matière qui s'écoule. Mais le kairos relève de la perception, de la sensation de l'observateur praticien. Dans cette perspective – et cella est très grec – on refuse d'abstraire cette fenêtre du contexte (...)
Pigeaud, 2006, La Crise, p.44

RESUMO

O pensamento médico europeu acerca das epidemias – desde a oposição limpo/sujo, à poluição, à *malaria*, aos *seminariae* pestíferos até à microbiologia do séc. XIX – esteve sempre dominado pelas figuras do miasma, do asqueroso, do excremento, do imundo, do corrupto, do contágio. Adoptando genericamente o quadro teórico foucaultiano, investigamos aspectos da epistemologia histórica e da ética da Saúde Pública. Focamos, sucintamente, o Sanatório como paradigma da história recente da gestão pública da tuberculose (TB) em Portugal e (ainda mais esquematicamente), discutimos, em paralelo, os problemas epistémicos, técnicos e éticos suscitados pelos perigos de uma pandemia de gripe. Abordamos o estatuto da disjunção contágio/transmissão, os sistemas de inclusão e de exclusão, as diferenças entre incerteza, risco, perigo, precaução e prevenção. Tematizamos o poder disciplinar, a reificação, a indiferenciação, a biopolítica. Propomo-nos dar um contributo para o debate público em torno de uma Ética da precaução, mostrando que a pragmática da Saúde Pública não deixa de convocar, a vários níveis, as velhas categorias do *ethos* médico, entre elas, a catarse, a crise e o *kairos*.

M.S.M.: Médico hematologista aposentado. Centro de Filosofia. Universidade de Lisboa. Lisboa
C.M.F.: Sociólogo. Centro de Sociologia. Universidade Lusófona; ISCSEM. Lisboa

© 2010 CELOM

*Trabalho integrado no Projecto da FCT PTDC/FIL/64863/2006, **Filosofia, Medicina e Sociedade**. Traduz as lições proferidas pelos autores no Curso *Ciências e Cultura em Contexto Regional. Saúde e doença - das mudanças do Ambiente às mudanças da Saúde* a convite da e na Universidade de Verão da Universidade do Porto (Arouca, 15 de Julho de 2008). Agradecemos a leitura crítica de Pedro S. Marques. Naturalmente que as opiniões expressas e os eventuais erros são da responsabilidade dos autores. Uma versão ligeiramente diferente deste trabalho sairá impresso em *Cultura*.

SUMMARY

CONTAGION

Some notes on the Epistemology and the Ethics of Public Health

European Medical thought on epidemics – ranging from the opposition *clean/dirty*, pollution, *malaria*, pestilential seeds to 19th century microbiology – has always been ruled by figures such as the miasma, the repulsive, the excrement, the filth, the corrupt, the contagion. Theoretically framed, in general, by Foucault's ideas, this research focuses on some aspects of the historical epistemology and ethics of Public Health. Based on the history of Tuberculosis (TB) management in Portugal and, more briefly, on the flu pandemics, we thematize aspects of Biopolitics, namely, the disciplinary power and the processes of indifferenciation and reification. We will focus on the disjunction between contamination and transmission, on the systems of inclusion and exclusion and on the differences between uncertainty, risk, danger, precaution and prevention, aiming to contribute to the public debate on an ethic of precaution. It will be attested that the praxis of Public Health inevitably calls together, at various levels, the old categories of medical *ethos*, among which are the catharsis, the crisis, and the *kairos*.

INTRODUÇÃO

Âmbito e Propósito

A repugnância primordial aos odores nauseabundos da putrefacção exprime-se na polaridade puro/impuro, alicerce das faculdades cognitivo-emocionais humanas, e articula-se, na esfera da socialidade, com a violência fundamental e com a purga, a purificação (*katharsis*)¹ e, como se tem vindo a demonstrar, com sentimentos de temor e de compaixão². Escolhendo uma orientação teórica foucaultiana, investigaremos aspectos do espaço da Saúde Pública, do Risco e da Ética da Saúde Pública. Esta, sendo por excelência normativa, não dispensa outras grandes categorias clínicas fundadoras da descrição e da decisão, a saber, a *krisis*, a *katharsis*, a *philia* e o *kairos* que tanto preocuparam os Antigos e marcaram a Medicina hipocrática até há três ou quatro gerações atrás.

Habitamos hoje num mundo perturbado e turbulento, em tempos de incertezas, ódios, e perigos inauditos. E de esperanças e promessas também. É notório que o enorme fracasso dos *amanhãs que cantam*, as amargas ilusões de todos os *criadores do homem novo*, deixaram um rasto de descrença nos profetas e nos *salvadores* que deles se reclamam... Não aconteceu assim na Ciência enquanto busca colectiva do conhecimento (de sucesso garantido,

ao contrário da técnica), nem no Direito enquanto aplicação da Justiça (aqui e agora abúlica, estrábica, impotente). Naturalmente que o progresso científico e o crescimento da complexidade aumentaram os graus de liberdade, mas, em contrapartida, potenciaram riscos e *patologias* que, nas sociedades actuais, sejam pré-industriais, industriais ou pós-industriais, se tornaram heterogéneos e planetários, desde os OGMs ao efeito de estufa. Paralelamente, tem crescido a reflexão e a produção filosófica e legislativa em áreas como a avaliação, gestão e comunicação do risco em Saúde Pública e em torno de princípios tão pertinentes como o da precaução, da proporcionalidade, da não discriminação, da coerência, da transparência, da efectividade, da prova e do ónus da prova³. Foram, de facto, as tecnociências médicas – das diagnósticas às terapêuticas e aos modelos matemáticos, incluindo as tecnologias computacionais, comunicacionais, etc. – que permitiram enfrentar com sucesso algumas das mais graves ameaças e emergências de saúde pública dos últimos anos. Recordamos: (i) a prevenção ou o controlo de surtos de gastroenterites, de cólera, de meningite e de outras epidemias por este mundo de cataclismos (naturais ou não) imprevisíveis, (ii) a contenção e extinção da Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto (ou SDR ou SARS, epidemia de pneumonia atípica a Coronavirus), (iii) a reso-

1. Estudada, entre outros, por Robert Parker, Jean Delumeau, Mary Douglas, René Girard, Jonathan Haidt, Georges Vigarello e Alain Corbin (este só aparentemente contraditório).

2. Recordamos, catarse ou purificação em Hipócrates e em Aristóteles, abreacção em Freud, 1956 ; Conrad, Wujastik, 2000; Pelling, 1993; Haidt, 2003; um de nós tem estudado o tema: Marques, 2002, 2009a, 2009b.

3. Ewald et al., 2001, p. 21. Veja-se, entre nós, a obra *princeps* e exemplar de Ricardo Jorge, 1899.

lução rápida da epidemia criminosa de Carbúnculo (Antraz), (iv), qualificadamente e a outra escala, o controlo (inicial, parcial) da infecção VIH/SIDA em vários países e, (v), o combate à panzootia de gripe aviária pelo vírus da influenza H5N1, sobretudo no Extremo Oriente. Apesar das dimensões inéditas das pandemias e das crises, associadas quer à Cultura (SIDA), quer à globalização (SDRA), quer à organização liberal do Estado (Antraz, USA), obteve-se um significativo sucesso na reposta das instituições de Saúde Pública internacionais, nacionais e locais.

O risco define-se, em primeira aproximação, como um evento contingente, isolável ou identificável, potencialmente nocivo (o perigo é uma ameaça nociva) de probabilidade conhecida ou cognoscível. O risco envolve várias dimensões: ciência e *imaginação*, interesse e ética, razão e opinião; a precaução pode ser entendida na perspectiva táctica ou estratégica. Os conteúdos concretos, básicos, da acção em contexto de incerteza podem ser proporcionados às hipóteses de risco ou podem ser maximalistas, duas finalidades antagónicas. E, inevitavelmente, vê-lo-emos, a ideologia, o sistema epistémico e padrão de valores (os dispositivos, os discursos e as escolhas) envolvidos são prenhes de consequências⁴.

Aquém e além do modelo bélico

As formas de diferenciação do sistema social redefinem as fontes de distribuição e de legitimação das relações de poder e o Estado surge, nos planos do imaginário, do simbólico e do real, como autodescrição do sistema político susceptível de funcionamento autopoietico. A **peste, a fome e a guerra**, as crises colectivas mediadas pela abolição das diferenciações, pela alucinação do duplo mimético e/ou pelo mecanismo do bode expiatório intensificam, íamos a escrever, mecanicamente, a violência originária e o contágio homicida⁵. A terrível propensão humana para a repressão, para a violência sacrificial. Neste cenário, que se repete também na parte abastada do mundo, não é claro como conseguiremos, enquanto comunidade (*polis*), problematizar e justificar as nossas opções sanitárias, epidemiológicas e técnicas fundamentais e os (nossos) valores

morais e sociais. Os valores, a utilização e a adaptação correcta e boa de poderes (em primeiro lugar, administrativos e políticos), de saberes (técnicos, sociais e estatísticos) e, até, de mitos (velhos e novos) – tão inevitáveis como pregnantas na construção das crenças e das decisões em situações de incerteza ou perante ameaças imponderáveis e/ou desconhecidas –, condicionam, em conjunto, as escolhas individuais e colectivas. Tornou-se, por outro lado, demasiado evidente que as imensas capacidades das tecnociências da Vida e as novas possibilidades da biomedicina podem facilmente ser pervertidas. E, assim, transformar o empenho das comunidades pelo Bem-estar e pela Saúde e a *luta* da própria Medicina Clínica e Experimental em mera mercadorização de saberes e de corpos, numa *hubris* que marca o campo da biopolítica (Foucault). Em geral, designa-se por biopoder o domínio e a administração do espaço dos corpos individuais, a medicalização e normalização das práticas sociais.

Rejeitaremos o modelo bélico da relação entre parasita e hospedeiro, entre agentes infecciosos e organismos e sabemos que o sistema imunitário é, primariamente, um imenso órgão (re)construtor de *imagens* internas (moleculares), gerador de *consciência molecular* (moléculas auto-reactivas, auto-tolerância activa)⁶. Vamos documentar esta análise principalmente com alguns aspectos da gestão pública da luta contra a TB em Portugal (uma retrospectiva sócio-epidemiológica) e, acessoriamente, da pandemia a vírus da influenza A, H5N1; o foco estará na medicalização da crise, na crise da medicalização. Como estabelecer a nível global, nacional e local a aplicação do princípio da *precaução*? Que planos e estados de prontidão estabelecer? Quem zela por eles? Como assegurar a equidade, transparência e *accountability* nessas situações? Eis algumas das questões que nos propomos equacionar e discutir. A Medicina Social e a Saúde Pública, a área científica onde, afinal, se faz a prova real da eficácia das medidas políticas, são o campo onde se confrontam interesses e forças opostas: cumpre-lhes agir para o bem comum e (re)pensar todas estas questões. Notar-se-á que os valores supremos invocados pela maioria dos

4. Ewald et al, 2001; Godard et al., 2002; Martins, 2003; Martins e Garcia, 2003. Há três áreas muito importantes no plano da ética e da cidadania que, por economia de espaço, iremos deixar de fora. A primeira é a da regulação independente. Entre nós a Entidade Reguladora da Saúde nasceu torta e foi, como se esperava, capturada pelo poder e governamentalizada: tem-se limitado, ao que parece, a fazer estudos de sociologia (?) e de psicossociologia (?) sem ligação imediata com as carências prementes nos planos maiores do bem comum e da saúde pública (substituindo-se, talvez indevidamente, aos profissionais e académicos dessas disciplinas...). A segunda é a da determinação e aplicação da Lei das doenças de declaração obrigatória. A terceira, conexa, é a educação para a saúde: hoje praticamente inexistente, agrava a situação crónica de fraca participação cívica; exceptua-se, talvez, o Ambiente (e as recentes lutas, compreensíveis, em torno do encerramento de C. de Saúde). Onde estão os espaços e as Conferências Locais de Informação ou as Reuniões de Cidadãos para as decisões de política de saúde que os afectam?

5. Vide de R. Girard (entre muita outra literatura), 2002, pp. 234ss.

6. Como Niels Jerne, António Coutinho e a Escola de Paris mostraram há muitos anos.

autores nas controvérsias contemporâneas reavivam tensões arcaicas entre puro/impuro, *mundus/imundo*, sagrado/profano. Sagrado (*hieros/hagios*), o *enorme*, o *mysterium tremendum* pelo qual a espécie humana é mais do que simples ser da Natureza, como ensina Hans Jonas⁷; não o sagrado que hoje aparece e se reduz cada vez mais a religião e a superstição, experiências primárias, pulsionais, miméticas e sacrificiais⁸. No plano ético (que não distinguiremos de moral), ergue-se ainda e sempre a figura do agente moral individual, mesmo se submetido aos imperativos, mais ou menos opacos ou contingentes, do bem comum⁹. Mas a Ética da Saúde (Pública), parece ser, por definição, normativa, por oposição à Ética Clínica¹⁰. As perguntas principiais a que esta – e qualquer ética – responde são: de que lugar fala o sujeito moral? Qual a origem da (sua) autoridade moral? Com que categorias constrói a argumentação? Qual a relação entre poder soberano, bem comum e direitos e garantias individuais? O que prevalece em Saúde Pública? A resposta passará pela noção de natureza humana ou de espécie humana. (Compare-se, *mutatis mutandis*, para a noção de género ou de sexo, face à noção de *condição humana* em Ortega y Gasset ou em Hannah Arendt). Daqui se convoca um (antigo) critério: a palavra, o cumprimento da promessa, a obediência ao sentimento de vergonha, o nome, a honra. Não exprime um modo de pensar o universal como auto-compreensão ética da espécie humana, porventura o germe da sociabilidade que vem?^{11,12}

Para este debate haveria que aduzir argumentos oriundos da Filosofia, da Antropologia, da História, da Biopolítica, do Biodireito, do Direito Médico, da Gestão do Risco, da Epidemiologia, da Sociologia, da Bioética, etc; forçados a ser selectivos, limitar-nos-emos, além da Medicina, a *folhear* as três últimas disciplinas. Procurando dar a compreender os contornos multidisciplinares da luta contra uma pandemia (em traços gerais) damos como adquiridos os conceitos de contaminação, colonização, infecção, con-

tágio; contacto, cadeia de transmissão, vector, traçabilidade (e afins); zoonose, epidemia, portador, fonte, isolamento, quarentena, cordão sanitário, etc; alguns tópicos mais gerais serão abordados com relativa profundidade: princípio da precaução e gestão pública da doença na sociedade reflexiva; medicalização, indiferenciação e reificação; políticas públicas, dispositivo e poder disciplinar, segurança, risco e perigo¹³.

Adoptaremos as seguintes definições operacionais (convêm mais ao Biodireito que à Biomedicina, onde a assimetria se esbate pela variação e indefinição de fronteiras): (i) doença transmissível – aquela cuja propagação pode ser condicionada ou limitada pela conduta do indivíduo portador, colonizado ou infectado (doenças nosocomiais, a infecção HIV/SIDA, a TB bacilar diagnosticada); (ii) doença contagiosa – a infecção que se transmite e propaga independentemente da vontade e comportamento dos portadores e/ou transmissores (tipicamente a salmonelose ou a gripe); (iii) doença com acelerado grau de contagiosidade (gripe; cólera); (iv) doença (re)emergente – tipicamente a TB resistente ao tratamento.

O Espaço Quaternário e a Peste Branca

O espaço da Saúde Pública

As epidemias, as doenças emergentes e reemergentes (que aqui associamos), pela sua dupla sede ontológica (biológica e estatística), pela sua classificação etiológica e pela sua distribuição social, colocam às sociedades modernas desafios inerentes às metamorfoses da série colectiva (passe a redundância) mal-contágio-doença¹⁴, que tiveram e têm como efeito a invenção de procedimentos e instituições sanitárias para os gerir de maneira mais ou menos (des)concertada.

Algumas das teses de Foucault em *Naissance de la Clinique*, inéditas, provocadoras, transcendentais (propõem-se revelar-nos nada menos do que as condições *originárias* de possibilidade da clínica) subjazem, assu-

7. Jonas, 1993; AAVV, Cuidar o Futuro, 1998.

8. Girard, 1972.

9. Arendt, 1983, 1996; Folscheid, et al., 1997; Canto-Sperber, 2003.

10. J.Melo, 2009 (Sobre o Consentimento Inforjado, em publicação na RPF). Neste trabalho o termo Saúde será empregue na acepção limitada de Saúde Pública.

11. Habermas, 2003; sobre o lugar originário dos sentimentos de medo e de culpa remeto para as investigações de historiografia de Delumeau e de psicologia de Haidt, 2003, Haidt, Joseph, 2004.

