



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



uff
Universidade
Federal
Fluminense

Carlos Alberto Bizarro Rodrigues

Um olhar bioético sobre o sofrimento psíquico do agente comunitário de saúde no contexto do trabalho na atenção primária à saúde

Rio de Janeiro

2020

Carlos Alberto Bizarro Rodrigues

Um olhar bioético sobre o sofrimento psíquico do agente comunitário de saúde no contexto do trabalho na atenção primária à saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Universidade Federal Fluminense.

Orientador: Prof. Dr. Fermin Roland Schramm.

Rio de Janeiro

2020

A bioethical gaze at the psychological suffering of the community health agent as a primary health care's worker

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

R696o Rodrigues, Carlos Alberto Bizarro.
Um olhar bioético sobre o sofrimento psíquico do agente comunitário de saúde no contexto do trabalho na atenção primária à saúde / Carlos Alberto Bizarro Rodrigues. -- 2020.
272 f.

Orientador: Fermin Roland Schramm.
Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Temas Bioéticos. 2. Corpo Humano. 3. Ética. 4. Saúde Pública.
5. Atenção Primária à Saúde. 6. Agentes Comunitários de Saúde.
I. Título.

CDD – 22.ed. – 174.957

Carlos Alberto Bizarro Rodrigues

Um olhar bioético sobre o sofrimento psíquico do agente comunitário de saúde no contexto do trabalho na atenção primária à saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Universidade Federal Fluminense.

Aprovada em 18 de dezembro de 2020

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Gisele O'Dwyer de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Dr. Marcello Santos Rezende
Fundação Oswaldo Cruz, Presidência da Fiocruz, Coordenação de Saúde do Trabalhador

Prof^a. Dr^a. Andréia Patrícia Gomes
Universidade Federal de Viçosa

Prof. Dr. Rodrigo Siqueira-Batista
Universidade Federal de Viçosa e Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fermin Roland Schramm (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2020

Dedico este trabalho ao Jerônimo: meu refúgio, minha maior fonte de alegria e motivação.

AGRADECIMENTOS

Às minhas mães Hylda e Sylvia Bizarro (*in memorian*) e aos meus pais Zelia e Manoel (*in memorian*) por terem sido tudo e continuarem a ser em mim.

Ao meu orientador professor doutor Fermin Roland Schramm, pela acolhida desde o início e pelo companheirismo perspicaz e generoso ao longo de toda esta jornada.

À professora doutora Marisa Palacios, por sua diligência e o auxílio fundamental no traçado inicial deste trabalho.

À professora doutora Gisele O'Dwyer pela assessoria na revisão e pelo protagonismo e afeto cotidiano no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF/ENSP).

Ao professor doutor Tulio Franco, pela preciosa oportunidade de trocar impressões e debater sobre a dimensão do cuidado em saúde nos encontros semanais.

Aos professores doutores Andréia Gomes e Rodrigo Siqueira-Batista, pela potência manifesta na sua habilidade de coligir simplicidade e lucidez no cotidiano acadêmico.

A todo corpo docente do PPgbios, em especial ao saudoso professor doutor Olinto Pegoraro (*in memorian*).

Ao doutor Marcello Rezende, por sua boa vontade e presteza sempre demonstradas no cotidiano laboral da CST e especialmente na consideração por este trabalho.

Aos amigos discentes do PPgbios, em particular à Ana Luiza, Lucas Lopes, Luiz Viana Sobrinho, Pablo Dias Fortes, Rafael Chagas, Roberta Lemos e Roberto Zarco pelas discussões e trocas de ideias que enriqueceram este trabalho e tornaram o curso mais leve.

Aos companheiros de trabalho no CSEGSF/ENSP, em especial à professora doutora Inês Reis e à servidora aposentada Ângela Maria Castilho Coimbra, com os quais dividi e ainda divido o cuidado dos moradores do território.

Aos funcionários da SECA/ENSP, em particular à querida Joelma Nascimento, pela presteza e eficiência desmedidas.

Ao meu psicoterapeuta, professor doutor Rodolfo Treitel Paschoal, pelo suporte vivificante antes e durante a construção desse caminho.

Por fim, um agradecimento mais que carinhoso a todos os agentes comunitários de saúde do CSEGSF, companheiros com quem aprendo costumeiramente a lutar pela saúde da população de Manguinhos.

RESUMO

O propósito do presente estudo é pensar o sofrimento psíquico do agente comunitário de saúde a partir do referencial da Bioética de Proteção com o intuito de demonstrar que as particularidades e as demandas inerentes ao seu cotidiano laboral incorrem na degradação de suas condições de vida, o que é requisito para considerá-lo paciente moral no âmbito dessa abordagem bioética. Para tanto, busca-se fazer uma articulação entre corpo e biopolítica, em sua relação com os fundamentos e perspectiva da Bioética de Proteção por meio de um levantamento bibliográfico ancorado nos marcos teóricos de Le Breton, Merleau-Ponty, Foucault, Agamben, Esposito, Kottow e Schramm. Tal estudo propiciou a investigação das relações entre biopolítica, o *corpo próprio* do agente comunitário de saúde e o seu sofrimento psíquico por intermédio de uma análise das suas condições de trabalho que fosse capaz de fundamentar a caracterização desse trabalhador como sujeito vulnerado. Tal intento se deu a partir (1) de uma breve descrição da evolução da noção de poder soberano, biopoder e biopolítica e sua relação com o corpo na sociedade ocidental; (2) da reflexão sobre o descompasso entre o léxico das políticas públicas e o trabalho em saúde que tende a promover a prioridade lexical das ações em relação ao trabalhador enquanto vivente e o seu cotidiano laboral; (3) da demonstração de que o conjunto dos aspectos que compõem o mundo profissional do agente comunitário de saúde apontam para a tendência à sua vulneração no âmbito do trabalho e; (4) da construção de um cenário a partir das noções de vulneração e de princípio de proteção juntamente com a visão ergonômica da organização do trabalho em saúde e do processo de trabalho do agente comunitário de saúde em sua articulação com a noção de *corpo próprio* para caracterizá-lo como paciente moral. Por fim, intenta-se que esse estudo possa se constituir em um instrumento de sensibilização dos trabalhadores, pesquisadores e gestores da saúde que atuam ou se interessam pelo âmbito da Atenção Primária à Saúde e contribuir para a abertura de horizontes de interpretação das políticas públicas em saúde, bem como fornecer subsídios para o debate político e institucional.

Palavras-chave: Temas bioéticos. Corpo humano. Ética e saúde pública. Atenção primária em saúde. Agentes comunitários de saúde.

ABSTRACT

The aim of the present study is to think about the psychological suffering of the community health workers based on the Bioethics of Protection framework in order to demonstrate that the particularities and demands inherent to their daily work incur the degradation of their living conditions, which is a requirement to consider them as moral patients to the Bioethics of Protection. To this end, an attempt is made to articulate the body and biopolitics concepts with the fundamentals of Bioethics of Protection by a bibliographic survey based on the theoretical frameworks of Le Breton, Merleau-Ponty, Foucault, Agamben, Esposito, Kottow and Schramm. Indeed, the goal of this work was achieved by investigating how relationships between biopolitics, the community health workers and their suffering *pari passu* on to their working conditions resulted in their insertion as moral patients in the scope of Bioethics of Protection. This attempt came from (1) a brief description of the evolution of the sovereign power, biopower and politics concepts and their relationship with the body in Western society; (2) the reflection on the mismatch between the lexicon of public policies and health work that tends to promote the lexical priority of actions in relation to the worker while their living and their daily work; (3) the demonstration that the set of aspects that make up the professional world of the community health agent points to the tendency to their susceptibility in the work environment and; (4) the construction of a scenario where the articulation of the notion of body and the principle of protection together with the ergonomic view of the health work organization and the community health agent's work process promote his characterization as a moral patient. In the end, this thesis intent to become an instrument to raise awareness among health workers, researchers and managers who work of are interested in the Primary Health Care issues and contribute to the opening of horizons for the interpretation of public health policies, as well as providing subsidies for political and institutional debate.

Keywords: Bioethical issues. Human body. Ethics and public health. Primary health care. Community health workers.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|------------|--|-----|
| Figura 1 - | Esquema de investigação da tese..... | 15 |
| Figura 2 - | Esquema genérico da situação de trabalho..... | 149 |
| Figura 3 - | Esquema resumido das relações entre trabalho e sofrimento psíquico | 166 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ACS | Agente comunitário de saúde |
| AET | Análise Ergonômica do Trabalho |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| BIREME | Biblioteca Virtual de Saúde |
| BDTD | Biblioteca Digital de Teses e Dissertações |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CBO | Classificação Brasileira de Ocupações |
| CNS | Conferência Nacional de Saúde |
| CREMESP | Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo |
| CSEGSF | Centro de Saúde Escolha Germano Sinval Faria |
| EA | Ergonomia de Atividade |
| ENSP | Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| eSF | Equipe de Saúde da Família |
| MEC | Ministério da Educação e Cultura |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| PTS | Projeto Terapêutico Singular |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SCIELO | <i>Scientific Eletronic Library Online</i> |
| SCOPUS | Base de dados de resumos e citações de literatura |
| SIAB | Sistema de Informações da Atenção Básica |
| SMSRJ | Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura |
| VD | Visita Domiciliar |

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2 | METODOLOGIA..... | 18 |
| 3 | UMA ABORDAGEM NARRATIVA DAS PRINCIPAIS CONCEPÇÕES DE CORPO NO OCIDENTE..... | 20 |
| 3.1 | AS PRINCIPAIS CONCEPÇÕES OCIDENTAIS DE CORPO..... | 20 |
| 3.1.1 | Do homem cósmico ao homem anatomizado..... | 20 |
| 3.1.2 | Do homem anatomizado ao corpo-máquina..... | 23 |
| 3.1.3 | Do corpo-máquina ao <i>corpo próprio</i>..... | 24 |
| 3.1.3.1 | A noção de corpo em Maurice Merleau-Ponty..... | 27 |
| 3.1.3.1.1 | <i>O ser no mundo e sua relação com o corpo próprio.....</i> | <i>30</i> |
| 3.1.3.1.2 | <i>A síntese corporal do corpo próprio.....</i> | <i>33</i> |
| 3.1.3.1.3 | <i>O corpo próprio e seus desdobramentos.....</i> | <i>35</i> |
| 3.1.3.2 | A noção de corpo em Roberto Esposito..... | 37 |
| 4 | BIOPODER, BIOPOLÍTICA E CORPO..... | 45 |
| 4.1 | DESENVOLVIMENTO DO BIOPODER E DA BIOPOLÍTICA..... | 46 |
| 4.1.1 | Os fundamentos da política sobre a vida na modernidade: <i>Homo sacer</i> e vida nua..... | 46 |
| 4.1.2 | Os poderes imanentes: o modelo disciplinar e a biopolítica..... | 48 |
| 4.2 | CORPO, GÊNERO E TERRITÓRIO: UMA ANÁLISE DO PARADIGMA DA IMUNIZAÇÃO A PARTIR DA METÁFORA DO SANGUE..... | 59 |
| 4.2.1 | Corpo como fundamento biológico da ordem moral..... | 62 |
| 4.2.2 | Corpo e território..... | 65 |
| 4.2.3 | Corpo, paradigma da imunização e eficiência nacional..... | 69 |
| 5 | A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA E O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE..... | 75 |
| 5.1 | PANORAMA HISTÓRICO RESUMIDO DO DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL..... | 76 |
| 5.2 | NOÇÕES FUNDAMENTAIS DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL..... | 81 |
| 5.3 | O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)..... | 85 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 5.3.1 | O trabalho do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família..... | 88 |
| 5.3.2 | As tarefas do agente comunitário de saúde..... | 91 |
| 6 | REFLEXÕES BIOÉTICAS SOBRE PROTEÇÃO E VULNERAÇÃO DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SEGUNDO A PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA DO <i>CORPO PRÓPRIO</i>..... | 104 |
| 6.1 | O SURGIMENTO DA BIOÉTICA COMO RESPOSTA À COMPLEXIDADE DO VIVER CONTEMPORÂNEO..... | 105 |
| 6.2 | A VULNERABILIDADE COMO <i>CONDITIO HUMANA</i> | 108 |
| 6.3 | A NOÇÃO DE PROTEÇÃO COMO UM PRINCÍPIO ÉTICO..... | 110 |
| 6.4 | A VULNERABILIDADE COMO CARACTERÍSTICA DESCRITIVO-NORMATIVA DA HUMANIDADE..... | 112 |
| 6.5 | A SUSCETIBILIDADE COMO UM MODO DE SER FERIDO..... | 114 |
| 6.6 | A SUSCETIBILIDADE EM CENÁRIOS DE INDIGÊNCIA: LIMITES E ALTERNATIVA..... | 116 |
| 6.7 | A VULNERAÇÃO COMO CONDIÇÃO EXISTENCIAL DE RESTRIÇÃO DAS POTENCIALIDADES..... | 118 |
| 6.8 | A NECESSIDADE DE UMA BIOÉTICA DE PROTEÇÃO..... | 120 |
| 6.9 | A BIOÉTICA DE PROTEÇÃO..... | 122 |
| 6.10 | A BIOÉTICA DE PROTEÇÃO E O <i>CORPO PRÓPRIO</i> DO TRABALHADOR EM SAÚDE..... | 133 |
| 7 | ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO PACIENTE MORAL PARA A BIOÉTICA DE PROTEÇÃO..... | 145 |
| 7.1 | O HORIZONTE DO TRABALHO E DA SAÚDE NA VISÃO ERGONÔMICA..... | 145 |
| 7.1.1 | A Ergonomia..... | 145 |
| 7.1.2 | Produção, saúde e ambiente..... | 147 |
| 7.1.2.1 | O trabalho prescrito e o trabalho real..... | 152 |
| 7.1.2.2 | O trabalho real e o cotidiano..... | 154 |
| 7.1.2.3 | A organização do trabalho..... | 154 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| 7.1.2.4 | A carga de trabalho ou custo humano no trabalho..... | 155 |
| 7.1.3 | O sofrimento psíquico dos trabalhadores..... | 157 |
| 7.2 | O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... | 160 |
| 7.2.1 | O mundo profissional do agente comunitário de saúde e a lógica própria de seu trabalho como fonte de sofrimento psíquico..... | 164 |
| 8 | RESULTADOS..... | 175 |
| 8.1 | SEQUÊNCIA DE PRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS..... | 176 |
| 8.1.1 | Artigo 1. Corpo e paradigma da imunização: reflexões sobre território, saúde e gênero a partir da metáfora do sangue..... | 176 |
| 8.1.2 | Artigo 2. Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva..... | 177 |
| 8.1.3 | Artigo 3. O corpo próprio como ferramenta de acesso ao cotidiano do trabalhador da saúde..... | 177 |
| 8.1.4 | Artigo 4. Reflexões bioéticas sobre vulneração e proteção do trabalhador em saúde..... | 177 |
| 9 | DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 178 |
| 9.1 | DISCUSSÃO..... | 178 |
| 9.2 | CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONTRIBUIÇÕES, LIMITES E PERSPECTIVAS..... | 188 |
| | REFERÊNCIAS..... | 193 |
| | APÊNDICE 1..... | 208 |
| | APÊNDICE 2..... | 220 |
| | APÊNDICE 3..... | 237 |
| | APÊNDICE 4..... | 253 |

1 INTRODUÇÃO

A ideia de desenvolver esta pesquisa surgiu, sobretudo, da minha vivência com os agentes comunitários de saúde (ACS), no dia a dia de trabalho no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF/ENSP), e do interesse em conhecer mais o horizonte da Saúde Pública em sua vinculação com outros campos do saber que não especificamente o biomédico. Da convivência com os trabalhadores em saúde lotados no ambulatório, foi desenvolvida uma maior afinidade e proximidade, particularmente com os médicos de família e os ACS, o que despertou minha curiosidade, mais especificamente, em saber sobre o efetivo trabalho dos agentes dentro das equipes de Saúde da Família (eSF). Já quanto ao desejo de expandir meus conhecimentos no domínio da Saúde Pública, pode-se dizer que fui capturado pela disposição de me inteirar a respeito de um campo de saber novo e desafiador, o da bioética.

Logo, pode-se depreender que foi do encontro dessas duas necessidades que nasceu este projeto, sob uma forma um tanto vaga no início, visto que não havia ainda algum atributo em que ancorar a ideia original e no qual pudesse articular a figura do ACS com o campo da bioética. Isto porque, no meu entendimento, seria necessário que se utilizasse ferramentas que possibilitassem a apreensão do “aqui e agora” do cotidiano laboral desse trabalhador que o descrevesse e pudessem oferecer recursos para uma análise e produção de conhecimento no horizonte bioético. É neste ponto que pensei em recorrer a uma revisão bibliográfica abordando a noção de corpo como a de um ser vivente, aos modos do *corpo próprio*, e as raízes do desenvolvimento da Saúde Pública. Em outros termos, uma bibliografia minimamente suficiente para sustentar e fazer emergir o corpo na concepção fenomenológica como o atributo que faltava no estabelecimento da relação entre o trabalho do ACS e a bioética.

Por último, mas não menos importante, vale ressaltar que a investigação apresentada a seguir foi pensada não só como um estudo de temas bioéticos no campo da atenção primária em saúde, mas também uma tentativa de oferecer horizontes alternativos de interpretação das políticas públicas em saúde. Ademais, é importante aqui registrar que o resultado deste esforço tem igualmente pretensões de cunho propedêutico na medida em que foi planejado e escrito para ser um material de apoio aos iniciantes no horizonte bioético, particularmente útil àqueles interessados em temas como biopolítica e Bioética da Proteção, bem como em assuntos relacionados tais como as abordagens fenomenológicas de corpo e a estrutura e organização da atenção primária em saúde.

Partiu-se da necessidade de se refletir sobre o impacto da organização do trabalho na Atenção Primária à Saúde¹ (APS) tendo o cotidiano laboral do ACS como referencial de análise. Tal exigência surgiu do contato diário com esse trabalhador e de perceber os espaços que ele ocupa no horizonte de seu ofício, bem como sua dinâmica laboral e as relações com seus iguais, com os demais trabalhadores em saúde e, principalmente, com os usuários e com o território. Ademais, ouvindo suas falas, tornou-se mister buscar compreender a relação entre o que se constatava como o sofrimento desse trabalhador com o seu processo de trabalho.

Em um primeiro momento, voltou-se para a provável ligação existente entre a organização do trabalho em saúde e a própria concepção de saúde no âmbito do Estado. Este foi o motivo que nos impulsionou a fazer uma incursão sobre as origens biopolíticas da Saúde Pública e considerar a sua influência na vivência cotidiana do trabalho em saúde, sobretudo a partir da esfera laboral do ACS. Não apenas isso, mas o impacto da organização do trabalho sobre esse trabalhador por meio do aprofundamento da ideia de corpo na experiência do “aqui e agora” e, portanto, a partir de um enfoque fenomenológico que compreendesse o ACS como um vivente imerso nas contingências do seu trabalho, o que a noção *merleau-pontiana* de *corpo próprio* poderia ser útil ao fornecer uma interessante chave interpretativa.

De mais a mais, um outro ponto que se mostrou fértil para a reflexão nesta tese foi a percepção de que, no cotidiano laboral do ACS, havia também várias situações em que as relações de trabalho revelavam sua posição dentro de uma rede hierárquica. Em outros termos, o processo de trabalho do ACS sugeria relações verticalizadas que nos remeteram a uma das interpretações filosóficas de Roberto Esposito, na qual o pensador italiano compreende a biopolítica a partir do prisma do paradigma da imunização. À luz desse paradigma, foi igualmente possível relacionar as vinculações trabalhistas do ACS com a abordagem *espositana* das concepções de pessoa e coisa.

Desta maneira, fundamentando-se em uma reflexão sobre o paradigma da imunização e sua capilaridade na sociedade ocidental e do poder reificante dos dispositivos biopolíticos sobre o espaço vivido, é que surgiu a premência de se pensar na posição ambígua que o ACS assume na organização de trabalho. Do mesmo modo, deve-se refletir sobre como

¹Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são equivalentes dentro da concepção atual do sistema de saúde (BRASIL, 2017). Optamos por utilizar de forma ampla e abrangente o termo “Atenção Primária à Saúde” (APS) por ser um enunciado validado internacionalmente.

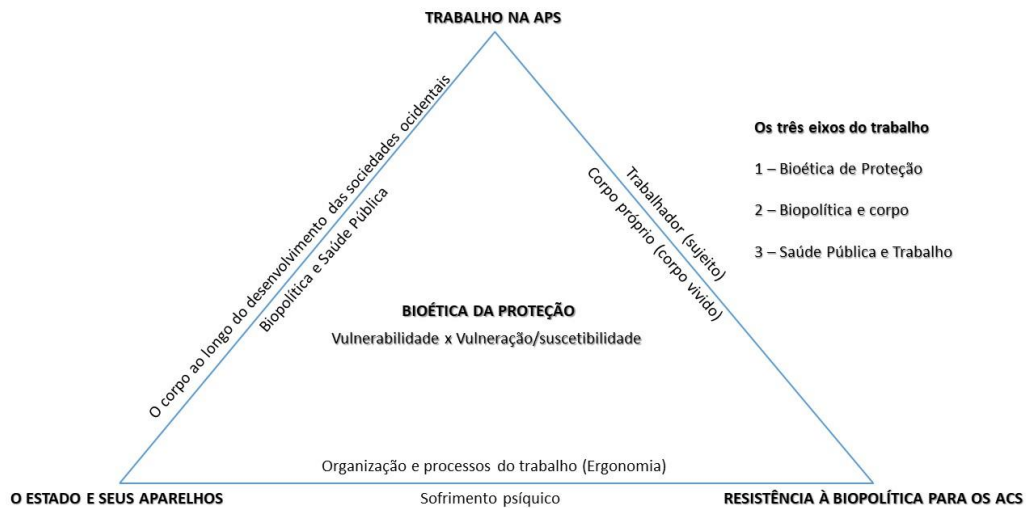
sua relação laboral cotidiana poderia influenciar sobre o seu sofrimento. Foi assim que se originaram os dois primeiros eixos de trabalho desta tese, a saber: Biopolítica e corpo, e Saúde Pública e trabalho.

A partir da organização desses eixos temáticos, emergiu igualmente a necessidade de se ponderar sobre o papel da bioética no horizonte do trabalho do ACS. Isto é, interrogou-se como a bioética poderia ser ferramenta de descrição, análise e intervenção nas situações laborais cotidianas desse trabalhador ao modo de um *phármakon*, ou seja, marcando uma posição de resistência à tendência biopolítica de reduzir a sua experiência cotidiana laboral a um mero objeto de ação política ou, em termos *espositanos*, à propensão que os dispositivos biopolíticos apresentam de converter a pessoa do ACS em coisa. Neste ponto, pretendeu-se introduzir uma abordagem bioética cujo foco partisse “de baixo”, isto é, salientando a “condição humana rebaixada” de sujeitos ou grupos já “feridos” (de acordo com a raiz latina *vulnus* do termo vulnerabilidade) e sem ferramentas minimamente suficientes para se capacitarem e se tornarem “sujeitos de revolta”. Em outros termos, pensou-se na introdução de uma perspectiva bioética que fosse capaz de priorizar os indivíduos ou grupos ditos “vulnerados” – tal como a Bioética de Proteção.

Destarte, foi partindo deste pressuposto que um terceiro e último eixo temático de trabalho foi construído, o da Bioética de Proteção, o qual se articulou aos outros dois já existentes. Este exercício de estruturação do projeto inicial de trabalho originou o seguinte esquema de investigação (Figura 1).

É então com base nesse esquema que se pode compreender melhor como o trabalho foi dividido e o que se pretendeu produzir com sua realização. Pode-se, inclusive, considerar que o triângulo obtido pela estruturação do projeto de investigação serviu de guia para o desdobramento de toda a tese. Em certo sentido, cada um de seus vértices representa a tendência para um dos temas principais e o ponto de partida ou chegada em que se assentou a pesquisa e o andamento dos capítulos que compõem este trabalho. Já os lados do triângulo contêm as proposições que serviram de base para a vinculação entre os temas principais em suas articulações. Quanto ao centro da figura, é importante compreendê-lo como um núcleo organizador de toda a tese, isto é, o horizonte em que se pretendeu relacionar os temas principais.

Figura 1 - Esquema de investigação da tese



Fonte: Elaboração própria

Isto posto, vale esclarecer o modo como se compôs este trabalho na tentativa de se contemplar cada uma das partes do esquema original. Sendo assim, é importante considerar que esta tese foi pensada em nove capítulos, dentre os quais o primeiro refere-se a uma introdução ao tema, o segundo apresenta a Metodologia e os cinco seguintes são voltados para uma revisão de literatura, bem como a descrição e exposição dos referenciais teóricos, de modo que ficaram organizados conforme descrito a seguir.

O capítulo 3 foi estruturado para oferecer uma breve delineação da noção de corpo na história do Ocidente. Assim, por meio do pensamento filosófico-científico moderno e contemporâneo, o referido capítulo intentou fazer uma apresentação sucinta da evolução da concepção antropológica de corpo a partir da visão tradicional e do saber moderno até o desenvolvimento da noção contemporânea de *corpo próprio*, isto é, à sua concepção fenomenológica segundo Maurice Merleau-Ponty, a qual foi posteriormente retomada pelo filósofo italiano Roberto Esposito. É essa última concepção, a de *corpo próprio*, que serviu de subsídio para a fundamentação teórica das demais partes da tese.

Quanto ao capítulo 4, sentiu-se a necessidade de se compreender em quais contextos histórico-sociais o corpo humano se tornou objeto de interesse e intervenção biopolítica ao longo do desenvolvimento das sociedades ocidentais. Assim, procurou-se realizar um percurso histórico sintético do desenvolvimento da noção de poder soberano, biopoder e biopolítica, contrapondo em simultâneo o lugar do corpo humano na sociedade ocidental,

principalmente através das ideias de Michel Foucault, Giorgio Agamben e Roberto Esposito. Com efeito, a exigência de se compreender menos superficialmente as origens da biopolítica surgiu, principalmente, pela necessidade de se averiguar o poder de penetração e a influência que os dispositivos biopolíticos exerceram no desenvolvimento da medicina e do Estado Moderno. Isso porque se compreende que esses mesmos dispositivos tiveram papel na formação do campo da Saúde Pública, na formulação de políticas públicas e, conseqüentemente, na estruturação do modelo assistencial brasileiro.

