



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Um olhar da bioética sobre o cuidado com a própria saúde no contexto da Saúde Pública e do exercício do biopoder na atualidade”***

*por*

***Paula Gaudenzi***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientador: Prof. Dr. Fermin Roland Schramm*

*Rio de Janeiro, fevereiro de 2010.*

*Esta dissertação, intitulada*

***“Um olhar da bioética sobre o cuidado com a própria saúde no contexto da Saúde Pública e do exercício do biopoder na atualidade”***

*apresentada por*

***Paula Gaudenzi***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Francisco Javier Guerrero Ortega

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel

Prof. Dr. Fermin Roland Schramm – Orientador

*Dissertação defendida e aprovada em 10 de fevereiro de 2010.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

G266 Gaudenzi, Paula  
Um olhar da bioética sobre o cuidado com a própria saúde no  
contexto da Saúde Pública e do exercício do biopoder na atualidade. /  
Paula Gaudenzi. Rio de Janeiro: s.n., 2009.  
126 f.

Orientador: Schramm, Fermin Roland  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio  
Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Autocuidado. 2. Bioética. 3. Biopoder. 4. Saúde Pública. I.Título.

CDD - 22.ed. – 174.9574

## **Agradecimentos**

Roland, pela competência em me apresentar a Bioética, pela generosidade, acolhimento e, sobretudo, pela amizade.

Minha família e meus queridos amigos, que eu amo e me ajudaram tanto.

Amigos, colegas, professores e funcionários da ENSP / FIOCRUZ que compartilharam estes dois anos comigo.

Francisco, responsável pelo meu começo na vida acadêmica, pela presença e apoio de sempre.

Elvira, uma descoberta fantástica.

Camilo, sem o qual nada disso seria possível.

## Resumo

No momento atual, marcado tanto pelas incertezas em relação ao futuro de cada um e de todos quanto pela busca de segurança, vê-se surgir uma noção de risco vinculada a um ideal de saúde que, ao responsabilizar cada indivíduo pelos comportamentos, considerados suscetíveis de garantir ou prejudicar sua saúde pessoal, pode ser visto como uma potente tecnologia de biopoder sobre a vida tanto individual como coletiva. Pode-se dizer, então, que o discurso dominante sobre a saúde e os comportamentos que estariam colocando-a em risco tem, hoje, um enfoque que pode ser considerado reducionista da difícil dialética entre o individual e o coletivo, que acaba por afirmar tão somente a responsabilidade de cada indivíduo pela gestão dos riscos aos quais se expõe, sem considerar as determinações às quais ele está submetido quando interage com a coletividade e o mundo. Neste contexto, o trabalho parte do pressuposto de que presenciamos, com relação à saúde pública, a uma “transição paradigmática” em ética referente aos cuidados com a saúde, pois estes estão deixando de ser considerados um direito da cidadania para se tornarem um dever de todos e cada um, supostamente em prol do bem-estar de todos. Nosso trabalho analisa, a partir das ferramentas da Bioética da Proteção, o movimento atual de responsabilização individual pelo cuidado com a própria saúde, o qual foi realizado a partir de pesquisa bibliográfica e documental, que tiveram por finalidade identificar a conflituosidade que perpassa o campo das práticas em saúde e as abordagens teóricas e práticas adotadas nos campos da saúde e da bioética para enfrentá-las. Em particular, a pesquisa documental visou identificar a forma como são expostas a noção de direito em saúde, sobretudo, nos documentos produzidos a partir do Relatório Lalonde do Canadá, de 1974, que representou o marco inicial para o debate contemporâneo sobre Promoção da Saúde, campo, este, que identificamos como o de maior relevância para a discussão sobre os direitos e deveres em saúde a serem pensados numa dialética entre a dimensão individual e coletiva do bem-estar pessoal e social. Os objetivos específicos desta pesquisa foram: (a) apresentar os principais argumentos que vêm sendo adotados para justificar tal responsabilização e aqueles contrários a ela; (b) apresentar o conceito de biopoder de Michel Foucault e a reinterpretarão do mesmo conceito a partir de dois autores contemporâneos: Giorgio Agamben e Paul Rabinow; e (c) apresentar as principais implicações éticas decorrentes da grande ênfase da noção de risco na atualidade, a conseqüente responsabilização pelo

cuidado com a própria saúde e as implicações que surgem a partir das interpretações das atualizações do biopoder pelos dois autores.

**Palavras-chave:** 1. Autocuidado. 2. Bioética da Proteção. 3. Biopoder. 4. Saúde Pública.

### **Abstract**

In the present age of uncertainty with regard to the future of anyone seeking security, a notion of risk has arisen that is linked to an ideal of health, which, in so far as it holds each individual responsible for behavior beneficial for or detrimental to personal health, can be seen as a form of biopower technology that holds sway over both the individual and the collective. It can thus be said that the dominant discourse regarding health and behavior that puts it at risk currently focuses on a reduction of the difficult dialectic between the individual and the collection, which holds that the individual alone is responsible for managing the risks to which he or she is exposed, heedless of the determining factors to which one is submitted when interacting with the collective and the outside world. This study thus starts out from the presupposition that the field of public health is going through a “paradigm shift” in the ethics of health care. The latter is no longer seen as a civil right but as a duty of each and every citizen, supposedly for the sake of the well-being of all. This study uses the Bioethics of Protection to investigate the current trend towards holding the individual responsible for his or her health. The investigation was carried out using bibliographical and documentary research, with a view to identifying the conflicts that pervade health care practice and the theories and practices adopted in the fields of health and bioethics as a means to address them. In particular, the documentary research aimed to identify the way in which these theories and practices are exposed to the notion of rights in health, especially, in documents produced for the 1974 Lalonde Report, which constituted the first step towards the contemporary debate on Health Promotion, a field that we have identified as being highly relevant for the discussion of rights and duties in health seen in terms of a dialectic between the individual and the collective, between collective and personal well-being. The specific aims of this study are: (a) to present the main

arguments that have been put forward to justify individuals being held responsible for health and those that have been used to oppose this; (b) to outline Michel Foucault's concept of biopower and explore the way this is re-interpreted in the work of two contemporary scholars, Giorgio Agamben and Paul Rabinow; and (c) to lay out the main ethical implications deriving from the overarching emphasis on the notion of risk in contemporary society in so far as these impact on caring for one's own health, along with the implications arising from the interpretations of the forms in which biopower is currently manifesting itself as put forward by the aforementioned authors.

**Key words:** 1. Self-care. 2. Bioethics of Protection. 3. Biopower. 4. Public Health.

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	9
<b>Objetivos, marco conceitual e metodologia da pesquisa</b> .....	14
<b>Capítulo 1: Direitos e deveres em saúde</b>	
1.1 O direito à saúde nas convenções nacionais e internacionais .....	22
1.2 Principais argumentos que tratam da responsabilização individual pela própria saúde .....	37
<b>Capítulo 2: O conceito de Biopoder</b>	
2.1 O conceito de biopoder de Michel Foucault .....	57
2.2 Atualizações da discussão do biopoder .....	74
2.3 Formas de resistência .....	93
<b>Capítulo 3: Reflexões sobre as principais implicações éticas decorrentes do caráter moral do cuidado com a própria saúde e das novas formas de biopoder</b>	
3.1 Implicações éticas e bioéticas .....	97
3.2 Bioética da Proteção como uma forma de resistência .....	110
<b>Considerações finais</b> .....	116
<b>Referências bibliográficas</b> .....	120



## Introdução

Vive-se um momento em que as condutas referentes aos cuidados com a saúde são cada vez mais objetos de análise e divulgação da mídia, o que se insere em um contexto de crescente importância da saúde na sociedade contemporânea e de grande ênfase aos estilos de vida, o que, por sua vez, têm transferido a responsabilidade pela saúde do domínio público ao privado (Herzlich, 2004; Vaz, 2005). Neste sentido, o trabalho parte do pressuposto de que, no campo da saúde pública, estamos diante de um deslocamento do *direito* individual de ser cuidado em caso de doença para a *responsabilidade* individual de se comportar de forma a evitá-la. Em outras palavras, pode-se dizer que presenciamos a uma “transição paradigmática” na saúde referente aos cuidados individuais com o próprio corpo, pois na Constituição Federal Brasileira de 1988, a qual consolidou a saúde como um direito do cidadão brasileiro e uma responsabilidade do Estado em garanti-lo, a saúde é compreendida como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1988, Art. 2º).

Porém, apesar do direito garantido em Constituição, o que vemos hoje é a vigência do paradigma *oikonômico* (Foucault, 2008c). Neste, a faculdade de escolha do indivíduo é entendida como a mais fundamental e, ao mesmo tempo, são incitadas no homem as aptidões e os desejos necessários para que se torne um produtor-consumidor, o tem levado à submissão da medicina às leis do mercado e à busca da saúde como uma nova mercadoria a ser consumida e a se tornar uma fonte de lucro tudo isso impulsionado pela lógica neoliberal, isto é, a lógica de um governo que, ao criticar a irracionalidade própria do excesso de governo, programa a totalidade de suas ações de acordo com as tendências do mercado, visando dirigir a conduta social em nome da economia (Foucault, 2008c). Porém, ao mesmo tempo em que há cada vez mais produtos de saúde a serem desejados e comprados, instaura-se – de forma aparentemente paradoxal – a lógica de redução do terapêutico em prol de um governo autocontrolado das condutas humanas, em que os indivíduos devem controlar suas condutas de acordo com o padrão moral da saúde como um dever do cidadão (Gori & Del Volgo, 2005 *apud* Schramm, 2007).

Esta transformação do indivíduo detentor do direito a ser cuidado em caso de doença para o indivíduo responsável pelo cuidado com a própria saúde foi possível devido, sobretudo, à grande ênfase dada – pela saúde pública – aos riscos em saúde e, mais especificamente, ao discurso cada vez mais presente nela que “convida” cada indivíduo a gerir os riscos aos quais está exposto (Castiel, 2007). Neste sentido, e de acordo com as pesquisas de Foucault (2005), a necessidade de ordem e segurança moderna criou uma “mania de regulação” dentro da própria concepção liberal de sociedade e que os diversos aparelhos de proteção públicos e privados deveriam possibilitar. Como afirma Foucault (2008, p.444):

“o liberalismo pode ser definido como o cálculo do risco – o livre jogo dos interesses individuais – compatível com o interesse de cada um e de todos. É por isso que a incitação a ‘viver perigosamente’ implica o estabelecimento de múltiplos mecanismos de segurança. Liberdade e segurança: os procedimentos de controle e as formas de intervenção estatal requeridos por esta dupla exigência é que constituem o paradoxo do liberalismo e estão na origem das ‘crises de governamentalidade’ que vem acontecendo há dois séculos.”

Na atualidade, vemos que a tentativa de banir qualquer possibilidade de riscos virtuais e prováveis – riscos estes que são conhecidos através das estatísticas – torna-se ainda mais forte, o que permite a expansão pela sociedade do ideal de prevenção de todo e qualquer risco (Castiel, 2007), gerando o que Schramm (2006, p.198) chamou de “paranoia sanitária”. Entendemos, assim, que as novas configurações do governo da vida humana devem ser pensadas levando em conta a nova racionalidade de governo das sociedades contemporâneas, que é claramente marcada pela busca da saúde e gestão dos riscos (Castel, 1987) em um contexto em que as relações de poder pressupõem – e exigem – um sujeito que se pretende senhor de si e administrador de sua própria vida; em suma: um sujeito autônomo e responsável.

Assim, como o direito a escolher formas de vida – o que inclui o direito a escolher modos de vida “arriscados” do ponto de vista sanitário – está sendo colocado em questão, o dever de se comportar de determinadas formas para evitar a doença, principalmente devido aos gastos com ela relacionados, está sendo cada vez mais discutido no campo da saúde pública.

Esta problemática referente aos direitos e deveres de cada um sobre o cuidado com a própria saúde é de extrema importância para a bioética, e, em especial, para a Bioética da Proteção, pois a bioética aplicada à moralidade das ações em saúde pública – ao considerar tanto a saúde como o exercício das liberdades condições igualmente necessárias para garantir a qualidade de vida – pretende garantir tanto um padrão de acesso a um sistema de saúde com cobertura universal como o desenvolvimento das capacidades humanas entendido como expansão das liberdades pessoais (Sen, 2000).

A primeira parte do trabalho introduz o tema, apresenta os objetivos, a metodologia da pesquisa e faz uma breve abordagem dos principais conceitos que integram o marco teórico: bioética, biopoder e saúde pública, buscando identificar como esses conceitos podem ser aplicados no âmbito da discussão da transição paradigmática proposta. Depois, apresentamos três capítulos: (1) direitos e deveres em saúde; (2) o conceito de biopoder e (3) reflexões sobre as principais implicações éticas decorrentes do caráter moral do cuidado com a própria saúde e das novas formas de biopoder – e, em seguida, são feitas as considerações finais. O primeiro capítulo aborda a noção de direito à saúde e apresenta como esta noção – no âmbito do direito individual à saúde – é compreendida pelos principais documentos oficiais que foram produtos de importantes conferências nacionais e internacionais de saúde, e nos recentes documentos produzidos no campo da promoção da saúde no Brasil. Nestes documentos foi feita uma análise da forma como a noção de direito em saúde aparece, assim como sua relação com a noção, central em nossa dissertação, de dever em saúde. Apesar destes documentos poderem ser interpretados de diferentes formas, inclusive em direção ao fortalecimento da liberdade individual – por exemplo, associada à responsabilidade no sentido de ser condição necessária desta –, eles podem, no entanto, ser utilizados como reforço para uma ideologia na qual os indivíduos deixam de ser objeto de interesse principal para se tornarem apenas instrumentos de interesses econômicos difusos. Ainda neste capítulo, foram identificados os principais argumentos favoráveis e desfavoráveis à responsabilização individual pelo cuidado com a própria saúde. Em relação aos argumentos favoráveis, o principal destes é de tipo pragmático e se refere a uma suposta necessidade de contenção dos recursos públicos de saúde em um contexto de demandas infinitas no campo. De fato, este problema se tornou uma espécie de constante universal, ou *leitmotiv*, da bioética sanitária e se relaciona com os outros dois argumentos: (1) a ideia de que os indivíduos detêm o conhecimento do que é bom ou mau para a saúde e, portanto, fazem uma escolha autônoma, pela qual podem ser

responsabilizados, e (2) a suposta necessidade de segurança de todos e de cada um, que justificaria tanto uma política paternalista como uma política autoritária. Os principais argumentos contrários à responsabilização individual pelo cuidado com a própria saúde são: o fato de responsabilizar e culpabilizar a vítima, deslocando o foco do problema da política sanitária – que deve ser efetiva no amparo aos doentes – para o indivíduo; a diferença existente – mas não contemplada – entre probabilidade de dano e dano efetivo, em que o discurso do risco, ao culpabilizar o indivíduo, considera probabilidade como algo em ato, e não em potência, e a ideia de que a necessidade de segurança é, na realidade, uma construção social que visa justificar a suspensão das liberdades individuais em prol de um suposto interesse coletivo, que de fato pode ser nada mais que a defesa de interesses de grupos específicos.

Entendendo que a ideia de responsabilizar o indivíduo pelos cuidados com sua saúde se relaciona com o exercício de um poder sobre a vida, foi realizada, no segundo capítulo, uma análise do conceito de *biopoder* – termo cunhado por Michel Foucault – por acreditarmos que seria útil como ferramenta para o debate em torno dos desdobramentos do biopoder na atualidade. Porém, compreendendo que as análises de Foucault sobre poder e biopoder fazem parte de investigações históricas delimitadas – pois estavam vinculadas sobretudo à constituição e ao fortalecimento do Estado Nacional – e por estarmos interessados essencialmente em analisar as formas de exercício do poder sobre a vida na atualidade, escolhemos dois autores que tratam do tema e que se situam no campo de pesquisa delineado por Foucault com aportes originais: Giorgio Agamben e Paul Rabinow. As atualizações da discussão acerca do biopoder têm sido desenvolvidas por diferentes autores e em diversas direções; porém, escolhemos Agamben e Rabinow por compreendermos que se trata de autores de grande influência no pensamento da contemporaneidade e que, apesar de ambos relacionarem suas reinterpretações de biopoder com a problemática do risco, apresentam teses bastante díspares em relação ao fenômeno do biopoder hoje. Ainda no segundo capítulo foi feito um breve apontamento em relação às possíveis formas de resistência ao exercício do biopoder hoje, dentre as quais se situa o próprio “movimento cultural” representado pela bioética (Mori, 1994).

No terceiro capítulo foram indicadas as questões éticas referentes tanto à problemática mais geral do discurso dominante da saúde e do risco, como àquelas que surgiram a partir das interpretações das atualizações do biopoder apresentadas pelos autores trabalhados. Ainda neste capítulo foi feita uma apresentação da Bioética da

Proteção no intuito de problematizar se a mesma seria ou não uma forma de resistência aos efeitos negativos do exercício sobre a vida hoje. Em nosso entendimento, e a partir da olhar da Bioética da Proteção, a saúde pública deveria, ao invés de normatizar as condutas, pensar as condições de possibilidade para a afirmação de uma maneira singular de se fazer sujeito, isto é, para criar modos de existência e estilos de vida que sejam portadores de certos valores estéticos, que sejam dotados do direito à diferença, capazes de resistir e escapar dos dispositivos que fixam as identidades individuais, transformando a vida em uma obra sempre por se fazer.

## Objetivos, marco conceitual e metodologia da pesquisa

O objetivo geral deste trabalho é analisar criticamente, a partir das ferramentas da bioética, e em especial da bioética da proteção, o movimento atual de responsabilização individual pelo cuidado com a própria saúde.

Os objetivos específicos são:

- (1) Apresentar e discutir os principais argumentos que vêm sendo adotados para justificar tal responsabilização e aqueles contrários à responsabilização.
- (2) Apresentar o conceito de biopoder de Michel Foucault e a reinterpretação do mesmo a partir de dois autores contemporâneos: Giorgio Agamben e Paul Rabinow.
- (3) Apresentar as principais implicações éticas da transição paradigmática da saúde como um *direito* de todos e do cidadão para um *dever* individual, e aquelas que surgem a partir das interpretações da atualização do biopoder por Agamben e Rabinow.

No intuito de analisar as questões éticas aplicadas a problemas concretos de forma imparcial – no caso a questão da transição da saúde entendida como um direito do cidadão para aquela exigida como um dever do mesmo –, foi adotado o método analítico da ética aplicada e, especialmente da bioética da proteção. Como afirma Schramm (2000), o método analítico tem natureza pragmática e implica em ter clareza nas abordagens descritivas e na compreensão dos conflitos, baseando-se em argumentos cogentes, isto é, racionais e que podem ser de tipo indutivo – que nos conduz de premissas empíricas a conclusões empíricas, que apesar de serem apoiadas pelas premissas não são dedutivamente deriváveis dela –, dedutivo – no qual a conclusão é alcançada a partir de um conjunto de premissas, isto é, em que a inferência é logicamente válida ou abduutivo – em que se utilizam certos dados para chegar a uma conclusão mais ampla, como acontece nas inferências a favor da melhor explicação (Blackburn, 1997).

Aplicar as ferramentas da bioética envolve, assim, considerar a dupla natureza da racionalidade no âmbito da ética aplicada: a natureza teórica – que descreve a conflituosidade em pauta – e a natureza prática – que propõe soluções normativas

consideradas capazes de dirimir os conflitos em foco e, eventualmente, oferece meios concretos para proteger os afetados pelos conflitos. Implica, ainda, considerar o contexto sociocultural dos conflitos de interesses e valores no qual a bioética deve funcionar, tendo em conta que suas ferramentas buscam encontrar uma solução razoável e justa aos conflitos, sendo, portanto, em princípio, aceitável por todos os agentes racionais e razoáveis interessados, considerados em situações específicas. A principal ferramenta é, aqui, o método analítico, que atende a duas preocupações fundamentais da bioética: (a) a epistemológica e metodológica, consistente em definir as condições necessárias para abordar cognitivamente um problema de maneira correta e, portanto, relacionada à fundamentação e justificação dos procedimentos adotados para o conhecimento de determinada questão, por um lado, e à pergunta de como é possível resolver os conflitos de interesse e de valores vigentes em nossa sociedade, por outro; (b) a preocupação prática ou pragmática, consistente em fornecer as condições suficientes para a solução concreta do problema em pauta e, na medida do possível, otimizando a relação entre meios e fins (Schramm, 2000). Portanto, neste estudo, compreendemos bioética como um tipo de ética aplicada às questões morais relacionadas à decisão e às normas de comportamento, no âmbito das várias práticas vigentes nas ciências da vida e da saúde. Em suma, por ética entendemos aqui o conjunto de reflexões críticas sobre as regras morais de comportamento vigentes, e que buscam as razões, ou argumentos, que legitimem os comportamentos, a partir da análise da cogência que fundamenta tais argumentos.

Neste trabalho analisaremos, mais especificamente, a questão proposta – a transição da concepção da saúde individual, entendida como um direito do cidadão amparado pelo Estado, para aquela entendida como um dever do próprio cidadão de ser saudável – a partir da ferramenta da Bioética da Proteção, pois entendemos que os desafios que a biotecnociência – isto é, o conjunto interdisciplinar e integrado de saberes teóricos, habilidades tecnocientíficas e aplicações industriais referentes a sistemas e processos vivos chamadas biotecnologias – suscita devam ser objeto de uma bioética que pretende dar conta do impacto, positivo ou negativo, da biotecnociência sobre a vida ou qualidade de vida, sobretudo, das pessoas humanas (Schramm, 2003a).

A abordagem da pesquisa foi qualitativa e utilizou a pesquisa bibliográfica, que teve por finalidade identificar as abordagens adotadas nos campos da saúde e da bioética, em relação à responsabilização individual pelos cuidados com a própria saúde. Foi realizado também um levantamento e uma análise crítica dos documentos nacionais

e internacionais no campo da saúde pública que tratam do direito à saúde e, em nosso entender, também do dever de ser saudável. Assim sendo, a revisão bibliográfica teve por finalidade identificar as abordagens teóricas e práticas utilizadas nos campos da saúde e da bioética em relação à responsabilização dos indivíduos pelos cuidados pessoais de saúde. A pesquisa documental, por sua vez, visou identificar a forma com que são expostas as noções de direito e saúde, refletindo como são pensadas estas questões e como são traduzidas na prática das políticas públicas de saúde. Foi estabelecido o ano de 1974 para o início da pesquisa documental, pois foi a ano de produção do Relatório Lalonde no Canadá, que representou o marco inicial para o debate contemporâneo sobre Promoção da Saúde, campo, este, que identificamos como o de maior relevância para a discussão sobre a dialética entre direitos e deveres em saúde.

### Marco Conceitual

O objetivo deste item é apresentar os conceitos e as discussões acerca desses conceitos, pois constituem o quadro conceitual proposto para a análise bioética das questões que envolvem a responsabilização pelos cuidados com a própria saúde. Portanto, a seguir, cabem três subitens: (1) Bioética, (2) Saúde Pública e (3) Biopolítica e Biopoder.

### Bioética

Como afirma Durand (2003), é impossível determinar, consensualmente, um acontecimento fundador da bioética. Porém, pode-se considerar que a bioética surgiu enquanto campo de saber no final dos anos 60, quando foram criadas comissões governamentais de saúde, centros de pesquisa em ética biomédica e vários comitês de bioética. Foi no contexto da transformação do pensamento e das práticas no campo da saúde, resultantes da aceleração do desenvolvimento biomédico e biotecnológico que a bioética pôde se constituir como paradigma normativo para as questões de vida e saúde. As inúmeras descobertas científicas realizadas depois da Segunda Guerra Mundial, principalmente no domínio da pesquisa biomédica, provocaram enorme fascinação, mas, ao mesmo tempo, foram levantadas questões e controvérsias entre o público e entre a própria comunidade científica, devido à desconfiança decorrente de abusos em



uma época que acabara de ser marcada pelo totalitarismo nazista. Neste contexto há a emergência dos movimentos de reivindicação dos direitos individuais que tem como um dos marcos a Assembléia Geral das Nações Unidas e sua Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948.

Enquanto termo – deixando de lado o fato da palavra *Bioethik* já ter sido proposta por Fritz Jahr na década de 1930 – o neologismo *bioética* apareceu em 1970 em um artigo do cancerologista norte-americano Van Rensselaer Potter, sendo-retomado e consagrado em uma conferência realizada no ano seguinte na Academia de Ciências de Nova York sobre a responsabilidade social dos cientistas. Potter, preocupado com o crescimento altamente acelerado do desenvolvimento científico e com a não tão rápida reflexão necessária a sua utilização, reivindicava a criação de uma nova ciência que se baseasse na aliança do saber biológico (*bio*) com os valores humanos (*ética*). Desde a criação da palavra, as discussões em relação a seus significados e ao seu campo de aplicação cresceram consideravelmente, o que indica a necessidade de questionamento diante de problemas novos e de problemas antigos que se colocam de maneira nova (Durand, 2003).

De fato, como afirma Schramm (2003a), a bioética pode ser concebida de diversas maneiras. Por exemplo, de uma maneira bastante geral, como “ética da vida”, ou, de forma mais tradicional e restritiva, como “ética médica” ou, ainda, e passando pela atualização desta, como “ética biomédica”, concepções, estas, que o autor considera praticamente inutilizáveis para dar conta dos problemas éticos envolvidos pelas ações em saúde pública. Kottow (1995), por sua vez – e de forma propositiva e abrangente –, considera a bioética como “o conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos [cujos] efeitos afetam profunda e irreversivelmente, de maneira real ou potencial, os sistemas vivos” (Kottow, 1995, p.53), e é este o sentido de bioética – aceito também por Schramm – que temos em mente nesta dissertação. Porém, ao falarmos de bioética e saúde pública, estamos considerando também a perspectiva que pretende “a humanização das ações e dos serviços de saúde e a garantia da dignidade humana e dos direitos dos cidadãos enquanto usuários desses serviços” (Fortes, 2003, p.11). Assim, como já mencionado, trabalharemos com a perspectiva da Bioética da Proteção, por considerarmos ser esta vertente da bioética aquela que mais parece ter em devida conta os conflitos vigentes em Saúde Pública.

De fato, o conceito de proteção, pela bioética, faz parte da proposta formulada, no começo deste milênio, pelos autores latino-americanos Miguel Kottow e Fermin Roland Schramm, que estavam preocupados em adaptar o campo teórico e prático da bioética aos conflitos em saúde pública na América Latina, a qual apesar de compartilhar com as outras regiões do mundo conflitos que dizem respeito à humanidade como um todo e ao planeta, possui, também, problemas próprios. Esta vertente da bioética foi pensada, então, para dar amparo ou “proteger” aqueles que, devido as suas condições de vida ou de saúde, não podem realizar suas potencialidades e projetos de vida moralmente legítimos, pois as políticas públicas de saúde não os garantem (Kottow, 2005a).

Como explica Schramm (2008), a expressão Bioética da Proteção, contém dois conceitos: (1) “bioética”, com o significado genérico de “ética da vida”, e (2) “proteção”, que indica uma prática consistente em dar amparo a quem necessita e que se refere à função principal do *ethos* que é, justamente, a de proteger os vulnerados. Neste sentido, o significado de “proteção” da Bioética da Proteção se refere àqueles indivíduos que estão submetidos a danos e carências concretas – chamados “sujeitos vulnerados” – e não a todas as pessoas em sua vulnerabilidade, que, na realidade, é conceito que se refere à condição existencial de todos os indivíduos e grupos populacionais, por sermos todos vulneráveis enquanto seres vivos. A proposta de uma Bioética da Proteção está, portanto, diretamente vinculada ao resgate do sentido da palavra *ethos* – “guardida”, “resguardo” – como meio de proteção contra ameaças sobretudo externas, pois o sentido de proteger os assim chamados “vulnerados” (Schramm, 2008) constitui a condição necessária para que se possa falar de ética aplicada e afirmar que a bioética é uma ferramenta capaz de dar conta dos conflitos no duplo sentido de esclarecê-los e de resolvê-los, inclusive concretamente (Kottow, 2006).

A Bioética da Proteção pode ser então entendida como um subconjunto da bioética por priorizar os “vulnerados” e porque pretende respeitar efetivamente o princípio de justiça, já que aplica a equidade como condição *sine qua non* da efetivação do próprio princípio de justiça para atingir a igualdade (Schramm, 2008). Ademais, o “princípio de proteção” pode ser entendido como uma especificação do princípio de responsabilidade, sendo o mais adequado para abordar os problemas morais relacionados com a saúde pública, pois atende aos requisitos de uma ética em saúde pública – consistente essencialmente em garantir as condições de saúde necessárias e um acesso a serviços de saúde razoáveis e efetivos – e permite a justificação e a análise

moral de políticas públicas, ao requerer a clara identificação dos objetivos e dos atores envolvidos em sua implementação, assim como a especificação dos meios mais adequados de sua execução. Entretanto – e esta observação é importante para os dois autores mencionados –, o sentido de “proteção” para a Bioética da Proteção não pode ser confundido com “paternalismo”, caso contrário, impedir-se-ia que as pessoas se tornassem autônomas e responsáveis por suas vidas. Resumindo, seu sentido é de proteger os sujeitos e populações de vulnerados, oferecendo as condições indispensáveis para que o protegido se torne capaz de proteger a si mesmo no futuro (Schramm, 2006b).

### Saúde Pública

Em relação ao conceito de saúde pública, há também diversas interpretações que se diferenciam, sobretudo, no que se refere ao papel do Estado em relação à saúde dos indivíduos. Nesta dissertação entendemos que a saúde pública – e é isto que interessa neste trabalho – se exerce preferencialmente sobre a sociedade, e não sobre o indivíduo. Ademais, seu trabalho é intersetorial; isto é, não se limita ao setor saúde, uma vez que a saúde e a doença são resultantes, não apenas, mas em grande parte, de condições de vida e de trabalho da coletividade – os chamados determinantes sociais da saúde. Assim, nossa perspectiva da saúde pública é a perspectiva da universalidade, isto é, pensamos as políticas de saúde através da abordagem centrada nos direitos, de acordo com a Constituição Federal de 1988 que contempla a saúde como direito social e dever do Estado. Entendemos, portanto, que a saúde é uma questão mais especificamente de cidadania e de justiça social; assim, todos os indivíduos devem ter direito ao acesso aos serviços de saúde, mas também aos recursos necessários – de promoção de saúde, prevenção de doenças, garantia de habitação adequada, educação eficiente e outras condições básicas para o exercício de uma vida digna – para seu bem-estar e desenvolvimento humano. Entretanto, a questão pouco trabalhada, mas de grande importância nesta dissertação, é a discussão sobre a legitimidade da saúde pública em intervir nos estilos de vida e comportamentos individuais considerados não-saudáveis que estão relacionados com escolhas culturais e econômicas de uma determinada sociedade (Fortes, 2003).

## Biopolítica e Biopoder

Neste sentido, atualmente, presenciamos conflitos que emergem das relações entre saúde e direito, relacionados aos efeitos da biopolítica e do biopoder, comumente inscritos nas políticas públicas de saúde. Segundo Ortega (2008), o biopoder clássico era um poder que se articulava numa dupla forma: como uma anátomo-política do corpo, em cuja base estavam os preceitos de disciplinamento corporal e como uma biopolítica das populações que enfatizava, sobretudo, as noções de sexualidade, raça e degenerescência, cujo objetivo era a otimização da qualidade biológica das populações. A Biopolítica, segundo o autor, é o conceito introduzido por Michel Foucault que expressa as novas formas de exercício do poder (biopoder) vinculadas à constituição e ao fortalecimento do Estado Nacional, à formação da família burguesa e à formação de um dispositivo médico-jurídico visando a medicalização e a normalização da sociedade (Ortega, 2008).

Entretanto, segundo Schramm (2009, no prelo), “biopolítica deve ser distinta de biopoder, pois este se refere aos dispositivos de efetivo exercício do poder sobre a vida, amplamente entendida, ao passo que a biopolítica pode, eventualmente, ter que lidar com formas de resistência, como as – de acordo com Negri e Hardt – expressas pelas formas de autonomia ético-política, exercidas pelas multidões e novas formas de subjetivação.”. Neste sentido, o autor afirma que biopolítica e bioética se opõem, pois a primeira visa programar e administrar o biopoder e a segunda visa “desconstruí-lo” e, assim, a bioética poderia talvez criar condições para a resistência e a libertação dos cidadãos. Porém, Schramm (2006) considera também os possíveis efeitos positivos da biopolítica. Este pode ser o caso quando o Estado, através de seus poderes constituídos e saberes vigentes, exerce sua função protetora, através de uma estratégia global para restabelecer uma relação de compatibilidade entre a espécie humana e o ambiente biológico. Nesta dissertação nos preocupamos em analisar os efeitos biopolíticos e de biopoder inscritos nas políticas sanitárias atuais, quando estas implicam no controle de comportamentos individuais supostamente em prol do interesse coletivo.

Assim, a problemática moral central deste trabalho é em relação à responsabilização individual pelos cuidados com a própria saúde, pois uma das grandes preocupações atuais da saúde pública diz respeito ao tipo de controle de comportamentos daqueles que possuem estilos de vida considerados não saudáveis

(Fortes, 2003), o que nos leva à discussão sobre qual seria o tipo de responsabilização legítima do indivíduo pela própria saúde. Mas abordar a responsabilidade de alguém por sua saúde implica em perguntar-se se é moralmente justificado considerar que isso implicará em alguma forma de penalização contra os comportamentos considerados não saudáveis que este alguém possa ter, mesmo quando tais comportamentos não prejudiquem, de forma significativa, terceiros.

## **CAPÍTULO 1: Direitos e deveres em saúde**

### **1.1 O direito à saúde nas convenções nacionais e internacionais**

Segundo Berlinguer (2004), mesmo antes dos juristas e filósofos legitimarem o direito à saúde, já havia inúmeras motivações e argumentos para a saúde ser compreendida como tal, como, por exemplo, o desenvolvimento das nações industriais que exigia uma população saudável e a ampliação dos serviços de saúde, e a ideia de que era melhor prevenir a corrigir, o que já era possível devido ao recente desenvolvimento da estatística, da epidemiologia e da sociologia. Mas foi somente após a Segunda Guerra Mundial – e em decorrência das brutalidades ocorridas na época – que o Direito começou a dar uma atenção especial à proteção dos Direitos Humanos – isto é, aos direitos inerentes a todos os seres humanos –, que a saúde pôde ser considerada um direito (Aith, 2008). De fato, Foucault (2006b), em uma entrevista intitulada “Um sistema finito diante de um questionamento infinito” realizada em 1983, afirma que, diferentemente do início do século XVIII em que a garantia da saúde do povo pelo Estado se dava com o intuito de garantir sua força e hegemonia, na época da Segunda Guerra Mundial a garantia da saúde passa a ser compreendida como um direito individual, um direito do cidadão, emergindo então o direito à saúde como direito de cidadania.

Na Itália, por exemplo, o direito à saúde foi concebido como “direito humano fundamental do indivíduo e interesse da coletividade” (Berlinguer, 2004, p.226) e esteve na base do ato constitutivo da Organização Mundial da Saúde (OMS), assinado em 7 de abril de 1948, sendo formulado no preâmbulo de seu estatuto como: “o benefício de gozar de elevados níveis de saúde é um dos direitos fundamentais de cada ser humano, sem distinção de raças, de religião, credo político, condição social ou econômica.” (Berlinguer, 2003, p.63). Já no Brasil, foi apenas na Constituição Federal de 1988, a qual criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que a saúde passou a ser oficialmente considerada um “direito humano fundamental”, sendo definida na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (Lei 8.080/90) como direito de todos e dever do Estado: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1988, Art. 2º).

