

# PARA UMA (BIO)ÉTICA DA FINITUDE. LEITURAS SOBRE A SUBJETIVIDADE DAS IDEIAS DE CORPO E DE SAÚDE NO PENSAMENTO GADAMERIANO

por

Stella Zita de Azevedo<sup>1</sup>

**Resumo:** Partindo do esquecimento moderno das qualidades fenomenológico-existenciais de finitude e fragilidade do paciente, no seu estado de dependência, salienta-se que, pelo ato narrativo (dimensão subjectal da narrativa) o paciente/doente colmata aquilo que vivencia como ‘brecha’ na sua história pessoal. Permitindo explorar a especificidade da disposição dos narratemas no seio de uma dada existência, a narrativa reenvia-nos às vivências universalmente partilháveis em termos de estrutura formal e generativa (e.g. esperança, angústia, sofrimento, desejo). São esses narratemas do sujeito sofredor e/ou moribundo que dão carne aos princípios, comuns de um grupo social, relativos a cuidados específicos permitindo agir em conjunto no quadro de uma ética aplicada respeitadora da singularidade da pessoa. Uma metodologia da narração deverá, portanto, assentar na constituição de uma ética do sentido, da ação e da decisão no plano coletivo, lugar privilegiado de reflexão onde as emoções e as consequências da ação são refletidas e onde a ética aplicada (*applicatio*) se manifesta enquanto atividade de reescrita normalizadora.

A difusão da cultura ética narrativa é, por conseguinte, um dos fundamentos da (re)construção de uma forma de ligação social capaz de não nos deixar errar por entre o individualismo e o comunitarismo, enquanto o seu trabalho residir na articulação entre a dimensão narrativa do caso (historicidade subjetiva) e a procura dos princípios condutores do juízo (historicidade clínica), preservando-o do arbitrário nas decisões médicas e político-económicas.

**Palavras-chave:** *Applicatio*, finitude, ética narrativa.

**Abstract:** Starting from the modern oblivion of existential-phenomenological qualities of finitude and fragility of the patient in his state of dependence, we enfocus that, by the narrative act (subjective dimension of narrative) the patient/ ill person feels what he experiences as a ‘gap’ in his personal history. Allowing the exploration of the specificity of the disposal of narrative themes within a given existence, the narrative resends us to the universally shareable experiences in terms of formal and generative structure (e.g. hope, anguish, pain, desire). These are the narrative themes of the suffering and/or dying subject, which give flesh to common principles for specific caregiving in a social group, facilitating the acting together within the framework of an applied ethics, which respects the singularity of the person. A methodology of narration should, therefore, be based on the constitution of an ethics of significance, action and decision on the collective plan, privileged place for reflection, where the emotions and the consequences of the action are reflected and where the applied ethics (*applicatio*) is manifested as normalizing rewriting activity. The diffusion of the narrative ethics culture is, therefore,

---

<sup>1</sup> IB – Universidade Católica Portuguesa. [stellazevedo@gmail.com](mailto:stellazevedo@gmail.com)

one of the foundations of the (re) construction of a form of social bonding capable of not letting us wander between individualism and communitarianism, whilst its work reside in the articulation between the narrative dimension of the case (subjective historicity) and the demand for guiding principles of judgment (historicity in clinic field), preserving from arbitrary of the political-economic and the medical decisions.

**Keywords:** Applicatio, finitude, ethical narrative.

*Je voudrais faire prendre conscience d'une chose qu'au fond tout le monde sait: je voudrais faire prendre conscience que la science moderne et son idéal d'objectivation nous imposent à nous tous, que nous soyons médecins ou patients ou encore simples citoyens attentifs et vigilants, une très forte aliénation.* (Gadamer, 1998, p. 81)

## **1. O discurso como articulação significativa da estrutura compreensiva do ser no mundo**

Depois de ter confirmado o seu discurso sobre o fim da história (na aceção hegeliana e marxista do conceito) pelo capitalismo, F. Fukuyama (1999a) anuncia posteriormente que se tinha enganado porque seria a revolução biotecnológica a criar as condições de uma história “pós-humana”.