Em seqüência, o capítulo 5 foi construído com a intenção de oferecer subsídios teóricos para se compreender, minimamente, a estrutura e organização da APS no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio das diretrizes propostas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No horizonte dessa política, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi utilizada como recorte para a apreensão do trabalho na APS a partir das características operacionais, valores e das principais ferramentas da atividade laboral do ACS em virtude de seu trabalho ser de nosso interesse. Efetivamente, apesar de existir uma produção literária considerável quanto a vários aspectos do trabalho de ACS desde sua idealização e implantação no SUS, pouco se tem escrito a respeito da dimensão fenomenológica desse trabalhador em articulação à sua suscetibilidade e provável vulneração no âmbito da Bioética de Proteção. Destarte, foi partindo dessa lacuna que os demais capítulos se voltaram para a apreensão do *corpo próprio* do ACS, oriundo de um olhar bioético capaz de justificar a sua categorização como paciente moral.

Neste ponto, o capítulo 6 traz a necessidade de se refletir sobre o trabalho na APS à luz da Bioética de Proteção. Para tanto, o autor apoiou-se na noção de proteção como um princípio para apresentar abordagens bioéticas em cenários de iniquidade como aqueles encontrados no Brasil e em outros países da América Latina. Feita essa apresentação, pretendeu-se articular o conceito fenomenológico de *corpo próprio* às noções de vulneração e proteção no contexto do trabalho em saúde. Isso posto, objetivou-se fornecer as bases para se construir uma argumentação suficientemente cogente para considerar o ACS como um paciente moral em potencial no domínio da Bioética de Proteção.

Nesse sentido, o caminho em seguida foi o de buscar reforçar a construção dos argumentos principiada no capítulo 7, mediante a visão ergonômica da organização do trabalho na ESF e do processo de trabalho do ACS baseada em pesquisa recente e em sua articulação com a concepção *merleau-pontiana* de *corpo próprio*. Segundo se pode conferir com a leitura do capítulo 7, o autor sugere a utilização da Bioética de Proteção no âmbito da APS visando a proteção do ACS como forma de resistência a uma “política *sobre* a vida”

aos modos da produção de um “sujeito de revolta”.

Em outros termos, o capítulo 7 procura afirmar que o ACS pode se tornar “sujeito de revolta” sob a perspectiva de uma “política *da* vida” quando consegue “permanecer pessoa” ou “trabalhador-sujeito” no horizonte de sua situação de trabalho. Entretanto, para que isso seja efetivo, há a necessidade de se apostar no desenvolvimento de suas capacidades e na oferta de condições e oportunidades de interação desse trabalhador tanto com seu meio social quanto com seu meio de trabalho. Isto significa dizer que a alternativa de se considerar o ACS como um “trabalhador-sujeito” na formulação de políticas públicas em APS pode abrir para ele a possibilidade de transformar suas competências adquiridas em ferramentas de movimento da vida.

O capítulo 8 apresenta os resultados da investigação através da formulação de quatro artigos (um já publicado, dois artigos no fluxo editorial da Revista Bioética e um submetido à revista *Physis*).

Por fim, no capítulo 9, apresentamos a discussão produzida a partir da articulação entre os temas desenvolvidos em cada um dos sete capítulos anteriores. Nesse sentido, procurou-se enfatizar, sobretudo, as relações entre biopolítica e corpo e entre o trabalho e o sofrimento psíquico do ACS em sua correlação com o campo da Bioética de Proteção. Do mesmo modo, são realizadas considerações finais referentes à justificação do ACS como paciente moral na perspectiva da Bioética de Proteção e à possibilidade do uso dessa abordagem como ferramenta na implementação de medidas protetivas que visem minimizar ou neutralizar o sofrimento desse trabalhador como principal contribuição. Além disso, são também considerados os limites do presente trabalho e as possíveis perspectivas.

Para finalizar esta Introdução, apresentamos a pergunta norteadora e os objetivos geral e específicos.

A pergunta norteadora é a seguinte: O ideário da Bioética de Proteção poderia contribuir para diminuir o sofrimento psíquico do ACS?

Já o objetivo geral dedica-se a investigar as relações entre biopolítica, o trabalho do ACS e seu sofrimento psíquico a partir da articulação entre a noção *merleau-pontiana* de *corpo próprio*, dos conceitos ergonômicos de trabalho real/trabalho prescrito e do ferramental analítico da Bioética de Proteção.

Desse modo, são enumerados, a seguir, os objetivos específicos:

- A. Articular a noção de *corpo próprio* ao trabalho real na APS;
- B. Articular a noção de corpo ao biopoder/biopolítica a partir de um recorte antropológico;
- C. Refletir sobre o sofrimento psíquico do ACS no trabalho real (“em situação”);
- D. Refletir sobre o trabalho do ACS a partir da Bioética de Proteção.

2 METODOLOGIA

Esta tese se alicerçou em um levantamento bibliográfico realizado por meio da pesquisa de material de interesse obtido em bases de dados nacionais e internacionais do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, do Ministério da Educação (CAPES/MEC), da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), bem como do Google Scholar e da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) com o intuito de:

1. Fundamentar a elaboração do projeto e da pesquisa em si;
2. Aprofundar a reflexão sobre os eixos de contextualização da pesquisa;
3. Delimitar o quadro teórico.

Para a seleção e coleta de informações do material, foi utilizada a técnica da leitura informativa, abrangendo suas quatro fases: a) reconhecimento/pré-leitura; b) seletiva; c) crítica/reflexiva; e d) interpretativa (SILVA; ALVES, 2008). Tal técnica baseia-se no levantamento bibliográfico de publicações sobretudo nos formatos de monografias, livros e revistas científicas. A partir daí, o material passa por um reconhecimento visando triar as informações relevantes *pari passu* à construção de uma visão geral do tema abordado. Após esta primeira etapa, há uma seleção mais criteriosa das informações, que é sucedida por uma elaboração crítica e sintética do conteúdo, com o intuito de se refletir sobre o que os autores buscaram afirmar. Por fim, a etapa interpretativa busca, por intermédio de comparações e diferenciações entre os significados obtidos através das afirmações sustentadas pelos autores, realizar uma correlação entre os conteúdos obtidos.

Sendo assim, o caminho percorrido na investigação teórica pode ser esboçado do seguinte modo:

1. Apresentação da noção de corpo e de biopoder/biopolítica por intermédio de um recorte histórico-antropológico fundamentado no referencial de Le Breton, Foucault, Agamben, Merleau-Ponty e Esposito;
2. Apresentação da ESF no contexto da APS, visando descrever a conjuntura de onde surge o problema levantado;
3. Descrição do trabalho do ACS na concepção da análise ergonômica francesa e elaboração do problema bioético;
4. Reflexão sobre a proposta da Bioética de Proteção como ferramenta para abordar o trabalho do ACS a partir dos seus idealizadores Kottow e Schramm.

Por conseguinte, pode-se concluir que o presente trabalho desenvolve-se como uma

investigação teórica voltada para o estudo do trabalho do ACS na ESF a partir da articulação entre os conceitos de *corpo próprio*, biopoder, biopolítica e paradigma da imunização, bem como os de trabalho real, vulnerabilidade, suscetibilidade, vulneração e Bioética de Proteção. Com efeito, os marcos teóricos escolhidos para empreender a reflexão sobre tais questões foram principalmente as obras de David Le Breton, Michel Foucault, Giorgio Agamben, Roberto Esposito, Maurice Merleau-Ponty, Miguel Kottow e Fermin Roland Schramm, especificamente aquelas dirigidas aos seguintes tópicos: biopolítica, biopoder, sociedades disciplinares e paradigma de imunização (FOUCAULT, AGAMBEN, ESPOSITO); corpo, *corpo próprio* ou corpo vivido (LE BRETON, MERLEAU-PONTY, ESPOSITO); vulnerabilidade, suscetibilidade, vulneração e Bioética de Proteção (KOTTOW, SCHRAMM); trabalho real e Ergonomia da Atividade (ALONSO, REGO).

3 UMA ABORDAGEM NARRATIVA DAS PRINCIPAIS CONCEPÇÕES DE CORPO NO OCIDENTE

Resumo do capítulo

De acordo com Le Breton (2016a), o saber produzido sobre o corpo é imediatamente cultural, já que ele é tributário do simbolismo geral da sociedade. Este saber é que permite ao sujeito dar ao corpo um sentido conforme a visão de mundo da sociedade a que pertence, além de lhe possibilitar conhecer sua posição diante da natureza e do coletivo por meio de um sistema de valores. Neste sentido, o corpo é propriamente o efeito de uma construção social e cultural, um inapreensível, apesar de sua suposta evidência de dado indiscutível. Deste modo, muitas são as concepções que o corpo obteve ao longo do desenvolvimento das sociedades ocidentais e seria necessário um esforço árduo para contemplar as diversas teorias elaboradas para dar conta de descrever, analisar e explicar o corpo humano, objetivo este que passa ao largo das pretensões deste capítulo.

Com efeito, para os propósitos deste trabalho, a compreensão do corpo se fará por meio de um recorte sucinto de momentos importantes de sua problematização na história do Ocidente, em especial na sua apreensão pelo pensamento filosófico-científico moderno e contemporâneo. Para tanto, pretende-se partir de uma concepção holística, oriunda do pensamento tradicional em paralelo à visão paradoxal do corpo no alvorecer da modernidade, isto é, tendo-o como suporte individual e fronteira da relação do sujeito com o mundo, assim como modelo privilegiado da máquina. Com base nessa concepção, pretende-se chegar, ao final do capítulo, à noção de corpo vivido ou *corpo próprio*, isto é, à sua concepção fenomenológica e “integrativa” segundo Maurice Merleau-Ponty e retomada posteriormente pelo filósofo italiano Roberto Esposito, a qual servirá de subsídio para a fundamentação teórica do restante deste trabalho.

3.1 AS PRINCIPAIS CONCEPÇÕES OCIDENTAIS DE CORPO

3.1.1 Do homem cósmico ao homem anatomizado

No período medieval, as relações da mulher / do homem com o coletivo e a natureza eram assentadas na mistura de tradições populares locais e de referências cristãs, enquanto uma antropologia cósmica estruturava a sociedade e a cultura. Neste ambiente, o homem era

parte indistinta da comunidade e do cosmos e não possuía uma singularidade que o fizesse indivíduo, na acepção moderna do termo. Não sendo discernível de seu corpo e do mundo, a consciência de identidade do homem medieval estava atrelada ao seu enraizamento físico no interior de uma rede de correspondências que o ligava a todas as coisas (LE BRETON, 2016b).

Este homem cósmico contrastava com o corpo racional que surgiu nas camadas mais eruditas da sociedade europeia do século XVI e que prefigurou as representações atuais do corpo. Considerado pelo viés da separação, o corpo racional é uma abstração, “um corpo liso, moral, sem aspereza, limitado, reticente a toda transformação eventual. Um corpo isolado, separado dos outros, em posição de exterioridade com o mundo, fechado em si mesmo” (LE BRETON, 2016b, p. 39). Esta concepção de corpo restringiu-se, de início, às camadas sociais econômica e ideologicamente emergentes, enquanto nos grupos populares as fronteiras da carne ainda não definiam os limites individuais e o homem continuava identificado com seu corpo radicado na totalidade social e cósmica. Em acréscimo, vale dizer que, neste mesmo período, a precariedade do poder político dos Estados italianos renascentistas influenciou o desenvolvimento do espírito de cálculo, do voluntarismo, da ambição e da individualidade. Desse modo, houve favorecimento da instalação de um cenário no qual o movimento de autonomização relativa de indivíduos de certos grupos se acentuou à medida que os elos sociais característicos da economia medieval se enfraqueceram e deram lugar aos interesses privados (LE BRETON, 2016b).

Ainda, segundo Le Breton (2016b), a economia medieval fundada na *mesura* e no *justum pretium* (preço justo) provindo das instituições eclesíásticas sofreu dois reveses importantes que abalaram seus fundamentos comunitários. Um deles foi o aparecimento dos empreendimentos comerciais e bancários lidimados pela separação entre leis divinas e humanas realizada por Calvino em 1545; o segundo foi a transformação da religião em problema de consciência pessoal sem necessidade de mediação pelo magistério sacerdotal, promovida pelos grupos protestantes. Ademais, é entre o final do século XV e meados do século XVI que a propagação do individualismo passa a ser favorecida também por influência do capitalismo nascente, o que se perpetuará ao longo dos séculos seguintes.

Portanto, o tecido comunitário que coligia há tempos as diferentes ordens da sociedade sob a tutela da teologia cristã e das tradições populares principiou a se distender à medida que a estruturação individualista se propagava lentamente pelo universo das práticas e das mentalidades renascentistas. Inicialmente limitado a certas camadas sociais privilegiadas e zonas geográficas, o novo sentimento de si mesmo distinguia o indivíduo do

seu coletivo. Ao mesmo tempo, a expansão do “retraimento em si”² e o abandono da visão teológica da natureza modificavam a relação desse homem com o mundo que o cercava (LE BRETON, 2016b).

De acordo ainda com Le Breton (2016b), todas essas mudanças influenciaram o homem renascentista, que passou a considerar o fato de sua encarnação sob o ângulo da contingência ao perder o enraizamento comunitário e se afastar do cosmos. Essa visão de mundo renascentista contraria o observado em algumas sociedades tradicionais nas quais o corpo não existia como realidade empírica e o conhecer não era um ato de inteligência separada do corpo, mas, sim, uma modalidade física de apropriação antes que um ato puramente intelectual. Neste movimento, o corpo humano da Renascença tornou-se uma forma ontologicamente vazia, reduzida, acidental e um obstáculo ao conhecimento.

Esta invenção do corpo como conceito autônomo necessariamente acarretou uma mudança no *status* do homem. Em outros termos, a constituição do saber anatômico das universidades italianas no *Quattrocento* e a instituição da prática da dissecação tornaram-se lícitos quando o corpo deixou de ser um signo irreduzível da imanência do homem e passou a ser visto como um objeto em sua realidade autônoma. Dito de outra forma, quando a significação do corpo se fechou e passou a se remeter a nada mais que a ele mesmo (LE BRETON, 2016b).

Com efeito, ao ser favorecida pelas investigações anatômicas, a ontologia moderna que se desenvolveu entre os séculos XVI e XVII na Europa contribuiu para a legitimação do saber biomédico *pari passu* a desvalorização das tradições populares e religiosas. Foi neste contexto que, durante o século XVII, o saber biomédico sobre o corpo se transformou em uma espécie de apanágio de determinados grupos racionalistas que, pouco a pouco, influenciaram as transformações no âmbito social e cultural (LE BRETON, 2016b).

No entanto, as tradições populares continuaram a se manter vivas por meio das fontes alternativas de conhecimento, mesmo que estigmatizadas pelas classes dominantes. Efetivamente, a divisão entre cultura erudita e cultura popular marcou o apagamento ritualizado do corpo na Modernidade. Todavia, esse apagamento que manteve o corpo como algo depreciado e distanciado nas camadas sociais privilegiadas não foi capaz de retirá-lo do lugar de fonte de enraizamento humano no tecido social e no cosmos nos estratos mais

²Le Breton (2016b) chama de “retraimento em si” o efeito resultante das três cisões do homem moderno, a saber: 1. a cisão de si mesmo (divisão ontológica entre corpo e homem), 2. a cisão do coletivo (o *cogito* cartesiano não é coletivo, não é *cogitamus*) e, 3. a cisão do cosmos (o corpo encontra o seu fim em si mesmo ao ser desenraizado do restante do mundo e da visão cósmica).

populares. Portanto, pode-se depreender que duas principais concepções de corpo se polarizaram no início da Modernidade: (1) a visão racionalista, que tratava o corpo como uma coisa ou uma posse ou mesmo um “ter” e (2) a visão popular, que manteve a identidade de substância entre o homem e seu corpo ao modo de um “ser” (LE BRETON, 2016b). Contudo, foi a concepção das classes dominantes que obteve maior influência no desenvolvimento científico e filosófico do período, grassando suas ideias para além dessa época até chegar aos dias de hoje, como será mostrado a seguir.

3.1.2 Do homem anatomizado ao corpo-máquina

O advento da filosofia mecanicista na Europa do século XVII foi resultado de um longo percurso epistemológico marcado, principalmente, pelos trabalhos de Copérnico, Bruno, Kepler e Galileu. Desde os séculos anteriores, a pequena e influente intelectualidade ocidental vinha abandonando a concepção de um cosmos fechado da escolástica e começava a penetrar no universo aberto do mecanicismo, resvalando da noção de aproximação para a de precisão. Assim, na passagem da *scientia contemplativa* à *scientia activa*, a reflexão sobre a natureza perdia sua base religiosa e se emancipava da autoridade eclesiástica e de suas causas transcendentais, de modo a articular as percepções sensoriais à abstração das fórmulas matemáticas (ARÁN; PEIXOTO JUNIOR, 2007; LE BRETON, 2016c).

Sob o respaldo da matemática, o conhecimento racional das leis que regem a natureza permitiria estabelecer as causas que presidem os fenômenos e assim dominá-los. Pouco a pouco, as causalidades miraculosas cederam espaço às causalidades físicas em um mundo concebido segundo o modelo da máquina e onde a continuidade entre o homem e a natureza foi sendo quebrada em proveito do primeiro. Para os filósofos mecanicistas, a natureza havia perdido sua forma renascentista holística e viva, para se transformar numa forma vazia, uma espécie de espaço geométrico absolutamente estranho às categorias corporais, composto por muitos objetos inter-relacionados subordinados a leis intangíveis (LE BRETON, 2016c).

Já no âmbito dos saberes sobre o corpo, este se tornou tanto um objeto anatômico que servia para a perscrutação de sua estrutura, como um objeto de estudos estéticos para definir as proporções ideais e para exposições, isto é, um corpo-máquina na metáfora mecânica de Descartes. Assim, a distinção cartesiana feita entre o corpo e o homem produzida na ordem do conhecimento do período traduzia uma nova ontologia na qual o corpo deslizava para fora da noção de pessoa numa evidente ruptura axiológica. Desta forma, o indivíduo moderno revelava-se dividido ontologicamente em duas partes heterogêneas ligadas pela

glândula pineal: corpo (*res extensa*) e espírito (*res cogitans*). O dualismo ontológico resultante dessa visão filosófica cartesiana, ou seja, a noção de que a constituição original do corpo e da mente promoveria sua participação em domínios radicalmente diferentes da realidade, estabeleceu um sistema dicotômico amplo que incluía várias outras categorias. Nesse escopo, o corpo, a matéria, a natureza e o físico ocupavam uma dimensão diferente daquela na qual estaria a “não matéria”, a alma ou mente ou “eu”, o sobrenatural e o espiritual ou psicológico (MARTIN, 1995).

Objeto entre outros objetos, o corpo passou a ser alvo da tecnologia política desenvolvida nos séculos XVII e XVIII e, por meio do princípio de uma ordenação analítica voltada para o escrutínio de todos os aspectos da vida civilizada, as disciplinas surgiram como formas gerais de dominação. Neste contexto, Le Breton (2016c) observa dois registros fundamentais: um anátomo-metafísico, inaugurado por Descartes, e um técnico-político, constituído pelo conjunto de regulamentos institucionais somados aos procedimentos empíricos criados para controlar e corrigir as operações do corpo. O autor enfatiza que, por meio destes dois eventos, o homem-máquina emergiu simultaneamente como uma redução materialista da alma e uma teoria geral de adestramento, ambas articuladas ao redor da noção de docilidade que conjugava um corpo analisável a um corpo manipulável. Este tema será abordado com mais detalhes no capítulo seguinte.

Efetivamente, o corpo era o análogo da máquina alinhado a outras máquinas de produção tal como seu “apêndice vivo” que, apesar de carregar um resíduo necessário e embaraçoso representado pelos aspectos subjetivos do homem, não se beneficiava de nenhuma indulgência em particular. No entanto, esta noção não se sustentou hegemonicamente na contemporaneidade e foi acompanhada pelo desenvolvimento paralelo de visões alternativas do corpo, como as concepções fenomenológicas desenvolvidas por Maurice Merleau-Ponty e por Roberto Esposito, que serão desenvolvidas no tópico a seguir.

3.1.3 Do corpo-máquina ao *corpo próprio*

Para introduzir o tema do corpo fenomenológico como se pretende apresentar pelo recorte teórico abordado neste trabalho, é mister ter em mente noções atreladas à ideia de *corpo próprio* – como é o caso dos conceitos de sensação e percepção. Deste modo, é importante ressaltar que, no pensamento científico derivado do cartesianismo, a sensação e a percepção sinalizavam dois atributos corporais diferentes vinculados entre si pela causalidade estímulo-resposta em um corpo que funcionava à guisa de uma máquina. Em

outros termos, a percepção se reduziria ao ato de apreensão de um dado objeto “exterior” (exterocepção) ou “interior” (interocepção) por meio dos estímulos sensoriais. De fato, na concepção empirista, o conceito de percepção está relacionado ao efeito que os objetos têm sobre as terminações nervosas e aquele que percebe, o “sujeito da percepção”, é apenas a ponta de uma cadeia de causas e efeitos iniciada no objeto percebido. Isto significa dizer que a percepção se dá de forma indireta porque nada mais é que o resultado esperado dentro de uma cadeia de eventos sucessivos. Assim, segundo esta perspectiva, perceber um objeto é ter acesso a suas representações, aos seus “dados sensoriais” ou “ideias” provocados pela maneira que ele afeta os órgãos sensoriais de quem o percebe (NÓBREGA, 2008; MATTHEWS, 2011).

Daí que a percepção não é apenas indireta como também é composta, ou seja, possível de ser analisada a partir de seus vários componentes. Tem-se, então, que perceber não é ter contato direto com um objeto específico como ele mesmo é no todo, mas montá-lo a partir de um certo número de representações diferentes, provocadas por estímulos sensoriais derivados das suas propriedades físico-químicas. Ao final, o que se percebe é a ideia composta de uma coleção de representações que se passa como se fosse uma “ideia simples” daquele objeto. Destarte, uma explicação de como ocorre a percepção deve rastrear a cadeia de causas e efeitos entre o objeto e aquele que percebe e, como se pode depreender do que foi acima descrito, implica considerar que a percepção é (1) indireta, (2) representativa e (3) passiva. Este ponto é importante para as pretensões epistemológicas do empirismo pelo fato de que a passividade daria uma espécie de garantia de que as crenças verdadeiras acerca do objeto percebido seriam fornecidas ao ser humano (MATTHEWS, 2011).

Todavia, com o advento do movimento *Gestalt*³ no início do século XX, foi elaborado um outro olhar sobre a percepção, agora compreendida a partir da noção de campo. Isto é, a concepção anterior da percepção como um conhecimento exaustivo e total do objeto derivado de sensações elementares e objetos isolados foi substituída pelo entendimento de que essa atividade em específico é sempre uma interpretação provisória e incompleta do mundo. Assim, é no diálogo com essa nova abordagem da percepção que a compreensão fenomenológica do corpo foi idealizada (NÓBREGA, 2008).

³Segundo Engelmann (2002), a palavra alemã *Gestalt* remete a algo mais que a justaposição dos fenômenos psicológicos durante a percepção, isto é, à organização dos perceptos (unidades que compõem o que é percebido) de forma articulada e indivisível aos modos de configurações psíquicas. Seu plural é *Gestalten* e deve ser assim utilizado em português.

Vale ainda ressaltar, quanto às funções sensoriais e perceptivas do corpo, que novos modelos teóricos⁴ desenvolvidos nas últimas décadas têm a compreensão de que o corpo assume diversas configurações, a depender das contingências. Nesse sentido, tem havido uma tendência em se levar em conta a sensação não mais como simples “janela da alma” aberta para o conhecimento, bem como a percepção não mais apenas como uma atividade de decodificação de estímulos de modo linear. Tais funções têm sido percebidas como uma atividade reflexiva da estrutura do corpo imerso no seu entorno, que inclui tanto o ambiente físico quanto os múltiplos contextos sociais, culturais e afetivos (NÓBREGA, 2008).

Essa tendência é corroborada pela noção cara à fenomenologia de que o corpo e seu comportamento têm relação intrínseca com a percepção, o que significa dizer que a apreensão dos sentidos se faz pelo corpo e não simplesmente pela causalidade linear estímulo-resposta. Desse modo, o corpo é um campo criador de sentidos pelo fato de que a função perceptiva não pode mais ser reduzida a uma representação mentalista, quando, na verdade, é um acontecimento corporal e, portanto, da existência (NÓBREGA, 2008; COSTA, 2015). É o que se pode depreender das seguintes palavras de Merleau-Ponty: “Antes da ciência do corpo – que implica a relação com outrem –, a experiência de minha carne como ganga de minha percepção ensinou-me que a percepção não nasce em qualquer lugar, mas emerge no recesso de um corpo” (MERLEAU-PONTY, 2014, p. 21).

Com efeito, em Merleau-Ponty, a consciência ou subjetividade é um “campo experimental, uma relação de presença, ou uma estrutura relacional de presença” (DENTZ, 2008, p. 296) no qual o corpo indica o “modo de presença ou o modo de estar presente” (DENTZ, 2008, p. 296) dessa subjetividade e não mais o pensamento em seu insulamento intangível e abstrato. Deste modo, não se trata agora de compreender que existe um corpo-veículo de um “eu” ou uma consciência que se comporta como alguma instância imaterial, e sim uma subjetividade como uma espécie de “estado biológico” complexo e interconectado ao seu entorno (NÓBREGA, 2008; MATTHEWS, 2011). Em outros termos, o corpo não é um intermediário entre consciência e mundo na concepção *merleau-pontiana*, mas, sim, o pivô do sujeito, isto é, um *corpo próprio* ou um corpo vivido (DENTZ, 2008; NÓBREGA, 2008; COSTA, 2015), como se verá a seguir.

⁴Exemplo dessas novas abordagens do corpo contemporâneo é a *teoria do organismo-entorno*, que se baseia em estudos neurofisiológicos e psicológicos, bem como em apontamentos filosóficos da construção do conhecimento. Segundo esta teoria, a percepção consiste na conjugação de partes novas do ambiente ao qual o organismo-entorno se encontra, sem que isso se trate de mero processamento de informações. Com efeito, a comprovação científica da existência e participação dos receptores eferentes presentes também nos órgãos de sentido trouxe um aporte material importante para a noção de que os organismos criam o mundo próprio, simultaneamente objetivo e subjetivo (para mais detalhes, ver NÓBREGA, 2008).