No contexto brasileiro, o movimento da reforma sanitária brasileira nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura e, mais especificamente, no final da

década de 1960 e início da década de 1970, que representou o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil, quando se constituiu a base teórica e ideológica do pensamento médico-social, também conhecido como abordagem marxista da saúde e teoria social da medicina (Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2009). A Reforma resultou no pacto social inscrito na Constituição Federal: a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. De fato, no Brasil, optou-se pela construção de um sistema de saúde com características universalizantes e sustentado pela ideia de justiça social, trazendo como questão de fundo não apenas a garantia do direito à saúde, mas, também, a noção de equidade quanto à distribuição mais ampla dos recursos da saúde. O Estado passa, assim, a ter a obrigação de garantir a universalidade, isto é, prover atenção à saúde para todos; mas também prover os meios necessários para que os indivíduos possam se desenvolver e ser saudáveis. Isto pode ser visto na Lei 8.080/90 que, de um lado faz referência, no artigo 2º, ao dever do Estado em prover as condições indispensáveis para o pleno exercício da saúde e, de outro, no artigo 3º, afirma que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Brasil, 1988, Art. 3º).

Quando falamos em dever do Estado em relação à saúde referimo-nos à ideia de que o Estado é obrigado a garantir a atenção, o acesso aos cuidados e os meios para o desenvolvimento saudável, uma vez que é impossível tornar todos sadios por força de lei. Da mesma forma, quando nos referimos ao direito do cidadão à saúde estamos falando do direito ao acesso aos serviços de saúde e aos meios necessários para se manter saudável. Porém, quando falamos que a saúde está deixando de ser objeto de um direito do indivíduo para se tornar um dever do mesmo, estamos dizendo que o direito individual de ser cuidado em caso de doença está sendo cada vez mais questionado e o direito ao acesso aos determinantes e condicionantes de saúde, como exposto na Lei 8.080/90, cada vez mais negligenciado, enquanto o dever de se comportar de forma a evitá-la, cada vez mais incitado.

Garrafa (1997) chama atenção para a importância de se deixar claro o que estamos considerando como “direito à saúde” quando falamos sobre o assunto. Neste sentido, o autor prefere fazer uso do termo “direito à saúde” ao termo “direito à assistência”, pois “o não cumprimento do direito à assistência [poderia] ser visto como mera consequência de ineficácias administrativas” (Garrafa, 1997, p.27) enquanto o não

cumprimento do direito à saúde – ou direito humano à saúde como prefere chamá-lo o autor – seria uma violação legal. De fato, para Berlinguer (2003), o direito à saúde se conecta à ideia de John Locke de “lei natural” fundamental que se constituiu em uma obrigação para todos em respeitar, e que isso se aplicaria ao direito à vida; ou seja, que os seres humanos não devem causar dano à vida dos outros. Coincide, assim, com o direito de não ser objeto de atentados por parte dos outros, isto é, com o direito à integridade física.

Porém, para Berlinguer (2003), nas Constituições italiana e brasileira privilegiar-se-ia em modo exclusivo o ator Estado. Nelas, são feitas referências aos indivíduos como titulares de direitos e não se fala deles como responsáveis pelos deveres que, segundo o autor, surgem paralelamente ao reconhecimento dos direitos. Nesta afirmação o autor coloca em questão a interdependência entre direitos e deveres garantindo que para todo direito supõe-se um dever, mas, neste caso, nos faltaria pensar quais seriam estes deveres. Nesta dissertação sinalizamos que o dever em relação à saúde está se construindo – não necessariamente de forma legítima – como um dever de se manter saudável. Como coloca Marzocca (Marzocca, *apud* Schramm, 2006a), em relação às políticas de saúde baseadas no imperativo sanitário de ser saudável, aliadas aos progressos da biotecnociência, presenciamos:

“uma rápida conversão das liberdades em necessidade e dos direitos em deveres [pois] o indivíduo, que pode intervir sobre os riscos dos quais seria intrinsecamente portador, [tem] novas obrigações ético-políticas e jurídicas consigo e com os outros, (...) obrigações às quais ele deverá se sentir cada vez mais [instado] a responder, informando-se e informando, prevenindo [e] entregando- se com confiança ao novo saber-poder biopolítico” (p.197).

Assim, o direito do indivíduo, moralmente competente, ao exercício de sua autonomia pessoal parece estar perdendo lugar diante dos dispositivos de controle social que, cada vez mais, limitam o exercício da autonomia pessoal, em prol do “bem comum”. Pode-se dizer que estes dispositivos representam, na realidade, uma forma disfarçada de paternalismo justificado ideologicamente, mas não necessariamente legítimo moralmente. Referimos-nos a uma forma de “paternalismo” porque a justificativa que é usada para a restrição da autonomia é que os dispositivos de poder – não exclusivamente o Estado, mas todas aquelas instituições e práticas que lidam com a



vida e a saúde, como a medicina, a escola e outras –, sustentados por saberes legitimamente aceitos, isto é, legitimados pela ciência, detêm o conhecimento do que é bom e mau para cada cidadão e, assim, os indivíduos devem obedecê-los, como se não tivessem condições de decidirem aquilo que seria o melhor para cada um individualmente. Este conflito define a extensão do objeto de nossa indagação, ao mesmo tempo ética e política, sobre as maneiras moralmente legítimas, ou questionáveis, de proteger os indivíduos e os grupos vulnerados, isto é, até onde pode legitimamente estender-se a ação de qualquer dispositivo de controle dos comportamentos humanos e onde começa o âmbito da privacidade legítima do cidadão; em suma, aonde não se tem o direito de intervir (Schramm, 2006a; 2007).

Neste contexto, considerando o campo da saúde, a questão dos cuidados com a própria saúde estarem se tornando um dever individual tem sido trabalhada por diversos autores.<sup>1</sup> Como afirma Caliman (2001), Foucault já sinalizara que

“desde a segunda metade do século XX, a crescente preocupação e demanda por uma saúde-mercadoria marcada por um momento de não exterioridade da medicina [isto é, um momento em que os avanços médico-científicos fornecem as bases metodológicas para a vida por inteiro ser colocada no centro do governo], inicia a constituição de uma nova moral, uma nova economia e uma nova política do corpo. O autor antecipa um processo que se intensifica na constituição dos sujeitos da saúde da pós-modernidade. O novo governo das subjetividades coloca em foco não mais um *direito* à saúde, mas o *dever* que cada indivíduo tem que assumir na construção de estilos de vida saudáveis.” (p.112)

Em outros termos, o indivíduo passa a se constituir como sujeito autônomo e responsável, interiorizando o discurso do risco e, assim, orientando suas escolhas comportamentais e estilos de vida para a procura da saúde perfeita e do afastamento do risco (Ortega, 2008). Portanto, a grande ênfase na noção de risco – e na prevenção dos

---

<sup>1</sup> Alguns deles são: Claudine Herzlich (1991), Colin Gordon (1991), Fermin Roland Schramm (2006a, 2007), Francois Ewald (1991), Luis David Castiel, Paulo Vaz (2005), Philippe Adam (2001), Robert Castel (1997) e outros.

mesmos – é um elemento central da racionalidade contemporânea de governo envolvida na formação de novas subjetividades.

Trata-se, como pensa Michaud (2000), de uma racionalidade que dissolve a responsabilidade de segurança entre todo o corpo social e para cada indivíduo em particular. Presenciamos, assim, na atualidade, a uma intensificação da tecnologia de segurança – que fora trabalhada por Foucault como um dispositivo de controle da população ainda no século XVIII – que, agora, vincula-se à expansão da tecnologia de risco. No mesmo sentido, Schramm afirma que a problemática da saúde estar se tornando um dever do cidadão, se relaciona com uma reconfiguração do espaço público e da democracia pluralista em crise, em um contexto marcado pela globalização, cada vez mais caracterizada pelas temáticas do risco, medo, prevenção e sanção, que o autor chama de “mundo da vulnerabilidade”, considerada como característica universal do mundo vital (Schramm, 2006a, p.188). É neste contexto de insegurança e medo, marcado pela grande ênfase na gestão do risco, que o desejo de segurança se exprime, e é na lógica neoliberal – que pressupõe sujeitos autônomos e responsáveis – que encontra meios de se manifestar.

Neste contexto, o indivíduo é restituído a si mesmo para se auto-governar; mas este auto-governo é bem diferente do cuidado de si antigo – voltado para o cuidado da alma como condição para o cuidado do próximo – pois, agora, está à serviço da totalidade social (Michaud, 2000). Como mostra, por sua vez, Foucault (2007), o cuidado de si na Antiguidade era voltado para a construção de um sujeito moral livre e autônomo e, portanto, difere muito da noção atual que, segundo Ortega (2008), refere-se à imagem de um corpo ideal, moldado pelas tecnologias, a serviço do mercado e, portanto, supostamente apolítico. Como apresenta o autor, hoje presenciamos ao estigma moral referente àqueles que estão fora de forma, isto é, que não seguem os padrões de cuidado com o corpo e a saúde, representando isso uma moralização dos estilos de vida, ou das condutas referentes à saúde.

Segundo Rose (2007), o campo das biopolíticas delineado no Século XVIII tomou, no final do Século XX, outra configuração, pois deslocou o foco da doença para se concentrar nas nossas habilidades em gerenciar, remodelar e modular nossas capacidades vitais; enfim, de promover uma “política da vida” (*politics of life itself*). Esse processo incide sobre a promoção da saúde de modo marcante, pois, pressupõe um ser autônomo, empoderado, senhor de si, saudável. Como escreve o autor:

“temos visto uma intensificação e generalização das estratégias de promoção da saúde desenvolvidas no século XX juntamente com o aumento da indústria de seguro de saúde privada, acentuando as obrigações que indivíduos e famílias têm de monitorar e administrar sua própria saúde. Agora cada cidadão precisa tornar-se um ativo parceiro na condução da saúde, aceitando sua responsabilidade de garantir seu próprio bem-estar” (Rose, 2007, p. 63).

A questão fundamental que gostaríamos de ressaltar é que o direito à saúde foi uma das grandes conquistas do movimento social brasileiro pela democratização, fruto da luta de movimentos que propunham uma nova compreensão e organização da saúde pautada pelos determinantes sociais da saúde, isto é, pelas condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou as características sociais dentro das quais a vida transcorre (Tarlov, 1996). Neste sentido, estamos preocupados com a precarização desta ideia e a construção de um dever de ser saudável que tem como fundamento a ideia de que o valor moral de uma pessoa está nas suas capacidades de cuidar do próprio corpo. Assim, de um lado, coloca-se em risco uma conquista de cidadania – o direito à saúde – e, por outro, acredita-se que investir em uma existência livre dos riscos representa um dever do cidadão autônomo e responsável do século XXI. Em realidade, o que acabamos por acreditar é em uma lógica de cunho estritamente econômico que produz os desviantes – isto é, indivíduos irresponsáveis, que não se cuidam – identificando-os como aqueles sujeitos que estariam elevando o custo do sistema de saúde pelo simples fato de ser irresponsáveis, criando assim novos estigmas sobre aqueles que escolhem um tipo de vida considerado não saudável pelo saber dominante na Saúde Pública.

Preocupados com a dupla questão da ameaça da perda da conquista do direito à saúde e o desenvolvimento de uma moralização e responsabilização individual pelo cuidado com a mesma analisamos como os principais documentos produzidos no campo da saúde pública e que tratam, sobretudo, da promoção da saúde, fazem referência aos direitos e deveres individuais em relação à saúde. O objetivo de fazer, aqui, uma pequena síntese das passagens referentes aos direitos e deveres nos documentos produzidos nas principais conferências de saúde é demonstrar a tensão existente, nestes documentos, entre estes dois conceitos. Por isso, trata-se de fato de uma síntese, onde são apresentadas apenas as passagens que nos interessam, isto é, aquelas que

mencionam o direito e/ou aquelas que mencionam o dever em relação aos cuidados com a saúde, sejam aqueles do Estado sejam aqueles do indivíduo.

### Conferências internacionais no campo da saúde

Identificamos que em diversas declarações, resultantes de importantes conferências e convenções nacionais e internacionais no campo da saúde, a saúde aparece como um direito de cidadania, como por exemplo, na Declaração dos Direitos Humanos de 1948 – resultado da Conferência de Yalta organizada pelos dirigentes das nações que emergiram como potências no pós-guerra e que, horrorizados com as barbaridades cometidas poucos anos antes, tentavam propor a reconstrução de suas sociedades. No artigo XXV desta Declaração lemos:

“Toda pessoa tem *direito* a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e *direito* à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle” (Nações Unidas, 2009, Art. XXV).

Neste sentido, fica claro que a noção de saúde aparece como um direito legítimo de cada cidadão.

O mesmo pode ser dito em relação à Constituição da República Federativa do Brasil que, no artigo 196 da seção II, afirma: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Brasil, 1988). Este trecho dá o caráter da Constituição que foi resultado de processos sociais altamente participativos e plurais, fruto de um consenso social amplo e que afirmou a saúde como direito de cidadania. Porém, ainda assim, há uma menção ao dever das pessoas em relação à saúde: “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (Brasil, 1988, Art. 2º, § 2º). O que faltou ser dito claramente é em que sentido e em que medida se está a falar desse dever, isto é, se é um dever com a saúde própria ou dos outros, e o que se espera de cada cidadão neste sentido.

Na Declaração de Alma-Ata<sup>2</sup>, realizada no Cazaquistão e resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), reafirmou-se o significado da saúde como um direito humano fundamental, sendo o objetivo do mais alto nível possível de saúde a mais importante meta social mundial, sob responsabilidade política dos governos. A Conferência enfatiza que “a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um *direito humano fundamental*, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.” (Declaração de Alma-Ata, 1978, p.1).

A Declaração supera a visão reducionista da saúde a puros determinantes biológicos, englobando os condicionantes mentais e sociais e, como consequência, enfatiza a importância e a prioridade dos cuidados primários de saúde, incluindo os serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Porém, a passagem apresentada, que faz referência à saúde como um direito humano fundamental, vem acompanhada da noção do dever em saúde como exposta no parágrafo IV, que diz: “é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde”, o que coloca uma dupla questão: (1) qual o tipo de relação que se pretende estabelecer entre “direitos” e “deveres”; e (2) qual a abrangência deste dever e como ele deveria ser cumprido individualmente. Neste sentido, pode-se dizer que apesar da afirmação da Declaração quanto à saúde ser um direito fundamental, presenciamos uma certa tensão entre os princípios do direito e do dever em relação à saúde, tensão esta que parece só aumentar ao longo dos anos de 1970 e, principalmente, a partir de 1980.

O debate contemporâneo sobre promoção da saúde emergiu na década de 1970, a partir do Relatório Lalonde (1974), documento de trabalho do Ministério da Saúde do Canadá. Talvez seja por este motivo que a Declaração de Alma Ata já sinalize alguma responsabilização por parte dos indivíduos, pois é a partir do Relatório Lalonde que o problema dos altos custos em saúde começou a ser amplamente discutido e aceito como justificativa para políticas centradas no autocuidado. De fato, o objetivo central de

---

<sup>2</sup> Para um maior aprofundamento em relação às declarações ver: Gaudenzi, P, Schramm, FR. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em saúde pública. Interface – Comunic., Saúde, Educ., 2009. ISSN 1414- 3283. ISSN online 1807-5762. 2009.

Lalonde era o enfrentamento dos custos crescentes de assistência médica, que não eram acompanhados pela resolutividade na atenção médica, particularmente no caso das doenças crônicas (Buss, 2000) e, portanto, a busca de uma racionalidade econômica marcou sua elaboração. No Relatório Lalonde, é estabelecido um modelo de campo de saúde composto por quatro polos: a biologia humana; o sistema de organização dos serviços; o ambiente e o *estilo de vida*, este último referindo-se à ênfase na moderação de comportamentos de risco.

Neste Relatório, a noção de saúde se modifica de forma mais radical, mas não no sentido de se remeter às condições de vida, ou aos determinantes de saúde – que são também componentes importantes do Relatório –, mas, sim, de implicar o sujeito nos cuidados com a própria saúde. A partir deste relatório, o movimento da promoção da saúde se desenvolve e percebe-se claramente que não se trata de um movimento uniforme, mas, ao contrário, pode ser interpretado e trabalhado de diversas formas. Como coloca Castiel (2004), a promoção da saúde pode ser utilizada como estratégia para criar mudanças nas relações entre os cidadãos e o Estado, podendo ser vista como uma prática que busca mudanças sociais mais profundas e que o autor identifica como “postura radical libertária”, mas, por outro lado, pode ser trabalhada no sentido de conduzir os indivíduos a assumirem a responsabilidade pelos cuidados com suas saúdes e, assim fazendo, reduzir o peso financeiro na assistência à saúde, o que, por sua vez, o autor identifica como “postura conservadora”.

Além da intenção de racionamento dos custos em saúde, o modelo da promoção da saúde era o modelo de saúde que – acreditava-se – poderia se adequar à nova concepção de saúde que estava sendo construída na época e que se contrapunha ao significado da saúde como ausência de doença. Este novo entendimento do processo saúde-doença, caracterizado como uma “concepção positiva de saúde” (Camargo, 2007, p.63), seria supostamente capaz de superar a concepção clínico-assistencial para a questão da saúde-doença na sociedade e tinha como meta atuar sobre os valores mais amplos da vida: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros (Buss, 2003).

A Carta de Ottawa (1986), produzida na Conferência de Ottawa, no Canadá, realizada em novembro de 1986, é o documento oficial que institucionaliza o modelo canadense da promoção da saúde. A Carta não faz qualquer referência ao direito à saúde e preocupa-se em definir o que seria a promoção da saúde:

“Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.” (p.1)

Neste sentido, o ponto central das orientações nela contidas é destacar a necessidade de efetivar apoio recíproco para a concretização do desenvolvimento das ações de promoção da saúde, isto é, que cada um cuide de si próprio, do outro, da comunidade e do meio ambiente natural. Apesar de trazer à tona a problemática dos determinantes sócias de saúde, que de fato é um avanço no campo da saúde pública, a Carta acopla a isso a ideia de que o indivíduo deve ser capaz de controlar estes determinantes de saúde, o que pode levar não só à consequência, desejada e razoável, de uma maior responsabilidade individual para com a saúde, mas, também, à consequência, indesejável e não necessariamente razoável, de um julgamento moralista do indivíduo como culpado por sua condição e, portanto, merecedor de alguma sanção. Assim, a saúde representaria um fim a ser alcançado para se poder viver numa sociedade marcada pela intolerância diante das diferenças; em particular, aquelas relativas aos estilos de vida. Ademais, como mostra Paim (1998), este movimento da promoção da saúde corresponde, cronologicamente, ao desmantelamento do National Health Service da Inglaterra, durante a conjuntura do “tatcherismo”, e à reforma dos sistemas de saúde e seguridade social dos países escandinavos, face ao recuo da social democracia no continente europeu.

Na década de 1980, nos Estados Unidos, desenvolvem-se programas acadêmicos inspirados por esse movimento, sob a sigla HPDP (Health Promotion Disease Prevention), indicando a opção pela proposta mínima de mudança de estilo de vida por meio de programas de modificação de comportamentos considerados de risco, como o

hábito de fumar, o sedentarismo, entre outros (Paim, 1998).<sup>3</sup> Trata-se, certamente, de uma concepção maximalista de saúde, pois tende, cada vez mais, a tornar os comportamentos considerados saudáveis uma obrigação moral do cidadão frente aos dispositivos biotecnocientífico e sanitário.

Diversas Conferências foram realizadas após a Conferência de Ottawa, mas todas elas apenas aprofundaram as discussões sobre os aspectos enunciados na Carta de Ottawa, não trazendo nada de novo conceitualmente para o campo, além de algumas estratégias para realização dos mesmos objetivos. Em 1988 a Declaração de Adelaide tratou das Políticas Públicas Saudáveis (Adelaide, 1988); a Declaração de Sundsvall, de 1991, envolveu-se com Ambientes Favoráveis à saúde e Desenvolvimento Sustentável em relação à qualidade de vida (Sundsvall, 1991); em 1992 a Declaração de Bogotá ocupou-se com a adequação da Promoção da Saúde aos países em desenvolvimento (Santafé de Bogotá, 1992); em 1997 foi emitida a Declaração de Jacarta (1997), em 2000 a Declaração do México e em 2005, a Carta de Bangkok (2005).

Em relação à Declaração de Adelaide (1988), porém, pode-se dizer que apesar de duas entre suas quatro ações prioritárias – apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool e criação de ambientes saudáveis – serem referentes aos estilos de vida, o documento representou uma espécie de retorno à ideia de saúde como um direito humano fundamental e reafirmou a responsabilidade do setor público pelas políticas sociais e econômicas e seu impacto sobre a situação de saúde e do sistema de saúde:

“A saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social. Os governos devem investir recursos em políticas públicas saudáveis e em promoção da saúde, de maneira a melhorar o nível de saúde dos seus cidadãos. Um princípio básico de justiça social é assegurar que a população tenha acesso aos meios imprescindíveis para uma vida saudável e satisfatória. Ao mesmo tempo, isto aumentará, de maneira geral, a produtividade da sociedade tanto em termos sociais como econômicos. Políticas públicas voltadas à saúde e planejadas para curto prazo trarão

---

<sup>3</sup> Paim apresenta em seu texto inúmeros discursos que refletem esta ênfase na modificação de comportamentos considerados de risco e nos estilos de vida.



benefícios econômicos de longo prazo, como demonstrado por diversos casos apresentados durante a Conferência. Novos esforços devem ser despendidos para integrar políticas econômicas, sociais e de saúde em ações concretas.” (p.2)

Uma questão relevante que surge nesta Declaração é o fato dela relacionar o nível de saúde da população com a produtividade da sociedade. Neste contexto torna-se necessário perguntar até que ponto a saúde individual deixaria de ser de fato individual tornando-se do domínio público e, portanto, passível de sofrer interferências de todos que, supostamente, não agirem em prol do bem da sociedade.

A Declaração de Sundsvall (1991), por sua vez, apresenta em algumas passagens um caráter ambíguo sobre o papel dos indivíduos neste processo, além de deixar em aberto seus deveres em relação à saúde individual. Ao afirmar que o termo “ambientes saudáveis” alcança todos os espaços em que as pessoas vivem, inclusive suas casas e lazeres, a Declaração traz a questão sobre a legitimidade do discurso sanitário penetrar também na vida privada das pessoas.

No ano seguinte, a Declaração de Bogotá (1992) não deixa claro qual seria o dever que cada um tem em relação à saúde: a sua ou a de outrem. Esta Declaração afirma que a promoção da saúde teria o papel de identificar os fatores que favorecem a inequidade e propor ações que diminuam seus efeitos. De um ponto de vista moral, pode-se concordar que as desigualdades desnecessárias, evitáveis e injustas devem ser combatidas para que as pessoas tenham oportunidade de alcançar o direito ao bem-estar, e isso limitando as liberdades individuais que contribuam efetivamente à persistência de tais desigualdades; porém, a afirmação que o papel da promoção da saúde é também atuar “como um agente de mudança que induza transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes, origem destas calamidades.” (Santafé de Bogotá, 1992, p.2) não está seguida de argumentos cogentes que justifiquem tal limitação da liberdade individual.

A Declaração de Jacarta (1997) reafirma a saúde como um direito humano fundamental, relacionando-a, sobretudo, com o desenvolvimento social e econômico. Identifica, porém, que “as estratégias de promoção da saúde podem provocar e modificar estilos de vida assim como as condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde.” (p.3). Assim como os outros documentos, esta Declaração trata, além das questões coletivas, também daquelas relativas ao plano privado, fortalecendo,

assim, a orientação para a responsabilização do indivíduo pelo cuidado com a própria saúde. A Declaração do México (2000), por sua vez, não faz nenhuma referência ao direito à saúde e reconhece que “a promoção da saúde e do desenvolvimento social é um dever e uma responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade” (Declaração do México, 2000, p.1). Por último, a Carta de Bangkok (2005) identifica a saúde como um direito humano fundamental, mas também coloca a questão do dever da sociedade civil em relação à saúde, sem deixar claro qual seria este dever, embora afirme que a Carta se dirige “aos indivíduos, grupos e organizações que são os atores preferenciais no processo de manutenção e/ou melhoria das condições de saúde das populações” (p.1).

Todos estes documentos, incluindo a Carta de Ottawa e a Declaração de Alma-Ata, justificam as medidas de saúde pública propostas através da racionalidade das políticas públicas de prevenção e promoção da saúde individual e coletiva. São, assim, de extrema relevância para a formulação de políticas públicas – principalmente aquelas voltadas para a promoção da saúde – e, por isso, seria fundamental que estivesse exposto com clareza quais são os direitos e quais são os deveres – se é que eles existem – de cada indivíduo em relação aos cuidados de saúde consigo e em relação aos outros. O fato é que isto não ocorre, pois vemos uma ambiguidade referente aos deveres individuais, não ficando claro qual seria o dever que cada um tem em relação à sua própria saúde e à saúde do outro. Esta questão tem grande relevância, inclusive para a bioética, pois esta ambiguidade pode ser uma brecha para formulação de políticas centradas na responsabilização do indivíduo pelo cuidado com a própria saúde, com desdobramentos questionáveis.

Sintetizando as Declarações e Cartas das principais conferências de saúde expostas anteriormente, a Conferência Internacional “De Alma Ata à Declaração do Milênio”, organizada de 13 a 17 de agosto de 2007 em Buenos Aires pelo Governo Argentino, publicou o Resumo Executivo, *Para um Cuidado Integral de Saúde para todos e por todos*, onde lemos, no item “A saúde para o desenvolvimento humano” (Gobierno de la República Argentina, 2007):

“O desenvolvimento humano é o propósito fundamental das políticas públicas no mundo do Século XXI. Fundamenta-se no imperativo de lutar contra a pobreza e a exclusão, assegurando a igualdade de oportunidades e o desenvolvimento das capacidades das pessoas e de suas comunidades. A

saúde é um direito humano que deve ser garantido a todos e é, ao mesmo tempo, uma responsabilidade e um dever que deve ser assumido por todos: organismos públicos, empresas privadas, organizações comunitárias e cidadãos. Enquanto a saúde está condicionada por diversos, variados e variantes determinantes sociais, culturais e ambientais, a responsabilidade por seu cuidado excede amplamente a atenção médica reparadora centrada na doença.”

Podemos citar ainda, no Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2006) que foi aprovada em 2006 e que, apesar de seu caráter progressista que afirma a equidade social e os princípios democráticos da Saúde Pública brasileira, é carregada de discursos que refletem a ótica das formações neoliberais, voltados para a regulação e a vigilância. O que se observa é que, apesar da centralidade do discurso preconizando a ampliação da autonomia do sujeito, do *empowerment*<sup>4</sup>, e o estímulo e fortalecimento dos movimentos sociais – ampliando a discussão sobre a cidadania – o que vemos na composição das ações específicas da política são ações, em sua maioria, que se direcionam aos *modos de viver*. São elas: (1) alimentação saudável, (2) prática corporal / atividade física, (3) prevenção e controle do tabagismo, (4) redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas. A ênfase na transformação dos modos de vida – ou estilos de vida – demonstra o caráter individualista, responsabilizador, dessa política. Nas palavras de Carvalho em referência à Tesh (Tesh, 1988 *apud* Carvalho, 2004, p.674-5):

“Em um mundo global onde amplia-se as ameaças sócio-ambientais – vide o terrorismo praticado por grupos civis e por Estados Nacionais –, torna-se confortável pensar que a ação individual reduz as chances de uma morte precoce. A sensação de controle do indivíduo sobre o processo saúde-doença pode contribuir, de passagem, para justificar o argumento de que é possível assegurar a saúde sem que seja necessário realizar transformações no modo de produção vigente, nas relações sociais e (ou) de governantes”.

---

<sup>4</sup> *Empowerment* (empoderamento) é um dos conceitos fundamentais da Promoção da Saúde, mas seu significado e sua operacionalização têm sido objetos de inúmeras discussões no campo da Promoção da Saúde e das Ciências Sociais em geral (Jewkes, 2000). Para um aprofundamento do tema, ver: Laverack e Labonte (2000), Laverack e Wallerstein (2001), Freire (1979) e Vasconcelos (2004).

O Pacto em Defesa do SUS – um dos componentes do Pacto pela Saúde (Ministério da Saúde, 2006) que representa o conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão – expressa os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e articula as ações que visam qualificar e assegurar o SUS como política pública, devendo firmar-se através de iniciativas que busquem a repolitização da saúde em busca da promoção da cidadania. Este é apenas um entre os vários princípios do Pacto pela saúde que se direciona para estratégias de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito. O Pacto é bastante extenso e se divide em Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. A promoção da saúde se insere no Pacto pela Vida e tem o mesmo caráter apontado na Política Nacional de Promoção da Saúde, sendo uma de suas prioridades instituir a política de promoção da saúde com ênfase na adoção de hábitos saudáveis de vida de forma a internalizar a responsabilidade individual pela prática da atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

A ideia de analisar estes documentos não foi mostrar que há ênfase, por parte da saúde pública, na mudança de comportamento, porque entendemos que tal ênfase é uma prática legítima do campo. O que gostaríamos de demonstrar com este levantamento bibliográfico é que os documentos expõem a concepção da saúde, ao mesmo tempo, como direito e dever do cidadão, fazendo referências diretas à responsabilização individual pelos cuidados com a própria saúde, e isto, em nosso entendimento, não é legítimo, pois assim como Vanderplaat (2004), entendemos que o direito humano à saúde inclui o direito de controlar sua própria saúde e o corpo individualmente, e ao mesmo tempo, ter direito a um sistema de proteção à saúde individual e coletiva que ofereça igualdade de oportunidades para as pessoas usufruírem o mais alto nível de saúde possível.

## 1.2 Principais argumentos que tratam da responsabilização individual pela própria saúde

Partimos, nesta dissertação, do pressuposto de que a saúde está se tornando uma responsabilidade individual, isto é, que cada um deve se responsabilizar pelos cuidados com a própria saúde. Para tanto, demonstramos que a transição paradigmática proposta pode ser percebida nos principais documentos produzidos nos últimos anos no campo da saúde pública e, em especial, no que se refere à promoção da saúde. Mostraremos agora os principais argumentos favoráveis e desfavoráveis à responsabilização pelo cuidado com o próprio corpo.

Em relação aos argumentos pró-responsabilização os principais se referem: (1) à questão dos recursos escassos e às demandas cada vez maiores no campo da saúde; (2) à noção de que os indivíduos detêm o conhecimento do que é bom ou mau para a saúde individual e, portanto, fazem uma escolha autônoma, e (3) à suposta necessidade de segurança que justificaria tanto uma política paternalista como uma política autoritária. Estes três argumentos se inserem na problemática maior da gestão dos riscos e estão interligados, sendo que os dois últimos são, de certa forma, as bases teóricas de justificação do primeiro argumento exposto – referente aos recursos em saúde.

Por outro lado, quando se tenta argumentar sobre a ilegitimidade de atribuição de responsabilidade pelas doenças, geralmente se recorre a três argumentos principais: (1) a responsabilização ou culpabilização da vítima (*victim blaming*, Crawford, 1977), onde o foco do problema desloca-se do problema objetivo em si para se concentrar no aspecto subjetivo do indivíduo, (2) a diferença entre probabilidade e dano e (3) a ideia de que a necessidade de segurança é, na realidade, uma construção social que visa justificar a suspensão das liberdades individuais.

Presenciamos hoje a tendência em ampliar a responsabilização individual no âmbito sanitário, deixando de se restringir às consequências que o comportamento de um indivíduo possa ter sobre terceiros, e incluindo também as eventuais consequências sobre a saúde do próprio agente moral, não distinto do destinatário, onde o principal argumento utilizado para justificar esta auto-responsabilização “compulsória” – ousaríamos dizer – refere-se, quase sempre, ao problema dos recursos finitos e escassos no campo da saúde (Day, 2006; Dernier, 2005; Peterson, 1997; Waller, 2005; Wikler,

2002). Em suma, tratar-se-ia de um problema de limite dos recursos em saúde frente ao acesso ilimitado de cada um a um certo número de benefícios possíveis que justificaria a restrição da liberdade de escolha de estilos de vida. No contexto atual de grande ênfase dada à noção de risco, a ideia que prevalece é que haveria uma obrigação cívica individual à moderação nos comportamentos considerados de risco. Argumenta-se que os indivíduos teriam assim uma responsabilidade moral pela sua saúde uma vez que, ao colocá-la em risco, estariam fazendo um uso indevido dos recursos escassos que são da coletividade e, portanto, que tais indivíduos deveriam sofrer penalidades por não permanecerem saudáveis, podendo, por exemplo, perder a prioridade no caso de precisar de um tratamento (Wikler, 2002), como é o caso do transplante de um órgão afetado pelo comportamento de risco, moralmente questionável, do paciente.

Porém, segundo Foucault (2006b), o que está em causa, na contemporaneidade, não é mais a igualdade de acesso de todos à seguridade, mas o acesso ilimitado de cada um a certo número de benefícios disponíveis. Neste sentido, no campo da saúde, cada vez mais as autoridades estão preocupadas em delimitar até que ponto as pessoas têm direito a um recurso qualquer, como elas podem contribuir com seus cuidados de saúde, e, na pior das hipóteses, estão interessadas em definir até que ponto serviria prolongar uma vida. Segundo o autor, presenciamos à aceleração técnica da medicina, que aumentou sua capacidade de análise e seu poder terapêutico, e a um aumento da demanda de saúde, o que mostra que as carências de saúde não têm critério de limitação. Neste sentido, o autor oferece uma importante contribuição ao alertar para o fato de que o problema do acesso interminável às tecnologias de saúde não tem solução teórica e que o importante é saber por qual arbitragem, sempre provisória e flexível, serão definidos os limites deste acesso. De fato, como afirma o autor, estes limites não podem ser definidos como verdades, imutáveis, por uma definição médica da saúde nem pela noção de necessidade de saúde enunciada como um absoluto; ou seja, não apenas o conhecimento técnico da medicina está em constante mutação – como a noção do que é a saúde – mas também a necessidade dos usuários, com relação a ela, mudam, de acordo com a época e a racionalidade vigente.

Foucault, em uma entrevista realizada em 1978 e intitulada “A Sociedade Disciplinar em Crise” (2006c), afirma que, neste panorama, o indivíduo se pergunta sobre a natureza de sua relação com o Estado e começa a experimentar a sua dependência diante de uma instituição. Para ele, a crise da sociedade disciplinar nos países industrializados é marcada por mudanças na sociedade e nos indivíduos que se

tornam mais independentes, culminando, na metade do século XX, com a conquista do direito à saúde como uma conquista de cidadania. Para Foucault é neste contexto que a demanda pela saúde se torna cada vez maior. O autor continua a tratar deste tema em outra entrevista, realizada cinco anos depois e intitulada “Um Sistema Finito Diante de um Questionamento Infinito” (2006b), em que situa o ano de 1946 – imediatamente após o final da Segunda Guerra Mundial – como o momento do surgimento de aspirações crescentes das pessoas e dos grupos à autonomia. Neste mesmo momento surge a necessidade de conter fenômenos de marginalização resultantes principalmente do desemprego, mas também devido às carências de proteção social. Em relação ao sistema de seguridade social, o autor identifica que, de fato, vivemos um momento de grandes obstáculos econômicos que tornam urgentes algumas questões que são inerentes aos mecanismos de seguridades.

