

Produção de Saúde como Afirmação de Vida'

Health Production as a Life Statement

Márcio Luis Costa

Filósofo. Doutor em Filosofia, Docente e Pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco.

Endereço: Rua 14 de julho, 4.213, Bairro São Francisco, CEP 79010-470, Campo Grande, MS, Brasil.

E-mail: marcius1962@gmail.com

Anita Guazzelli Bernardes

Psicóloga. Doutora em Psicologia. Docente e Pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco.

Endereço: Rua Rua Amazonas, 1525/62B, Vila Gomes, CEP 79022-130, Campo Grande, MS, Brasil.

E-mail: anitabernardes@ig.com.br

| Este texto faz parte da discussão teórica de um Projeto de Pesquisa que conta com financiamento do CNPQ.

Resumo

Este artigo discute o conceito de saúde e doença como forma de contribuir para o debate e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Explora-se as possibilidades de articulação entre a Psicologia Social e a Fenomenologia de Lévinas. A articulação permite percorrer o solo de construção da saúde como ausência de doença, para a saúde como forma de produção de diferença, de alteridade e vida. Este texto discute o conceito de saúde e doença no marco da episteme moderna; a partir disso, a reflexão encaminha-se para a discussão de novos marcadores, como o nome próprio, o simulacro e o tempo, identificados como outras formas de operar com a saúde desvinculada do conceito de doença, o que permite pensar o conceito de saúde articulado aos de produção e alteridade.

Palavras-chave: Produção de saúde; Alteridade; Afirmação de vida; Modelo biomédico.

Abstract

This paper discusses the concepts of health and disease as an attempt to contribute to both the debate on and implementation of the Brazilian Health System (SUS). The possibilities of articulation between Social Psychology and Levinas' Phenomenology have been explored. Such an articulation allows for the trajectory from the construction of health as absence of disease, to health as a form of production of difference, otherness, and life. This text discusses the concepts of health and disease according to the modern episteme; from this point on, the reflection is directed to the discussion of new markers, such as name, simulacrum and time, identified as other forms of operating with health, one which is disassociated from the concept of disease, allowing us to think of the concept of health as being articulated with those of production and otherness.

Keywords: Health Production; Otherness; Life Statement; Bio-Medical Model.

O objetivo deste texto é colocar em discussão o conceito de saúde e doença como forma de contribuir para o debate e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Colocar em análise noções de saúde e doença abre a possibilidade de uma discussão conceitual que pretende servir como coordenada para pensar de forma diferenciada a saúde no contexto do SUS. Isso significa operar com o conhecimento como invenção, ou seja, esse não é considerado como a busca por uma verdade e a totalização de um objeto e sim como um dispositivo para pensar diferente de como se vem pensando o tema da saúde nesse contexto. Neste caso, pretender que o texto possa contribuir para o debate sobre a implementação do SUS, inscreve-o em um conjunto de estratégias heterogêneas para educação permanente em saúde que não se reduzem ao arcabouço tecnológico, mas, implicam também os aspectos éticos e políticos de pensar em saúde.

A reflexão toma como eixo de problematização os conceitos de produção de saúde e alteridade, considerando-se as condições epistemológicas produzidas na modernidade que conformam o ponto de partida para a discussão: o conceito negativo de saúde.

Além das condições epistemológicas produzidas na modernidade, outro eixo que permite a problematização do conceito de saúde, porém na contemporaneidade é o movimento de Reforma Sanitária no Brasil. O processo de Reforma Sanitária no Brasil ao colocar em análise a saúde, tanto do ponto de vista tecnológico quanto epistemológico, termina por abrir a possibilidade de uma reflexão onto-fenomenológica neste campo.

Quer-se explorar as possibilidades que nascem da articulação entre a Psicologia Social, na sua conformação teórica engendrada pelo institucionalismo, e certa classe de Fenomenologia anarquológica produzida por Lévinas (1974), para grafar as coordenadas de uma carta de navegação que nos permita sulcar as águas dos conceitos de saúde, produção e promoção dentro da discussão das políticas públicas do SUS. A carta de navegação/orientação elabora-se a partir dessa chave que nos permite acessar a coordenadas cartográficas de um processo de produção, e não de representação de um objeto, no caso a saúde. Por coordenadas cartográficas de um

processo de produção e não representação, significa operar com uma lógica que perscruta as condições para um objeto existir tal qual ele aparece e não o sentido atribuído a esse objeto. Não pretendemos trabalhar com a saúde tal como está dada, mas com as condições e os processos que permitiram que chegasse a estar dada tal como está. Dessa forma, transita-se da saúde como significado de um ato conceituado na linguagem ordinária e científica para a abordagem de um conjunto de atos conceituados que edificam um complexo jogo de articulação de significados.

Este complexo jogo de articulação de significados está constituído de um conjunto de objetos-conceitos e suas articulações, o que produz uma convergência capaz de conformar um determinado fenômeno como um objeto dado - neste caso, saúde. Muito embora a saúde seja um fenômeno resultado de sua fenomenalidade, isto é, da articulação de suas condições de possibilidades objetivadas, invariavelmente é encontrada na linguagem ordinária e científica emergindo como um objeto-conceito dado e desprovido de condições de possibilidade. Ao tornar-se um objeto, ou seja, uma forma que é possível ser pensada, vivida e falada a saúde naturaliza-se em termos de formas de significação e perde/afasta-se das condições que a tornam possível de ser pensada, vivida e falada da forma como é.

Essa redução do fenômeno e de sua fenomenalidade a um objeto-conceito dado que emerge na linguagem cria um problema para a própria saúde: a reduz a puro objeto. Diferentemente dessa redução, o caso-pensamento desta reflexão é a saúde e suas condições ontológicas. A doença, ontologicamente objetivada pelo discurso da episteme moderna, é o limiar para a abordagem da saúde como tema. É o discurso onto-epistêmico da modernidade “sobre a doença” que conforma o discurso derivado e negativo “sobre a saúde”: a saúde é não doença.

Os conceitos-problema para analisar a saúde serão a promoção e a produção. Esses conceitos-problema são compreendidos como condições ontológicas, de um lado, de ruptura com o discurso derivado e negativo sobre a saúde e, de outro, de proveniência de outras possíveis conformações da saúde.