3.1.3.1 A noção de corpo em Maurice Merleau-Ponty

Em meados do século XX, as ideias desenvolvidas pelo filósofo francês Maurice Merleau-Ponty produziram um novo olhar sobre a concepção mecanicista e intelectualista do corpo humano estabelecida pela ciência moderna. De fato, ao recusar tanto a noção de corpo como substância pela qual se chega a uma essência, quanto a concepção cartesiana de corpo como um ser inteiramente exterior e como puro objeto, Merleau-Ponty assume uma filosofia orientada para a percepção e para o *corpo próprio*. Esta mudança de perspectiva trouxe como consequência a abertura do horizonte filosófico para a experiência do corpo no mundo, isto é, para a relação com o seu entorno, com os outros, com a cultura e a historicidade (MATTHEWS, 2011; NÓBREGA, 2014).

Para esclarecer a visão de Merleau-Ponty sobre o corpo humano, é importante partir da ideia de que inevitavelmente se é um objeto quando se está no mundo, um objeto físico e material, um organismo na visão materialista das ciências biomédicas. Sob esta ótica, o corpo nada mais é que um sistema físico-químico complexo cujo comportamento pode ser reduzido aos movimentos físicos da matéria no espaço ou às combinações e transformações químicas das substâncias que o compõem. Todos estes processos biológicos são tidos como casos específicos dos fenômenos físico-químicos que ocorrem na natureza e que, por isto, são governados pelas mesmas leis universais. A partir deste ponto de vista, pode-se inferir que, ao fim e ao cabo, é como se o corpo humano estivesse sendo observado a partir de fora, de um ponto de vista afastado, denominado por Merleau-Ponty de “visão de nenhum lugar” ou “pensamento de sobrevoo”, o qual não é a única maneira de ver os seres humanos, nem a mais fundamental, e é aí que sua abordagem fenomenológica se separa da visão materialista convencional (MATTHEWS, 2011).

Neste ponto, é importante considerar que, apesar de algumas características em comum com o empirismo, a fenomenologia *merleau-pontiana* não busca satisfazer nenhuma teoria do conhecimento. Na verdade, essa abordagem fenomenológica não se interessa pela relação cognitiva com as coisas, isto é, pela relação do ser humano com o mundo como conhecedor, pois compreende que viver no mundo é uma experiência anterior a saber sobre ele. Com efeito, é necessário, primeiramente, um envolvimento num nível muito mais básico com as coisas do mundo antes de poder saber o que elas são (FURLAN, 2011; MATTHEWS, 2011).

Sendo assim, o sujeito fenomenológico não pode ser mais definido apenas pela cognição, como no caso do sujeito cartesiano, pois que ele é antes o eixo do mundo vivido e

não um sujeito cognoscente. Em outros termos, a relação entre o sujeito e o objeto da percepção não se limita mais ao tipo causal, governado apenas pelas leis da física e da química que regem a relação entre os demais objetos no mundo como visto anteriormente. Isto porque, quando um ser humano percebe um objeto, o faz enraizado no mundo e como algo que tem um certo significado na vida dele. Por conseguinte, o “sujeito da percepção” fenomenológico é um ser de ação e de vivências, uma subjetividade dinâmica com habilidade para produzir uma história e caracterizada por suas capacidades e projetos, e não simplesmente uma consciência ou um conhecedor categorial *a priori* (DENTZ, 2008; MATTHEWS, 2011).

Em vista disso, pode-se depreender que Merleau-Ponty subverte o conceito de sujeito ao substituir a noção cartesiana de sujeito como consciência-conhecimento pela noção de sujeito como “objetivismo dinâmico”, isto é, como operosidade e ação, como fazer e expressar-se. Logo, caem por terra as argumentações a respeito de uma intenção ou consciência guiando os gestos e ações pelo fato de que estes últimos, em seu conjunto, isto é, o comportamento, compreendem o sujeito enraizado no mundo como um todo e em última instância (DENTZ, 2008).

Por conseguinte, infere-se que a noção de corpo é aprofundada sob o ponto de vista *merleau-pontiano* porque, ao serem levados em conta seus vínculos com a natureza, a história e conseqüentemente com a linguagem, esse ente aparece como entrelaçamento ou inerência – ou, ainda, como um quiasma⁵ entre linguagem, corpo e natureza. Dito de outra forma, Merleau-Ponty busca revelar, com seu conceito de historicidade, o sentido da subjetividade instalada no corpo e não mais como *res cogitans*. De fato, a historicidade na concepção *merleau-pontiana* pretende mostrar o primado do corpo no ato da expressão como uma disposição possível (“especialização”) de intenções “interiores”. Em suma, na sua intencionalidade (NÓBREGA, 2014).

Esta afirmação pode ser ainda compreendida na vivência unitária do corpo que demonstra ser ele o campo expressivo do sujeito – ou, ainda, que ele é o lugar onde as possibilidades humanas se tornam concretas. Neste contexto, o corpo é a subjetividade como

⁵Quiasma, do grego *khiasmós*, ou no sentido de disposição em cruz, em forma da letra grega *khi* (*X*); fisiologia/histologia (*chiasma*). Fonte: Houaiss <https://houaiss.uol.com.br/pub/apps/www/v3-3/html/index.php#1>. O conceito de “quiasma” utilizado por Merleau-Ponty é oriundo da genética e serve para designar uma estrutura em forma de “X” produzida pelo imbricamento de cromátides de cromossomos homólogos durante a meiose e em meio a um processo de permuta. A imagem derivada desse fenômeno biológico é elucidativa na compreensão do corpo *merleau-pontiano*, visto que é por ela, por sua continuidade entre o “tecido conjuntivo dos horizontes exteriores e interiores” (MERLEAU-PONTY, 2014, nota p.128), que o filósofo busca superar o dualismo existente entre corpo e espírito e entre natureza e humanidade (NÓBREGA, 2014).

realização pessoal de um “eu”. Logo, a subjetividade é realizada quando se torna visível na comunicação e na expressão de um corpo que está imerso na realidade concreta do mundo, isto é, a subjetividade como expressão corporal passa a se remeter à noção de corpo como presença. Daí, pode-se depreender que a diferença entre a presença humana e a localização apenas espacial dos objetos em geral é a sua intencionalidade, ou melhor, a orientação do *corpo próprio* em direção aos outros sujeitos e ao mundo como uma necessidade fundamental (DENTZ, 2008; MATTHEWS, 2011; NÓBREGA, 2014).

Com efeito, a consciência passa a ser considerada doadora de sentido ao espaço e ao tempo e estes tornam-se espaço-tempo vividos que, por sua vez, não podem ser confundidos com o tempo e o meio objetivo da ciência moderna onde as coisas se dispõem ou são encontradas num determinado tempo cronologicamente medido, mas, antes, como o “meio humano” pelo qual se torna possível a apreensão subjetiva das coisas. Neste sentido, o mundo como horizonte de significações transforma-se no campo universal no qual estão integrados os atos de experiência, de conhecimento e de trabalho do homem e por onde estes são possíveis. É por esse motivo que há uma mudança de perspectiva com relação ao conceito de consciência, que deixa de ser compreendida como conhecimento para se tornar intencionalidade (DENTZ, 2008; MATTHEWS, 2011). Em outras palavras, o “eu penso” cartesiano é substituído pelo “eu posso” fenomenológico que, assim, dá a conhecer o sujeito como ação-no-mundo (DENTZ, 2008).

Este sujeito como ação-no-mundo está estreitamente vinculado à noção de *corpo próprio*, o que significa dizer que o corpo vivido é compreendido como o mediador ativo entre sujeito e mundo. Desse modo, o *corpo próprio* não pode ser mais considerado a partir de um enfoque fisiológico ou então geométrico, mas, sim, como um “exercício da subjetividade” na forma de comportamento (DENTZ, 2008; NÓBREGA, 2008; MATTHEWS, 2011).

Corroborando o que foi dito anteriormente, neste *corpo próprio*, os sentidos não equivalem a equipamentos de captura de imagens do mundo a serem decodificadas por uma “instância superior” e em função de uma consciência-conhecimento “interior”, mas, sim, o meio através do qual o sujeito é com o mundo. Assim, o sujeito como ação-no-mundo é um sujeito corporificado, um sujeito com corpo, as duas palavras sendo importantes e intercambiáveis. Isto significa que a subjetividade humana é necessariamente imanente ao corpo e se expressa por meio dele, isto porque não se pode responder subjetivamente ao mundo se não se tem um corpo que, por sua vez, não é um mero objeto no mundo, mas algo que eu “vivo”, algo que, simultaneamente, habito e sou. Em suma, para Merleau-Ponty, não

se pode mais conceber um eu sustentador do corpo e sim um corpo como estrutura sustentadora do eu. Deste modo, não é possível à consciência pensar isoladamente e mais segundo ela mesma, mas conforme o corpo e o universo de suas relações (DENTZ, 2008; MATTHEWS, 2011).

Sendo assim, a noção de *corpo próprio* vem superar a concepção representacionista⁶ do corpo, uma vez que ele é entendido em termos de engajamento prático no mundo. Tem-se, então, que o sujeito como ação-no-mundo e o *corpo próprio* são equivalentes à vivência constantemente vivida. Esta afirmação é pertinente pelo fato de o *corpo próprio* trazer o sujeito como ação-no-mundo numa espécie de invólucro já encarnado no seu mundo circundante, isto é, no modo de ser no mundo (AZEVEDO; CAMINHA, 2015).

3.1.3.1.1 *O ser no mundo e sua relação com o corpo próprio*

Inicialmente, para uma melhor compreensão da relação de inerência do ser no mundo com o *corpo próprio*, é importante levar em consideração que, na perspectiva materialista e objetivista, o corpo humano situado na factualidade do mundo é apreendido como um conglomerado material vulnerável às determinações físicas e pode ser considerado como uma coisa como qualquer outra que está aí. Esse reforço argumentativo é importante para chamar a atenção para o fato de que este corpo objetivo constribe e empobrece a existência do ser no mundo quando reduzido a essas circunstâncias. Isto porque o corpo é tratado como uma soma de processos mensuráveis pela ciência, como é o caso do corpo das ciências biomédicas e o da biopolítica e que serão abordados futuramente. Esta forma de tratar o corpo humano omite sua condição pré-reflexiva de ser no mundo, o que também pode ser entendido como a existência do corpo humano anterior a qualquer juízo de valor que se possa fazer dele. Com efeito, a percepção subjetiva do próprio corpo deve ser originária, ou seja, pré-reflexiva ou antepredicativa. Isto significa que se deve ter a experiência do mundo antes de conhecê-lo para desenvolver sua concepção como “mundo objetivo” e independente da experiência que se tem dele, isto é, antes de que se possa estabelecer o mundo como um mundo que não é meu, mas, sim, uma dimensão comum a todas as experiências. Assim, “ter um mundo” é ver os objetos ao seu redor com um significado próprio, não apenas como objetos que têm relações físicas e espaciais com aquele que vê. Em resumo, primeiro se vive

⁶A abordagem representacionista do corpo propõe ser necessário o uso de representações mentais do corpo para se explicar a consciência corporal. Assim, uma definição reduzida do que é representação do corpo se funda na produção de uma estrutura interna que tem a função de controlar o estado corporal e ser capaz de codificá-lo, podendo tanto deturpá-lo como também ser dele dissociada (AZEVEDO; CAMINHA, 2015).

no mundo para depois saber o que ele é (MATTHEWS, 2011; AZEVEDO; CAMINHA, 2015).

Deste modo – e segundo Azevedo e Caminha (2015) –, a consciência corporal é um dos modos do ser no mundo se situar como coisa extensa. Porém, neste caso, a consciência de um corpo objetivo é invariavelmente acompanhada de uma consciência inerente ao próprio corpo, isto é, de um corpo que sente e é sentido simultaneamente. Nesse contexto, o corpo é a única parte do mundo capaz de se sentir e, na sua superfície, se perceber por dentro. Assim, ele é a expressão da ambivalência de um ser no mundo que não é capaz de ser reduzido apenas aos seus aspectos empíricos ou então aos aspectos intelectivos, já que sua respectiva *res extensa* não é suficiente para dar conta de toda “carga existencial” de que lhe é própria. Para tanto, é necessário que uma dimensão subjetiva esteja atrelada a esta coisa objetiva e que vá em direção ao mundo e interaja com ele. Por conseguinte, só através da unidade entre estas duas dimensões, objetiva e subjetiva, é possível emergir o ser no mundo e o seu mundo vivido, ambos interdependentes um do outro.

Em outras palavras, a existência humana é marcada pela ambiguidade do vínculo necessário entre a dimensão factual do corpo humano e da subjetividade que este mesmo corpo comporta. Por esse motivo é que se pode compreender que o *corpo próprio* não está submetido apenas às constantes físicas regidas pelas leis da natureza, mas também se encontra subjugado às decisões voluntárias de um eu que é capaz de produzir atos espontâneos. Desta forma, o produto da experiência de um *corpo próprio*, tal como ele é vivido e usado, revela uma dimensão que lhe escapa, isto é, uma “carga existencial”, qual seja, a dimensão da vivência dos sentimentos, dos impulsos e da consciência do eu. Isto significa dizer que o *corpo próprio* não apenas *está* ou *é* no mundo, mas também tem intencionalidade que o capacita a se locomover no espaço, realizar atos livres e desenhar uma história de vida (DENTZ, 2008; NÓBREGA, 2008; AZEVEDO; CAMINHA, 2015).

Ainda de acordo com Azevedo e Caminha (2015), essa existência no mundo desvela um corpo que *é* no mundo; um mundo que *é* seu campo de ação, um campo prático que só é possível a partir da existência de uma forma originária que impede a cisão entre corpo e mundo. Isto significa dizer que a consciência de um corpo vivido em sua totalidade corpórea está arraigada na completude do ser no mundo que, por sua vez, se refere à sua corporeidade como uma forma originária. Em outros termos, o ser no mundo é parte inerente do mundo que o cerca e se encontra tão inextricavelmente unido a seu campo de ação que, sem se dar conta, o sujeito permanece se dirigindo ao mundo de uma maneira que desconsidera até mesmo algum tipo de limitação que eventualmente ele possa vir a adquirir ou ter.

Para melhor entender o que Merleau-Ponty compreende como essa existência de uma forma originária, o filósofo lança mão do fenômeno do membro fantasma num sujeito amputado e afirma que a sua dificuldade de vencer a amputação se dá num entrelaçamento entre o “seu” ser no mundo e o “seu” mundo vivido. Com efeito, a consciência da limitação no amputado é obscurecida por uma existência originária e pré-consciente, ou antepredicativa, uma existência que não permite ser consciente antes de “existir”, isto é, “o sujeito permanece sempre aberto ao mesmo futuro impossível, senão em seus pensamentos explícitos, pelo menos em seu ser efetivo” (MERLEAU-PONTY, 2015a, p. 123).

Ainda com relação ao importante conceito de forma ou existência originária, Merleau-Ponty aponta para essa posição pré-reflexiva inerente ao ser no mundo como uma intencionalidade básica e primária, ou, ainda, de um ser no mundo que não tem consciência de tudo o que faz e o que pode fazer (MATTHEWS, 2011). Neste sentido, a relação do *corpo próprio* com o mundo é de comunicação, isto é, uma relação que não é a de um objeto situado no espaço, mas de inerência e de descoberta onde o ser existe para o mundo e ele existe para o ser (AZEVEDO; CAMINHA, 2015).

É por essa via de entendimento que o mundo se torna o horizonte latente da experiência humana e o *corpo próprio* não é mais um objeto entre todos os outros no espaço; ao contrário, ele apresenta uma reação existencial autêntica e habitual aos estímulos oriundos do espaço e da sua própria vivência concreta. Tal reação não deve ser confundida como um ato produzido pelo intelecto e de forma premeditada, mas, sim, como uma ação “automática” que se desenvolve no âmbito do hábito⁷ de um corpo vivido. Isto é, de um corpo habitual que apresenta um determinado esquema corporal idiossincrásico (AZEVEDO; CAMINHA, 2015; COSTA, 2015).

Em outros termos, o esquema corporal *merleau-pontiano* é resultante do hábito que envolve a captura de significações pelo corpo. Tal fato denota que o corpo *compreende* o objetivo a ser realizado e articula espontaneamente as funções percepto-motoras para sua

⁷O hábito é a “fluência vital”, isto é, a forma como o corpo do sujeito se adéqua ao mundo em que ele se insere. Em outros termos, o hábito é um “atributo” que foge às explicações espaciais comuns pelo fato de que exprime o poder que temos de dilatar nosso ser no mundo ou de mudar de existência anexando a nós novos instrumentos. [...] Se o hábito não é nem um conhecimento e nem um automatismo, o que é então? Trata-se de um saber que está nas mãos, que só se entrega ao esforço corporal e que não se pode traduzir por uma designação objetiva. O sujeito sabe onde estão as letras do teclado, assim como sabemos onde está um de nossos membros, por um saber de familiaridade que não nos oferece uma posição no espaço objetivo. O deslocamento de seus dedos não é dado ao datilógrafo como um trajeto espacial que se possa descrever, mas apenas como uma certa modulação da motricidade, distinta de qualquer outra por sua fisíonomia (MERLEAU-PONTY, 2015a, p. 199).

consecução. Tal compreensão independe da função intelectual, já que não demanda a subsunção de um dado sensível qualquer sob a forma de um pensamento ou ideia. Desse modo, o corpo habitual está imerso no mundo e se junta a ele como sua extensão, dotando o espaço pessoal de significados existenciais e é por esse motivo que o esquema corporal não é uma *representação* sensório-motora, mas, antes, uma *função* sensório-motora (AZEVEDO; CAMINHA, 2015). Isto significa dizer que o esquema corporal é uma função existencial em suas ações originárias e não uma representação de movimentos previamente articulados pelo intelecto como são as ações ditas intencionais (AZEVEDO; CAMINHA, 2015; COSTA, 2015).

Pelo exposto, pode-se depreender que, em Merleau-Ponty (2015b), há um entrelaçamento do *corpo próprio* com o seu mundo que torna o primeiro uma parte integrante do segundo. Neste sentido, o ser originário e atuante no mundo vivido tem sua existência anteriormente dada, isto é, antes do desenvolvimento de qualquer ato consciente e de juízo de valor ele já é no mundo (MATTHEWS, 2011; AZEVEDO; CAMINHA, 2015).

Sendo assim, as ações originárias do ser no mundo são sempre fundadas nas suas peculiaridades próprias de ser com o mundo, ou seja, de ter uma abertura imperceptível e natural ao mundo por onde fluem suas ações e de onde brotam as afecções mundanas. Ou seja, uma duplicidade existencial numa ontologia ambígua, a qual sustenta o fato de que o ser no mundo é afetado pelo mundo ao mesmo tempo em que o afeta por meio de seu estado de perpétuo ser-se, estar-aí, mover-se e fazer-se (AZEVEDO; CAMINHA, 2015).

3.1.3.1.2 *A síntese corporal do corpo próprio*

Na seção anterior, foi introduzida a importante noção *merleau-pontiana* de “hábito” e, conseqüentemente, a ideia de que o “poder habitual” do *corpo próprio* se manifesta como comunicação originária com o mundo que o cerca por meio do esquema corporal. Este poder do hábito conduz o ser no mundo a uma tal corporificação que ele se confunde com o meio. Isto porque o esquema corporal, também compreendido como os modos de agir, de sentir e de se mover que o *corpo próprio* desempenha pelo espaço, se torna ambivalente, ou seja, o ser no mundo dirige-se ao espaço sempre a partir da referência que tem de si mesmo, isto é, do *corpo próprio*. Ao se concordar com essa afirmação, pode-se chegar à conclusão de que a ação no mundo não depende exclusivamente do ser no mundo, mas, antes, de uma ambivalência entre corpo e mundo (AZEVEDO; CAMINHA, 2015).

O esquema corporal pode ser compreendido no âmbito de uma síntese corporal do

corpo próprio. Assim, a síntese do *corpo próprio* – unidade construída a partir da relação corpo-mundo-outro – é uma espécie de propriedade inerente ao ser no mundo que assinala a coextensão dos movimentos de um sujeito com o mundo que o cerca. Isto pode ser ilustrado a partir de um excerto dos autores:

Quando almejo alcançar um objeto qualquer [...] em virtude da conjuntura do meu corpo e da minha noção particular de espacialidade dele, posso conceber qual movimento farei num todo para tal efeito, sem que seja preciso eu “testar” meus membros antes para saber se sou capaz de conseguir o objeto desejado. Nestes termos, a experiência do meu corpo é uma experiência unitária. [Assim, ...] a experiência do conjunto do corpo próprio, somado com o meio circundante no qual está inserido e é inseparavelmente nele, permite ao Eu encarnado realizar movimentos que são “magicamente” pré-concebidos e executados sem os ditames de uma inteligibilidade direcionada a cada gesto individual. O meu corpo, portanto, se mistura ao mundo e, assim, eu passo a ser e a viver numa sincronia vivida, que não mais recorre à consciência de cada parte de meu corpo para poder, apenas a partir disso, movimentar-se. Esse “misturar-se” não significa que somos ontologicamente idênticos ao mundo, [mas ...] somos paradoxalmente, distinguíveis do mundo e, ao mesmo tempo, inseparáveis deste. Misturamo-nos no sentido em que incorporamos nossa vivência constante ao ponto de nosso corpo e o mundo não serem mais estranhos um ao outro. Há um entrelaçamento original entre sujeito e mundo (AZEVEDO; CAMINHA, 2015, p. 25, grifo dos autores).

Por conseguinte, a síntese corporal do *corpo próprio* é um referencial intrínseco ao sujeito e está sempre aquém de qualquer conscientização possível. Em outros termos, ela *está* com o sujeito e não *é* para o sujeito, isto é, o sujeito experimenta seu corpo não como uma coisa que é para ele, mas, sim, como algo que é ele mesmo. Tal unidade corpórea oriunda da experiência univalente corpo-espaco produz a “enformação” das práticas cotidianas que um sujeito realiza de forma “natural”⁸ e sem que ele precise programar antecipada e conscienciosamente cada gesto necessário para a consecução de uma dada tarefa. Isto porque a síntese do *corpo próprio* traz uma noção impregnada do que se pode alcançar e do que se pode fazer a partir do ponto de referência do corpo habitual⁹, resultando na espontaneidade dos movimentos de cada um de nós (AZEVEDO; CAMINHA, 2015).

Segundo Merleau-Ponty (2015c), a síntese do *corpo próprio* na vida da consciência de um ser no mundo se sustenta num “arco intencional”

que projeta em torno de nós nosso passado, nosso futuro, nosso meio humano, nossa situação física, nossa situação ideológica, nossa situação moral, ou antes que faz com que estejamos situados sob todos esses aspectos. É este arco intencional que faz a unidade entre os sentidos, a unidade entre os sentidos e a inteligência, a

⁸No contexto em questão, deve-se entender o termo “natural” como equivalente a “habitual”, o que abrange o fato de quando um movimento corporal se torna efetivo sem que se precise formulá-lo anterior e integralmente no pensamento (AZEVEDO; CAMINHA, 2015).

⁹De acordo com Merleau-Ponty, o corpo habitual e o corpo atual são as duas camadas que o *corpo próprio* abarca. O corpo habitual é uma espécie de “fiador do corpo atual”. Em outros termos, o corpo habitual é a apreensão pelo corpo atual de um corpo que não é mais, ou seja, “é preciso que meu corpo seja apreendido não apenas em uma existência instantânea, singular, plena, mas ainda sob um aspecto de generalidade e como um ser impessoal” (MERLEAU-PONTY, 2015a, p.123).

unidade entre a sensibilidade e a motricidade (MERLEAU-PONTY, 2015c, p. 190).

Portanto, a síntese do *corpo próprio* proporciona a incorporação dos movimentos apreendidos habitualmente no mundo de um eu encarnado. Neste sentido, pode-se compreender a “enformação” como a situação que o sujeito assume na sua vivência constante em seu mundo vivido, isto é, como esquema corporal. Novamente aqui se realça o fato de que o esquema corporal envolve todos os movimentos rotineiros produzidos pelo sujeito e que não necessitam de representação intelectual prévia, sobretudo pelo fato de que a vivência motora do *corpo próprio* não é um caso peculiar de conhecimento, mas, antes, uma maneira de acessar o mundo e os objetos, uma *praktognosia*¹⁰ (MERLEAU-PONTY, 2015c).

Logo, é neste contexto que a percepção exerce um papel fundamental, dado que o corpo não deve ser compreendido como um “depósito” de um suposto espírito que se torna referência para todas as percepções, mas o contrário, o *corpo próprio* é que é tomado como referencial para as percepções geradas nele ao longo de sua inserção no mundo por meio das quais ele produz significações próprias. Em outros termos, perceber e explorar intencionalmente o mundo é o modo mais importante de ajuste do sujeito ao seu mundo. Vale lembrar que tal ajuste tem o caráter originário e que, portanto, prescinde da mediação das ações de ajustamento por mecanicismos racionalizantes; antes, revela um modo integrado entre o eu encarnado e o mundo vivido (MATTHEWS, 2011; AZEVEDO; CAMINHA, 2015).

3.1.3.1.3 *O corpo próprio e seus desdobramentos*

É a coexistência do *corpo próprio* com o mundo e com os outros que produz seu enraizamento como veículo do ser no mundo. Desse modo, os projetos do *corpo próprio* podem ser compreendidos como projetos compartilhados nos quais o sujeito se lança no mundo vivido e molda continuamente sua biografia. Saliente-se, ainda, que a unidade psíquica e carnal do *corpo próprio* constrói a historicidade de um dado sujeito numa relação intrínseca de reciprocidade entre seus sentidos, pulsões e seu corpo com o mundo e com outrem e por meio de uma transitoriedade existencial, isto é, de um campo expressivo e

¹⁰Em Merleau-Ponty, a *praktognosia* pode ser compreendida como a incorporação de gestualidades e movimentos que a corporeidade de um dado indivíduo adquire por meio das práticas corriqueiras e constantes que, por seu caráter trivial, passam a ter também um caráter intrínseco ao sujeito que as executa. Isto porque o “corpo tem seu mundo ou compreende seu mundo sem precisar passar por ‘representações’, sem subordinar-se a uma ‘função simbólica’ ou ‘objetivante’” (MERLEAU-PONTY, 2015c, p. 195).

significativo inerente a essa relação (AZEVEDO; CAMINHA, 2015).

Essa transitoriedade existencial revela a disposição do ser no mundo refletida na sua capacidade de existir em comum, coexistir, com o mundo e com os outros. Para Merleau-Ponty (2015d), a transitoriedade existencial está relacionada à natureza transitiva¹¹ dos fenômenos humanos e, portanto, o *corpo próprio* é tanto expressividade quanto não expressividade da existência do sujeito. Em outros termos, o *corpo próprio* é um corpo expressivo, que é tanto a abertura que conduz a relação do ser no mundo com o seu entorno, quanto também a sua prisão anônima, prisão de um eu encarnado que resiste ou é impedido de se expressar, de se exteriorizar (AZEVEDO; CAMINHA, 2015).