12. Agamben, 1998, Henry, 2001 (1987).

13. Alguma literatura básica recente: Reason, 1990, Khon et al, 2000 e Diamond, 2002 (conhecer e evitar o erro humano); Erikson e Doyle, 2003 (da impureza à lógica actuarial como condição de governação inteligente); o número de *L'Esprit* de Agosto-Setembro de 2003 e do *J. Medicine and Philosophy* de 2004 (discussão do princípio da precaução); Boylen et al, 2004 (sobre a ética da Saúde Pública); Lloyd, 2005, 2007 (pluralidade cultural e argumentos para as razões de esperança); Ryan e Glarum, 2008 (um Manual prático com as normas americanas de detecção e contenção das ameaças biológicas); Jean-Marie Fessler, 2009 (apresentação da “Ciência Cindínica” ou do Perigo, ocupando-se essencialmente da Saúde).

14. Lloyd, 2003.

midamente, a esta investigação e convidam a pensar o campo médico como integrador de várias camadas ou espacialidades, cada qual com a sua estrutura e tectónica próprias. Merecem ser re-visitadas. As ideias fundamentais são claras e lineares. Nos começos da Arte a forma analógica proporcionava a descoberta da ordem racional das doenças; com o advento do episteme moderno surge a inversão, invaginação e interiorização da *sympatheia* (e vice-versa), da *krisis* e do *kairos*, sob a forma da causalidade inter-nosológica e vêem-se sucessivamente as movimentações das camadas de espacialização primária (a medicina das espécies que situa a doença num campo de homologias onde o indivíduo não pode ter um estatuto positivo), de espacialização secundária (que exige, pelo contrário, percepção do singular) e de espacialização terciária (o espaço da doença, a nosografia anatomo-patológica hospitalar)¹⁵. Assim, de Sydenham a Pinel, a doença ganha consistência, é objectivada e reificada, numa classificação racional que implica a Natureza e a Ordem das coisas, a cultura do naturalismo e da História Natural. Desde Bichat tem um fundo novo, inaudito e surpreendente, a vida¹⁶. Agora, nascida a estatística médica (com Louis e Gavarret), no Hospital do Iluminismo, massificado, a certeza médica constitui-se a partir não da individualidade completamente observada mas da multiplicidade inteiramente percorrida de factos individuais. A verdade clínica resulta, desde então, do cálculo dos graus de certeza dos sinais – e não dos casos – e portanto da ligação dos sinais aos sintomas¹⁷. E, inesperadamente, de uma volúpia pela Anatomia, uma epidemia algo *sinistra* que se arrastou por mais de 300 anos¹⁸, passamos a um discurso científico em que a linguagem e a morte – a linguagem da necrópsia – oferecem à luz do dia o seu segredo: o saber do indivíduo, o saber da *vida*: a morte é agora constitutiva da singularidade; enquanto o macabro implicava uma percepção ho-

mogénea da morte, o mórbido é uma forma rarefeita da vida¹⁹. Enfim, a tese essencial de Michel Foucault sobre o nascimento da clínica, à uma luminosa e tenebrosa, caiu, fulminante, como uma *praga*, uma maldição, um parricídio: foi da *mise en place* da morte no pensamento médico que nasceu a Medicina que se dá como ciência do indivíduo²⁰.

Convém agora passarmos da espacialização terciária à espacialização quaternária, sabendo que tal não implica a abolição ou neutralização das espacialidades mais *simples*, mormente a que constitui o *indivíduo*, o sujeito da clínica²¹. Convencionemos que o espaço quaternário consiste na epidemiologia, na saúde pública, na gestão colectiva da doença. É o mais matematizado da téttrade. Remetemos para as representações e práticas desenvolvidas pela sociedade para debelar ou prevenir as desordens do corpo cujas manifestações, origem e tratamento são tidos por comunitários – efectiva ou potencialmente. Estas representações e estas práticas têm um carácter universal: todas as sociedades são confrontadas com acontecimentos cuja distribuição ou etiologia podem dar lugar a uma interpretação em termos colectivos; todas elas dispõem de procedimentos e instituições para as tutelarem em comunidade²². Quando nos referimos à gestão colectiva da doença, por um lado, o carácter colectivo implica a sociedade na interpretação e na mobilização de instituições e de normas que servem para orientar as condutas e as acções dos diferentes grupos sociais de forma a poderem fazer face à doença; por outro, na sua versão colectiva, a doença é exemplarmente representada pela epidemia (ou seja, pelo contágio, pela infecção contagiosa) nas sociedades menos diferenciadas e pelas endemias, epidemias e pandemias nas sociedades actuais²³. Tal situação impõe, face às epidemias e pandemias, respostas urgentes em termos de interpretação e sobretudo de intervenção, e no que concerne às endemias, o desenvolvimento de acções colectivas

15. Foucault, 1990, pp. 5, 10, 14 ; Marques, 1994 (in Marques, 1999, pp.39-130) ; Pigeaud, 2006.

16. Foucault, 1990, p 156; Pichot, 1993, p. 388: "(...) *Si la physique d'Aristote était une biologie, la biologie de Descartes est une physique (une mécanique). Elle ne contient absolument pas de notion de vie. (...)*"

17. Foucault, idem, pp.101ss.

18. *Bebedeira anatómica*, é a designação pouco lisonjeira de Thomas Laqueur e a expressão adoptada também por R. Mandressi (2003, p. 270).

19. Foucault, idem, p. 174s

20. Idem, p. 201; um livro de John Mann, *Murder, Magic and Medicine*, mostra que esse "jogo da morte e da vida" infiltrava também a *Materia Medica* e explica como penetrou seguidamente na Farmacologia; para o aprofundamento das consequências epistémicas e fundacionais da ideia de Foucault (à luz do pensamento de F. Gil) vd Marques, 2002, 2003a, 2003b e, sobretudo, 2008.

21. Não se anula a realidade dos objectos desses espaços, da sua ontologia, da sua necessidade "lógica", etc., como as "sucessivas" geometrias de incidência (não-métrica, projectiva, afim), métrica (euclidiana), etc., não se invalidam.

22. Fassin, 1996, p. 200. Veja-se a *Metafísica Canibal* de V. de Castro, 2009.

23. É a ocasião de mencionar que a etimologia de *contagium*, de *cum+tangere*, tocar, contactar, o verbo correspondente ao grego *miaino* (de onde *miasma*); os termos gregos para dizer contágio eram *epaphe* (do v. tocar) e *synanachrosis* (desde o espalhar o corante ao contaminar pelo miasma) e, do latim, *infectio* (infecção), de *inficere* (que significava tingir o pano) exactamente como a raiz grega *chros* (donde, atingir, apanhar, infectar, inquinar, contaminar) (para uma discussão filológica Nutton, 2000, para análise comparativa Kuryiama, 2000 e para a história vd Pelling, 1993, p. 337).

continuadas, porque estas doenças envolvem estruturas permanentes, estáveis ou instáveis, que exigem a participação e responsabilização de todos²⁴.

O investimento dos agentes políticos na gestão colectiva da doença possibilitou a emergência do espaço autónomo da saúde pública. O político, aqui, pode ser considerado como composto pelas relações de poder mobilizadas no espaço público para o controlo das decisões e das acções que têm por objecto bens considerados como colectivos²⁵. Desta forma, a gestão colectiva da doença e da saúde pode ser designada como saúde pública a partir do momento em que entra no domínio político. A emergência de um território público de saúde e as transformações das instituições de Saúde Pública difere em função do desenvolvimento de novas formas políticas em diferentes situações históricas. A instauração de uma ordem sanitária faz parte das condições de construção do Estado.

O Estado enquanto configuração política do conjunto da sociedade, na formulação de Norbert Elias, organiza não apenas as relações entre a sociedade e a autoridade política, mas também, e sobretudo, as relações no interior da própria sociedade, nomeadamente na influência que exerce na estrutura e na acção colectiva²⁶. Mas se a ins-

tauração de uma ordem sanitária faz parte das condições da construção dos Estados, a compreensão das transformações das estruturas estatais inerentes à gestão colectiva da saúde é fundamental para a análise do processo de gestação da Medicina Social e das *políticas de piedade*²⁷. Embora os diferentes Estados europeus se preocupassem com a situação da saúde das populações, isso não implicou que a gestão colectiva da saúde adoptasse em todo o lado as mesmas modalidades e os mesmos contornos. A história da saúde pública revela, pelo contrário, quanto a ordem sanitária é o reflexo das estruturas sociais e políticas particulares em cada lugar e cada época²⁸: as Misericórdias em Portugal provam-no²⁹. Assim, pode-se compreender a estruturação do domínio da saúde pública a partir das relações de interdependência com o campo político, que detém a força, e com o campo médico, que possui o saber (possível). O Estado surge, simultaneamente, como instância de legitimação das políticas de saúde e do exercício legal da medicina e como dispositivo de mediação nos conflitos que opõem as diferentes profissões de saúde e as diversas práticas médicas inerentes à expansão da saúde pública. Se num primeiro momento o processo de gestão colectiva das epidemias, a luta contra a *promis-*

24. Fassin, 1996, pp. 200-203. Nas sociedades tradicionais, a gestão colectiva da adversidade e da doença é uma actividade pouco diferenciada. Esta indiferenciação relativa manifesta-se em dois planos. Por um lado, as representações e as práticas mobilizadas não constituem um conjunto claramente circunscrito. Tanto a doença como a morte entram na categoria de infortúnio em que se incluem também outros acontecimentos adversos. Por outro lado, a prevenção apresenta-se como um conjunto de crenças e ritos que tocam todas as actividades sociais mais do que um conjunto de saberes relativos à doença e à adversidade. A crescente diferenciação social – divisão social do trabalho, processo de urbanização e industrialização e consolidação das hierarquias funcionais e profissionais – exigiu a criação de novas formas de regulação funcional e de coordenação entre as estruturas sociais e os indivíduos, também presentes na gestão colectiva da doença. Quanto maior é a diferenciação, maior a necessidade de organização institucional que assegure a integração e a interdependência dos indivíduos (Mozzicafredo, 1998, pp. 259-260). Assistiu-se, portanto, à emergência de estruturas administrativas e sanitárias preventivas coordenadas pelo poder central, embora com um carácter inicialmente provisório, para a gestão colectiva das epidemias, nomeadamente conselhos de saúde, cordões sanitários, quarentenas e lazaretos. Quanto às endemias, sentidas como verdadeiro flagelo (azorrague para açoiar) social, são tormentos familiares permanentes de acrescidas morbidade e de mortalidade, verificadas pela *biopolítica da população* emergente ao longo do século XVIII: essa biopolítica exprime a institucionalização da preocupação sistemática do Estado pela saúde das populações (e não apenas pontual como até aí as autoridades públicas faziam face às epidemias). O grande interesse do Estado pela saúde das populações relaciona-se com (i) a atenção crescente dada à saúde, ao corpo e à medicina nos meios da corte (a vida da corte abre um espaço para a expressão de uma sensibilidade nova às manifestações mórbidas do corpo, que se traduz por uma procura da medicina e dos médicos e o entusiasmo dos cortesãos e da burguesia urbana por uma literatura médica «profana» vulgarizando um saber prático sobre a farmacopeia); e com (ii) o desenvolvimento da administração pública generalizada de colecta de impostos (a avaliação da riqueza do reino faz emergir progressivamente a noção de *população*, isto é, uma representação do conjunto dos indivíduos que vivem num território dado e que, pelo seu trabalho, produzem riqueza sob diferentes formas) (Pinell, 1998, p. 39). A constituição de uma administração pública está articulada com a imposição progressiva de um duplo monopólio real: o monopólio fiscal e o monopólio da violência legítima, que caracteriza a emergência do Estado. (Cf. Elias, 1989).

25. Fassin, 1996, p. 24.

26. Mozzicafredo, 1998, p. 253

27. L. Abreu, 2007, 2009; para o conceito de políticas de piedade vd. Boltanski, 2007.

28. Didier Fassin, 1996, p. 280

29. A este respeito a própria definição de medicalização mereceria ser revista à luz da história das Misericórdias: desde as Reformas de D. Manuel no Séc. XVI, passando por D. João III e pelos Filipes, a evolução da Medicina e da Cirurgia no Hospital de Todos os Santos e o poder de gestão das Misericórdias e da Medicina de Partido (das bolsas municipais, etc., observando-se a pulverização dos Poderes até à sua substituição pela Realza e pelos créditos oriundos do Orçamento Régio) sugerem uma variação nos espaços políticos de saúde e uma heterogeneidade das suas cronologias (na Europa) que deverão ser investigadas ainda comparativamente com as outras grandes tradições médicas eruditas (como a chinesa, a aiurvédica, a islâmica). Cf Laurinda Abreu, 2007 e Conf.^a proferida em 30-01-2009 «Políticas de Saúde e Assistência como espaço de intervenção Régia, séculos XVI-XVIII», FL, UL (vd a seguir). Propomos uma definição mais *acabada* de medicalização.

cuidade e a pobreza caracterizou a higiene pública, posteriormente, assistiu-se à extensão do domínio normativo da saúde. Populações cada vez mais numerosas passaram a estar sob a sua autoridade: inicialmente limitada a grupos específicos, a saúde pública cobre pouco a pouco a totalidade do mundo social, através da generalização da noção de risco que, em Saúde Pública, reportando-se ao saber epidemiológico, designa a probabilidade de se manifestarem diversos tipos de problemas de saúde.

O cálculo matemático do risco foi (e é) um dos procedimentos mais importantes no desígnio de legitimação das intervenções (não apenas de prevenção, mas também de *tratamento* e reparação). As estatísticas permitem, num primeiro momento, definir a norma e os desvios *não* aceitáveis e identificar os grupos-alvo de intervenções visando erradicar o risco e/ou o desvio. Daqui à normalização dos grupos e dos indivíduos classificados como desviantes e potenciais desviantes, impondo, indevidamente, a promoção de comportamentos saudáveis, vai um passo. Tais políticas de assistência representam as melhores estratégias adaptativas a um ambiente potencialmente patogénico e conduziram à adopção das práticas de rastreio em massa (*mass screenings*) para diversas doenças (todos os indivíduos se convertem em *protoentes*, ou seja, indivíduos sem-saúde-e-sem-doença). Os indivíduos transformam-se em doentes no momento em que entram nas malhas do controlo médico, para vigiarem o risco de que são portadores. Assim está a suceder hoje com a chamada Medicina Preditiva: o facto de o risco genético ser reificado como se fora a própria doença, na ausência de qualquer sintoma evidente, faz com que os sujeitos em risco correspondam, de facto, a uma nova categoria: os doentes pré-sintomáticos ou *potenciais futuros doentes*, uma nova versão do *estado neutro* de Galeno³⁰.

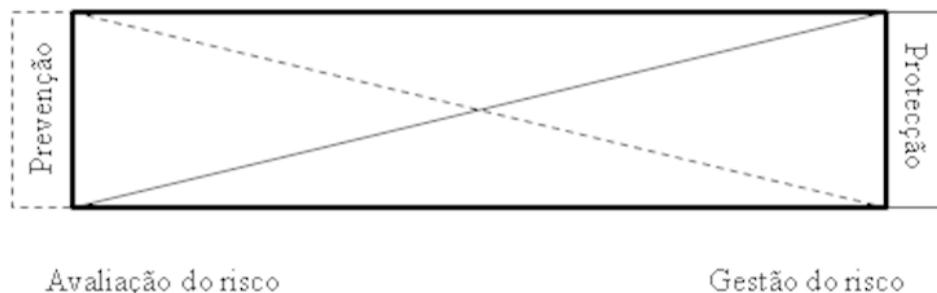
Sumariando: o domínio de intervenção pública na saúde expande-se, progressivamente a todos os com-

portamentos humanos que podem ser objecto de procedimentos de investigação e de normalização. Uma outra dimensão da expansão do domínio da saúde pública alarga-se a novos agentes, incluindo não profissionais, enquanto que, ao mesmo tempo, a procura de peritos por parte dos poderes públicos fez aparecer novas especializações. A ausência de saberes e de instrumentos no domínio da saúde pública para calcular o risco e a produção de representações culturais do risco, enquanto perigo eventual, coloca problemas de diversa ordem, nomeadamente políticos (e não apenas técnicos), na gestão de riscos potenciais. Neste contexto, o processo de regulação no domínio da saúde pública pode e deve ser norteado pelo princípio da precaução, uma normatividade alternativa, bioética³¹. É evidente, cremos, que o antigo e estimável preceito *primo non nocere* foi precursor da ética e da atitude de precaução – para não dizer do princípio de precaução – na sua acepção corrente: a *prudência* hipocrática inspirou, na avisada opinião de Pierre Aubenque, a *phronesis* aristotélica. Por isso as amarras e os exemplos da Medicina fazem todo o sentido em investigações deste tipo. Convém, numa primeira aproximação, distribuir os conceitos principais que iremos manejar:

Focaremos de seguida, a título de demonstração da construção social de um espaço quartenário, uma pandemia até há pouco mais de 50 anos incurável e geralmente mortal, a TB ou peste branca; discutiremos a tísis e a doença específica³² e o movimento higienista e sanitarista.