A evidência empírico-científica da doença forja as condições ontológicas necessárias para que a saúde

adquira o seu próprio *status* ontológico e, assim, a doença devesse ser tema. A evidência empírico-científica da doença cria a necessidade de um contrário em termos de finalidades de não doença, ou seja, a partir da circunscrição do que é doença se estabelecem as possibilidades de pensar a saúde. Os arranjos epistemológicos que constituem a tematização da doença criam um acesso que permite abordar a saúde como tema.

Ao se conferir *status* ontológico à saúde como sendo ausência de doença, esta termina por criar uma problemática situação de bipolaridade, em que doença e saúde estão numa relação de oposição. Essa oposição termina por afirmar a saúde pela negação da doença.

A saúde afirmada pela negação da doença desvela os limites das ciências da doença nos seus intentos de abordar tematicamente a saúde. A saúde não se rende nem ao enfoque, nem à linguagem empírico-científica; desliza permanentemente, transcende e trans-ascende (Lévinas, 1971), para além e para cima, em níveis que escapam à ordem do discurso científico. A saúde escapa à ordem do discurso científico quando se equaliza à vida como potência de permanente invenção de modos de existência; desse modo, a doença não é um impeditivo no sentido regulativo para as possibilidades de vida. Há formas de viver que insistem e resistem à doença.

Não obstante, a saúde não é inacessível; a linguagem ordinária alberga uma experiência de acesso à saúde como vivência. Dessa experiência, de forma surpreendente, saltam expressões do desejo de saúde, de tal modo que esta termina por tornar-se condição ontológica desejante para novas possibilidades de vida, inclusive desejos de não doença.

Este texto discute, em um primeiro momento, o conceito de saúde e doença no marco da episteme moderna; a partir disso, a reflexão encaminha-se para a discussão de novos marcadores, como o nome próprio, o simulacro e o tempo, identificados como outras formas de operar com o conceito de saúde desvinculado do conceito de doença; esses marcadores permitem pensar o conceito de saúde articulado aos de produção e alteridade. Com isso, quer-se apontar elementos que permitem novas disposições epistemológicas que dialogam com a episteme moderna.

O Conceito Ontológico de Doença e a Produção Derivada do Conceito Negativo de Saúde

A episteme moderna tem uma pretensão emancipatória em relação aos grandes relatos míticos, religiosos e literários e ao seu poder de organizar de forma dominante a vida cotidiana, substituindo-os por metanarrativas científicas. Essa pretensão faz da ciência não só um modelo explicativo e uma prática instrumental, mas também um ideal regulativo (Hinkelammert, 1990) de progresso da humanidade, isto é, a concepção de que a humanidade deve progredir de maneira ascendente em uma dada direção. Partir de uma episteme moderna para analisar o conceito ontológico de doença e a produção derivada do conceito negativo de saúde significa considerar a modernidade como princípio relativo, e não como um fundamento ou origem dessa relação entre doença e saúde (Foucault, 1970).

Como limites da episteme moderna, entende-se tanto os aspectos sociológicos quanto filosóficos que a circundam. No que tange aos aspectos sociológicos, a episteme moderna emerge por volta do século XVI na Europa Ocidental, apresentando como marcas a formação gradativa de Estados-Nação, que cria um novo campo de necessidades, entre elas as formas de administração da relação Estado-cidade-população (Foucault, 1992, 1995). A filosofia moderna é marcada pelo racionalismo metódico de Descartes (1996) que inaugura uma possibilidade de articulação da ciência matemática com a filosofia que irá encontrar-se com o empirismo das ciências naturais, o que influenciará os arranjos do pensamento nos séculos seguintes e recairá sobre o Estado na sua forma normativa de administrar a vida, como por exemplo, a política de Hobbes (Hobbes, 1999), a moral kantiana (Kant, 1964) e a filosofia do direito de Hegel (1997).

Os limites da episteme moderna não se esgotam em termos temporais. Ou seja, ainda na contemporaneidade, encontramos essa racionalidade operando tanto epistemologicamente como sociologicamente, daí a necessidade de reflexão sobre seus efeitos em uma ontologia da saúde. Porém, nos séculos XVIII, XIX e XX encontram-se rupturas que farão uma crítica a essa episteme moderna: a escola da suspeita,

com Nietzsche, Marx e Freud (Ricoeur, 1965); a escola de Marburgo, com Cohen e Rosenzweig (Moses, 1982); a escola de Frankfurt, principalmente com Horkheimer (1990).

A ciência é efeito e ferramenta da episteme moderna, ou seja, um arranjo de proposições e articulações que moram na linguagem dita científica e objetiva que, como sustenta Deleuze (2009, p. 2), tende a fechar-se “em linhas de força intransponíveis” que impõem “contornos definitivos”. Estes contornos, por um lado, constroem-se a partir de certo número de condições políticas e institucionais, como a organização dos Estados-Nação e das políticas de governo das cidades e população. Por outro, de certas construções filosóficas, como o racionalismo metódico cartesiano, o positivismo comtiano e o cientificismo. Por outro ainda, termina por influenciar a remodelação da sociedade, das instituições, do Estado, da filosofia e da própria ciência. Tanto as condições políticas e institucionais quanto as científicas e filosóficas da episteme moderna abrem um campo para a saúde e a doença tornarem-se objeto da ciência.

A ciência moderna constitui-se como disciplina do corte de precisão, uma delicada e metódica operação que conclui sempre na delimitação de um determinado objeto apreensível, verificável, mensurável e controlável. O corte e a precisão tornam-se ferramentas de objetivação das edificações da episteme moderna dentro e fora das ciências. Para Foucault (1992, p. 71), a episteme moderna constitui-se como uma “*máthêsis*, entendida como ciência universal da medida e da ordem”. O corte e a precisão permitem uma forma de “taxionomizar” os fenômenos da vida cotidiana como objetos quantitativamente mensuráveis, matematizáveis e ordenáveis, criando, com isso, um “corpus” explicativo e hipotético-dedutivamente ordenado com pretensões metanarrativas de universalidade modelar e performatividade técnica e tecnológica.