Disto pode-se depreender que se perde o contato com o *corpo próprio* quando se passa a percebê-lo como “corpo objetivo”, isto é, como o corpo pensado, o corpo da ciência e da cultura que é obtido pela reflexão (COSTA, 2015). Portanto, quando o *corpo próprio* deixa de ser corpo expressivo é como se o ser no mundo deixasse de lado sua existência do ponto de vista da subjetividade e passasse a existir numa generalidade que prejudicasse sua manifestação como ser em situação, isto é, como um “ser pessoal”. Por conseguinte, depreende-se que o *corpo próprio* pode transitar entre um modo “pessoa” e um modo “objeto” em sua relação com o outro e com o mundo (NÓBREGA, 2014; VERÍSSIMO, 2014; AZEVEDO; CAMINHA, 2015). Para que isso aconteça é preciso que haja uma dada significação “metafísica”¹² nessa relação, porquanto “o corpo é a existência imobilizada ou generalizada, e a existência uma encarnação perpétua” (MERLEAU-PONTY, 2015d, p. 230).

Para melhor compreender o que o filósofo entende por metafísica e a posição transitória entre sujeito e objeto do *corpo próprio*, Merleau-Ponty lança mão do pudor como exemplo e no seguinte contexto:

[O] pudor e o despudor têm lugar em uma dialética do eu e do outro que é a do senhor e do escravo: enquanto tenho um corpo, sob o olhar do outro posso ser reduzido a objeto e não contar mais para ele como pessoa, ou então, ao contrário, posso tornar-me seu senhor e por minha vez olhá-lo, mas esse domínio tem um impasse, já que, no momento em que meu valor é reconhecido pelo desejo do outro, o outro não é mais a pessoa por quem eu desejava ser reconhecido, ele é um ser fascinado, sem liberdade, e que a esse título não conta mais para mim. Dizer que tenho um corpo é então uma maneira de dizer que posso ser visto como um objeto e que procuro ser visto como sujeito, que o outro pode ser meu senhor ou meu escravo, de forma que o pudor e o despudor exprimem a dialética da

¹¹A natureza transitiva significa tanto a qualidade de impermanência, transitória ou passageira destes fenômenos expressivos, quanto a necessidade da presença de um ou mais complementos exteriores, uma dada conduta, para sua expressão como significação (AZEVEDO; CAMINHA, 2015).

¹²Para Merleau-Ponty, o termo “metafísica” refere-se à dimensão de incompreensibilidade de certos fenômenos humanos como por exemplo o pudor, o desejo e o amor em geral, quando se pretende tratar o homem como uma máquina conduzida por leis naturais ou mesmo um “feixe de instintos” (MERLEAU-PONTY, 2015d).

pluralidade das consciências e que eles têm sim uma significação metafísica (MERLEAU-PONTY, 2015d, p. 230-231).

Portanto, meu corpo pode ser “objetivado” ou “pessoalizado” pelo olhar do outro, na minha relação com outrem. Para que esse fenômeno ocorra, faz-se necessária uma significação metafísica na relação existente entre nós. Em outras palavras, a significação metafísica que provém dessa relação é que estabelece o meu modo de sentir um *corpo próprio* no meu mundo vivido. Isto pode ser ilustrado pelo caso do desejo como um fenômeno humano no qual há a minha imposição ou minha submissão ao olhar do outro sobre meu corpo, o que, em última instância, vai contribuir para o estabelecimento de uma relação cuja significação é fundada em dois polos, a saber: o âmbito da fascinação (senhor) ou o âmbito do fascinado (servo). Consequentemente, ao ser capturado (fascinado) pelo olhar do outro que parece me “possuir”, eu perco minha personalidade e sou objetivado, isto é, meu *corpo próprio* é reduzido à dimensão do meu corpo-matéria, incapaz de ser um corpo expressivo. Em contraste, quando se inverte tal situação e sou eu quem passa a possuir o outro como fascinação para ele, sou alçado a seu senhor, isto é, resgato minha personalidade, a qual se torna mais que um corpo-objeto por conjugar também um eu encarnado; torno-me um corpo expressivo, produtor de sentidos e significações que podem também incluir o fascinado. Essas mudanças, essa transitoriedade existencial, marcam os diversos sentidos que o ser no mundo dá ao mundo, aos outros e a si mesmo e constroem sua biografia. Desse modo, o *corpo próprio*, em seus modos de existir no mundo, funda a necessidade de que o homem invente sua própria história continuamente para se personalizar, ou melhor, que seja um corpo expressivo para se tornar pessoa. Neste sentido, o ser no mundo transforma sua contingência em necessidade; isto significa dizer que, ao fim e ao cabo, existir é transformar as aptidões adquiridas em ferramentas de movimento da vida (AZEVEDO; CAMINHA, 2015).

3.1.3.2 A noção de corpo em Roberto Esposito

Como se pode depreender da subseção anterior, o corpo humano é uma espécie de mediador do mundo por meio de uma consciência encorpada que é ele mesmo. Segundo Costa (2015), nessa mediação, ele assume uma posição ambígua entre sujeito e objeto, não podendo ser reduzido a uma dessas duas polaridades distintas porque, em última análise, ele ocupa uma posição “enigmática” na qual está vinculado tanto ao sujeito quanto ao objeto, mas que só pode ser concebido por meio da exclusão desses dois termos.

Por outro lado, existe um postulado baseado na separação dos entes em pessoas e coisas que aparenta organizar a experiência humana desde os primórdios da civilização ocidental. Com efeito, no Ocidente, não há nenhum outro princípio tão profundamente enraizado na percepção humana que a convicção de que somos pessoas, dado que as coisas são o nosso oposto. Entretanto, essa conclusão – que parece natural – é produto de um longo processo histórico de disciplinamento da visão do homem ocidental. De fato, há evidências da construção dessas duas categorias, pessoa e coisa, nos primórdios do direito romano, no âmbito do qual elas passam a constituir matéria do direito juntamente com as ações processuais. Assim é que desde sua primeira aparição como matéria do direito, essas duas categorias foram reproduzidas em todas as codificações ocidentais modernas e se tornaram o pressuposto implícito a fundamentar as argumentações, sejam elas jurídicas ou políticas, mas também filosóficas, econômicas ou éticas. Em síntese, o mundo da vida no Ocidente encontra-se cindido, desde a Antiguidade até os dias atuais, em duas categorias autoexcludentes – ou se é pessoa ou se é coisa –, sem que haja alguma mediação entre elas (ESPOSITO, 2016a).

Ainda, segundo Esposito (2016b), o motivo fundamental para o corpo não poder ser adequadamente associado a essas categorias é o fato de ele exceder a grande divisão ocidental entre pessoas e coisas. Tal fato é corroborado por Merleau-Ponty (2015e), quando afirma que há apenas dois sentidos para o termo “existir” – existe-se como coisa ou existe-se como consciência –, entretanto a experiência do *corpo próprio* revela a ambiguidade da existência. Neste sentido, a relevância filosófica do corpo reside na tensão que ele exerce sobre a ordem binária instituída pelo pensamento cartesiano tradicional por meio de sua referência a um ente que não pode ser reduzido nem à categoria de sujeito e nem à de objeto, como foi amplamente visto nas seções anteriores.

Com efeito, há a possibilidade de se considerar qualquer parte ou órgão do *corpo próprio* como um objeto ou uma coisa que pode ser incluída entre as outras coisas ou objetos existentes no espaço, contudo existe algo no *corpo próprio* que excede e se insurge a essa classificação. Enquanto o objeto desaparece do campo visual do senciante logo que este desvia o olhar para outra paisagem, essa manobra não faz com que ele deixe de perceber o seu *corpo próprio*. O corpo permanece lá, não diante do sujeito, mas com ele, fundido à sua consciência por um laço que não se pode desatar. Tal constatação acusa uma posição diferenciada deste ente no espaço, na qual o corpo não ocupa simplesmente um lugar entre os outros objetos, mas se revela o horizonte perceptivo que serve de base de referência para os demais objetos. Neste sentido, o *corpo próprio* não pode ser percebido exclusivamente do lado de fora, porque qualquer esforço que um dado sujeito faça para apreender seu corpo no

espaço, este último se adianta ao seu gesto uma vez que sua existência é a condição *sine qua non* para todos os seus movimentos. Tem-se, então, que o *corpo próprio* é uma espécie de permanência absoluta que fundamenta e estabiliza a permanência relativa de todos os outros corpos no espaço. Sendo assim, ele é o que transforma os objetos ao redor em coisas, ou melhor, é necessário que um dado objeto seja apreendido pelo *corpo próprio* para que se torne coisa entre as coisas. Não só isso, mas também que tal objeto desapareça do campo perceptivo quando o sujeito se desvia dele, o que não é possível quando se trata do *corpo próprio* do mesmo sujeito. Em suma, a garantia da existência dos objetos reside numa espécie de resistência a eles oferecida pelo *corpo próprio*, e vice-versa. Neste ponto de vista, a consciência é uma tensão presente no corpo em relação aos objetos, do mesmo modo que o corpo é o elo das coisas com a consciência. Essas duas perspectivas devem necessariamente se imbricar num conjunto único de sentido (MERLEAU-PONTY, 2015e; ESPOSITO, 2016b).

Mediante o exposto, pode-se inferir que apesar do corpo não poder ser adequadamente associado à nenhuma das duas categorias pelo fato de excedê-las, é só por meio dele que o homem é ligado às coisas. Acrescente-se que o corpo representa o vínculo entre o homem e as coisas e, quando fora dessa conexão, homem e coisa tendem a se separar e a estabelecer uma relação de subordinação entre esses dois elementos, como aquela existente na visão cartesiana tradicional. A partir dessa constatação, Esposito (2016b) afirma que somente a noção de *corpo próprio* advinda da fenomenologia *merleau-pontiana* é capaz de resgatar a ligação que foi perdida entre coisas e pessoas, uma ligação baldada devido ao hiato produzido pelo pensamento filosófico, jurídico e teológico dos últimos dois milênios, o qual estabeleceu uma relação hierárquica entre essas duas categorias no Ocidente.

Assim sendo, é unicamente pelo corpo que se pode preencher a lacuna criada entre coisas e pessoas pelo desenvolvimento do pensamento ocidental, visto que ele funciona como um “operador mudo da passagem de um código ao outro através da cadeia de símbolos que sua própria presença produz” (ESPOSITO, 2016b, p. 111). Em outros termos, o corpo pode ser incluído tanto no âmbito da pessoa como no âmbito da coisa e tende para um destes polos a partir de contextos contingenciais. Deste modo, torna-se importante compreender os contextos do saber e do poder aos quais o corpo humano vem sendo submetido ao longo do desenvolvimento das sociedades ocidentais. Isto porque uma das características da política é seu vínculo intrínseco com o corpo, o que é corroborado tanto pela imagem tradicional do “corpo político” oriundo remotamente do pensamento grego como pela metáfora do “corpo social” no Estado Moderno. Em ambos os casos, a metáfora é introduzida para adequar a

ordem estatal a um corpo vivo, a um organismo que apresenta funções diferenciadas e coordenadas cuja relação entre os diversos componentes, representantes dos diferentes estratos sociais, variam de acordo com as intenções dos grupos dominantes. Como será visto no capítulo seguinte, dentre os pensadores que articularam a metáfora do corpo com a dinâmica relacional das sociedades modernas se destaca Hobbes e seu *Leviatã*, cuja imagem reflete o domínio de caráter absolutista do soberano sobre o restante do corpo social.

Da mesma forma que a metáfora do corpo social foi útil no desenvolvimento e manutenção do poder soberano, com o advento da biopolítica, o corpo social abandona a metáfora jurídico-política e emerge como uma realidade biológica. Isto porque, aquilo que até certo ponto era mediado por uma série de atos político-sociais se transformou numa relação direta e a vida humana, a qual era marginal ao agir político, passou a ocupar o seu centro, configurando-se em negócio de governo, assim como a política converteu-se em governo da vida. Neste sentido, a crescente importância política que uma medicina social orientada para a saúde da população assumiu ao longo do tempo restitui o significado dessa transição (ESPOSITO, 2016b).

Como será visto no capítulo seguinte, o objetivo de uma medicina social nascente consistiu na administração estatal do corpo dos próprios indivíduos como constituintes do Estado. Essa introdução do saber médico no âmbito do poder resultou num duplo processo cruzado no qual a medicina se politizou ao mesmo tempo em que a política se moldou ao saber médico. Neste sentido, ao transformar o corpo vivo dos indivíduos e das populações em objeto de interesse, a prática política passou a se deslocar das categorias jurídicas simultaneamente ao fato de que a vida, na qualidade de corpo vivo, passou a ser objeto das lutas políticas. Tudo isso ainda pode ser corroborado pela observação de que o *bíos* sempre foi alvo de interesse e intervenção política (ESPOSITO, 2016b).

De fato, o *bíos* revelou-se como um objeto de interesse e intervenção política durante um longo período da história do Ocidente. Como visto anteriormente, e segundo Esposito (2016b), o que era anteriormente mediado por uma série de dispositivos foi gradualmente se transformando numa relação imediata e direta e, no âmbito desta transição, a medicina social teve um papel fundamental ao promover um duplo processo cruzado no qual a política se conformou ao saber médico *pari passu* à politização da medicina. É por esse motivo que o próximo capítulo se propõe a descrever brevemente o percurso histórico do desenvolvimento da noção de poder soberano, biopoder e biopolítica, contrapondo em simultâneo o lugar do corpo humano e suas metáforas na sociedade ocidental, principalmente através das ideias de Michel Foucault, Giorgio Agamben e Roberto Esposito.

Considerações finais

Este capítulo buscou delinear brevemente a noção de corpo na história do Ocidente, particularmente através do pensamento filosófico-científico moderno e contemporâneo, com o objetivo de apresentar a evolução de sua concepção a partir da visão tradicional e holística, bem como de sua apreensão pelo saber moderno, à noção contemporânea de *corpo próprio*, a qual servirá de fundamentação teórica para um dos eixos deste trabalho.

Deste modo, nossa primeira preocupação foi a de enfatizar o caráter eminentemente cultural do saber sobre o corpo e, para tanto, ocorreu-se a uma curta explanação geral da concepção de corpo nas sociedades medievais, salientando seu aspecto de enraizamento, isto é, de integração do homem num tecido comunitário entre si e com o cosmos. Neste sentido, buscou-se sublinhar que tal enraizamento se esgarçou à medida que a visão teológica da natureza e as tradições populares foram gradativamente abandonadas – paralelamente a um certo sentimento de si, somado ao retraimento em si –, e paulatinamente se engendraram nas instituições e modificaram a relação dos homens entre si e com o mundo. Com efeito, os avanços científicos do período renascentista, sobretudo da anatomia e a consequente admissão do corpo como um conceito autônomo, marcaram uma importante mudança no *status* do homem ocidental, bem como desencadearam o fenômeno do apagamento ritualizado do corpo, isto é, de sua progressiva abstração no âmbito do pensamento ocidental, o que contribuiu para a sua transformação material numa espécie de resto.

Outrossim, essas mudanças culturais somaram-se à tecnologia política produzida principalmente nos séculos XVII e XVIII e, por meio de dispositivos científicos e políticos, o corpo foi gradualmente se tornando um objeto entre os demais, de tal modo que a metáfora do homem-máquina emergiu simultaneamente como o produto de uma redução materialista da alma e uma teoria geral de adestramento, ambas articuladas ao redor da noção de docilidade a reunir um corpo analisável a um corpo manipulável.

Neste ponto, o capítulo chama a atenção para o desenvolvimento da fenomenologia na primeira metade do século XX, sobretudo aquela desenvolvida pelo filósofo francês Maurice Merleau-Ponty, a qual surge como uma nova compreensão do corpo a se contrapor à visão hegemônica biologicista e cartesiana de então. Efetivamente, um entendimento alternativo de percepção ganha importância neste novo saber e se torna fundamento para a produção de um novo conhecimento sobre o corpo. De fato, este deixa de ser um objeto entre os demais e se torna uma subjetividade, isto é, uma espécie de “estado biológico” abstruso e

intricado ao seu entorno e que deixa de ser um intermediário entre consciência e mundo para se tornar o fundamento do sujeito, ou seja, um corpo vivido ou *corpo próprio*.

Ademais, vale lembrar que esse novo saber fenomenológico sobre o corpo não busca acima de tudo uma relação cognitiva com as coisas, uma vez que compreende o ato de viver no mundo como algo anterior ao ato de conhecê-lo. Portanto, o sujeito fenomenológico não é definido pela cognição, como no caso do sujeito cartesiano, pois que ele é antes o eixo do mundo vivido e não um sujeito cognoscente. Em outros termos, a noção fenomenológica *merleau-pontiana* do corpo parece resgatar, pelo menos parcialmente, o antigo enraizamento do homem ao mundo e que fora descartado com o advento do saber moderno. De fato, é por esse caminho teórico que se pretende articular os eixos temáticos deste trabalho.

Em nosso entendimento, o *corpo próprio merleau-pontiano* vem superar a tradicional concepção representacionista do corpo humano, uma vez que é entendido em termos de engajamento prático no mundo. Com efeito, longe de ser compreendido como um “depósito” do espírito a servir de referência para a percepção, o *corpo próprio* é a fonte perceptiva originária a servir de referencial para o mundo e por meio da qual são produzidos os significados. Em outros termos, perceber e explorar intencionalmente o mundo é o modo mais importante de ajuste do sujeito ao seu mundo. Vale lembrar que tal ajuste tem o caráter originário e antepredicativo e que, portanto, prescinde da mediação por ações mecanicistas e racionalizantes, mas, antes, revela um modo integrado entre o “eu” encarnado e o mundo vivido.

Disto pode-se depreender que se perde o contato com o *corpo próprio* quando se passa a percebê-lo como “corpo objetivo”, isto é, como o corpo pensado, o corpo da ciência e da cultura que é obtido pela reflexão. Logo, quando o *corpo próprio* deixa de ser corpo expressivo e se torna uma mera representação tal qual a imagem do corpo orgânico (*zoé*) adotada pelo pensamento científico e político moderno, é como se o ser no mundo deixasse de lado sua existência do ponto de vista da subjetividade e passasse a existir numa generalidade que prejudica sua manifestação na qualidade de ser em situação, isto é, de ser uma pessoa.

Por conseguinte, por meio dessa breve elucidação sobre o corpo fenomenológico e de sua transitoriedade existencial, pode-se depreender que o *corpo próprio* é capaz de permutar entre um modo “pessoa” e um modo “objeto” em sua relação com o outro e com o mundo. É neste ponto que o pensamento *merleau-pontiano* se articula às ideias *espositanas* sobre os entes, as quais sustentam que a organização da experiência humana nas sociedades ocidentais é construída desde os primórdios por meio de um postulado baseado na separação

dos entes em pessoas e coisas, no âmbito do qual se assenta a nossa convicção naturalizada de que somos pessoas, dado que as coisas são o nosso oposto. Desta maneira, e segundo essa concepção, o mundo da vida encontra-se seccionado até os dias atuais em duas categorias autoexcludentes, ou se é pessoa ou se é coisa, sem que haja alguma mediação entre elas.

Porém, quando se passa a levar em consideração a dimensão do corpo no contexto dessa cisão, pode-se chegar à conclusão de que não há um ajuste adequado do corpo a nenhuma das duas categorias, visto que ele ultrapassa a divisão entre pessoas e coisas. Em outros termos, a relevância filosófica do corpo reside na tensão que ele exerce sobre a ordem binária instituída pelo pensamento cartesiano tradicional por meio de sua referência a um ente que não pode ser reduzido apropriadamente nem a categoria de sujeito e nem a de objeto. Ao contrário, como uma permanência absoluta, o *corpo próprio* passa a ser aquilo que fundamenta e estabiliza a permanência relativa dos outros corpos no espaço, o que o torna o ponto de vinculação entre os homens e as coisas.

É a partir dessa constatação que a noção de *corpo próprio* se revela como o modo de resgate da ligação perdida entre coisas e pessoas, podendo ser incluído tanto no âmbito da pessoa como no âmbito da coisa e tendendo para um destes polos a partir de contextos contingenciais. Ademais, torna-se importante considerar também que o corpo humano apresenta um vínculo com o pensamento político moderno. Este pensamento apropriou-se da utilização de metáforas para adequar a ordem estatal a um organismo que apresenta funções diferenciadas e coordenadas e cuja relação entre os diversos componentes, representantes dos diferentes estratos sociais variaram de acordo com as intenções dos grupos dominantes ao longo da história da civilização ocidental.

Foi assim que a imagem do “corpo social” como metáfora jurídico-política de um coletivo submisso foi útil à manutenção de um poder soberano, bem como ao desenvolvimento da biopolítica, na qual aquilo que era mediado por uma série de atos político-sociais se transformou numa relação direta e a vida humana, em sua realidade biológica, passou a ter papel central no âmbito do agir político. Neste contexto, a medicina social teve um papel fundamental ao promover um duplo processo cruzado no qual a política se conformou ao saber médico concomitantemente a um movimento de politização da medicina. Assim sendo, ao transformar o corpo vivo dos indivíduos e das populações em objeto de interesse, a prática política passou a se deslocar das categorias jurídicas abstratas simultaneamente ao fato de que a vida, na qualidade de corpo vivo, passou a ser objeto das lutas políticas.

Nesse sentido, à medida que o corpo como organismo substituiu a metáfora da ordem política e se tornou seu principal alvo de interesse no regime biopolítico, este último tendeu

a excluir não só o direito, mas também a própria sobrevivência biológica de determinados estratos da população, isto é, tendeu em se converter numa forma de tanatopolítica. No entanto, esse movimento do poder não foi acatado sem nenhuma reação; isso significa dizer que, em resposta a uma política *sobre* a vida, houve a produção de uma política *da* vida e o corpo humano, que desde então é o objeto privilegiado desse contraste, pode também ser uma resposta tanto na forma usual de objeto de controle e exploração quanto de resistência, na forma de “sujeito de revolta”.

Consequentemente, se o corpo é considerado o mediador entre pessoa e coisa, também pode ser o ponto de resistência à essa transição, isto é, ele pode ser igualmente um modo de recusa da ordem dicotômica que organiza a relação ocidental entre pessoa e coisa desde a Antiguidade. Isto é particularmente pertinente se se considerar que o corpo fenomenológico, isto é, o *corpo próprio*, tem como uma de suas características marcantes a transitoriedade existencial. Dito de outra forma, o *corpo próprio*, em seus modos de existir no mundo, funda a necessidade de que o homem invente sua própria história continuamente como garantia permanente de se tornar pessoa. Neste sentido, no âmbito de uma política *da* vida – e quando são favoráveis os contextos político, econômicos e sociais nos quais o sujeito se encontra vivendo, isto é, como *corpo próprio* –, o homem ainda é capaz de transformar determinadas contingências, o que significa dizer que ele é apto a modificar suas competências adquiridas em ferramentas de movimento da vida.

4 BIOPODER, BIOPOLÍTICA E CORPO

Resumo do capítulo

No capítulo anterior, foi dada ênfase à noção fenomenológica de *corpo próprio*, com a intenção de resgatar a ligação perdida entre coisas e pessoas. Em outros termos, sustentamos que o *corpo próprio merleau-pontiano* veio superar a tradicional concepção representacionista do corpo humano, uma vez que é entendido em termos de engajamento prático no mundo. Nesse sentido, é no *corpo próprio* que se nasce, vive e morre, é nele também que se adoece e se cura, se ama e se sofre; neste corpo, se é quem se foi, quem se é e quem se quer ser. Ademais, ele é individual, particular, singular e o modo mais potente de uma universalização concreta porque é o único lugar onde se pode ser reconhecido pelos outros e onde os outros podem ser reconhecidos. Enfim, o corpo humano como *corpo próprio* é uma via propícia de se relacionar na condição de ser humano.

Entretanto, durante o desenvolvimento das sociedades modernas, o conjunto dos elementos que davam sentido ao corpo humano convergiu para o corpo anatômico/fisiológico por meio da medicina em sua articulação com saberes tais como a biologia e a embriologia, a psicologia e a sociologia, a epidemiologia e a bioestatística, a economia e a política, entre outros. Foi assim que a ideia de corpo social surgida com a criação do Estado Moderno tendeu a deixar de ser uma simples metáfora jurídico-política para se tornar uma realidade biológica. Este fenômeno pode ser observado, por exemplo, quando se debruça sobre aspectos do desenvolvimento de alguns Estados-nação no final do século XIX e início do século XX. Nesse período, os corpos social e individual converteram-se em objetos do poder na produção de uma identidade nacional a partir de estratégias como o estabelecimento de um território geopolítico definido, a caracterização do papel social da mulher e a busca pela eficiência nacional.

O que se quer dizer com isso é que, durante o desenvolvimento de Estados-Nação, os discursos biomédico, científico, político e moral se misturaram e se confundiram devido, principalmente, ao seu caráter capilar. Tal capilaridade, isto é, a capacidade de penetrar nas diversas instituições e dimensões do viver cotidiano presente nesses discursos de poder no âmbito dos dispositivos biopolíticos também teve papel na formação do campo da Saúde Pública, na formulação de políticas públicas e na estruturação do modelo de Atenção Primária em Saúde no Brasil, como será visto *a posteriori*.

Portanto, é importante compreender em quais contextos histórico-sociais o corpo humano tornou-se objeto de interesse e intervenção biopolítica ao longo do desenvolvimento das sociedades ocidentais e este é o principal intento deste capítulo, o qual pretende expor um breve percurso histórico do desenvolvimento da noção de poder soberano, biopoder e biopolítica, contrapondo em simultâneo o lugar do corpo humano na sociedade ocidental, principalmente através das ideias de Foucault, Agamben e Esposito.

4.1 DESENVOLVIMENTO DO BIPODER E DA BIOPOLÍTICA

4.1.1 Os fundamentos da política sobre a vida na modernidade: *homo sacer* e vida nua

No século XVI, o filósofo político inglês Thomas Hobbes (1588-1679) partia do pressuposto da igualdade entre os homens para explorar o tipo de relação bélica e competitiva estabelecida em função das aspirações pelo poder e a riqueza que cada um deles alimentaria no estado de natureza. O estado de natureza é a situação hipotética de se existir num coletivo sem nenhum ordenamento artificial, isto é, sem leis civis e em uma situação arbitrária na qual todos têm direito a tudo. Neste cenário, o homem seria governado pela razão natural em benefício de sua sobrevivência e possuiria um direito natural (*jus naturale*) que o deixaria livre para fazer uso de sua força e inteligência na aquisição de todas as coisas, incluindo os corpos de seus semelhantes, com o objetivo de garantir o exercício de uma lei natural fundamental, isto é, da obrigação que cada homem tem com a preservação e segurança de sua própria vida (SILVA, 2013).