O horizonte teórico deste pressuposto contém as interações entre duas grandes revoluções: a das tecnologias da informação por um lado, a das biotecnologias por outro, e o seu impacto na ordem mundial. Como escreve Fukuyama (1999b, p. 51), se a primeira é a mais visível, a segunda é que produzirá as transformações mais importantes: “O caráter aberto das ciências contemporâneas da natureza permite-nos supor que, durante as próximas duas gerações, a biotecnologia dar-nos-á os instrumentos que nos permitirão realizar o que os especialistas de engenharia social não conseguiram fazer. Neste estádio, teremos definitivamente terminado com a história humana, porque teremos abolido os seres humanos enquanto tais. Então começará uma nova história, para além do humano”.

O autor não se contenta em anunciar e justificar implicitamente esta saída da era humana. Pressente-se em toda a sua argumentação que a afirmação da pós-humanidade releva de um anti-humanismo teórico e prático destinado a justificar a desordem mundial estabelecida que conduz à manutenção de cerca de três milhões de seres humanos em condições de infra-humanidade. Há duas razões que nos elucidam sobre a crise do humanismo moderno: uma concerne a sua insuficiência tendo em conta quer a transformação das tecnologias da informação e da comunicação, quer da revolução biotecnológica; a segunda, de índole histórica, respeita o tríplico indivíduo/razão/progresso, tal como se construiu a partir das Luzes.

As grandes catástrofes éticas e humanitárias do século XX, tal como o caráter inumano do capitalismo industrial do século XIX puderam aí encontrar, primeiramente, a fragilidade ecológica. Fazendo do homem cartesiano o mestre e possuidor da natureza, sem que ele se interrogue sobre a sua responsabilidade face ao meio ambiente, o humanismo, fascinado pelo progresso técnico, depois pelo novo tríptico ciência/ técnica/ mercado, não se premuniu contra aquilo que nos anos 70, Illich chamaria a sua parte de contraproduktividade (Illich, 1976); seguidamente, a fragilidade antropológica. Após a derrocada das ‘sociedades da ordem’, a refundação de todo o elo social no único indivíduo racional ignorava a inscrição coletiva e organizava uma face a face entre o indivíduo e o Estado, facilitando tanto as abordagens de tipo capitalista, como as lógicas de estado.

Face a esses desafios, repensar o humano evoca as tensões dinâmicas entre indivíduo e comunidade, entre razão crítica e procura de sentido, entre transformação da natureza (progresso tecnocientífico) e respeito pela biosfera. A fim de resistir aos fantasmas da pós-humanidade a (re)invenção do humano deve ter em conta a mutação das tecnologias de informação, a revolução biotecnológica do vivente e a sua forma de habitar o mundo e de habitar o próprio corpo. Como nos diz J. Baudrillard (1991, p. 131) aludindo à passagem direta das PMA para a fabricação do ser vivo *in vitro*: “Generalizámos o incesto em todas as suas derivações. É assim que contornámos o interdito pela subdivisão do mesmo, pela copulação do mesmo com o mesmo, sem passar pelo outro.” O problema do humano reporta-se à possibilidade mesma da existência humana enquanto experiência humana do sentido do mundo, que se mediatiza linguisticamente (Gadamer, 1988).

A afirmação de E. Lledó de que a racionalidade não é um facto, mas uma procura, “uma tensão, uma pretensão que surge e nasce na história e que, como todo o processo histórico, tem que se harmonizar com as condições concretas de possibilidade que a alimentam” (1991, p. 257), conflui na hermenêutica gadameriana e na ideia de que não é só a tradição histórica e a ordem da vida natural que formam a unidade do mundo em que vivemos, mas também o modo como nos experienciamos uns aos outros e como experimentamos as tradições históricas e as condições naturais da nossa existência e do nosso mundo.