Neste sentido Foucault fala, então, dos “efeitos perversos” (Foucault, 2006b, p.127) inerentes ao dispositivo, destacando que a oferta da segurança às pessoas provoca, necessariamente, um aumento de sua dependência, ao invés de oferecer condições para o exercício da autonomia em relação aos perigos e situações capazes de inferiorizar ou submeter os sujeitos. A questão que o autor coloca é que, considerando que as pessoas possam estar dispostas a abdicar um pouco da autonomia em troca da segurança, *qual a capacidade que têm as pessoas para assumir tal negociação e qual o nível de compromisso que elas podem aceitar?* Estas são as questões as quais a bioética em saúde pública deve estar atenta para evitar a legitimação de práticas liberticidas (Schramm, 2006a) – aniquiladoras da liberdade – em troca de uma maior segurança, a qual, como diz Foucault (2006b), a partir dos anos 1960 começou a ser associada à questão da independência. Neste sentido, entendemos que a bioética deva trabalhar, como parece dizer Foucault (2006b) em relação à problemática da segurança, com vistas à implementação de práticas de segurança, desde que requeridas após uma análise racional e imparcial das situações concretas de conflito, e que abram caminho para relações mais ricas, diversas e flexíveis consigo mesmo e com seu meio, garantindo a cada um o exercício real da autonomia.

### A alocação dos recursos

A questão da alocação dos recursos é um tema de extrema relevância para a bioética e, em especial para a bioética em saúde pública, pois se relaciona com o princípio da justiça, em que o impasse entre justiça social e autonomia individual pode surgir quando se pretende que a alocação equitativa de recursos seja ao mesmo tempo igualitária e respeitosa das liberdades individuais. Caso contrário, pode surgir a ideia de que o indivíduo deve ser capaz de evitar os riscos à saúde e, se não o for, isso pode levar – e de fato está levando – ao julgamento moralista do indivíduo como culpado por sua condição e, portanto, merecedor de alguma sanção.

Neste sentido, pessoas sedentárias e obesas, por exemplo, são vistas como *losers* por não exibirem músculos e não frequentarem o lugar da moda – as academias. Inúmeros episódios que vem ocorrendo no mundo são exemplos desse caráter moral que o cuidado com o próprio corpo adquiriu na contemporaneidade. Entre os mais representativos podem-se citar os casos bastante recentes da proibição de adoção de crianças órfãs por pais fumantes (BBC, 5/11/08) ou obesos (BBC, 13/01/09), ambos na Inglaterra. Neste último caso um homem que queria adotar uma criança foi proibido porque era obeso e reagiu argumentando que fazia exercício físico e que, como não fumava ou bebia, poderia dar um lar feliz e seguro a uma criança, não identificando que estava sofrendo a mesma discriminação de outros que fumam ou bebem, como se esses fatores fizessem uma pessoa ser melhor que outra. Uma outra situação que está provocando polêmica é o anúncio da Lincoln University em Oxford que recusaria a formatura de alunos obesos (BBC, 01/12/09). Em 2006, a Faculdade do Estado da Pensilvânia, havia obrigado os estudantes com índice de massa corpórea (IMC) acima de 30 – um indicador de obesidade – a praticar Educação Física três horas por semana. Agora que a primeira turma está para se formar, os que não reduziram seu IMC correm o risco de não conseguirem se formar, como declarou o chefe do departamento de Saúde, Educação Física e Recreação da universidade.

A moralidade em relação à saúde, exposta nestas medidas, é que ser fumante ou gordo faz com que o indivíduo não possa ser uma pessoa boa, não podendo então estabelecer relações saudáveis nem tampouco oferecer um lar feliz a uma criança. Talvez este seja o primeiro passo para, depois, velhos, gordos, anoréxicos, sedentários, estressados, fumantes, alcoólatras, praticantes de esportes radicais, etc., terem o acesso



aos cuidados de saúde restrito, supostamente de forma “justificada”. E, então, os merecedores de cuidado serão os jovens, esbeltos, não estressados (provavelmente aqueles não escravizados pelo trabalho e em boas condições de vida), os “politicamente corretos” ou “equilibrados” e aqueles de vida “pacata”. Estes indivíduos, compulsoriamente integrados no tipo ideal da pessoa saudável, terão, assim, uma espécie de prioridade moral no acesso aos cuidados, enquanto aqueles já descuidados pela vida, ou “vulnerados” devido a este descuido e, também, aqueles que desejarem uma vida autônoma, considerada questionável, tenham tal acesso negado. Em contrapartida, o gasto do governo com a saúde será significativamente diminuído enquanto o custo da saúde para os indivíduos será cada vez maior, de um lado pagando por produtos *diets*, por academia, ou tranquilizantes, e, por outro, pelo custo da discriminação e do abandono.

O principal argumento contrário à ideia de que se deve responsabilizar os indivíduos pelos cuidados com suas saúdes devido ao problema dos recursos escassos refere-se à questão sociológica fundamental da relação indivíduo sociedade, em que a tese predominante seria que os indivíduos não podem ser responsabilizados por seus “maus hábitos” de saúde, uma vez que estes não são derivados de uma escolha voluntária. Neste sentido, entra-se na discussão, de um lado, sobre as possibilidades do ato livre – discussão cara ao Direito – e, de outro, sobre a injustiça causada ao indivíduo ao se desviar do foco do problema – ou seja, suas causas e implicações – concentrando a atenção sobre a vítima, ocasionando a chamada “culpabilização da vítima” ou *victim blaming* (Crawford, 1977).

Trata-se, portanto, de uma ideologia que responsabiliza o indivíduo pela sua doença e propõe que, ao invés de confiar a responsabilidade das doenças aos serviços médicos caros e ineficientes ou à falta de condições dignas de vida, o indivíduo deve assumir uma maior responsabilidade por si e sua saúde. Neste sentido, o comportamento de risco é visto como o grande problema e mudar o estilo de vida, através da educação e/ou de sanções econômicas, como a solução. Tal racionalidade subjacente à saúde pública contemporânea, baseada na gestão do risco, identifica a existência de comportamentos de risco como falhas da gestão e da cidadania, fazendo com que os indivíduos sintam-se culpados ou responsabilizem aqueles que adotaram o suposto comportamento de risco (Crawford, 1994; 1977). A questão que se coloca neste contexto de culpabilização dos indivíduos pelas doenças que lhes acometem, é se as escolhas em relação a como levar a vida são autônomas – mesmo que sejam produto de

uma cultura, porque sempre o são – ou não e, ainda, se estas escolhas são escolhas que dizem respeito ao âmbito privado ou público.

Neste sentido, Allegrante (1986) afirma que costumamos perceber o mundo como um lugar equânime no qual as pessoas obtêm aquilo que merecem e merecem aquilo que obtêm. Para o autor, atribuímos as causas das doenças ao indivíduo e ao seu comportamento porque, assim, temos a impressão que possuímos a capacidade de evitá-lo e nos sentimos, ao menos psicologicamente, protegidos em relação à possibilidade de sofrermos da mesma doença. Para o autor, esta tendência de atribuir a causa das doenças ao indivíduo tem duas consequências. A primeira delas seria concentrar a atenção – e a condenação – sobre as vítimas em vez de fazê-lo sobre o problema, as circunstâncias, a causa. O autor argumenta que mesmo sendo certo que algumas doenças, como por exemplo, as cardiovasculares, são influenciadas por comportamentos pessoais como alimentação, sedentarismo e tabagismo, também é certo que esses comportamentos são frequentemente condicionados pelo *status* social e pelo nível de instrução do sujeito em questão.

A segunda consequência que o autor identifica em relação à atribuição da causa da doença ao indivíduo e ao seu comportamento é o fato de levar à responsabilização do indivíduo por sua doença, corroborando nosso pressuposto de que a saúde está deixando de ser um direito do cidadão para se tornar um dever de cada um individualmente. Allegrante afirma que a imposição de comportamentos considerados saudáveis é considerada uma alternativa menos custosa e menos comprometedora para as empresas – e diríamos também para o Estado – do que a adoção de medidas preventivas de caráter estrutural. O autor reconhece, porém, a responsabilidade pessoal nos nexos causais da doença, mas afirma que a culpa<sup>5</sup> daquelas doenças que se relacionam com fatores comportamentais não podem ser atribuídos somente ao indivíduo que é assolado pelas mensagens persuasivas da publicidade, ou que trabalha todos os dias exposto a substâncias cancerígenas. Neste sentido, o autor acredita que as estratégias de mudança

---

<sup>5</sup> Estamos considerando nesta dissertação que a noção de culpa possui um teor negativo e, assim, comporta sempre uma penalidade em relação ao ato cometido. A noção de responsabilidade, por sua vez, não tem caráter negativo e, assim, aquilo que é questionável no caso dos cuidados com a própria saúde é culpabilizar os indivíduos pelas suas mazelas em termos de saúde.

dos comportamentos devem ser combinadas a práticas eficazes, destinadas a modificar os fatores organizacionais e estruturais que contribuem para os riscos à saúde.<sup>6</sup>

O fenômeno do *victim blaming* tem, a nosso ver, dois aspectos inter-relacionados: (1) referente aos fatos (ou considerados tais) relacionados à condição da doença, onde a culpabilização da vítima se apresenta como uma tentativa de simplificar um problema que, muitas vezes, tem uma origem a partir de mais de uma causa, facilitando, desta maneira, sua “gestão”; e (2) referente à avaliação moral dos fatos que representa um resquício da visão moralista que confunde dano e pecado, característica do paradigma pré-científico no campo da saúde. Mas se pensarmos no contexto mais geral que indicamos como transição paradigmática em ética – e que leva ao paradigma bioético –, no fenômeno do *victim blaming* assiste-se a um exemplo de enfrentamento não só em campo moral, mas também em campo epistemológico, isto é, entre paradigma pré-científico (ou hipocrático vitalista) e paradigma científico (ou biomédico) com relação ao fenômeno/processo do adoecimento e à sua “fabricação” (ou *poiesis*), e a uma tensão entre paradigma mágico-religioso e paradigma bioético com relação aos valores que guiam (ou deveriam guiar) a *práxis* humana.

Bauman (1998) identifica a existência cada vez maior de discursos que responsabilizam e obrigam o indivíduo a lutar pela conquista de sua qualidade de vida e bem-estar, apresentando-se como um tipo de *dever* que cada cidadão toma para si. O autor afirma que a liberdade de escolha se tornou um dos atributos mais importantes da contemporaneidade, porém, refere que apesar dos meios necessários para obtê-la não serem igualmente distribuídos, a responsabilidade individual pela escolha é distribuída de forma igual e, assim, a escolha para aqueles que não possuem os recursos necessários, não é verdadeiramente livre. A preocupação do autor se refere às consequências da liberdade de escolha em sociedades com condições sociais desiguais que, para ele, resulta em desigualdades sociais ainda mais profundas. Segundo o autor (1988, p.243), “o que a sociedade liberal oferece com uma das mãos ela tende a retirar com a outra. O dever da liberdade sem os recursos que permitem uma escolha verdadeiramente livre é, para muitos, uma receita para a vida sem dignidade, preenchida, em vez disso, com humilhação e autodepreciação”. Podemos claramente

---

<sup>6</sup> No nosso ponto de vista, reconhecemos também o nexo causal entre certos hábitos de vida e a doença, mas o que nos preocupa em especial é a atribuição de responsabilidade moral, que pode acabar por produzir uma paranoia sanitária que pode causar mais danos do que benefícios como, por exemplo, a produção de novos tabus, discriminação e mais mal estar.

fazer um paralelo entre a fala de Zigmunt Bauman e a questão da culpabilização da vítima no caso da saúde em que indivíduos massacrados pelo trabalho cansativo e mal remunerado, por exemplo, são instados a cuidarem de suas saúdes, deixando de fumar, beber, ou de serem sedentários. Como afirma o autor (1988, p.244) “os valores dos direitos e da liberdade, caros ao coração liberal, são invocados para promover o rebaixamento dos direitos individuais e a negação da liberdade”.

Uma grande crítica à saúde pública foi feita por Martinez Gonzalez (2005), sobretudo em relação à precária efetividade da mesma e ao paradigma dos fatores de risco que, para ele, possui um viés individualista em que culpa as vítimas por suas doenças. O autor refere que o paradigma dos fatores de risco coloca o foco da questão na fraca força de vontade dos indivíduos, considerando que aquele que adoeceu é um sujeito fraco no autodomínio da vontade e que, portanto, passa a ser visto como preguiçoso e conformista, fazendo com que o cuidado com a saúde ganhe um caráter moral. Para Martinez este modelo de saúde pública, fundamentado na noção de risco, tem um caráter individualista, pois propõe aos cidadãos que sejam responsáveis e donos de si mesmos para serem capazes de resistir às pressões comerciais dos estilos de vida autodestrutivos. A ideia que se passa é que o exercício da responsabilidade pessoal em relação à saúde fortalece o caráter individual e a capacidade moral.

Da mesma forma, mas falando mais especificamente da medicina promotora, como uma nova forma da higiene, Arouca (2003) refere que as normas, recomendações e medidas prescritas em nome do bem – estar e a ideia de que o indivíduo se mantenha em estado de saúde até a morte natural, é uma ilusão. Para ele, esta ideia abstrai a causalidade estrutural das condições de existência na sociedade e não dá conta de resolver problemas de saúde que são na realidade fruto das condições históricas que criam as desigualdades sociais entre os homens. Para ele, trata-se do individualismo neoliberal que insinua as responsabilidades individuais perante a saúde. Castiel (2007), no entanto, refere que a culpabilização da vítima assume hoje um caráter diferente no âmbito da promoção da saúde. Ele chama atenção para o fato das pessoas que se expõem aos riscos comportamentais hoje já serem candidatas a serem identificadas como “irresponsáveis” mesmo antes de se constituírem em possíveis vítimas de suas próprias atitudes em termos de saúde, recebendo manifestações de crítica em termos morais por sua falta de autocuidado. A partir da tese do autor, surge, novamente, o antigo paradigma moral que confundia causas biológicas – que produziam doenças – e causa morais – que produziam pecados.

Como já mencionado, a conceitualização e a prática da promoção da saúde podem se dar de diferentes formas, sendo que muitas delas têm como meta a promoção de sujeitos livres, autônomos, não para serem responsabilizados por seus cuidados em saúde, mas para terem condições de serem atores ativos em mudanças nas relações entre os cidadãos e o Estado, provocando mudanças sociais profundas, o que pode ser visto como vigência de uma atitude não paternalista. Porém, a ênfase deste trabalho na vertente da promoção da saúde que enfoca a padronização de estilos de vida se deu porque esta vertente trabalha com um discurso que coloca o indivíduo como um mero consumidor de saúde e reduz a saúde a um produto, em uma lógica de mercado que moraliza o cuidado com o próprio corpo a partir da noção de que aquele que não segue esta lógica é irresponsável e culpado por sua condição, minando, assim, a ideia que sustenta que a saúde é um direito humano. Neste discurso, o indivíduo teria o dever de cuidar da própria saúde, pois é autônomo e dispõe das informações necessárias sobre os produtos que deve comprar para se manter saudável.

Desta forma, o que estamos querendo dizer é que a responsabilização pelos cuidados com a própria saúde é resultado de um discurso que moraliza o cuidado com o próprio corpo e que isto se torna possível porque há interesse que assim seja. Por parte do Estado, vê-se que o mesmo utiliza argumentos que são preferencialmente defendidos pela Igreja Católica, o que questiona a laicidade do Estado Republicano e se relaciona com o interesse em, de um lado, considerar a saúde como mercadoria e assim poder oferecer diferentes valores para cada vida e decidir quem tem direito e quem não tem direito aos cuidados de saúde e, de outro, responsabilizar os indivíduos pelos cuidados de saúde, reduzindo a pressão exercida sobre o sistema público.

Mas há interesse também por parte do mercado que incita o ideal hedonista através do consumo de produtos de saúde, remédios para emagrecer, *fitness*, vitaminas, produtos de beleza e há ainda interesse por parte dos próprios indivíduos que, impotentes para mudar o mundo em que vivem, diante da precariedade das relações sociais, das instituições e inseguros quanto ao futuro, veem no corpo o lugar de excelência para exercer o controle sobre sua vida, o poder sobre si, o cuidado de si. Trata-se – como pensa Ortega (2008) – de uma obsessão com o domínio do corpo que substitui a tentativa de restaurar a ordem moral, isto é, o indivíduo se preocupa tanto com o seu corpo – único lugar possível de ação e transformação – na busca da saúde e da perfeição corporal que a preocupação com o mundo, ou a preocupação política, se tornam obsoletos. Trata-se de um círculo vicioso em que o homem, inseguro e

impotente quanto a mudar o mundo, encontra no corpo o lugar para exercer qualquer transformação e esta preocupação com a saúde e o corpo perfeito gera, por sua vez, desinteresse pelo mundo.

Para Schramm (2006a), na vigência do paradigma *oikonômico*, a culpabilização das vítimas na contemporaneidade está ocorrendo mais por razões de ordem econômico-financeiras do que pela preocupação de uma efetiva proteção dos necessitados. Desta forma, acontece uma inversão de papéis, como no campo das políticas sanitárias, em seus vários âmbitos, mas, sobretudo, naquele das políticas de prevenção, que tendem a “responsabilizar” os indivíduos pelos seus comportamentos “não saudáveis”, ao invés de se ater à prevenção de práticas individuais que podem prejudicar terceiros.

A ideia que está por trás desta responsabilização individual é que os indivíduos detêm o conhecimento sobre o que é bom e mau para a saúde, e, portanto, fazem uma escolha, em princípio, autônoma. Nesta ideia há dois pontos que devem ser analisados: (1) quem define o que é bom ou mau para a saúde individual e com que autoridade e (2) se neste caso estamos falando de uma escolha de fato autônoma, isto é, se o indivíduo em questão tem realmente a capacidade de determinar-se de acordo com leis próprias – se autodeterminar – em contraposição a uma escolha heterônoma (Schramm, 1998). Não é intuito desta dissertação analisar a dialética entre autonomia e heteronomia na determinação das escolhas dos sujeitos morais, que produzem uma infinidade de complicações teóricas. O que nos interessa aqui é apresentar como está sendo tratada a problemática dos cuidados com a própria saúde no âmbito da saúde pública.

Para Vaz (2002), no século XX, há uma mudança decisiva em relação à forma em que os indivíduos são convocados a cuidar de suas saúdes, pois, até então, uma parte relevante do cuidado cabia à ação coletiva na forma da intervenção do Estado que objetivava reduzir as desigualdades sociais, entendidas como causa das doenças, mas a partir do final do século XX os indivíduos extraem maior parte das informações sobre hábitos prejudiciais à saúde dos meios de comunicação e a ideia que se constrói é que a responsabilidade pelo cuidado com a saúde cabe, sobretudo, a cada indivíduo, na capacidade que tem de mudar seus hábitos por conhecer e dar peso às informações médicas.

O autor identifica esta mudança como resultado de três processos principais: (1) o avanço tecnológico e científico, sobretudo o sucesso terapêutico desde a medicina de Pasteur que possibilitou um grande combate às doenças infecciosas, aumentando a expectativa de vida e possibilitando a ampliação do papel das doenças crônico-

degenerativas nas causas de morte; (2) o início da crise da política e do Estado-Nação, criando um indivíduo responsável por si, que pode tudo, menos mudar o mundo em que vive e, (3) as transformações no cuidado, ou melhor, as transformações em relação à parte do indivíduo que precisa ser cuidada e o modo de trabalhar sobre si mesmo, que se relacionam com o desenvolvimento, no século XX, do conceito de risco na epidemiologia (Vaz, 2002).

A saúde e a doença passam, portanto, a ser compreendidas como resultado do comportamento e não mais como efeitos das condições de vida; e o indivíduo – agora supostamente informado – passa a ser o único responsável pelo cuidado com sua saúde. A “verdade” sobre as necessidades para uma vida saudável é posta e os indivíduos – entendidos como seres racionais e razoáveis – deveriam, de forma inteligente, segui-la e obedecer às eventuais injunções resultantes da caracterização de comportamentos julgados corretos ou incorretos e a serem seguidos ou evitados, obrigatoriamente. A ideia é que o indivíduo deveria lutar contra si mesmo, padronizando seu comportamento para agir segundo a verdade; verdade, esta, posta pela epidemiologia através do cálculo do risco. Assim, pode-se dizer que nas sociedades atuais, encontramos a hegemonia da ciência e, marcadamente, da Epidemiologia, como discurso totalizante na ressignificação da existência humana.

Para Arouca, a medicina preventiva ganhou notável popularidade através de uma variante que é a medicina promotora, a qual “concentra esforços na utilização de uma infra-estrutura universalizada de produção e difusão de conhecimentos científicos que se estabelece como a suprema autoridade sobre o que é bom ou mau para a saúde de cada um e para a própria existência humana como um todo, fazendo da noção de risco em saúde o epicentro em torno do qual gravitam as normas de conduta que prescreve.” (Arouca, 2003, p.178). As normas prescritas pela medicina promotora passam, então, a influenciar decisivamente o que devem ou não fazer as pessoas, todas elas, independentemente de serem pessoas doentes que procuraram auxílio médico ou simples leitores de jornal ou usuários da Internet.

Castiel (2007), da mesma forma, situa esta problemática da gestão dos riscos e responsabilização individual pelos cuidados em saúde em um campo específico – a promoção da saúde – que, segundo o autor (Castiel, 2007, p.25), “se ancora na crença iluminista da ciência e nos valores da racionalidade e de suas instituições e modos de organização para sustentar sua legitimidade social com vistas à busca de melhores condições de saúde no eterno enfrentamento às ameaças à integridade humana”. Assim,

a vertente da promoção da saúde que direciona a totalidade da existência humana em nome de um valor social único – a saúde –, busca promover novas atitudes perante a saúde de maneira generalizada na sociedade, como se a saúde fosse um dado objetivo e a epidemiologia produtora de verdades científicas definitivas. Esta vertente da promoção da saúde sente-se, assim, no direito de prescrever “hábitos saudáveis” que resultam, em última instância, na responsabilização do indivíduo por cada aspecto de sua vida, como se a vida em todas as suas dimensões pudesse ser avaliada pelo saber médico que teria a autoridade para prescrever normas de conduta para todos indivíduos em conjunto.

Através da emergência do conceito de risco, ou risco relativo<sup>7</sup>, trabalhado na epidemiologia, apreendemos a invasão do cotidiano pela ciência e pela tecnologia, assim como a articulação entre mídia e medicina, em que a mídia, com base no discurso médico, legitima-se como o lugar daquele que na sociedade adverte a existência de riscos nos hábitos individuais e propõe os meios de contorná-los. Experimentamos, assim, a “cientificização” de nossas vidas, o que pode ser visto nas páginas dos jornais ou nos anúncios da televisão que estão repletos de reportagens sobre como bem gerir nosso cotidiano tendo em vista os hábitos de vida e os riscos que se corre e se pode evitar (Vaz, 2002).

Entretanto, segundo Foucault (2006c), as produções de verdade – exatamente por serem “produções” e não “descobertas” – não podem ser dissociadas do poder e dos mecanismos de poder, porque esses mecanismos de poder tornam possíveis essas produções de verdade, as quais têm, elas próprias, efeitos de poder. Assim, a responsabilização individual pelos cuidados com a própria saúde e o consequente dever de ser saudável podem ser pensados no cerne da constituição do modelo *oikonômico* neoliberal como saber-poder que assume a tarefa de defender a sociedade contra a falta de recursos na saúde, finalizando a conduta humana de acordo com um paradigma econômico que supostamente legitime o controle do comportamento dos humanos.

Nesta problemática o ponto principal se refere ao conhecimento e cálculo dos riscos que pressupõe que o indivíduo racional e responsável adotará uma postura

---

<sup>7</sup> Risco relativo é um conceito utilizado na estatística para se referir ao risco de um evento acontecer, como, por exemplo, adquirir um câncer de pulmão, relativo à exposição a determinados fatores como, por exemplo, o tabaco. Trata-se de uma relação entre duas probabilidades: a probabilidade de um evento ocorrer em um grupo que se expôs ao risco em questão e a probabilidade deste mesmo evento ocorrer em um grupo que não se expôs ao mesmo risco em questão (Kale, 2002)



prudente – isto é, de evitação – em relação aos riscos. (Peterson, 1997). Assim, pressupõe-se que o indivíduo em questão, ao agir de determinada forma, como, por exemplo, adotando um hábito de vida considerado não saudável, o fez conscientemente e, portanto, se adoecer foi porque mereceu esta doença, tratando-se de uma escolha de um sujeito autônomo. Deste modo, a ideia de autonomia, no contexto da gestão dos riscos, aparece a partir do conhecimento que as pessoas têm do que é bom e ruim para a saúde, uma vez que, supostamente, podem fazer escolhas e são, portanto, vistas como responsáveis a partir da assimilação do risco e de comportamentos pré-determinados.

Waller (2005), ao abordar a questão da autonomia refere que um forte senso de auto-controle competente e a capacidade de fazer escolhas de forma eficaz promove um bem-estar físico e psicológico importante, assim como a perda de controle autônomo e a sensação de impotência, provocam depressão, aumento da sensibilidade à dor, maior vulnerabilidade à doença, e morte. Mas o que o autor quer problematizar é que o paciente costuma ser encorajado a exercer uma maior autonomia na escolha de seus cuidados com a saúde, mas se ele faz uma escolha errada, entende-se que deva sofrer as consequências. Então, assim como identifica a importância vital da autonomia para a saúde física e psicológica, reconhece que a promoção da autonomia traz um sério risco: o risco de que, juntamente com a maior autonomia, haverá uma maior ênfase em responsabilidade moral que suporta a culpa e o castigo.

Assim, diferentemente da concepção de liberdade exposta nos discursos de saúde – e em especial, da vertente da promoção da saúde mais atuante – entendemos que na realidade os indivíduos perdem a autonomia, pois se reduz a possibilidade de escolher ser “saudável” ou não segundo o paradigma vigente do que é ser saudável. Em suma, a autonomia que ganhamos é “a autonomia para nos vigiarmos, a autonomia e a liberdade de nos tornarmos peritos, *experts* de nós mesmos, da nossa saúde, do nosso corpo” (Ortega, 2003, p.66). Em outros termos, pode-se argumentar, de acordo com Mill (1991), que cada um deve ser livre para decidir seu próprio destino, desde que não prejudique terceiros; mesmo que esta escolha seja por um estilo de vida considerado não saudável do ponto de vista sanitário. Por isso, no campo da saúde, os comportamentos considerados não saudáveis não devem servir de pretexto para que se apliquem medidas liberticidas. De fato, é plausível afirmar que ninguém é obrigado a ser saudável, embora seja obrigado a não prejudicar a saúde de terceiros.

Um outro argumento contrário à responsabilização, e que se coloca como uma resposta à suposta verdade produzida pela Epidemiologia em sua produção de fatores de

risco, refere-se ao próprio conceito de risco em saúde. A crítica principal a este respeito é que a Epidemiologia estaria fazendo um mau uso do conceito – principalmente quando divulga informações sobre cuidados em saúde – que deixaria de ter um caráter probabilístico para se tornar supostamente um fato. Trata-se de uma confusão entre dados e probabilidades de um evento, e entre potencialidade e atualização (Schramm, 2006a). Ou seja, uma confusão entre dados – representações de fatos – e probabilidade – possibilidade mais acentuada da realização de um acontecimento entre inúmeros possíveis, baseada, subjetivamente, na opinião do observador e, objetivamente, na relação entre o número de casos favoráveis e o total das realizações (Michaelis, 2009) e uma confusão entre ato – o que é de fato, o caso – e potência – o que poderia ter sido ou pode vir a ser o caso, distinção já estabelecida por Aristóteles (Blackburn, 1997). Neste sentido, o argumento contra a responsabilização seria que os indivíduos não podem ser responsabilizados pelos maus hábitos de saúde porque nada garante que ficarão, de fato, doentes. Assim, os riscos de adoecer são, na realidade, conjecturas probabilísticas, meros indícios estatísticos, e não verdades evidentes (Schramm, 2006a).

Vaz (2009) chama atenção para o fato de que apesar dos indivíduos estarem informados eles não alteram seus estilos de vida como recomendado pelas notícias da mídia que os convidam para a moderação como uma oportunidade de prazer. Para o autor, como a relação é probabilística, tanto a ausência de restrição pode não ter como consequência a doença, quanto a moderação pode não adiantar e, de todo modo, adoeceremos ou morreremos. O que o autor coloca é que embora as propostas de moderação se deem como promessa de multiplicação dos prazeres pela ampliação do tempo de vida, os indivíduos não acham motivo para trocar o certo pelo incerto, isto é, o prazer imediato pelo diferido. Assim, para ele, não é devido à falta de informação que os indivíduos acabam por não se cuidarem tanto, mas porque “a incerteza da recompensa torna razoável ‘ceder às tentações’ e porque ‘gozar agora e pagar depois’ não é só a mensagem de propagandas de cartões de crédito, mas lema maior de culturas hedonistas.” (Vaz, 2009, p.472)

Castel (1987), por sua vez, enfatiza a importância que o cálculo do risco tem adquirido nos últimos anos do século XX, falando de uma nova gestão dos riscos, na qual o exame da prevenção e do risco está cada vez mais imbricado com a nova racionalidade de governo das sociedades contemporâneas. Para o autor, o conceito de fator de risco foi desenvolvido com o intuito de antecipar e evitar um futuro indesejável, mas, como diz, o risco não resulta de um perigo preciso, mas, sim, na colocação em

relação de dados gerais impessoais ou fatores que tornam mais ou menos provável o advento de acontecimentos indesejáveis.

Outro argumento, que se relaciona com a problemática da noção de risco ser na realidade uma probabilidade, é que a estatística tem como resultado “fatos”, mesmo que sejam fatos probabilísticos e não valores e, assim, a noção de risco é de ordem descritiva e não valorativa, contrariamente ao que se costuma fazer. Neste sentido, e uma vez que ele distingue e separa de forma absoluta descrição de prescrição, David Hume considera ilegítimo, do ponto de vista lógico, a dedução de um juízo de valor com base numa asserção de fato. Assim, e de acordo com a lei de Hume (Kottow, 2006), podemos dizer que é impossível derivar um “deve” de um “é” ou um “dever ser” de um “ser”. Em outros termos, não se pode derivar enunciados válidos no campo dos valores a partir de enunciados válidos no campo dos fatos empíricos, com o que concordamos mesmo considerando que fatos e valores não representam uma dicotomia, mas sim uma imbricação (Putnan, 2004), ou como afirma Schramm (2003b), deve-se, ao contrário, pensar fatos e valores de maneira complexa, isto é, buscando distinguir sem separar questões que estão imbricadas, mas não podem ser confundidas nem subsumidas uma à outra.

Uma última questão, ainda epistemológica e relacionada às orientações dadas pela Epidemiologia com base no cálculo dos riscos, refere-se às certezas do campo. Com base em que certezas as orientações são assumidas? Trata-se, certamente, de uma questão complexa e não é intuito desta dissertação se aprofundar no tema, mas não podemos deixar de lembrar que as certezas no campo científico são temporárias, dependentes de paradigmas provisoriamente aceitos pelos especialistas, isto é, a forma de tratar o objeto recusa sempre outras possibilidades devido a “preconceitos” científicos que poderão ser desfeitos a partir de novos pontos de vista considerados legítimos pela comunidade dos especialistas de um determinado saber. Pode-se dizer, portanto, que o modelo da Epidemiologia possui, neste sentido, bases mecanicistas para a compreensão do corpo humano, sendo marcada pela ideia de que os objetos são passíveis de serem conhecidos predominantemente mediante a linguagem matemática. Assim, pode-se dizer que há um limite epistemológico da Epidemiologia, pois os conceitos que definem a base material do corpo pela disciplina não estão articulados às formas de conceber as características humanas estudadas nas ciências sociais (Czeresnia, 2008). Considerando isso, qual então seria a faculdade dos médicos e especialmente dos epidemiologistas de determinar os comportamentos dos sãos?

Um último argumento usado para legitimar a responsabilização pelo cuidado com a própria saúde se refere à suposta necessidade de segurança em um mundo de riscos difusos, o que justificaria tanto uma política paternalista como uma política autoritária. Acredita-se que no cenário atual, em que a gestão do risco ocupa uma posição proeminente, torna-se possível a criação da ideia não apenas de que cada pessoa possa estar constantemente exposta aos mais diversos riscos, mas também que cada um pode ser um fator de risco para os próximos, isto é, que aqueles que têm hábitos de vida considerados não saudáveis representam um risco para os demais, de um lado por terem maior probabilidade de precisarem fazer uso de recursos que são da coletividade e, assim, dificultarem o acesso aos serviços de saúde dos outros – homens bons que se cuidam –, e, de outro, pelo mau exemplo da fraqueza de vontade dos *estultos* (Costa, 2005), isto é, daqueles que não se controlam, os fracos, os incompetentes para exercer a vontade no domínio do corpo e da mente. Neste sentido a ideia da necessidade de segurança intensifica-se e amplia-se por todo o corpo social.

Agamben (2004b) se refere à vigência de um Estado permanente de Exceção, e isso supostamente em prol de uma maior segurança e ordem – ou prevenção – contra a desordem e a ameaça reinantes, fazendo com que tanto a precaução como a prevenção se tornem *conditio sine qua non* da sobrevivência em sociedades de risco. Žizek (2003) e Chomsky (2006) afirmam que a lógica do risco e prevenção se apresenta cada vez com mais força na cultura ocidental e chamam atenção para o aparecimento do conceito de “guerra preventiva”. Trata-se de uma estratégia de legitimação de ataques preventivos que se apóia na lógica paranóica de um controle total sobre uma possível (mas encarada como real) ameaça futura. Tais ataques são legitimados por uma suposta ameaça que provoca na população o medo e o conseqüente desejo de segurança, não precisando assim de maiores justificativas, pois a ideia que se constrói é a de que o ataque não seria nada além de uma legítima defesa.

Neste sentido, a imposição de medidas autoritárias que se respaldam em alguma ciência tem sido uma prática política comum no que diz respeito às políticas públicas e corresponde, no caso da saúde, à imposição de determinados tipos de comportamento “saudáveis” respaldados pelo saber da Epidemiologia e da Estatística. Em outros termos, de acordo com Schramm (2006a), o indivíduo teria novas obrigações ético-políticas e jurídicas consigo e com os outros, uma vez que, devido ao novo saber-poder biopolítico vigente, tem a possibilidade – e o dever – de intervir sobre os riscos aos quais estaria exposto. Mas, para o autor, a necessidade de segurança é, na realidade,

uma construção social que visa justificar a suspensão das liberdades individuais como forma, considerada necessária, de controlar a complexidade social e sua conflituosidade de interesses e de valores.

Há inúmeros argumentos que colocam em questão a legitimidade de responsabilizar os indivíduos pelo cuidado com suas saúdes. Quanto à alocação de recursos, assim como Foucault (2006b), acreditamos que não é possível satisfazer todas as carências de saúde de forma técnica. Da mesma forma, concordamos que é impraticável deixar aumentar as despesas sem qualquer controle considerando a forma interminável em que as carências de saúde se desenvolvem e as inovações tecnológicas surgem. Entretanto, em nosso ponto de vista, o controle dos gastos em saúde não nos parece um argumento legítimo para limitar as liberdades individuais impondo estilos de vida e tornando o cuidado com a saúde uma obrigação do indivíduo. De fato, a imposição de comportamentos pessoais considerados saudáveis é menos custosa que uma reestruturação das políticas de saúde que garantam uma alocação equitativa dos recursos que seja ao mesmo tempo igualitária e libertária, mas, em nosso entendimento, esta atitude de priorizar os estilos de vida ao invés de garantir a alocação equitativa dos recursos se baseia em parâmetros econômicos opináveis. A prioridade, portanto, não deveria ser dada aos estilos de vida, mas, sim, às condições de vida e de trabalho que garantem uma boa qualidade de vida aos sujeitos.