Diante da suposta similitude de força e de inteligência entre os membros de um dado coletivo, Hobbes sustentava a necessidade de uma representação unitária das vontades capaz de concentrar todo poder denominado de Estado. Este seria um mecanismo artificioso de regulação, controle e punição exercido sobre as vidas e do qual dependeria a estabilidade coletiva. Como representante unitário das vontades e capitalizador do poder, o Estado se reservaria o direito de fazer o que entendesse para a proteção da vida e dos bens de todos, sua égide e segurança. Em contrapartida, os cidadãos estariam sob obediência, controlados e moldados pelo poder, que seria tanto mais eficiente no resguardo da vida quanto mais a tornasse homogênea e previsível. Neste sentido, o poder soberano emergiria no modo incondicionado de se servir de cada vida como lhe aprouvesse, ao ponto de condenar à morte todo aquele que se constituísse uma ameaça à sua dissolução. Em outras palavras, por representar o conjunto de todos os corpos individuais de uma dada comunidade e, no limite,

decidir eliminar qualquer um que o colocasse em perigo, o corpo do soberano não só defenderia cada corpo reunido em si, mas qualquer que fosse sua decisão corresponderia à vontade de cada vida individual nele subsumida. Dessa maneira, as bases do poder soberano seriam assentadas no exercício político sobre a vida biológica ou orgânica que, uma vez politizada, estaria protegida do perigo de uma morte violenta, injusta e iminente (SILVA, 2013).

Outro ponto a se considerar é o de que o Estado *hobbesiano* marcava a passagem de um modelo de poder soberano para um poder disciplinar, ou biopoder, já que revelava a dinâmica na qual as vidas se mantinham temporariamente protegidas quando existiam as condições de serem politizadas e estatizadas. Desse modo, na concepção *hobbesiana*, seria possível evitar a redução ao seu sentido mais originário em circunstâncias peculiares de exceção, como nas guerras. Em outras palavras, a possibilidade de cada vida ser resgatada do perigo da morte numa situação-limite ocorreria através de sua própria disposição natural para a autopreservação. Esta seria garantida por um poder ilimitado e de força extrema que, no entanto, poderia se dispor de cada vida pactuada caso fosse necessário para a defesa do corpo estatal. Finalmente, o resultado desse arranjo é a conversão dos corpos individuais em corpo social e sua subordinação ao Estado que, em nome do princípio da identidade e da unidade, operaria uma politização crescente da vida, na medida em que a privacidade dos indivíduos era subtraída e sua intimidade, apossada. Em outras palavras, a vida foi paulatinamente sendo absorvida e transformada pela operatividade mecanizante e tecnicizante dos corpos viventes, os quais passaram a ser integrados, submetidos ou excluídos por uma lógica de interferências multifacetadas na vida.

Diferentemente de Hobbes, a passagem da natureza ao Estado não se daria pelo pacto social em Agamben, mas pela subsunção da vida nua (*zoé*) ao poder soberano. Com efeito, a gênese da soberania do Estado *agambeniano* passa a estar fundada no medo originário da morte, ou melhor, no fato de que cada um necessitaria de proteção por estar à mercê de si mesmo. Nesse Estado, a política surgiria da especificidade da vida do *homo sacer*¹³, um vivente que se situa ambigualmente nos domínios do sagrado e do humano, numa dupla inclusão-exclusão. Assim, para Agamben, este indivíduo se encontraria numa condição que constitui a forma de vida mais próxima da exceção soberana, a saber: a vida sacra ou vida

¹³O *homo sacer* é aquele indivíduo que, por meio de dispositivos políticos, culturais ou religiosos, torna-se aliado da jurisdição humana sem, contudo, ser alçado à jurisdição divina, ficando submetido a uma espécie de anomia. Neste contexto, seria possível afirmar que um crime cometido contra ele não pode ser considerado nem homicídio, nem pecado, nem sacrifício e nem sacrilégio uma vez que a vida em questão estaria à deriva entre o humano e o divino (AGAMBEN, 2007; AGAMBEN, 2014a; ALMEIDA, 2014).

nua que, uma vez estranha às esferas religiosa e profana, funda e justifica o espaço político da soberania em última instância (SILVA, 2013; AGAMBEN, 2014a).

Neste sentido, a vida do *homo sacer* é aquela na qual não há interferência nem do direito e nem da religião, estando simplesmente exposta à morte e abandonada numa zona anômica que serve de matéria sobre a qual a ordem jurídico-política se assenta e a decisão soberana se manifesta. Em suma, para o filósofo italiano, a vida em sentido público só é possível na situação de dupla exceção do *homo sacer*: vida exposta à morte e insacriável. É neste ponto que se pode afirmar que o medo da morte é a fonte do poder soberano *agambeniano*, pois é sob a ameaça da morte que se torna irreprimível a inclusão da vida na instituição do Estado, afinal “o soberano é o ponto de indiferença entre violência e direito, o limiar em que a violência traspassa em direito e o direito em violência” (AGAMBEN, 2014b, p. 38).

Com efeito, a tese de Agamben suporta a noção de que o fundamento do poder político se sustenta nas vidas expostas à morte, que não são nem simples vidas orgânicas (*zoé*) e nem propriamente vidas qualificadas (*bíos*) de onde surgiria um poder incondicional. Deste modo, o Estado *agambeniano* não se origina de uma situação de normalidade, mas, sim, de um estado de exceção, isto é, na excepcionalidade da vida abandonada a todo tipo de arbitrariedade que poderia irromper a qualquer momento dentro do Estado juridicamente ordenado, o que corresponderia ao estado de natureza *hobbesiano*. Sendo um tipo de vazio legislativo, de anomia, o estado de exceção ainda preservaria a ordem mesmo que, para isto, suspendesse o direito e o substituísse pelo poder decisório do soberano. Neste contexto, a decisão subsumiria a norma e buscaria estabelecer a normalidade na qual a norma seria possível de ser aplicada. Sendo assim, o soberano seria um homem-lobo do homem que teria o poder supremo obtido pelo compromisso firmado entre todos e a soberania representaria o lugar da incorporação do estado de natureza na sociedade, o ponto obscuro entre violência e direito (SILVA, 2013; AGAMBEN, 2014b).

4.1.2 Os poderes imanentes: o modelo disciplinar e a biopolítica

Para Foucault, foi durante o desenvolvimento da burguesia nos séculos XVII e XVIII que o poder se infiltrou no espaço da vida humana se configurando como essencialmente repressor da “vida natural” do homem, isto é, do dispêndio inútil da energia dos corpos, dos comportamentos irregulares e da intensidade dos prazeres. Durante este período, o poder do Estado foi incrementado no intuito de se buscar a maximização e a ordenação das forças

coletivas e individuais por meio de um conjunto de regulamentos e instituições que tinham o papel de polícia. É importante notar que os dispositivos desenvolvidos pelas instâncias superiores da censura fizeram com que o poder não se limitasse a elas, mas se difundisse e penetrasse sutil e profundamente em toda a trama social (FOUCAULT, 2006b), como será visto adiante.

Na realidade, para o filósofo francês, passou a existir um imbricamento tal entre as vidas individuais e as instituições que a formação e a prosperidade de uma sociedade se consolidariam em consequência do modo como cada vida se organizava na sua intimidade ao mesmo tempo em que se comprometia com o corpo social. Surge, assim, um Estado vigilante voltado para a elaboração de um projeto conjunto de gestão e administração da capacidade produtiva e reprodutiva, individual e coletiva (FOUCAULT, 2006e), colocado a serviço de uma eficiência nacional.

Neste sentido, a questão passa a ser de policiamento populacional, isto é, as técnicas de poder no século XVIII fazem emergir a população como problema econômico e político para o qual seria necessário desenvolver uma “tecnologia da população” que abarcasse estratégias como a elaboração de pirâmides demográficas, taxas de natalidade e de mortalidade, campanhas de estímulo ao casamento e à reprodução, o desenvolvimento da educação e da formação profissional. Além disso, houve a criação de instituições de assistência para dar conta dos indivíduos que se tornassem incapacitados de integrar o eixo produtivo. Do mesmo modo, foram desenvolvidos mecanismos mais sutis, economicamente mais racionais que a grande assistência, de controle da vida humana tais como a poupança individual e coletiva, a seguridade social, acrescidos da preocupação com as relações do homem como espécie e seu entorno. Em outras palavras, o Estado instaura a necessidade de controle dos corpos – individual e coletivo –, que passaram a ser vistos a partir de uma dimensão econômica, ou seja, como mais ou menos utilizáveis, passíveis ou não de investimentos rentáveis, mais ou menos capazes de sobrevivência ou suscetíveis às doenças e à morte, mais ou menos capazes de aprendizagem eficaz. Assim, as características biológicas de uma dada população tornaram-se elementos de gestão econômica que agora demandavam dispositivos capazes de assegurar tanto sua sujeição como a otimização de sua utilidade¹⁴ (FOUCAULT, 1999a; FOUCAULT, 2006e).

¹⁴“Utilidade” refere-se, neste caso, ao aspecto de coisa útil ou unidade de produção da riqueza nacional ou da eficiência nacional que o indivíduo, na sua existência corpórea e com o seu “nível” de saúde e de bem-estar, representa para o Estado nascente. Por exemplo, em *As políticas da saúde no século XVIII*, Foucault utiliza a situação dos pobres para abordar a mudança nos serviços de assistência dada à população pelo Estado francês a partir do reexame dos modos de investimento e capitalização, particularmente a prática das fundações. Diz

Efetivamente, Foucault sustenta que no âmbito da economia de poder, em algum momento entre o século XVIII e final do século XIX, quando as ações de vigilância passaram a ser entendidas como mais rentáveis e eficazes que as de punição, emergiu um novo tipo de poder, microscópico e capilar, que penetrou profundamente no, e não sobre o, corpo social. Esse novo tipo de poder não poderia ser distinguido entre aqueles que o possuem e aqueles que lhe são submetidos, mas, sim, como algo que circularia e que só funcionaria em cadeia ou se exerceria em rede (FOUCAULT, 2006a, FOUCAULT, 2006d).

O poder não mais aparece centrado na figura de um soberano, mas irradia e flui em malhas entre os corpos periféricos e múltiplos da sociedade. Assim, uma tecnologia investida nestes mesmos corpos, direcionando suas ações num determinado sentido, poderia tanto facilitar quanto obstar o fluxo de poder, baseando-se na verificação de tendências “normais” ou “desviantes” dos corpos individuais que integrassem o coletivo social. Deste modo, para que o poder pudesse ser exercido no interior do corpo social através de mecanismos sutis de dominação, fez-se necessário a formação, a organização e a circulação de aparelhos de saber que não se constituíram necessariamente em construções ideológicas, mas, sim, instrumentos reais de produção e acumulação do saber, tais como os métodos de observação e de registro, assim como as técnicas de entrevista e os aparelhos de aferição. De fato, ao contrário do poder soberano que era exercido de forma explícita, a dominação pela nova modalidade de poder – a disciplina – se exerceria de modo invisível ao deslocar a antiga visibilidade do rei para os corpos dos súditos, que se tornariam cada vez mais submissos ao escrutínio dessas novas tecnologias (FOUCAULT, 2006d; SILVA, 2013).

Por conseguinte, o desenvolvimento do poder disciplinar promoveu o surgimento de uma nova concepção política do corpo humano, que passou a ser investido de valor econômico, em termos de utilidade e rentabilidade, ao mesmo tempo em que lhe foi paulatinamente retirada a possibilidade de interferência política, resultando daí uma postura servil e submissa. Em outros termos, a trama de dominação e submissão foi sendo configurada a partir de uma determinada visão economicista das forças de produção, ao

ele que durante o século XVIII passa a haver um esquadramento mais rigoroso da população de pobres que “desaparece” e é transformada em categorias funcionais (os bons e maus pobres, os ociosos voluntários e os desempregados involuntários, os que são aptos para determinado trabalho e os que não o são, entre outros). Essa “análise da ociosidade” – de suas condições e efeitos – tende a substituir a “sacralização um tanto global do pobre” e na melhor das hipóteses, transformar a pobreza numa coisa útil, “fixando-a” ao aparelho de produção. Na pior das hipóteses, este instrumento tende a aliviar o peso social quando busca transformar os “pobres válidos” em mão de obra útil ou ainda garantir que estes autofinanciem: (1) o tratamento de suas próprias doenças, (2) o prazo de afastamento do eixo de produção laboral devido a alguma incapacidade temporária ou definitiva e, finalmente, (3) as despesas com cuidados e educação dos órfãos: “delineia-se assim toda uma decomposição utilitária da pobreza, onde começa a aparecer o problema específico da doença dos pobres e sua relação com os imperativos do trabalho e a necessidade de produção” (FOUCAULT, 2006e, p. 196).

serviço dos interesses das classes dominantes e em favor dos objetivos do sistema capitalista de produção (SILVA, 2013).

Ademais, essa nova mecânica do poder fundamentou-se na maximização da utilidade dos corpos, no espaço e no tempo e no trabalho. Assim, o jogo de dominação resultou num efetivo adestramento, numa disciplinarização dos corpos a novos hábitos, crenças, sentimentos e discursos. Sem dúvida, houve a perda significativa da intimidade e da vida privada dos indivíduos subjugados às determinações dos dispositivos de controle projetados a partir de uma perspectiva evasiva de potenciação, cuidado e higienização dos corpos num processo que propiciava, simultaneamente, a homogeneização e a individualização. Efetivamente, cada um dos indivíduos tornava-se sujeito a uma vigilância constante por meio dos dispositivos disciplinares como as escolas, os hospitais, as fábricas e as prisões. Consequentemente, assistiu-se à superação da necessidade da figura física do soberano através da criação de um complexo e sofisticado sistema de normalização que se acreditava ser tanto mais eficaz quanto menos dispendioso que o modelo tradicional de punição (FOUCAULT, 2006d; SILVA, 2013).

Vale ressaltar que a normalização, o novo modelo de dominação produzido pelos dispositivos disciplinares, surgiu originalmente da impossibilidade de se reduzir as disciplinas ao âmbito da regra jurídica, mas tão somente ao da norma ou regra “natural”. Isto significa dizer que o discurso veiculado pelas disciplinas se referia a um horizonte teórico alheio ao do direito, qual seja, o do saber clínico. Este, por sua vez, forçou a homogeneização do corpo social a partir da adoção de um padrão e, conseqüentemente, da determinação de perfis e de desvios individuais. Nesta perspectiva, tornou-se tanto possível potencializar as energias, forças e destrezas de cada um dos que se adequassem à norma, quanto executar medidas de correção e reajustamento naqueles que, ao contrário, se encontrassem fora dela (FOUCAULT, 2006d).

Consequentemente, a medicina emerge junto ao poder disciplinar como um dos saberes mais importantes no controle sobre os corpos individuais. Realmente, os dispositivos de funcionamento do saber/poder (hospitais, escolas, prisões) implementaram um aparelho sofisticado e complexo de esquadramento que se estabeleceu e perpetuou sua influência nos exames desenvolvidos posteriormente para a inspeção, classificação, qualificação, prevenção e punição. Invariavelmente, estes procedimentos passaram a ser acompanhados de um sistema paralelo de registro e acumulação de dados de forma que os indivíduos se tornaram objetos concretamente observáveis a partir de seus corpos e de suas *performances* nos espaços. Pode-se depreender daí que: 1) o poder circulava, fluía e seus efeitos se

manifestavam principalmente na docilidade com que os indivíduos se entregavam aos rituais de inspeção, 2) o investimento maior estava mais na norma e não tanto na lei, e 3) o objetivo era produzir conformidades, criar simetrias, a correção mais do que a punição. Além do mais, a produção dos registros formais a partir dos dados coletados permitiu a qualificação e classificação individual segundo critérios tais como o desenvolvimento, o desempenho e as peculiaridades durante o processo disciplinar. Neste último, prevaleceu um saber-fazer que possibilitava a manutenção de uma vigilância sobre cada indivíduo, de modo a prevenir, aferir e calcular sua respectiva condição, implicação e o impacto que sua vida poderia desempenhar no conjunto da população (SILVA, 2013). Outrossim, é importante salientar que o modelo disciplinar não pretendeu depor o antigo modelo soberano, mas, sim, complementá-lo e acrescê-lo de um novo princípio: o de “fazer viver”. Portanto, o direito soberano de matar ou deixar viver foi integrado a um novo princípio: o de fazer viver e deixar morrer (FOUCAULT, 1999a).

Neste cenário, o interesse sobre o direito se justificaria porque ele se tornou essencialmente o fixador, no sentido de estabelecer e estabilizar, da legitimidade do poder por meio da lei e do conjunto de dispositivos (aparelhos, instituições e regulamentos) que ele comportaria e pelos quais o domínio¹⁵ se exerceria. Tem-se, então, que, sobretudo a partir do século XIX, o discurso e a técnica do direito dissolveram e substituíram o domínio dentro do poder por duas estratégias retroalimentadas, quais sejam: a estruturação dos direitos legítimos da soberania e a obrigação legal da obediência. Em outras palavras, a preocupação do direito organizou-se ao redor da ideia de soberania e, por este ângulo, o direito passou a ser um sistema de dominação do que uma legitimidade estabelecida (FOUCAULT, 1999b).

Portanto, o novo mecanismo de dominação que funcionava a partir do desempenho de constrangimentos legais não levou à extinção do edifício jurídico da soberania, que passou a coexistir com a mecânica da disciplina. Ademais, apesar de não haver a possibilidade de uma síntese entre os domínios da lei e da disciplina, o saber clínico e a normalização passaram a desempenhar um papel determinante, no que se refere ao domínio da lei. O campo do direito, mais propriamente, sofreu uma colonização pelos processos de normalização disciplinar, os quais funcionariam por meio de dispositivos de controle exercidos em níveis e formas que ultrapassariam o Estado e seus aparelhos (FOUCAULT, 2006d).

¹⁵O domínio deve ser entendido preferencialmente no âmbito das múltiplas relações de dominação e de sujeição que podem ser exercidas reciprocamente entre os indivíduos e funcionam no interior da sociedade, mais que as relações hierárquicas constituintes do “edifício único” da soberania (FOUCAULT, 2006d, p. 181).

Em resumo, os diversos dispositivos de dominação criados operavam graças aos seus diferentes elementos constituintes que, por sua vez, desenvolveram aparatos complexos de apoio e de reforço entre si. Estes últimos convergiram na implementação de técnicas e estratégias voltadas para a mobilização regularizadora e previsível dos comportamentos individuais, no âmbito do corpo social. Foucault ilustra a escola e a prisão como paradigmas destes aparelhos estruturais de regulação das condutas dos indivíduos cujo modelo disciplinar antecipou uma determinada postura como uma forma de prevenção contra o caos (FOUCAULT, 1999a). Vale ainda dizer que, dentro desta mecânica de dominação, a noção de poder se afastava da perspectiva centralizadora do aparelho de Estado jurídico-político à medida que coincidia com a construção de uma tecnologia que perpassaria todos os aparelhos e instituições, conectando-os, prolongando-os e os fazendo convergir. Em essência, o poder tornava-se difuso e imanente, sendo produzido em todos os pontos das relações sociais (FOUCAULT, 1999a; SILVA, 2013).

Este poder difuso e imanente, o biopoder, revelava-se como uma modalidade capaz de abarcar o corpo e a vida humanos, o orgânico e o biológico ou a vida em geral, no polo do indivíduo e no polo da população. Um poder que, no limite de seu exercício, exprimia seus paradoxos que apareciam de um lado no poder atômico que não era simplesmente o poder de matar, mas o de “matar a própria vida” (FOUCAULT, 1999a, p. 303) ou o homem-espécie e não mais o homem como indivíduo. Em outros termos, o biopoder abriu a possibilidade real de extinguir a vida, mas também de assegurá-la. Enfim, ele representava um excesso de poder sobre o poder soberano (FOUCAULT, 1999a).

O que se observa durante este processo de transformação dos modelos de poder é um deslocamento significativo da vida, vista como fenômeno, para os campos de controle do saber e de intervenção do poder, ou seja, uma biologização da política. Há uma inscrição inédita do biológico no político que acarreta alterações na organização dos espaços da vida cotidiana e no condicionamento de suas qualidades e características, assim como dos comportamentos individuais privados e públicos. Neste processo, a lei confundia-se cada vez mais com a norma e a instituição jurídica misturava-se, paulatinamente, a diversos dispositivos médicos e administrativos, o que levava à normalização progressiva da sociedade, resultante de uma tecnologia de poder centrada na vida (FOUCAULT, 1999a; SILVA, 2013).

Neste contexto, se interpôs, particularmente, a psiquiatria do século XIX. O movimento de moralização que ocorreu nos países europeus neste período trouxe consigo a produção de argumentos em torno da noção de delinquência formados tanto no domínio

jurídico/policial quanto no médico/psiquiátrico, além de evidenciarem uma dependência circular entre o fenômeno da delinquência e os sistemas que atuavam em consequência dele. A funcionalidade do dispositivo de controle psiquiátrico sobre o coletivo de indivíduos necessitaria da formação de um corpo clínico especializado na detecção dos desvios comportamentais que poderiam ameaçar a sociedade, expondo-a a perigos ou a prejudicando, quando os elementos desviantes se mostrassem como potenciais agentes perturbadores das condições de vida social. Sendo assim, é na revelação da existência de casos de delinquência e loucura excepcionais, assimilados como temíveis, que passou a haver o reconhecimento do dispositivo médico/clínico como fonte de autoridade e poder. Isto significa que se tornou necessário o conhecimento das motivações intrínsecas que poderiam explicar os comportamentos próprios de cada sujeito em um dado contexto, de modo que as medidas punitivas ou de interdição, quando aplicáveis, pudessem ser reguladas aos perfis individuais, no intuito de modificá-los de dentro para fora. Efetivamente, Foucault sustentava que os procedimentos de exclusão como este, praticados a partir do século XIX, sobressaíram e produziram um lucro político e uma utilidade econômica que consolidaram um outro sistema de poder e fizeram-no operar: a biopolítica (FOUCAULT, 2006d).

A biopolítica pode ser compreendida como um desenvolvimento do modelo disciplinar no sentido de que ela também visa a edificação, a reabilitação e a recuperação dos indivíduos, mas a partir de uma ação descentralizada e imanente aos seus próprios corpos. Para melhor entendimento da mudança de foco de atuação do poder, vale ressaltar que o corpo anteriormente dominado pelo suplício ou pela tortura do poder soberano foi sucedido por um “novo corpo”, agora “tomado na plenitude do seu íntimo, desnudado diante do olhar penetrante de um mecanismo sutil de vigilância, que o atravessa, controla e preenche em todos os seus gestos, movimentos, prazeres e discursos” (SILVA, 2013, p. 100).

Sob este ângulo, o novo corpo ganhou visibilidade no modelo de poder disciplinar, no qual o par “ver/ser visto” foi dissociado de modo permanente e sob o qual se produziu uma espécie de sujeição espontânea de todo aquele indivíduo colocado em situação de “visibilidade cega”, isto é, de ser visto sem conseguir ver, já que a visibilidade se tornou uma armadilha. Ao fim e ao cabo, o poder disciplinar é propriamente aquilo que não pode ser visto e que emerge desindividualizado e inverificável, automatizado e tecnicizado. As vantagens de seu exercício estão principalmente na atualização perene do poder que acontece no interior de cada um dos indivíduos submetidos a ele e na diminuição dos encargos para sua geração e manutenção, uma vez que a figura do poder tende à minimização ou à incorporalidade, operando mais como uma espécie de ficção cujos efeitos se difundem

simultaneamente entre os vários corpos (FOUCAULT, 1987).

Ademais, é importante ressaltar que este novo corpo que emerge do modelo disciplinar se encontra confinado num espaço no qual poder e saber se confluem em torno de interesses comuns e recíprocos. Estes culminam na descoberta e implementação de estratégias de domínio cada vez mais discretas e generalizadas, intensivas e refinadas, rentáveis e eficientes. Tais interesses voltam-se, gradativamente, para a valoração da vida limitada a uma biologia arraigada a certa política e de uma determinada política biologizada. Daí pode-se depreender que o poder disciplinar passou a operar e preencher, num crescente e minuciosamente, o tempo e o espaço da vida cotidiana de cada indivíduo pertencente a um dado corpo social. Este indivíduo, por sua vez, não ofereceu resistência à invasão do modo disciplinar de poder e à captura de suas energias, gestos, aptidões, desejos etc. Em outros termos, o poder disciplinar diminuiu sua influência ostensivamente coercitiva sobre os indivíduos e suas condutas, visto que se instalou de forma transformadora e intrínseca em cada um deles (FOUCAULT, 2006a; SILVA, 2013).

Neste sentido, o que se viu foi uma fusão da política com o saber da vida qualificada (*bíos*) articulada a um maior interesse científico pelos aspectos biológicos da genética, da hereditariedade e da “ciência racial”. Sendo assim, concernia à política desvendar a vida por dentro, decifrar sua linguagem, modificá-la a partir de seu íntimo para que ela servisse simultaneamente aos seus propósitos e ao interesse científico, enquanto caberia à vida se aquiescer a uma demarcação alinhada a tais desígnios (DICKINSON, 2004).

Na realidade, este ajustamento ocorrido entre política, ciência e a vida humana em sociedade reflete a estrutura biopolítica fundamental da modernidade, a saber, a decisão sobre o valor, ou sobre o desvalor, da vida como tal. Com efeito, deriva-se desse tema um problema relativo ao conceito jurídico de valor segundo o qual a determinação do valor de algo implica necessariamente a circunscrição de seu correlato oposto, o seu não valor. Em outros termos, o que se quer dizer é que a fixação do não valor de algo aduz à sua própria aniquilação, ou seja, “o verdadeiro ato de avaliação é a negação”, ao mesmo tempo que a negação do valor passa a ser “o critério para estabelecer se algo pertence ao âmbito do valor” (SCHMITT, 1963, p. 85 apud AGAMBEN, 2014c, p. 133).