Ultrapassando a tensão *Querelle des Anciens et des Postmodernes*, a crítica da ciência é uma questão cultural que enforma a concretização de uma elucidação do que é a evidência, a experiência, a demonstração. Desenvolvendo-se na base de uma grande transformação tecnológica, a ciência objetiva, a partir de Galileu, invadiu todo o campo do pensável e do praticável, com pretensão exclusiva à verdade, e cujos efeitos nas ideias de mundo e de homem passaram, frequentemente, despercebidos ou não refletidos, nomeadamente o fenómeno da “doença”.

A significação positiva da articulação clínica entre saúde e doença no horizonte do paradigma moderno caracterizou-se pela “naturalização” do olhar (o modelo da *coisa*) como instrumento exclusivo de acesso à verdade bem como pelo primado da experiência de objetivação do corpo, da doença e, em **última** instância, da saúde como perfeição e amortalidade (Illich, 1999).

No campo da bioética, particularmente na reflexão e questionamento sobre a crise do corpo, a problematização da relação com o mundo contextualizou a marca da doença como a redução progressiva da subjetividade ao seu corpo orgânico. A tentação de “reciclar” o corpo, na recusa da sua relação com a dor e com o sofrimento, é o reflexo da nova representação de um corpo-objeto “rearticulável”. A ideia de *saúde perfeita* (Illich, 2004) objetivada e definida como ausência de doença, dor e sofrimento, desapossa o corpo-próprio (Merleau-Ponty, 1945) naquilo que o define: as suas vivências, a dor e o sofrimento como afeção originária, logo não objetivável ou representável (Azevedo, 2007). A ideia de saúde é institucionalizada simbolicamente, em função do que as ciências biológicas institucionalizam como questões a resolver, mas como fuga às questões do sentido e do excesso. Pensá-lo significa pensar o corpo como corpo vivente, já que a conceção e conhecimento do corpo biológico o instituiu como uma totalidade *sem dentro*.

O modelo da coisa pressupõe, por conseguinte, uma familiaridade natural entre a linguagem e os eventos. Daí o exercício de controlo da razão sobre o sentido do real, enformando-o como conhecimento de objetos discerníveis, mensuráveis, quantificáveis: a verdade é aproximação ao objeto racional e experimentalmente determinado. Correlativamente à naturalização do olhar surge o tempo da confiança, ou seja, o tempo contínuo, progressivo, interpretativo, reconstruído.

Articular história, narrativa e tempo garante uma racionalidade aos acontecimentos, confere-lhe uma lógica e direção para as ocorrências e onde a ação humana adquire uma finalidade que obedece a um plano ideológico: é o tempo da estratégia de domínio e controlo dos acontecimentos e dos instantes; garante o domínio (aparente) sobre o que *ainda não é* e o que *já não é*, unificando numa ação inteira e completa o diverso constituído por circunstâncias, fins, meios, intenções e efeitos não pretendidos da ação. Em suma, a reificação do mundo e a experiência da continuidade funda a ideia de progresso na história, onde o tempo cumpre o papel de uma finalidade, destino e sentido, exalta a confiança e a aspiração a um futuro construído que se transforme em eterno presente: o passado é uma recomposição e o futuro torna-se uma composição.

A reabilitação do humano passa pela reconfiguração do conceito de pessoa como *diferença* e *alteridade*, espaço de intersecções de sentidos possíveis e acontecimento inacabado. Contra uma antropologia objetivista e biologista, o afirmar