Na realidade, há vários outros argumentos contrários à responsabilização individual pelo cuidado com a própria saúde – além dos expostos – que poderiam ser trabalhados pela bioética para recusar tal justificativa liberticida. Em relação ao argumento que justifica a responsabilização devido ao problema da alocação dos recursos, pode-se argumentar que não há conhecimento suficiente para afirmar que há de fato mais gastos por parte das pessoas que mantêm um estilo de vida “não saudável”. Trata-se, inclusive, de algo de extrema dificuldade de medição e aplicabilidade prática. Como saberíamos, se aqueles que estão doentes tiveram uma vida “arriscada”? Se este dado fosse critério para o direito ao acesso aos cuidados – e para a recusa do acesso, no caso dos “maus hábitos” –, como garantir que as pessoas declarariam a verdade em relação a seus hábitos de vida?

Como coloca Dernier (2005), uma política de retenção de fundos sociais não pode ser justificada se algumas condições não forem preenchidas: deve ser possível identificar e diferenciar vários fatores causais da morbidade, como causas naturais, sociais, ambientais e atividades pessoais, e deverá ser confirmado que a doença resultou

de atividades pessoais, e não de alguma outra causa. Além disso, deve ser comprovado que as atividades pessoais em causa foram realizadas de forma autônoma no sentido de que os atores estavam cientes dos riscos e voluntariamente os aceitaram. Ainda, como afirma a autora, a localização daqueles que se expuseram “autonomamente” ao risco exigiria uma estrutura rígida e complexa de investigação política. Para fazer uma tal política legítima, consideráveis objeções morais teriam de ser superadas, como, por exemplo, o descumprimento do respeito à privacidade. E, por último, isso tudo deveria ser custo-efetivo.

De fato, não parece ser possível dar conta das condições que Dernier expõe. As doenças, como sabemos, são resultado de várias influências, como predisposições genéticas, hábitos pessoais adquiridos socialmente e condições ambientais. Além disso, não há como precisar se um câncer de pulmão, por exemplo, se desenvolveu devido à exposição ao tabaco, à poluição atmosférica ou a condições ocupacionais e, ainda, se a “escolha” de fumar foi de fato voluntária ou induzida. Neste sentido, deve-se considerar as normas sociais e culturais de determinados grupos ou, ainda, a influência da mídia e da indústria. Por último, para localizar os indivíduos que voluntariamente se expõem a riscos deve haver funcionários autorizados a investigar as causas. Na pior das hipóteses, esses funcionários seriam autorizados a invadir a privacidade dos indivíduos, quebrar confidencialidade e manter registros, a fim de documentar os abusos de saúde que poderiam resultar na restrição do direito à saúde. Assim, as pessoas poderiam ser punidas pela sociedade como um resultado de uma série infinita de perguntas sobre seu comportamento de saúde (Dernier, 2005).

Uma outra questão se refere à hipocrisia em se considerar algumas opções como males que devem ser combatidos e alguns males como opções que devem ser respeitadas ou até estimuladas. Referimos – nos, por exemplo, ao uso dos antidepressivos e medicamentos para emagrecimento que, como sabido, podem provocar diversos males à saúde, mas que são cada vez mais aceitos e prescritos pelo meio médico; ou então ao incremento da indústria automobilística com os mesmos automóveis poluidores ao invés do investimento em carros ecológicos. Um estudo da Revista Lancet (Salvi, 2009), por exemplo, mostra que 25-45% dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) nunca fumaram, e, assim, o ônus de não-fumantes é muito maior do que se acreditava anteriormente. Cerca de 3 bilhões de pessoas, metade da população mundial, estão expostos à fumaça da combustão de biomassa em comparação com 1,01 bilhões de pessoas que fumam tabaco, o que sugere

que a exposição à fumaça de biomassa pode ser o maior fator de risco para a DPOC em nível mundial.

Em resumo, os vários tipos de medidas preventivas não ficam isentas de suspeitas sobre seus reais objetivos, pois as “cruzadas contra o álcool, o tabaco e o sexo são uma dimensão essencial da biopolítica contemporânea das populações”, na qual o sujeito consumidor se expõe a toda uma manipulação pelos *lobbies* da indústria farmacêutica, certamente beneficiárias desta hipocrisia social que “permite à retórica da saúde pública condenar o uso do tabaco e das drogas, e o consumo do álcool, deixando que se desenvolva um consumo crescente [de] psicotrópicos.” (Gori, 2005 *apud* Schramm, 2007, p.147-8). Pode-se pensar, ainda, em medidas alternativas como taxas extras em produtos danosos à saúde, em que uma porcentagem seria destinada à saúde, como é o caso, em muitos países, por exemplo, com relação ao tabaco ou ao álcool. Seria uma forma de impor àquele que levam uma vida “não saudável” que assuma financeiramente o risco que corre podendo “remeter as pessoas à significação e ao alcance de suas decisões individuais em vez de estabelecer fronteiras para além das quais a vida não teria mais o mesmo preço” (Foucault 2006b, p.140). Trata-se de uma medida alternativa, que parece menos problemática que a culpabilização dos indivíduos, mas ainda merece críticas em questões pertinentes, pois acaba por dar liberdade apenas para quem tem meios de comprá-la e pode ser vista como um “acordo” com as grandes indústrias da saúde.

Considerando a discussão da possibilidade de atribuição de responsabilidade, em nosso ponto de vista, as escolhas individuais em relação aos hábitos de vida deveriam ser moralmente neutras e o que deve, por sua vez, ser moralmente garantido é uma estrutura para a saúde e a oportunidade de ser saudável para todos. A rigor, não há dimensão ética referente aos hábitos de vida, tratando-se de algo que diz respeito ao nível estritamente privado. Parece, assim, haver uma confusão conceitual, pois falar de ética é falar necessariamente de uma relação eu-outro; de um agente e um paciente moral. Pode-se dizer que neste sentido há um desvirtuamento do próprio sentido de *moralidade*, e isso num duplo sentido: por um lado, porque a moralidade perde seu sentido técnico de conjunto de características julgadas boas ou ruins de uma ação; por outro, porque a estrutura dual agente e paciente – ou eu-outro – é reduzida a um eu solipsístico, sujeito e objeto de uma ação considerada moralmente reprovável.

Neste sentido, pode-se dizer que, ao se expandir o ideal de prevenção – que considera praticamente tudo como fator de risco e todas as pessoas como

potencialmente indivíduos em risco – novas obrigações consigo e com os outros são exigidas. Mas, neste caso, o grande problema – ao mesmo tempo epistemológico e ético – é que não se faz a distinção entre tipos de riscos; entre agentes e pacientes de riscos; entre os riscos que podem ser administrados com as biotecnologias e outros riscos referentes a indivíduos ou grupos que têm certos hábitos considerados incorretos por uns, mas não por outros, como se tais hábitos tivessem uma mesma dimensão moral, independente do fato do indivíduo colocar em risco sua própria saúde e não a saúde de outrem (Schramm, 2006a).

Entendemos que as ideias obsessivas referentes aos riscos em geral e, especialmente, aos riscos referentes aos estilos de vida se manifestam hoje, sobretudo, porque vivemos um momento marcado por uma vontade de liberdade – que é cada vez mais estimulada – associada a uma grande exigência por segurança como resultado de uma vivência incerta quanto ao futuro. Neste contexto se desenvolve a ideia, própria da racionalidade neoliberal, de que o indivíduo deve ser responsabilizado pelos cuidados com sua saúde. Assim, interessados em que medida o corpo, a saúde e as instituições sociais com eles relacionados entram em relações políticas, analisaremos o conceito de biopoder introduzido por Michel Foucault e a atualização do mesmo por dois autores contemporâneos: Giorgio Agamben e Paul Rabinow.



## **CAPÍTULO 2: O conceito de Biopoder**

### **2.1 O conceito de biopoder de Michel Foucault**

O termo biopoder, segundo Foucault, pode ser entendido em dois sentidos: em sentido geral, como um poder sobre a vida e a morte; em sentido mais específico, como estatização da vida biológica; ou seja, como “o conjunto de mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar na política, numa estratégia geral de poder” (Foucault, 2008, p.3). O biopoder está vinculado ao conceito de biopolítica, “a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder – no campo das técnicas políticas” (Foucault, 2006, p.154) ou “a maneira pela qual se tentou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas propostos à prática governamental, pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças” (Foucault, 1997, p.89). Trata-se de um novo poder que surge imbricado nos acontecimentos e transformações da modernidade, época em que a saúde passou a ser supervalorizada, a medicina a ser cada vez mais notável e a saúde e o corpo passaram a ser colocados no centro dos objetivos pessoais e políticos da Nação.

Michel Foucault estuda o *poder* rompendo com as noções clássicas do termo. Assim, para o autor, o poder não pode ser entendido como algo que o indivíduo simplesmente cede ao soberano – isto é, àquele que possui a autoridade superior que não pode ser limitada por nenhum outro poder –, mas deve ser compreendido mais como relação de forças em uma determinada sociedade, em um vínculo prático que une dialeticamente o poder e o objeto do poder. Para o autor, não haveria, assim, os detentores do poder de um lado e os que se encontram alijados dele do outro, pois o poder entendido desta forma, a rigor, não existe; o que existe são práticas ou relações de poder. Assim, o poder, para Foucault, não pode ser localizado em uma única instituição, ou no Estado, pois é determinado por um jogo de saberes que respaldam o fazer da dominação de uns indivíduos sobre outros e, sendo uma relação, ele está, necessariamente, em todas as partes. Em relação às lutas contra o exercício do poder, considerando, de um lado, o caráter relacional do poder e o fato de estar em todos os lugares, abarcando tudo e todos, e, de outro, o fato de haver sempre resistência onde há poder, Foucault afirma que não existe propriamente o lugar da resistência, mas pontos

móveis e transitórios que se distribuem – assim como o poder – por toda a estrutura social. Assim, a tese de Foucault é que o poder possui uma eficácia produtiva, uma positividade, e “é justamente este aspecto [a positividade do poder] que explica o fato de ele ter como alvo o corpo humano, não para supliciá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, adestrá-lo.” (Machado, 2009, p.172).

Ao falar de biopoder, Foucault está falando de um poder que, historicamente, sucedeu ao modelo da soberania, a qual estava inoperante para reger o corpo econômico e político de uma sociedade em via de explosão demográfica e de industrialização. Na sociedade do poder soberano o direito de vida e de morte é condicionado à própria defesa do soberano ou de sua soberania, marca de uma sociedade em que o poder se exercia como “direito de apreensão de coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida; culminava com o privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la” (Foucault, 2006, p.148). A partir da Época Clássica há uma grande transformação dos mecanismos de poder em que o “confisco” passou a ser apenas uma peça entre outras, com função de controle, vigilância, de produção de forças. O poder destinava-se, a partir de então, a produzir forças mais do que barrá-las ou destruí-las. Neste sentido, Foucault (2005; 2006; 2008b) fala de uma *mecânica* de poder que, a partir dos séculos XVII e XVIII, se direciona para a gestão e maximização da vida e que se diferencia muito do poder soberano que existira desde a Idade Média, o qual possuía o direito de vida e de morte que era, de fato, o direito de *causar* a morte ou de *deixar* viver, agindo então positivamente sobre a morte e negativamente sobre a vida.

Com efeito, era pelo direito de poder matar que o soberano exercia o poder sobre a vida. No entanto, a partir do século XVII, a lógica se inverte: a função do poder não é mais matar, mas investir – poderíamos dizer “produtivamente” – sobre a vida, e o poder de morte passa a ser um complemento daquele. Em suma, o direito de morte tende a se apoiar nas exigências de um poder que governa a vida através de controles precisos, através da disciplina dos corpos ou dos controles reguladores das populações, e que inclui, em sentido estrito, o poder de morte, ampliando, desta maneira o campo do poder. Assim, a morte, que se fundamentava no direito do soberano se defender vai aparecer como o avesso do direito do corpo social de garantir e desenvolver sua própria vida. Como diz Foucault (2005, p.295) – em referência a este novo poder que aparece nos séculos XVII e XVIII: o biopoder – “o poder é cada vez menos o direito de fazer morrer e cada vez mais o direito de intervir para fazer viver, e na maneira de viver, e no ‘como’ da vida”.

A biopolítica, segundo Foucault, é um elemento novo que nem a teoria do direito nem a prática disciplinar conheciam. Com efeito, enquanto o primeiro só conhecia o indivíduo e a sociedade, o indivíduo contratante e o corpo social – isto é, o conjunto das pessoas integrantes de determinada sociedade – que fora constituído pelo contrato voluntário ou implícito dos indivíduos; o segundo lidava praticamente com o indivíduo e com seu corpo. Esta nova forma da política – chamada biopolítica –, vinculada à nova técnica de poder – chamada biopoder – não lida exatamente com a sociedade e nem, tampouco, com o indivíduo–corpo. Ela lida com a noção de “‘população’ como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder” (Foucault, 2005, p.292).

A nova tecnologia de poder que se direciona ao homem–espécie é o que Foucault chama de biopolítica da espécie humana. Trata-se de colocar a população como problema político e então observá-la, conhecê-la – principalmente através das estimativas estatísticas, das medições globais – e intervir no conjunto de processos que são próprios do homem como ser vivo: a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade da população. A preocupação, neste momento, deixou de ser unicamente em relação às epidemias que assolavam a população e se concentrou nas endemias, isto é, a preocupação com a saúde da população passa a ser fundamentalmente em relação às doenças permanentes que subtraem as forças dos trabalhadores, que geram custos econômicos. De fato, as doenças permanentes já eram identificadas como problema desde o século XVII, pela política mercantilista, mas foi apenas no século XVIII que se fez uma intervenção efetiva devido ao desenvolvimento das ciências sociais como a estatística, a demografia, a economia, a geografia, o que traz a introdução de uma medicina da higiene pública, marcada pela polícia médica na Alemanha e pela urbanização na França, no final do século XVIII, e pela medicina dos pobres na Inglaterra do século XIX (Foucault, 2005; 2008b).

Segundo Calliman (2001), o estudo do biopoder em Foucault pode ser esquematizado em dois percursos genealógicos do poder sobre a vida. Em um primeiro momento da análise de Foucault – estudos realizados na primeira metade da década de 1970 – a noção jurídica e repressora de poder é rejeitada e o poder passa a ser exercido sobre os corpos em termos de guerra, dominação e sujeição. A forma central de exercício do poder na fase inicial da pesquisa genealógica de Foucault é a *disciplina* e os principais temas trabalhados são a medicalização e a normalização da sociedade moderna, a constituição e afirmação da família burguesa sexualizada e a consolidação

do Estado Nação. De fato, nesta fase, Foucault preocupa-se em definir quais são os rumos analíticos que devem ser priorizados no estudo das relações de poder. Como afirma no Curso “Em defesa da sociedade” (2005), a análise do poder deve ser orientada para os âmbitos dos operadores locais de dominação e das formas de sujeição, e não mais para o âmbito da soberania e dos aparelhos de Estado. Conforme Caliman (2001), o objetivo de Foucault, neste momento, é rejeitar a teoria da soberania, demonstrando que o método de análise da mesma não se adapta à multiplicidade e à dinâmica da nova mecânica do poder, descarte, este, que culmina com a rejeição da noção negativa e repressora do poder. De fato, Foucault (2006a) caracteriza este momento da história do Ocidente como a “regressão do jurídico”:

“Por referência às sociedades que conhecemos até o século XVIII, nós entramos em uma fase de regressão jurídica; as Constituições escritas no mundo inteiro a partir da Revolução francesa, os Códigos redigidos e reformados, toda uma atividade legislativa permanente e ruidosa não devem iludir-nos: são formas que tornam aceitável este poder essencialmente normalizador.” (p. 157)

Para a autora, entre o primeiro e o segundo percurso genealógico<sup>8</sup>, o modelo da guerra e da conquista como analisador das relações de biopoder passa a ser questionado por Foucault e é, paulatinamente, substituído pelo princípio da conservação da espécie, de defesa interna da sociedade e da garantia de sua segurança. Trata-se de um período de transição que comportaria a noção “clássica” de biopoder: poder sobre a vida que é exercido sobre o corpo individual e coletivo através das tecnologias disciplinar e biopolítica, respectivamente. (Calliman, 2001).

A tecnologia disciplinar do corpo produz efeitos individualizantes, manipula o corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo, sendo uma tecnologia que individualiza o corpo como organismo dotado de capacidades e que visa o treinamento individual. (Foucault, 2005). Por outro lado, a população passa a ser concebida como “espécie humana” e não como um conjunto de sujeitos de direito, nem

---

<sup>8</sup> O segundo percurso genealógico do biopoder é caracterizado pela noção genérica de governo como condução das condutas dos outros e de si. Neste momento o biopoder é analisado como governo prioritariamente político, assumindo a forma da razão de Estado e tendo em seu centro a tecnologia da segurança.

como um conjunto de braços destinados ao trabalho. (Foucault, 1997). Trata-se de outra tecnologia, preocupada com o equilíbrio global, com a regulação da população global com vistas a fixar um equilíbrio, manter uma média, isto é, “como a uma homeostase: a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos.” (Foucault, 2005, p.297). Assim sendo, questões como taxas de mortalidade, morbidade, natalidade e outras passam a estar ligadas não apenas a um poder disciplinar que age sobre o indivíduo adestrando-o, regulando seu comportamento através do uso de dispositivos como a vigilância, mas, também, a um tipo de poder que se exerce no âmbito da população como espécie – no sentido de se exercer sobre os efeitos de massa próprios de uma população – com o objetivo de gerir a vida do corpo social. Os mecanismos implantados pela biopolítica são as previsões, as estimativas estatísticas, as medições globais.

O indivíduo, porém, não é substituído pela noção de população, ou massa viva, mas, como sustenta Machado (2009, p.178), “cada um foi alvo de mecanismos heterogêneos, mas complementares, que os instituíram como objeto de saber e de poder”. De fato, segundo Foucault (2005), os mecanismos disciplinares do corpo e os mecanismos regulamentadores da população estão em níveis diferentes, estando o primeiro – sobretudo, mas não exclusivamente – ao nível das instituições e o segundo ao nível estatal, e isso lhes permite não se excluírem e poderem articular-se um com o outro. Assim, o autor, diferencia – mas não opõe – o Estado à instituição. Para Foucault (2005),

“as disciplinas sempre tendem, de fato, a ultrapassar o âmbito institucional e local em que são consideradas. E, depois, elas adquirem facilmente uma dimensão estatal em certos aparelhos como a polícia, por exemplo, que é a um só tempo um aparelho de disciplina e um aparelho de Estado” (p.298).

Foucault, de fato, deixa claro que a disciplina não é eliminada a partir do momento em que se procurou gerir a população, mas, ao contrário, ela nunca foi tão importante como neste momento. Para ele, a ideia de um novo governo da população torna ainda mais agudo o problema do fundamento da soberania e, da mesma forma, ainda mais aguda a necessidade de desenvolver a disciplina. Assim, rejeita a compreensão do fenômeno em termos de substituição de uma sociedade da soberania por uma sociedade disciplinar, e desta por uma sociedade de governo. Para Foucault (2008b, p.291), “trata-se de um triângulo: soberania-disciplina-gestão governamental,

que tem na população seu alvo principal e nos dispositivos de segurança seus mecanismos essenciais”. Neste sentido, o filósofo considera que a organização do poder sobre a vida se dá, de um lado, através da disciplina anatomopolítica dos corpos individuais; isto é, da ação sobre o corpo entendido como máquina, adestrando-o, extorquindo sua força, submetendo-o, integrando-o a sistemas de controle econômicos e, de outro, da regulação biopolítica das populações; ou seja, centrando o exercício do poder sobre o corpo entendido como espécie, o corpo como suporte dos processos biológicos (Foucault, 2006).

A partir do segundo percurso genealógico – estudos feitos por Foucault no final dos anos 1970 e começo dos anos 1980 –, o autor analisa os elementos que inserem o biopoder no cerne da noção de poder como governo. Neste momento, Foucault busca analisar a introdução das noções de governo e governamentalidade, de poder pastoral, de razão de Estado e de polícia, além da temática do liberalismo, em suas relações com o biopoder (Calliman, 2001). Neste sentido, o poder deixa de ser considerado apenas como uma ação exercida sobre um corpo, para adestrá-lo e torná-lo dócil, e a liberdade passa a ser vista como condição essencial para o exercício do poder, abrindo espaço para a criação de novas ações resistentes, isto é, para a luta contra as formas de dominação étnica, social ou religiosa; contra as formas de exploração que separam os indivíduos do que eles produzem; e contra as formas de sujeição que vinculam o sujeito consigo mesmo (Castro, 2009). Entretanto, estas noções não serão aprofundadas neste trabalho, o qual analisa principalmente uma característica que atravessa todos estes elementos: o desenvolvimento do que o autor chama de uma tecnologia e uma racionalidade da segurança em que a função do poder político passa a ser assegurar e proteger a vida, regulando e ordenando suas possibilidades nas relações com o espaço urbano, com a família, com a medicina. A presente pesquisa trabalha fundamentalmente a partir da análise do segundo momento genealógico do biopoder.

Em seu livro intitulado *Microfísica do Poder*, Foucault (2008b) introduz o tema das grandes economias de poder no Ocidente. Em primeiro lugar, situa o *Estado de justiça*, nascido em uma territorialidade do tipo feudal e que correspondia a uma sociedade de lei, que consistia em criar uma lei e estabelecer uma punição para aqueles que a infringissem, tratando-se de acoplar um tipo de ação proibida e um tipo de punição. Em segundo lugar, reconstrói o *Estado administrativo*, nascido em uma territorialidade de tipo fronteiro nos séculos XV e XVI e que correspondia a uma sociedade de regulação e disciplina. Por fim, aborda o *Estado de governo* que deixa de

ser definido essencialmente por sua territorialidade e passa a ter, como alvo, a massa da população, como instrumento o saber econômico, e que corresponde a uma sociedade controlada pelos dispositivos de segurança. Não se trata da substituição de um “Estado territorial” por um “Estado de população”, como afirma o autor (Foucault, 1997), mas de uma nova ênfase e de uma mudança de objetivos e técnicas.

Com efeito, para Foucault (2008b), a partir do século XVI até o final de século XVIII, devido, sobretudo, à instauração dos grandes Estados territoriais como forma de superação da estrutura feudal e às lutas contra o tipo de poder religioso e moral que predominava na época e que culminaram na Reforma religiosa, se desenvolve uma vasta literatura preocupada com o problema de como ser governado, por quem, até que ponto, com qual objetivo etc. Neste momento, marcado tanto pela concentração estatal como pela dispersão e dissidência religiosa, pôde-se desenvolver uma “arte de governar”, isto é, uma forma de dirigir e governar a conduta dos homens. O autor acrescenta ainda que a teoria da arte de governar só foi capaz de se desenvolver, no século XVI, porque se vivia um momento marcado pelo aparecimento dos aparelhos de governo, pelo desenvolvimento de novos saberes, como a estatística que permitiram o conhecimento do Estado – uma ciência do Estado –, e por fim, um momento marcado por transformações da prática mercantilista.

Foucault deixa claro que a temática do governo sempre esteve presente ao longo da história e que a preocupação em relação a como ser governado não é uma novidade da Época Moderna. De fato, na Idade Média e na Antiguidade greco-romana sempre existiram tratados direcionados ao príncipe sobre o modo de se comportar e exercer o poder. Porém, o que Foucault quer destacar é que a natureza e a finalidade dos tratados que surgem a partir do século XVI são bastante diferentes daqueles que até então existiam. Se naquela época os tratados se apresentavam como conselhos ao príncipe quanto ao modo de se apresentar e exercer o poder para ser respeitado pelos súditos, a partir do século XVI são desenvolvidos tratados não mais como conselhos ao príncipe, mas como “arte de governar”.

Para explicitar esta diferença, Foucault recorre à literatura da época, fundamentalmente ao “Príncipe” de Maquiavel e à literatura anti-Maquiavel, especialmente aquela de Guillaume de La Perrière. O ponto chave se refere ao fato de que Maquiavel caracteriza o príncipe como exterior ao seu principado, unindo-se aos súditos através da violência, e identifica que o objetivo do exercício do poder é o de reforçar e manter os laços do príncipe com o que ele possui, com o território que herdou

ou adquiriu e com seus súditos: “[n]o Príncipe de Maquiavel, o que caracteriza o conjunto de objetos sobre os quais se exerce o poder é o fato de ser constituído pelo território e seus habitantes.” (Foucault, 2008b, p.282). Segundo Foucault, o território é o elemento fundamental tanto do principado de Maquiavel quanto da soberania jurídica do soberano, entendida como a definiam os filósofos e os teóricos do direito. O território é o próprio fundamento do principado ou da soberania e os outros elementos são apenas variáveis com relação ao território. O “Príncipe” apresenta-se, portanto, como um tratado de habilidade do príncipe em conservar seu principado, entendido como relação do príncipe com o território. Assim, para Foucault, Maquiavel apenas retomou um princípio jurídico pelo qual se caracteriza a soberania no direito público, da Idade Média até o Século XVI. É exatamente esse esquema que a literatura da arte do governar quer substituir.

Foucault prioriza, na produção anti-Maquiavel, o texto “O espelho político contendo diversas maneiras de governar” de Guillaume de La Perrière para explicar o que seria a “arte de governar”. Nessa literatura da arte de governar, o príncipe não é o único em seu principado, como é o príncipe “maquiavélico”. A arte de governar propõe uma pluralidade de formas de governo, sendo uma prática coletiva de exercício de poder, onde o Estado é apenas mais uma modalidade. Existem muitos governos, como o pai de família, o pedagogo, o professor etc., governos, estes, que – como afirma Foucault (2008b) – estão dentro do Estado ou da sociedade, havendo uma imbricação entre eles. Diferentemente da doutrina do príncipe ou da teoria jurídica da soberania – que tentam marcar uma descontinuidade entre o poder do príncipe e as outras formas de poder – as teorias da arte do governar procuram estabelecer uma continuidade ascendente – que caracteriza a pedagogia do príncipe e que se refere à ideia de que aquele que quer governar deve primeiro saber se governar, governar sua família e seus bens –, mas também uma continuidade descendente – no sentido em que quando o Estado é bem governado, os pais sabem como governar suas famílias, seus bens, seu patrimônio e, assim, os indivíduos se comportam como devem, repercutindo-se, assim, na conduta dos indivíduos e na gestão da família, o bom governo do Estado. Nesta época, o Estado começa a ser chamado de polícia e o elemento central da continuidade, tanto ascendente quanto descendente, é o governo da família, que se chama de economia. A ideia é que os princípios que devem inspirar um pai de família são também os princípios norteadores do governo do príncipe e vice-versa. Assim, Foucault considera que um dos aspectos mais importantes desse período é a intensa conexão



estabelecida entre os princípios da ação política e os princípios que dirigem a conduta pessoal, que, hoje, parece ter levado à responsabilização pessoal pelos cuidados com o próprio corpo.

Como indica Foucault (2008b), a questão central da arte de governar é apresentada na literatura da época em relação a como introduzir o tema da economia – maneira de gerir corretamente os indivíduos, os bens, a riqueza, no interior da família – ao nível da gestão do Estado e, assim, o papel essencial do governo será a introdução da economia no exercício político. Governar um Estado passa a ser entendido como a forma de controlar, vigiar os habitantes, as riquezas, os comportamentos individuais e coletivos, como faz um pai de família. Diferencia-se muito da noção de governo da soberania que se refere ao território, pois a nova definição se direciona para o governo dos homens e para suas relações com as riquezas, os recursos, os costumes, os hábitos, as formas de pensar etc. e, neste contexto, o problema da aquisição da soberania sobre o território pelo príncipe é um elemento secundário.

Foucault (2008b) afirma, porém, que foi apenas com a perspectiva da população – com o conhecimento possibilitado pela estatística sobre os seus fenômenos próprios, como o número de mortos, de doentes, de nascimentos – e a consequente percepção de que a mesma produz efeitos econômicos próprios, que a família como modelo de governo vai “desaparecer” e a preocupação será fundamentalmente em relação a como introduzir o tema da economia no interior da população. A arte de governar deixa de ser pensada a partir da economia entendida como gestão da família e esta passa a um plano secundário em relação à população que, por sua vez, passa a ser entendida como absolutamente irredutível às famílias. A partir da metade do século XVIII, a família passa a ser compreendida como um segmento privilegiado da população, como um instrumento para o governo da população, o que pode ser visto, segundo Foucault (2008b), através das campanhas contra a mortalidade ou aquelas relativas ao casamento. Como afirma o autor, a população não aparece apenas como sujeito de necessidades, mas também como objeto nas mãos do governo. O controle da população passa a ser o objetivo final do governo, no sentido de que o governo deve ter por finalidade aumentar a riqueza, a duração de vida e a saúde da população. O interesse pessoal – de cada indivíduo – e o interesse geral – da população – passam a constituir o alvo e instrumento fundamental do governo da população (Foucault, 2008b).

O filósofo aponta que a atividade de direção dos indivíduos ao longo de suas vidas, colocando-os sob a autoridade de um guia responsável por aquilo que fazem,

assemelha-se ao poder de um pastor, que se exerce menos sobre o território fixo e mais sobre uma multidão, sobre seu rebanho, ao qual tem o papel de assegurar sua subsistência, de protegê-lo, tratando-se “de um poder que individualiza, concedendo, por um paradoxo essencial, um valor tão grande a uma só de suas ovelhas quanto ao rebanho inteiro.” (Foucault, 1997, p.82). Foucault (2008a) refere assim que “o pastor dirige todo o rebanho, mas ele só pode dirigi-lo bem na medida em que não haja uma só ovelha que lhe possa escapar.” (p.172). Para o autor, este dever de estar de olho em todos e cada um, *omnes et singulatium*, será o grande problema tanto das técnicas de poder do pastorado, quanto das técnicas modernas de poder preocupadas com a gestão da população. Segundo o autor, neste momento da história o biopoder se apresenta como uma racionalidade de governo individualizante e totalizante que encontra suas raízes no poder pastoral. A função e o objetivo do poder moderno é, então, dirigir a vida e governá-la em seu caráter individual e coletivo e a forma dominante do exercício do poder é o governo de cada um e de todos.

Segundo Foucault (2008a), a ideia de um governo dos homens é uma ideia cuja origem deve ser buscada em um Oriente pré-cristão primeiramente e, depois, no Oriente cristão, sob a forma da ideia e da organização de um poder do tipo pastoral – isto é, que o rei, o deus ou o chefe seja um pastor em relação aos homens – e, em seguida, sob a forma da direção de consciência, de direção das almas. O poder pastoral é um poder do tipo religioso que tem seu fundamento no poder que Deus exerce sobre os homens. Não há interesse, nesta dissertação, em aprofundar os traços específicos dessa forma de poder, mas apenas identificá-lo como a ideia de base do poder como governo, isto é, do poder como direção das condutas dos homens. Neste sentido, pode-se dizer que o poder pastoral se diferencia radicalmente do poder soberano no sentido que ele se exerce sobre uma multiplicidade em movimento e não sobre um território. Além disso, o poder pastoral é um “poder de cuidado” (Foucault, 2008a, p.170), manifestando-se por seu zelo, por uma preocupação pelos outros, nunca por ele mesmo e nunca se manifestando pela força, como faz o poder soberano.

Outra questão fundamental, apontada por Foucault (2008b), é que, na soberania, o bem público é essencialmente a obediência à lei, seja a do soberano terreno, seja a de Deus. Assim, a finalidade da soberania é que as pessoas obedeçam a ela, remetendo-se a si própria. O modelo jurídico da soberania faz da lei a manifestação fundamental do poder, desconsiderando as diferentes técnicas de coerção e as relações de força que são estabelecidas (Foucault, 1997). Na nova definição de governo a finalidade do governo

não é mais a obediência à ordem estabelecida pelo soberano, tampouco é uma só; o objetivo do governo é utilizar táticas diversas – e não leis – para atingir seus fins. Assim, a finalidade do governo deixa de ser atuar para seu próprio fortalecimento e ter a forma de lei – como na soberania – e passa a estar nas coisas que ele dirige e seu instrumento passa a ser uma diversidade de táticas, isto é, o poder se dilui por todo corpo social. Entende-se, na época, que o Estado se governa segundo as regras racionais que lhe são próprias, que o Estado, assim como a natureza, tem sua racionalidade própria, que há uma *razão de Estado*. Como escreve o autor, a razão de Estado é “a nova matriz de racionalidade segundo a qual o Príncipe deve exercer sua soberania governando os homens.” (Foucault, 1997, p.83). Esta ideia de que haveria uma racionalidade própria à arte de governar os Estados rompia tanto com a tradição cristã quanto com a teoria de Maquiavel, pois não remete à sabedoria de Deus, à razão, nem às estratégias do príncipe. A razão de Estado se relaciona com o Estado, sua natureza e sua racionalidade própria, sendo uma nova razão governamental no sentido de um governo racional capaz de reconhecer e aumentar a potência do Estado. (Foucault, 2006b).

Com o aparecimento da população como objeto de interesse do governo, esta passa a ser o objeto que o governo deverá levar em consideração em suas observações para governar de forma racional. Como diz Foucault (2008b, p.290) “a constituição de um saber de governo é absolutamente indissociável da constituição de um saber sobre todos os processos referentes à população em sentido lato, daquilo que chamamos precisamente de ‘economia’”. Foi quando apareceu a população como objeto, entre os diversos elementos da riqueza, que foi possível a constituição de uma ciência – a economia política – que se direcionava para a apreensão das relações entre população, território, riqueza; isto é, a ciência política se apresenta como um técnica de intervenção do governo sobre a população. Foucault indica, assim, que a “passagem de uma arte de governar para uma ciência política, de um regime dominado pela estrutura da soberania para um regime dominado pelas técnicas de governo, ocorre no século XVIII em torno da população e, por conseguinte, em torno do nascimento da economia política.” (Foucault, 2008b, p.290). O problema que se colocava, agora, era em relação a qual forma jurídica, qual forma institucional, qual fundamento de direito se poderia dar à soberania que caracteriza o Estado, uma vez que não se tentava mais deduzir uma arte de governo da soberania como se fazia nos séculos XVI e XVIII.

A partir do século XVIII, encontra-se a rede complexa de fatores que relacionam o problema político e econômico da população, os tipos variados de dispositivos

responsáveis pela garantia de sua segurança e a constituição da ciência política. Para descrever esse processo de *governamentalização* das estruturas políticas, Foucault (2008b) introduz a noção de *governamentalidade* que, segundo ele, se refere a três fenômenos: (1) o conjunto das instituições, reflexões e táticas que permitem exercer um poder sobre a população que se exprime pela economia e se exerce através das técnicas de segurança; (2) a tendência que, em todo o Ocidente, conduz à proeminência deste tipo de poder – governo – e de suas técnicas de poder-saber sobre todos os outros poderes; (3) o processo que conduz o Estado jurídico e administrativo ao Estado de controle da população e da segurança, ao Estado de governo. Reforçando seu argumento que o Estado não é uma unidade, Foucault afirma que o que é importante para a Modernidade não é a estatização da sociedade, mas, sim, o que ele chama de “governamentalização” do Estado, isto é, o fato das técnicas de governo se tornarem a questão política fundamental e o espaço real de luta política.