Outra característica da episteme moderna é a centralidade do EU, instância que funda, na distância e na solidão metódica cartesianas, a separação e a relação entre o sujeito e o objeto na construção do conhecimento. O EU moderno, impreterivelmente, é o sujeito singular do conhecimento, tal como sugere criticamente Foucault (1992, p. 67): “ora, não há co-

nhcimento verdadeiro se não pela intuição, isto é, por um ato singular da inteligência pura e atenta, e pela dedução que liga entre si as evidências”. Este pretenso transcurso linear da episteme e da ciência moderna estende-se até o giro linguístico onde a linguagem, em lugar do sujeito, guarda as pretensões de univocidade semântica na construção conceitual do conhecimento científico (Wittgenstein, 1995).

A episteme moderna é também portadora de um mecanismo de inflexão sobre si mesma. Ela é capaz de realizar o movimento de fazer-se objeto de uma epistemologia da ciência que circunscreve os seus limites ontológicos do é e do não é, a partir da demarcação criteriológica entre comparação, descrição, interpretação e juízos de fatos e valores, mediante mecanismos de medida e ordem, como conteúdos do ideal regulativo da modernidade, tal como foi anteriormente indicado.

Um desses mecanismos de medida e ordem é a concepção cronológica do tempo como fundamento do progresso da construção do humano e da civilização. Na perspectiva moderna, o humano e a civilização são forjados linearmente no tempo cronológico e no espaço ontológico e em expansão de ocidentalização dos costumes. Isso significa trabalhar com um modelo taxionômico que inscreve o humano e a civilização numa representação de escala temporal de ponto a ponto contínuo e progressivamente ascendente. Uma das formas de inscrição no humano e na civilização dessa temporalização cronológica encontra-se no fenômeno que relaciona vida, doença e morte, objetivadas pelas ferramentas do progresso linear e contínuo.

Esse mecanismo de medida e ordem também demarca criteriológicamente e serve como princípio taxionômico das formas de classificação e divisão da própria ciência. No discurso da epistemologia da ciência, a ciência se “taxionomiza” (Foucault, 1992).

A modalidade taxionômica das ciências modernas, em especial a ciência médica, permite transitar entre uma perspectiva de uma abordagem científica da vida como fenômeno natural, ou seja, das funções do organismo humano, à vida como fenômeno relativo às populações humanas, como as taxas de mortalidade, natalidade etc.

As ciências médico-biológico-empiricistas ocupavam-se de abordar de forma sistemática e

ordenadora do tema da vida e da doença e as formas de controle sanitário da vida da população, de modo a inscrever-se tanto no âmbito da mecânica do corpo/organismo - medicina clássica - quanto no da população em seu conjunto - medicina social. Ambas as formas articulam a vida à dimensão corpo/organismo, o que permite a representação de certa forma humana individualizada, e aos agrupamentos humanos, o que cria outro tipo de representação: o humano em sociedade. Essas características da ciência médica tornam-se possíveis também por razões institucionais: é do interior dos hospitais, mediante procedimentos de ordenamento e sistematização que focalizam em um primeiro momento a arquitetura para depois recair sobre os corpos dos indivíduos, que é possível uma modificação na ordem do saber e da prática médica, que a torna um instrumento terapêutico, de cura de doenças. Por outro lado, no espaço urbano, a medicina torna-se um instrumento de Estado na medida em que as cidades tornam-se um foco de perigo em razão de epidemias, pobreza, crescimento demográfico desordenado, entre outros problemas sanitários e sociais (Foucault, 1985). Isso marca, na episteme moderna, a emergência de políticas públicas de saúde, que operam inicialmente com o controle epidêmico por meio de ações sanitárias no espaço urbano e de ações de ordenação espacial, do ar, da distribuição de pessoas nos hospitais.

Considerando-se que as representações são mecanismos que operam na linguagem e que esta última é a morada do ser, segundo Heidegger (1989), transita-se do discurso taxionômico de uma episteme moderna das representações ao limiar de uma pretensa estrutura ontológica que se universaliza como princípio de inteligibilidade da saúde-doença e da vida-morte. Essa pretensa estrutura ontológica reifica as representações, dando-lhes um realismo fantástico. No campo ontológico da reificação, é possível operar com a vida só como fato, sem a necessidade de incorporar elementos formais, como, por exemplo, as questões de sentido.

A ciência opera com a representação tornada possível, linguisticamente, pela episteme moderna. Esse recurso de representar, isto é, substituir coisas por palavras, possibilita tanto a construção da estrutura ontológica quanto o próprio progresso da ciência, na medida em que a representação se torna

um mecanismo linguístico de validação da realidade: quanto mais refinada a representação, mais real ela se torna - aliás, quanto mais sofisticada a representação, menos é considerada representação e mais é considerada realidade.

Dentro do campo ontológico de inteligibilidade biomédica, a doença é uma disfunção da vida nos limites da morte. Essa forma de objetivação da doença acaba por torná-la objeto/marcador somático necessário para o desenvolvimento do humano, da civilização e da própria ciência dentro da perspectiva moderna de progresso e emancipação. Isso acontece pela necessidade criada pela modernidade de superação dos limites do que se estabelece como natureza humana: o corpo/organismo.

Nesse sentido, é interessante ressaltar que a Filosofia, muito antes que a biomedicina, pensou o tema da morte como estrutura e marcador ontológico da finitude dos entes vivos. Entretanto, a finitude do ser objetivada pela Filosofia, por exemplo, o tema do ser para morte pensado na ontologia de Heidegger (1989), migra para o espaço da ciência biomédica, não como estrutura ontológica da vida, e sim como fato somático a ser adiado. O ser que vive, se reproduz, fala, trabalha e simboliza sua vida e sua morte é objetivado pelo discurso da ciência moderna, que afirma a vida como um fato que termina assumindo a forma mitificada de máximo valor e mistifica a morte como um inimigo a ser combatido ou, ao menos, adiado no tempo, na medida em que a angústia diante da morte se apresenta como um problema na modernidade e não em organizações sociais anteriores, como por exemplo nas civilizações egípcia, cristão/medievais, e para algumas etnias indígenas na América Latina contemporânea como os bororos. Nos casos em que se decide pelo deixar morrer, o critério é ainda a vida como valor máximo. Trata-se de um investimento/sacrifício como gerenciamento seletivo de recursos para mais vida, dentro de uma perspectiva mercadológica de menor custo e maior benefício, como uma das expressões da modernidade.