a não identificação do eu com o corpo implica dizer que o significado humano do corpo é a pessoa humana que se exprime e realiza no mundo, na comunicação com o outro e no reconhecimento mútuo. Segundo Lévinas, “a experiência absoluta não é descoberta, mas revelação: coincidência do expresso e daquele que expressa” (1961, p. 37); o outro está presente numa experiência imediata (simbolizada pela nudez do rosto), “absoluta” e é-me radicalmente transcendente; o meu corpo é “a situação de um ser que se vê a si mesmo de um modo fundamental e já não accidental realizado no seu corpo” (Entralgo, 1989, p. 251). O corpo encarna, assim, a ordem do simbólico reavivando a ligação humboltziana da linguagem como visão e constituição do mundo em que a humanidade originária da linguagem significa, simultaneamente, a linguisticidade originária do estar-no-mundo do homem. A linguagem é, conseqüentemente, mediação e não instrumento (reflexivo ou concetual) da auto e (re)consciencialização do sujeito como unidade tensa de sistemas orgânicos e simbólicos, no seio da relação histórica e comunitária que estabelece com o outro. E essa mediação faz-se no tempo, entre um passado e um futuro “face ao qual o homem projeta e espera”.

Falamos, portanto, de um tempo da desconfiança, da decomposição e da desconstrução, onde o homem experiencia a corruptibilidade do tempo, mas a que opõe as suas construções com a finalidade de anular a distância entre a *espera* (futuro) e a *ocorrência* (presente), que já não são meras marcas mensuráveis. O contributo da fenomenologia é determinante na conceção da existência do tempo enquanto modo que afeta a nossa consciência: o tempo é a forma pura da espera para uma consciência. A espera, forma originária da transcendência, é a dimensão fulcral da confiança e o traço mais relevante da nossa incapacidade para o agora. Quando a espera predomina, o presente desvaloriza-se. A figura do precário e do finito diminui perante a promessa de infinito e eternidade. Reconfigura-se a nossa experiência temporal confusa, dispersa e, no limite, muda. O passado já não é objeto de conhecimento; é conteúdo psíquico e ôntico da própria consciência. Como presença, a consciência vive a sua própria morte; como espera, afasta-a. A espera não é expectativa, mas antecipação do que se espera. O que acontecerá é uma consequência de uma construção prévia a realizar. A antecipação e a projeção são dimensões estruturantes do conteúdo do tempo e do seu movimento (da consciência).

A dizibilidade da relação humana com o outro, no qual descobre o solo da sua finitude, transcende o modelo conceitualista da tópica metafísica do pensar e abre toda uma virtualidade metafórica, simbólica e lúdica que define os contornos ontológico-preconceituais da nova conceção de alteridade: pensar este outro é uma tarefa que implica, além de uma aceitação do seu sentido não totalizável nem subsistente, toda uma recusa da lógica apofântica tradicional quer pelo facto de esta

reduzir a articulação da abertura e compreensibilidade humana ao desvelamento do “ente tal como ele é”, quer pelo pano de fundo monológico que a sustenta (Gadamer). O discurso é articulação significativa da estrutura compreensiva do ser no mundo, do homem. A referência resolve-se no poder de mostrar a realidade comum aos interlocutores e é o aqui e o agora, determinados pela situação do discurso, que subministram a referência última de todo o discurso.

A abordagem hermenêutica sustenta, assim, a figuração da subjetividade e da identidade na constituição de uma ética narrativa onde a dimensão do saber técnico-científico e a representação subjetiva se completam no afinamento do diagnóstico/cuidados/cura, por dar conta da compreensão interpretativa que subjaz à diversidade de interações humanas no contexto e relação clínicas. São as representações e as formas de narrar as representações que são ‘confiadas’ ao médico, pelo paciente, que têm um impacto fundamental na relação entre cuidados e cura, e só é eticamente bom se ambos forem coautores do projeto terapêutico, no horizonte de uma ética relacional (Brody, 1994). A doença não equivale a uma maldição ou experiência transcendente: é, antes, uma forma enriquecedora de experienciar a nossa finitude.