Risco, ameaça, perigo

Princípio da Precaução



30. Mendes, 2003, pp. 74-75; Marques, 2005, Raposo, 2006.

31. Cheveigné et al., 2002, p.187; Boylan et al, 2004.

32. Doença específica, a derradeira manifestação vocabular da Medicina das espécies (Pelling, 1993), tipificada na máxima de Gilibert (1772) «ne trahat jamais une maladie sans vous être assuré de l'espèce» cit. por Foucault (1990, p. 95); Foucault adianta que a medicina das espécies reclama a mediação do *quadro* bidimensional; cabe perguntar se se filia no diagnóstico dicotómico primordial ou no diagnóstico sindromático do Metodismo refundado por Prospero Alpino no séc. XVII.

Sanatórios, purgatórios

O discurso médico-higienista, a partir dos finais do século XIX, perspectiva os sanatórios dirigidos às classes populares como estabelecimentos hospitalares especializados na prevenção e no tratamento, em regime de isolamento, de potenciais doentes e de doentes pobres das classes laboriosas principalmente afectados por TB³³. Considerando a prevenção como o conjunto de acções que visam controlar certos riscos e evitar as consequências desses riscos, então, a ideia de prevenção implica a existência de riscos certificados e estabelecidos, cuja importância foi socialmente reconhecida, tendo sido objecto de um *pacto* quanto à sua aceitação social e possibilidade de concretização³⁴. Enquanto a prevenção se refere ao controlo dos riscos reconhecidos, a precaução visa limitar os riscos e os danos ainda hipotéticos ou potenciais. A prevenção mantém igualmente relações estreitas com outras formas de intervenção dos poderes públicos, designadamente, o controlo, a vigilância e a repressão. Assim, poderemos falar de *relações de charneira* entre prevenção e repressão, dispositivo preventivo e curativo, de protecção e de reparação. Com efeito, uma charneira pode dilatar-se ou contrair-se. Quando ela se desenvolve, os territórios e as técnicas são distintas, a repressão pode, por exemplo, ser independente da prevenção. Mas as charneiras podem retrair-se, conduzindo a interferências e a um cruzamento das acções. Pode-se questionar, nomeadamente, se a repressão não é por vezes uma dinâmica da prevenção³⁵. As configurações sociais *sanatórios populares*, que se constituem em redor da prevenção e tratamento da TB, são apresentadas pelos discursos dominantes como espaços curativos especializados, moldados pelos saberes e técnicas médicas, que visam, por um lado, solucionar – enquanto problema médico – aquilo que o hospital e o hospício trataram, essencialmente, como um problema de socorro assistencial: a miséria das classes populares; por outro lado, foi o controlo das doenças contagiosas, que privilegiou o isolamento como forma de in-

clusão e de normalização: (...) *a fábrica, a escola, a prisão ou os hospitais têm por objectivo ligar o indivíduo a um processo de produção, de formação ou de correcção dos produtores. Trata-se de garantir a produção, ou os produtores, em função de uma norma determinada. Pode-se, portanto, opor a reclusão do século XVIII, que exclui os indivíduos do círculo social, à reclusão que aparece no século XIX, que tem por função amarrar os indivíduos aos aparelhos de produção, de formação, de reforma ou de correcção dos produtores. Trata-se, pois, de uma inclusão pela exclusão. Eis porque eu oporia a reclusão à sequestração; a reclusão do século XVIII, que tem por função essencial a exclusão dos marginais ou o reforço da marginalidade, e a sequestração do século XIX, que tem por finalidade a inclusão e a normalização (...)*³⁶.

Em 2007, comemorando a passagem de 125 anos da descoberta e identificação por Robert Koch do agente da TB, a *Nature Medicine* publicou um óptimo dossier sobre a doença³⁷. A peste branca, como era conhecida *et pour cause*, é desde cerca do ano 1500 uma doença disseminada na Europa, facto que se explica pela conjugação da urbanização e da miséria... e apenas há 100 anos se espalhou por África (uma população com menor imunorresistência). Hoje mais de um terço (> 1/3) da população mundial está infectada, e cerca de 10% dos indivíduos *atingidos* terão doença activa. Sabendo-se que cada doente não tratado pode infectar entre 10 a 15 novos doentes/ano ter-se-á a medida do problema de Saúde Pública³⁸. Registe-se que se calcula que dos 95% portadores de BK³⁹, cerca 5-10% desenvolverão doença e destes, se bem tratados, apenas (!) cerca de 1% irá desenvolver doença tuberculosa crónica (não entraremos no problema da TB latente que constitui 5% dos casos TB doença)⁴⁰. Estudos com técnicas mais modernas (marcação de DNA) sugerem que cerca de 19-54% dos casos resultam de uma infecção recente e não de reactivação de formas crónicas ou latentes. O conceito clássico de TB como peste branca, o flagelo social das classes perigosas que não poupa *idade, sexo ou*

33. Vide no Apêndice algumas notas sobre a história da gestão pública da TB em Portugal.

34. Cf. Elbaum, 2002, p. 1.

35. E vice-versa. Viet, 2002, pp. 4-5; Ferreira, 2008.

36. Foucault, 2001, p. 1482 (tradução de CMF).

37. AAVV₃, *Nature Medicine*, 2007

38. Segundo o jornal *Notícias Médicas* de 2.04.08, noticiando o *Dia Mundial da TB, 24 de Março*: a TB está há 20 anos a descer em Portugal; a incidência era de 29.9/100.000 em 2006; (> 20/100.000 significa moderada ou alta prevalência; > de 200/100.000 traduz «subdesenvolvimento»); a cifra era de 25.7 em 2007 com 53% dos casos coincidentes com infecção VIH/SIDA.

39. Bacilo de Koch, doravante BK (hoje *Mycobacterium Tuberculosis*, M. Bovis, etc.).

40. Em 1990 registou-se o aparecimento em Nova York de XR-TB (resistente primeiro à Rifampicina e ao INH) e de TB altamente resistente no Estado do Natal, com rápida transmissão epidémica em Clínicas e em Hospitais, reconhecendo-se hoje a existência de uma subpopulação de maior risco, os doentes imuno-deprimidos e os doentes toxicodependentes (população e *comportamento* de risco?).

*posição social*⁴¹, reforça um estereótipo que, nos planos da moral e da história cultural, suscita ainda muita estigmatização e muitas interrogações. A TB é, por conseguinte, uma doença comunicável, associada a um *terreno* marcado pela pobreza; é, insistimos, um trágico flagelo social, resultante da sequência pobreza-incurabilidade-contágio⁴². Segundo Nesse e Williams, *a TB tornou-se epidémica com o início das cidades sobrepovoadas, com elevado número de habitantes em condições de poderem passar mais horas do dia (e da noite) com a família em sua casa*⁴³; a razão é que o BK se transmite por via aérea (aerossóis/fomites) e morre rapidamente quando exposto à luz solar (UV). Paul Farmer, professor em Harvard, no livro que temos citado, *Fleaux Contemporains*, intitula um dos capítulos *Pauvres donc malades: la TB à la fin du siècle XX*: não se pode ser mais claro⁴⁴.

Compreender-se-á por isso que a *questão crucial* epidemiológica, médica, sociológica e política acerca da TB seja a seguinte: dado que a TB é susceptível de tratamento (frequentemente) curativo há mais de 50 anos – para não mencionar a prevenção –, porque é que, ainda, no mundo, a primeira causa de morte entre as doenças infecciosas é a TB? Haverá entre os especialistas (pneumologistas, infecciológicos, epidemiologistas...) alguma discordância acerca deste fracasso: será *culpa* do doente que não adere ao tratamento – prolongado e tóxico – ou do (íamos a dizer do médico!) sistema de saúde e da incúria institucional? A verdade é que se estima que cerca de metade (50%) dos doentes, a nível global, não estão diagnosticados!⁴⁵ Fará, então, algum sentido afirmar que para um país pobre ou fraco em recursos o dilema é escolher entre enfrentar a TB infecção ou enfrentar a TB doença?⁴⁶ Parece, à primeira vista, um falso dilema. Mormente se na polí-

tica de saúde se optar, como se deveria fazer sempre, por dar prioridade aos *cuidados primários*⁴⁷ com forte discriminação positiva sobre os cuidados diferenciados de saúde para os já privilegiados. Miopia? Inteligência? Sem querer entrar na esfera científica estrita (para a qual não somos competentes), referimos apenas outra controvérsia actual em torno da melhor prática (de administração dos fármacos, logo, terapêutica): a primeira opção, inovadora ao tempo, é a consagrada, mas é também a mais paternalista – consiste na Toma Observada Directamente, TB-TOD (DOTS, em inglês) segundo a qual o enfermeiro (ou outro agente responsabilizável) controla *de viso*, presencialmente, a ingestão dos fármacos; a outra opção, já testada com sucesso para os doentes com HIV/SIDA, aposta na capacidade de formação, *empowerment* e responsabilização do próprio doente (e sua família) e na auto-medicação no seu meio ambiente (ambas as opções, claro, sob apoio social e/ou de enfermagem domiciliar ou de dispensário próximo, incluindo a resolução de necessidades básicas, como a fome, o transporte e a consulta local, etc.)⁴⁸.

Mas, a partir de uma perspectiva filosófica, antropológica ou histórica, a *descoberta* mais pregnante é, sem dúvida a estrutura dualista (da espacialização) da TB. Parece-nos, por consequência, pertinente conjecturar que também a oposição conceptual puro/impuro determinou a polaridade da *representação social* da TB: *peste branca* medonha e *mal de vivre* banal⁴⁹.

Ao contrário do que se poderia supor, apenas no séc. XIII, e gradualmente, a percepção pública da lepra veio a alcançar o *status* apocalíptico da peste, tão intensamente expressa na dança macabra ou, quiçá, na subversão carnavalesca⁵⁰. O que, a confirmar-se a hipótese acima desenhada, exprimirá mais uma vez, a permanência nos subter-

41. Ferreira, 2008, respectivamente p.258 e p.236 (cita FA Barral, Mem. Academia Real das Ciências, 1854) TB = doença com fases e tipos: fase de exposição, TB infecção (recente, antiga, indeterminada), TB doença (forma comum/pós-primária/secundária), TB crónica, TB latente (Pina, 2000, p.98), TB extra-pulmonar

42. Ferreira, 2008, pp. 356, 18ff e 369.

43. Nesse, Williams, 1995, p. 64.

44. Farmer, 2006, p. 281; cp. p. 381: *A reprodução social das desigualdades condiciona a persistência da TB; A verdade é que todos os doentes que correm o risco de não seguir os tratamentos – em qualquer país, são os que NÃO os podem seguir*. Cp. in Jaime Pina, 2000, o cap. de M^o Jesus Valente: cap. 43 *TB doença da pobreza e do Subdesenvolvimento* e o de João Carapau: *nas últimas 5 a 6 décadas (...)* a TB (é) sobretudo uma doença dos pobres e socialmente excluídos e, também, cada vez mais dos idosos (p. 95).

45. Farmer, 2006, p. 337

46. João Carapau, in Pina, 2000, p. 115

47. Primários porque primeiros e porque associados à educação e prevenção sanitárias e a um *pacote básico* gratuito e universal.

48. Farmer, 2006. Em geral, segundo a *task force* da OMS (2006), a estratégia terapêutica deverá adoptar programas integrados de combate às duas ou três doenças, TB, frequentemente XR-TB e toxicodépência que pode ainda coexistir com SIDA.

49. Instabilidade estrutural puro/impuro; note-se a afinidade e as sobreposições com as noções *vita quies*, o repouso, e *ars moriendi* da tradição medieval e as doenças da necessidade e doenças do acaso hipocráticas; acerca da oposição degeneração/regeneração vd Miguel Bombarda (Ferreira, 2008, p. 223: Condessa de Rilhas: ANT e reunião da União Nacional em1934, reconfiguração *eugénica* do corpo da nação; sobre a impureza vd Boletim da ANT 1910: *...purificação das creanças linfáticas e escrofulosas da sua herança tóxica*).

50. Conrad, Wujastyk, 2000, p. xv; para uma boa e acessível documentação histórica sobre a lepra vd. o excelente e perturbante estudo de Peter Richards, 2000 (p. 123s, para o ritual religioso de passagem ao desterro). As variantes reclusão/inclusão são, evidentemente, importadas de Foucault.

| Hipótese da dualidade estrutural da Tuberculose | |
|--|---|
| Tísica (perspectiva histórica, até ao séc. XIX) | TB (desde Lænnec e Koch) |
| Doença consumptiva | Doença contagiosa |
| Endógena, terreno, hereditariedade | Exógena, <i>habitus</i> , agente infeccioso |
| <i>poder romântico</i> | poderes medicalizados |
| Ricos | Pobres |
| Significado: repouso (<i>ars moriendi?</i>) | Significado: reclusão, regeneração |
| Figura: <i>mal de vivre</i> | Figura: contágio |
| Modelo: lepra (?); degenerescência | Modelo: peste (branca); castrense (?) |
| Impureza ou tara hereditária (?) | Impureza (ou pecado?) actual |
| Reclusão (inclusão pela exclusão) | Sequestração (ou inclusão e normalização) |

râneos da mente humana do binarismo levy-straussiano⁵¹.

Esta dualidade ou instabilidade parece persistir na ambivalência optimismo/pessimismo ligada aos grandes progressos científicos e técnicos dos nossos dias e aos padrões da tomada de risco (os compassivos que avançam e os temerosos que recuam). E, todavia, o *ethos* médico é audácia, o *periodeuta* faz-se ao caminho, o clínico arrisca. Com, confessemos, alguns bons resultados: a baixa da mortalidade infantil e perinatal, o espectacular progresso da medicina intensiva, o aumento da longevidade, os sucessos da transplantação, da imunologia, das novas terapêuticas anticancerosas, as promessas da medicina regenerativa (células estaminais, etc.)! Há aflorações de *hubris* aqui ou ali? Temos insistido que há um mais grave e generalizado *excesso* negativo: a denegação tonta, acéfala pelos media, pelas Instituições, pela Academia e por profissionais, não do erro, mas do risco e da própria incerteza^{52,53}.

Do poder disciplinar aos dispositivos castrenses

É sabido que Michel Foucault, em várias obras céle-

bres, apresentou um impressionante e inovador aparelho teórico e vasta argumentação factual, principalmente da história da Medicina em França e Inglaterra, explicando a criação na Europa do século XVIII de dispositivos de organização e administração colectiva a uma escala inaudita: o hospital, a escola, o manicómio, a prisão^{54,55}. Traduziam as preocupações com a visibilidade, a vigilância central constante (o *panopticum*), o controlo (médico, etc.) hierárquico, o isolamento estrito (em «doenças» mentais sem

risco de *contágio* e outras situações), e a própria violência física (colete de forças, etc.)^{56,57}. Foucault, em *É preciso defender a sociedade*, definiu o poder disciplinar como um poder *indescritível, injustificável nos termos da teoria da soberania, radicalmente heterogéneo e que deveria ter levado (...) ao desaparecimento desse grande edifício jurídico da soberania*⁵⁸; este poder disciplinar tem por objecto e por instrumentos, respectivamente, as tecnociências do corpo e populacionais e a estatística. Teve, segundo o autor, um efeito estrutural nas sociedades modernas, a biopolítica. A biopolítica releva de dispositivos com funções muito diferentes dos mecanismos reguladores que, nessa população global, com o seu campo aleatório, vão poder estabelecer um equilíbrio e instalar sistemas de segurança⁵⁹: (...) *Não se trata por conseguinte de se conectar a um corpo individual, como faz a disciplina (...) mas de agir por meio de mecanismos globais (...) trata-se de se encarregar da vida, dos processos biológicos do homem-espécie. (...)*⁶⁰.

51. É com algumas reservas e cautelas que submetemos à crítica esta «teoria» dualista (cp. Ferreira, 2008, pp. 7s, 25, 233).

52. Noutro lugar, um de nós (MSM, 2002 e 2003a) tematizou o par constituído pelo *kairos*, «operador» de redução da incerteza e, pela *philia*, «factor» inibidor da indiferença.