A maximização do valor da vida justifica tanto o deixar morrer quanto o progresso que gera as mediações para mais vida. As mediações para mais vida são as mesmas que curam a doença, evitam a morte e aumentam a perspectiva de projeção da vida

no tempo. O tempo vivido, para a ciência médico-biológica, passa a ser objeto de projeção/expectativa de mais vida. O controle do tempo vivido é o controle da morte iminente, adiada no tempo. Viver é controlar a doença e adiar a morte.

O tempo seria a medida da evitação da morte. Essa medida torna-se a ferramenta de mensuração do desenvolvimento humano, social e científico, ou seja, quanto mais se vive, melhor controle se tem da doença e maior eficácia pode-se atribuir à ciência, pelo menos à biomédica. Esta eficácia pode ser traduzida a números que pretendem qualificar as políticas do Estado moderno para a saúde.

As considerações anteriores apontam para um possível modelo epistemológico de sustentação de um discurso sobre a saúde a partir da doença. Esse discurso constrói-se a partir da objetivação da existência mediante um marcador espaço-temporal (soma-tico). O marcador soma-tico torna-se condição ontológica para a conceituação de saúde como negativo de doença. O marcador soma-tico, espaço-temporal, é o observável objetivado que permite inferir uma estrutura ontológica que fundamenta a relação de dependência conceitual entre saúde e doença. Como escreve Camargo Jr (2005, p. 181): “De qualquer modo, as dimensões da racionalidade médica ocidental estarão, desde então, sempre referidas às doenças [...] A própria definição de saúde, apesar dos inúmeros esforços em contrário, é assumida como a ausência de doenças”.

A condição ontológica repousa na linguagem. Esta, por sua vez, é coletiva e está carregada com arranjos institucionalizados que se fazem presentes em todo o processo de objetivação, inflexão e conceituação. Nesse sentido, é possível afirmar que o conceito negativo de saúde advém dos arranjos institucionalizados sobre doença na linguagem que tenta definir saúde. A ciência, não apenas em termos epistemológicos, mas também institucionais produz arranjos linguísticos sobre a doença.

Essa linguagem que tenta disponibilizar uma definição de saúde pela doença termina sendo condição ontológica de certa experiência de saúde e de um conjunto de representações sobre doença-saúde na tradição discursiva das comunidades humanas, ou seja, uma linguagem que disponibiliza conceituações conforme uma tradição discursiva. O tempo

como adiamento da morte e o espaço como recuperação da liberdade cotidiana de movimento pela cura da doença e obtenção da saúde são outras duas construções sincrônico-mecânicas disponibilizadas no cerne dessa mesma linguagem.

Sem entrar no mérito das discussões sobre o tema da condição primeira, a epistemologia e a ontologia são uma condição para a outra. Ambas tornam a doença um campo de visibilidade e dizibilidade circunscritos por uma experiência espaço-tempo mediante a qual se deriva a experiência/conceito de saúde como negativo de doença.

Esse campo de visibilidade e dizibilidade da doença/saúde constitui-se de enunciados científicos e não-científicos. Estes últimos aparecem de forma predominante na linguagem ordinária.

Na linguagem ordinária, por exemplo, é possível encontrar construções de doença/saúde que são da ordem do vivido. Essa construção na linguagem, mais que conceito e definição, assemelha-se a nomenclaturas: nomes que escapam à ordem do discurso da ciência e permanecem exteriores (Foucault, 1990) à quadratura onto-epistêmica da conceitualidade básica do conhecimento científico. O plano da exterioridade provoca a quadratura onto-epistêmica como uma alteridade, mais que uma simples diferença interna.

Para produzir um discurso sobre saúde que não esteja referido à doença, torna-se necessária a produção de outros marcadores distintos dos ontológicos e epistemológicos modernos, e também por aquilo que aponta Camargo Jr (2005) sobre a biomedicina na medida em que é o solo das políticas públicas de saúde no Brasil ao longo do século XX, mas que se depara com o movimento da Reforma Sanitária na tentativa de marcar um outro campo tanto epistemológico quanto prático:

A Biomedicina, apesar de sua pujança técnica (ou talvez por causa dela), vem sendo criticada sistematicamente e severamente por suas mazelas. É evidente que essa situação tem uma miríade de determinantes, como as opções de política econômica, o impacto da organização dos setores público e privado na assistência à saúde, as deficiências na formação profissional, os interesses econômicos mais ou menos explícitos das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos. (Camargo Jr, 2005, p. 196)

Outros Marcadores: nome próprio, simulacro e tempo

Como artifício para circunscrever um campo de reflexão sobre a saúde, tomando o cuidado de não cair nos extremos da totalização ontológica, utilizam-se como intercessores as ferramentas: nome próprio, simulacro e tempo.

Em relação à primeira ferramenta - nome próprio - a discussão será inicialmente sustentada a partir da ontologia de Heidegger (1989). O autor parte da pergunta que interroga por que há ser e não há nada. Tal interrogação abre a possibilidade de colocar que aquilo “que é ser” e “não é nada” está aí, dado sem mais à vivência e poderá ou não se tornar disponível na linguagem com nome próprio e/ou conceito.

Este “estar dado aí”, mais que um estado, é um acontecimento, cuja condição primeira, de não tem um caráter causal nem originário, tampouco cronológico; também não se refere às modernas disputas sobre a anterioridade do objeto em relação ao sujeito do conhecimento como propunha o racionalismo cartesiano. Estar dado aí é um murmúrio de que há ser e não há nada, onde murmúrio não é nome nem conceito, é a contorção da linguagem para conter minimamente um estranhamento impactante para o qual ainda não há nome nem conceito. O murmúrio é movimento daquilo que está dado aí e que, por isso, é algo e não é nada; trata-se de uma mínima ontologia forjada numa linguagem que constantemente se vê obrigada a desdizer-se em virtude da indeterminação de seu significado, ou seja, vestígio devindo linguagem (Lévinas, 1971).

Essa discussão aproxima-se do conceito de linhas de fuga em Deleuze (2008). No seu entender, as linhas de fuga têm esse caráter de primeridade não cronológica, um vir a ser mínimo e permanente fluxo. Elas constituem um rizoma ou uma cartografia muito próxima daquilo que anteriormente já se denominou de murmúrio e ontologia mínima.