## **2. A palavra como cura e a palavra como doença na experiência contrastiva**

Na experiência do cuidar ético do outro, em situação de doença e vulnerabilidade, perpassa um agir de narratividades da essência humana de sobrevivência onde a quem cuida é reconhecido e esperado o “poder sobre a vida e sobre a morte” (Almeida, 2011, p.746). Trata-se de proporcionar meios mecanismos para desenvolver a afetividade, a abertura para a escuta e o diálogo, pois estes são valores construídos pelo homem ao longo da sua existência. A isso acrescem as preocupações com a qualidade e melhoria das próprias organizações de saúde, como os hospitais, por as percebermos como espaços desumanizados e desumanizantes (Barbosa, 2012a, 2012b; Barbosa & Ferreira, 2011), onde se (re)criam narrativas que oscilam entre o desgaste profissional e défices relacionais e comunicacionais, e a necessidade de quem, há muito, transformou as suas “certezas da responsabilidade de cuidar” em “certezas da necessidade de cuidar” (Barbosa, 2012a). No hospital, potencial espaço de esvaziamento do sujeito, o médico ou o profissional de saúde são, também, testemunhas da procura de sentido.

A interação humana é um processo dinâmico de construção social, no qual as pessoas em ação interagem de modos imprevisíveis e complexos, construindo e interpretando as suas mundividências, as organizações e a sociedade. Só a implementação da metodologia narrativa (Connelly & Clandinin, 2004), do “intros-

petivo, extrospectivo, retrospectivo, prospetivo e situado em um lugar” (Connelly & Clandinin, 2004, p. 84), (Connelly & Clandinin, 2004, p. 84) permite olhar a pessoa na experiência do seu cotidiano, entendendo-a nas histórias de quem é e quem os outros são. As narrativas singulares oferecem alternativas de ação numa situação conflitual desempenhando uma função pedagógica nada negligenciável: “Na situação clínica da relação médico-paciente, propriamente falando, a narração (enquanto narrativa de si mesma) é afirmação de um poder (re)encontrado pela pessoa na sua própria existência, testemunhando a apropriação de uma vivência. Na relação terapêutica, a narração constitui-se como alternativa à concepção normativa e prescritiva da ética, onde num discurso frequentemente técnico, frio, por vezes ‘incompreensível’, médico e paciente se situam em polos opostos do espaço interlocutivo, numa espécie de relação dual.

A narrativa como registo da fragilidade humana tem um carácter unificador e articulador de um passado com um presente, muito importante para a tarefa de reconfiguração da identidade (fragmentada, ou não), e do seu equilíbrio. Pela dimensão narrativa, face à doença ou à morte, o paciente colmata aquilo que vivencia como ‘brecha’ na sua história pessoal, ao mesmo tempo que permite ao médico a possibilidade de, não se refugiando num discurso técnico-científico, ultrapassar a visão clássica e reificadora da vulnerabilidade do paciente como simples objeto de uma doença” (Azevedo, 2005). À medida que os indivíduos interpretam o seu passado encerrado nessas mesmas histórias, encontramos resposta para as possibilidades de considerarmos a narratividade dos atores em saúde no “espaço tridimensional” (Clandinin, 2004, p. 84) da transição temporal em que ocorrem, na atenção ao passado, presente e futuro de pessoas, lugares, coisas e acontecimentos, da socialidade onde se consideram as condições pessoais em simultâneo com as sociais e do espaço ou sequência de espaços onde os acontecimentos acontecem.

Inserindo-se na concepção e desenvolvimento de projetos de ação, a investigação em torno das narrativas biográficas é imprescindível para o desenvolvimento da intercompreensibilidade conducente a uma definição comum da situação onde se inscreve a ação. Ao integrar-se numa atividade intercompreensiva, o trabalho em torno das narrativas biográficas permite que o autor não só se reconheça como «um mundo com o qual pode manter uma relação reflexiva» (Habermas, 1987a, p. 427), mas também que estabeleça relações com o mundo, também elas marcadas pela reflexibilidade. Neste caso, o médico é um analista de narrativas que estuda “menos a conduta dos atores do que a sua autoanálise” (Touraine, 1984, p. 206) com o intuito de fazer perceber de que “forma e com que força as condutas de produção da sociedade estão também presentes noutras condutas que podem ser analisadas ou apercebidas noutros níveis da vida social” (id., p. 207), isto é, com