53. Cp M.E. Gonçalves et al., 2007; vejamos, sobretudo, os importantes estudos de Helder Raposo (2006) sobre o temor e tremor em torno da incerteza incorrigível em Medicina.

54. Muitos de cunho marcadamente castrense (do regulamento e da vida interna até à arquitectura). Contra algumas hipóteses/teses de história da psiquiatria de Foucault *vd* Gauchet, Swain, 2007. Saliento apenas sobre a genealogia do poder psiquiátrico: o simulador e a simulação já aparecem em Sydenham (*simul, simil*, símio, como paradigma da histeria – a grande imitadora – e do inconsciente) e o problema «quaternário» ou construtivista *crucial* que, para Gauchet e Swain (2007), seria o do lugar da Verdade: «*a ti, que és louco, não ponho a questão da Verdade!*». Questão terrível e, assim dita, intrinsecamente alienante, gravemente reificadora.

55. Minhas (MSM) qualificações; reenvio ao Apêndice; cp. Ferreira, 2008, c.p. 137s.

56. Gauchet, Swain (2007) propõem ainda uma outra questão – *o que é que cura no Hospital?* – e discutem o hospital e o espaço hospitalar desde Pinel e Esquirol e o novo tratamento *moral* da loucura (p.103), considerando que o problema principal é nosológico e etiológico, isto é, anatomopatológico, inaugurado pela investigação da paralisia geral luética, levada a cabo por Bayle, desde 1822 (p.133).

57. Assim se efectuou a grande reificação (da percepção) de muitas perturbações normais, a invenção de diagnósticos e de doenças psiquiátricas e se produziu – porventura desenvolvendo uma política de piedade –, um enorme sofrimento evitável...; Boltansky, 2007.

58. Foucault, 2006 (Curso de 1975-1976), p. 50.

59. Idem, p. 262.

60. Idem.

A este propósito, uma outra conjectura que o estudo do combate à TB em Portugal suscita, e que resulta da atipia e da atopia paradigmáticas do Sanatório de Sant'Ana (a sua precaridade e *polivalência*⁶¹), é a da impotência da burguesia médica (e política) portuguesa em operar justamente essa passagem para tais dispositivos de poder disciplinar, limitando-se a medíocre (na acepção de mediano) domínio, educação e *domesticação* do corpo individual e a moderada *colonização* e punição do corpo social⁶²; ligar-se-á esta mediania, porventura, a virtualidades da *periferia*, a formas de violência (segregação, purificação, opressão, etc.) mais temerosas, porosas, permeáveis e informais? Mais pessoais e menos anónimas?; mais corporativas e menos *colectivas*?⁶³ Com efeito, as notáveis instituições que *foram*, ao tempo, as Misericórdias têm vindo a ser estudadas como realidade singular de uma política (inicialmente renascentista) nacional – hospícios e hospitais, médicos, cirurgiões e boticários, bolsas de estudo e descentralização, uniformização do ensino e legalização das práticas; a dimensão do fenómeno, a sua distribuição geográfica (a *cobertura sanitária*, como hoje diríamos, sistemática do país, aquém e além-mar) parecem inconciliáveis com a generalização e com a validade universal de alguns constructos foucaultianos (de resto, a variadíssimos títulos, fecundas) desde o *grande encarceramento* ao dispositivo^{64,65}.

Analogamente, as doenças quarentenárias tradicionais (as *pestinências*, febres, desinterias e lienterias, ou, na

versão científica actual, a peste, cólera, febre amarela, varíola, tifo exantemático, febre recorrente pedicular, etc.) determinaram, por exigência das Cortes ou dos *homens bons* do povo, medidas restritivas e repressoras, expressão directa, desde a Idade Média (como nos alvares da Medicina grega) de um poder médico *soberano*⁶⁶; como sucede hoje e desde 1976, com as doenças (re-) emergentes, entre elas, a doença da Legionella, do Lyme, a febre hemorrágica do vírus Ebola. Há, sem dúvida, necessidade de se estabelecer, a um nível superior, um Regulamento Sanitário Internacional e uma rede mundial de alerta e intervenção⁶⁷. A vigilância microbiológica e a detecção o mais a montante possível da cadeia de transmissão (os chamados *hot spots*), incluindo a detecção mais difícil de epizootias dos animais selvagens é, putativamente, mandatária para a sobrevivência das mais numerosas às mais pequenas comunidades humanas. O isolamento, a quarentena ou o encarceramento são imperativos em circunstâncias bem determinadas⁶⁸. Este é o campo da normatividade ética médica por excelência. Mas há questões por definir: quando deve o isolamento ser o da fonte ou/e o do portador?; o isolamento deve ser realizado à entrada ou à saída do hospital/região/aeroporto/país?; como fazê-lo sem desvalorizar esses outros bens públicos que são a humanidade, a autonomia, o respeito, a confiança, o segredo, a confidencialidade (é triste ter de repeti-lo em Medicina)?; deve existir, qual deve ser – em estado de crise – a forma de intervenção judicial?; e a das organizações cívicas?⁶⁹

61. Salvaguardando a coragem e a abnegação, tantas vezes chegando, conscientemente, à entrega da própria vida de tantas religiosas que – voluntariamente – cuidavam dos internados, contagiadas pelos doentes com tuberculose activa aberta (Ferreira, 2008). Convém sublinhar o contraste do novo *ethos* higienista com o *ethos* piedoso que o precedeu; a seguinte declaração de Florence Nightingale (uma personalidade extraordinária, verdadeiramente piedosa, valente e generosa) é eloquente: *a hipótese de existir um germe da cólera, se logicamente seguida, deve impedir qualquer relação humana sob risco de doença e morte*. (Aspectos que, mais uma vez, contribuem para justificar a oposição de peste, sistema de inclusão/ lepra, sistema de exclusão; mas veja *reservas* e dúvidas). Vd também o Apêndice.

62. Veja-se argumentação a favor em Ferreira, 2008, p. 411. Consulte-se igualmente Laurinda Abreu et al., 2007, pp.15-76.

63. Para reflexão: «o socialismo foi logo à partida um racismo» (Foucault, 2006, p. 277); Honseth, 2007.

64. Remetemos para o que dissemos antes sobre o sistema das Misericórdias e L. Abreu, 2007, 2009; acerca da *Situação de Periferia* cf Nunes, Gonçalves, 2001.

65. Vd Ferreira, 2008, pp. 219, 224: «praticamente todas as bases do nosso Sistema de Saúde actual foram criadas nos anos 40» (cita-se Graça Carapinheiro).

66. Sobre os *Mestres da Verdade* gregos vd a lição de Lloyd (2003, pp.57,120ss) que integra os estudos originais e polémicos de Detienne; *cum granum salis*, sobre Portugal vd as obras canónicas de M. Lemos, 1991 e J. Pina, 2000 e, sobretudo, a investigação fina e escrupulosa de Roque, 1979; sobre o valor epistémico do poder soberano, da glória e... da vanglória, vd Gil 2000.

67. Schwartz, Rodhain, 2008.

68. E/ou o abate do reservatório; em Hong-Kong, em poucos dias, abateram-se 1,5 milhões de galináceos, evitando assim o risco eminente de transmissão e de pandemia humana; os casos humanos de gripe H5N1 contaram-se por 1 ou 2 dígitos; Lo, Katz, 2005; ACIP, 2006; AAVV.

69. Há necessidade, evidentemente, de normas pré-definidas, *guidelines*, cientificamente reconhecidas e democraticamente validadas. Há que considerar os diferentes tipos de privacidade e a salvaguarda do segredo profissional, um bem público; há que assegurar garantias da confidencialidade e anonimização ou, pelo contrário, que as suprimir temporariamente? Tal decisão terá efeitos na traçabilidade da infecção ou na selecção das modalidades adequadas de blindagem e desblindagem de dados pessoais; aqui há que prever conflitos potenciais entre as CES (Comissões de Ética para a Saúde) e instâncias administrativas, jurídicas, etc. Por outro lado, no plano estritamente jurídico, estão implicados valores e direitos garantidos pelo art. 27,3 da Constituição e regimes legais constantes no Dec. de 27-01-95 sobre doenças transmissíveis, no Dec. Regulamentar de 3-95 e na Portaria 1071/98 de 3-12 (a que tornou a infecção VIH/SIDA de declaração obrigatória), etc. O regime legal que regula estas matérias – a Lei n.º 2036 de 1949 – requer, como é amplamente reconhecido, revisão. Vd Rueff, 2004, 2006.

Forças Tectónicas, Objectos Escatológicos

A Arqueologia dos regimentos proveitosos contra as pestenenças

Os primatas (e não apenas estes mamíferos), como dissemos, sentem uma repugnância visceral pela imundície, *instinto* que terá evoluído para o *grooming* e para a aversão dos grupos humanos à impureza, à podridão, à sujidade, à promiscuidade, para o nascimento da higiene individual e, muito mais tarde, para a higiene pública e a lei da salubridade; de algumas décadas para cá foi a tardia re-descoberta ecológica da paisagem e do ambiente pelos Poderes⁷⁰. No plano do indivíduo, essa *katharsis*, essa preferência sensorial, esse sentimento estético (de *aisthesis*), ter-se-á transformado na matriz bipolar anaclítica/introjectiva das estruturas personalidade⁷¹ e, numa imprevisível intussuspecção, ter-se-á dividido a nível do *conatus* e da decisão, na *krisis* (que significa julgamento, decisão, sentença, crise, fase crítica da doença) e da captação do *kairós* (que significa boa ocasião, justa medida, instante, oportunidade)⁷². Estes últimos são operadores fundacionais, essenciais, da arte da decisão médica. Mas esse médico, o circunspecto filantropo e o sereno *inventor occasionis*⁷³, não se terá desvanecido, *como à beira do mar um rosto de areia* (Foucault), vítima das suas metáforas bélicas, das evacuações que fez, das quarentenas, dos cordões sanitários e dos estados de sítio que *impôs*, descurando o seu doente, o seu dever e... a verdade – o desconhecimento, o medo, a incerteza, a intolerância, os *auto-anticorpos* – numa palavra, envenenado pela sua própria doutrina?

Na esteira da polémica, no séc. XVIII, em torno da vacinação antivariólica, a Europa do século XIX assiste às

descobertas da Microbiologia e, superados os trágicos conflitos académicos e clínicos sobre a anti-sepsia⁷⁴, acolhe a teoria da prova e da causalidade de Koch. Os conhecidos postulados da etiopatogenia que o grande émulo de Pasteur determinou são quatro: (i) o agente microbiano (o BK, por exemplo) encontra-se invariavelmente na lesão/organismo afectado; (ii) a inoculação do agente (no animal experimental) determina a doença homóloga nesse organismo; (iii) a histopatologia do órgão é específica e (iv) permite a recuperação do agente causal na própria lesão tecidual⁷⁵. Tendo presente o *moto* de Virchow – *O médico deve ser o advogado dos pobres* – para caracterizar a estrutura fina do que temos designado *espacialização quaternária*, começaremos por apresentar a sua classificação das epidemias (segundo a injunção do Durkheim das Regras do Método Sociológico)⁷⁶: *Para compreender a maneira como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, é a natureza da sociedade, e não a dos particulares, que devemos considerar:*

| Classificação de Virchow das Epidemias | |
|---|-------------------------------------|
| Naturais | Artificiais |
| Clima; higiene Disenteria, paludismo | Social Tifo, cólera, TB clássica |

Trata-se de uma classificação vocacionada para afrontar as implicações e os imperativos da Questão Social e da Saúde Pública novecentistas. Corresponde ao enorme desenvolvimento das Estatísticas Sociais, à invenção da *mortalidade*, da Epidemiologia, da Medicina Social e ao fenómeno cultural conhecido por Higienismo⁷⁷. Política-

70. Haidt et al, 2004; Cf, para a historiografia portuguesa, Roque, 1979; não devemos esquecer Ribeiro Sanches e o seu *Tratado de Conservação da Saúde dos Povos* de 1756 – para que conste: (...) *Tres graos conhecemos de podridão. Alteração, podridão e corrupção. A alteração he o primeiro grao da destruição de qualquer corpo (...) A podridão he o segundo; hum corpo vivente ou vegetal podre perdeo a vitalidade mas não está corrupto; a corrupção pressupõe a destruição da forma, e a geração de outra.* (...) Sanches, ed. 1966, p. 173 (actualizamos parcialmente a grafia).

71. Freud, 1956; Sidney Blatt, 2008.

72. Como dissemos antes, em Marques, 2002, 2003a estuda-se a *krisis* e o *kairós* seguindo indicações de F. Gil, J. Trindade dos Santos e Geoffrey Lloyd ; cp. Pigeaud, 2007, p. 45.

73. Como diz Huarte de San Juan no primeiro estudo, de que há notícia, da psicologia vocacional das profissões.

74. Recordamos o combate pessoal de Semmelweiss contra a sepsis puerperal (descrito pelo jovem Celine, na sua dissertação de licenciatura), sepsis que reclamava então a vida de 1 em cada 3 ou 4 mães (atingindo, por razões que ele descobriu, com maior incidência as parturientes da Viena burguesa).

75. Os postulados de Koch foram, nos anos 50 do século XX, revistos por Bradford-Hill, o *pai* dos *Ensaios Clínicos Aleatorizados* (isto é, estatística e cientificamente desenhados) em Medicina, inaugurados, aliás, justamente, na terapêutica da TB com a Estreptomina, fundando a chamada Medicina Baseada na Prova (*Evidence-based Medicine*).

76. Sournia, 1997, p. 21s; cp Ferreira, 2008, p. 213s.

77. A consciência focalizada na questão social, e a sua articulação com uma tecnologia de intervenção sobre as populações, desenvolvida em torno da estatística social, constituem os elementos fundamentais do Higienismo. De um lado, uma tecnologia que se manifesta simultaneamente na medida da saúde e nas medidas de saúde expressas em inúmeros relatórios e tratados. Do outro, as intervenções dos higienistas, de uma maneira geral, incidem sobre um problema central: a miséria material e moral das classes populares. Como resposta a este problema, o Higienismo promoveu reformas de organização social e medidas de higiene que visaram a moralização das classes perigosas e recolocá-las na «normalidade» social. Estes dois factos estruturais associados a um acontecimento circunstancial, a epidemia de cólera que atingiu a Europa na década de 1830, estiveram na génese do Higienismo como configuração histórica singular (Cf. Fassin, 2001); a este respeito as investigações de Ian Hacking (1979, 1990) são incontornáveis; cp a notável lição de F. Gil sobre a «ordem móbil» (Gil, 2005, pp. 273ff).

mente inaugura a gestão social científica da doença e a medicalização no sentido moderno (talvez experimentada primeiro nas Colónias, quer na protecção dos emigrantes quer dos naturais contra as doenças endémicas – malária, doença do sono, etc. –, quer epidémicas – peste, tifo, cólera, febre tifóide, etc.). O que faz supor a heterogeneidade e a descontinuidade entre fenómenos de contágio e mecanismos de transmissão das doenças comunicáveis (na expressão anglo-saxónica)⁷⁸. Tal assimetria contágio/transmissão, parece-nos reflectida na classificação evolucionista das epidemias proposta por Nesse e Williams⁷⁹:

| Epidemias (Nesse e Williams) | |
|---|---|
| Menos virulentas | Mais virulentas |
| Por contacto pessoal Ex: sepsis puerperal (Staph A) | Por vector Ex: cólera (águas poluídas/ «vector cultural») |

Assinalámos antes um facto consensual entre os peritos da OMS: a TB é uma emergência a nível mundial; flagelo social e doença comunicável infecto-contagiosa⁸⁰, é uma doença da pobreza; já em 1902, no Congresso contra a TB, um prestigiado médico republicano, Miguel Bombarda, descrevia a TB como doença social mas qualificadamente: *uma acusação exclusiva às condições de miséria nos bairros pobres era um excesso*⁸¹. E concluímos que, hoje como ontem, na TB pulmonar, *todos os esforços devem ser canalizados para o estudo dos contactos domiciliários e sociais do doente*; pelo contrário, na TB extra-pulmonar, *o rastreio dos contactos ocasionais e dos contactos do adulto não são rentáveis*⁸². Já nas formas multi-resistentes de TB (XR-TB, XDR-TB) – das quais cerca de 10% são nosocomiais (isto é, transmitidas e apanhadas em ambiente hospitalar, e, em geral, pelo próprio pessoal de saúde)⁸³, – não se podem descurar os contactos próximos ou não, constituindo um gravíssimo problema emergente de saúde pública⁸⁴. Como é público, confrontamo-nos aqui,

enquanto comunidade e enquanto profissionais, com áridos conflitos entre responsabilidades e deveres do profissional (respeitar, proteger e tratar o seu doente, etc.) e do indivíduo doente (*cuidar-se*, proteger os outros, não disseminar uma infecção transmissível) que podem entrar em choque (em questão a aliança terapêutica, a inviolabilidade do segredo profissional, o internamento e o tratamento compulsivos); apesar de tudo, o que mais impressiona é a omissão das autoridades políticas (de saúde) e dos directores dos serviços hospitalares face a riscos muito reais: a propagação da XR-TB nas enfermarias, em casa, nos transportes, na rua. Aqui o maior mal e perigo colectivo é, também, parece-nos, a denegação ou a irrealização.