Esse marcador significa operar não com uma ontologia da saúde, que diz o que ela é e o que ela vai ser, mas com uma ontologia mínima que diz que há saúde, um murmúrio de que há uma superfície sobre a qual se pode inscrever performaticamente, de muitos modos, segundo os tempos e os lugares, o que a saúde vai se tornando, por isso ela pode ser

o que é e tornar-se tantas outras coisas.

Há saúde, e aqui começa a ontologia da saúde, antes mesmo de dizer o que é a saúde. O fato de que a Saúde está dada aí ainda não permite uma definição, mas permite a nomeação, isto é, chamá-la de ente e de Saúde, ainda quando não seja possível conceituá-la. Tem-se um enfoque ontológico sutil que permite discernir entre um nome que diz “que é” e um conceito que “diz o que é”.

O nome, como primeira forma linguística de determinação do ente dado aí, traz o ente para dentro do âmbito doméstico, da morada, de tal modo que nominar é, em grande medida, domesticar. Se a ciência se produz a partir do conceito, o âmbito do doméstico e da morada constitui-se a partir do nome próprio.

O nome próprio saúde é a forma elementar de trazer um conjunto de condições, inicialmente dadas como naturais e posteriormente culturais, para dentro da morada com a sua subsequente domesticação. O que domesticamos com a palavra “saúde” no caso de esta ser um nome próprio?

A conceituação é uma sofisticação em relação à domesticação. Para nomear um ente, é necessário que esteja dado aí como murmúrio e tenha recebido o seu primeiro nome, a saber: ente, que já o torna disponível linguisticamente e posicionado em relação ao nada. O nome o posiciona no âmbito da morada e do “domus”, de tal maneira que ente, mais que um conceito, é o primeiro nome do modo de ser murmurante daquilo que está dado aí.

O que está dado aí pode ser nominado e/ou conceituado. A conceituação requer uma inevitável objetivação em sentido taxionômico. Já a nomeação, dar nome, não requer mais que a domesticação, isto é, que o nominado esteja disponível dentro da vivência cotidiana que o vincula ao âmbito do doméstico. O âmbito do doméstico está constituído no modo de ser, de dar nome e morada ao murmúrio/movimento, ou seja, criar uma superfície de inscrição que permite ao nome ser próprio (Foucault, 1992).

A ciência aparece quando ela mesma cria a necessidade de que o domesticado pelo nome próprio seja definido. Dessa forma, a saúde como ausência de doença é uma forma de objetivação, uma inscrição objetivante que sulca a superfície da saúde como algo dado e nominado aí. A saúde como negativo de

doença é uma tentativa de domesticação taxionômica da saúde pela ciência, é uma forma de privatizar o nome próprio no domínio conceitual da epistemologia da ciência. No entanto, a saúde resiste a esse tipo de domesticação, dado que este ente, aquilo que está dado aí e nominado, não pode ser privatizado com um conceito, ainda que negativo.

Dizer “saúde” não é dizer o que é, mas dizer que é. Saúde é um modo murmurante e fugaz de ser; como tal, pode ser descrito por suas condições de possibilidade e por sua caracterologia, mas não pode ser enquadrado em nenhuma taxionomia conceitual.

A conceituação de saúde, ainda que negativa, indica que o âmbito das nomeações domésticas guarda uma potencialidade, a saber: um movimento vivencial que poderá devir conceito. O murmúrio fugaz da saúde, linha de fuga primeira, pode ser vivenciado, nomeado, e poderá devir conceito.

Em relação à segunda ferramenta - simulacro - a discussão apoia-se nas reflexões de Deleuze (2006). O conceito de simulacro no Sofista de Platão (1922) significa a diferença da identidade, a cópia da ideia. A ideia é a representação formal da eternidade e da identidade dela consigo mesma. Deleuze (2006) permite retomar o conceito de simulacro produzindo uma torção que inverte o platonismo, em que simulacro é diferença sem identidade, representação e conceito; diferença como afecção entre corpos, cuja fricção produz um murmúrio ao qual é possível atribuir nome próprio. O nome próprio disponibiliza o ser desses corpos no sentido da pergunta heideggeriana que interroga por que há ser e não há nada.

A posição de Deleuze (2006) distancia-se da ontologia ou metafísica, no sentido clássico, que trabalha sempre com o pano de fundo da geometria dos planos lisos. Essa geometria é o modelo daquilo que, na linguagem, de forma lógica, constitui-se como totalidade fechada na medida em que opera com uma lógica dele. Para o autor, essa totalidade é presidida por agenciamentos coletivos de enunciação que deixam de fora uma exterioridade que sempre resiste como potencial dizer. Esse potencial pode ser considerado como as linhas de fuga anteriormente citadas, são também chamadas de plano de exterioridade ou alteridade. Vista desde o plano liso e reconciliador da totalidade, a exterioridade constitui-se como polo contraditório cuja oposição

necessita ser superada por mecanismos lógico-matemáticos de síntese e reconciliação.

Não obstante, alteridade e exterioridade apresentam-se como outro plano aberto sem demanda de reconciliação ou totalização. Numa possível relação entre planos, a alteridade é sempre um correlato que, como na lógica do cálculo diferencial e integral (Mosès, 1982), não perde o seu “d'autrement qu'être” (Lévinas, 1974, p. 13), muito embora não negue articular-se para originar um novo plano.

Dessa forma, o conceito de doença está ontologicamente fundado numa contundente clave lógica que diferencia o ser do não ser, por um princípio de identidade e exclusão. O conceito negativo de saúde como ausência de doença inscreve-se nessa mesma lógica, uma lógica que afirma a identidade e a semelhança, igualando a diferença, isto é, tornando a diferença subsumível ao mesmo, da identidade. Aqui, a diferença é o contrário de identidade, e a saúde é o contrário de doença, de maneira que a saúde é simulacro platônico da doença, ou seja, a saúde é uma forma negativa de falar da doença, e a diferença é uma forma negativa de falar da identidade. A relação entre ambas configura uma tentativa de síntese e totalização.