A governamentalidade pode ser vista como uma outra formulação da noção de biopoder, designando as formas que o biopoder toma desde o século XVIII e que exercem seu controle e sua regulação através dos dispositivos de segurança (Caliman 2001). Foucault em seu livro intitulado “*Segurança, Território, População*” (2008a) fala sobre três formas principais de exercício do poder sobre a vida. A primeira delas consiste em criar uma lei e estabelecer uma punição para os transgressores, tratando-se do sistema do código legal com divisão binária entre o permitido e o proibido. *É um mecanismo legal e jurídico*, arcaico, aquele que se conhece desde a Idade Média até os séculos XVII–XVIII. O segundo mecanismo seria a lei enquadrada por mecanismos de vigilância e correção, o *mecanismo disciplinar*, em que aparece, dentro do sistema binário do código, um terceiro personagem – o culpado. Esta forma de poder, que é implantada no século XVIII e que Foucault chama de “moderna”, conta ainda com uma série de técnicas adjacentes ao legislativo e ao judiciário: as técnicas policiais, médicas, psicológicas, que são de domínio do diagnóstico, da eventual transformação dos indivíduos. Por último, o terceiro sistema apontado por Foucault é aquele marcado pelo mecanismo da segurança, que, segundo o autor, e apesar de sua problemática ter se iniciado há bastante tempo, atualmente está se organizando em torno de novas formas de penalidade e de cálculos do custo de tais penalidades (Foucault, 2008c).

O filósofo, porém, insiste no fato de que as modalidades antigas estão imbricadas com as novas e que cada uma já existia antes do momento que ele considera como inicial. Neste sentido, Foucault afirma que os modelos disciplinares já estão

presentes no código jurídico-legal, que os mecanismos de segurança também são antigos e que, na contemporaneidade, não presenciamos uma anulação das estruturas jurídico-legais ou dos mecanismos disciplinares, pois, ao contrário, “há uma verdadeira inflação legal, inflação do código jurídico-legal para fazer esse sistema de segurança funcionar. Do mesmo modo, o *corpus* disciplinar também é amplamente ativado e fecundado pelo estabelecimento desses mecanismos de segurança.” (Foucault, 2008a, p.11). O que muda, segundo o autor, é qual é a modalidade dominante e como se dão as relações entre estes mecanismos.

Esta nova forma de poder, marcada pelos dispositivos de segurança, é composta por um conjunto de fenômenos que são apresentados por Foucault (2008a) como constituindo três características gerais. Em primeiro lugar, ela lida com uma série de eventos que são possíveis e prováveis; em segundo lugar, as reações do poder ante esse fenômeno serão inseridas em um cálculo de custo e, por último, em vez de instaurar uma divisão binária entre o permitido e o proibido, fixa uma média considerada ótima e, depois, estabelece os limites do aceitável. Como forma de demarcar as peculiaridades da tecnologia da segurança, Foucault analisa as diferentes formas de tratar o espaço pela soberania, disciplina e segurança. Para ele, a soberania se relaciona com o espaço a partir da ideia de capitalizá-lo; isto é, a relação da soberania com o território é essencialmente primeira e serve de esquema, de chave para entender o que deve ser uma cidade-capital, isto é, que serviria de exemplo para as outras. Já a disciplina trabalha em um espaço vazio e a ideia é de arquitetar o espaço, pois o espaço vazio será inteiramente construído com vistas a atingir uma inteira perfeição, isto é, que tudo funcione da melhor maneira possível de forma a estar tudo organizado para um controle eficiente. Diferentemente, a segurança vai se apoiar em certo número de dados materiais, não para atingir uma perfeição, mas para maximizar os elementos positivos e minimizar o que é risco e inconveniente – roubo, doenças, delinquência –, sabendo que nunca serão suprimidos. A ideia fundamental é que, na segurança, trabalha-se com probabilidades e é a estimativa das probabilidades para posterior controle e transformação da *população*, a característica essencial do mecanismo de segurança.

De fato, Foucault considera que a segurança tem, fundamentalmente, a função de responder a uma realidade, de forma que a anule ou a regule, criando as condições para a emergência de outra. Não se trata de proibir – como a lei – ou de prescrever – como a disciplina –, mas, sim, de deixar a realidade se manifestar, situando-se à distância, sem adotar qualquer ponto de vista – do que é impedido ou obrigatório, como

faz a disciplina – e, assim, apreender as coisas como elas também são, em sua realidade efetiva, para então, transformá-las.

Após uma exaustiva análise sobre os operadores locais de dominação, Foucault argumenta que a gestão social da população e do indivíduo por estes operadores está intimamente conectada com a racionalidade de governo que tem como mecanismo fundamental a segurança. Porém, outro elemento passa a ser inserido por Foucault na análise da governamentalidade e dos dispositivos de segurança: a noção de liberdade. Para ele, um dispositivo de segurança só poderá funcionar bem se for dada liberdade aos indivíduos. Neste sentido, o autor faz um estudo sobre o liberalismo, mostrando que o dispositivo da segurança liga-se profundamente ao princípio geral do que se chama liberalismo: “deixar as pessoas fazerem, as coisas passarem, as coisas andarem, *laisser-faire, laisser-passer, laisser-aller*, quer dizer, essencial e fundamentalmente, fazer de maneira que a realidade se desenvolva e vá, siga seu caminho, de acordo com as leis, os princípios e os mecanismos que são os da realidade mesma” (Foucault, 2008a, p.62), diferenciando-se muito da disciplina que, ao contrário e por definição, regulamenta tudo, não deixa escapar nada, regula os pequenos detalhes.

Para Foucault o advento do liberalismo no século XVIII não pode ser entendido apenas como uma doutrina, uma teoria política e econômica, mas deve ser entendido, sobretudo, como uma elaborada forma de pensar, preocupada com a “arte de governar”; isto é, preocupada em determinar como é possível governar, o que pode ou deve ser governado e o objetivo de se governar (Foucault, 1997). Porém, para o autor, o liberalismo deve ser analisado como princípio e método de racionalização do exercício do governo, que obedece à regra interna da economia máxima, rompendo, assim, com a “razão de Estado” que, desde o século XVI, tinha buscado no reforço do Estado a racionalidade capaz de justificar uma governamentalidade crescente e de regular o seu desenvolvimento, isto é, a arte de governar, que trás como princípio inovador a ideia de que não é através da lei que se pode atingir os fins do governo (Foucault, 2008b). A relação de poder como governo, diferentemente da lógica da soberania, não é exercido com base na violência, pois, no seu exercício, é indispensável que o sujeito sobre o qual a ação se exerce seja reconhecido como sujeito de ação (Foucault, 1995).

Foucault, em “O Nascimento da Biopolítica”, analisa como o exercício do poder sobre a vida se dá na pós-modernidade e, assim, abordando o neoliberalismo americano, o autor mostra que este tentou utilizar “a economia de mercado e as análises características da economia de mercado para decifrar as relações não-mercantis, para

decifrar fenômenos que não são fenômenos estrita e propriamente econômicos, mas são (...) fenômenos sociais.” (Foucault, 2008c, p.329). Trata-se de fato de generalizar a forma econômica de mercado em todo corpo social, onde o homem se torna um capital humano. O autor dá o exemplo da mãe em sua relação com o filho, em que os cuidados que dedica ao filho são compreendidos como um investimento que vai constituir o capital humano; isto é: o filho terá sucesso, condições de ter um bom emprego e um bom salário e a mãe, uma boa ‘renda psíquica’. A relação mãe-filho é analisada, portanto, em termos de investimento, de custo de capital. Nesta análise há claramente uma tentativa de decifração, em termos econômicos, de comportamentos sociais tradicionalmente não-econômicos.

Em relação à análise do neoliberalismo germânico do pós-guerra, Foucault argumenta que a “mão invisível” de Adam Smith – o lugar vazio, de um deus providencial que habitaria o processo econômico no liberalismo do século XVIII, fazendo com que as pessoas, sem saber direito por que, nem como, seguem seu próprio interesse – perde seu sentido. A função do governo passa a ser justamente a de propiciar as condições políticas e sociais para que o funcionamento do mercado seja o melhor possível. É neste sentido que o neoliberalismo alemão é também chamado de “política vital”, por preconizar que o conjunto da vida individual deve ser estruturado como uma construção de diferentes empreendimentos, possibilitando que o governo da conduta social se dê em nome da economia.

Após ter analisado o biopoder em suas formas estatais mais evidentes, Foucault (2008c) começou então a investigar como se darão as novas formas de controle biopolítico, enfocadas não mais sob o eixo dos exageros do poder soberano estatal, mas agora segundo o eixo flexível das economias de mercado influenciadas pelo neoliberalismo econômico. Para Foucault no neo-liberalismo econômico do pós-guerra, o homem passou a ser visto como *homo oeconomicus*, isto é, o homem como agente econômico que responde aos estímulos do mercado de trocas, mais do que como personalidade jurídico-política autônoma. O homem apresentar-se-ia, assim, como sujeito de interesse distinto do sujeito de direito do pensamento do século XVIII, e da noção de “sociedade civil”, correlativa da tecnologia liberal de governo. O termo foi utilizado para positivar a faculdade humana da escolha como a mais fundamental e, neste sentido, pode ser visto como uma reativação do *agente econômico* do liberalismo do século XVIII. Assim, esta nova racionalidade de governo visa manipular o homem – neste sentido se diferencia do agente econômico do liberalismo que deveria permanecer

intocável pelo governo – para torná-lo o novo produtor – consumidor que impulsiona a lógica neoliberal. Trata-se de um homem que é manejável, o que vai responder sistematicamente a modificações que serão introduzidas artificialmente no meio. Torna-se assim o novo capital humano que tem como marca fundamental ser um empreendedor de si e do mundo.<sup>9</sup>

Neste momento, Foucault pensa o mercado como a instância suprema de formação da verdade no mundo contemporâneo, interessando-se pelas formas flexíveis e sutis de controle e governo das populações e dos indivíduos, tal como elas se exercem por meio das regras da economia do mercado mundializado, para além dos domínios limitados da soberania política tradicional. Diferentemente da disciplina, que visa o sujeito disciplinado pelas técnicas de trabalho e pelos diversos dispositivos de controle, nesta nova racionalidade de governo, o sujeito deve ser independente e senhor de si; deve ser o autor ativo de suas escolhas de vida e o único responsável pelos riscos e perigos que estas escolhas implicam.

Assim, o que Foucault (2008c) começa a mostrar é que na ideologia neoliberal, em que tudo é pensado a partir da racionalidade da economia de mercado, a função do governo passa a ser propiciar as condições de funcionamento do mercado; o homem é cada vez mais estimulado a ser senhor de si, autônomo; este mesmo sujeito é manipulado para consumir cada vez mais; a medicina se desenvolve criando novas esperanças e novas tecnologias a serem consumidas; e, neste mesmo contexto, as pessoas perdem a proteção social que tinham garantida até o momento.

Como afirma Foucault (2006b), quando o sistema de seguridade social francês foi implementado, havia um consenso sobre as necessidades de saúde a serem garantidas. No seu conjunto, garantia-se a cobertura aos afastamentos por invalidez ligados à doença, assim como às doenças congênitas ou adquiridas. Esta situação sofre uma transformação a partir da segunda metade do século XX, momento em que, com o crescimento da capacidade técnica da medicina e com o crescimento da demanda de

---

<sup>9</sup> É interessante notar que Foucault anuncia não apenas as leis econômicas de mercado como forma de manipular o indivíduo, mas as relaciona com as determinações científicas da biogenética, chamando atenção para o problema político da utilização da genética em uma sociedade que visa a melhoria do capital humano. Antecipa assim, em suas análises, que cada vez mais a biogenética será a via por meio da qual o *homo oeconomicus* tratará de potencializar suas capacidades, ao mesmo tempo em que tentará controlar os fatores potenciais de risco – como doenças geneticamente herdadas, por exemplo – que podem colocá-lo em situações desfavoráveis na competição pelo sustento de sua vida (2008c).



saúde, a necessidade de saúde passa a não ter mais um princípio de limitação. O autor afirma que, desde 1946, presenciamos, de um lado, uma aspiração crescente das pessoas e dos grupos à autonomia e, de outro, o surgimento de uma necessidade de conter fenômenos de marginalização devido, sobretudo, ao desemprego e às carências do aparelho de proteção social.

Nesta nova racionalidade de governo, Foucault (2006c) anuncia a crise da sociedade disciplinar nos países industrializados, mas, também, afirma que apesar dos indivíduos estarem cada vez mais independentes e menos sujeitos à disciplina, o contexto marcado pela desproteção social possibilita que as pessoas fiquem dispostas a abdicar um pouco da liberdade em prol de um aumento da segurança. Apesar do fato de que o dispositivo da seguridade deveria dar aos indivíduos autonomia em relação aos perigos e não torná-los dependentes, no impasse entre a busca conjunta de segurança e independência, o autor destaca que os indivíduos passaram a tomar para si a responsabilidade de sua saúde, dos riscos assumidos e de seus próprios custos (Foucault, 2006b).

O estudo do conceito de biopoder não teve como intuito pressupor a repetição e amplitude dos mesmos mecanismos através da história de nossas sociedades – como condena Foucault (Foucault, 2006b) – mas, ao contrário, foi realizado por acreditarmos que a análise do conceito utilizado por Michel Foucault possa ser útil para uma correta compreensão do termo e para posterior análise das relações inseridas na dinâmica do biopoder no panorama contemporâneo marcado pela gestão do risco e pela busca da saúde ideal. A problemática atual referente às decisões sobre os cuidados com a própria saúde pode ser compreendida de diversas formas, dependendo do entendimento em relação ao exercício do “biopoder” nos tempos presentes. O que parece ainda não estar claro, mas que alguns autores se lançaram a estudar, é em que medida o biopoder está presente nas sociedades contemporâneas e como ele se apresenta; o que tem recebido bastante atenção na atualidade e cujas interpretações variam desde uma intensificação do biopoder até uma transformação do mesmo, o que será apresentado a seguir a partir das leituras feitas por Giorgio Agamben e Paul Rabinow.

## 2.2 Atualizações da discussão sobre biopoder

Após o estudo do conceito de biopoder, trabalhado por Foucault, algumas interrogações se tornam necessárias, uma vez que o exercício do biopoder trabalhado pelo autor faz parte da constituição do sujeito moderno e da realidade política, econômica e social que o torna possível. Como pensar, então, o exercício do biopoder na atualidade, cujo panorama se diferencia tanto daquele do século XIX? Quais seriam as relações atuais do poder sobre a vida? Qual a nova racionalidade biopolítica? Como o indivíduo contemporâneo se relaciona com esta nova racionalidade e se constitui como sujeito?

As atualizações da discussão do biopoder têm sido desenvolvidas por diferentes autores e em diversas direções.<sup>10</sup> Parece que a mais comumente trabalhada é aquela que se refere à noção de risco em saúde, que segue a ideia de Foucault de que a modernidade é marcada por uma “mania de regulação” (Gordon 1991) ancorada na racionalidade da segurança, em que se tenta banir qualquer possibilidade de riscos – reais ou virtuais, prováveis ou calculáveis através de novas estatísticas. Presencia-se, assim, à expansão por toda sociedade do ideal de prevenção que rege o sonho do absoluto controle dos acidentes e o mito da razão calculada, em que o risco se encontra em tudo que o indivíduo ainda não aprendeu a controlar. Neste cenário, vê-se a proliferação de tecnologias de seguro privadas como um dos mais rentáveis nichos mercadológicos num momento em que quase todas as coisas são colocadas como fatores de risco e todas as pessoas como, potencialmente, indivíduos em risco (Caliman, 2001) e de risco.

Porém, nesta dissertação, escolheu-se trabalhar as leituras do biopoder na atualidade de apenas dois autores: Giorgio Agamben e Paul Rabinow, por compreendermos que são autores de grande influência no pensamento da contemporaneidade e, em especial, para a bioética, e que, apesar de ambos relacionarem suas reinterpretações de biopoder com a problemática do risco, apresentam teses bastante díspares em relação ao fenômeno do biopoder hoje. Quanto à problemática do risco, Agamben (2004a, 2004b) aborda fundamentalmente seu correlato: o ideal de

---

<sup>10</sup> Agamben (2004a, 2004b), Deleuze (1992), Hardt (2000, 2001), Rabinow (2002, 2006), Rose (2007) e outros.

prevenção. Rabinow (2002), por sua vez, aborda as mudanças na noção de risco ocasionadas pela evolução do campo da genética.

Em relação à relevância para a bioética, pode-se dizer que a interpretação de Agamben (2004a) – a partir do conceito de *vida nua* – traz à tona a discussão sobre o valor da vida, quando afirma que, nas sociedades contemporâneas, algumas vidas são consideradas como sem qualquer valor, podendo ser inclusive descartadas e, assim, a bioética – entendida como um instrumento de proteção das pessoas vulneradas (Schramm, 2006a) – não pode deixar de trabalhar estas questões. Agamben (2004b) ainda nos coloca a pensar de que forma as sociedades complexas podem estabelecer mecanismos organizativos e redutores de complexidade sem cair na armadilha do autoritarismo e do Estado de Exceção.

Rabinow (2002), por sua vez, enfoca a problemática referente ao biopoder hoje no gerenciamento de populações de risco e a promoção do trabalho de cada um sobre si próprio de forma contínua, a fim de se produzir um sujeito eficiente e adaptável, preocupando-se com as formas de subjetivação decorrentes do avanço da engenharia genética. Neste sentido, a importância da análise de Rabinow para a bioética se relaciona com a ideia de que a identificação das bases genéticas das doenças pode fazer com que os indivíduos com predisposições genéticas para algumas doenças sejam chamados a entender e a agir sobre seu próprio futuro, sob os parâmetros que a lógica do risco fornece e – acrescentaríamos – em conformidade com os parâmetros morais aos quais se pretende obrigar a seguir quem tem algum comportamento de risco. Neste contexto pode haver uma expansão da individualização dos riscos, de sua atribuição a indivíduos e da responsabilização e culpabilização das pessoas de risco e em risco, ainda antes mesmo delas manifestarem as doenças consideradas vinculadas a tais riscos. O estudo de Rabinow ainda nos chama a pensar em que medida se tem o direito – ou o dever – de intervir geneticamente.

### Agamben

Agamben, em sua releitura do termo biopoder na atualidade, destaca um lado do conceito indicado por Foucault, mas não priorizado por ele, que se refere à violência do poder sobre a vida. Na realidade, Agamben não faz exatamente uma continuidade da pesquisa de Foucault, mas, sim, uma descontinuidade, pois enfatiza a força destrutiva do biopoder.

Para Foucault (2006), a partir do momento em que a tarefa do soberano foi a de “fazer viver”, isto é, a de estimular o crescimento da vida, as guerras – agora não mais travadas em nome do rei ou do príncipe soberano, mas sim em nome da existência de todos, do povo – se tornaram mais sangrentas e os genocídios se multiplicaram, dentro e fora da nação. Agamben se direciona para esta análise, entendendo que a gestão da população possibilita não (apenas) a produção de vida, mas inclui também a produção de morte, pois autoriza a exclusão do indivíduo. Para ele, a nova configuração do biopoder comporta uma improvável, mas autêntica, união entre a teoria da soberania e a teoria democrática atual, que tem como pilar base as técnicas de segurança. Neste sentido, o autor trabalha em uma espécie de (des)continuidade do estudo de Foucault – onde reconceitualiza o conceito foucaultiano de biopoder tendo como inspiração, além de Foucault, outros intelectuais, como Hannah Arendt, Carl Schmitt e Walter Benjamin – sobre os dispositivos de segurança, dando seguimento à noção de biopoder desenvolvida por Foucault em seu segundo percurso genealógico. Em síntese, pode-se dizer que Agamben trabalha os sentidos do termo biopoder na atualidade a partir de quatro conceitos principais: *vida nua*, *homo sacer*, *poder soberano* e *estado de exceção*, sendo que os dois primeiros se sobrepõem de certa maneira, mas são referentes a coisas diferentes, pois a *vida nua* se refere a uma caracterização da vida e o *homo sacer* à identificação do legítimo proprietário desta vida, caracterizada como *vida nua*.

Giorgio Agamben (2004), em “Homo sacer. O poder soberano e a vida nua I”, faz uma análise dos termos “*bios*” e “*zoé*” para poder introduzir o conceito de “vida nua”, referindo que, para os gregos, *zoé* ou vida natural significava o simples fato de viver comum a todos os seres vivos, enquanto “*bios*” indicava a forma ou maneira de viver própria de um indivíduo ou de um grupo, referindo-se à vida tipicamente humana. O autor recupera esta ideia de Aristóteles para, juntamente à análise da biopolítica de Foucault, propor uma ressemantização da palavra “*zoé*”, redefinindo-a como “vida nua” – a vida desamparada e ameaçada pela biopolítica (Agamben, 2004b *apud* Schramm, 2005b). Para Agamben, cada vez mais vem se tornando tênue e instável a linha divisória que desde sempre demarcou a fronteira entre a vida qualificada ou cidadã (*bios politikos*), isto é, a vida que merece ser vivida e que, portanto, deve ser protegida e incentivada, e a mera vida (*zoé*), a vida nua desprovida de garantias e exposta à morte (Duarte, 2008).

Agamben retoma a ideia de Foucault de que a vida humana é transformada em objeto de poder soberano, isto é, que a vida natural, nos limiares da Idade Moderna,

começa a ser incluída nos mecanismos e cálculos do poder estatal, que a espécie e o indivíduo enquanto simples corpos viventes tornam-se a aposta que está em jogo nas suas estratégias políticas, para trabalhar suas implicações: a redução da vida humana à condição de pura vida biológica pronta para ser administrada pelos dispositivos ordenadores do poder. Agamben, então, formula sua teoria que é, de certa forma, uma crítica aos limites da teoria foucaultiana. Para o autor, não seria tanto a inclusão da *zoé* na *polis*, nem o fato do aumento vertiginoso da importância da vida biológica e da saúde da nação – que permitiram que a vida se tornasse objeto dos cálculos do poder estatal – que caracterizariam a política moderna. Agamben identifica como decisivo o fato de que

“lado a lado com o processo pelo qual a exceção se torna em todos os lugares a regra, o espaço da vida nua, situado originalmente à margem do ordenamento, vem progressivamente a coincidir com o espaço político, e exclusão e inclusão, externo e interno, *bios* e *zoé*, direito e fato, entram em uma zona de irredutível indistinção” (Agamben, 2004a, p.16).

De fato, o autor (Agamben, 2004a) considera que a característica central da política moderna é tornar indiscernível a diferença entre biologia e política, entre *zoé* e *bios*, e que este primado da vida natural sobre a vida moral e política permite o desenvolvimento de práticas autoritárias. Como ressalta o autor: “somente porque em nosso tempo a política passou a ser integralmente biopolítica, ela pôde constituir-se em uma proporção antes desconhecida como política totalitária” (Agamben, 2004a, p.126). Desta forma, o que Agamben se propõe a apontar é a transformação radical, na Modernidade, da política em espaço de vida nua e introduz os conceitos de *homo sacer* e *vida nua* para indicar a condição de desproteção em que se encontra a vida humana na atualidade e, para ele, a política totalitária encontra seu sentido nesta relação, pois é exatamente quando a vida passa a coincidir com o espaço político, que a vida se torna vida nua, vida sem relação com o direito, permitindo que lhe sejam aplicadas medidas próprias de um estado autoritário.<sup>11</sup>

Para Agamben, o biopoder seria, de fato, o sentido oculto de todas as formas de poder: desde o mundo antigo até o presente; poder, este, que repousa, em última

---

<sup>11</sup> Agamben (2004a) deixa claro, porém, que a tese da íntima relação entre democracia e totalitarismo não permite o achatamento das enormes diferenças que caracterizam os dois regimes sob outros aspectos.

instância, sobre a capacidade de um de tomar a vida do outro e que é caracterizado pelo autor pelo conceito-metáfora do *homo sacer*. Com efeito, esta figura enigmática do direito romano arcaico concentra em si traços que são, à primeira vista, contraditórios, pois enquanto sanciona a sacralidade de uma pessoa, autoriza – ao tornar impunível – sua morte. Assim, a especificidade do *homo sacer* é a “impunidade da sua morte e o veto de sacrifício” (Agamben, 2004a, p.81), representando “um ser intermediário entre o homem e o animal” (ibid, p.171) que, portanto, possui uma vida que pode ser morta sem que se cometa homicídio. É uma figura, portanto, que representa uma redução do *bios* – a vida qualificada, basicamente, o modo de vida próprio a um grupo em uma comunidade política – à mera *zoé* – *vida nua*, isto é, a vida em que o ser humano é despojado de sua cidadania – tornando sua vida indigna de ser vivida, pronta para ser administrada pelo poder soberano como ele bem quiser. Para o autor, o nascimento do biopoder na modernidade marca o ponto em que a vida biológica dos sujeitos entra na política e pertence inteiramente ao Estado, momento, este, em que o *homo sacer* é confundido com o cidadão.

Preocupado em analisar qual estrutura jurídica é capaz de legitimar um poder que reduz a vida como um todo à condição de mera vida biológica, Agamben (2004a, 2004b) explora a contiguidade essencial – estabelecida por Carl Schmitt – entre a soberania e a teoria do estado de exceção, um dispositivo pelo qual o direito integra a vida. Para Schmitt (1922, *apud* Agamben, 2004a), o soberano é aquele no qual o ordenamento jurídico reconhece o poder de proclamar o estado de exceção e, assim, suspender o ordenamento jurídico, colocando-se legalmente fora da lei. Nas palavras de Schmitt (1922 *apud* Agamben, 2004a) sobre a relação entre soberania e a proclamação do estado de exceção:

“A exceção é aquilo que não se pode reportar; ela subtrai-se à hipótese geral, mas ao mesmo tempo torna evidente com absoluta pureza um elemento formal específico: a decisão (...) Todo direito é ‘direito aplicável a uma situação’. O soberano cria e garante a situação como um todo em sua integralidade. Ele tem o monopólio da decisão última. Nisto reside a essência da soberania estatal, que, portanto, não deve ser propriamente definida como monopólio da sanção ou do poder, mas como monopólio da decisão (...) O caso de exceção torna evidente do modo mais claro a essência da autoridade estatal. Aqui a decisão se distingue da norma jurídica e (para

formular um paradoxo) a autoridade demonstra que não necessita do direito para criar o direito...” (p.23-4).

Para Agamben, o conceito de “estado de exceção” é produto da Assembléia Constituinte francesa que, em 1791, instituiu, sob o nome de “estado de sítio”, um quadro legal para a suspensão da ordem jurídica em determinadas situações, consideradas “extremas”. O autor considera que dispositivos jurídicos semelhantes se desenvolveram ao longo dos séculos XIX e XX para serem aplicados em situações consideradas de “emergência” política ou econômica, como a luta contra o terrorismo.

Apesar de, teoricamente, se tratar de uma resposta imediata do poder estatal aos conflitos internos mais extremos, como as situações de guerra, Agamben coloca que, hoje, o estado de exceção é usado como medida extraordinária de polícia em caso de desordens internas, reais ou imaginárias que sejam, integrando, desta maneira, o contencioso de riscos e de um mundo do risco disseminado. O autor fala, então, de um “estado de exceção permanente” e de suspensão dos direitos humanos em nome de uma maior segurança e ordem, ou – acrescentaríamos ainda – de uma maior prevenção. Para ele, o estado de exceção tende, cada vez mais, a se apresentar como o paradigma de governo dominante na política contemporânea, apresentando-se como um patamar de indeterminação entre democracia e absolutismo, política e direito (direito público e fato político) e entre ordem jurídica e vida (Agamben, 2004b). É neste ponto que Agamben se destaca, ao estabelecer uma ligação entre a teoria sobre o poder totalitário de Hannah Arendt e a teoria biopolítica de Foucault. Como afirma o autor (Agamben, 2004a, p.12):

“Hannah Arendt havia analisado, em *The Human condition*, o processo que leva o *homo laborans* e, com este, a vida biológica como tal, a ocupar progressivamente o centro da cena política do moderno. Era justamente a este primado da vida natural sobre a ação política que Arendt fazia, aliás, remontar a transformação e a decadência do espaço público na sociedade moderna.”

Agamben continua dizendo que se espanta com o fato da autora não ter relacionado esta análise, feita em *The Human Condition*, com as análises que havia feito anteriormente em relação ao poder totalitário. Afirma, ainda, espantar-se com o fato de Foucault não ter deslocado a sua investigação para “as áreas por excelência da

biopolítica moderna: o campo de concentração e a estrutura dos grandes estados totalitários do Novecento.” (Agamben, 2004a, p.12)

Agamben (2004a) propõe o conceito de *vida nua* ou *vida sacra* para fazer convergir as teorias – de Foucault e Hannah Arendt –, demonstrando que o lugar de excelência da biopolítica moderna é exatamente a política dos grandes estados totalitários. Apesar do estudo de Arendt sobre a estrutura dos Estados totalitários não ter nenhuma perspectiva biopolítica e o estudo de Foucault sobre a crescente implicação da vida natural do homem nos mecanismos e nos cálculos do poder não ter nenhuma referência aos estudos de Hannah Arendt sobre o totalitarismo, Agamben afirma que, através do dispositivo do estado de exceção, presenciamos uma relação de contiguidade, uma íntima solidariedade, entre democracia e totalitarismo:

“o que a [presente] pesquisa teve de registrar entre seus prováveis resultados é precisamente que as duas análises [de Foucault e Hannah Arendt] não podem ser separadas e que a implicação da vida nua na esfera política constitui o núcleo originário – ainda que encoberto – do poder soberano. *Pode-se dizer, aliás, que a produção de um corpo biopolítico seja a contribuição original do poder soberano.*” (Agamben, 2004a, p.14)

O autor usa o termo “estado de exceção” para demonstrar que os tempos atuais não são de normalidade jurídica, mas, sim, tempos marcados por estruturas públicas ameaçadas e de abandono total dos cidadãos em meio a uma terra de ninguém. O que Agamben se propôs a fazer foi estabelecer uma correlação entre os assassinatos que ocorreram em massa nos séculos XIX e XX e as grandes violências em curso no século XXI, e a normalização do estado de exceção, e, assim, isso nos remete tanto aos campos de concentração como aqueles do governo Bush. Porém, a ideia de que um suspeito de atividade terrorista possa ter tido anulado radicalmente seu estatuto jurídico, produzindo-se, assim, um ser juridicamente inominável é possível, sobretudo, devido ao contexto de grande ênfase aos riscos vinculado à ideia predominante de que somos todos ameaçados e que, portanto, devemos ser protegidos a qualquer custo, isto é, mesmo que para isso seja necessário anular radicalmente o estatuto jurídico do indivíduo, tornando a vida deste, uma vida nua.

Neste sentido, Agamben identifica que a proclamação do estado de exceção passou a estar prevista como medida de segurança e como defesa da democracia. Para o



autor, o uso provisório e controlado dos plenos poderes (poder do Executivo de modificar e anular as leis vigentes através de decretos) é teoricamente compatível com as constituições democráticas, mas seu exercício sistemático e regular – como afirma estar acontecendo – leva à liquidação da própria democracia. Criar-se-ia, assim, um círculo vicioso em que medidas excepcionais são legitimadas pela suposta necessidade de defesa da constituição democrática, sendo que seriam elas próprias que levariam a sua ruína.

Agamben situa, assim, na instauração do estado de exceção permanente – que segundo o autor teve início no final da Primeira Guerra Mundial e atingiu seu máximo desdobramento hoje – a forma de totalitarismo moderno, que se apresenta como uma forma de guerra civil legal que permite a eliminação física não apenas de adversários políticos, mas de categorias inteiras de cidadãos que, por qualquer motivo, pareçam não integráveis ao sistema político. Como coloca Schramm (2006a),

“o ‘estado de emergência permanente’ faria com que em princípio fôssemos todos ameaçados e potencialmente ameaçadores, visto que esta nova condição existencial ‘global’ nos tornaria uma espécie com um destino comum a ser protegido no tempo e no espaço profundos, possivelmente com meios ordinários”

embora não necessariamente e, talvez, cada vez menos. Para este autor, o argumento é, intuitivamente razoável, pois parece vir ao encontro à postura da Ética Global que se preocupa com os problemas do mundo; porém, critica o fato da ação com vistas à “qualidade de vida global” implicar um campo de intervenção sobre indivíduos e grupos que são tanto portadores atuais como potenciais de riscos em uma visão globalizadora que não faz distinção entre objetos diferentes a serem distinguidos. No campo da saúde isso se apresentaria como uma indistinção entre (1) riscos que poderiam ser administrados pelas biotecnologias (como os riscos genéticos) e aplicando o princípio da precaução e (2) riscos referentes a indivíduos e grupos que têm hábitos de vida considerados incorretos como fumar, beber, não fazer exercício físico, não fazer dieta, como se tais hábitos deixassem de pertencer apenas à esfera pessoal e ao exercício das liberdades – embora talvez criticáveis – e tivessem uma dimensão moral, por supostamente afetarem, direta ou indiretamente, a todos e não somente o indivíduo efetivamente de risco ou em risco.

Agamben faz uma exaustiva análise das tradições jurídicas do Ocidente – que não nos interessa aprofundar aqui – e identifica que os autores que trabalham com o conceito de estado de exceção costumam se dividir em duas tendências. Alguns defendem a oportunidade de prever e incluir nas constituições o dispositivo do estado de exceção, isto é, tentando incluí-lo no domínio do sistema jurídico. Outros criticam a pretensão de se regular por lei o que, por definição, não pode ser normatizado, considerando o estado de exceção um fenômeno essencialmente político, extrajurídico. Porém, para Agamben – e aí esteja talvez sua originalidade – “o estado de exceção não é nem exterior, nem interior ao ordenamento jurídico e o problema de usar esta definição diz respeito a um patamar de indeterminação, ou uma zona de indiferença, em que dentro e fora não se excluem, mas se indeterminam” (Agamben, 2004b, p.39). Esta noção é fundamental para a compreensão da teoria de Agamben, porque seria exatamente esta ambiguidade do direito, da norma jurídica estar sempre dentro e fora de si mesma, que permitiria que o estado de exceção seja um espaço vazio, onde “uma ação humana sem relação com o direito está diante de uma norma sem relação com a vida.” (Agamben, 2004b, p.131). Assim sendo, Agamben identifica a possibilidade da “suspensão legal da lei”, da lei conviver com sua própria suspensão, e isto seria a contrapartida jurídica da transformação da política em zona de anomia no interior da qual os sujeitos não aparecem mais como sujeitos políticos, não podem mais ser agentes de ações políticas de transformação, tornando-se meros sujeitos, objetos de controle pelo poder soberano.

De fato, o que Agamben faz é uma tentativa de continuar o estudo de Foucault acerca do poder sobre a vida; porém, a partir de uma ruptura, transformando o conceito como Foucault o cunhou. Para fazer isso, o autor tentou detectar em que medida este conceito se apresenta na atualidade. O filósofo italiano parece trabalhar fundamentalmente a partir dos estudos de Foucault que se direcionam para o tema dos massacres, do genocídio enquanto sonhos dos poderes modernos. Mas o que Foucault coloca (2006) é que este sonho não tem a intenção de retornar ao velho direito de matar, mas trata-se de um poder que se situa e se exerce ao nível da vida, da espécie, da raça e dos fenômenos maciços de população. Agamben, por sua vez, desenvolve sua teoria exatamente no sentido oposto, isto é, pensando o poder como violência inscrita no estado de exceção, e embasada na vida nua do *homo sacer*. Agamben dá continuidade à ideia de Foucault (2006) de que os massacres se tornaram vitais a partir do século XIX, em que diversos regimes, em nome da gestão da vida e da sobrevivência dos corpos e da

raça, puderam travar inúmeras guerras, causando a morte de uma infinidade de pessoas. Porém, como Agamben associa o conceito de Foucault com a teoria do totalitarismo de Hannah Arendt, colocando o indivíduo sem espaço para resistência, para ações criativas e livres, e considera a biopolítica contemporânea como a política de um Estado modelado sobre a figura do soberano, entendemos que o que ele faz é, na verdade, uma descontinuidade da noção de Foucault, propondo um nova interpretação do conceito de biopoder para a atualidade.