Desta questão biopolítica fundamental a respeito do valor da vida, Agamben extrai o conceito de “vida que não merece viver” ou “vida indigna de ser vivida” – que está intrinsecamente atrelado à noção de soberania do homem vivente sobre sua vida. Em outros termos, quando se aceita a ideia de que o homem é soberano sobre sua própria vida, necessariamente se fixa um limite a partir do qual a vida cessa de ter valor jurídico e,

portanto, pode ser eliminada sem que isto represente um crime. Assim, estas “vidas que não merecem viver” são aquelas nas quais o poder político/científico tem legitimidade de decidir sobre sua perda absoluta de valor e que, portanto, a possibilidade real de seu extermínio não é capaz de se configurar como uma impunidade jurídica (AGAMBEN, 2014c).

Ainda, segundo o pensador italiano, a categoria jurídica de “vida indigna de ser vivida” assemelha-se ponto a ponto à antiga categoria de vida nua do *homo sacer*. Nas suas próprias palavras:

É como se toda valorização e toda “politização” da vida (como está implícita, no fundo, na soberania do indivíduo sobre a sua própria existência) implicasse necessariamente uma nova decisão sobre o limiar além do qual a vida cessa de ser politicamente relevante, é então somente “vida sacra” e, como tal, pode ser impunemente eliminada (AGAMBEN, 2014c, p. 135).

Isto indica um regresso ao modo soberano de decidir quais são as vidas absolutamente sem valor, que novamente está em causa na história contemporânea dos Estados ocidentais. Desta maneira, cada uma das sociedades atuais passou a decidir quais são as vidas que não merecem viver, de modo que a vida nua não se restringe mais a um lugar ou categoria específica de homem, mas se capilariza e se entranha no corpo biológico de cada vivente. Ao final, o campo da exceção passa a ser o interior da vida de cada cidadão (AGAMBEN, 2014c).

É importante ressaltar também que a categoria jurídica de “vida que não merece viver” se enquadra tão somente num conceito político, pois o que está em questão não são as expectativas “éticas” e desejos legítimos do indivíduo e sim a transformação radical da vida matável e sacrificável do *homo sacer*, sobre a qual se assenta o poder soberano. Portanto, uma das estratégias da biopolítica moderna fundamenta-se na produção de uma cisão entre a *zoé* e o *bíos* no homem contemporâneo e no consequente isolamento de algo como uma vida nua, uma vida matável. A partir deste ponto, a biopolítica invade a interseção “entre a decisão soberana sobre a vida matável e a tarefa assumida de zelar pelo corpo biológico da nação, e assinala o ponto em que [...] converte-se necessariamente em tanatopolítica” (AGAMBEN, 2014c, p. 137). Pode-se depreender deste imbricamento entre biopolítica e tanatopolítica o reforço da cooperação entre medicina e política na implementação de dispositivos biopolíticos voltados para a eliminação de vidas irrelevantes e perigosas, sobretudo a partir do século XIX.

Foi também durante o século XIX que a medicina voltou seus interesses para a saúde da população e os corpos dos cidadãos do Velho Mundo. Concebidos como força produtiva ou força de trabalho, eles passaram a ser o alvo preferencial das estratégias políticas e

econômicas, já que “nada é mais material, nada é mais físico, mais corporal que o exercício do poder” (FOUCAULT, 2006c, p. 147). Neste sentido, o corpo tornou-se uma realidade biopolítica na qual a medicina passou a ser exercida como uma estratégia biopolítica, visto que se voltou para a maximização da vida nos aspectos funcionais do corpo. Além disso, foi neste mesmo período que o “patrimônio genético” populacional ganhou importância política, econômica e médico-científica, passando a representar a principal riqueza do Estado. Assim, o inimigo a ser combatido surgiria não mais como um alvo de guerras armadas, mas como objeto de uma política médica voltada para a proteção do corpo social como vida biológica. Em seu nome, seriam desenvolvidos dispositivos capazes de assegurar a existência da sociedade a despeito das diversas disputas e interesses de classe que emergiam em seu próprio interior. Em outras palavras, o inimigo estava implicado no corpo social e o perigo passou a espreitar dentro da própria sociedade (SILVA, 2013).

Neste ponto, vale dizer que, em sua aula do dia 17 de março de 1976, no *Collège de France*, Foucault introduziu o tema do “racismo de Estado” como processo importante na substituição da noção de guerra a partir do século XVIII (FOUCAULT, 1999a). Segundo o filósofo francês, foi por meio do racismo de Estado que houve uma assunção da vida pelo poder no século XIX. Por assunção da vida deve-se entender a tomada do homem como espécie pelo poder ou, ainda, como uma “espécie de estatização do biológico” (FOUCAULT, 1999a, p. 286). Para tanto, Foucault retomou o tema da soberania em um de seus atributos fundamentais, a saber, o direito sobre a vida e sobre a morte, e esclareceu que o direito do soberano sobre a vida e a morte significaria, em última instância, sua autonomia em fazer morrer ou deixar viver aqueles que estivessem sob sua tutela. Por conseguinte, a vida e a morte deixaram de fazer parte dos fenômenos naturais e foram abarcados pelo poder político. Deste raciocínio, Foucault depreendeu que, de pleno direito e do ponto de vista da vida e da morte, os súditos não seriam nem vivos e nem mortos, mas “neutros”, ou seja, eles teriam o direito de estar vivos ou mortos exclusivamente por interferência do poder soberano. Neste cenário, no qual a vida e a morte se perdem como fenômenos naturais e se tornam politizados quando são englobados pelo poder soberano, é que despontaria a percepção de uma pura vida nua da qual o poder se serviria (FOUCAULT, 1999a).

Desse modo, o tema da raça tornou-se uma espécie de comutador da apropriação da vida pelo poder soberano a partir do século XIX. Ainda segundo Foucault, o racismo de Estado introduziu um corte entre o que deve morrer e o que deve viver dentro do próprio corpo social, uma interrupção no contínuo biológico da espécie humana a partir do surgimento das raças e da construção de uma hierarquia baseada na organização de

características biológicas dos grupos humanos integrantes dos Estados Modernos. Isto é, uma maneira de defasar uns coletivos em relação a outros dentro do conjunto da população, o que abriu a possibilidade de se criar dispositivos de gestão voltados para a priorização da vida de uns em detrimento da vida de outros. Em outros termos, a noção *foucaultiana* de racismo possibilitou estabelecer uma relação que não seria mais como aquela tradicional de enfrentamento militar e político, entre a minha vida e a morte do outro, mas uma relação do tipo biológico na qual a “morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro [...] é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura” (FOUCAULT, 1999a, p. 305), ou seja, a eliminação do perigo passou da dimensão militarizada e “exterior” para a biológica e “interior”.

Sendo assim, não se trataria mais de suprimir os adversários políticos, mas, sim, de extirpar as ameaças em relação à população e para a população, num movimento preponderantemente higienista¹⁶. Portanto, o imperativo da morte no sistema biopolítico e em uma sociedade de normalização só seria possível se tendesse à eliminação do perigo biológico, diretamente ligado à própria espécie ou à raça, e do fortalecimento da população normalizada, em uma espécie de abordagem imunitária do corpo social (NALLI, 2012; ESPOSITO, 2017). É importante ainda esclarecer que Foucault compreendia que a eliminação operada pelo racismo de Estado não significava a morte literal dos indivíduos, mas, sim, “tudo o que pode ser assassinio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc.” (FOUCAULT, 1999a, p. 306). Isto é, tudo aquilo que pode aumentar a suscetibilidade ou a vulneração e que contribui para desproteger os indivíduos. O tema da proteção e vulneração será abordado mais profundamente a partir do capítulo 6.

Estes pontos ficam ainda mais evidentes quando se volta a atenção para a formação dos Estados-Nação. Partindo da aceção de um sistema biopolítico/tanatopolítico e da noção *foucaultiana* de racismo de Estado, pode-se inferir o reforço da cooperação entre medicina e política na implementação de dispositivos biopolíticos voltados para a eliminação de vidas irrelevantes e perigosas no desenvolvimento de determinados países ocidentais (WINICHAKUL, 1994; BASHFORD, 2004). Com efeito, a relação entre os interesses

¹⁶O higienismo surgiu na Europa no século XIX e pode ser considerado um movimento técnico-científico, cultural e jurídico-político voltado para a melhoria da qualidade de vida das populações citadinas, principalmente das classes trabalhadoras, e o combate às epidemias mediante o desenvolvimento de medidas profiláticas tais como a organização do espaço urbano, o tratamento da água potável e do esgotamento sanitário, o levantamento de dados sobre a saúde da população e condições de vida, entre outros (ALCAIDE GONZÁLEZ, 1999; PALOMERO GONZÁLEZ; ALVARIÑO SERRA, 2016).

políticos e médico-científicos, sobretudo durante o século XIX e primeiras décadas do século seguinte, representam um momento histórico de grandes mudanças nos âmbitos político, econômico e social que propiciaram a chegada da Modernidade em países como a Austrália, Estados Unidos e Brasil. Nesse contexto, compreende-se parcialmente o desenvolvimento de diversos projetos e programas de intervenção nos corpos dos cidadãos, agora considerados importantes para a construção da identidade nacional, bem como para a formação e a manutenção dos Estados modernos (STERN, 1999; ROHDEN, 2003; FOUCAULT, 2006c; SOUKI, 2016; RADOMSKY, 2017), como se verá em seguida.

4.2 CORPO, GÊNERO E TERRITÓRIO: UMA ANÁLISE DO PARADIGMA DA IMUNIZAÇÃO A PARTIR DA METÁFORA DO SANGUE

Como se pode depreender do que foi dito anteriormente, o desenvolvimento do Estado Moderno no Ocidente foi acompanhado de uma reflexão política em termos biológicos, conhecida atualmente como biopolítica, pois a saúde do corpo tornou-se assunto decisivo e demandou formas de controle, coordenação e integração da vida privada e dos coletivos humanos (RADOMSKY, 2017). As novas “tecnologias de população” biopolíticas transformaram a dimensão orgânica em componente da gestão econômica de modo que aspectos como a ociosidade e a utilidade, a suscetibilidade a doenças e o aprimoramento humano se vincularam à noção de corpo (FOUCAULT, 2006e).

A medicina, entendida mais como técnica geral de saúde do que como cura de doentes, favoreceu o controle social por meio de uma polícia médica que assegurava a ordem, o enriquecimento e a manutenção da saúde. Neste contexto, o profissional médico ganhou *status* e se constituiu num formador de modos de vida e de comportamentos. Como conselheiro governamental e autoridade biopolítica, sua tarefa passou a incluir a vigilância, a educação e a manutenção do corpo individual e social (FOUCAULT, 2006e). Neste sentido, o biopoder propiciou a estatização da vida biológica ao confiar aos médicos o poder sobre a vida e a morte dos indivíduos (FOUCAULT, 1999b; CASTRO, 2009).

Todavia, os processos de profundas transformações políticas não se restringiram aos países do continente europeu. De fato, simultaneamente às principais vertentes europeias da medicina social, os dispositivos biopolíticos e de biopoder desenvolveram-se e influenciaram a estruturação das ex-colônias como nações, bem como criaram condições de possibilidade para a instauração do paradigma da imunização (NALLI, 2012). Neste, o conceito de imunidade reflete o poder de conservação da vida, tornando inseparável sua relação com a

morte e a política (NALLI, 2013), o que torna importante sua definição para a compreensão da biopolítica tanto na modernidade quanto no mundo contemporâneo.

O termo “paradigma da imunização” foi cunhado em 2004 pelo filósofo italiano Roberto Esposito em seu livro *Bíos: biopolítica e filosofia*, no qual busca uma continuidade histórica entre o poder soberano e o biopoder do Antigo Regime com a biopolítica no Estado Moderno. Segundo o referido autor, o vocábulo “imunização” estabelece uma relação entre *bíos* (vida) e *nómos* (lei), que remete ao poder “sobre e na vida”. Em outras palavras, a noção de “imunidade” se inscreveria na linha de tangência entre as dimensões da vida e do direito porquanto é um termo que não se refere somente à relação entre vida e poder, mas também ao poder de conservação da vida, pelo fato de que “não existe um poder externo à vida, assim como a vida nunca se dá fora das relações de poder. Vista dessa perspectiva, a política não é nada mais do que a possibilidade ou o instrumento de conservar viva a vida” (ESPOSITO, 2017, p. 60). Vale ainda dizer que este poder de conservação da vida tem um caráter de ‘proteção negativa’, isto é, um poder destrutivo subjacente ao poder conservativo da vida (NALLI, 2013; ESPOSITO, 2017).

Em outros termos, pode-se dizer que a imunização política é uma espécie de proteção negativa da vida na qual a aparente oposição entre vida e morte é substituída por uma relação inclusiva e imanente, pois a morte deixa de ser o limite externo e oposto à vida, tornando-se um de seus aspectos, mesmo que contrário a ela. Destarte, no paradigma da imunização, a vida tende a ser conservada e a expressão do poder negativo e positivo encontra uma articulação interna. Para Esposito, o poder negativo que se impõe sobre a vida não vem de fora, mas da forma intrinsecamente antinômica como a vida mesma se conserva através do poder (NALLI, 2013; ESPOSITO, 2017).

A noção *espositana* de paradigma da imunização apresenta conexões com os saberes do campo da fisiologia e da patologia e na criação de metáforas biomédicas, sobretudo aquelas surgidas no desenvolvimento dos Estados-Nação entre o século XIX e as primeiras décadas do século XX. Com efeito, a descoberta dos agentes etiológicos e do funcionamento do sistema imunológico no combate aos patógenos teve impacto na utilização dessas ideias no âmbito da ação política (NALLI, 2013). Isto é, pelo ponto de vista deste paradigma, é possível compreender como as estratégias de imunização política e social associavam a ideia de imunidade à de proteção comunitária, o que fomentou a elaboração de metáforas biomédicas, particularmente aquelas associadas ao termo “sangue”.

Com efeito, a ciência da bacteriologia desse período voltava-se para o isolamento e para a erradicação patógena nos fluidos corporais. Apesar da transição das antigas teorias

que atribuíam a causa das doenças aos miasmas ambientais para as bacteriológicas não ter sido imediata e suave, os cientistas médicos estavam convencidos de que a identificação dos microrganismos como a causa das doenças infecciosas os autorizava a buscar e a eliminar os germes. Esta preocupação com o corpo e seus “segredos” foi dividida com os eugenistas que buscavam aquelas características hereditárias capazes de determinar os atributos humanos. Assim, a proximidade de interesses entre estas duas classes profissionais propiciou uma espécie de entrelaçamento entre as linguagens eugênica e médica, o que promoveu a união destes saberes por meio das metáforas referentes ao sangue. Tais figuras de linguagem fundamentaram e serviram de base para a tessitura de uma nova rede discursiva, responsável por produzir antinomias tais como nacional/estrangeiro, progresso/atraso, puro/mestiço (STERN, 1999). De fato, o termo “sangue” apresentava uma polissemia própria que abrangia a imagem de carreador de germes e dos “genes”. Isto é, o discurso sobre o sangue, fundamentado em conhecimentos estatísticos, médicos e eugênicos, era o discurso dominante sobre a vida e consolidava os debates sobre cidadania, naturalização e inclusão no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX em determinados países. Portanto, a polissemia do termo “sangue” teve uma importante influência no discurso produzido sob o paradigma da imunização por meio do artifício da metáfora do sangue em nações como Austrália, Estados Unidos e Brasil (STERN, 1999; BASHFORD, 2004; DI LISCIA, 2012).

Em acréscimo, é importante notar que, embora não sejam capazes de substituir a concretude do real, a utilização de metáforas para sua compreensão facilitou a produção da paisagem na qual se assentam os estereótipos que moldaram a identidade nacional das ex-colônias. Em outras palavras, apesar de não terem a função de denotação e afirmação dos fatos, as metáforas iluminaram o conhecimento e promoveram uma melhor compreensão de um tema ao transferir um vocábulo de uma significação para outra (SONTAG, 1984; SOUKI, 2016). Neste sentido, o uso metafórico do termo “sangue” justifica-se pelo reconhecimento do corpo como objeto da biotecnociência, do biopoder e da biopolítica modernas. Ademais, essa estratégia facilita sua apreensão como “corpo próprio” (MERLEAU-PONTY, 2015b, 2015e). Este último ultrapassa a mera transposição metafórica entre o biológico, o biomédico e o político e revela o lugar central do vivente nas intervenções médica e política modernas. Por fim, a metáfora do sangue aponta para uma integração entre política e biologia no âmbito do corpo humano (NALLI, 2012).

4.2.1 Corpo como fundamento biológico da ordem moral

O corpo tornou-se uma preocupação no Ocidente a partir do século XVIII, particularmente devido à biologia (FOUCAULT, 2006d) e passou a ser central em vários aspectos da vida civilizada. Nesse sentido, o fundamento biológico da ordem moral substituía a antiga ordem cósmica pela coerência biológica entre os sistemas (LAQUEUR, 2001; PABÓN; COLLAZZOS, 2011). Neste ponto, torna-se imprescindível esclarecer o que se entende como “fundamento biológico da ordem moral” e sua correlação com a noção de incomensurabilidade dos sexos, a fim de dar subsídios para a discussão a seguir.

Em seu livro *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*, de 1992, o historiador norte-americano Thomas Laqueur afirma que a compreensão atual do que seja sexo surgiu em algum momento do século XVIII a partir das descobertas anatômicas que transformaram o corpo no alicerce do discurso social. Neste movimento, a anatomia da mulher passou a servir de base para um novo fundamento do gênero, ou melhor, o corpo reprodutivo da mulher tornou-se o ponto de inflexão da redefinição da antiga relação social, íntima e fundamental entre homens e mulheres. De fato, as formas tradicionais complexas cujas semelhanças entre corpos, e entre corpos e o cosmo, confirmavam a ordem de um mundo hierarquicamente concebido foram reduzidas a um único plano, o da natureza. Deste modo, no mundo da explicação científica moderna, o que passou a importar foi o fundamento simples, horizontal e imóvel do fato físico do corpo: o sexo (ROHDEN, 1998; LAQUEUR, 2001).

Ainda, segundo esse historiador, até o século XIX, os modelos culturais apoiavam-se na ideia aristotélica de inferioridade do gênero feminino, uma concepção na qual a causa material era inferior à causa eficiente. Nesta, não havia a necessidade dos fatos da diferença sexual para se fundamentar a diferença dos gêneros, ou seja, apesar da afirmação de que a geração do macho era a causa eficiente e a da fêmea a causa material não ser fisicamente demonstrável, reforçava o que significava ser homem e mulher, de modo que a natureza do sistema reprodutor era apenas incidental para definir as diferenças sexuais nos grupos humanos. Assim, o ventre, identificado como “falo negativo” durante o século XVIII, tornou-se o “útero” – um órgão cuja anatomia e fisiologia ofereciam uma explicação científica para a condição social da mulher. Todavia, era o contexto político do período que influenciava a articulação da incomensurabilidade dos sexos. Com efeito, havia muitas lutas pelo poder entre homens e mulheres, sobretudo a partir do século XIX. Assim, quando “a ordem transcendental preexistente ou os costumes de tempos imemoriais tornaram-se cada

vez menos uma justificativa plausível para as relações sociais, o campo de batalha do gênero mudou para a natureza, para o sexo biológico” (LAQUEUR, 2001, p. 192). Conseqüentemente, este tornou-se o ponto no qual as diferenças anatômicas passaram a ser utilizadas para sustentar ou impedir reivindicações sociais, políticas, econômicas, culturais e/ou eróticas e o corpo transformou-se em padrão-ouro para todos os assuntos (ROHDEN, 1998; LAQUEUR, 2001).

Contudo, vale notar que a construção da incomensurabilidade dos sexos não foi obra do século XVIII, mas começou no século XVII e culminou na publicação de obras científicas nas quais se podia encontrar argumentos explicitamente construídos apoiando os fundamentos biológicos de uma ordem moral. Com efeito, os cientistas do período forneceram seus dados e prestígio às ideologias dominantes, ao descobrirem ou comprovarem os aspectos da diferença sexual que haviam sido ignorados até então. Além disso, a política de gênero implementada nesta época afetou a interpretação e a produção de dados clínicos e laboratoriais. Assim, tais diferenças sexuais produzidas pelo avanço científico e interpretadas pelos vieses cultural e político modernos foram as bases para a construção da incomensurabilidade dos sexos, isto é, a afirmação de que existem dois sexos que são anatômica, biológica, genética, embriológica e fisiologicamente diferentes, que perdura até os dias atuais (LAQUEUR, 2001).

Curiosamente, mesmo com as contradições encontradas nos estudos da embriologia, a evolução de instrumentos como o microscópio e a conseqüente identificação dos gametas no século XIX contribuíram ainda mais para que o sexo fosse assimilado à cultura. Efetivamente, houve uma corrida para encontrar a reprodução sexual em todos os seres vivos, inclusive nas plantas, que passaram a ter gênero e sua natureza sexual tornou-se a base para o sistema de classificação de Lineu. Os filósofos da natureza do período pareciam ter razão em considerar a diferença sexual uma das dicotomias fundamentais da natureza, um abismo intransponível nascido dos próprios germes reprodutivos e dos órgãos que os produziam (ROHDEN, 1998; LAQUEUR, 2001).

Neste ponto, a cientista social Fabíola Rohden traz uma importante contribuição para a percepção da metáfora do sangue nas ideias sobre as diferenças entre os sexos ao comentar sobre os desenvolvimentos científicos contemporâneos que ligam os hormônios, particularmente os sexuais, ao bem-estar, à saúde e a determinados comportamentos, aprofundando tais diferenças no âmbito do saber biomédico. Segundo ela, atualmente há o predomínio de um império do “‘corpo hormonal’ que parece sobrepor-se a qualquer outra concepção biomédica corrente” (ROHDEN, 2008, p. 134). Sendo assim, e se a aproximação

for pertinente, é possível inferir que no paradigma bioquímico do “corpo hormonal”, a metáfora do sangue mistura-se à compreensão de que o corpo da mulher fica à mercê dos ciclos hormonais relacionados à sua atividade reprodutiva em potencial, desde a puberdade até a menopausa, tanto em condições fisiológicas quanto patológicas (ROHDEN, 2008), o que, por conseguinte, confere recursos “científicos” para o desenvolvimento de dispositivos institucionais, e porque não dizer biopolítico-imunitários, para o controle do gênero feminino.

Com efeito, se pelo menos até o final do século XIX era nítida a busca de um órgão que justificasse a diferença entre homens e mulheres, já no início do século XX o desafio era entender como as substâncias produzidas pelas gônadas e veiculadas pela circulação sanguínea operariam o processo de diferenciação, fundamental na construção dos dispositivos sociais de controle. Se antes o ovário poderia ser visto como “centro condensador da feminilidade”, assim como o testículo o era para a masculinidade, agora se tratava de descobrir o mecanismo de produção da própria feminilidade e da masculinidade nos fluidos corporais. Em outros termos, o paradigma bioquímico de causa e efeito passou a determinar o que se deveria procurar e até onde as explicações deveriam chegar. Foi nesse contexto de busca pelas causas últimas dos fenômenos e de marcada relação entre sexo físico-corporal, estereótipos de gênero e identidades sexuais substancializada em órgãos e agora em secreções internas propagadas pelo sangue, que se descobriram os chamados hormônios sexuais (ROHDEN, 2003).

Efetivamente, na literatura científica das primeiras décadas do século XX, havia uma correlação entre os planos anatômico e moral que se traduzia na redução das condutas individuais às causas orgânicas, mais especificamente bioquímicas, em última análise perpassadas pela metáfora do sangue. Assim, o discurso sobre o corpo da mulher não era somente a descrição fisiológica do corpo feminino, mas também um tratado moral sobre sua conduta fundamentado nas características bioquímicas inerentes ao seu próprio sangue. Em outros termos, o argumento das diferenças sexuais, contaminado pela metáfora do sangue e produzido pelo avanço científico do início do século passado, foi interpretado pelo ponto de vista cultural e político e tornou-se a base para a noção da incomensurabilidade dos sexos que ainda hoje influencia moralmente a sociedade (ROHDEN, 1998; LAQUEUR, 2001; ROHDEN, 2008).

4.2.2 Corpo e território

Tendo clarificado este ponto e retornando à preocupação ocidental com o corpo, é compreensível entender por que esta entidade obteve uma nova importância no século XVIII e seguintes já que se tornou a origem e o destino das dinâmicas sociopolíticas e o padrão-ouro do discurso científico, social e moral modernos, paralelamente à redução epistemológica do cosmo à natureza e à identificação do homem a um corpo estável e a-histórico (ROHDEN, 1998; ROHDEN, 2003; FOUCAULT, 2006c; SOUKI, 2016; RADOMSKY, 2017).

No início do século XX, a popularização das descobertas genéticas contribuiu ainda mais para o reforço do corpo no registro científico. Concebido como um complexo bioquímico inextricável e variável (SOUZA, 2016), fonte das gerações e degenerações, ele se transformou num carreador de “genes” (SOUKI, 2016), isto é, da saúde, da doença, da moral e do vício. Vale notar que não havia a concepção atual dos genes, de modo que este termo tinha mais relação com os aspectos caracterológicos, morais e étnicos associados à hereditariedade (ao *genus*). Assim, o corpo passou a ser entendido como um veículo difusor tanto dos “genes” quanto dos germes, isto é, do sangue e de bactérias. É importante frisar novamente este ponto pelo fato de que o deslocamento das massas pelos espaços e a influência do meio sobre a saúde do indivíduo passaram a ser fontes de muitas inquietações sanitárias e biopolíticas (ROHDEN, 2003). Com efeito, a intensificação do tráfego entre o Velho Mundo e suas ex-colônias, principalmente em virtude do afluxo de imigrantes aos novos Estados-Nação, promoveu um maior desenvolvimento de tecnologias de controle de circulação, resguardo das fronteiras e de vigilância da saúde. Desta forma, Saúde Pública e nacionalismo vinculavam-se ao projeto de modernização que incluía também um território definido, uma política econômica, uma democracia liberal e a ideia de cidadania (STERN, 1999; BASHFORD, 2004; ORTIZ, 2013).

Sendo assim, em uma metáfora orgânica semelhante à de Hobbes em *Leviatã* (1651), o território passa a equivaler ao corpo do Estado-Nação e, neste sentido, o território nacional é definido pelo recurso dos mapas. A noção de Estado-Nação abrange a de territorialidade, isto é, o “mais que isso” que envolve a ideia de um coletivo humano fundante das referências social, cultural, histórica e econômica de seu território; ou seja, da nação. Assim, a nação é fonte de soberania e de legitimidade do Estado que existe como um “corpo nacional” intangível e cuja integridade depende deste respectivo coletivo humano. Em outros termos, nas teorias espaciais que se desenvolveram entre os séculos XIX e XX, os grupos humanos

que fundamentavam o Estado necessitavam estar referenciados a um território específico para existir politicamente. O Estado seria intangível porque existiria no papel como uma ilustração com pretensão de realidade e sua integridade dependeria do coletivo que sustentaria essa pretensão através dos artifícios (instituição, leis, representatividade governamental) desenvolvidos para o seu estabelecimento e manutenção, o que garantiria sua legitimidade (MAGNOLI, 1997).