o intuito de “extrair uma significação de uma prática complexa e fazer reconhecer que é portadora de sentido para outros aspetos da ação (ibid.). Daí a dificuldade em articular a dimensão narrativa da existência (identidade pessoal e identidade narrativa) com a dimensão normativa. A estreiteza da discursividade biotecnológica na redução da experiência de si à sua corporeidade, na situação clínica conduziu à redução da pessoa que espera ser reconhecida como sujeito doente, a objeto de uma doença.

O reconhecimento do saber experiencial não se limita a validar os saberes experienciais, como também permite que o indivíduo se aproprie de competências necessárias para que se reconheça nas suas próprias experiências; por conseguinte, não se trata de um reconhecimento apenas retrospectivo, mas também estruturante da ação; como assinala Habermas: “os acontecimentos passados de uma biografia são, a todo o momento, submetidos ao poder de uma interpretação retrospectiva (...) cujo quadro interpretativo presente num dado momento é determinado por um futuro antecipado” (Habermas, 1987a, pp. 186-187).

### **3. Do sentido de uma revolução copernicana na relação clínica**

É pela vinculação situacional do sujeito (pela mediação entre a história e o presente) às condições práticas do conhecimento que todo o processo interpretativo se torna correlativo da decisão ética. A aplicação ética do discurso mantém a diferença entre a comunicação ideal do discurso argumentativo e narrativo e as condições fácticas da sua realização.

Daí a defesa da necessidade de uma revolução copernicana na relação clínica, na defesa, por um lado, do retorno do sujeito e a reflexão sobre o corpo-vivido naquilo em que ele não é objetivável e, de outro, na defesa do princípio da narrativa como espaço dialógico de escuta e de interpelação, relação (dia)lógica entre sujeitos/objetos que se narram, construindo-se nessa narrativa. O interesse pela narrativa é o de reconhecermos aos sujeitos o “direito e a dignidade de serem narrativa” (Latour, 1991, p. 123) e de considerarmos as estruturas do mundo vivido como regras gerais de interpretação, segundo as quais o autor define a situação da vida quotidiana e se define a si próprio (Habermas, 1987b, p. 145) – *eu sou o que me narro*, ou seja, a minha identidade não me é dada imediatamente, antes é conhecida através das palavras/ discurso que a inventam.

O quadro multicultural do hospital contemporâneo e a pluralidade e conflito de convicções e interpretações exige um trabalho em torno das “histórias experienciais” que desenvolva dispositivos de escuta e de interpretação das experiên-



cias passadas e dos saberes a elas associadas para promover uma rearticulação e recontextualização que as projete no futuro. Narrar não é descrever; é reescrever. Interpretar a narrativa experiencial não é interpretar objetivamente o presente como um encadeamento causal de um passado, é subjetivá-los para os projetar no futuro. Desta forma legitima-se a regulação da prática médica com o recurso a biografias narradas na constituição de uma ética do sentido como horizonte da metodologia da narração.

As representações e os modos de narrar as representações têm um impacto fundamental na relação clínica: só será eticamente boa se médico e doente forem coautores do projeto terapêutico (contrato deliberativo): o sentido de dor/ sofrimento/ dignidade deve ser partilhado não em torno da noção de qualidade de vida, antes do respeito pela vulnerabilidade no contexto da responsabilidade, da solicitude (Ricœur, 1990), da solidariedade social. Os princípios de autonomia, de dignidade, de consentimento informado, de vulnerabilidade, nomeadamente, querem-se universais, mas vivem-se de modo subjetivo. O seu princípio fundamental é o de interditar ver no outro um meio, um objeto, uma reificação.