Nessa perspectiva, a relação entre saúde e doença termina por ser atipicamente dialética: a doença está dada aí, no diagnóstico sobre o corpo-paciente ou usuário, como não saúde; a saúde, em contrapartida, é o ideal de não doença na direção do qual progride o corpo que adocece; a doença, como não saúde, é negada pelo tratamento. A saúde, recuperada, é a síntese progressiva dessa relação: mais saúde, menos doença.

Nesse campo de compreensão encontram-se dois caminhos: por um lado, a doença é posicionada como princípio, verdade, identidade positiva do corpo, ainda quando negativamente adjetivada (doença como falência da máquina), enquanto a saúde é diferença, cópia, negativo da doença, ainda que seja positivamente adjetivada (saúde como perfeição da máquina). Por outro lado, a saúde pode ser o ideal, a verdade, o princípio da identidade, enquanto que a doença é o real, a cópia, o que difere, o falso. Isso nos coloca diante da racionalidade identitária que opera binariamente e dialeticamente com semelhança e diferença; verdade e simulacro platônico.

A referida torção feita por Deleuze (2006) no conceito de simulacro platônico pretende criar, por sua reduplicação, uma diferença da diferença, isto é, o que nos está dado como suposta primeira experiência murmurante não é outra coisa mais que a diversidade dos diversos entre si. O simulacro não é uma cópia, nem verdadeira nem falsa; é, sim, a afirmação da diferença.

A diferença, não obstante a sua indiferença em relação à identidade, pode transitar para os limites da linguagem e receber o batismo do nome próprio. Este designa hibridamente um plano de exterioridade e de interioridade, sem, contudo, chegar a ser um conceito ou definição. Saúde, nesse sentido, é um nome próprio, da ordem do “é” e ainda não do “que é”, nomeação de uma diferença: um simulacro.

Anteriormente foi escrito que, da perspectiva de uma racionalidade moderna reificada na forma de modelo biomédico de ciência, o tempo termina sendo a medida cronológica de evitação da morte. Essa compreensão do tempo está inevitavelmente comprometida com a mesma tradição epistemológica que faz da saúde um negativo da doença. Uma abordagem distinta da saúde requer uma ruptura com essa compreensão do tempo cronológico, linear e progressivo. O tempo, então, torna-se a terceira ferramenta utilizada nesta discussão.

A ideia de tempo como intempestividade, trabalhada por Pelbart (1998), aproxima-se de uma possível alternativa à compreensão cronológica do tempo. A sua compreensão de tempo, baseada em Deleuze, Nietzsche e Bergson, entre outros, acena para um movimento e uma velocidade marcadamente erráticos, sem ponto de partida e de chegada e sem a linearidade própria das articulações pontuais.

Essa concepção de tempo foi denominada de devir, distinto daquele da tradição dialética reconciliatória. Foi também pensada como “esquiza”, desejo de movimento, sem meta e sem causa; evasão e fuga (Lévinas, 1971), pura multiplicidade e fricção entre diferenças, que “libera a diagonal, a transversal” (Pelbart, 1998, p. 110) e rompe com a linearidade de ponto a ponto, da causa e efeito e de todos os tipos de regime teleológico.

A compreensão do tempo como sucessão linear e progressiva de épocas dá lugar a uma compreensão das épocas como platôs desalinados, como planos

que se sobrepõem, se articulam, se distanciam, se opõem etc., sem uma ordem progressiva preexistente ou uma identidade original que permita uma organização intrínseca desses planos. A experiência e a organização do tempo também têm uma história.

Segundo Foucault (1995), o corpo torna-se superfície de inscrição do tempo e da história, de tal maneira que a história da experiência e da organização do tempo também é a história daquilo que o corpo se tornou por aquilo que foi inscrito nele: “o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo” (Foucault, 1995, p. 22). Nesse sentido, doença e saúde são inscrições históricas em um corpo. Na historiografia linear biomédica da saúde e doença, esses dois planos estão mutuamente vinculados de uma forma tal que saúde é o negativo de doença; os movimentos e velocidades possíveis são: progressão para mais saúde ou regressão para mais doença.

Entretanto, operar com o tempo como “esquiza” permite desembaraçar essas inscrições no corpo, supostamente inamovíveis, que vinculam a saúde e a doença numa evidente relação de dependência recíproca em que há tanta saúde quanto há menos doença.

Esses intercessores - nome próprio, simulacro e tempo - permitem operar com a saúde a partir de linhas mais flexíveis que não a do conceito, da identidade e do tempo cronológico, e, sim, partindo do nome próprio como vestígio de uma diferença da diferença que faz a sua irrupção no tempo como “esquiza”. Essa desvinculação permite propor o tema da saúde a partir da sua articulação com outros planos: produção de saúde e alteridade.

Essa modificação torna-se possível com a emergência do campo da Saúde Coletiva a partir do processo de Reforma Sanitária no Brasil. A Saúde Coletiva passa a considerar a saúde nos limites entre o biológico e o social, como expressão de estilos e condições de vida, e por conta disso a promoção de saúde passa a figurar como estratégia privilegiada de investimento na vida, nos modos de viver e não exclusivamente na não doença. A promoção de saúde torna-se ao mesmo tempo ampliação dos escopos de intervenção e disparador de novos arranjos epistemológicos (Paim e Almeida Filho, 2000). Na medida em que a saúde encontra-se nas fronteiras entre o

biológico e o social, na expressão de estilos de vida, as práticas em saúde abrem-se para a alteridade, pois assumem limites menos precisos em termos de definição e focos de intervenção.

Produção de Saúde e Alteridade

Muito embora a saúde como nome próprio fique inscrita no âmbito do atrito vivencial entres os corpos, de um rizoma constituído de diferença da diferença e de um tempo intempestivo, é sempre possível o surgimento de um discurso com pretensões conceituais, taxionômicas e de vinculação da saúde com conceitos de procedência biomédica.

O conceito de promoção de saúde, tal como aparece na década de 1980, assume dimensões de uma construção coletiva de condições favoráveis, necessárias e indispensáveis para a promoção e proteção da vida humana (Buss, 2003). Isso inclui considerar fatores que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso país, como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada; além disso, implica potencializar formas mais amplas de intervir em saúde (Lei 8.080, 2009). Apesar de se manter o binômio saúde-adoecimento, a proposta da Saúde Coletiva, que se constitui como efeito da Reforma Sanitária, opera com a problematização desta relação íntima entre os termos e não a submissão de um ao outro.