Para atingirmos um nível de *especialização* superior, mais exigente, a bioética (que, como vemos, em Saúde Pública se conjuga com a biopolítica) propomos que se fixe no horizonte a definição de ética de Paul Ricoeur: busca de uma vida sã com e para os outros em *instituições justas (la visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes)*⁸⁵. Hoje, ponderadas as implicações do respeito pelos princípios da autonomia, da não maleficência, da beneficência e da equidade (contraditórios e conflituais neste contexto), se acatarmos os foros científico, político e jurídico (a necessidade de suspensão de *direitos e garantias individuais* em nome do bem comum), a deliberação exige, no mínimo, à partida:

a) a identificação das particularidades doenças transmissíveis *versus* doenças contagiosas, os diversos tipos de epidemias, de endemias e de pandemias, a sua dinâmica, etc.; b) a separação do conceito *conduta* de risco *versus* conceito de *grupo* de risco (quando indicada); a conceptualização correcta de situações de vigilância, identificação e traçabilidade de casos, da imposição de exames e tratamentos, da vacinação, da quarentena, do isolamento (tipologia; isolar a fonte e/ou o portador, etc.), da emergência de saúde pública, da catástrofe, de *defesa civil*, etc.; c) face às pandemias e à escassez de recursos e bens, a instituição de e a obediência a uma entidade tipo Sistema

78. Pelling, 1993; Ferreira, 2008, pp. 564.

79. Nesse, Williams, 1995, pp. 59, 60. É de notar que esta classificação não se aplicaria à gripe que, segundo a estirpe e a imunidade – natural ou vacinal – do hospedeiro humano, algumas vezes pode ser muito, e outras pode ser pouco, virulenta.

80. Há que separar as formas pulmonares (com fases abertas, bacilíferas e contagiosas) das formas extra-pulmonares muito menos contagiosas (mal de Pott, TB intestinal, etc.). Vd também o § 2.2.

81. Ferreira, 2008, pp.246-7.

82. A. Antunes, in Pina, 2000, p. 62.

83. Hoje, obviamente, graças às facilidades de deslocação, podem ser contraídas em qualquer parte do globo.

84. Farmer, 2006, p. 405.

85. Registem-se os fantasmas, as traições e os vergonhosos casos de cobardia por parte de alguns profissionais quando se desencadeou a infecção VIH/SIDA; e, ainda hoje, a exploração, a violência (exercida de várias formas e por alguns, desde médicos a prestadores de cuidados pessoais e a bombeiros) sobre doentes porque são sós, idosos, pobres, indefesos – só não vê quem não quer; mas o que esperavam se não quiseram implantar (como fizeram os médicos e governantes espanhóis) estruturas de formação bioética e de garantia de qualidade?

Nacional de Vigilância Epidemiológica, com competência pericial, poderes democráticos de representação e independência político partidária⁸⁶.

Esta entidade deverá saber equacionar e assumir a incerteza, os diferentes perigos e os diversos níveis e modalidades de risco. Decorrem daqui implicações para as áreas de intersecção da ética, com a avaliação e gestão do risco (*risk assessment*) e com a esfera da biopolítica, a principal das quais é a da Justiça local: há que efectuar algum tipo de discriminação positiva?; e como assumir na prática que diferentes actores possam ter princípios de alocação divergentes?; que fazer da (in)consistência entre critérios de alocação de recursos e a efectiva utilização?; como dar vida ao reconhecimento de que os juízos acerca da justiça se reclamam de uma pluralidade de critérios (nas sociedades complexas e pluralistas: divergências de valores, de *standards* de saúde, de compensações, de custos, de efectividades, etc.)?; como tolerar (ou não) e como justificar em situações de crise que diferentes actores subscresvam e sigam diferentes princípios, designadamente os referentes à confidencialidade e à privacidade? Em conformidade, o elenco das intervenções em Ética da Saúde Pública é heterogéneo, complexo e exigente e começa por impor a demonstração (científica) de que a intervenção é efectiva e necessária. Esta é, muitas vezes, difícil ou impossível *ex ante* – lembremos os gastos de muitos Estados com *Tamiflu*, um antiretroviral supostamente eficaz contra o **H5N1** ou os putativos excessos cometidos no abate de gado bovino em Inglaterra quando da crise da BSE. Para não nos alongarmos mais, mencionamos apenas que haverá ainda que prever procedimentos adequados de investigação (epidemiológica e da qualidade) e mecanismos *no terreno* para a resolução do contencioso e/ou de recurso legal para instâncias superiores⁸⁷.

O contágio como ideologia dominante

É surpreendente a ausência na Medicina Grega de tematização e de termo para o conceito técnico actual de contágio⁸⁸. Mas certamente que o contacto e a transmissão do *mal* (*nosos*) de uma pessoa/animal a outra pessoa/animal, tal como as metáforas fundadoras da pureza e da

impureza (ou *miasma*) existiram e emigraram para o latim e para o árabe; o mesmo aconteceu com os campos semânticos de fármaco e... com a própria percepção da peste e da lepra para a e na Europa Medieval. Kuriyama mostrou que desde o *loimou spermata* – as sementes pestíferas – através dos medos, dos miasmas, dos ares corruptos até aos *monstros microscópicos*, o pensamento Europeu sobre as epidemias esteve sempre dominado pela imagem da putrefacção⁸⁹. No seu clássico *La Violence et le Sacré*, René Girard, concluiu que (...) *a influência que conduziu do katharma humano à katharsis médica é paralela à que conduziu do pharmakos humano ao pharmakon que significa quer veneno, quer remédio. Em ambos os casos passou-se da vítima expiatória, ou antes do seu representante, à droga ambivalente (...) por transposição física da dualidade sagrada (...)*⁹⁰. O controlo da escalada de violência – unanimidade, mimesis colectiva, contágio, *katharsis* – mostra a ausência de fronteiras estanques entre (para dizer como os *fisiologistas* franceses) o físico e o moral: a purificação liga contágio e imitação a cura e penitência. O controlo da violência mimética exigiu, em geral, a figura externa do tirano, que, recorde-se (como Leo Strauss mostrou), segundo os antigos tanto podia curar o mal do corpo social como agravá-lo matando, com o remédio, a comunidade *doente*: nem sempre as políticas de piedade são desejáveis ou bem vindas.

Reiteramos que por doença contagiosa entenderemos (convencionalmente) a infecção que se transmite e propaga independentemente da vontade e comportamento dos portadores e/ou transmissores, tipicamente a salmonelose, a cólera ou a gripe. Opõe-se, assim, a doença transmissível, cuja propagação *pode* ser condicionada ou limitada pela conduta do sujeito portador, colonizado ou infectado, por exemplo, doenças nosocomiais, a infecção VIH/SIDA, a TB bacilífera diagnosticada. Como é notório, uma epidemia ou endemia causada por uma doença comunicável ou infecciosa de fácil disseminação pode ser muito difícil de detectar precocemente, de rastrear, de diagnosticar e de controlar, podendo obrigar – em nome do bem comum e do princípio da precaução – a restringir direitos individuais fundamentais, ao estabelecimento de quarentenas, à imposição de medidas profilácticas ou terapêuticas ou à vi-

86. Nada disto é possível sem Justiça oportuna, digna, *cega*, acessível (cauta, precavida e preventiva).

87. Exemplo de outros constrangimentos: obter uma distribuição equitativa e transparente dos meios e recursos disponíveis; permitir que o clínico ou médico assistente (de família, etc.) continue a ser «advogado» do doente/pessoa na base fiduciária ou de lealdade; reconhecer a existência e inevitabilidade de conflitos de competências, de hierarquias, de deveres e de obrigações; estipular que perante emergências ou catástrofes de saúde pública o clínico se deve subordinar às orientações dos delegados de saúde pública.

88. Parker, 1996, p. 218s; Conrad, Wujastyk, 2000, p. xv.

89. Kuriyama, 2000, p. 17; mas compare-se a lição de Nutton, 2000.

90. Girard, 1972, p. 60s (minha tradução); vd também, Girard, 2002.

olação do princípio da equidade. Em regime de globalização, em sociedades abertas e em tempo de incerteza, nas verdadeiras crises ou nas grandes catástrofes, os recursos são *sempre* insuficientes. Esta é uma razão mais para que as responsabilidades e decisões dos intervenientes devam ser claras, registadas/escritas, publicamente escrutinadas e monitorizadas. Naturalmente, as ciências clínicas (em especial a medicina geral e familiar) estão na primeira linha da defesa da saúde e da prevenção da doença das populações mais vulneráveis, da assistência aos doentes e do combate à doença: por vocação e formação as ciências clínicas conjugam-se mal com medidas administrativas e policiais, mas cabe-lhes certamente a prevenção e controlo das doenças comunicáveis, o que deverá incluir (segundo alguns só a elas), também, a missão da *deteção precoce* dos casos humanos.

O que é menos óbvio e menos referido pelas autoridades e pelos especialistas, é a questão filosófica (e política) central acerca do contágio, a saber, como é que actuam as influências culturais – científicas, médicas ou societárias –, que *motivam a formação, a aceitação e a persistência de uma determinada teoria do contágio* numa sociedade concreta?⁹¹ A resposta, que é epistemológica e histórico-antropológica, passará, cremos, pela distinção, à maneira de Foucault, entre:

(i) o miasma, o medo, a culpa, o *ar peçonhento*, o isolamento, o sanatório (a recordar a doença da necessidade dos hipocráticos, por contraste com a doença do acaso) (contexto); (ii) o discurso do miasma, do contágio, da pestinência (a peste branca, a TB, a gripe), do ostracismo, da exclusão, do pecado, da cura, da penitência (o texto).

O que está em causa é a cons-

trução social da teoria da culpabilização do Outro pelo espalhar – propagação e transmissão – das doenças que *se pegam* real ou imaginariamente. É a ideologia do contágio. Trata-se de contrastes e oposições que se efectivaram e realizam em instituições formais (na TB, um bom objecto de investigação é vimo-lo, *o Sanatório*, instituição total⁹²) e que se exprimem, natural e espontaneamente, numa percepção reificante⁹³. Talvez que a consequência empírica (e o traço originário?) mais inesperado, segundo a perspectiva clínica, seja a disjunção contágio/transmissão^{94,95}:

Notar-se-á a *contradição* parcial com o Quadro anterior da dualidade da TB que poderá ser explicado pela emergência dos conhecimentos microbiológicos.

Em resumo: a medicalização pode ser vista como um processo de formalização, isto é, um modo de redefinição, de reinterpretação da realidade e de reclassificação dos seus elementos centrada no aumento da capacidade de direcção, possibilitando a extensão do campo de acção das instituições de saúde modernas.⁹⁶ A formalização, ao basear-se no *método* de classificação, lista, ordena e cataloga determinados fenómenos da realidade atribuindo-lhes uma expressão linguística, exigindo a construção de conceitos que representam determinados aspectos do mundo. Através das tarefas de classificação estabelecem-se as normas de inclusão e exclusão e estruturam-se possibi-

| Paradoxo da disjunção contágio/transmissão | |
|--|--|
| Modelo da Peste | Modelo da Lepra |
| Sistema de Inclusão total (cordão sanitário) | Sistema de Exclusão |
| <i>Esquemas disciplinares</i> | Morte civil do sujeito (doente) |
| Mediação: transmissão/miasma | Mediação: contágio/contacto (<i>cum tangere</i>) |
| Metáfora: corrupção/expiação colectiva (?) | Metáfora: <i>podridão</i> (?) |
| Menos impuro? | Mais impuro? |
| Morte mórbida? | Morte <i>macabra</i> ? |
| ~ TB <i>comum</i> , <i>Thyphus</i> , caquexia? | ~ TB multiresistente, XRL-/XL-TB? |

91. Conrad, Wujastyk, 2000, p. xvi.

92. Ferreira, 2008, pp. 335 n.666 (compare-se a instituição sanatorial com o manicómio – o H.Júlio de Matos e o modelo «carcerário» de «produção de cuidados»; no Sanatório havia limites à custódia: possibilidade de alta a pedido (p.343); cp Pigeaud, 2006. Da minha (MSM) experiência vivida (se me é consentido) comparem-se: (i) a passagem do «pavilhão da morte» do IPO a pavilhão de Oncologia Médica e os sucessos de medicalização da luta anti-cancro; (ii) a (des)medicalização da produção da «ordem psiquiátrica» e a alternativa psicanalítica.

93. Honseth, 2007, p. 84; cp. Apêndice.

94. Vide Ferreira, 2008, pp. 193, 564 (paradoxo da disjunção contágio/transmissão), p. 137 (sistema de inclusão, esquemas disciplinares); pp.188 (peste), p. 247n536 (surto de Peste do Porto; ref Ricardo Jorge, teoria da degenerescência moral... como factor de expansão da TB, in Miguel Bombarda, Actas do 3º Congresso da Liga Nacional de Luta contra a Tuberculose de 1904, 1907).

95. Disjunção que, conceptual e etimologicamente, parece contraditória e que a realidade prática vai denegar (como demonstrado na tragédia de Filocteto): para o ostracizado tal paradoxo teórico é inexistente. Quanto à oposição morte mórbida/morte macabra cp Foucault, 1990, p.201. É oportuno recordar a distinção operada por Ribeiro Sanches atrás mencionada acerca dos efeitos sobre os seres vivos dos maus «ares, águas e lugares»: sucessivamente, estados de alteração, podridão e corrupção (esta na aceção aristotélica).

96. Wagner, 1997, pp. 67ff. Peter Wagner utiliza este conceito com um sentido próximo da ideia de racionalização de Weber: é possível dominar o mundo através do cálculo.

lidades de acção⁹⁷. A formalização significa que apenas os fenómenos, as realidades-problema que se podem expressar numa linguagem médica e que assim se expressam de facto, têm legitimidade, por um lado, para serem definidos como «problemas médicos» e, por outro, para serem objecto de intervenção para a sua resolução. A pulsão de redefinição e a percepção reificante da realidade dos seus elementos é inevitável; visando a comunicação e o controlo viabiliza a extensão do campo de acção das ideologias médicas modernas de modo *institucional*, isto é, convertendo a acção, em acto médico (ou para-médico) total, em facto social objectivo total. Pelo caminho esmaga, apaga, o nome, o sentido, o individual, a possibilidade de *philia*: alguns autores já nos haviam alertado para a inversão ideológica do canon: (...) *le médecin, pour se pasteurizer doit abandoner son malade* (...); (...) *La maladie n'est plus un malheur privé, c'est un attente à l'ordre publique* (...) ⁹⁸.

Riscos

A pandemia de gripe

Iremos aprofundar alguns conceitos e algumas dificuldades normativas e práticas a partir de um perigo bem visível, o de uma pandemia causada pelo vírus da influenza A H5N1 (agente da grave panzootia de gripe aviária em curso) ou por outra estirpe (ou outra calamidade pública) de risco e, neste caso, de perigo, equivalente⁹⁹. Corresponde a introduzir sobre o *espaço quaternário* da Saúde Pública o *risco*, a *ameaça* de uma catástrofe dificilmente imaginável: um novo Chernobyl? A pandemia a H5N1, será, se e quando ocorrer, a não existirem vacinas específicas ou medicamentos novos anti-virais verdadeiramente eficazes, um outro *tsunami* que poderá *varrer dezenas* ou *centenas de milhões* de vidas por todo o mundo em pouco tempo¹⁰⁰. Como tal é de prever, não apenas a ocorrência de um horrendo alarme público com reacções colectivas de pânico, mas também falhas de comunicação e tecnocientí-

ficas, dificuldades graves de governação, violação das boas práticas (clínicas, etc.), enfim, as perturbações da ordem cívica que Tucídides viveu durante a peste de Atenas (aliás, provavelmente, uma grave epidemia de gripe, numa população não imunizada!); ninguém se reconhecerá e muitos perderão a honra e o nome, não mais conseguindo separar a piedade da impiedade¹⁰¹. Haverá então que saber exercer o poder e resolver problemas clínicos e técnicos e dilemas éticos e deontológicos tremendos; importará proporcionar meios e métodos de identificar, equacionar e/ou hierarquizar (nas várias escalas e dimensões), por exemplo:

a determinação das consequências políticas e pragmáticas do princípio de precaução; as tensões entre éticas não-normativas e normativas e, destas, entre normatividades morais, jurídicas, administrativas, regulamentares, técnicas (*guidelines*), etc; os antagonismos entre defesa do interesse público e dos *direitos* individuais – nomeadamente no caso de medidas de isolamento, quarentena, custódia, etc.; a pré-definição dos estados e planos de *prontidão* e não de simples contingência; a equidade na distribuição e racionamento de socorros sempre limitados¹⁰²; os tipos de legitimação e de contencioso a garantir durante e/ou após a emergência ou a catástrofe?; as situações de dupla obrigação funcional ou de deveres profissionais conflituais... e, *last but not least*; os critérios de definição político-constitucional, administrativa e/ou científica de Urgência de Saúde Pública, de Estado de Calamidade Pública¹⁰³.