Assim, este Estado-organismo representaria um “espaço vital”, que funcionaria como mediador entre o povo e o solo. Nesta mediação, o povo participaria com o sentimento de pertencimento territorial obtido a partir de sua ligação permanente com o solo, sua região ou seu país. Tal “espaço vital” é inicialmente vinculado à ideologia do *Lebensraum* de Ratzel, mas que, por extensão, abrange também o “mundo da vida” (*Lebenswelt*) (MAGNOLI, 1997). Na teoria de Ratzel, a política articulava-se com o espaço e introduzia a noção de “sentido de espaço” segundo a qual determinados grupos humanos possuíam uma capacidade superior de ordenamento das paisagens e da valorização de seus recursos naturais, assim como a de se fortalecer através de sua fixação e enraizamento num dado território. O modelo de *Lebensraum* de Ratzel tem conexões com o saber biológico desenvolvido no mesmo período e seus temas de eleição harmonizavam-se com as grandes questões da época, tais como as disputas territoriais e o fortalecimento nacional como garantia de poder dos povos sobre os territórios ocupados (ARCASSA; MOURÃO, 2011).

Em outras palavras, a delimitação de um território nacional era questão fundamental para a horogênese¹⁷ (CERRI; MAGNOLI, 1998) dos Estados Modernos (ESTEVES, 2014). Desta forma, o limite abstrato entre os Estados materializava-se nos dispositivos biopolíticos criados para o controle das bordas de seus respectivos “geocorpos” (BASHFORD, 2004; WINICHAKUL, 1994). Logo, a delimitação das fronteiras passou a ser prioridade e a institucionalização da quarentena marcou a transformação destes locais num espaço administrativo com funções sanitária, militar, política e econômica (BASHFORD, 2004). Em particular, a quarentena mostrar-se-ia um dispositivo biopolítico que indicava como um país se definia e como se concebia seguro (BASHFORD, 2004). Em acréscimo, ela imputaria ao migrante o ônus de ocupar um lugar ambíguo no qual era integrado por sua força de trabalho e excluído pelo nativismo nacionalista (STERN, 1999), traço marcante do paradigma da imunização (NALLI, 2013).

¹⁷Segundo Cerri e Magnoli (1998), entende-se por horogênese o processo de definição de um território no qual é exercida a soberania por um determinado poder político. Tal fenômeno propicia, ao mesmo tempo, a delimitação de uma fronteira que separa esse mesmo território de um outro onde se exerce outra soberania.

Quanto à noção de geocorpo, esta remonta ao conceito medieval de dois corpos do rei, que evoluiu para a metáfora do Estado como um organismo político/social no qual os corpos do homem e do cidadão se conjugariam e funcionariam complementarmente em um todo (SOUKI, 2016). O geocorpo é descrito como uma definição territorial artificial produtora de uma cadeia de efeitos nas pessoas, coisas e relações (BASHFORD, 2004; WINICHAKUL, 1994). Nele, o imaginário é a base para a sedimentação do referencial político e simbólico das identidades coletivas nacionais (MAGNOLI, 1997). Isto é, este termo inaugura uma representação de mundo, incluindo a sociedade mesma e seu lugar nele, que ultrapassa o *constructum* intelectual, porque ligada à intenção coletiva de uma dada sociedade e à *Stimmung* que embebe a totalidade da vida social (CASTORIADIS, 1997). Portanto, o geocorpo traduz os limites geográficos em discurso e o conseqüente reforço deste discurso das identidades coletivas nacionais, isto é, do Estado-Nação, através de representações e dispositivos administrativos biopolíticos. Toda essa dinâmica colaborou parcialmente para a metamorfose da geografia de nações, como, por exemplo, a Austrália, entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX (BASHFORD, 2004).

Na Austrália, assim como em outros Estados-Nação, as metáforas biomédicas microbiológicas deste período, sinergicamente à metáfora do sangue, serviram de fundo para o âmbito da ação política. Tem-se, então, que a biopolítica articulada ao conhecimento sobre a imunidade passou a indicar a necessidade crescente de proteção do território australiano sob fluxo migratório intensivo (RADOMSKY, 2017; PABÓN; COLLAZZOS, 2011). Assim, a articulação entre o discurso biomédico sobre epidemia, contágio, imunidade e higiene e o da defesa nacional sobre resistência, proteção, invasão e imigração reforçava a institucionalização da quarentena como um tipo de dispositivo biopolítico de proteção territorial contra a contaminação representada pelos movimentos migratórios, isto é, contra o perigo da contaminação do sangue australiano com o sangue estrangeiro. Neste sentido, a fronteira australiana ilustra as ideias baseadas em pureza e vulnerabilidade do sangue nacional e se comporta como local de regulação comercial e moral, além do controle médico-legal (BASHFORD, 2004).

Esta preocupação com as fronteiras também surgiu em países como os Estados Unidos, que não tinham um limite territorial facilmente definido pela geografia como a Austrália. O caráter imaginário de seu limite com o México modificou-se ao longo dos eventos que acompanharam as transformações dos padrões de migração e dos dispositivos biopolíticos entre o final do século XIX e início do XX. A mudança nas políticas migratórias norte-americanas aplicadas sobre determinados povos até fins do século XIX concentrou-se

sobre a população mexicana a partir dos anos 1920, culminando no Ato Nacional das Origens de 1924 e a instituição da guarda de fronteira (STERN, 1999). Aqui, o termo “sangue” emerge novamente como uma pista para a compreensão dos dispositivos biopolíticos e sua polissemia indica tanto a origem e a cultura de grupos humanos como o veículo de germes e de “genes” – no caso, a “raça”. Este último termo está de acordo com os censos e indexadores norte-americanos dos fins do século XIX e primeiras décadas do XX e refere-se ao passado, à história e à herança dos povos – além de se prestar para a divisão da população em subgrupos, o estabelecimento de um corte biológico e uma espécie de hierarquia entre eles. Na categoria “mexicano”, por exemplo, o censo norte-americano de 1930 combinava a noção de “raça” à de “nação” e exemplifica o que se entende como metáfora do sangue e deve ser visto sob esta perspectiva ao longo de toda esta seção (STERN, 1999).

Vale ainda dizer que se considerarmos a possibilidade de que a polissemia do termo “sangue” se amplifique a partir do limite do corpo individual ou da identidade grupal e se ligue à ideia de Estado-Nação como geocorpo, a noção de fronteira sofre uma profanação, isto é, um deslocamento semântico (AGAMBEN, 2007). Neste movimento, os limites nacionais abandonam a concepção usual de fronteira, ganham capilaridade e se movem reversivelmente da paisagem geográfica da nação para a epiderme dos cidadãos, bem como do corpo individual dos imigrantes para seus respectivos grupos e culturas (STERN, 1999). Em outras palavras, as fronteiras dos países se condensam simbolicamente nos limites dos corpos individuais e em seu conjunto – o corpo social –, o qual se dilata e se comuta em um dos aspectos do geocorpo. Fenômenos como este embasaram as metáforas político-imunitárias de proteção e fortificação das bordas nacionais a partir da tese médica de defesa do organismo ante o perigo de contaminação (NALLI, 2012), assim como deve também servir de modelo para a compreensão deste capítulo.

Efetivamente, o desenvolvimento do paradigma da imunização adveio parcialmente da conscientização da existência de ameaças internas e externas às sociedades modernas e em benefício do corpo social e da integridade de seus membros (PABÓN; COLLAZZOS, 2011; ESPOSITO, 2017; RADOMSKY, 2017). Ele conjuga simultaneamente biopolítica e modernidade e demonstra como os dispositivos biopolíticos criados para proteger a vida e as subjetividades, paradoxalmente, produzem restrições e extermínios (NALLI, 2013; ESPOSITO, 2017; RADOMSKY, 2017).

Em resumo, a partir do artifício da metáfora do sangue, pode-se depreender que a “autoconservação imunitária” (NALLI, 2013) marcou o desenvolvimento australiano

(BASHFORD, 2004) e norte-americano (STERN, 1999), entre outras nações, em graus e modos diferentes de implementação, bem como a construção da família medicalizada e da maternidade científica, ambos produtos do projeto modernizador brasileiro como será visto a seguir.

4.2.3 Corpo, paradigma da imunização e eficiência nacional

Como projeto modernizador das ex-colônias, o paradigma da imunização não considerava imigrantes e minorias como cidadãos, mas como alvos de medidas higiênicas verticalizadas (DI LISCIA, 2012). A estigmatização étnica e social estava relacionada à busca do tipo ideal de cidadão: saudável, trabalhador e dócil. Tal indivíduo provinha da família medicalizada, uma espécie de garantia da eficiência nacional, isto é, da viabilidade da nação (BASHFORD, 2004; PABÓN; COLLAZZOS, 2011). No conjunto da valorização social das ciências, a biologia da incomensurabilidade trazia a ideologia da maternidade atrelada ao projeto nacionalista (ROHDEN, 2003). Forjando um discurso pautado na higiene no qual convergiam noções de saúde, educação e patriotismo, os dispositivos biopolíticos voltavam-se para a proteção tanto do território nacional como do “território privado”, da vida doméstica, particularmente através do papel das mulheres (FREIRE, 2008; PABÓN; COLLAZZOS, 2011).

No Brasil, por exemplo, a Proclamação da República inaugurou um período de reorganização dos sentidos dados à nação, no qual houve a necessidade da redefinição do povo, da cidadania e de sua representação, em suma, de seu sangue. A nação passou a ser debatida não só entre a elite letrada, mas também a fazer parte do projeto político estatal (CARVALHO, 2016). A medicina higienista era a maior aliada no combate à doença e no desenvolvimento da identidade nacional (LIMA; HOCHMAN, 1996). Muitos sanitaristas aderiam a uma “eugenia preventiva” nos moldes da medicina social francesa, provavelmente porque os limites entre eugenia e higiene eram imprecisos e ambos os termos tinham caráter prospectivo e de melhoramento nacional. Nomes importantes como Renato Kehl e Edgard Roquette-Pinto, apesar de suas divergências quanto à concepção de eugenia, pautavam a reforma da sociedade, o aperfeiçoamento racial e a solução da “questão social” nas descobertas biomédicas de então (SOUZA, 2016).

Renato Kehl (1889-1974) era adepto da “eugenia negativa”, a qual adotava medidas radicais de controle matrimonial, esterilização e políticas de segregação racial e social, além de associar os problemas brasileiros à constituição biológica dos “tipos nacionais”. Estes

foram produtos do esforço e mobilização de médicos, naturalistas, antropólogos e cientistas de fins do século XIX e início do século XX para a caracterização das populações humanas que compunham a sociedade brasileira, sua “constituição racial” e sua diversidade biológica, com o objetivo de construir um panorama das “raças humanas” por meio de classificações morfoanatômicas das partes do corpo (SOUZA; SANTOS, 2012).

Por sua vez, Edgard Roquette-Pinto (1884-1954) defendia a perfectibilidade eugênica dos “mestiços do Brasil” e empregava a antropologia física para negar o determinismo racial defendido pelos eugenistas negativos (SOUZA, 2016). Ligava-se, sobretudo, à “eugenia positiva”, que focava o desenvolvimento e emprego de medidas educativas e de aconselhamento eugênico segundo a proposta *galtoniana*. Tal proposta partia da noção de que a perpetuação de características degenerativas na média populacional era a maior responsável pela manutenção das situações sociais adversas, ou seja, procurava a origem das mazelas sociais nos traços ou características individuais “inatas” (DEL CONT, 2008). Neste contexto, pode-se depreender que as ideias relacionadas à constituição racial e à diversidade biológica do brasileiro também estavam fundamentadas em metáfora do sangue, sendo este fluido o principal carreador dos “genes”, isto é, das características individuais e dos grupos humanos.

Neste cenário de um Brasil preocupado com a identidade nacional nas primeiras décadas do século XX, a maternidade extrapolou o âmbito da vida privada e contribuiu para a concepção da mulher como produtora de cidadãos (ROHDEN, 2003) ao se vincular ao projeto republicano a partir de uma outra concepção da missão feminina, qual seja: a de “melhorar o sangue” nacional e produzir cidadãos para a Pátria. Assim, o projeto nacionalista brasileiro construiu políticas públicas voltadas para a proteção social das mães e dos filhos e reforçou o movimento maternalista, contribuindo para transformar a maternidade em valor social e dever patriótico (FREIRE, 2008).

Foi pensando neste novo ideário que a *práxis* médica brasileira reforçou seu poder disciplinador sobre os corpos femininos, a partir da introdução da biotecnociência em seu discurso. Do mesmo modo, promoveu-se uma mudança do modelo de maternidade tradicional para a “maternidade científica”, ou seja, para a produção de uma mãe moderna, isto é, uma maternidade que demandava um conhecimento específico suprido pelo discurso científico e por novos dispositivos de biopoder baseados na pedagogia dos corpos.

Apesar da medicina social francesa estender seu lastro de influência sobre o Brasil, foram os argumentos morais e culturais associados aos projetos feministas e aos imperativos nacionalistas tais como a defesa da maternidade como dever nacional que prevaleceram por

aqui. Somando-se a isto, a ameaça à construção da nação representada pela precariedade das condições sanitárias e pela alta mortalidade infantil foi motivo suficiente para justificar o ataque às tradições culturais e a adoção da ciência como principal aliada do poder. Neste contexto, a maternidade científica brasileira era simultaneamente produto da natureza feminina, missão divina e dever social, e o papel de mãe incorporava tanto uma missão patriótica, ao prezar o “sangue nacional”, como uma prática científica (FREIRE, 2008). Assim, a amamentação também saiu do escopo das atividades femininas possíveis para se tornar missão patriótica, submetida à racionalidade médica e explicada segundo os cânones higienistas. Por outro lado, embora fosse grande o aporte científico e racional utilizado para justificar o aleitamento, os principais argumentos eram explicitamente morais e religiosos (FREIRE, 2008).

Com efeito, a ideologia higienista de gênero do período girava, sobretudo, em torno das atividades domésticas. Pode-se depreender de seu discurso que a metáfora do sangue, traduzida no medo do contágio e no perigo dos germes, fundamentou a produção de um conjunto de práticas domésticas ritualizadas avalizadas pela ciência e identificadas como femininas e modernas. Desta forma, é possível compreender que a produção da maternidade científica e da medicalização da criação dos filhos por meio da produção de dispositivos biopolítico-imunitários e a partir da metáfora do sangue sedimentou a concepção da casa como lugar de exercício biopolítico do poder. Ao mesmo tempo, conferiu o *status* de atividade científica aos afazeres cotidianos da mulher. Em seu conjunto, os dispositivos de biopoder e biopolíticos desenvolvidos no período e implementados em todas as dimensões da vida civil contribuíram para reforçar as pretensões nacionalistas compreendidas no horizonte do paradigma imunitário.

Em resumo, pode-se depreender do que foi exposto que o corpo humano se tornou objeto de interesse e intervenção durante o desenvolvimento do Estado Moderno e das sociedades ocidentais. Simultaneamente a esse desenvolvimento, o poder infiltrou-se no espaço da vida humana através de dispositivos de biopoder e de biopolítica. O que se quer dizer com isso é que durante o desenvolvimento de Estados-Nação, o saber-poder presente nos discursos biomédico, científico, político e moral misturaram-se e confundiram-se com as tecnologias políticas, econômicas e de gestão social vigentes principalmente por seu caráter capilar. Ao fim e ao cabo, foi o saber biomédico que voltou seus interesses para a saúde da população e para os corpos dos cidadãos de forma que estes se tornaram uma realidade biopolítica na qual a medicina passou a ser exercida como e a partir de uma estratégia biopolítica.

Neste sentido, buscou-se mostrar que os dispositivos biopolíticos e de biopoder, quando são vistos através da metáfora do sangue, revelam sua capacidade de se entranhar na agenda medicalizante e higienista dos projetos modernos de nação e seu poder de influenciarem desde a vida doméstica até os limites geopolíticos. Assim, associada à noção de corpo, a metáfora do sangue trouxe capilaridade ao termo “fronteira”, o que lhe permitiu romper com seu significado tradicional e se projetar na dimensão da vida humana, o *locus* de ação biopolítica. Por fim, em nosso entendimento, este artifício pode contribuir para a compreensão de um dos aspectos do paradigma da imunização relacionado ao estabelecimento e manutenção dos Estados-Nação, qual seja, a criação de dispositivos biopolíticos para a eliminação de ameaças internas e externas às sociedades em benefício do reforço de seu corpo social e da integridade de seus membros. Ademais, essa capacidade de penetrar nas diversas instituições e dimensões do viver cotidiano presente nos discursos de poder também teve papel na formação do campo da Saúde Pública, na formulação de políticas públicas e na estruturação dos modelos de atenção em saúde no Brasil, o que será tratado de forma resumida no próximo capítulo.

Considerações finais

Durante o desenvolvimento das sociedades modernas, o conjunto dos elementos que construía o significado do corpo humano convergiu para o corpo anatômico/fisiológico por meio da medicina – em sua articulação com outros saberes. Foi assim que a ideia de corpo social, surgida com a criação do Estado Moderno, tendeu a deixar de ser uma simples metáfora jurídico-política para se tornar uma realidade biológica. De fato, para o poder ser exercido no interior do corpo social através de mecanismos sutis de dominação, fez-se necessária a formação, a organização e a circulação de aparelhos de saber que não eram construções ideológicas, mas, sim, instrumentos reais de produção e acumulação do saber.

Segundo Foucault (2006d), só há o exercício do poder a partir do funcionamento de uma certa economia dos discursos da verdade que se estabelece dentro do próprio corpo social que, por sua vez, a reproduz para sua manutenção. Sabe-se que tal economia dos discursos da verdade teve dois movimentos principais no Ocidente. Uma primeira tomada de poder ocorreu sobre o corpo no âmbito da individualização no século XVII, a qual foi seguida por uma segunda tomada de poder, no final do século XVIII, no contexto de uma massificação, ou seja, partindo do homem-corpo em direção ao homem-espécie. É neste sentido que se pode compreender a noção de biopoder como o poder que abarca o corpo e a

vida em geral, no polo do indivíduo e no polo da população.

Assim, depois da instauração da anátomo-política do corpo humano no século XVIII, houve o surgimento da biopolítica da espécie humana no final deste mesmo século. Neste movimento, as tecnologias biopolíticas voltaram sua atenção para o conjunto dos fenômenos naturais relativos à espécie como um todo, somados a uma gama de problemas políticos e econômicos com os quais o Estado Moderno lidava. Tais mudanças promoveram a ascensão política da medicina, que passou a ter como função primordial a higiene pública, isto é, a coordenação, a centralização e a normalização do saber médico em torno da coleta, organização e interpretação dos dados demográficos para fins de tratamento, produção de campanhas de aprendizado da higiene e medicalização da população (FOUCAULT, 1999a).

Com efeito, ao incidir simultaneamente sobre o corpo e a população, a medicina teve efeitos disciplinares e regulamentadores que permitiram estabelecer um vínculo entre o conhecimento científico e sua influência sobre o biológico e o orgânico, com a técnica política de intervenção, com efeitos de poder biopolíticos próprios. É neste ponto que a norma se apresenta como o elemento que fez a ligação entre disciplina e regulamentação e que circula entre a dimensão do corpo e a da população. De fato, a norma pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. Portanto, no âmbito do discurso da norma, introduziu-se um corte entre o que deve morrer e o que deve viver. Em outros termos, a normalização da população promovida pelo “racismo de Estado” passou a indicar uma interrupção no contínuo biológico da espécie humana a partir não só do surgimento das raças, mas também da construção de todo um conjunto de hierarquias baseadas na organização de características biológicas dos indivíduos e grupos. Isto significa dizer que a noção de racismo trouxe uma maneira de defasar uns grupos em relação a outros dentro do conjunto da população, o que abriu a possibilidade de se criar dispositivos de gestão voltados para a priorização da vida de certos grupos em detrimento de outros (FOUCAULT, 1999a).

Neste ponto, e se a aproximação for correta, é possível articular a noção *foucaultiana* de racismo de estado com a ideia *espositana* de paradigma da imunização. Isso porque esta última também apresenta conexões com os saberes do campo da fisiologia e da patologia, os quais serviram de base para a criação de categorias através da utilização de metáforas biomédicas, sobretudo aquelas surgidas no desenvolvimento dos Estados-Nação entre o século XIX e primeiras décadas do século XX e que influenciaram na construção tanto de instituições estatais como de políticas públicas.

Efetivamente, este capítulo buscou apontar que os discursos biomédico, científico,

político e moral deste período específico se misturaram e se confundiram durante o desenvolvimento de algumas ex-colônias. Nesse contexto, os dispositivos de biopoder e biopolíticos, agindo sobre os corpos pelo viés do paradigma da imunização, foram capazes de se imiscuir nos projetos modernos de nação e influenciar no espaço vivido dos indivíduos desde a vida doméstica e privada até os limites geopolíticos e as zonas de fronteira. Ao fazê-lo, a economia dos discursos da verdade desses dispositivos também estabelecia a ideia de que não se tratava simplesmente de suprimir vidas, mas, sim, de extirpar as ameaças internas/externas em relação à população e para a população.

Deste modo, o imperativo da morte revelava-se na produção de dispositivos biopolíticos voltados para a eliminação do perigo biológico diretamente ligado à própria espécie ou à raça e para o fortalecimento da população normalizada, exatamente como se pretendeu ilustrar. Com efeito, optou-se por utilizar os exemplos retirados de literatura específica que relatam as metáforas biomédicas do final do século XIX e início do século XX em países como Austrália, Estados Unidos e Brasil. Tais metáforas, principalmente as referentes ao sangue, serviram de base para a tessitura de uma nova rede discursiva na qual o paradigma da imunização daria sustentação à construção de discursos científicos tais como o da incomensurabilidade dos sexos e da autoconservação imunitária, além de fundamentar a produção da família medicalizada e da maternidade científica.

De fato, é possível profanar a noção de fronteira através do recurso do uso da polissemia do termo “sangue”. Neste movimento, a ideia de fronteira abandona sua ligação com os limites nacionais, ganha capilaridade e se move reversivelmente da paisagem geográfica dos Estados-Nação para a epiderme dos cidadãos, bem como do corpo individual dos imigrantes para seus respectivos grupos e culturas. Isto é, as fronteiras dos países são condensadas simbolicamente nos limites dos corpos individuais e o conjunto destes – o corpo social – dilata-se e comuta-se na imagem do Estado-Nação. Por meio desse artifício, é possível inferir o seu poder de penetração, isto é, a capacidade que a economia dos discursos da verdade biopolíticos tem de influenciar as diversas instituições e dimensões do viver cotidiano por meio de seus dispositivos. Tais dispositivos biopolíticos, sustentados pelo paradigma da imunização e encontrados no desenvolvimento da medicina e dos Estados Modernos, também tiveram papel na formação do campo da Saúde Pública, na formulação de políticas públicas e, conseqüentemente, na estruturação do modelo assistencial brasileiro eminentemente biomédico, tecnicista e hospitalocêntrico. Esse será o tema a ser discutido no capítulo a seguir, com base na delineação sucinta da história do movimento da Reforma Sanitária.

5 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA E O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Resumo do capítulo

Este capítulo pretende oferecer recursos teóricos para se compreender a estrutura e organização da APS no contexto do SUS, por meio das diretrizes propostas pela PNAB. No horizonte dessa política, a ESF é utilizada como recorte para a apreensão do trabalho na APS a partir das características operacionais, valores e das principais ferramentas da atividade laboral do ACS, pois seu trabalho é um dos focos desta tese.

Para tanto, inicialmente houve a necessidade de se realizar uma breve incursão sobre as origens do movimento da Reforma Sanitária no Brasil com o objetivo de oferecer subsídios minimamente suficientes para analisar as relações de saber-poder que fundamentaram a construção e o exercício legítimo da ESF, isto é, as tramas históricas que permitiram sua emergência como arranjo prático-discursivo, sua visibilidade social e seus agenciamentos. Isso porque é sabido que as políticas públicas são derivadas de articulações técnico-científicas e econômicas fortemente influenciadas pelas relações históricas de poder. Com efeito, as relações de saber-poder que conseguem persistir através dos tempos por meio da atualização de suas configurações e mantendo uma influência coletiva indicam, entre outras coisas, uma prevalência no embate político das forças em jogo. Assim é que todo arranjo prático-discursivo válido e compreendido no âmbito de uma economia dos dispositivos políticos, tomados como “lentes de interpretação do mundo” ou “aparatos para fazer ver e falar”, resulta da instauração de discursos de verdade que se distinguiram nos jogos de saber-poder no âmbito das sociedades (PINTO, 2010).

São essas políticas públicas de saúde, surgidas no Ocidente como dispositivos biopolíticos dedicados a produzir e prolongar a vida humana, que fundamentaram a criação da Saúde Pública em uma dinâmica sinérgica com o Estado Moderno e a biopolítica. É a partir dessa interpretação que se pode conceber a ESF como um dispositivo da Saúde Pública cujas raízes estão sedimentadas na racionalidade biopolítica, mas, igualmente, a ESF comporta uma economia própria resultante do seu arranjo particular de saber-poder. Tal arranjo, que pode ser igualmente fonte de resistência às forças reificantes biopolíticas, é possível de ser apreendido por meio da análise das atividades laborais de seus trabalhadores tais como o ACS, conforme será abordado nas seções a seguir.