A escolha do plano de produção de saúde engendra-se a partir da Política Nacional de Promoção de Saúde. A Portaria 687/06 explica o conceito de promoção de saúde como “esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde” (Portaria nº 687, 2006, p. 13). Considerando-se também que, na mesma Portaria, a produção de saúde está associada à “produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias” (Portaria nº 687, 2006, p. 10), há de notar-se que a correlação entre promoção e produção cria uma ruptura com o modelo biomédico de saúde como ausência de doença.

O conceito de promoção de saúde tem a versatilidade de bifurcar-se tanto em prevenção e reabilitação quanto em produção de saúde. Nesse

conceito, encontram-se duas intencionalidades: uma que aponta na direção de estratégias de evitação da doença, e outra que vai em direção de estratégias de produção de vida como produção de saúde. Essa versatilidade da promoção de saúde reside na própria emergência do conceito/estratégia no campo da saúde. Aparece inicialmente como um nível primário da medicina preventiva, porém, nas duas últimas do século XX a partir do Relatório Lalonde, da Conferência em Otawa, passa a compor um campo de práticas em que se formula tanto como uma tecnologia da própria prevenção, na medida em que se volta para as condições de vida, mas também, como uma perspectiva que não utiliza a epidemiologia como um recurso para ações de saúde. Neste sentido, acaba por abrir-se ao risco e não propriamente evitar o risco de adoecimento. A abertura ao risco refere-se à possibilidade de invenção de novas modalidades de viver que tenham como objetivo um *ethos* e não exclusivamente a ausência de doenças. O investimento é nos diferentes modos de vida, por isso, uma produção de saúde (Ayres col., 2006).

A vida, não a saúde - e menos ainda a doença -, é a condição última de possibilidade de todas as ações e construções humanas, já que é impensável, e ainda menos realizável, qualquer ação ou construção humana fora do marco da vida (Hinkelammert, 1990). Estabelecer uma correlação entre vida e saúde desonera esta última das implicações que a doença traz para a saúde, na medida em que a saúde como negação da doença implica separar saúde de vida. A vida como condição de possibilidade de ações torna-se um conceito potência; melhor dito, a potência reside na condição para a ação, ao mesmo tempo em que a vida se torna o critério de avaliação da ação - critério de avaliação como força de afirmação (Nietzsche, 1998). Nesse caso, a produção de saúde é uma transversal da vida e codetermina a ação.

A produção de saúde torna-se, nesse sentido, produção de vida e produção de subjetividades. A produção não é teleológica, nem está temporalmente sincronizada com a cronologia do tempo progressivo - busca pelo bem-estar; é produção de diferença a partir da diferença. O conceito de produção de saúde não apresenta um marco identitário, na medida em que reside justamente numa diferença que gera diferença. Neste caso, ao não apresentar um marco

identitário, a produção de saúde se situa na esfera social/pública, pois é o espaço privilegiado do coletivo, da diferença, ou seja, da própria alteridade. Portanto, produção de saúde é produção social de saúde e alteridade.

No marco da afirmação da vida, a diferença que gera diferença pode ser pensada como alteridade. As condições estratégicas para a produção de vida e saúde só podem ser pensadas do âmbito da alteridade.

Segundo Lévinas (1971), o acesso teórico à alteridade só pode ser realizado pela tematização dos alcances e dos limites do eu ou sujeito moderno. O eu ou sujeito transcendental, que se dá a si mesmo todo o seu conteúdo identitário pela autorreferência e identificação consigo mesmo, ao fazer a experiência existencial daquele que não deveria ser mais que um alter ego, termina por vivenciar a experiência da excedência de uma alteridade que escapa e se nega a todo tipo de identificação e redução conceitual.

Na experiência da alteridade, o eu ou sujeito não passa ileso, ficando inevitavelmente marcado pelos vestígios da alteridade. Esta somente é acessível pelos vestígios impressos no eu ou sujeito.

A experiência da alteridade é análoga à experiência do fora em Deleuze (1998), isto é, o ainda não plissado ontologicamente na linguagem. Daí a insistência de Lévinas (1971) em que todo dito sobre a alteridade está inevitavelmente condenado a desdizer-se. Essa limitação fundamental da linguagem em dizer a alteridade interdita a pretensão de objetividade e universalidade do eu ou sujeito de construir na sua linguagem referências conceituais absolutas e totalidades fechadas de significados e sentidos. Não se trata da perda de significados e sentidos, porém estes assumem uma condição sempre provisória, por exemplo, aquilo que emerge hoje nos serviços de saúde entre demandas programáticas e demandas espontâneas. As demandas programáticas operam no âmbito das referências conceituais absolutas, por exemplo, o perfil epidemiológico de uma comunidade e as estratégias voltadas para esse perfil. As demandas espontâneas aparecem no cotidiano dos serviços e deveriam provocar os serviços a constituírem novas estratégias.

Esse eu ou sujeito solipsista moderno, consciente e autoconsciente, racionalmente flexionado sobre si

mesmo, cujo conteúdo identitário é ser autonomamente idêntico a si mesmo, está constituído num grau tal de formalidade transcendental que abstrai e reduz toda e qualquer determinação de ordem material, dentre elas, a vida.

Dessa forma, a vida não é um conteúdo constitutivo do eu ou sujeito moderno. Da perspectiva das estratégias de constituição do eu ou sujeito solipsista, a vida é excluída do âmbito formal e relegada a um âmbito puramente material e factual. A vida é um conteúdo que excede as necessidades de constituição ontológica do eu ou sujeito, isto é, para ser eu ou sujeito transcendental moderno, é suficiente ser consciente, autoconsciente e idêntico a si mesmo; formalmente ou conceitualmente, não é necessário ser eu ou sujeito vivo. As práticas em saúde, quando operam em uma racionalidade biomédica, acabam por produzir o sujeito sobre o qual investem, desse modo, trata-se de um eu sobre o qual a política recai com uma estratégia de inscrição da doença nesse eu. Esse sujeito é aquele das marcas identitárias da saúde: sujeito hipertenso, sujeito diabético, sujeito idoso, sujeito mulher etc.