Na prática algumas normas de conduta médica estão consensualizadas. As seguintes circunstâncias (muito genericamente) devem gerar suspeitas de gripe aviária: trabalho em ou viagem recente a área geográfica afectada; contacto próximo com casos humanos confirmados e quadro clínico de gripe fora da estação. Quanto às recomendações de carácter preventivo é aconselhada a vacinação universal do pessoal sanitário que será obrigatória peran-

97. Wagner, *idem*, pp. 68-70. O conceito de formalização aplica-se ao processo de extensão da modernidade, ou seja, a um conjunto de transformações sociais que reinserem os indivíduos numa nova ordem alcançada não apenas através de uma crescente formalização mas, também, da sua convencionalização e homogeneização. A convencionalização é um meio para reduzir a incerteza mediante a limitação da variação dos acontecimentos, as acções e as interpretações que podem produzir-se. Trata-se de um esforço colectivo para construir um mundo social controlável. Um dos seus aspectos é aumentar a possibilidade de compreender o mundo social mediante a categorização dos fenómenos da sociedade. Outro, consiste em impor a toda a sociedade o uso destas classificações. Não se pode aumentar a possibilidade de controlo enquanto grupos relevantes operarem com definições divergentes de importantes fenómenos sociais. A homogeneização privilegia equivocar o diferente, impor a ordem e eliminar a ambivalência em nome da razão e por meio do controlo burocrático.

98. Latour, 2001, respectivamente pp. 194 e 196; Schramm, 1996.

99. AAVV₅, 2006 (sobre a *Influenza*); Derenne, Bricaire, 2006; AAVV₄, *NEJM*, 2008

100. A título comparativo: a pandemia de gripe espanhola de 1918 ceifou a vida de 40 milhões de pessoas de todas as idades, a «asiática» de 1957 e a de Hong Kong de 1968 cerca de 4,5 milhões de idosos cada uma (in Ganter, 2007).

101. Tucídides, *A Guerra do Peloponeso* (2.53) (vd exergo).

102. Por exemplo o racionamento de vacinas (vd o debate em Silverstein, 2006 e ACIP, 2006).

103. E, noutro plano, de determinação e declaração de Estado de Sítio ou de Estado de Excepção (veja-se Ryan, Glarum, 2008 e Fessler, 2009).

te a eventualidade de uma pandemia; a vacina com vírus vivo atenuado (LAIV) nas escolas é uma boa estratégia de prevenção da disseminação pelas crianças e de redução da hospitalização¹⁰⁴; quanto à quimioprofilaxia (com oseltamivir, o *Tamiflu*, ou o zanamivir) está aconselhada em meio institucional (para o *staff* se > 2 semanas após vacinação), imediatamente após-exposição, etc. Alguns autores defenderam que a luta contra pandemia gripal pode e deve ser uma oportunidade de promover a educação para a saúde (nos campos, designadamente) e pode e deve ser uma «alavanca» *contra* a exclusão social¹⁰⁵.

Como conjugar aqueles valores e estes procedimentos com o princípio da responsabilidade pessoal e política dos sujeitos morais envolvidos (mormente em exercício de funções públicas ou de actividades privadas contractualizadas, por exemplo, para o diagnóstico *laboratorial* precoce...)? E com a aplicação *local, concreta*, do princípio da precaução? Que tipos de conflitos de lealdade, de obediência, de deveres são previsíveis? Qual o papel da supervisão (Organismos Internacionais, Entidades Reguladoras, Observatórios da Saúde, etc.) e da intervenção de entidades independentes (Ordens, Sindicatos, ONGs, etc.) nas tomadas *concretas* de decisão política ou técnica? Quem exerce a necessária vigilância epidemiológica? Quem é responsável pelo desenho e pela *aplicação* de planos de contingência? Como garantir a sua optimalidade, operacionalidade e funcionalidade face às incertezas da crise? Qual a sua capacidade de resistência à captura pelo poder local, público ou sectário, e ao confisco particular, privado ou individual?¹⁰⁶

A medicalização do risco

A origem plausível do conceito de risco é interessante: seria o *escolho* que o navio enfrenta antes de chegar ao porto; liga-se ao conceito de *kibernetiké*¹⁰⁷. O risco é um conceito central em saúde pública e em epidemiologia. Refere primeiramente a probabilidade de ocorrência de determinado (tipo de) problema de saúde: desde a infecção nosocomial à gravidez «de risco» (passe o pleonas-

mo), desde a morte (ou a incapacidade) por acidente rodoviário à toxicod dependência por «contágio» e imitação. Na análise estatística antecedente/consequente, a principal medida de correlação ou associação é o risco relativo: indica a relação entre a taxa de incidência em indivíduos expostos (ao factor de risco) e a taxa de incidência nos indivíduos não expostos dessa população. O risco não se refere apenas ao conhecimento de uma patologia, da sua transmissão e da sua evolução. É, como dissemos, inevitavelmente, uma categoria necessária para a gestão de políticas públicas de saúde, condicionando as representações sociais do risco – as representações das incertezas, dos perigos, das ameaças a que os indivíduos estão ou se sentem expostos –, pelas determinações, classificações, identificações e projecções que opera¹⁰⁸. Como todo o valor numérico da probabilidade, como todo o valor estatístico, o risco apenas tem *significado* se aplicado a uma população; Keynes disse, com efeito, que a probabilidade é cega ao individual. Em contrapartida, o conceito de factor de risco refere-se – é dirigido – a um indivíduo e designa tanto uma característica genética, molecular ou outra, como um comportamento individual ou um estilo de vida, associado à presença de um problema de saúde, à propensão para uma doença. Passando do registo dos atributos susceptíveis de explicar um facto de saúde ao registo de identidade social, as características comportamentais ou de estilo de vida transformam-se facilmente em noções de condutas de risco e de grupos de risco. Passando do campo do conhecimento epidemiológico para o de intervenção de saúde, o risco torna-se assim um *marcador* social, instrumento de estigmatização, de ostracização¹⁰⁹.

Face à profundidade e rapidez dos avanços científicos e tecnológicos, impõe-se perguntar se, e de que forma, a ordem natural (e o naturalismo médico e filosófico) condicionam e enviezam a percepção do outro e do possível (a percepção do risco e do perigo, o outro como próximo, hóspede, anónimo ou hostil) e a percepção do mesmo e do necessário (o narcisismo, a mimese, a ordem, a força)¹¹⁰. Diz-se com argumentos teóricos e com dados

104. AAVV₄, 2008, ACIP, 2007, AAVV₅, 2006.

105. Ameisen, 2007.

106. Num parecer sobre o «Projecto de uma Lei de Bases para a Prevenção e Controlo de Doenças Transmissíveis», solicitado pelo Presidente da Academia Medicina, Professor João Lobo Antunes e entregue em 14-03-2007 ao Presidente, um de nós (MSM) tentou dar resposta a estas perguntas num trabalho de intenção mais crítica e prudencial (e de conteúdo menos filosófico e menos histórico).

107. Que deu cibernética e governo, originariamente a arte de pilotar, a metáfora típica do autor hipocrático para o bom clínico, aquele que evitando os escolhos, sabe governar a doença e trazer o doente de retorno à saúde.

108. Calvez, 2001, pp. 130-131; q.v.

109. Idem, p. 131.

110. Vd um estudo empírico em Gonçalves et al., 2007 (as especulações interpretativas das conclusões mereceriam comentário crítico mais detalhado que aqui infelizmente não cabe; fica a impressão de um excesso da neutralidade metodológica em lugar da admissão aberta e a discussão argumentativa dos conflitos de interesse e de valores entre diversas escalas/regimes de bem comum).

empíricos que, cada vez mais, o campo médico submerge a cultura e a sociedade e que a ideia de natureza – e a autoridade que transporta – nos faz conceber de diferentes maneiras o *ser humano*, experimentar melhorá-lo e, até, cair na tentação de recriá-lo¹¹¹. Sobra algum escrúpulo, há ainda lugar para a responsabilidade social do médico, seja ele generalista, clínico, investigador ou cientista? E do técnico? Como fixar, sem falsos consensos, os caminhos e, até, os limites da Medicina tecnocientífica a não ser com profissionalismo, transparência, exposição pública, auto-regulação profissional¹¹²? Que, aliás, são a condição *sine qua non* de confiança nas Instituições e nos seus representantes¹¹³. Dissemos que uma das questões principais a que responde o locutor (aqui o médico, o técnico, o agente moral) é: de que lugar fala?

Hannah Arendt, em *A Condição Humana* e noutras obras, abordou luminosamente esta interrogação fundadora que reapareceu, entre nós, pela mão de Fernando Gil e de Danièle Cohn em *Que valores para este tempo?*^{114,115}. Apela, no seu melhor, ao princípio da responsabilidade, à solidariedade, à solicitude, ao cuidado, à protecção dos mais fracos. O que vai contra certo *ethos* (actual, mercantil) da Medicina (e, *a fortiori* da Biologia e da Ciência que, enquanto campos de investigação, se proclamam anormalmente amorais): desde a revolução microbiológica dos finais século XIX e da revolução da Quimioterapia dos inícios século XX (sulfamidas, antibióticos, vacinas, epidemiologia matemática, etc.) estão associadas a portentosos dispositivos tecnológicos de inquirição, de prova e de previsão e a uma ideologia de competição e de perfectibilidade humanas ilimitadas. No início do século XXI, acelera-se a medicalização-geneticização (sublinho, dos novos medicamentos, a insulina – o primeiro – e alimentos produzidos por OGMs) e inventam-se novos doentes, agora doentes-sem-doença¹¹⁶. É um dos territórios da Me-

dicina Preditiva, – certamente importante em várias patologias, designadamente na abordagem do cancro familiar – com a incerteza, o erro e o risco que tal biopoder e tal biopolítica arrastam consigo¹¹⁷. Por outro lado, muito mais importante, é o desenvolvimento de uma corrente dita Medicina Darwiniana (com significativo impacte em oncologia e em infecções ubíquas como a TB, a *Helicobacter Pylori*, Borrelia, Clamídia, infecções latentes, etc.)¹¹⁸. Surgem novas patologias, crescem as aplicações da genómica funcional e da bio-informática e os estudos de biologia *in silico*. Como subprodutos *ganhamos* uma panóplia de aparelhos ou *gadgets* para acudir aos ímpetus de securitários e biométricos... mas, igualmente, as instituições e as ferramentas de pesquisa que possibilitarão amanhã (hoje?) prevenir e resolver, oxalá, os futuros flagelos das epidemias e das pandemias que aí vêm¹¹⁹. A ética da responsabilidade, tal como definida por Fernando Gil, contém as fundações necessárias para suportar estes desafios: com o tempero elemental das éticas da liberdade e da obediência¹²⁰.

Novos Riscos Biológicos

Há algo de estranho na denegação selectiva de perigos e ameaças certas, nomeadamente a miopia proveniente dos *gestores* e da revoltante distribuição desigual dos riscos naturais, sociais ou *artificiais* (mormente em Saúde)¹²¹. A história da TB, doença da miséria, é, provavelmente, a melhor prova. É pois urgente repensar a estruturação do domínio público da Saúde e suas instâncias supostamente reguladoras (mormente as administrativas e executivas) a partir, estrategicamente, das relações de interdependência entre (i) o campo político, detentor da força e da lei, (ii) o campo medicina-enfermagem, titular do saber (sempre incompleto) e do fazer (sempre imperfeito) e, (iii), a razão de ser de tudo o mais, o vasto campo social,

111. Vd alguns documentos de base em Agamben, 1998 e Diamond, 2002 e o estimulante e importante debate «entre» Ivan Illich, Foucault, Habermas e Futuyama e, a sua expressão «oficial» e académica nos EUA no Relatório Kass; alguns argumentos de base em Agamben, 1998, Diamond, 2002 e (esquemáticamente) Marques, 2005.

112. Sobre os caminhos/limites das ciências humanas e não só, sobre responsabilidade social do cientista Edsall, 1975, Courmand, 1977, Jonas, 1993, 2000 e AAVV, 1998; sobre o que é Ciência vd além da obra de Fernando Gil, 1999, Guesnière, Hartog, 1998 e perguntas/respostas afins à interrogação *Que valores para este tempo?* em Latour, 1991, Dupré, 2001, Lloyd, 2007 e Martin, 2008.

113. Era por aqui que teria algo a acrescentar a Gonçalves et al., 2007.

114. Arendt, 1983; Cohn, 2007.

115. Cp., noutro registo, Jean Clair (a Arte e o *immundo*), 2004 e Jonathan Littel, 2008.

116. Já antes referidos. Vd Marques, 2005.

117. Martins, 2003 (in Martins, Garcia, 2003).

118. Já mencionamos Nesse e Williams; vd a excelente obra de Greaves, 2001 e, uma imaginativa antologia de estudos dos problemas da segurança (com estudo de casos), em Savarin e Taylor, 2008.

119. Lloyd, 2005; Lo, Katz, 2005; Engelhardt, Jotterandt, 2007; AAVV, 2008; Downes et al., 2008.

120. F. Gil, 2005, p. 297 (ligeiramente modif.).

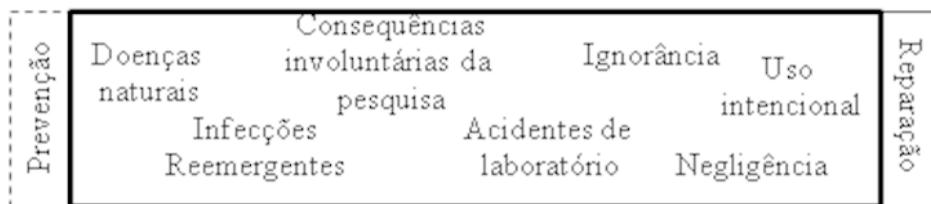
121. É importante reconsiderar certos reflexos contemporâneos, não apenas de doentes, mas de clínicos, de técnicos, de juristas e de políticos (o caso das transfusões de sangue contaminado – e da crítica do seu *jugamento* – é um exemplo recente escandaloso e complexo; veja-se o depoimento de Ricoeur no caso francês).

| Categorias | Ética da Obediência | Ética da Liberdade | Ética da Responsabilidade |
|----------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Relação ética | Dual: acção/prescrição | Dual: intenção/lei moral | Ternária: sujeito/outrem/acção |
| Princípio | Obediência = submissão | Liberdade = direitos | Responsabilidade = partilha |
| Norma de acção | Caridade (dádiva) | Imperativo Categórico | Solidariedade |
| Sede | Cumprimento da prescrição | Intenção (causa da acção) | Acção e seu efeito |
| Modo | Sacrifício | Dever em relação a lei impessoal | Com-paixão; princípio de piedade |
| Expressão | Respeito a Deus e à criação | Respeito da pessoa | Comprometimento e ingerência |
| Valores | Salvação, resignação | Afirmção de si; virtú | Precariedade da vida; paciência |

a cidadania, a educação sanitária, a prevenção primária e secundária, etc.

Cingindo-nos agora, nesta discussão aos factores de risco mais *pontuais* e menos estruturais, eis uma classificação útil da variedade dos riscos biológicos (activos, reais) cuja possibilidade reforça esse conúbio e esse desencontro¹²²:

O Espectro dos Riscos Biológicos



Avaliação e Gestão do risco

É que existem também riscos da medicalização: pode ser extemporânea, indesejável, inapropriada, excessiva, nociva. O mais relevante é conhecido: é a transposição metafórica (em si aberrante e monstruosa) dos quadros mentais substantivos *médicos* ou *clínicos* da patologia e da terapêutica (tipo *cortar o mal pela raiz*, exérese, anestesia, *placebo*, *mentira piedosa!*) para os quadros sociais¹²³. Paul Farmer, a partir da sua experiência de fisiologista no Haiti, face aos fracassos terapêuticos e à persistência intolerável de TB-doença, escandalizava-se,

como indicámos, com a ciência *mainstream* e bem-pensante que transferia a culpa, de dedo em riste, para os doentes, para a psicologia individual ou para a subcultura dos grupos ditos de risco. Falsa-consciência, erro, má-fé? E fez notar que nunca ninguém conseguiu demonstrar que as taxas de TB variam com as crenças ou com o carácter da pessoa doente, enunciando uma série de problemas técnicos, deontológicos e/ou éticos

básicos elementares, agudizados pela progressão perigosa, no plano global, da TB multirresistente:

- má formulação da questão da adesão ao tratamento ou *compliance*;
- infantilização perversa do doente em resultado de uma pseudo-pedagogia do pobre;
- culpabilização do doente, isto é, da vítima, pela sua doença, pela sua miséria, pelo seu desemprego¹²⁴.