#### **4. O primado do *acontecimento* na intencionalidade e consciência bioética**

O projeto terapêutico mais do que condição da coerência de uma ética, implica a interrelação responsável entre ambos. Neste horizonte, a intencionalidade de uma consciência bioética assinala os limites de todo o saber circunscrito pelo primado do acontecimento, da aplicação (Gadamer, 1988). As ‘crises’ exigem que a inscrição de um projeto terapêutico se reinscreva na coerência de uma narrativa de vida (importância da narrativa de si mesmo). Na escuta da narrativa, a capacidade de análise é balizada pela constituição do fio condutor que constrói a coerência entre os acontecimentos e a sua representação (narrativa do doente). São as narrativas que oferecem à experiência moral a singularidade e, simultaneamente, a norma da sua configuração. Não é só a experiência do tempo que é refigurada pelas configurações narrativas, mas também a experiência moral sob o signo da sabedoria prática, a reflexividade e a dialogicidade. São as dificuldades do exercício do critério de universalização das máximas da ação que conduzem do nível abstrato da obrigação (formalismo) ao nível concreto da sabedoria prática, ou seja, ao da decisão nas situações concretas, singulares, e de incerteza. Aqui encontramos a deliberação em comum, a tomada de decisões em situação que Aristóteles apresentava sob a égide da *phronesis*. Não se pode tratar um doente sem estar atento à singularidade dos seus valores, das suas convicções; tratar é

dar resposta ao sofrimento mesmo que nem sempre traga a cura (cf. Gadamer, 2001). Por outras palavras, a integridade da pessoa é limite da adaptação do corpo singular a uma normatização.

A afetividade fundamental é um traço fenomenológico concreto da vida concreta e fundamento inabalável da herança cartesiana, que definiu o homem como um ser que sente (cf. Henry, 2000): mesmo o ‘ver’, na medida em que é um ver vivente é sempre *pathos*. Distanciando-se da análise à estrutura ontológico-existencial da morte (Heidegger, 1985, p. 184), onde a morte é hipóstase do estar-no-mundo do *dasein*, M. Henry sustenta que o Eu faz a experiência da vida e da morte na experiência da vida enquanto tal. A experiência da morte, como “morte da vida”, é uma hipertrofia, uma ilusão, já que aqui a vida deixa de surgir como primado da sua aparição para que todos os atos sejam determinados apenas pelo eu. O mundo da morte interior é mundo da representação do visível, da objetividade, em que o eu é capaz de se refletir como ‘suas obras’, a que não é alheio a marginalização de todos os fenómenos que englobam um modo oculto de se manifestarem em detrimento do crescente cientismo e tecnicismo do mundo-da-vida com objetivos de domínio ou manipulação da existência e da morte. Não é sem razão que Husserl distingue na morte o eu empírico do eu transcendental para lhe reservar a eternidade do poder-lembrar ilimitado como mónada, experienciar em tal infinito não o fim da egoidade, mas um Eu que está eternamente latente (cf. Alter, 1993).

A experiência da morte não pode excluir por princípio a experiência da vida; pelo contrário, só é possível dentro dela.

Após os confrontos ideológicos e epistemológicos acerca do modo do ser-aí, a noção de pessoa assume-se como fundamento de um processo, de uma configuração como projeto e acontecer inacabado. Nesta nova subjetividade e, concomitantemente, neste modo de pensar o humano perpassa um novo conceito de reconhecimento que sujeita o alargamento da razão cognitivo-instrumental, demonstrativa, à racionalidade ético-prática, argumentativa, fronésica, esta sim, orientadora da dimensão praxística do homem no mundo. No mundo natural e social, possuidor de um *ethos* próprio, confluem sentidos vários e que arrastam percursos individuais, comunitários, sociais e planetários. Aqui, a experiência da solidariedade é a de encontro com o outro, constituindo-se no primado da relação interlocutiva. A subjetividade é realidade diferencial: o *quid* antropológico só se torna compreensível quando assumido na sua identidade e alteridade constitutivos.