A vida, por não constituir formalmente o eu ou sujeito transcendental (Descartes, 1996), não integra a sua interioridade e totalidade ontológica, sendo relegada a uma exterioridade, de onde adquire um caráter de alteridade em relação a esse eu ou sujeito. Como não está ontologicamente plissada como conteúdo de constituição do eu ou sujeito, termina por constituir-se como outro em relação a ele. Nos limites da totalidade ontológica do eu ou sujeito moderno, é possível fazer a experiência da interpelação da vida.

A vinculação do tema da vida ao tema da saúde requer uma reflexão sobre o conceito de saúde na sua forma restrita e ampliada.

O conceito negativo de saúde, produzido de uma perspectiva biomédica de cura da doença, não se ocupa da saúde em si, mas dos resultados de uma série de estratégias, políticas e intervenções dirigidas à factualidade da doença. Esse conceito negativo de saúde é o predominante na ciência médica produzida a partir da episteme moderna; como tal, saúde é a ausência de doença.

Nos limites da totalidade ontológica da constituição biomédica do conceito de doença e do conceito

negativo de saúde, é possível fazer a experiência da interpelação do conceito ampliado de saúde. A constituição biomédica do conceito de doença e do conceito de saúde como ausência de doença prescinde do conceito ampliado de saúde e o relega a um âmbito exterior, em que termina por tornar-se outro em relação ao conceito negativo. Trabalhando com os conceitos absolutos da biomedicina, o outro da saúde é a doença. Entretanto, se fragilizamos essa absolutização biomédica, o conceito ampliado de saúde passa a ser o outro da doença.

A análise deste artigo entende que a afirmação de vida e saúde necessariamente só podem ser pensadas do âmbito da alteridade. Essa reflexão toma a vida como um processo autopoiético de permanente invenção (Maturana, 2001). A invenção autopoiética permite migrar da vida como simples fato para os processos de produção de suas condições de possibilidade.

Como as condições de possibilidade se constituem por agenciamentos maquínicos (Deleuze, 1995), isto é, por processos permanentes de produção e invenção, inclusive e principalmente pela produção de diferença, a afirmação da vida e suas condições terminam sendo encaminhadas para a constituição de territórios provisórios de produção de saúde.

A produção da diferença, como produção de algo que é sempre outro, como a alteridade de Lévinas (1971) e as linhas de fuga de Deleuze (1998), agencia maquinicamente movimentos de desterritorialização em relação às condições de produção e invenção de novas formas de viver. Esses movimentos ou processos são denominados de produção de saúde.

O que se quer apontar com isso é a inevitabilidade da alteridade e da provisoriedade na produção de saúde; daí a dificuldade de trabalhar com esse conceito e com as possíveis práticas por ele sugeridas no sistema de saúde.

Puxar a alteridade para o campo da saúde significa produzir uma torção ontológica e epistemológica que desterritorializa uma visão puramente técnica da saúde, mas incorpora também uma visão ética e política, pois nessas dimensões é possível o murmúrio da alteridade. Implica, também, uma reconsideração de marcadores como o conceito, identidade e tempo. O conceito é agenciado pela máquina do nome próprio - Saúde; a identidade, pelo simulacro

- diferença da diferença; o tempo cronológico, pelo esquizo - o intempestivo.

A produção de saúde, muito mais do que um domínio da ciência, é da ordem da afirmação da vida. A produção de saúde é da ordem do cotidiano, de estilos e formas de viver, que instituem novas formas de vida.

Referências

AYRES, J. R. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde.

In: CAMPOS, G. W. de S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 375-417.

BRASIL. *Lei nº 8080*, de 19 de Setembro de 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 19 de setembro. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, D. *Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAMARGO JR, K. R. A biomedicina. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15 p. 177-201, 2005. Suplemento.

DELEUZE, G. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, G. *Diferença e repetição*. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

DELEUZE, G. *Desejo e prazer*. Paris: Magazine Littéraire, 1994. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/50129980/Deleuze-Desejo-e-Prazer>>. Acesso em: 19 ago. 2008.

DELEUZE, G. *O que é um dispositivo?*

Barcelona: Gedisa, 1990. Disponível em: <<http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-ideos/deleuze-gilles/o-que-e-um-dispositivo>>. Acesso em: 5 abr. 2009.

DESCARTES, R. *Meditationum de prima philosophia*: in quibus dei existentia & animae a corpore distinctio, demonstrantur. Paris: Vrin, 1996. (Oeuvres de Descartes, 7).

FOUCAULT, M. Entrevista com Michel Foucault. In: ROBINSON, J. et al. *Alienação e Liberdade no pensamento contemporâneo*. Lisboa: Editorial o Século, 1970. p. 117-128.

FOUCAULT, M. *O pensamento do exterior*. São Paulo: Princípio, 1990.

FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

HEGEL, G. W. F. *Princípios de filosofia do direito*. São Paulo: Ícone: 1997.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes, 1989. v. 1.

HINKELAMMERT, F. *Crítica a la razón utópica*. San Jose: DEI, 1990.

HOBBS, T. *Leviatã ou matéria, forma e poder de um estado eclesiástico e civil*. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

HORKHEIMER, M. *Teoria crítica: uma documentação*. São Paulo: Perspectiva, 1990.

KANT, I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1964.

LEVINAS, E. *Autrement qu'être ou au-dela de l'essence*. Paris: Le Livre de Poche, 1974.

LEVINAS, E. *Totalité et infini: essai sur l'extériorité*. Paris: Le Livre de Poche, 1971.

MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo: Palas Athena, 2001.

MOSES, S. *Système et révélation: la philosophie de Franz Rosenzweig*. Paris: Seuil, 1982.

NIETZSCHE, F. *Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PELBART, P. P. *O tempo não-reconciliado*. São Paulo: Perspectiva, 1998.

PLATÃO. *Diálogos*: Protágoras o los Sofistas, Górgias, Carmides, Íon, Lysis. México, DF: UNAM, 1922.

PORTARIA Nº 687. *Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf>.
Acesso em: 14 set. 2009.

WITTGENSTEIN, L. *Tractatus logico-philosophicus*. 2. ed. Madrid: Alianza Editorial, 1995.

Recebido em: 06/12/2010
Reapresentado em: 19/09/2012
Aprovado em: 02/10/2012