E desafia-nos com a pergunta humana e cientificamente crucial: *Quem está doente? Quem é o doente?* Pergunta eminentemente clínica: afinal quem é, de facto, este doente afectado pela TB, mormente pela forma multirresistente; como (posso eu) aliviar o seu sofrimento?¹²⁵ E insiste: por muito que a autoridade embriague, devemos ser profissionalmente exigentes (conosco próprios), isto é, humildes e aceitar/promover a *participação* dos (cidadãos, doentes) interessados nas decisões que os afectam: tratar a TB

122. Terence Taylor, in Sagarin, Taylor, 2008, p. 19; vd também McKeown, 1990 e Diamond, 2002.

123. E tratar os males sociais como doenças, à maneira do Platão da República (cp. Lloyd, 2003, pp. 147, 239). Não insistiremos no bom uso de operadores ou quadros operativos como a saliência do individual e do qualitativo (contra a ditadura do estatístico ou do quantitativo) e na fecundidade dos conceitos de crise, catarse, etc.

124. Farmer, 2006, pp. 310 e 304s

125. Idem, p. 346; mas Cf sobre o lugar e o papel do anonimato em Medicina a discussão em Marques, 2009a, 2009b e em Boltanski, 2007, p.33ss (a postura de samaritano).

é preveni-la¹²⁶. (É sabido que o *ethos* médico tradicional é paternalista: não se pode negar a evidência). Ninguém melhor do que Camus¹²⁷ nos indicou o rumo, a rota e os escolhos:

- (Tarrow) O cronista: *J'ai compris (...) que (...) je n'avais pas jamais cessé d'être un pestiféré (...) indirectement (j'ai) souscrit à la mort de milliers d'hommes, que j'avais provoqué en trouvant bonnes les actions et les principes (...); C'est pourquoi cette épidémie ne me apprend rien sinon qu'il faut combattre à vos cotés. Je sais (...) que chacun la porte en soi, la peste (...); Il ya les fleux et les victimes, et rien de plus (...)*¹²⁸; *Il faudra bien sur qu'il y eut une troisième catégorie, celle des vrais médecins (...)*¹²⁹; (Rieux) O médico, a respeito do jesuíta: *Je suis dans la nuit, j'essai d'y voir claire (...) Il n'a pas vu assez mourrir; c'est pourquoi il parle au nom d'une vérité. (...)*¹³⁰.

Falámos atrás de *krisis* e de *kairos*: os momentos críticos da decisão do Dr. Rieux são claros: no plano pessoal, a decisão de ficar; como profissional, a percepção da súbita infestação de Orão pelos ratos e seu fulminante desaparecimento, o diagnóstico do primeiro *caso* de peste e a deliberação de sitiar Orão dentro de um cordão sanitário. A grande lição (de Tarrow, o narrador) é que, salvo inimizabilidade, ninguém deve ser desresponsabilizado e menorizado. Não se podia dizer melhor a inscrição da consciência moral, do sujeito moral, no espaço da justificação e da crença (por oposição ao da religião e da fé) em situação de perigo, em estado de crise¹³¹. Conceder-se-á que algumas das mais graves, urgentes e difíceis tarefas se encontram na charneira da biopolítica, da medicina clínica (e veterinária), da biologia molecular, da biomatemática e da bioética (entre outras disciplinas). Entre obediência e desobediência, entre sagrado e profano, entre Narciso e samaritano.

Este breve estudo visou alertar para uma carência (tanto quanto sabemos mais sensível e grave a nível do Estado e da participação cidadã que da Academia) devolvendo à medicalização do risco o seu horizonte comunitarista e o seu sentido pragmático. Acreditamos que a análise destas incertezas e a avaliação dos seus efeitos sociais exigirá

126. Idem.

127. em *La Peste*, 1947.

128. Idem, pp. 201ss.

129. Idem, p. 203. Recordemos as lições de Ricardo Jorge – e o exemplo

130. Idem, p. 102.

131. Fernando Gil, 2000.

132. Ryan, Glarum, 2008, p. 42.

133. Pigeaud, 2006, p. 65.

Doenças de Categoria A

| Doença | Zoonose | Contágio pessoa a pessoa? |
|-------------------------|---------|---------------------------|
| antrax | sim | não |
| peste | sim | sim, forma pulmonar |
| tularemia | sim | não |
| variola | não | sim |
| febre hemorrágica viral | sim | sim |
| botulismo | não | não |

(para além de um *Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica*, já mencionado), a criação de qualquer coisa como um Observatório científico independente e multidisciplinar com a missão de avaliar os riscos biológicos e a sua gestão preditiva no respeito da ética (da Saúde Pública) e a promoção de Círculos Locais de Informação e Debate que dêem vida aos direitos e garantias. Afinal, herdeiro do médico que purgava e sangrava, Jeckyll, na sua prática diurna (que a nocturna não tem remédio) esqueceu *águas, ares e lugares*, olvidou a Vida e excisou o sentido; temendo-se, justificadamente, os frutos porros deste *cesurismo fáustico* (na expressão arrepiante de Hermínio Martins), sabe-se, sem surpresa, que a salvação depende da investigação científica, do *kairos*, da temporalidade, do risco, da verdade. Esperança razoável, pesquisa inadiável, salvaguardadas as especificidades da ética da investigação epidemiológica.

Entretanto estão notificados os Estados dos agentes microbianos passíveis de utilização em guerra biológica e em ataques bioterroristas (ditos de categoria A), agentes que causam as seguintes doenças de terrífico potencial epidémico ou pior¹³²:

Em resumo, no combate a epidemias e a pandemias, passou-se, no campo político, de preocupações e dispositivos higienistas e sanitaristas (através da prevenção primária, secundária e terciária) para uma normalização e normatividade biopolítica com a progressiva substituição dos antigos saberes hipocráticos pelos... novos instrumentos biométricos. Receamos que, por desuso, tenhamos perdido pelos descaminhos da medicina (não os da modernidade) as amarras essenciais do pensamento clínico, cristalinamente consagradas nos aforismos: *onde há amor do homem (filantropia) há também amor da arte (filotechnia) e a vida é curta, a arte é longa, a ocasião (kairos) fugaz, a experiência enganadora, a decisão (krisis) difícil. É necessário não só o médico fazer o que se impõe, mas ainda conseguir que o doente ajude e as que coisas exteriores concorram*¹³³.

CONCLUSÃO

Tendo-se instalado ultimamente uma atmosfera internacional de medo, propícia a excessos, a discriminações e a exageros de segurança¹³⁴, a crítica, a investigação multidisciplinar, a medicina reflexiva e a análise filosófica tornam-se mais importantes e urgentes. O discurso oficial, por vezes travestido na linguagem numérica de ciência triunfante, transporta consigo uma autoridade tendencialmente dogmática¹³⁵: ignora frequentemente as escalas e as dimensões e, noutro registo, o respeito e a autonomia; esquece o irreduzível e o simbólico no social, no económico e no cultural. Por outro lado, carecendo, na prática, de se submeter à fragmentação e à especialização das ciências biomédicas (e do biodireito), cede facilmente à tentação reificadora, senão à tentação totalitária: a inversão entre meios e fins. Aqui há fins que não justificam meios¹³⁶. Omite, distraidamente, o facto incontroverso de que a teoria da evolução (isto é, a biologia) é uma ciência que evacua frequentemente *categorias estruturantes* das ciências da vida, entre elas, o indivíduo, a população, escala, a complexidade, a trajectória, a história, a dinâmica¹³⁷. Mesmo o discurso científico biomédico tende a minimizar as ontologias (e as causalidades) da genómica populacional, da ecologia, da epidemiologia. Ora, o discurso da precariedade e o princípio da precaução remetem, sem dúvida, para o campo da incerteza e do risco, da causalidade estocástica e da calculabilidade probabilística¹³⁸. Uma tensão dialéctica, não um impasse, com a qual, afinal, teremos todos de viver: – (...) *Il ne s'agit pas d'héroïsme dans tout cela (...) Il s'agit d'honneteté.* (...) (Rieux, o médico)¹³⁹.

Apesar da vocação que herdou da clínica, a Medicina parece em vias de atraiçoar a *libido curandi* e instalar-se fria, neutra, asséptica e maquinal como uma *ciência* qualquer. A mais antiga, a primeira, é certo. Não lhe faltarão triunfos, títulos de nobreza e glórias legítimas, mas abandonadas a preocupação com a Vida e a preocupação com a Morte da pessoa humana, sem a dimensão escatológica (na outra acepção, a que não desenvolvemos aqui), onde

procurar os tesouros esquecidos, como valorizar as sobras e os restos das ciências?¹⁴⁰ Retirada a mão, a mão que (se) sente, a mão que se vê, a mão que escarifica, a mão que ampara, a mão que (se) dá... onde *fazer*, onde aprender a arte de *manus medica*? Ou subsistirá, num recesso da memória, a boa evidência da polaridade puro/impuro: a repulsa primordial do imundo, o saber equívoco do fármaco, a consciência originária da catarse? E, dado que o *conhecimento é indissociável da sua utilização, e, como tal, não é um bem metajurídico*¹⁴¹, aquela majestosa tecnociência – que não é como outra qualquer, pois lida com o sofrimento humano – já não mais se poderá deixar levar pelo *laissez faire, laissez passer*¹⁴². Requer exposta responsabilidade social do cientista e do técnico, um novo contrato natural (como diz Michel Serres) ou, até, a heurística de um catastrofismo esclarecido (à maneira de Hans Jonas e Jean Pierre Dupuy): a prevenção e regulação de uma pandemia grave, no plano bioético, fazem apelo, naturalmente, em vários momentos, a uma ética normativa e ao consequencialismo, mas, sobretudo, ao dever e ao princípio da responsabilidade. No plano da Biopolítica, exige-se clarificação e discussão pública e plural dos vários cenários, estruturação prévia dos serviços, planos de prontidão, etc.: a melhor articulação das estruturas centrais com as locais. A nível do clínico, do decisor individual, do agente de saúde pública, do agente de combate a catástrofes, espera-se a fina percepção da dialéctica entre acto correcto e acto bom, como é próprio das disciplinas prudenciais, entre utilidade social e utilidade individual, no cumprimento de leis, normas e regulamentos pré-definidas. *Philia* permite o acesso ao comum; a *philia*, o diagnóstico da crise, a determinação do *momento crítico*, a fixação da indicação (*apodeixis*) e... a aplicação da *therapeia* correcta, agarrado o *kairos*... – fazem o bom sujeito moral. Ignorando-o, desprezando-o, estaremos por desventura a pagar o abandono a que votamos as fundações e os fundamentos da Arte: não vemos que sem as categorias da intersubjectividade, da *philia*, da compaixão, da piedade, da *krisis* ou do *kairós* não saberemos pensar a medicina do bem comum.

134. Neste ponto Portugal continua muito original: parece que quanto pior melhor.

135. Claro que a pior dogmática é a dogmática («jurídica» mas não prudencial) dos legisladores e aplicadores da Lei, de certos executivos, de certos técnicos.

136. A Medicina mostra à saciedade que as intenções contam frequentemente tanto ou mais que os fins e que, muitas vezes, os fins *não* justificam os meios: o chamado «encarniçamento» terapêutico – *et pour cause* – e as punições colectivas (noutro registo) são provas tristemente conhecidas e insofismáveis disso mesmo.

137. Para um diversificado exercício de aplicação destas categorias vd Sagarin, Taylor, op.cit.

138. H. Martins, Garcia, 2003; Beck, 1990.

139. Camus, *La Peste*, p. 132.

140. Romilly, 1998.

141. Como disse Camus num dia que foi noite (a primeira reacção pertinente de um intelectual à bomba atómica de Hiroshima).

142. Desenvolvido em Marques, 2003, p.169; e cf Edsall, 1975; Cournand, 1977.

APÊNDICE

Acerca da TB em Portugal vide a Dissertação de doutoramento de CMF. Aí se caracteriza a construção social da *noção* de doença contagiosa, a criação da doença transmissível como um signifiante social e se integra a *luta antituberculosa* no desenvolvimento da bacteriologia (a criação de preventórios, dispensários e sanatórios). Aborda-se a gestão colectiva da TB em Portugal, contextualizando a Higiene e a Medicina Social em Portugal (como processos de longa duração e formas de *produção* da Saúde Pública). Este processo reflecte a luta então travada com tão poucas armas contra a TB (bons ares, repouso, dieta). É útil referir algumas das principais conclusões: (i) as transformações da configuração social *Sanatório Popular* – de sanatórios populares, a *asilo* polivalente e depois de *oficina de cura* em quase-hospital moderno; (ii) verifica-se uma inesperada e estranha ambivalência originária do Sanatório de Sant’Ana (o campo empírico de análise), entre vocação para lazareto de detenção e protecção infantil por alguns meses – o retorno a casa não irá condenar aquelas crianças à fome e quase sempre à TB-doença? (Ferreira, 2008, p. 339) – e *miseri-córdia* filantrópica que deposita e segrega crianças sãs e doentes para um lado e doentes moribundos e pseudo-moribundos para outro...; (iii) o paradoxo da bifurcação cariz asilar/cariz concentracionário parece coincidir de facto com o aumento efectivo da organização, isto é, da medicalização do H. Sant’Ana, documentada através de registo dos doentes, arquivo, dossier único, formação e transmissão do saber, *follow-up* para dispensário, reintegração laboral, etc. (idem, p.506s); (iv) em 1950 a Lei nº 2044 reorganiza a Luta Anti-Tuberculosa (idem, p.551) – recentrada num tripé: (1º) profilaxia (vacinação obrigatória com BCG), (2º) rastreio e diagnóstico precoce – função dos Dispensários refundados – e (3º) tratamento; porém exclui doentes com TB crónica e/ou incurável. Ora são precisamente estes doentes, – na óptica da Saúde Pública os verdadeiramente grandes transmissores potenciais – 15.000 em 100.000 de doentes em 1950 (cp. p. 554f), que eram admitidos em meras Enfermarias-abrigo ou, então, eram abandonados. Daqui a inesperada dissociação entre o discurso médico-assistencial e o discurso médico-sanatorial (idem, p.249: *Bul. Assist. Social, 1943: melhora-do o meio de vida das classes pobres*); confirmado pela omissão na estratégica da ANT de 1931: apenas sanatórios e dispensários (idem, p.265; mas compare-se: há agentes de *vigilância* domiciliária para a assistência aos Militares da 1ª GG com TB, desde 1917, em Portugal). Nota-se também a persistente omissão do combate aos *factores*

indirectos de susceptibilidade e contágio nas ditas *classes perigosas* (fome, má habitação, pobreza... e outras vulnerabilidades), quando prevenir era, precisamente, garantir *terapêutica* correcta e ir atrás dos contactos. Também inesperadamente, neste meio século, não há quase notícia de investigação na área da TB, etc., e não apenas no H. Sant’Ana; exceptua-se Lopo de Carvalho em 1907: um *Ensaio* com Ouro/Sanocrisina e outro, no Caramulo – SM – e no Sanatório Popular de Lisboa – INH+PAS (idem, pp. 434, 450f). Não esqueçamos que as primeiras experiências clínicas com controlo estatístico foram efectuadas por Pierre Louis em meados do séc. XIX em doentes com pneumopatias, incluindo possivelmente, TB.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA SELECCIONADA