Outra noção fundamental trabalhada pelo autor é a de *necessidade*, pois este conceito, como afirma Agamben (2004b), é identificado por alguns teóricos como o fundamento jurídico do estado de exceção. Com efeito, segundo Agamben, o adágio latino *legem non habet* (a necessidade não tem lei) deve ser entendido em dois sentidos opostos: (1) a necessidade não reconhece nenhuma lei e (2) a necessidade cria sua própria lei. Para o autor, em ambos os sentidos, a teoria do estado (ou da condição) de necessidade legitimaria o estado de exceção. Porém, o que Agamben expõe é que a condição de necessidade não torna lícito o ilícito, mas age como justificativa no fundo *ex post* (ou *a posteriori*) para uma transgressão em um caso específico e por meio de uma generalização indevida da exceção; assim, a necessidade não é fonte de lei, nem suspende a lei, mas se limita a subtrair um caso particular à aplicação literal da norma.

A grande contribuição de Agamben, em nossa avaliação, é negar a necessidade como fundamento último da exceção. Com efeito, para ele, a necessidade deve ser entendida como princípio segundo o qual “toda lei é ordenada à salvação comum dos homens e só por isso tem força de lei; à medida que, ao contrario, faltar a isso, perderá sua força de obrigação.” (Agamben, 2004b, p.41). Afirma ainda que, diferentemente do que se pensa, a natureza da necessidade não é uma situação objetiva; ao contrário, implica um juízo subjetivo, onde circunstâncias necessárias e excepcionais são aquelas que são declaradas como tais. Assim, recorrer à necessidade, de qualquer maneira, implica uma avaliação moral ou política. No campo da saúde, pode-se dizer que a ideia de necessidade utilizada como justificativa para legitimar medidas autoritárias – opinável nas democracias pluralistas contemporâneas, uma vez que não é estabelecida consensualmente – apresenta-se através da responsabilização do indivíduo pela sua saúde, restringindo o campo de suas liberdades em como levar a sua vida, em nome de uma suposta necessidade de segurança contra os “vilões da saúde” (cigarro, álcool, gorduras, cafeína, sedentarismo...) e, em última instância, contra a morte.

Antes de iniciar a exposição do pensamento do antropólogo Paul Rabinow sobre a forma de exercício do biopoder hoje, é importante dizer que o autor discorda da maneira pela qual Agamben utiliza o termo biopoder e isto por duas razões principais: (1) pela generalidade da assertiva de Agamben para caracterizar a natureza e a essência da época atual, o que esvaziaria a força crítica do conceito, pois, segundo Rabinow (2006, p.34) “a essência do pensamento crítico deve ser sua habilidade em fazer distinções que possam facilitar o julgamento e a ação”; e (2) pelo fato de Agamben sugerir que o biopoder contemporâneo toma forma de uma política que é fundamentalmente dependente da dominação, exploração e expropriação e em alguns casos da eliminação da existência vital de alguns.

Ao contrário, Rabinow (2006) refere que, para Foucault, o biopoder não serve para dar suporte a um único bloco de poder ou grupo dominante, mas sim que as grandes regulações que proliferaram durante o século XIX são encontradas também em toda uma série de instituições, como as médicas, fundos de bem-estar, segurança, e outras, havendo, assim, uma multiplicidade de formas e fontes de autoridade. Em relação à segunda razão de discordância de Rabinow em relação à tese de Agamben, o antropólogo afirma que Foucault se distanciou da visão de que o biopoder seria indubitavelmente prejudicial, e este seria o ponto que teria levado Foucault a estudar os modos antigos de subjetivação e as possibilidades de liberdade. Rabinow refere ainda que, hoje, “certamente, todos os empreendimentos que têm a vida, e não a morte, como seu *telos* – projetos para ‘fazer viver’ – são centrais para a configuração do biopoder contemporâneo.” (Rabinow, 2006, p.37).

Porém, o que Rabinow talvez não tenha percebido, é que Agamben não se propôs a repetir o termo cunhado por Foucault, mas, ao contrário, utilizou-o como subsídio para pensar as formas atuais de poder sobre a vida, que podem ser – e de fato são – muito diferentes daquelas trabalhadas por Foucault. Esta discussão sobre as possíveis manifestações do biopoder hoje ainda está em aberto e não é interesse desta dissertação comparar as duas teses – de Agamben e Rabinow – mas, sim, expô-las e considerá-las em suas pertinências respectivas para o nosso assunto, considerando, ainda, que, talvez, as duas apresentem enfoques das manifestações do biopoder de hoje que, embora muito diferentes, coexistam.

## Rabinow

Rabinow (2002), por sua vez, explora as práticas da vida como um dos campos mais potentes dos novos saberes e poderes na atualidade. O autor centra, assim, suas pesquisas sobre a forma do biopoder hoje, sobretudo em aspectos relacionados ao desenvolvimento das biotecnologias genéticas e, assim, o autor estuda os contextos das biotecnologias e estratégias de intervenção sobre a vida coletiva. Rabinow, considerando o Projeto Genoma a mais ambiciosa proposta de reformulação de saberes e poderes sobre o homem, busca focar uma articulação dos discursos e práticas do biopoder diferentemente de Foucault. Para Rabinow, os dois polos do biopoder esboçados por Foucault – corpo e população – estariam sendo rearticulados no que se poderia chamar hoje de uma “racionalidade pós-disciplinar” (Rabinow, 2002, p.135), onde as práticas de vida seriam o lugar atual mais potente dos novos saberes e poderes, simbolizados de maneira geral pelo Projeto Genoma e pelas instituições e práticas a ele associadas (Caliman, 2001).

O autor refere que a dissolução da sociedade moderna iniciou-se com as transformações recentes de risco e, neste sentido, ele refere-se à análise de Castel (1981) sobre a sociedade pós-disciplinar – marcada principalmente pela menor intervenção terapêutica e ênfase no gerenciamento de populações de risco e a promoção do trabalho de cada um sobre si próprio de forma contínua, a fim de se produzir um sujeito eficiente e adaptável – para então acrescentar que, hoje, com o mapeamento genético, esta lógica de prevenção e mapeamento dos riscos se intensifica a partir de novos contornos. Alimentada pelas novas verdades provenientes da genética, Rabinow (2002) afirma que, hoje:

“o risco não é resultado de perigos específicos colocados pela presença imediata de uma pessoa ou um grupo de pessoas, mas sim a fusão de ‘fatores’ impessoais que tornam um risco provável. Assim, a prevenção é a vigilância, não do indivíduo, mas sim de prováveis ocorrências de doenças, anomalias, comportamentos desviantes a serem minimizados, e de comportamentos saudáveis a serem maximizados. Estamos aos poucos abandonando a antiga vigilância face-a-face de indivíduos e grupos já conhecidos como perigosos ou doentes, com finalidades disciplinares ou terapêuticas, e passando a projetar fatores de risco que desconstroem e reconstroem o sujeito individual ou grupal,

ao antecipar possíveis *loci* de irrupções de perigos, através da identificação de lugares estatisticamente localizáveis em relação a normas e médias.” (p. 145)

Neste sentido, Rabinow identifica que, com o desenvolvimento da genética, o entendimento sobre o que é a doença e as formas de atuar sobre ela mudarão e, então, está preocupado em analisar como as “verdades” emergentes, produzidas no campo da genética, modularão nossas identidades e em detectar quais são os tipos de sociabilidade que serão criadas neste contexto (Gibbon, 2007). Para Rabinow (2002), formar-se-ão novas práticas individuais e grupais surgidas destas novas verdades, como, por exemplo, grupos de portadores de neurofibromatose que irão se encontrar para partilhar suas experiências, fazer *lobby* em torno de questões ligadas a suas doenças, educar seus filhos, refazer seus ambientes familiares, e é isso – as repercussões nas vidas das pessoas ao sofrerem os efeitos da revelação de suas estruturas genéticas – que ele chama de biossociabilidade.

O autor, então, se pergunta como o desenvolvimento dos testes genéticos preditivos alterarão as experiências de doença ao indicarem suscetibilidade para as doenças muitos anos antes da possibilidade de manifestação dos sintomas. O status de um indivíduo, por possuir um risco genético, coloca várias questões em termos de como os indivíduos identificam a si mesmos em relação às doenças e como se relacionam com as outras pessoas na mesma condição (Gibbon, 2007). A ideia que se constrói, neste contexto de identificação dos riscos, é que a pessoa é doente antes mesmo de sê-lo e, nesta situação, são criadas novas oportunidades de identificação com os outros, isto é, a partir da condição biológica da pré-doença.

Rabinow (2002) afirma que a genética deixará de ser uma metáfora biológica e se tornará uma rede de circulação de termos de identidade e lugares de restrição, em torno do qual e através do qual surgirá um tipo novo de autoprodução, que o autor chama de biossociabilidade. Este conceito foi desenvolvido para se opor à noção de sociobiologia que é um projeto social destinado a moralizar e disciplinar os pobres e degenerados e, assim, o que estava em jogo era a construção da sociedade. Para o autor, enquanto a sociobiologia é cultura construída com base numa metáfora da natureza, na biossociabilidade a natureza será modelada na cultura compreendida como prática, pois será reconhecida e refeita através da técnica, se tornando artificial, exatamente como a cultura se tornou natural para a sociobiologia. A questão que se coloca é em relação a

como as transformações na categoria de vida contém o potencial de dissolver a distinção entre natureza e cultura estabelecida há tanto tempo.

Neste sentido, o autor afirma que a grande revolução do Projeto Genoma é que o genoma humano é pesquisado com o intuito de transformá-lo, sendo esta postura – ou método – uma dimensão completamente nova a ser considerada. Com efeito, representação e intervenção, saber e poder, compreensão e reforma são construídos simultaneamente, a partir do início, como metas e meios. Rabinow (2002) supõe, assim, que a nova genética remodelará a sociedade e a vida com uma força infinitamente maior do que a revolução na física jamais teve, porque será implantada em todo corpo social por práticas médicas e uma série de outros discursos. Em suma, a preocupação de Rabinow é em relação às mudanças em nossas práticas e éticas sociais na medida em que este projeto avance, pois o autor considera que se o Projeto Genoma chegasse a ser realizado, ele seria a base para superar a separação entre a natureza e a cultura.

Apesar de Rabinow referir que ainda não está completamente claro em que medida e com que características o biopoder se apresenta hoje, o autor afirma estar começando a identificar e analisar elementos de tal domínio e, para isso, assegura que um dos elementos do biopoder hoje se refere à formação de novas coletividades em termos de sociabilidade como um modo de subjetivação através do qual os indivíduos são levados a atuar sobre si próprios em nome da vida ou saúde – própria ou da população (Rabinow, 2006) – e, neste sentido, o autor cunhou o termo biossociabilidade.

Segundo Ortega (2009), o termo biossociabilidade pode ser compreendido como uma forma de sociabilidade, de reunião de indivíduos que partilham a mesma identidade segundo critérios de saúde e que se reúnem com o intuito de trocarem experiências sobre a doença – ou o risco de doença – que compartilham, mas, também para se envolverem em um ativismo face ao desenvolvimento da biomedicina. Trata-se do surgimento, a partir das políticas de mapeamento do sequenciamento do genoma humano, de novos modos de individualização e concepções de autonomia com seus direitos ligados à saúde, à vida, à liberdade e à posse de uma forma de felicidade que é cada vez mais entendida em termos corporais (Rabinow, 1994). Assim, Rose (2007) fala dos novos direitos que são exigidos por estes indivíduos – os direitos de uma biocidadania – os quais mobilizam campanhas para um conhecimento médico, o fim do estigma relacionado à doença, e a reivindicação de um tratamento. Neste sentido, ao falar do indivíduo da contemporaneidade, Rabinow difere muito da noção trabalhada

por Agamben, pois, para o antropólogo, o sujeito é ativo, não estando submetido à violência e sem possibilidade de reação, mas, ao contrário, é chamado, diante de várias opções, para fazer escolhas autônomas.

Em um artigo intitulado “Biopower Today”, Rabinow (2006), preocupado com o uso equivocado da noção de biopoder na atualidade – pois, como afirma o autor, Foucault estudou a emergência de formas de poder no século XVIII e suas transformações no século XIX, sendo assim, um conceito marcado historicamente –, propõe que o conceito de Foucault designe um plano de atualidade que deve incluir, no mínimo, os seguintes elementos: (1) discursos de verdade sobre o caráter “vital” dos seres humanos e autoridades consideradas competentes para falar dessa verdade, mas tais discursos não podem ser ‘biológicos’ no sentido contemporâneo da disciplina, pois podem hibridizar os estilos biológico e demográfico ou mesmo sociológico de pensamento, como nas relações contemporâneas de genômica e risco, unificadas na nova linguagem de suscetibilidade; (2) estratégias de intervenção sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte, mas não necessariamente endereçadas a populações territorializadas em termos de nação, pensadas em termos de coletividades biosociais emergentes, como nas formas recentemente surgidas de cidadania genética ou biológica; (3) modos de subjetivação através dos quais os indivíduos são levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade, em relação aos discursos de verdade, por meio de práticas do *self*, em nome da vida ou saúde próprias ou da população como um todo ou de alguma outra coletividade. Rabinow tem examinado a formação de novas coletividades em termos de biosociabilidade e Rose tem examinado a formação de tipos de sujeitos em termos de “individualidade somática” (Rabinow, 2006).

Rose e Novas (2003) chamam de “individualidade somática” a tentativa de suplementar ou substituir a subjetividade por aspectos físicos. Como refere os autores:

“Ser um indivíduo somático nesse sentido é codificar as esperanças e os medos em termos deste corpo biomédico e tentar reformar, curar e aperfeiçoar alguém agindo sobre esse corpo. Este espectro se apresenta numa ponta pelas modificações no ‘corpo visível’ através de dietas, exercícios, tatuagens, etc., e na outra ponta pelo remodelamento do funcionamento orgânico interior do corpo, usualmente através de intervenções farmacológicas” (p.54).



Em relação ao cidadão biológico Rose e Novas (2003) usam o termo para se referirem àquele indivíduo que define sua cidadania em termos de direitos e deveres em relação à vida, saúde e cura. Trata-se de um cidadão que reivindica o conhecimento sobre sua doença e, ao mesmo tempo, é obrigado a informar-se sobre susceptibilidades e predisposições e a tomar as medidas adequadas em nome da minimização da doença e da maximização da saúde que diz respeito à definição de Foucault de biopoder, mas em relação ao poder de fazer viver. Rose e Novas (2003) referem que os projetos de cidadania não estão mais sendo pensados em termos de território, mas sim de biologia, em termos de raça, linhas de sangue, estoque, inteligência e assim por diante. O termo é usado de forma descritiva, para englobar todos os projetos de cidadania que ligaram as suas concepções dos cidadãos a crenças sobre a existência biológica do seres humanos, enquanto indivíduos, famílias e clãs, como comunidades, como a população e raças, e como espécie.

Rabinow (2006), negando qualquer perspectiva homogênea ou que repita padrões familiares da história, enfoca três tópicos que lhe parecem condensar algumas das linhas biopolíticas hoje: raça, reprodução e medicina genômica. Em relação à raça que, segundo Rabinow, tem sido, junto com a saúde e em relações variáveis com ela, um dos polos centrais na genealogia do biopoder, o autor afirma que a problemática não se refere mais ao controle político da saúde e da vitalidade nacional como no século XVIII ou à biologização massiva da raça ligada ao pensamento evolucionista como no século XIX, mas diz que está novamente adentrando no domínio da verdade biológica. Como refere Rabinow, após a Segunda Guerra Mundial, apesar dos discursos racistas oficiais terem caído em descrédito, as práticas raciais não deixaram de existir; porém, não se aceitava mais a distinção entre grupos raciais a partir das compreensões biológicas. As práticas racistas continuaram, mas sem recorrer ao discurso da verdade biológica.

Porém, o que Rabinow afirma é que, agora, está havendo um retorno da problemática da raça no domínio da verdade biológica. A ideia que o autor defende é que hoje se almeja a identificação de diferenças biológicas através do genoma humano, não em nome da pureza da população, mas em nome do desenvolvimento econômico e da busca pela saúde em comunidades biosociais. Rose (2001), da mesma forma, afirma que o interesse político na saúde da população não se refere mais às consequências da inaptidão física da população como um todo orgânico para a luta das nações, mas, ao

contrário, se dá em termos econômicos: os custos da doença em termos de dias de trabalho perdidos ou em relação ao aumento dos gastos da seguridade social. Rabinow (2006) afirma, ainda, que haveria uma opinião crescente de muitos indivíduos de que a genética de algum modo contém a chave para a identidade, isto é, que o conhecimento do genoma humano abriria uma nova via de conceitualização das diferenças entre populações que seria ao nível molecular, isto é, das diferenças e semelhanças presentes ao nível do nucleotídeo do DNA.

Desta forma, pode-se dizer que Rabinow, fazendo uma leitura contemporânea da configuração do biopoder, sem repetir o passado, deu continuidade à ideia exposta por Foucault em “O Nascimento da Biopolítica” de uma articulação inovadora entre biopolítica, biogenética e governo econômico de populações. Trata-se, como apresenta Duarte (2008), da perspectiva neoliberal, apresentada por Foucault, em que o *homo oeconomicus* potencializa suas capacidades ao mesmo tempo em que tenta controlar os fatores potenciais de risco como, por exemplo, doenças geneticamente herdadas que podem colocá-lo em desvantagem na competição pelo sustento da vida. Rabinow (2006) afirma que a genômica contemporânea se dirige principalmente às condições de doença e não a características gerais como inteligência ou personalidade, e que visa interpretar o futuro como probabilístico, abrindo-o à esperança e à intervenção técnica.

Em relação à reprodução, enquanto a sexualidade era crucial para Foucault por representar o lugar de excelência do biopoder – já que era o elo que conectava uma anátomo-política do corpo humano a uma biopolítica das populações – para Rabinow (2006), nos últimos cinquenta anos, a sexualidade tem sido desacoplada da reprodução e a reprodução tem se tornado objeto de diversas tecnologias e estratégias políticas que não se relacionam, de forma significativa, com a sexualidade. Para ele, a reprodução tem sido problematizada devido a suas consequências econômicas, ecológicas e políticas: superpopulação, limitação ao crescimento etc. Uma nova política do aborto surge e a infertilidade começa a ser definida como uma condição médica potencialmente remediável e o lugar de intervenções legítimas, como é o caso da reprodução assistida. Assim, para o autor, este campo complexo gera a problemática atual da reprodução, no qual um conjunto de conexões aparece entre o individual e o coletivo, o tecnológico e o político, o legal e o ético, sendo este, para o autor, um espaço biopolítico por excelência.

Rabinow quer, a partir da discussão das possibilidades de intervenções tecnológicas na reprodução, chamar atenção para o fato da discussão trazer à tona a questão da possibilidade de escolha, da ética da autonomia, e dos modos de subjetivação

liberal. Preocupa-se, assim, em ressaltar o fato da transformação da infertilidade em uma doença tratável exemplificar a imaginação das habilidades humanas como abertas à reengenharia e ao melhoramento da medicina. Assim, para Rabinow (2006), a escolha reprodutiva na forma de seleção do embrião não está a serviço do aprimoramento racial, mas, sim, da identificação de fetos com malformações. Mas o autor também chama atenção para as estratégias biopolíticas de controle populacional que ocorrem hoje na China, por exemplo, afirmando que estas estratégias se fundamentam através de reivindicações de verdade, mas que estas verdades são aquelas da demografia e economia e não da hereditariedade e da eugenia. Portanto, são práticas que estão de acordo com os interesses da prosperidade econômica nacional e, com isso, não se operam de acordo com o diagrama biopolítico da eugenia e não são a mesma coisa que a purificação da raça pela eliminação dos assim chamados degenerados.

A partir dos dois exemplos – e como o próprio autor apresenta – sua noção sobre a economia da biopolítica contemporânea opera de acordo com a lógica da vitalidade, pois o autor entende que os projetos atuais para “fazer viver” são centrais para a configuração do biopoder hoje e, portanto, difere da noção de Agamben, que opera de acordo com a lógica da produção de vidas nuas que podem ser eliminadas, tornando-se, assim, uma produção de morte. Desta forma, para Agamben, o biopoder hoje se caracteriza pela capacidade de um tomar a vida do outro e, assim, é um poder sobre a vida, mas fundamentado na possibilidade de reforço dos atos que geram a morte. Rabinow, por sua vez, afirma, ao contrário, que a saúde e a vitalidade tornaram-se, na atualidade, apostas importantes nas relações de mercado, mas que ainda é preciso desenvolver as ferramentas conceituais para a análise crítica das maneiras nas quais a biopolítica se relaciona com o biocapital e a bioeconomia. Rabinow deixa claro, porém, que no debate sobre liberdade e vida, na esfera econômica, o que vemos é a atribuição de um *biovalor*<sup>12</sup> (Waldby, 2000) de mercado à vida, isto é, a vida passa a ser produtora de valor econômico.

---

<sup>12</sup> Para Waldby (2000) a maior parte dos esforços estatais hoje não está dirigida por pesquisas para purificação racial, mas estão orientados pela esperança de que certas características específicas de grupos de genes de seus cidadãos possam potencialmente prover uma fonte valiosa para a geração de direitos de propriedade intelectual, para a inovação biotecnológica e a criação de *biovalor*. Como exemplo, a autora se refere às iniciativas da Suécia e outros países nórdicos que estocam amostras de tecido humano. Originalmente motivados para viabilizar possíveis usos diagnósticos ou terapêuticos, tais bancos de tecido

Por fim, em relação à medicina genômica, Rabinow (2006) afirma que, hoje, há um grande investimento na área. Como expõe o autor, os governos e as companhias farmacêuticas e de biotecnologia investem maciçamente em genômica, grupos de pacientes investem esperança, capital político, suas próprias amostras de tecidos e dinheiro na busca por tratamentos genéticos, e grupos de pressão fazem *lobby* por e contra alguns desses desenvolvimentos tendo por base preocupações éticas ou biopolíticas. Assim, segundo o autor, estar-se-ia formando uma racionalidade biopolítica modificada em relação à saúde, na qual o conhecimento, o poder e a subjetividade estariam entrando em novas configurações, pois como o objetivo é produzir exames de diagnósticos para intervenção preventiva que seriam usados rotineiramente, as lógicas da medicina e a forma do campo biopolítico seriam alteradas e novas contestações surgiriam em relação ao acesso a estas tecnologias. Além disso, como afirma Rabinow, como as formas de conhecimento são aquelas da probabilidade, novos modos de cálculo do risco, de compreensão do *self* e de organização do sistema de saúde surgiriam como, por exemplo, o campo da promoção da saúde.

Como exposto, Rabinow faz a análise do biopoder hoje atento às pequenas diferenças e às possíveis mudanças na verdade, na autoridade e na ética, para então, pensar se existe alguma racionalidade geral que esteja emergindo. De qualquer maneira, um aprofundamento das teses de Agamben (2004a; 2004b) e Rabinow (2002; 2006) seria necessário para uma maior compreensão dos argumentos dos dois autores. Porém, nesta dissertação, nos limitamos a uma apresentação mais geral, tendo em vista, mais especificamente, a problemática da transição paradigmática que estamos propondo e as considerações pertinentes para o campo da bioética.

Neste sentido, o que observamos é que as teses de Agamben e Rabinow em relação à forma de exercício do biopoder hoje são bastante diferentes. Enquanto Agamben trabalha a ideia de biopoder hoje em termos negativos, como um poder que exclui, reprime, que se exerce pela violência e que aniquila qualquer possibilidade de ação resistente, Rabinow refere que a forma de biopoder que está se construindo hoje não se exerce como forma de dominação, mas, ao contrário, se opera, sobretudo, na positividade, isto é, na vitalidade, chamando atenção para o nascimento de novos modos de individualização e concepções de autonomia com seus direitos ligados à saúde e à

---

podem agora fornecer informações a respeito de características herdadas que podem tornar populações inteiras suscetíveis a várias doenças.

liberdade. Uma outra questão, articulada com esta primeira, é que enquanto Agamben centra suas pesquisas no Estado modelado sobre a figura do Soberano em que a vida biológica dos sujeitos entra na política e pertence inteiramente ao Estado, preocupando-se em demonstrar a sujeição do indivíduo ao poder totalizante, Rabinow (2002) afirma que o problema hoje da filosofia, da política, da ética e do social não é a libertação do indivíduo do Estado e das suas instituições, mas libertar o indivíduo da individualização ligada ao Estado, isto é, está preocupado em pensar as novas formas de subjetividade que possam recusar a totalização e objetivação do sujeito.

Neste sentido, pode-se dizer que Agamben tem como intuito fazer uma ruptura em relação ao conceito foucaultiano, propondo uma nova conceitualização do termo para a atualidade. O que o autor fez foi juntar a noção de biopoder de Foucault com a teoria do poder totalitário de Hannah Arendt que, na fusão, permitiu cunhar a noção de vida nua. Talvez o autor devesse ter dado um outro nome para a forma de exercício do biopoder hoje, para evitar maus entendidos, mas isto é algo que não nos diz respeito aqui. O importante para esta dissertação é entender o que ele quer dizer quando utiliza o termo para falar da atualidade e quais as consequências do exercício do poder sobre a vida segundo sua interpretação. Rabinow, por outro lado, parece, de fato, dar seguimento à noção foucaultiana de biopoder e, inclusive, se mostra bastante preocupado em delimitar o campo de análise possível para se falar em biopoder hoje. Neste sentido e, apesar de deixar claro que ainda é preciso desenvolver as ferramentas conceituais para a análise do biopoder hoje, Rabinow afirma que o conceito de biopoder deve considerar três elementos chave: (1) o conhecimento de processos de vida vitais; (2) as relações de poder que adotam os humanos enquanto seres vivos como seu objeto; e (3) os modos de subjetivação através dos quais os sujeitos atuam sobre si próprios como seres vivos, assim como suas múltiplas combinações.

### **2.3 Formas de resistência**

Uma vez que o sujeito está envolvido nas relações de poder, estando em uma relação dialética com ele, a noção de biopoder nos remete imediatamente às possibilidades de luta, de resistência ao seu exercício. Esta questão foge um pouco do objeto deste trabalho, mas não podemos deixar de mencionar as práticas de resistência

ao poder sobre os corpos que se apresentam na atualidade, pois são parte da problemática geral referente ao tema dessa dissertação.

A ideia básica de Foucault é que as relações de poder não dizem respeito fundamentalmente ao direito, nem à violência, nem são basicamente contratuais nem unicamente repressivas e, neste sentido, trabalha com uma concepção positiva do poder – que pretende dissociar os termos dominação e repressão – opondo-se a uma concepção negativa que identifica o poder com o Estado e o considera essencialmente como aparelho repressivo que intervém através da violência. A intenção de Foucault é demonstrar que a dominação capitalista não conseguiria se manter se fosse exclusivamente baseada na repressão. Foucault se interessa especialmente pelo lado da produção, da positividade do poder e neste sentido o objetivo básico do poder é gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações para que seja possível utilizá-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades (Machado, 2009). É exatamente esta ideia de que o poder não é apenas prejudicial que fez Foucault se interessar pelos modos antigos de subjetivação e as possibilidades de criação de formas de vida livres.

Em um texto de 1982, intitulado “O sujeito e o poder”, Foucault (1995b) deixa claro que seu interesse pelo poder é porque entende que o sujeito moderno, em sua constituição, encontra-se intrincado em complexas lutas de poder em torno da subjetividade. Para ele, o exercício do poder no mundo moderno é, necessariamente, o exercício de um biopoder e, neste contexto, há sempre resistências à sua dinâmica devido às lutas em torno da subjetividade. Neste sentido, Foucault está preocupado com a liberdade de invenção da ação humana que, para ele, é condição para o exercício do poder. As lutas em torno da subjetividade são pensadas por ele como momentos de criação de novas subjetividades, de novas ações, havendo sempre a possibilidade de criação e invenção de resistências, necessariamente ativas no mundo, que criam outras possibilidades de exercício político-ético da liberdade (Foucault, 1995). Foucault pensa um sujeito que é sempre ativo nas relações de poder, o que introduz um campo potente de possibilidades de invenção e criação de novas realidades.

O autor, já no final de sua vida, centra seus estudos na noção de *governo de si*, isto é, pretende analisar as formas pelas quais os indivíduos se constituem como sujeitos morais, preocupando-se com os modos de subjetivação em que o sujeito se constitui a partir de práticas que permitem ao indivíduo estabelecer uma determinada relação consigo mesmo e com os outros. O autor faz, então, um estudo histórico sobre a constituição do sujeito moral na prática pagã e no cristianismo primitivo, na filosofia

antiga e no ascetismo cristão, o que é apresentado em *O uso dos prazeres* (Foucault, 2007a) e *O cuidado de si* (Foucault, 2007b). Interessa-se, assim, no que ele chama de “artes da existência”, isto é, nas práticas racionais e voluntárias pelas quais os homens não apenas determinam, para si mesmos, regras de conduta – sendo, portanto, práticas de liberdade – como também buscam transformar-se, modificar-se em seu singular e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos, uma obra de arte (Foucault, 2006b). Trata-se de pesquisar como, em cada momento histórico, os indivíduos interrogam-se sobre sua própria conduta e moldam a si mesmos como sujeitos éticos. Infelizmente o autor não pôde completar sua obra, não podendo analisar como se dá o governo de si na contemporaneidade.

De qualquer forma, Foucault propôs uma forma de resistência que denominou de “estética da existência”, já desenvolvida pelos gregos ainda no século IV a.C e que tinha o sentido de uma arte de viver entendida como cuidado de si, de uma elaboração da própria vida como obra de arte, da injunção de um governo à própria vida e que tinha por objetivo lhe dar a forma mais bela possível (Machado, 2009). Resta-nos pensar quais seriam as formas de resistência hoje, quais as formas possíveis de combate ao poder e à dominação, quais são as formas possíveis dos indivíduos se reinventarem sem recorrerem às identidades criadas pelo sistema de nomeação preconceituoso. E isso tem a ver com nosso objeto de estudo.

Com efeito, se, por um lado, vivemos hoje um momento de maior liberdade no que se refere ao gênero, à raça, à expressão, à diferença – contanto que não seja terrorista ou que não seja visto como perigo para a ordem pública – não podemos dizer o mesmo no campo da saúde. Em vigência de uma medicina submetida às leis do mercado, o que temos hoje é um incentivo ao consumo de produtos e procedimentos de saúde que gera uma falsa impressão de que temos a liberdade de escolha. O que vemos hoje é que, apesar da infinidade de novos produtos ao nosso alcance, o que há é uma massificação e uniformização das condutas referentes aos cuidados com a saúde, pois o que se vende são pacotes – sempre novos pacotes, mas ainda assim, pacotes – de “como levar a vida” para ter saúde e ser feliz, pois o que se pretende, em última instância, é que o *homo oeconomicus* continue comprando e sendo responsabilizado pelos cuidados de sua saúde.

Trata-se, em suma, no campo da saúde, de uma lógica de mercado que oferece, o tempo todo, novas possibilidades de vida, e, assim, nos faz acreditar que existem muitas opções em relação a como levar a vida, mas que, na realidade, nos oferece a única

oportunidade de sermos compradores – de produtos de saúde ou formas de vida saudáveis – e se não obedecermos somos estigmatizados ou, em última instância, perdemos o direito ao acesso aos cuidados de saúde. Não estamos dizendo que o homem virou um objeto a serviço do Estado ou do mercado. O homem, na contemporaneidade, não é uma mercadoria (ou, talvez, não somente); é, ao contrário, um sujeito ativo, que deve fazer suas escolhas. Não se trata de um paradoxo, mas de uma via de mão dupla: enquanto a liberdade é estimulada através de um discurso pró-autonomia que vê no homem um comprador que deve ter cada vez mais desejos para comprar cada vez mais, este mesmo discurso da autonomia é usado para responsabilizá-lo pela sua saúde e desafogar os gastos públicos. O discurso do risco é exemplo disso, pois provoca a paranoia pelos cuidados pela saúde e, imediatamente, milhares de produtos e ideias são vendidos, e todos aqueles que não os consomem são culpados, visto que não se cuidam com os meios que lhes oferece o mercado da saúde.

Porém, neste contexto, e nos mais diversos âmbitos do governo da vida atual, acreditamos na possibilidade de ações resistentes às dimensões reducionistas e totalizantes presentes no discurso dominante da saúde e do risco. Neste contexto, e de acordo com Foucault, nos interessa pensar quais seriam as possibilidades livres e éticas que as subjetividades dos indivíduos contemporâneos podem oferecer; quais seriam as expressões de uma estética da existência, de resistência aos dispositivos da saúde; quais seriam as práticas de liberdade possíveis hoje. Este é um tema que ainda está em aberto e que mereceria ser estudado.

Porém, como escreve Ortega (2008, p.50), assistimos hoje “à valorização de singularidades anatomofisiológicas, consideradas tradicionalmente como desvios de regras de normalidade, e que hoje aparecem como novas formas de vida, novas normatividades, não redutíveis às normalidades tradicionais.” Trata-se de um movimento que pode representar uma recuperação da dignidade ética – isto é, da possibilidade desses indivíduos, até então estigmatizados, se relacionarem e serem reconhecidos pelos outros como sujeitos livres – para estes indivíduos a partir da revalorização das singularidades físicas. Assim, “abrem-se novas vivências subjetivas e formas de ser-no-mundo e de ser-com-o-outro, para serem testadas e avaliadas. Se elas serão inovadoras ou não, só o tempo dirá. Cabe a nós torná-las práticas de liberdade e não de sujeição” (Ortega, 2008, p.50).



### **CAPÍTULO 3: Reflexões sobre as principais implicações éticas decorrentes do caráter moral do cuidado com a própria saúde e das novas formas de biopoder na atualidade**

*Ora, por toda parte onde se esbate ou se dissolve a ideia humanista (tornando-se cada vez mais frágil), por toda parte onde se retira o fermento crítico, a racionalização fechada devora a razão. Os homens deixam de ser concebidos como indivíduos livres ou sujeitos. Devem obedecer à aparente racionalidade (do Estado, da burocracia, da indústria).*

Edgar Morin

#### **3.1 Implicações éticas e bioéticas**

Como já mencionado, não é interesse deste trabalho detalhar e aprofundar o uso da noção de biopoder por cada autor. Assim, não há interesse em analisar se houve um uso adequado do termo e corroborar ou refutar as teses dos autores em questão. O que se pretende é considerar as implicações éticas: (1) que estão envolvidas com a problemática atual de grande ênfase na gestão dos riscos e a consequente moralização e responsabilização dos indivíduos pelos cuidados com suas saúdes; e (2) que decorrem de ambas as análises das novas configurações do biopoder hoje, as quais se relacionam com o primeiro objetivo. O trabalho não pretende esgotar estas questões, mas apenas indicar alguns conflitos importantes decorrentes da responsabilização pelos cuidados com a própria saúde e do exercício do poder sobre a vida hoje e com os quais, acreditamos, a bioética deve lidar.

A questão da moralização dos cuidados com a própria saúde nos preocupa em dois sentidos principais: (a) em relação aos possíveis e prováveis efeitos negativos que tal prática pode ocasionar sobre os indivíduos; e (2) em relação aos efeitos nas políticas de saúde – que provocam efeitos nos indivíduos –, pois a responsabilização individual pelos cuidados com a própria saúde, ao ser justificada pelos problemas da escassez dos recursos públicos, pode acabar por colocar em questão o princípio da universalidade do

acesso à saúde (ou aos cuidados em saúde), que é – do ponto de vista da bioética – a característica principal do SUS.