## **Bibliografia**

- Almeida, M. (2011). A ordem Médica e a desordem do sujeito na formação profissional médica. *Revista de Bioética*, 19(3), 9.
- Alter. (1993). *Revue de phénoménologie: «Naître et mourir»* (Vol. 1). Paris: Alter.
- Azevedo, S. (2005). *Dor e sofrimento: A (re)configuração/figuração da experiência na situação clínica*. Paper presented at the AFFEN.
- Azevedo, S. (2007). Passivity and Fundamental Life's Experience in Michel Henry's Thought *Phenomenology of Life - From the Animal Soul to the Human Mind. Book II* (Vol. Vol. 94, pp. 550).
- Barbosa, S. M. (2012a). *A Escola-Cidade e a Vinculação Educativa: estudo narrativo da construção da qualidade singular*. (Prova de Qualificação do Programa Doutoral em Ciências da Educação), UP.
- Barbosa, S. M. (2012b). *Os Atores estão Disponíveis para a Autoria? Histórias de uma Transeunte nas Narrativas da Educação e da Escola*. Paper presented at the III Jornadas das Histórias de Vida em Educação, FPCEUP.
- Barbosa, S. M., & Ferreira, E. (2011). *A Marca de Excelência: Os Processos Educativos e Relacionais na Qualidade em Educação*. Paper presented at the XI Congresso SPCE Guarda.
- Baudrillard, J. (1991). *La transparencia del mal. Ensayo sobre los fenómenos extremos*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Brody, H. (1994). My story is broken; can you help me fix it? *Medical ethics and the joint construction of narrative*, 13, 13.
- Clandinin, M. C. J. (2004). *Pesquisa Narrativa - experiências e histórias na pesquisa qualitativa*. Uberlândia: Minas Gerais: Editora da Universidade Federal de Uberlândia.
- Connelly, F. M., & Clandinin, D. J. (2004). *Pesquisa Narrativa - experiências e histórias na pesquisa qualitativa*. Uberlândia - Minas Gerais: Editora da Universidade Federal de Uberlândia.
- Entralgo, L. (1989). *El Cuerpo Humano. Teoría Actual*. Madrid: Espasa Calpe.
- Fukuyama, F. (1999a). La fin de l'histoire, dix ans après. *Le Monde*, 17 juin.
- Fukuyama, F. (1999b). Pensando sobre el fin de la historia diez años después. *Diario El País, Madrid*, 17 junio, nº 1140.
- Gadamer, H.-G. (1988). *Verdad y método, I*. Salamanca: Ediciones Sígueme.
- Gadamer, H.-G. (1998). *Philosophie de la santé*. Paris: Grasset et Mollat.

- Gadamer, H.-G. (2001). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.
- Habermas, J. (1987a). *Théorie de l'Agir Communicationnel I*. Paris: Fayard.
- Habermas, J. (1987b). *Théorie de l'Agir Communicationnel II*. Paris: Fayard.
- Heidegger, M. (1985). *Être et Temps* (Martineau, Trans.). Paris: Authentica.
- Henry, M. (2000). *Incarnation. Une philosophie de la chair*. Paris: Seuil.
- Illich, I. (1976). *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. New York: Pantheon Books.
- Illich, I. (1999). L'obsession de la santé parfaite. *Manière de voir*, n° 29.
- Illich, I. (2004). In Fayard (Ed.), *La perte des sens*. Paris.
- Latour, B. (1991). *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*. Paris: La Découverte.
- Levinas, E. (1961). *Totalité et Infini. Essai sur l'extériorité*: Den Haag.
- Lledó, E. J. M. a. (1991). *Ética día tras Día* Madrid: Ed. Trotta.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *La phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil.
- Touraine, A. (1984). *Le retour de l'acteur*. Paris: Fayard.