- AAVV₁: Cuidar o Futuro. Um programa radical para viver melhor. Lisboa. Trinova 1998
- AAVV₂: Que Valores para este Tempo. Lisboa Gradiva/FCG 2007
- AAVV₃: Tuberculosis. *Nature Medicine* 2007;13(3):267-278
- AAVV₄ (Writing Committee of Second WHO Consultations...): Update on Avian Influenza A (H5N1) Virus Infection on Humans. *New Eng J Med* 2008;358(3):261-273
- AAVV₅: *Influenza: The State of our ignorance*. *Science* 2006; 312:379-397
- ACIP (Advisory Committee on Immunization practices CDC: Prevention and Control of Influenza): *Ann Int Med*: 2007;Oct 2. ACP (American College of Physicians): The Health Care Response to pandemic Influenza. *Ann Int Med* 2006;145:135-7
- ABREU L et al (Eds): *Dynamics of Health and Welfare*. Lisboa. Colibri 2007
- ABREU L: Políticas de Saúde e Assistência como espaço de intervenção Régia, séculos XVI-XVIII, Confª proferida em 30-01-2009 FUL 2009
- AGAMBEN G: *Homo Sacer: o Poder Soberano e a Vida Nua*. Lisboa. Presença 1998/1995 (trad. A. Guerreiro)
- AMEISEN JC: *La Lutte contre la Pandémie Gripale: un levier contre l’exclusion* *Esprit* 2007;7
- ARENDRT H: *Condition de L’Homme Moderne*, Paris, Calman-Levy, 1983 (trad. G. Fradier) (1959)
- ARENDRT H: *Considérations Morales*. Paris, Payot 1996 (1971)
- BANDERA R: *Medicina de Catástrofe. Da exemplificação histórica à iatroética*. Porto Universidade do Porto 2008
- BECK U: *Risk Society*. London, Sage 1990
- BOLTANSKY L: *La Souffrance à Distance*. France, Gallimard 2007 (1993)
- BOURDELAIS P: (dir.), *Les Hygiénistes. Enjeux, Modèles et Pratiques*, Paris, Belin 2001
- BOYLAN M (Ed): *Public Health Policy and Ethics*, Kluwer 2004

- CALVEZ M: Le risqué comme ressource culturelle dans la prévention du sida in DOZON, JP, FASSIN D (dir.), Critique de la Santé Publique. Une Approche Anthropologique. Paris, Éditions Balland 2001
- CAMUS: La Peste. Le livre de Poche 1947
- CANTO-SPERBER M: L'Inquiétude Morale et La Vie Humaine. Paris, PUF 2001
- CANTOR CF: Some Moral Issues in Risk Assessment. Ethics 1990; 101:123-143
- CHEVEIGNÉ S, BOY D, GALLOUX J: Les Biotechnologies en Débat. Pour une Démocratie Scientifique : Paris, Éditions Balland 2002
- CLAIR J: De immundo. Apophatisme et Apocathastase dans l'Art d'aujourd'hui. Paris. Galilée 2004
- COHN D: Que Valores para os nossos dias. in AAVV₂: Que Valores para este Tempo. Lisboa, Gradiva/FCG 2007;pp.359-370
- CONRAD LI, WUJASTYK D: Contagion. Perspectives from Pre-modern Societies. Aldrshot, Ashgate, 2000
- COURAND A: The Code of the Scientist and its relationship to Ethics. Science 1977;198:699-705
- DARDET CA, PEIRÓ S (Eds): Informe SESPAS 2000. La Salud Publica Antes los Desafios dun Nuevo Siglo. Monografia EASP nº30. Granada 2000
- DERENNE J-P, BRICAIRE F: Pandemia: A grande ameaça. Lisboa, Alétheia 2006
- DIAMOND J: Armas, Germes e Aço. Os destinos das sociedades humanas. Lisboa. Relógio de Água 2002 (1997)
- DOWNES M et al: Using Physical Barriers to reduce the spread of Respiratory Viruses. BMJ 2008;336:55-6
- DUPRÉ J: Human Nature and the Limits of Science. Oxford, Oxford University Press 2001
- ECHEVERRÍA J, LUJÁN JL (Eds.): El riesgo en las Sociedades Contemporáneas. Valencia 5-9 Nov (Doc. Curso Universidad Internacional Menendez Pelayo) 2001;2
- EDSALL JT: Scientific Freedom and Responsibility. Science 1975;188:687-698
- ELBAUM M: Ouverture, in AA.VV, Domaines et Techniques de Prévention. La Prévention Médicale. Paris. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité 2002
- ENGELHARDT HT, JOTTERAND F: The Precautionary Principle: A Dialectical Reconsideration. J. Medicine Philosophy 2004;29(3):301-312
- ERIKSON VR, DOYLE A (Eds): Risk and Morality. Toronto, Univ of Totonto Press 2003
- EWALD F et al: Le Principe de Précaution. Paris, PUF (Que Sais-je ?) 2001
- FARMER P: Fléaux Contemporaines. Paris, Oeconomica, 2006 (1999)
- FERREIRA CM: A Medicalização dos Sanatórios Populares. Desafios e Formas de um Processo Social, Dissertação de Doutoramento, FCSH UNL. Lisboa 2008 (2007)
- FESSLER J-M: Cindyniques et Santé. Contributions des Sciences du danger à la Santé. Paris, Economica 2009.
- FOLSCHHEID, D et al (Eds.): Philosophie, Éthique et Droit de la Médecine, Presses Universitaires de France, Paris 1997
- FOUCAULT M: La Naissance de la Clinique. France, Quadrigue 1990 (1961)
- FOUCAULT M: É preciso defender a Sociedade. Porto, Livros do Brasil, 2006 (1977) (trad. Carlos Gouveia)
- FOUCAULT M: Dits et Écrits. I, France, Gallimard, Quarto 2001
- FREUD S: La naissance de la Psychanalyse. Lettres à W. Fliess, Notes et plans, 1887-1902. Publiées par M. Bonaparte et al. Paris PUF 1956
- GADAMER H-G: The Enigma of Health. The Art of Healing in a Scientific Age. Cambridge, Polity 1996 (há tradução portuguesa)
- GANTER B: Global Infectious Diseases threats. in Forum Gulbenkian de Saúde 2005 MAY, W et al Saúde sem Fronteiras Lisboa FCG 2006;pp.29-52
- GARCIA JL: Engenharia Genética dos seres Humanos, Mercadorização e Ética. Uma Análise Sociopolítica da Biotecnologia, Dissertação de Doutoramento 2004
- GAUCHET SWAIN G: La pratique de l'Ésprit humain. France Gallimard 2007 (1980)
- GIL F (Coord. e Apres): A Ciência Tal qual se faz, Lisboa Sá da Costa 1999
- GIL F: La Conviction, Paris, Flammarion 2000
- GIL F: Acentos. Lisboa, IN/CM 2005
- GIL G: O Hospital e a Lei Moral, in Atlântico 2006
- GIRARD R: La Violence et le Sacré. Paris. Grasset 1972
- GIRARD R: La Peste dans la Littérature et dans le Mythe, in La Voix Méconnue du Reél. Paris, Grasset 2002;pp.227-261
- GODARD O et al: Traité ds Nouveaux Risques. Paris, Gallimard 2002
- GONÇALVES ME (Coord.): Os portugueses e os novos riscos. Lisboa. ICS 2007
- GREAVES M: Cancer, the Evolutionary Legacy. Oxford, Oxford University Press 2001
- GUESNERIE R, HARTOG F (Eds): Des Sciences et des Techniques. Cahiers Annales 45. Paris, Armand Colin 1998
- HABERMAS J: The Future of Human Nature. Cambridge. Polity Pross 2003
- HACKING I: The Emergence of Probability. Cambridge Univ Press Cambridge 1979
- HACKING I: The Taming of Chance. Cambridge Univ. Press 1990
- HAIDT J: The Moral Emotions in DAVIDSON RJ et al: (eds) The Handbook of Affective Sciences. Oxford, Oxford University Press 2003;pp. 852-870
- HAIDT J, JOSEPH C: Intuitive Ethics, in On Human Nature, Daedalus, Fall 2004; pp.55-66
- HENRY M: La Barbarie. Paris, PUF, 1987 (ed. Quadrigue 2001)
- HONETH A: La Réification. Petit traité de théorie Critique. France Gallimard 2007
- JONAS H: Le Principe de la Responsabilité, Paris, Cerf, 1993 (3^a ed.)
- JONAS H: Évolution et Liberté Paris, Payot et Rivages 2000 (orig. 1992)
- JORGE R: A peste bubónica do Porto. Porto. Câmara do Porto 1899
- KHON LT et al (Eds.): To Err is Human. Building a safer Health System. Institute of Medicine. Washington National Academy Press 2000
- KOPPLEMANN LM et al (Eds.): What is the Role of The Precautionary Principle in Bioethics. J Med Philos 2004;29:3
- KURIYAMA S: Epidemics, Weather, and Contagion in Traditional Chinese Medicine. in CONRAD LI, WUJASTYK, D (Eds): Contagion. Perspectives from Pre-modern Societies. Aldrshot, Ashgate 2000;pp. 3-22
- LATOUR B: Nous n'avons jamais été des Modernes. Essai d'Antropologie Symétrique. Paris, La Découverte 1991
- LATOUR B: Pasteur: la guerre et paix des microbes. Suivi de Irréductions. Paris, La Découverte 2001
- LEMONS M: História da Medicina Portuguesa. Lisboa, Dom Quixote 1991 (2^a ed.) (orig. 1899)

- LITTEL J: *Le Sec et l'Humide. Une brève incursion en territoire fasciste* 2008
- LLOYD GER: *In the Grip of Disease. Studies in the Greek Imagination*. Oxford, Oxford University Press 2003
- LLOYD GER: *The delusions of Invulnerability. Wisdom and morality in Ancient Greece and China and Today*. London, Duckwork 2005
- LLOYD GER: *Cognitive Variations. Reflexions on the unity and diversity of the Human Mind*. Oxford, Oxford Univ Press 2007
- LO B, KATZ MH: *Clinical Decision Making during Public Health Emergencies. Ethical Considerations*. *Ann Int Med* 2005;143:493-8
- MANDRESSI R: *Le Regard de l'Anatomiste. Dissections et Invention du Corps en Occident*. Paris Seuil 2001
- MANN J: *Murder, Magic and Medicine*. Oxford, Oxford University Press. 2nd rev ed 2000
- MARQUES MS: *O Espelho Declinado*. Lisboa, Colibri. 1999 O *Umbigo Simbólico*, in MLC Soares (ed): *Hipócrates e a Arte da Medicina*. Lisboa, Colibri 1999,pp.91-109
- *A Medicina enquanto Ciência do Indivíduo*, Dissertação de Doutoramento FMUL 2002
- *O Vinagre e Monarquia. Pequena História da Indiferença em Medicina* in H MARTINS, JL GARCIA (Eds.) *Dilemas da Civilização Tecnológica*. Lisboa. ICS 2003,pp 169-197
- *A Medicina como Ciência do Indivíduo: Sísifo entre o Aberto e o Fechado*, in A. CARDOSO, J.M.JUSTO (Eds.): *Sujeito e Passividade*, Lisboa. Colibri 2003b: pp. 77-115
- *Os Laços Sem-fim e os Desafios da Medicina*. *Acta Med Port*. 2005;18:335-376
- *Parecer acerca do Projecto de uma Lei de Bases para a Prevenção e Controlo de Doenças Transmissíveis*, ao Presidente da Academia Medicina João Lobo Antunes 14-03-07 (documento reservado) 2007
- *Minando as Fundações*, In AAVV *A Razão Apaixonada, Homenagem a Fernando Gil*. Lisboa, INCM 2008; pp. 357-417
- *O aparecer sui generis da fraternidade* in MOLDER MF (Org) *Paisagens dos Confins*. Fernando Gil. Lisboa, Vendaval, 2009a,pp 125-150
- *Uma sombra o precede. Notas sobre hospitalidade, suporte e profissionalismo*. AAVV; *Razão e liberdade; Livro de Homenagem a Manuel José Carmo Ferreira CF*, 2010;pp.257-282
- MARTIN, C.B.: *The Mind in Nature*. Oxford, Oxford Univ Press, 2008
- MARTINS H: *Aceleração, Progresso e Experimentum Humanum*, in. MARTINS H, GARCIA JL (Eds.), *Dilemas da Civilização Tecnológica*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais, 2003, pp. 19-77
- MARTINS H, GARCIA, JL (Eds): *Dilemas da Civilização Tecnológica*. Lisboa, ICS 2003
- McKEOWN Th: *As Origens das doenças humanas*. Lisboa. Caminho 1990 (1988)
- MELO J: *Normatividade e anti-normatividade nas Ética Clínica* (manuscrito 2006) (Aceite para publicação *Rev Port Filos* 2009)
- MENDES F: *A Herança dos Mal Nascidos. Um estudo de caso sobre o risco genético de cancro hereditário*, Dissertação de Doutoramento, Lisboa, ISCTE, 2003.
- MOZZICAFREDDO J: *Estado, Modernidade e Cidadania* in VIEGAS JM, COSTA AF (orgs), *Portugal que Modernidade?* Oeiras, Celta Editora 1998
- NESSE RM, WILLIAMS GC: *Darwinian Medicine*. *New Sc Darwinian Med* London. Weindenfeld 1995
- NUNES JA, GONÇALVES, ME: *Enteados de Galileu? A Semiperiferia no Sistema Mundial da Ciência*. Porto, Afrontamento 2001
- NUTTON V: *Did the Greeks have a word for it? Contagion and Contagion Theory in Ancient Antiquity*, in CONRAD, L.I. WUJASTYK D (Eds): *Contagion. Perspectives from Pre-modern Societies*. Aldrshot, Ashgate 2000;pp. 137-162
- PARKER R: *Miasma. Pollution and Purification in Early Greek Religion*. Oxford, Clarendon Press 1996 (1983)
- PELLING, M.: *Contagion/Germ Theory/Specificity*. In WF BYNUN R PORTER (Eds.) *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London, Routledge 1993;pp.309-334
- PICHOT A: *Histoire de la Notion de Vie France*. Gallimart/Tel 1993
- PINA J (Ed.): *A Tuberculose na Viragem do Milénio*. Lisboa, Lidel 2000
- PINELL P: *Médicalisation et procès de civilisation* in Pierre Aïach, DELANOË D (Dir.) : *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos 1998
- PIGEAUD J: *La Crise*. Nantes Cécile Défaut 2006
- RAPOSO H: *Dominar o Aleatório? Risco e Incerteza no Pensamento biomédico: o caso do risco genético no cancro do cólon e recto*. Dissertação de Mestrado 2006
- REASON JT: *Human Errors*, Cambridge, Cambridge Univ Press 1990
- RICOEUR, P.: *La Mémoire, l'Histoire, l'Oubli*. Paris, Seuil, 2000
- RICHARDS, P.: *The Medieval Leper and his Northern Heirs*. Suffolk, D.S. Breuer, 2000 (1977)
- ROMILLY, J.: *Le trésor des Savoirs Oubliés*. Paris, Fallois 1998
- ROQUE MC: *As Pestes Medievais Europeias e o Regimento Proveitoso Contra ha Pestenença de Valentim Fernandes 1495-1496*, Paris, CCP, FCG 1979
- RUEFF MC: *Segredo Médico e VIH/SIDA: Perspectiva Ético-Jurídica*. *Acta Med Port* 2004;17:451-464
- RUEFF MC: *O Segredo Médico como garantia de não-discriminação. Estudo de caso: HIV/SIDA*. Dissertação de Doutoramento Lisboa 2006
- RYAN JR, GLARUM JF: *Biosecurity and Bioterrorism. Containing and Preventing Biological Threats*. Elsevier 2008
- SANCHES R: *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos* in *Obras*, vol. II. Coimbra. Universidade de Coimbra 1966 (1756)
- SANTARÉM P: *Tractatus de Assecurationibus et Sponsionibus* (1552) Lisboa Grémio dos Seguradores (trad M Amzalak) 1971
- SCHRAMM FR: *A Terceira Margem da Saúde*. Brasília, Univ. Brasília 1996
- SCHWARTZ M, RODHAIN F: *Des Microbes et des Hommes, Qui va l'emporter?* Paris, Odile Jacob 2008
- SILVA PM: *Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina* (Trad. e Notas). Lisboa Cosmos 1997
- SILVERSTEIN RP: *The Ethics of Influenza Vaccination*. *Science* 2006;313:758-760 (Letters)
- SOURNIA J-Ch: *Histoire de la Médecine. La Découverte*, Paris, 1997 – uma boa síntese (há tradução portuguesa)
- STEARNS SC (Ed): *Evolution in Health and Disease*. Oxford, Oxford Univ Press, 1999
- VIET V: *Le Thème de la Prévention*, in AA.VV, *Domaines et Techniques de Prévention. La Prévention Médicale*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité 2002
- VIGARELLO G: *Histoires des Pratiques de Santé. Le Sain et le Malsain depuis le Moyen-Age*. Seuil, Paris 1999 (há tradução portuguesa)
- VIVEIROS DE CASTRO E: *Métaphysiques Cannibales*. Paris, PUF 2009
- WAGNER P: *Sociología de la Modernidad*, Barcelona Herder 1997 [1995]