Em relação às dimensões do biopoder apresentadas por Giorgio Agamben e Paul Rabinow, por sua vez, as seguintes questões nos parecem pertinentes a serem problematizadas no âmbito da bioética: (1) a condição de desproteção da vida humana simbolizada por Agamben a partir dos conceitos de *homo sacer* e *vida nua*; e (2) a possível expansão da individualização dos riscos e culpabilização das pessoas que possuam predisposições genéticas para doenças, e a problemática da intervenção no âmbito da genética nestes casos; questões, estas, pensadas a partir do estudo de Rabinow sobre a possível forma do biopoder hoje.

Assim, em relação aos efeitos envolvidos com o contexto atual de grande ênfase na gestão dos riscos e a conseqüente moralização e responsabilização dos indivíduos pelos cuidados com suas saúdes, o que vemos é que as pesquisas epidemiológica e estatística, e seus usos indiscriminados pelo campo da saúde pública, parecem criar, diante das condutas caracterizadas de risco, uma base universal de julgamento moral sobre o comportamento humano. A noção de risco é empregada assim em associação com a noção de responsabilidade pessoal, que gera uma acepção moral indicando uma falha de comportamento que potencialmente culpabiliza – ou até mesmo criminaliza – as pessoas que se deixam enfermar, fazendo com que a gênese das enfermidades perca sua conexão com uma pressuposta rede de fatores causais (Nogueira, 2003).

Desta forma, identificamos duas questões iniciais que devem ser problematizadas: (1) o julgamento moral sobre comportamentos humanos que se referem estritamente ao âmbito pessoal, julgamento este que é responsável pela produção de uma paranoia sanitária que pode causar mais danos do que benefícios, e (2) o esquecimento dos outros determinantes sociais de saúde – além dos estilos de vida –, como as condições socioeconômicas, culturais e ambientais e as condições de vida e trabalho, e a conseqüente desresponsabilização do Estado pela assistência aos suscetíveis e vulnerados. Nesta segunda questão, enquanto o esquecimento dos determinantes sociais de saúde infringe a Lei 8.080/90 (Brasil, 1988), no que se refere à garantia da população aos serviços de promoção e proteção da saúde, a desresponsabilização do Estado pela assistência infringe a mesma Lei, agora no que se refere à garantia da recuperação da saúde.

A primeira questão que se torna necessário apontar e que mereceria um aprofundamento – em outro estudo – é que, neste contexto de moralização dos estilos de

vida ligados à saúde, presenciamos à criação de indivíduos socialmente responsáveis por questões estritamente privadas e que, portanto, não deveriam ter caráter moral.<sup>13</sup>

Esta afirmação merece, ainda, um breve comentário em relação ao sentido que estamos dando ao termo “moral”. Segundo Cortina (2005), o termo pode ser usado como substantivo ou adjetivo. Enquanto substantivo, seus usos mais frequentes se referem (1) a uma determinada *forma de vida*, entendida como um determinado *modelo ideal de boa conduta socialmente estabelecido*; (2) ao código de conduta pessoal, isto é, ao conjunto de convicções e pautas de conduta que costuma constituir um sistema mais ou menos coerente e que serve de base para os juízos morais que cada um faz de si e dos outros; (3) às diversas doutrinas morais existentes – “moral católica”, “moral protestante”, “moral comunista”, “moral anarquista” etc.; (4) à ideia de uma “boa disposição de espírito”, isto é, a uma *atitude* ou *caráter*; e (5) a uma dimensão da vida humana compartilhada por todos e que consiste na necessidade de tomar decisões e responder diante de nós mesmos e dos outros.

Em relação ao uso do termo “moral” como adjetivo, Cortina (2005) se refere a dois usos principais, sendo o primeiro de caráter valorativo, significando uma conduta correta e, portanto, que pressupõe a existência de um código moral que serve de referência para a emissão do juízo. O segundo sentido é descritivo, isto é, o termo é usado para descrever situações – que expressam que uma conduta é ou não suscetível de qualificação moral – e não para julgá-las. Portanto, quando falamos que há um julgamento moral sobre comportamentos humanos que se referem estritamente ao âmbito pessoal, estamos querendo dizer que hoje presenciamos um movimento – ligado principalmente à gestão do risco – que considera que há um determinado *modelo ideal de boa conduta* ligado aos hábitos de vida supostamente saudáveis. Em contrapartida, quando falamos que tais hábitos não deveriam ter caráter moral, estamos usando o termo moral como adjetivo e afirmando que tal conduta não deveria ser suscetível de qualificação moral, e que, portanto não deve ser julgada como tal.

---

<sup>13</sup> A discussão sobre o cuidado com o próprio corpo, ao se referir ao âmbito privado, entendido como possibilidade de decidir livremente sobre as intervenções em seu próprio corpo, exige uma análise das concepções de vida privada e sua relação com a perspectiva da autonomia individual. Porém, não é intuito desta dissertação realizar esta análise. Para um aprofundamento do tema, ler: Ventura, M. *Transsexualismo e Respeito à Autonomia: um estudo bioético dos aspectos jurídicos e de saúde da “terapia para mudança de sexo*, 2007. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Como já dito, entendemos que o julgamento moral sobre os comportamentos humanos relacionados aos cuidados com a própria saúde pode causar mais danos do que benefícios. Isso acontece porque as condutas entendidas como moralmente responsáveis são apresentadas hoje como opostas aos comportamentos de risco e o ato de não se precaver é visto como negativo socialmente, fazendo com que aquele indivíduo que não cuida da própria saúde seja considerado como alguém que falhou em seu comportamento considerado de risco e tendo, assim, que responder por seu “erro”. Portanto, a saúde passa a ser entendida como uma obrigação do próprio cidadão consigo mesmo e com os outros, independentemente das consequências de seus atos afetarem concretamente terceiros, ou não. A ideia que foi criada é que cada pessoa pode estar constantemente exposta aos mais diversos riscos, mas, também, que cada um pode ser um fator de risco para os próximos (Vaz, 2005).

A manifestação mais evidente deste fenômeno pode ser encontrada no que alguns autores têm chamado de *healthism* (Crawford, 1980), traduzindo a atual obsessão pela saúde. Sfez (1996), neste mesmo sentido, identifica a utopia da Saúde Perfeita, em que a utopia desejada seria a de um corpo perfeito livre de vermes e mazelas, e um planeta livre de catástrofes. O autor identifica, principalmente na América do Norte, a criação de uma nova moral do homem cotidiano do ano 2000 em que a moralidade situa-se na maneira de lidar com o corpo. Assim, o autor denuncia o desenvolvimento de uma nova moral, que é a do bem-comer, das práticas sexuais “seguras” – com apenas um parceiro –, do respeito pela própria segurança e a do vizinho (como no caso do fumo), fazendo com que a saúde se torne tanto meio como finalidade de nossas ações, e que o controle sobre o corpo seja um assunto político e moral.

Esta supervalorização da saúde – entendida como um fim em si mesmo – postula que os indivíduos devem preservar sua capacidade física dos agravos da doença e do risco, denotando como incapacidade, ou falha individual, quando este cuidado não se torna possível de ser realizado pelo próprio indivíduo. Assim, aqueles que têm “maus hábitos” de saúde são discriminados por serem indivíduos desleixados e que, por não saberem se controlar, colocariam os outros também em risco. O que vemos é a criação de novos tabus, agora relacionados com os cuidados de saúde e, com isso, ao deslocamento da atenção para com o outro para a atenção consigo mesmo. Neste contexto de obsessão pelo corpo e pela saúde perfeita, o preconceito sobre aqueles que não atingem este ideal sanitário aumenta – como testemunham anorexicas, bulímicas, deprimidos – e as doenças debilitantes são ainda mais estigmatizadas (Ortega, 2008).

Como afirma Ortega, o sofrimento do outro não é reconhecido, pois como é visto como aquele que escolheu seu destino, o sofrimento passa a ser entendido como fruto de sua própria culpa, virando alvo de repulsa moral.

Diferentemente da ideia que se vende de que a obediência a determinadas regras de comportamento levará à felicidade, ao prazer corporal ou a vantagens evidentes relacionadas ao prolongamento da vida, o que se percebe é que não apenas não é possível garantir tais resultados, mas também que há angústias que podem ser demasiadamente caras. A melhor prova disso – como diz Costa (2005) – é a produção cultural dos novos desviantes que não são mais os loucos do século XVIII, ou os perversos do século XIX, mas sim os estultos da atualidade. São eles os fracos, os incompetentes para exercer a vontade no domínio do corpo e da mente, segundo os preceitos de uma qualidade de vida, que tem como referente privilegiado o corpo. Aqui se encaixam todos aqueles que levam uma vida supostamente arriscada em termos de saúde, isto é, que levam a vida de forma a não respeitar as diretrizes impostas pelo saber da Epidemiologia do que seria uma vida saudável.

Outro ponto referente à produção de danos pelo discurso da responsabilização pelos cuidados com a própria saúde em um contexto de grande valorização da mesma, se refere, como apresenta Ortega (2008), à proliferação de formas de vida e hábitos arriscados. Trata-se de um dano no ponto de vista daqueles que argumentam em prol da responsabilização, devido aos recursos escassos e à necessária prevenção dos riscos. Segundo o autor “a mesma cultura que produz a obsessão pela malhação, a dieta saudável, e qualquer produto novo de *fitness*, saúde ou beleza, gerou também os casos extremos de sedentarismo, a *fast-food*, e toda uma gama de drogas sintéticas. Corpos malhados e sarados vivem lado a lado com obesos reticentes e fumantes empedernidos.” (Ortega, 2008, p.38).

Uma última questão, que merece atenção por parte da bioética, refere-se ao contexto mais amplo das políticas de saúde pública, em que podemos estar presenciando o início da desresponsabilização do Estado pela garantia do direito à saúde. De acordo com Rose (2001) presenciemos uma intensificação e generalização das estratégias de promoção da saúde desenvolvidas no século XX acopladas ao crescimento de indústrias privadas de seguros de saúde, reforçando as obrigações dos indivíduos e famílias em monitorarem e administrarem suas próprias saúdes. De fato, a partir do estudo identificamos uma ameaça de ruptura dos fundamentos estruturantes – universalidade, integralidade e equidade – da política pública de saúde do Brasil. Com efeito, ao

contrário do que afirma a Constituição Federal de 1988, o que vemos no campo da saúde pública e, em especial no campo da promoção da saúde, são abordagens que enfatizam os resultados e promovem, através da responsabilização individual pelo cuidado com a própria saúde, os valores da eficiência e da racionalidade econômica, ao invés de outras que reforcem a assistência à saúde como um direito humano fundamental. Assim, para pensar as políticas públicas brasileiras à luz da bioética, Garrafa (2003) afirma que é preciso pensar a responsabilidade social do Estado, definir as prioridades com relação à alocação e distribuição de recursos, o gerenciamento do sistema, o envolvimento organizado e responsável da população em todo o processo, as reformas curriculares nas universidades, etc.

Considerando que os sistemas de saúde são constituídos de dois princípios fundamentais: (1) promover o acesso da população aos cuidados de saúde, de acordo com suas necessidades e expectativas e (2) promover a eficiência econômica em um quadro de controle das despesas públicas (Simões, 2004), a bioética deveria se perguntar como promover uma alocação equitativa de recursos que seja ao mesmo tempo igualitária e libertária. E isso considerando tanto a saúde como o exercício das liberdades condições igualmente necessárias para garantir a qualidade de vida, podendo-se dizer que isso se coaduna com o fato de a bioética se ocupar com a proteção num duplo sentido, pois pretende garantir o acesso a um padrão de assistência em saúde razoável para todos e que seja congruente com o desenvolvimento das capacidades humanas, entendido como expansão das liberdades pessoais (Sen, 2000). Assim, proteger a saúde de todos não pode implicar, sem mais, a não proteção das liberdades fundamentais de cada um e, então, a bioética em saúde pública deveria atuar se contrapondo às práticas que responsabilizam o indivíduo pelo cuidado com sua saúde, preocupando-se em reforçar a noção de que saúde é sinônimo de cidadania.<sup>14</sup>

Neste sentido, entendemos que uma das implicações éticas da responsabilização individual pelo cuidado da própria saúde, no âmbito mais geral da saúde pública, refere-se à tendência atual de centrar os esforços das políticas públicas de saúde nos estilos de vida, desviando-se, desta maneira, de questões de fato relevantes no campo, isto é,

---

<sup>14</sup> A noção de cidadania que consideramos é, resumidamente, aquela que diz respeito: (1) à capacidade de um indivíduo em se organizar e participar ativamente dos processos políticos, (2) a ter consagrado os direitos mínimos do homem, como educação, saúde e habitação e (3) a ter a capacidade de definir seus próprios valores (Pessini, 2005).

aquelas que garantam as condições básicas de vida para o indivíduo se desenvolver. De fato, o que vemos é que as iniquidades de saúde – isto é, as desigualdades injustas, sistemáticas e evitáveis no campo da saúde – permanecem, enquanto o incentivo ao autocontrole e a culpabilização dos indivíduos por suas condições de saúde aumentam. O foco da saúde pública volta-se, assim, para o controle comportamental individual e não enfatiza a busca de transformações de aspectos macrossociais que estimulam – ou determinam – as condutas chamadas de risco.

Como vimos, a grande ênfase nos estilos de vida tem levado à responsabilização individual pelos cuidados com a própria saúde, a qual tem sido justificada pelos problemas da escassez dos recursos públicos e, portanto, o que vemos é uma tendência ao descumprimento do princípio da universalidade do SUS. Esta questão tem grande relevância tanto para a saúde pública como para a bioética, pois se relaciona com o princípio da justiça e, mais especificamente, com os problemas da justiça distributiva, em que aparecem em condições de escassez e competição. Uma implicação ética importante que gostaríamos de pontuar – além do descumprimento da Lei 8.08/90 – é que tal discurso visa, em última instância, finalizar a conduta humana de acordo com o paradigma econômico, desconsiderando qualquer outro aspecto da vida coletiva (Cillo, 2006). Assim, apesar da inegável importância das teorias da justiça, a responsabilização individual pelos cuidados com a própria saúde não deveria ser objeto deste campo de análise, pois tal prática legitimaria que os indivíduos deixassem de ser o objeto de interesse principal para se tornarem apenas instrumentos de interesses econômicos, supostamente coincidentes com o interesse de todos. A construção de políticas de saúde que estejam, efetivamente, preocupadas com a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas jamais colocaria o indivíduo nesta condição de mero instrumento para alcançar um fim que seja julgado bom por outro que não o próprio indivíduo, contrariando a dignidade da pessoa humana e ferindo assim o imperativo categórico de Kant (2002) que impõe agir de tal forma a nunca considerar o outro como mero meio.

Entendendo, assim como Charlesworth (1996), que ninguém está capacitado para desenvolver a liberdade pessoal e sentir-se autônomo se está angustiado pela pobreza, privado de educação básica ou se vive desprovido da ordem pública e, considerando, como Sen (2000), que liberdade é ter a oportunidade real para alcançar aquilo que se valora, acreditamos que a bioética deve incentivar políticas públicas que se direcionem para mudanças radicais nas vidas daqueles que são vulnerados concretamente devido a contingências como o pertencimento a uma determinada classe

social, a uma determinada etnia, a um dos gêneros ou dependendo de suas condições de vida, inclusive seu estado de saúde (Schramm, 2006b).

Em relação à noção de biopoder na atualidade apresentada por Giorgio Agamben (2004a), a questão que aparece como de maior relevância para a bioética refere-se à condição de desproteção da vida humana simbolizada pelo autor a partir dos conceitos de *homo sacer* e *vida nua*. Com efeito, segundo Schramm (2009), no termo latino *sacer* convergem dois sentidos opostos: (1) o sentido de sagrado e, portanto, de inviolável e (2) o sentido de maldito e, portanto, de “sacrificável”. O conceito de *vida nua*, por sua vez, corresponde à noção de vida como meramente biológica (ou *zoé*), isto é, desprovida da dimensão considerada especificamente humana (*bios*), que lhe dá o valor moral e político. O autor se refere a Agamben (2004a), para quem, na contemporaneidade, o *homo sacer* passa a ser confundido com o cidadão – no sentido deste ser reduzido àquele – e, então, são possíveis abusos como aqueles dos campos de concentração. Mas o vínculo semântico estabelecido entre *homo sacer*, *vida nua* e *sacralidade da vida* traz, segundo Schramm (2009), novos elementos de conflito entre os dois princípios éticos fundamentais que norteiam os debates em bioética: o *princípio da sacralidade da vida* e o *princípio da qualidade de vida*.

O *princípio da sacralidade da vida* considera a vida humana indisponível para o sujeito daquela vida específica, pressupondo a unidade incomensurável e incognoscível do processo ‘vida’. Trata-se de um princípio que se identifica com o paradigma moral tradicional referente aos atos humanos orientados pelo “vitalismo” e o valor moral absoluto, que se fundamenta na *ética da sacralidade da vida* entendida como “conjunto coerente de deveres morais que pressupõe a presença de um dever moral absoluto e que tem sempre a prioridade sobre os outros deveres *prima facie*, isto é, que não admite nunca nenhuma exceção ou derrogação em nenhuma circunstância.” (Schramm, 2009, no prelo). Segundo esta premissa absoluta, a vida consistiria em um bem, isto é, uma concessão da divindade ou manifestação de um finalismo intrínseco da natureza, não podendo ser interrompida, nem mesmo por expressa vontade de seu detentor, pois qualquer atentado à vida é visto como moralmente inaceitável.

Entretanto, uma outra leitura possível da “sacralidade” ganha força na afirmação de que a vida é sempre digna de ser vivida; ou seja, estar vivo é sempre um bem, independente das condições em que a existência se apresente. Neste sentido admitir-se-ia a sacralidade da vida, mas sem sua intocabilidade, ou mais propriamente, sua santidade. Neste sentido Diniz (2000) diferencia o princípio da santidade da vida do



princípio da sacralidade da vida, isto é, a vida compreendida como concessão divina e, portanto, impedida de qualquer intervenção sobre a mesma, da sacralidade da vida ou a vida compreendida como um bem e segundo o qual a vida é sempre digna de ser vivida. Para a autora, o primeiro seria um princípio de fundamento religioso que pressupõe o caráter heterônomo da vida humana e o segundo seria um princípio laico. Em relação ao princípio da sacralidade da vida, como apresenta a autora (Diniz, 2006), o direito a se manter vivo é um direito fundamental expresso em nosso ordenamento jurídico e compartilhado por diferentes concepções filosóficas e religiosas. O pressuposto desse direito é que a existência é um bem individual garantido públicamente, o que assegura o valor moral da existência humana e fundamenta diferentes mecanismos sociais que garantem o direito de estar vivo.<sup>15</sup>

O *princípio da qualidade de vida*, ao contrário, considera legítima qualquer intervenção sobre a vida humana, desde que isso implique em maior bem-estar para os sujeitos objeto de intervenção, que devem estar de acordo com a intervenção e desde que esta não acarrete danos significativos a terceiros (Schramm, 1995). Fundamenta-se na *ética da qualidade de vida*, que é

“caracterizada pela ausência de um dever absoluto, que não tem nenhuma hierarquia prefixada de deveres, sendo que, em casos de conflitos, a prioridade será dada de acordo com a ‘qualidade de vida’, ou seja, o respeito da autonomia das pessoas envolvidas e/ou a minimização do dano aos indivíduos envolvidos.” (Schramm, 2009, no prelo)

Neste sentido, é um valor com validade *prima facie*, sendo aplicável apenas sob determinadas circunstâncias e, portanto, sem a pretensão de ser um valor universal e sempre válido. Aplica-se, assim, de acordo com as construções sócio-históricas e aceitas por aquele que possui tal vida – o titular da vida em questão.

Entretanto, de acordo com Schramm (2009), Agamben (2004a), ao propor o conceito de *vida nua*, traria a necessidade de repensarmos o debate atual sobre a sacralidade da vida. Tendo como referência a discussão sobre o estado de exceção,

---

<sup>15</sup> Neste trabalho, porém, utilizaremos o sentido do princípio da sacralidade da vida como utilizado por Schramm (2009) desconsiderando a possível diferença que possa haver entre este e o princípio da santidade da vida, uma vez que as duas expressões se referem a um princípio absoluto: a vida sempre é boa, em si e por si.

Agamben (2004b) analisa qual seria o estatuto da vida presa à decisão soberana. Neste sentido, o autor se apropria da noção de sagrado (*sacer*): “soberana é a esfera na qual se pode matar sem cometer homicídio e sem celebrar um sacrifício, e sacra, isto é, matável e insacrificável, é a vida que foi capturada nesta esfera.” (Agamben, 2004a, p.91). Enquanto a palavra “vida” subsume em um único termo dois conceitos diferentes da língua grega: *zoé* – vida orgânica em princípio comum a todos os seres vivos – e *bíos* – vida que possui características simbólicas, morais e políticas e, portanto, se refere à vida tipicamente humana –, a *vida sacra* ou *vida nua* torna-se uma zona de indeterminação em que não é nem *bios* nem *zoé*. (Schramm, 2009). Para Agamben (2004a, 2004b), esta indistinção refere-se ao fato da política contemporânea ter se reduzido à politização da vida biológica e, assim, puderam ser criados espaços – como o campo de concentração – em que o nexa entre o homem e o cidadão fosse rompido. Neste contexto, o autor afirma que se tornou obsoleta a distinção tradicional entre liberalismo e totalitarismo (assim como outras distinções políticas tradicionais: direita e esquerda; público e privado), mas não identifica um com o outro, apenas reconhece as diferenças, afirmando que está havendo uma crescente convergência entre estes regimes distintos.

Considerando, como Agamben, que nos regimes totalitários a biopolítica criou os campos de concentração, Schramm (2009) afirma que nas democracias, a biopolítica pode ser vista em um lado positivo – como uma forma de garantia da saúde da população –, mas também em um lado negativo – como dispositivo que pode discriminar indivíduos e populações quando consideradas de “risco”. Assim, no estudo de Agamben sobre o biopoder, e se consideramos que o autor está correto em sua análise, entendemos que a bioética deve estar atenta para duas questões principais: (1) o fato do *homo sacer* ter se tornado o princípio ordenador das sociedades contemporâneas, o que fez com que a vida humana tenha se tornado objeto do poder soberano, transformando-a como bem quiser, inclusive reduzindo-a à *vida nua* e legitimando, assim, práticas autoritárias; e (2) a problemática da polissemia do conceito de vida em bioética na construção dos princípios da sacralidade e da qualidade de vida, considerando o conceito de *homo sacer* de Agamben.

De fato, para Schramm, a confusão conceitual que a ideia de *homo sacer* coloca é que a vida é, ao mesmo tempo, violável e inviolável; mas, quando associada ao conceito de *vida nua*, haveria sobredeterminação de sentido, pois a vida passaria a ser entendida como mera vida biológica, desprovida de valor moral e político, sem “qualidades” propriamente humanas, tornando-se assim descartável (Schramm, 2009,

no prelo). Em outros termos, o que Agamben (2004a, 2004b) afirma é que a (*bio*)política contemporânea considera que algumas vidas podem – ou devem – ser mortas como garantia da qualidade de outras vidas. Neste sentido, o autor pode afirmar que vivemos em um Estado de Exceção (permanente), previsto como medida de segurança e como defesa da democracia, em um mundo que identifica que somos todos constantemente ameaçados e que devemos ser protegidos a qualquer custo, mesmo que para isso seja necessário anular radicalmente todo estatuto jurídico do indivíduo.

Paul Rabinow (2002; 2006), por sua vez, chama atenção para o avanço das técnicas genéticas que identificam suscetibilidade para doenças e que, segundo o autor, visam desenvolver e maximizar alvos para os mercados farmacêuticos e outras intervenções sobre o cuidado com a saúde. O autor afirma que as formas de biopolítica, que estão tomando forma em torno dessas técnicas, ensejam a inscrição de indivíduos, grupos de pacientes, médicos e atores políticos em campanhas de conscientização de doenças e tratamento em nome da maximização da qualidade de vida. Trata-se de uma forma de interpretação do exercício do biopoder hoje bastante diferente de Agamben, pois indica uma lógica que se direciona para o indivíduo autônomo, típico da lógica capitalista e (neo)liberal, em que a saúde e a vitalidade tornam-se apostas importantes nas relações de mercado.

Neste contexto, identificamos três questões que devem ser analisadas pela bioética: (1) uma possível expansão da individualização dos riscos e culpabilização das pessoas que possuam predisposições genéticas para doenças; (2) a atribuição de um *biovalor* de mercado à vida; e (3) a problemática do direito – ou dever – de intervenção no âmbito da genética no caso da identificação de predisposição genética para doenças.

Rabinow (2002) e Rose (2007), ao falarem da convocação da responsabilidade individual pelo cuidado com a saúde – como resultado da grande ênfase na gestão do risco na contemporaneidade – referem-se não apenas à culpabilização dos indivíduos e à despolitização correspondente, mas afirmam que a ênfase na responsabilização traz também um novo campo de escolha, o que, por sua vez, possibilita novas formas de resistência. Porém, o que nos preocupa nesta dissertação é a expansão desta culpabilização, pois com o desenvolvimento da prática do mapeamento genético, os indivíduos podem ser convocados a atuarem sobre si próprios, e seus possíveis descendentes, a partir do dever de evitar o risco, ainda mesmo em nível molecular, isto é, do DNA. Esta responsabilidade do *self* em administrar seu presente – e preventivamente aquele de seus possíveis descendentes – à luz do conhecimento de seu

próprio futuro, pode ser compreendida como “prudência genética”<sup>16</sup> (O’Malley, 1996), o que acaba produzindo critérios renovados de distinção entre o bem e mal das escolhas éticas e do grau de susceptibilidade biológica.

A questão que se torna pertinente é que, uma vez informado, o cidadão biológico ativo é obrigado a tomar as medidas apropriadas, tal como ajustar a dieta, o estilo de vida e os hábitos em nome da minimização da doença e da maximização da saúde (Rose, 2007). Assim como Foucault (2008c), que compreendera que sob condições neoliberais, o mercado seria a instância a partir da qual se decidiria a manipulação do genoma humano, preocupamo-nos que a racionalidade *oikonômica*, própria das sociedades hodiernas, acabe por subsumir, progressivamente, as várias dimensões da existência pessoal, criando novas formas de subjetivação compulsória de auto-responsabilização, exigidas por tal racionalidade. Se, por um lado, a participação dos indivíduos e a investigação biotecnológica levam a uma melhoria dos conhecimentos genômicos que permitem o aumento das condições vitais – que está no cerne da biopolítica –, por outro, vemos a produção do cidadão-consumidor e a criação do biovalor que modifica a noção com que encaramos a vida em si mesma: “[n]ovas subjetividades, novas políticas e novas éticas modelam hoje os cidadãos biológicos” (Rose, 2003, p. 36). Assim, em relação à inserção da vida na economia – ou a atribuição de um biovalor de mercado à vida –, presenciamos hoje, a partir da leitura de Rabinow, a uma exacerbação da atuação política sobre as qualidades vitais, uma vez que a própria vida passa a possuir tanto um significado social como capitalista. Neste sentido, a vitalidade de cada indivíduo e da coletividade torna-se uma fonte potencial de biovalor.

Outra questão, que deve ser analisada pela bioética em referência às consequências do exercício do biopoder na atualidade – segundo a interpretação de Rabinow –, se refere à problemática do direito – ou dever – de intervenção no âmbito da genética no caso da identificação de predisposição genética para doenças. Com o rápido desenvolvimento das biotecnologias genéticas que permitem a avaliação do risco e suscetibilidade de doenças e características humanas, espera-se que no futuro próximo bebês sejam feitos de acordo com nossos ideais sanitários. Neste contexto, em que o limite do aceitável se torna muito complicado, presenciamos a organização política de portadores de determinadas condições – não necessariamente doenças – exigindo o

---

<sup>16</sup> A designação de prudência genética se dá em analogia com a prudência aristotélica no domínio da moral. Para aprofundamento da noção de Aristóteles sobre prudência, ler: Spinelli, P.T. *A Prudência na Ética Nicomaqueia de Aristóteles*. Porto Alegre: Editora Unisinos, 2007.

reconhecimento do estatuto nosológico de um certo diagnóstico como meio de forçar políticas públicas favoráveis à sua pesquisa e tratamento (Ortega, 2009a), tratando-se do que Rabinow (2006) assinalou em relação ao nascimento de novos modos de individualização e concepções de autonomia, que surgem com as políticas de mapeamento do sequenciamento do genoma humano.

Porém, na contramão desse movimento, presenciamos a um outro movimento de doentes e familiares que, repudiando o diagnóstico que lhes é atribuído – ou o é para seus familiares –, colocam em questão o estatuto médico ou não médico de determinadas condições que até então eram consideradas doenças como, por exemplo, a surdez. A questão que se torna pertinente, neste caso, seria se a condição em questão é uma doença e, se assim for, se será – ou deverá ser – tratada, ou uma diferença a ser respeitada e cultivada, pois se, de um lado, tal movimento retira-os da condição de dependente para o orgulho da identidade deficiente, de outro, traz questões éticas que devem ser consideradas para o debate. Inovações tecnológicas – como o *screening* genético fetal – colocam em questão a possibilidade de abortar uma criança surda, por exemplo, o que, dentro da visão de que a surdez não é uma patologia, mas sim uma característica da identidade, seria um absurdo tão grande como provocar um aborto de um feto por ser negro ou chinês (Ortega, 2009b).

Com base no conceito de normatividade<sup>17</sup> de Canguilhem (1995), este grupo poderia reivindicar a diferença no lugar da doença. Um argumento relevante seria que a normatividade não se mede pelos sentidos e, assim, não teriam qualquer redução normativa, isto é, não teriam prejudicadas suas capacidades de recriar novas normas de vida. Assim, trata-se de um tema de grande importância para a bioética, pois uma vez que a consideração da surdez como doença permite (ou obriga) a oferta de acesso às tecnologias diagnósticas pré-natais para a identificação e intervenção genética para evitar a surdez, se tal condição for considerada apenas uma diferença, ela deverá ser respeitada e, assim, deve-se discutir se é permitido ou não a intervenção.

---

<sup>17</sup> A concepção de normatividade de Canguilhem (1995) pode ser resumida como a capacidade permanente do sujeito recriar novas normas em função das solicitações do ambiente ou de ações inéditas pelos próprios organismos. Significa, assim, a capacidade de instaurar novas normas, e não o estado de conformidade perante as normas estabelecidas.

### 3.2 Bioética da Proteção como uma forma de resistência

Os bioeticistas Fermin Roland Schramm e Miguel Kottow (Schramm e Kottow, 2001) propõem o Princípio da Proteção na tentativa de dar conta das controvérsias morais no âmbito da saúde pública que se referem a populações de suscetíveis (ameaçados) ou vulnerados (afetados) quando a abordagem dos quatro princípios da ética biomédica ou *modelo principialista*<sup>18</sup> não se mostra adequada, ou suficiente, para resolvê-los. Os autores, preocupados em proporem ferramentas para as realidades dos países em desenvolvimento – nas quais predominavam a marginalização devido à pobreza, o desamparo social, o problema crônico da escassez dos recursos, etc. – elaboraram a Bioética da Proteção, com vistas, sobretudo, à realidade das sociedades latino-americanas. Esta vertente da bioética foi pensada então para proteger aqueles que, devido as suas condições de vida ou de saúde, não podem realizar suas potencialidades e projetos de vida moralmente legítimos, pois as políticas públicas de saúde não os garantem (Kottow, 2005a).

A proteção é uma dimensão ética que vem participando da vida política, social e filosófica desde o século XVIII, pois o princípio da proteção está no fundamento do Estado mínimo, que reconhece a sua obrigação de salvaguardar a integridade física e a propriedade dos seus cidadãos, sendo, portanto, também o fundamento moral do estado de bem-estar contemporâneo. A ética da proteção, por sua vez, tem as suas raízes filosóficas na própria origem da palavra ética: “refúgio e proteção” para os seres humanos (Schramm e Kottow, 2001).

Assim sendo, a Bioética da Proteção pode ser entendida como um subconjunto da bioética que prioriza os “vulnerados” e pretende respeitar concretamente o princípio de justiça, já que aplica a equidade como condição *sine qua non* da efetivação do próprio princípio de justiça para atingir a igualdade (Schramm, 2008). O “princípio de proteção” pode, neste sentido, ser compreendido como uma especificação do princípio de responsabilidade, sendo o mais adequado para abordar os problemas morais relacionados com a saúde pública, pois atende aos requisitos de uma ética em saúde

---

<sup>18</sup> O modelo principialista foi desenvolvido por Beauchamp & Childress (2002) e se baseia em quatro princípios – maleficência, beneficência, autonomia e justiça – válidos *prima facie*, isto é, sem nenhum princípio tendo uma prioridade léxica sobre os demais princípios. Assim, são princípios que são aplicáveis sob determinadas circunstâncias, não possuindo, assim, um valor universal, válido sempre e em todas as situações.

pública e permite a justificação e a análise moral de políticas públicas, ao requerer a clara identificação dos objetivos e dos atores envolvidos em sua implementação, assim como a especificação dos meios adequados de sua execução. Desta forma, a bioética da proteção pode ser vista como uma ética da responsabilidade social, em que o Estado deve assumir obrigações que se aplicam às populações humanas, protegendo-as através da garantia da cobertura efetiva às necessidades essenciais e visando prevenir suas enfermidades e formar um ambiente saudável, com propostas razoáveis de cuidar das condições objetivas necessárias para o exercício da cidadania, representando um resgate do papel protetor do Estado.

Porém, como afirma Kottow (2005a), o que está em discussão, na atualidade, é a extensão da proteção do Estado em relação aos membros da sociedade. No âmbito dos programas de saúde pública relacionados à prevenção, à higiene e à educação, não há dúvida que são de responsabilidade estatal; porém, para o autor, as ações epidemiológicas obrigatórias devem justificar eticamente as eventuais limitações à autonomia individual que podem ocasionar. Neste sentido, Kottow (2005a) afirma que, para a Bioética da Proteção, um programa público apoiado em conhecimentos empíricos poderá ser imposto à população às custas do sacrifício parcial da autonomia individual, caso o exercício da autonomia ameace ou prejudique o bem comum. Porém, como afirma o autor, não se trata do sacrifício da liberdade pessoal em prol do interesse coletivo, como propõem os regimes totalitários.

A Bioética da Proteção é, então, também uma ética da libertação que fornece suporte aos vulnerados para o desenvolvimento de suas potencialidades e não se aplica, via de regra, aos indivíduos e populações que conseguem enfrentar a condição existencial da vulnerabilidade<sup>19</sup> com seus próprios meios ou com os meios oferecidos pelas instituições vigentes; não se tratando, assim, de uma atitude paternalista. De fato, o sentido da proteção é o de dar as condições de vida que cada qual julgue necessárias para capacitá-lo na tomada de suas próprias decisões, apresentando assim um sentido

---

<sup>19</sup> Vulnerabilidade, do termo latino “*vulnus*”, representa a potencialidade de vir a ser, por exemplo, de vir a ser “ferido, mas não necessariamente o será”. Por sua vez, vulneração é a condição de estar limitado de fato em suas capacidades objetivas e subjetivas, de encontrar-se em um estado concreto de limitações de suas capacidades. Essa confusão semântica entre “vulnerabilidade” e “vulneração”, aparentemente inócua, gera efeitos importantes no papel interventor e nas decisões do Estado, uma vez que o campo do real de uma população vulnerável é diferente do campo do real de uma população de vulnerados (Schramm, 2006).

radicalmente diferente daquele próprio do Estado de Exceção, que identifica uma absoluta necessidade de proteção e, assim, supostamente justifica medidas autoritárias (Schramm, 2008). Em outros termos, a ideia de proteção é a de uma ética assimétrica, pois consta de dois polos inseparáveis: um fraco, necessitado de apoio, pois é incapaz de enfrentar a vida sem ajuda; e outro com poder suficiente para assumir a responsabilidade de cuidar do fraco (Kottow, 2005a).

Assim, a Bioética da Proteção defende o Estado como protetor dos vulnerados, aqueles que de fato precisam de apoio, pois estes não têm condições objetivas e subjetivas para se protegerem sozinhos contra determinados riscos, perigos, ameaças em sua integridade e pessoa; e não como instância de controle e direcionamento dos indivíduos autônomos. Caso contrário, correríamos o perigo da Bioética da Proteção ser apontada por seus perigos paternalistas e autoritários da atitude protetora, visto que estas poderiam se tornar instrumentos não legítimos de limitação do exercício da autonomia individual e, neste sentido, o Estado Democrático tornar-se-ia um Estado de Exceção, moralmente questionável por intervir aonde não se deve (Schramm, 2006a; 2007).

Portanto, torna-se fundamental pensar qual seria o papel legítimo de um Estado democrático em sua função de dar amparo aos cidadãos necessitados, ou “vulnerados”, pois o que se percebe, na contemporaneidade, é que as condições de vida necessárias para que os indivíduos se desenvolvam – econômicas, de moradia, de alimentação, segurança, acesso a sistema educativo de qualidade, sistema sanitário efetivo etc. – não estão sendo satisfeitas e, ao mesmo tempo, o papel de proteção do Estado para o desenvolvimento humano está sendo substituído pela intervenção em âmbitos que são de competência pessoal (Schramm, 2007) como, por exemplo, a escolha referente aos hábitos de saúde.

Como afirma Schramm (2007), a grande ênfase na gestão do risco e a vigência do paradigma da oikonomia – que afirma a liberdade de escolha como a faculdade humana mais fundamental, mas ao mesmo tempo priva o indivíduo da capacidade de cuidar de si – está gerando um conflito entre o direito do indivíduo moralmente competente ao exercício de sua autonomia pessoal, em tudo aquilo que diz respeito a sua vida, e o direito a uma forma de exercício de poder (ou de biopoder) sobre as pessoas – em prol do “bem comum” e do melhor interesse de cada um.

Neste sentido, a Bioética da Proteção, ao considerar como um aspecto fundamental da vida o exercício da autonomia pessoal, afirma que o “estilo de vida” que



não afete negativamente a vida alheia deve ser respeitado, não podendo ser subsumido a nenhum tipo de proteção – que negaria a própria autonomia. Da mesma forma, existem meios de proteção que podem ser questionados do ponto de vista ético, como, por exemplo, a medicalização dos comportamentos que não prejudiquem terceiros, mas que, mesmo assim, se tornam objeto de formas de estigmatização, controle e interdição, supostamente para proteger o agente moral contra si mesmo, mas que indicam, sobretudo, um mal-estar coletivo frente a outros problemas globais (Schramm, 2008).

Por outro lado, os direitos à assistência sanitária e à equidade no tratamento é um dos objetos de estudo da Bioética da Proteção, a qual tem grande preocupação que estes direitos sejam respeitados. Assim, não se trata apenas de proteger os direitos humanos fundamentais – como o exercício da autonomia pessoal – sem considerar a garantia do acesso a um sistema de saúde com cobertura universal. Ao contrário, a bioética – e a Bioética da Proteção – se ocupam, no caso da saúde, com a proteção no duplo sentido de: (1) garantir aos destinatários do dispositivo da saúde pública o acesso a um padrão efetivo de cobertura das necessidades de saúde, e de (2) garantir a tais destinatários as condições objetivas para o desenvolvimento de suas capacidades humanas, a expansão das liberdades individuais (Schramm, 2007) e, assim, sua tarefa consiste, em última análise, em equacionar justiça e liberdade.

Pode-se dizer que a proposta da Bioética da Proteção, nos termos dessa dissertação, seria a de julgar a vulnerabilidade como característica universal do mundo vital, representando uma mera potencialidade de ser ferido, e a vulneração como uma situação concreta, e os vulnerados como indivíduos, de fato (e não potencialmente) feridos. Esta distinção semântica, por sua vez, visa possibilitar a reflexão sobre aquilo que se costuma dizer do mundo contemporâneo de sociedades globalizadas: que não se conseguiria distinguir o potencial daquilo que se apresenta de fato, isto é, que todos seriam potencialmente vulneráveis em ato; um argumento razoável quando se pensa em termos de Ética Global, mas que pode ser também “a consequência da implementação de um estado de exceção” (Schramm, 2006a, p. 193).

Por fim, Kottow (2005b) entende, assim como Heller & Feher (1995), que a biopolítica considera o corpo como realidade estritamente biológica, entendendo-o como portador de alguma característica essencial: gênero, raça, etnia, idade. Assim, com esta redução da pessoa a uma característica biológica, a biopolítica desconsidera os fatores culturais e históricos que diferenciam os integrantes de um grupo entre si e uma comunidade de outra, em um discurso que arrisca de se tornar intolerante e autoritário.

Considerando isso, o autor afirma que a proposta da bioética em geral – e, em especial da Bioética da Proteção – reconhece uma incompatibilidade profunda com a biopolítica, pois enquanto a primeira trata do *bios* – existência política –, a biopolítica é exatamente a destruição da *bios* pela *zoé*, pois, como seu nome sugere, a *vida nua* aproxima-se da vida animal e é despojada de sua humanidade. Para o autor, neste antagonismo, a bioética tem precisamente – como um de seus papéis – a tarefa de proteger ao *bíos* para que não seja tratado como mera *zoé*, e de argumentar em oposição à perspectiva biopolítica que opera de forma a desrespeitar as liberdades individuais (Kottow 2005b).

Neste sentido, consideramos nesta dissertação que, caso a tese de Agamben esteja certa e a vida humana esteja sendo reduzida à mera *zoé*, a Bioética da Proteção pode ser vista como uma forma de resistência à biopolítica e às formas de biopoder que produzem estes efeitos negativos sobre a vida. Esta resistência se dá fundamentalmente porque a Bioética da Proteção atua no sentido do *empowerment* (libertação) para que as pessoas tenham condições de resistirem a possíveis práticas abusivas por parte daqueles que possuem o poder (Schramm, 2009).

A noção de *empowerment* que a Bioética da Proteção trabalha é aquela de “libertação”, com base no pensamento de Paulo Freire (2005) e Amartya Sen (2000). Corresponde, assim – à luz do pensamento de Paulo Freire – à superação das forças opressoras que impedem o exercício da autonomia, cerceada pela coação. Trata-se do processo de resistir, de maneira criteriosa e bem fundamentada, a todas aquelas instâncias de poder estabelecidas numa ordem social que se dedica a impor sentidos sociais discriminatórios. O sentido de *empowerment*, para a Bioética da Proteção, diz respeito ainda à noção de Amartya Sen (2000), que enfoca suas análises na problemática do desenvolvimento humano e na eliminação da pobreza por meio da expansão das liberdades coletivas e individuais capazes de minimizar os desequilíbrios provocados pelo empobrecimento. Para o autor, a liberdade precede e antecede qualquer menção que se faça quanto ao desenvolvimento, não existindo desenvolvimento sem liberdade, nem liberdade sem desenvolvimento.

A partir do entendimento da Bioética da Proteção, podemos dizer que ela se apresenta como uma possível ferramenta para resistir aos supostos efeitos do biopoder apresentados a partir da leitura de Giorgio Agamben, sobretudo no que se refere à indistinção entre *zoé* e *bios*. Em relação à problemática trazida pela interpretação de Paul Rabinow sobre a noção de biopoder hoje, acredita-se que a bioética deve estar atenta para o impacto das biotecnologias sobre a vida, considerando, sobretudo, uma

possível expansão da individualização dos riscos e culpabilização das pessoas que possuam predisposições genéticas para doenças; e, aplicando o princípio da precaução, estimular a reflexão sobre a provável futura problemática do direito – ou dever – de intervenção no âmbito da genética no caso da identificação de predisposição genética para doenças.

## Considerações finais

Partimos, nesta dissertação, do pressuposto de que as pessoas estão cada vez mais tomando para si a responsabilidade pelo cuidado com a própria saúde e que isso constitui um fato constatável. Como vimos, Foucault, em suas últimas análises sobre a contemporaneidade, já mencionava esta questão, assim como muitos outros autores.<sup>20</sup> Para tanto, realizamos, em um primeiro momento, um breve estudo sobre a origem da noção da saúde como um direito individual e suas transformações até a contemporaneidade, e analisamos como as noções de direito e de dever, misturados, aparecem nos documentos de saúde nacionais e internacionais, tanto no que se refere aos direitos e deveres individuais, como em relação ao Estado e suas relações com o cidadão.

A origem da noção de saúde como um direito do cidadão remete à época da Segunda Guerra Mundial, quando emergiu o conceito e a cultura do *direito* à saúde. Desde então, uma questão fundamental se coloca: qual seria a interdependência legítima entre direitos e deveres em saúde? A resposta não é simples, mas o que vemos é que, a partir do século XX, uma diversidade de circunstâncias levaram a uma introjeção do discurso do risco e, aos poucos, foi se constituindo uma nova moral referente à saúde, deixando de se referir a um direito individual para se tornar um dever de todos e cada um. As principais circunstâncias identificadas foram: (1) a crescente preocupação com a saúde–mercadoria, (2) a grande ênfase dada à noção de risco em saúde e à política de gestão do risco, (3) a dissolução do social, (4) o medo generalizado, (5) a consequente procura por segurança, (6) a grande ênfase na autonomia individual e (7) na capacidade de construção de estilos de vida saudáveis.

Na análise dos documentos de saúde identificamos brechas que permitem o entendimento da busca pela saúde como uma responsabilidade individual e, uma das possíveis razões desta ambigüidade talvez seja o fato da própria definição de saúde se situar entre dever e direito. Com o intuito de compreender a problemática referente à confusão entre estes dois âmbitos – direitos e deveres – mapeamos os principais argumentos que tratam da responsabilização pelos cuidados com a própria saúde hoje, e identificamos que o principal é em relação aos recursos finitos e às demandas infinitas

---

<sup>20</sup> Arouca (2003); Bauman (1998); Castiel (2007); Crawford (1977); Herzlich (2004); Vaz (2005); e outros

no campo da saúde, o que supostamente exigiria uma discussão sobre a alocação de recursos em saúde. Este argumento se relaciona com outros dois, que são: (a) a ideia de que os indivíduos detêm o conhecimento do que é bom ou mau para a saúde e, portanto, fazem uma escolha autônoma, e (b) a suposta necessidade de segurança, que justificaria tanto uma política paternalista como uma política autoritária.

Porém, consideramos que a discussão da alocação de recursos, no caso dos estilos de vida, não é legítima, e isto, por várias razões: (1) o problema da culpabilização da vítima, que mistura fatos e valores; (2) a questão da autoridade do discurso científico, que, no nosso ponto de vista, não tem o direito de determinar o que é bom e o que não é para cada pessoa individualmente; (3) o fato dos fatores de risco, produzidos e destacados pela Epidemiologia, terem um caráter probabilístico e, portanto, poder vir a serem fatos ou não; (4) o fato, e talvez esse seja nosso principal argumento, de que a Epidemiologia trabalha com “fatos” e não com “valores” e, portanto, os dados não são suficientes para que consideremos algo bom ou ruim simplesmente inferindo a partir deles; (5) o fato de não haver evidências que aqueles que têm hábitos de vida “não saudáveis” gastem mais recursos públicos de saúde do que aqueles que possuem hábitos de vida supostamente saudáveis; (6) o desvio de questões de fato relevantes para a saúde pública, como as condições de moradia, alimentação, trabalho e saneamento dos indivíduos e populações; (7) a grande dificuldade de aplicabilidade prática, que exigiria práticas autoritárias e invasão de privacidade; (8) a lógica neoliberal perversa que coloca o homem como *homo oeconomicus* e que está por trás do discurso da responsabilização.

A paranoia sanitária atual referente aos riscos em saúde se manifesta, sobretudo, devido à coexistência de um estímulo – e desejo – por liberdade e uma necessidade de maior segurança por parte dos indivíduos. Assim – e no intuito de compreender como se dão hoje as relações políticas entre o corpo, a saúde e as instituições – foi realizado um estudo sobre o conceito de biopoder de Foucault e as atualizações do mesmo a partir das leituras de Giorgio Agamben e Paul Rabinow. O estudo do conceito cunhado por Foucault foi importante para uma boa compreensão do mesmo, uma vez que o termo tem sido utilizado por diferentes autores e em sentidos muitas vezes bastante diferentes. Com efeito, o biopoder clássico, trabalhado por Foucault, articulava-se de uma dupla forma: (a) a partir de um eixo individualizante, como uma anátomo-política do corpo, e que se exercia através do disciplinamento do corpo e (b) a partir de um eixo totalizante, como uma biopolítica das populações, cujo objetivo era a otimização da qualidade

biológica da população. Assim sendo, a biopolítica estava historicamente vinculada à constituição e ao fortalecimento do Estado Nacional, à afirmação da burguesia e de seu poder, e à formação de um dispositivo médico-jurídico, visando a medicalização e a normalização da sociedade.

Neste estudo gostaríamos de reforçar que as análises de Foucault sobre o poder fazem parte de investigações históricas delimitadas com objetos bem demarcados e, portanto, não parece legítimo utilizá-las da mesma forma que fez Foucault para analisar a sociedade de hoje. A partir dos estudos de Agamben e Rabinow, vemos que ambos os autores oferecem novas configurações para o exercício do poder sobre a vida hoje. Pode-se dizer, por exemplo, que Agamben usa o termo de Foucault, mas não pretende segui-lo; ao contrário, discorda de Foucault, pois, diferentemente deste, não aponta as possibilidades de limitação do poder do soberano que o sujeito pode desenvolver. Em suma, para Agamben, o exercício do poder soberano dispõe inteiramente da vida dos subordinados e, assim, detecta poder em tudo e invalida qualquer possibilidade de resistência e ação política.

Rabinow, por sua vez, aborda a noção de biopoder hoje, estabelecendo uma continuidade – mas atualizando-a – com a noção cunhada por Foucault. Para tanto, o autor propõe, como um primeiro passo para uma clarificação conceitual do termo, que o conceito de biopoder designe um plano de atualidade que deve incluir três elementos principais: (1) discursos de verdade sobre o caráter “vital” dos seres humanos e um conjunto de autoridades consideradas competentes para enunciar tal verdade; (2) estratégias de intervenção na existência coletiva em nome da vida e da saúde e (3) modos de subjetivação, isto é, o trabalho sobre si em nome da vida ou da saúde individual ou coletiva. O importante, para esta dissertação, é que Rabinow aborda as mudanças na noção do risco ocasionadas pela evolução do campo da genética.

As principais questões levantadas pelos autores e que foram identificadas como relevantes para a análise bioética, foram: (a) a desproteção da vida humana, indicada por Agamben a partir dos conceitos de *vida nua* e *homo sacer* e (2) a expansão da individualização dos riscos e da culpabilização das pessoas que possuem predisposições genéticas para as doenças, identificada por Rabinow. Em relação às questões mais gerais, relacionadas à moralização do cuidado com a própria saúde, nos preocupam os efeitos negativos que tal moralização pode ter sobre os indivíduos – como a proliferação de hábitos perigosos, a criação de novos tabus ligados ao corpo, a produção de estigma social e discriminação, um esvaziamento dos ideais sociais – e sobre as políticas de

saúde – como, por exemplo, um enfraquecimento do princípio da universalidade do direito à saúde e o desvio de ações estruturais para ações individuais e culpabilizantes.

Sintetizando, o que se pretendeu, neste estudo, foi identificar (1) as condições de possibilidade da responsabilização pelos cuidados com a própria saúde e (2) as práticas atuais de exercício do poder sobre a vida para, então, considerar a questão a partir de um olhar humanístico que respeite as diferentes formas e estilos de vida e, neste sentido, o objeto do estudo é analisado a partir das ferramentas da Bioética da Proteção, que pode ser entendida como uma ética da libertação e uma forma de resistência, ainda que talvez tão somente simbólica, aos eventuais abusos da biopolítica.

O que percebemos, a partir da pesquisa, é que o sujeito de hoje é um indivíduo que se pretende senhor de si, independente e administrador da própria vida, mas que se encontra em um cenário bastante complexo em que o próprio funcionamento do poder exige cada vez mais a flexibilidade e a inventividade da liberdade. Trata-se de uma liberdade que está, hoje, induzida pelo mercado e, portanto, direcionada para o consumo, fazendo com que o sujeito “livre” se encontre em meio a uma infinidade de possibilidades, em que deve saber gerir cada risco ao qual se expõe, encontrando-se, assim, mergulhado na exigência de construção de estilos de vida saudáveis e supostamente seguros, o que acaba por restringir imensamente seu campo de possibilidades, tendo, afinal, menos liberdade.

Concluindo, cabe pensar, neste contexto, se não seria a tentativa frustrada de construir uma liberdade ausente de riscos que estaria na base do mal estar contemporâneo. Cabe a cada um de nós – não apenas do campo da bioética, mas a todos os sujeitos que vivem e que estão submetidos aos efeitos do poder – pensarmos e construirmos formas de nos tornarmos capazes de optar por modos de existência que nos façam viver melhor, concedendo ao outro o mesmo direito e o mesmo poder.

## Referências Bibliográficas

- Adam, P.; Herzlich, C. *Sociologia da doença e da medicina*. São Paulo, EDUSC, 2001.
- Agamben, G. *Homo sacer*. Local, editora, 2004a.
- \_\_\_\_\_. *Estado de exceção*. São Paulo, Boitempo, 2004b.
- \_\_\_\_\_. *Che cos' è un dispositivo?* Roma, Nottetempo, 2006.
- Aith, F.M.A. 'Consolidação do direito sanitário no Brasil'. In: Costa, Alexandre Bernardino et al. (orgs.), *O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília, UNB, 2008, v.1, p.65-77.
- Allegrante, J.P; Sloan, R.P. 'Ethical dilemmas in workplace health promotion'. *Preventive Medicine*, 15, 1986, p.313-320.
- Arouca, S. *O Dilema Preventivista*. São Paulo, Editora Unesp, 2003.
- Bauman, Z. *Mal estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, data.
- Beauchamp, T.L.; Childress, J.F. *Princípios de ética biomédica*. 4ed. São Paulo, Edições Loyola, 2002
- Berlinguer, G. *Ética de la salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Bioética cotidiana*. Brasília, Editora UnB, 2004.
- Blackburn, S. *Dicionário Oxford de filosofia*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997.
- Brasil. Senado Federal. *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, Senado Federal, 1988.
- Buss, P.M. 'Promoção da saúde e qualidade de vida'. *Ciênc. saúde coletiva*, v.5, n.1, 2000, p.163-177.
- \_\_\_\_\_. 'Uma introdução ao conceito de promoção da saúde'. In: Czeresnia, D; Freitas, C.M. (orgs.), *Promoção da saúde, conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.
- Caliman, L. Dominando Corpos, Conduzindo Ações: Genealogias do Biopoder em Foucault. 2001. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Camargo, K.R. "As Armadilhas da 'Concepção Positiva de Saúde'". *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 76(1): 63-76, 2007.
- Canguilhem, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995.
- Carta de Bangkok, 2005: Disponível em: <[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)>. Acesso em 10 dez. 2009.



- Carta de Ottawa, 1986: Disponível em: <[www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf)>. Acesso em: 9 dez. 2009.
- Carvalho, S.R. 'As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social'. *Ciênc. saúde coletiva*, v.9, n.3, 2004, p.669-678.
- Castel, R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1987.
- Castiel, L.D. "Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria 'comunidade'". *Rev. Saúde Públ*, v. 38, n.5, 2004, p. 615-622.
- \_\_\_\_\_. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.
- Castro, E. *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte, Autêntica Editora, 2009.
- Charlesworth, M. *La bioética em uma sociedad liberal*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
- Chomsky, N. *La doctrine des bonnes intentions*. Paris, Editions Fayard, 2006.
- Cillo, P.F. 'Oikonomia'. In: Brandimarte, . et al. (orgs.), *Lessico di biopolítica*. Roma, Manifesto, 2006. p.207-11.
- Costa, J.F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro, Editora Garamond, 2005.
- Crawford, R. 'You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming'. *International Journal of Health Services* 7(4): 663-80, 1977.
- \_\_\_\_\_. 'Healthism and the medicalization of everyday life'. *Int. J. Health Serv.*, v.10, n.3, 1980.
- \_\_\_\_\_. 'The boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture, and AIDS'. *Social Science and Medicine*, 38, 1994, p.1.346-65.
- Czeresnia, Dina. 'Epidemiologia, ciências humanas e sociais e a integração das ciências'. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.42, n.6, dez. 2008.
- Day, L. 'Distributive justice and personal responsibility for choices about health'. *American Journal of Critical Care*, 2006, 15: 96-98.
- Declaração de Adelaide, 1988: Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Adelaide.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2009.

- Declaração de Alma Ata, 1978. Disponível em:  
<<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> >. Acesso em 10 dez. 2009.
- Declaração de Jacarta, 1977: Disponível em:  
<<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Jacarta.pdf> >. Acesso em 10 dez. 2009.
- Declaração de Santafé de Bogotá, 1992: Disponível em:  
<<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Santafe.pdf> >. Acesso em 10 dez. 2009.
- Declaração de Sundsvall, 1991: Disponível em:  
<<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2009.
- Declaração do México, 2000 : Disponível em:  
<<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Mexico.pdf> >. Acesso em 10 dez. 2009.
- Deleuze, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- Dernier, Y. 'On personal responsibility and the human right to healthcare'. *Camb. Q. Healthc Ethics*, v.14, 2005, p.224-34.
- Diniz, D. 'Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças'. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.8, 2006, p.1.741-48.
- Duarte, A. 'Sobre a biopolítica: de Foucault ao século XXI'. *Revista Cinética*, v.1, 2008, p.1-16. Disponível em:  
<[http://www.revistacinetica.com.br/cep/andre\\_duarte.htm](http://www.revistacinetica.com.br/cep/andre_duarte.htm)>. Acesso em: 9 dez. 2009.
- Durand, G. *Introdução geral à bioética. Histórias, conceitos e instrumentos*. São Paulo, Loyola, 2003.
- Ewald, F. 'Insurance and Risk'. In: Burchell, G.; Gordon, G.; Miller, P. (eds), *The Foucault effect: studies in governmentality*. London, Harvester Wheatsheaf, 1991.
- Fortes, P.A.C.; Zoboli, E.L.C. (orgs.). 'Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo'. In: \_\_\_\_\_. *Bioética e saúde pública*. São Paulo, Edições Loyola; 2003.
- Foucault, M. 'O sujeito e o poder'. In: Dreyfus, H.; Rabinow, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995.

- \_\_\_\_\_. M. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997
- \_\_\_\_\_. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo, Martins Fontes, 2005.
- \_\_\_\_\_. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2006a.
- \_\_\_\_\_. *Ética, sexualidade e política, ditos e escritos V*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006b.
- \_\_\_\_\_. *Estratégia, poder-saber. ditos e escritos IV*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006c.
- \_\_\_\_\_. *História da sexualidade II: O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2007a.
- \_\_\_\_\_. *História da sexualidade III: O cuidado de si*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2007b.
- \_\_\_\_\_. *Segurança, território, população*. São Paulo, Martins Fontes, 2008a.
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2008b.
- \_\_\_\_\_. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo, Martins Fontes, 2008c.
- Freire, P. *A pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.
- \_\_\_\_\_. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo, Paz e Terra; 2005.
- Garrafa, V; Oselka, G; Diniz, D. 'Saúde pública, bioética e equidade'. *Bioética*, 5: 27-33, 1997.
- \_\_\_\_\_. 'Reflexões sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética'. In: Fortes, P.A.C.; Zoboli, E.L.C. *Bioética e saúde pública*. São Paulo, Edições Loyola; 2003
- Gibbon, S; Novas, C. *Biosocialities, genetics and the social sciences*. Londres, Routledge, 2007.
- Gobierno de la República Argentina, 'De Alma Ata a la Declaración Del Milenio'. *Síntesis ejecutiva*, 2007. Disponível em: <[www.buenosaires30-15.gov.ar](http://www.buenosaires30-15.gov.ar)>.
- Gordon, C. 'Governmental rationality: an introduction'. In: Burchell, G.; Gordon, C.; Miller, P. (eds). *The Foucault effect: studies in governmentality*. Londres, Harvester Wheatsheaf, 1991.
- Gori, R. ; Del Volgo, M.-J. *La santé totalitaire*. Essai sur la médicalisation de l'existence. Paris, Denoël, 2005.

- Hardt, M. A sociedade mundial de controle. In: ALLIEZ, E. Deleuze: uma vida filosófica. Rio de Janeiro: Trinta e Quatro, 2000. p. 357- 372.
- Hardt, M.; Negri, A. Império. Tradução de Berilo Vargas. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- Herzlich, C; Pierret, J. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris, Éditions Payot, 1991.
- \_\_\_\_\_. 'Saúde e doença do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública'. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(2): 383-394, 2004.
- Jewkes, R. 'Evaluating community development initiatives in Health Promotion'. In: Thorogood, M.; Coombes, Y. *Evaluating health promotion – Practice and methods*. Londres, Oxford University Press, 2000, p.129-139.
- Kale P, Leal A.J.C, Luiz R.R. Medidas de efeito e medidas de associação. In: Medronho RA. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 115-125.
- Kant I. 'Introdução à metafísica dos costumes'. In: Morris, C. (org.), *Os Grandes filósofos do direito*. São Paulo, Martins Fontes, 2002. p.235-259.
- Kottow, M.H. *Introducción a la bioética*. Santiago do Chile, Universitária, 1995.
- \_\_\_\_\_. 'Bioética da Proteção: considerações sobre o contexto latino-americano'. In: Schramm, F.R; Rego, S. et al. (orgs.), *Bioética, riscos e proteção*. Rio de Janeiro, Ed. UFRJ, Editora Fiocruz, 2005a.
- \_\_\_\_\_. 'Bioética y biopolítica'. *Rev. Bras. Bioética*, Brasília, v.1, n.2, 2005b.
- \_\_\_\_\_. 'Bioética prescritiva. A falácia naturalista. O conceito de princípios na bioética'. In: Garrafa, V; Kottow, M; Saada, A. (orgs.), *Bases conceituais da Bioética*. São Paulo, Gaia, 2006.
- Lalonde, M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Government Canada. 1974.
- Laverack, G.; Labonte R. 'A planning framework for community empowerment goals within health promotion'. *Health Policy Plan* 15(3): 255-262, 2000.
- Laverack, G.; Wallerstein, N. 'Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains'. *Health Promotion International*, 16: 179-85, 2001.
- Machado, R. *Foucault , a ciência e o saber*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2009.
- Maliandi, R. *Ética: conceptos y problemas*. Buenos Aires, Ed. Biblos, 2004.
- Martinez Gonzalez, M.A; De Irala, J. 'Medicina preventiva y fracaso clamoroso de la salud pública: llegamos mal porque llegamos tarde'. *Medicina Clinica*, 124(17), 2005, p.656-660.

- Marzocca, O. 'Biopolítica'. In: Brandimarte, R. et al. (orgs.), *Lessico di biopolitica*. Roma, Manifestolibri, 2006. p.50-56. colocar?
- Michaelis. *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br>>. Acesso em: 10 dez. 2009.
- Michaud, I. 'Des modes de subjectivation aux techniques de soi: Foucault et les identités de notre temps'. In: autor *Michel Foucault: de la guerre des races au biopouvoir*. Paris, PUF, 2000. (Cités: Philosophie, Politique, Histoire, n. 2)
- Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde, 2006*. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687\\_2006\\_anexo1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687_2006_anexo1.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2009.
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 399, de 22 de janeiro de 2006. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto*. Brasília, 2006.
- \_\_\_\_\_. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://bvसारouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 7 dez. 2009.
- Mori, M. A bioética: sua natureza e história. *Humanidades* 1994, 9(4): 332-341.
- \_\_\_\_\_. 'Nè buona nè cattiva, la natura è indifferente [Online]'. *MicroMega*, 2009. Disponível em: <<http://temi.repubblica.it/micromega-online/ne-buona-ne-cattiva-la-natura-e-indifferente>>. Acesso em: 7 dez. 2009.
- Nações Unidas. Disponível em: <[http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_direitoshumanos.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php)>. Acesso em: 7 dez. 2009.
- Nogueira, R.P. 'Da medicina preventiva à medicina promotora'. In: Arouca, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo, Ed. Unesp, 2003.
- O'Malley, P. "Risk and Responsibility". In: BARRY, A, Osborne, T & Rose, N. (eds.) *Foucault and Political Reason: Liberalism, neoliberalism and rationalities of government*. London, University College London Press, 1996.
- Ortega, F. 'Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades'. *Cadernos saúde coletiva*, 11(1): 59-77, 2003.
- \_\_\_\_\_. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias medicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro, Garamond, 2008
- \_\_\_\_\_. 'Deficiência, autismo e neurodiversidade'. *Ciênc. saúde coletiva*, v.14, n.1, 2009a, p.67-77.

- \_\_\_\_\_. 'Neurociências, neurocultura e auto-ajuda cerebral'. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 2009b.
- Paim, J.S; Almeida, F.N. "Saúde coletiva: uma 'nova saúde pública' ou campo aberto a novos paradigmas?" *Rev. Saúde Públ.*, v.32, n.4, 1998.
- Pessini, L.; Barchifontaine, C.P. *Problemas atuais de Bioética*. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola, 2005.
- Peterson, A. 'Risk, governance and the new public medicine'. In: Peterson, A.; Bunton, R. (eds.), *Foucault, Health and Medicine*. Londres, Routledge, 1997.
- Putnan, H. *El desplome de la dicotomía hecho-valor y otros ensayos*. Barcelona, Paidós Básica, 2004.
- Rabinow, P. 'The third culture'. *History of the Human Sciences*, 7: 53-64, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.
- Rabinow, P.; Rose, N. 'Biopower today'. *BioSocieties* (2006), 1, p.195-217.
- Rose, N. 'The politics of life itself'. *Theory, Culture & Society*, 18 (6): 1-30, 2007.
- Rose, N.; Novas, C. 'Biological citizenship'. In: Ong, A.; Collier, S. (eds.). *Global assemblages: technology, politics and ethics as anthropological problems*. Oxford, Blackwell Publishing, 2003.
- Salvi, S.S; Barnes, J.P. 'Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers'. *The Lancet*, v.374, n.9691, p.733-743, 29 ago. 2009
- Schmitt, S. *Politische theologie, vier kapitel zue lehre von der souveränität*. München-Leipzig, 1922.
- Schramm FR. 'A terceira margem da saúde: a ética natural'. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, v.1, n.2, 1995, p.54-68.
- \_\_\_\_\_. A autonomia difícil. *Rev Bras Bioética* 1998; 6(1): 35-48.
- \_\_\_\_\_. 'Acerca de los métodos de la bioética para el análisis y la solución de los dilemas morales'. *Anais da 1ª Jornada de Bioética*. Buenos Aires, Asociación de Abogados de Buenos Aires, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires; 2000
- \_\_\_\_\_.; Kottow M. 'Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas'. *Cad Saúde Pública*, 17: 949-56, 2001.
- \_\_\_\_\_. 'A bioética da proteção em saúde pública'. In: Fortes, P.A.C.; Zoboli, E.L.C.P. (orgs.), *Bioética e saúde pública*. São Paulo, Edições Loyola; 2003a.
- \_\_\_\_\_. *A interpretação complexa da lei de Hume*, 2003b. Disponível em: <[www.iecomplex.com.br](http://www.iecomplex.com.br)> . Acesso em: 10 dez. 2009.

- \_\_\_\_\_. 'O impacto da bioética na evolução da moral comum: o caso das éticas aplicadas'. In: Neves, M.C.P.; Lima, M. (orgs.), *Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades*. Coimbra, Gráfica de Coimbra, 2005a, p.213-223.
- \_\_\_\_\_. 'A moralidade da biotecnociencia: a bioetica da proteção pode dar conta do impacto real e potencial das biotecnologias sobre a vida e/ou a qualidade de vida das pessoas humanas?' In: Schramm, F.R; Rego, S. et al. (orgs.), *Bioética, riscos e proteção*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, Ed. Fiocruz, 2005b.
- \_\_\_\_\_. 'A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública.' *Revista Brasileira de Bioética*, 2(2): 187-200, 2006a.
- \_\_\_\_\_. 'Bioética sem universalidade? Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção.' In: Garrafa, V; Kottow, M; Saada, A. (orgs.), *Bases conceituais da bioética*. São Paulo, Gaia, 2006b.
- \_\_\_\_\_. 'Proteger os vulnerados e não intervir aonde não se deve'. *Revista Brasileira de Bioética*, v.3, 2007, p.377-389.
- \_\_\_\_\_. 'Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização'. *Revista Bioética*, v.16, n.1, 2008.
- \_\_\_\_\_. O uso problemático do conceito 'vida' em bioética e suas interfaces com a práxis biopolítica e os dispositivos de biopoder. No prelo. 2009
- Sen A.K. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo, Companhia das Letras, 2000.
- Simões, J. *Retrato político da saúde*. Dependência do processo e inovação em saúde: a ideologia do desempenho. Coimbra, Almedina, 2004.
- Spinelli, P.T. *A prudência na ética nicomaqueia de Aristóteles*. Porto Alegre, Editora Unisinos, 2007.
- Tarlov, A. 'Social determinants of health: the sociobiological translation'. In: Blane, D.; Brunner, E.; Wilkinsos, R. (eds.), *Health and social organization*. Londres, Routledge, 1996, p.71-93.
- Tesh, S. *Hidden arguments: political ideology and disease prevention policy*. Rutgers University Press, New Brunswick, 1988.
- Vanderplaat, M. 'Direitos humanos: uma perspectiva para a saúde pública'. *Saúde e Direitos Humanos*, ano 1, n.1, 2004.
- Vasconcelos, E. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. Rio de Janeiro, Ed. Paulus, 2004.
- Vaz, P. 'Um corpo com futuro'. In: Pacheco, A; Cocco, G; Vaz, P. (org.), *O trabalho da multidão*. Rio de Janeiro, Gryphus, 2002, p.121-146.

- \_\_\_\_\_. 'Risco e sofrimento evitável'. *Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação*, dez. 2005. Acessível em: <[www.compos.com.br/e-compos](http://www.compos.com.br/e-compos)>.
- \_\_\_\_\_. 'Mídia, moralidade e fatores de risco em saúde'. *Cad. Saúde Pública* [online], 2009, v.25, n.3, p.472-472
- Ventura, M. Transexualismo e respeito à autonomia: um estudo bioético dos aspectos jurídicos e de saúde da “terapia para mudança de sexo”, 2007. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Waldby, C. *The visible human project: informatic bodies and posthuman medicine*. Londres, Routledge, 2000.
- Waller, N.B. 'Responsibility and health'. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* , 2005, 14:2: 177-188.
- Wikler, D. 'Personal and social responsibility for health'. *Ethics & Int. Affairs*, v.16, n.2, 2002.
- Zizek, S. *Bem-vindo ao deserto do real*. São Paulo, Boitempo, 2003.