5.1 PANORAMA HISTÓRICO RESUMIDO DO DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Como referência histórica para construir um breve percurso cronológico das políticas públicas de saúde, optou-se por partir do início do século XIX, mais precisamente do ano de 1808. Isto porque entende-se que a chegada da família real ao Brasil provocou importantes rupturas políticas e econômicas na ordenação social da ex-colônia, sobretudo com a instauração de uma nova dinâmica relacional entre o poder central, os dispositivos de saúde e a sociedade, desde então baseada na eficiência nacional. De fato, foi a partir do século XIX que o binômio saúde-sociedade passou a ser uma preocupação política e de gestão no território brasileiro e diversas interpretações da noção de saúde, bem como as razões políticas para produzi-la ou defendê-la, foram elaboradas de acordo com objetivos diversos. Em linhas gerais, houve ao menos três configurações diferentes na genealogia das políticas de Saúde Pública no período compreendido entre a chegada da corte portuguesa em território nacional até os anos 90 do século XX. A primeira refere-se à instauração de políticas de saúde baseadas em dispositivos de *polícia sanitária* capazes de controlar o aparecimento de doenças no corpo social urbano e voltadas para o fortalecimento do Estado. Essa configuração predominou ao longo de todo o século XIX. A segunda estratégia diz respeito a uma política pública de saúde cofinanciada pela previdência estatal, que surgiu em meados de 1920 e vigorou até o final da década de 1960. Tal política estava voltada para criação de dispositivos biopolíticos capazes de garantir a assistência médica da população brasileira em geral, sobretudo os coletivos de trabalhadores, de gestantes e das gerações mais novas, bem como para o desenvolvimento de campanhas sanitárias baseadas em ações educativo-informativas e na vacinação em massa para controle de doenças e. A terceira iniciativa estava relacionada à implementação de políticas públicas de saúde em articulação com políticas sociais e econômicas capazes de garantir a proteção, a promoção e a recuperação da saúde da população brasileira como resultante da emergência da noção de saúde como um dever do Estado e direito do cidadão, fenômeno que se iniciou na década de 1970 e predomina até os dias atuais (PAIM, 2009; PINTO, 2010; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Com relação à primeira configuração do movimento sanitário brasileiro, ressaltam-se alguns eventos importantes ocorridos com a chegada da corte portuguesa no início do século XIX. Esse pode ser considerado o fato desencadeador do desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil, pois a migração da corte portuguesa para o território nacional promoveu uma modificação crucial na vida dos residentes. Com efeito, a instalação da família real no

Rio de Janeiro fez com que surgisse uma série de instituições voltadas para a organização e segurança urbanas e para o conhecimento territorial. Exemplos são a Academia Real Militar, as faculdades de economia e agricultura, o Museu e a Biblioteca Reais, ou seja, todo um aparelho institucional criado com fins de fomentar a eficiência nacional, principalmente por meio do crescimento econômico e a partir da majoração da produção, da defesa do território e da proteção da saúde da população. Essa estruturação sanitária pode ser aduzida, por exemplo, quando se leva em consideração alguns episódios, listados a seguir. Um deles foi a criação da Intendência de Polícia e Provedoria de Saúde em 1808, responsável pela melhoria e ordenamento urbano. Outra iniciativa foi a criação de uma Inspeção de Saúde dos Portos em 1843, com a missão de controlar a circulação de pessoas e mercadorias no território brasileiro. Nesse contexto, houve, ainda, a vigilância sobre os “agentes de cura”, com o licenciamento de práticos e empíricos para o exercício da medicina em território brasileiro e a criação do primeiro colégio cirúrgico. Finalmente, foram instaurados as juntas e Institutos Vaticínicos em diversas cidades, a partir de 1846, que ficaram responsáveis pela imunização compulsória da população através de métodos predominantemente higienistas e policialescos, visando à prevenção de epidemias e agindo diretamente sobre o corpo social. Todos esses acontecimentos são marcos que caracterizam a função estatal de *policia sanitária* como uma estratégia específica do poder central (PINTO, 2010).

Já com a criação da Sociedade de Medicina e o Estado em 1830, houve a consequente sistematização da higiene pública em um conjunto de normas coligidas, sob um Código de Posturas e, finalmente, a consolidação das relações entre Estado e medicina com a transformação dessa agremiação médica na Academia Imperial de Medicina em 1835. A partir desse fato, a organização médica tornou-se importante conselheira em assuntos de saúde e de higiene pública e cada vez mais presente no governo imperial. Nesse período, a relação da classe médica com o Estado foi pautada, particularmente, na permanente tentativa de implantar a normalização dos espaços urbanos e sociais, com o intuito de promover a saúde e o bem-estar da população. Com efeito, um dos maiores obstáculos encontrados pelo saber médico nessa relação com o Estado brasileiro estava na dificuldade de substituir o tradicional emprego estatal de estratégias curativas por dispositivos técnico-científicos mais modernos e com foco na prevenção. Isto é, o poder-saber médico nacional do final do século XIX estava buscando deslocar seu foco de interesse do campo da doença para o âmbito da saúde. Ademais, vale lembrar que os dispositivos técnico-científicos desenvolvidos pela medicina social desse período pretendiam atingir seus objetivos preventivistas prioritariamente, a partir de uma intervenção higienista na sociedade aos modos de uma

vigilância e escrutínio contínuo e planejado dos espaços urbanos e da vida social (PINTO, 2010).

Todavia, a divulgação da teoria bacteriológica nos fins do século XIX e a criação da República brasileira promoveram o desenvolvimento de novas práticas sanitárias e a emergência de outras instituições sanitárias no território nacional. Entretanto, apesar do surgimento de novos dispositivos técnico-científicos, bem como de uma nova organização da Saúde Pública no território nacional, curiosamente, a saúde surge como responsabilidade estatal apenas na Constituição de 1934. Tal fato nos leva a inferir que as ações sanitárias implementadas no nascente Estado brasileiro não sofreram modificações estruturais importantes e continuavam sendo planejadas e executadas de forma dispersa e pontual, sob um modelo campanhista-policiares que ainda não contava com um aparelho sanitário estatal já consolidado durante a Primeira República. Por outro lado, a instituição da *educação higiênica* no estado de São Paulo, como um dispositivo técnico-científico de vigilância da vida social urbana, foi um fato sanitário importante ocorrido nesse período e que se tornou uma medida sanitária amplamente utilizada nas primeiras décadas do século XX. Com efeito, as ações capilares e educacionais em saúde desempenhadas pelos inspetores sanitários junto aos indivíduos e famílias e em seus espaços domésticos passaram a prevalecer sobre as medidas massivas e policiarescas em forma de campanhas até então implementadas (PINTO, 2010).

Quanto à segunda configuração do movimento sanitário vigente entre os anos 1920 e 1960 em território brasileiro, destacam-se o papel da propaganda e da educação sanitária como delimitadores usuais das ações em saúde. Nesse novo movimento sanitário, a criação do Decreto Sanitário Federal, em 1923, foi um marco fundamental do período e promoveu a emergência de órgãos sanitários especializados no combate à tuberculose, à hanseníase e às doenças sexualmente transmissíveis por exemplo. Houve o surgimento da assistência hospitalar, o cuidado infantil e a higiene industrial – entendidos mais como problemas individualizados –, o avanço e a interiorização das medidas de saneamento, a inauguração da Escola de Enfermagem Anna Nery, além da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, o qual desempenhou ações normativas e executivas até 1934. Ademais, foi a partir de 1939 que a Fundação Rockefeller iniciou seu lastro de influência sobre o movimento sanitário brasileiro através do planejamento e implementação de estratégias descentralizadas e focadas na ação de profissionais especializados, com o intuito de erradicar a febre amarela e a malária do território nacional (PINTO, 2010).

Um outro marco importante desse período foi a criação da primeira Caixa de

Aposentadoria e Pensões em 1934, a qual foi direcionada a classes de trabalhadores considerados fundamentais – como os ferroviários. Essa espécie de instituição era inicialmente descentralizada e administrada pelos próprios empregadores e trabalhadores, mas passou a ser cofinanciada e administrada pelo Estado pouco tempo depois de seu surgimento. O movimento de sua captura pelo poder estatal fez com que, a partir dos anos 1930, surgissem os Institutos de Aposentadoria e Pensões, nos quais houve uma crescente centralização e controle estatal dos recursos previdenciários de cada classe de trabalhador, o que finalmente desaguou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social em 1967. Neste ponto, vale ressaltar que houve a consolidação de um modelo nacional de assistência previdenciária em saúde administrado pelo Ministério do Trabalho e/ou Previdência Social baseado, grosso modo, na assistência médica e hospitalar *flexneriana*, isto é, em um cuidado individualizado de base curativa e especializada garantido particularmente aos trabalhadores contribuintes. Quanto às demais ações em saúde de abrangência coletiva tais como o combate às endemias e as campanhas de vacinação, bem como as ações preventivas, ficaram concentradas sob o âmbito do Ministério da Saúde. Além disso, à parte das modificações na estrutura dos dispositivos sanitários, ocorreu a expansão do campo da medicina privada e a emergência de um complexo médico-industrial e farmacêutico fundamentado em ações de saúde tanto em caráter privado quanto estatal através da prestação de serviços e assistência previdenciária ao Estado mediante repasse de verbas (PINTO, 2010).

Em resumo, o desenvolvimento do campo da Saúde Pública brasileiro que inicialmente era influenciado pela medicina social francesa e voltado, sobretudo, para ações de saúde aplicadas à vida individual e coletiva nos espaços urbanos, passou a sentir cada vez mais a interferência estatal nos dispositivos de saúde. Tal fato, em certo sentido, possibilitou o entrelaçamento da assistência médica aos pobres com o controle sanitário das classes trabalhadoras e o escrutínio geral da Saúde Pública. Em outros termos, e guardando as semelhanças nas devidas proporções, a Saúde Pública brasileira de meados do século XX promoveu uma articulação entre uma medicina assistencial – destinada aos mais pobres –, uma medicina administrativa – voltada para os problemas gerais da população tais como as epidemias e as campanhas de vacinação – e uma medicina privada – incumbida de atender às classes mais favorecidas, se aproximando do modelo de medicina social britânico (PINTO, 2010).

A última configuração do movimento sanitário, iniciado na década de 1970, teve como marco fundamental a organização do movimento pela Reforma Sanitária e a criação do Sistema Nacional de Saúde em 1975. O primeiro foi liderado por movimentos sociais,

profissionais e acadêmicos da área da saúde que não estavam satisfeitos com a política sanitária centrada sobretudo em práticas hospitalocêntricas, curativas e baseadas nas doenças que eram implementadas pelos governos militares (PINTO, 2010; PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Tal crítica foi reforçada com a elaboração da Declaração de Alma-Ata durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978 na República do Cazaquistão. No referido documento, a noção de saúde deixou de se remeter à doença para abranger a qualidade de vida dos indivíduos e coletividades e se aliar, mais fortemente, às dimensões de sua promoção e proteção como fatores de desenvolvimento econômico e social dos povos. Em outros termos, o conceito ampliado de saúde pôs em evidência os cuidados primários como referência discursiva para as políticas sanitárias de muitos países ao redor do mundo, os quais adotaram como meta a “saúde para todos no ano 2000” (PINTO, 2010).

Essa meta foi debatida em território nacional durante as 7ª e 8ª conferências nacionais de saúde (CNS), realizadas na década de 1980. Desses eventos, emergiram as bases para a construção do SUS, além de fornecer elementos fundamentais para a elaboração dos artigos da Constituição de 1988 voltados para a saúde. Com efeito, as discussões que animaram tais conferências circularam em torno de temas como a necessidade de mudanças no setor saúde que transcendiam o caráter administrativo e financeiro. Havia uma demanda por uma remodelação que contemplasse a ampliação do próprio conceito de saúde e influenciasse a estruturação dos discursos técnico-científicos e legislativos no âmbito das ações em promoção, proteção e recuperação da saúde, isto é, a premência de um Movimento de Reforma Sanitária. Assim, boa parte das propostas debatidas nas 7ª e 8ª CNS inspiraram a produção dos textos da Constituição de 1988 e das leis nº 8.080 e 8.142, as quais se tornaram o eixo orientador da responsabilização do Estado pela saúde dos cidadãos e para a criação do SUS como uma nova proposta sanitária de caráter universalista, equitativo e integral. O SUS ganhou um reforço importante com a amplificação dos temas em promoção da saúde e com o alargamento do conceito de saúde, o qual passou a indicar a existência de determinantes e condicionantes sociais e econômicos, o que trouxe, também, a ampliação do campo das ações políticas sanitárias (PAIM, 2009; PINTO, 2010; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Neste sentido, o movimento da Reforma Sanitária brasileiro pode ser compreendido a partir de duas perspectivas. A primeira refere-se a um *movimento* fundamentado nas ideias, propostas e pelo projeto oriundos principalmente da 8ª CNS e conhecido por “Movimento Sanitário” ou “movimento pela democratização da saúde” que envolveu um arranjo de práticas políticas, ideológicas e culturais. A outra é relativa a um *processo* de Reforma

Sanitária que se estabeleceu nos períodos de transição democrática e pós-constituinte compreendido como um conjunto de atos relativos às práticas sociais, políticas, econômicas, simbólicas e ideológicas, bem como o desenvolvimento de trabalhos alusivos ao escopo da Saúde Pública na Assembleia Constituinte, a própria Constituição de 1988 e a conjuntura pós-88 (PAIM, 2009).

Por fim, é importante destacar que houve não só o desenvolvimento das condições de possibilidade para a criação do SUS, com o advento do movimento da Reforma Sanitária, mas também uma maior ênfase na promoção da saúde como enunciado orientador de políticas sanitárias, a ampliação do conceito de saúde e a implicação de outros setores para o cumprimento da responsabilidade estatal com a saúde de cada indivíduo de modo universal, integral e equânime. Do mesmo modo, houve o comprometimento das políticas sanitárias com as condições de vida dos cidadãos e, por fim, a descentralização dos dispositivos sanitários que passaram a ser configurados em uma rede hierarquizada e regionalizada de organização dos serviços que deveria contar não só com os profissionais e trabalhadores da saúde, mas também com a participação da comunidade (PAIM, 2009; PINTO, 2010). Essa configuração da organização da assistência em saúde pode ser mais bem apreendida a partir de um olhar sobre a estruturação da APS.

5.2 NOÇÕES FUNDAMENTAIS DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Como visto na seção anterior, o movimento de Reforma Sanitária e a criação do SUS foram respostas construídas pela sociedade em face da questão da Saúde Pública brasileira, isto é, em como enfrentar as condições de saúde relativas aos modos de vida do brasileiro a partir do saber disponível, da oferta de serviços e da necessidade de saúde da população. Nesse sentido, o SUS pode ser considerado uma política de saúde de caráter macrossocial, pois articula um conjunto de políticas específicas, tais como as políticas voltadas para a APS, para a atenção hospitalar, urgência e emergência, para a regulação, bem como as políticas de humanização e de promoção de saúde, simultaneamente ao desenvolvimento de diversas práticas de saúde (PAIM, 2009).

Para este estudo, os interesses voltam-se para a estrutura e as políticas públicas específicas da APS. A APS pode ser compreendida como um conjunto de ações em saúde desempenhadas de modo complexo e organizadas para resolver as demandas em saúde da população de um dado território. Pode ser caracterizada por práticas de cuidado e de gestão

de variada complexidade e desenvolvidas de forma a impactar a saúde e a autonomia individual e os determinantes e condicionantes de saúde da população de um território específico. A APS é orientada pela PNAB, que foi regulamentada pela Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017, a qual busca ampliar as ações em saúde, levando em consideração a singularidade e a inserção sociocultural de cada sujeito assistido, com o objetivo de possibilitar a construção de uma atenção integral (BRASIL, 2017).

Como primeiro contato na rede assistencial, a APS envolve quatro atributos essenciais e três derivados. Os atributos essenciais são o acesso, a continuidade do cuidado, a integralidade¹⁸ da atenção e a coordenação do cuidado no âmbito do sistema. Já os atributos tidos como derivados e que qualificam as ações de saúde compreendem tanto a orientação familiar e comunitária do cuidado quanto a competência cultural¹⁹ (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2017).

Já dentre os fundamentos e diretrizes da PNAB, vale destacar que as práticas de cuidado e gestão devem visar: 1) O desenvolvimento de um conjunto de ações integradas e articuladas que respondam equitativamente à realidade contingencial de uma dada população; 2) o estabelecimento de mecanismos que assegurem a universalidade do acolhimento, da escuta e do acesso às respostas necessárias por meio da oferta de serviços tanto para a resolução de problemas de saúde como para diminuição dos danos e sofrimentos da população; 3) a adscrição²⁰ dos usuários e a corresponsabilização entre equipes de saúde e famílias, garantindo a continuidade e longitudinalidade²¹ do cuidado, e; 4) o deslocamento do processo de trabalho centrado no procedimento para um processo centrado no usuário (BRASIL, 2017).

Com efeito, o impacto dessas diretrizes sobre o modelo assistencial²² proposto pela

¹⁸Para a Política Nacional de Humanização (PNH), a integralidade é o princípio constitucional do SUS que busca garantir ao cidadão o direito de ser assistido desde a prevenção de doenças até o mais complexo tratamento necessário para qualquer que seja a patologia (BRASIL, 2004).

¹⁹O termo “competência” diz respeito à soma de conhecimentos e habilidades que capacitam um determinado profissional na resolução de problemas e na realização de atos definidos e circunscritos. No caso em questão, a “competência cultural” considera as dimensões comunitária, étnica e religiosa capazes de influenciar os estados de saúde dos usuários e que, portanto, devem ser consideradas na construção das ações em saúde, conforme preceitua a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009).

²⁰Por adscrição entende-se o processo de formação de vínculo entre profissionais de saúde e usuários, com o propósito de que os primeiros se tornem referência de cuidado para os últimos (BRASIL, 2017).

²¹A longitudinalidade do cuidado compreende a continuidade da relação usuário-profissional de saúde, o que promove a preservação das referências e a diminuição dos riscos de iatrogenia resultantes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (BRASIL, 2017).

²²Por “modelo” entende-se um termo que articula as dimensões política e técnica de um dado campo de trabalho. No caso em questão, o “modelo assistencial” refere-se a uma decodificação de diretrizes políticas tais como os princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, epidemiológicos e socioculturais acerca de um

PNAB pode ser, em parte, apreendido mediante a relação que os profissionais de saúde estabelecem com aqueles usuários cuidados, o que pressupõe a necessidade de competências diferenciadas para o acolhimento e o estabelecimento de vínculos²³ que, por sua vez, promovem o desenvolvimento de respostas adequadas e efetivas de uma APS que estruturalmente é a porta de entrada preferencial de todo sistema de saúde. Outrossim, a APS no Brasil segue a tendência de uma alta descentralização com a intenção de chegar o mais próximo da vida das pessoas. É neste sentido que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são o primeiro contato dos usuários e o centro de comunicação de todo o sistema de saúde (BRASIL, 2017).

Quanto às ações e serviços de saúde de uma UBS, vale dizer que almejam uma articulação em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) de forma complementar e dentro de um determinado território. Esta RAS é composta por equipes multidisciplinares que devem (1) desenvolver modalidades de atenção e de serviços em saúde descentralizadas e capilares; (2) identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando várias tecnologias de cuidado a partir de uma Clínica Ampliada²⁴ resolutiva e promotora do fortalecimento individual e coletivo; (3) coordenar o cuidado a partir da elaboração e gestão de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)²⁵ e do acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS, e finalmente; (4) conhecer satisfatoriamente a população adscrita para organizar adequadamente as ações e serviços a partir de suas necessidades (BRASIL, 2017).

A RAS foi concebida como um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde de diversas densidades tecnológicas integradas através de sistemas de suporte técnico, logístico e de gestão que visam garantir a continuidade e a integralidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção. Sua implementação buscou promover a otimização da gestão do sistema

certo modo de aspirar e desejar o viver saudável em um projeto de atenção à saúde. Um modelo nestes termos necessariamente revela-se um campo de tensão permanente entre os polos político e tecnológico (ROSA; LABATE, 2005).

²³O vínculo é um fator importante para a efetividade da ação em saúde. Pode ser entendido como a construção de relações de afetividade e confiança entre profissionais de saúde e usuários que permite o processo de aprofundamento da corresponsabilização pela saúde ao longo do tempo e traz, em si mesmo, um potencial terapêutico (BRASIL, 2017).

²⁴Para a PNH, a Clínica Ampliada é um trabalho “que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade” (BRASIL, 2004, p.39). Para tanto, aposta-se na integração da equipe multiprofissional, na adscrição das famílias e na construção de vínculos de corresponsabilidade (BRASIL, 2004).

²⁵Projeto Terapêutico Singular é o “conjunto de atos de saúde” desenvolvido para lidar com uma demanda de saúde particular (FRANCO, 2013). Já o termo “atos de saúde” refere-se aos procedimentos, acolhimentos e responsabilizações executados pelo profissional em resposta a um certo problema de saúde (MERHY, 2013). Para os propósitos desta tese, vale dizer que os termos “atos de saúde” e “ações em saúde” têm significados semelhantes.

de saúde no âmbito do território e contribuir para a efetivação do SUS. Ela fundamenta-se na compreensão de que a APS tem importância essencial na resolutividade de problemas de saúde mais comuns no cotidiano por ser o primeiro nível de atenção, além de ser primordial para a organização do cuidado em todos os pontos de atenção à saúde. Estes últimos compreendem os espaços de oferta de determinados serviços tais como as UBS, os próprios domicílios dos usuários, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Apesar de se distinguirem pela densidade tecnológica que os caracteriza, todos os pontos de atenção à saúde da APS são precípuos para o funcionamento da RAS (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2017).

Dentre os pontos de atenção em saúde da APS, as UBS ocupam uma posição central, uma vez que incorporam a ESF como base de sua gestão e das ações em saúde. Assentada na lógica da vigilância à saúde e centrada na promoção, na qualidade e na defesa da vida do cidadão, a ESF busca ser uma alternativa substitutiva ao antigo modelo assistencial tecnicista e hospitalocêntrico (BRASIL, 2000; ROSA; LABATE, 2005; ALONSO, 2017). Para tanto, a ESF apresenta uma composição multidisciplinar formada por médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, técnicos e auxiliares de enfermagem, além dos ACS, podendo ainda dispor de cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, além de técnicos e auxiliares de saúde bucal (BRASIL, 2011).

Os avanços na APS – sobretudo no aumento de cobertura da ESF observados nas últimas décadas, juntamente com as políticas sociais implementadas no período –, impactaram, positivamente, na saúde da população assistida, principalmente se considerados alguns parâmetros tais como a redução das taxas de internação e a diminuição da pobreza. Entretanto, apesar de ainda existir espaço para a ampliação e melhoria no serviço de saúde ofertado pela APS, as dificuldades impostas ao SUS pela agenda de austeridade instalada no contexto da atual crise financeira configuram ameaças aos programas sociais, tais como o Programa Bolsa Família e a própria ESF, que podem trazer reflexos negativos para a saúde da população (O'DWYER et al., 2019).

Efetivamente, desde sua implantação, a ESF revelou-se uma importante estratégia de produção de saúde no contexto do SUS. Voltada, sobretudo, para o desenvolvimento de práticas que tornaram indissociáveis a clínica e a promoção da saúde, a ESF mostra-se um campo fértil para a produção de formas alternativas de trabalho e que pressupõem um movimento de humanização das ações em saúde e da relação entre os profissionais de saúde e a comunidade. Neste sentido, é importante compreender que o termo “humanização” se

remete mais a uma política do que a um mero programa, pois implica o delineamento de ações em saúde baseadas na construção de trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e de sujeitos e na articulação das práticas em saúde, destacando o seu aspecto subjetivo (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004; VIDAL et al., 2014; ALONSO, 2017).

Sob esse ponto de vista, é possível depreender que a existência de espaços que possibilitem o empoderamento/fortalecimento dos sujeitos no âmbito do SUS é primordial para que haja avanços na qualidade de serviços e ações de saúde. Assim, iniciativas que aumentem a inclusão social na organização do SUS devem ser estimuladas já que a cooperação social efetiva ocorre com a participação popular e o conhecimento do SUS pela comunidade. Isso significa dizer que a participação da comunidade é uma das perspectivas visadas na criação da ESF e ainda é considerada um campo propício para a transformação do modelo de atenção à saúde desenvolvido no Brasil (VIDAL et al., 2014). Neste sentido, a figura do ACS surge como reflexo da busca pela inclusão da população na organização do SUS. De fato, além de originalmente ser morador do território adscrito, o ACS, como trabalhador da ESF, é peça fundamental na mediação entre os demais profissionais de saúde e o território (BRASIL, 2000; WAI; CARVALHO, 2009; MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013; O'DWYER et al., 2019). É na esteira dessa sua característica que o ACS se envolve com a vida comunitária e suas peculiaridades, no sentido de centralizar o desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, tanto nos domicílios quanto na comunidade (BRASIL, 2001), como será visto a seguir.

5.3 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

Em 1988, a Constituição Federal instituiu a saúde como um direito do cidadão em seu artigo 196. Baseado na sua publicação, foi criado o arcabouço legal do SUS e a consequente descentralização das ações em saúde, o que demandou o desenvolvimento e organização de serviços locais para a efetivação dos serviços em saúde. No âmbito desse processo, foi criado, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a partir de uma experiência exitosa no Estado do Ceará (OLIVEIRA et al., 2010; ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012). Inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e orientações sobre cuidado em saúde, o PACS visava promover a reorganização dos serviços municipais de saúde e a integração das ações entre os diversos profissionais de

saúde e a comunidade (BRASIL, 2001). Seu impacto foi tão positivo que, posteriormente, ele foi institucionalizado e regularizado nacionalmente pela portaria nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997 (BRASIL, 1997a; BRASIL, 1997b; BRASIL, 2001; GOMES et al., 2009).

É neste cenário que a figura do ACS emerge como peça-chave para a nova forma de gestão dos serviços de saúde, de modo que suas atividades foram regulamentadas na mesma década pelo decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999 (BRASIL, 1999; GOMES et al., 2009; ALCÂNTARA; ASSUNÇÃO, 2016) e a profissão foi logo reconhecida no início da década seguinte, pela lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2002; ROSA et al., 2012). Segundo sua primeira versão, o trabalho de ACS poderia ser legalmente exercido por qualquer cidadão com 18 anos ou mais, alfabetizado, residente na comunidade assistida e com disponibilidade para o atendimento de cerca de 550 pessoas de acordo com as demandas surgidas no território (BRASIL, 2001).

Ainda no lastro das importantes mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro nas décadas de 1990 e 2000, vale destacar a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, que corroborou o papel essencial do ACS para a APS ao absorver esse trabalhador na composição de uma equipe multiprofissional de saúde (BRASIL, 2000; OLIVEIRA et al., 2010). Sob efeito da revisão das diretrizes e normas para a organização da APS na década seguinte, o PSF foi consolidado como uma estratégia prioritária pela portaria nº 648, de 28 de março de 2006, passando a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) e mantendo o ACS no escopo das equipes de Saúde da Família (eSF) (BRASIL, 2006).

Diante do quadro de mudanças no sistema de saúde brasileiro, as atribuições do ACS também sofreram revisões ao longo das últimas duas décadas. Segundo a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a realização de cadastro dos residentes e a manutenção e atualização de seus dados, o desenvolvimento de ações que integrem os serviços de saúde oferecidos pelas UBS e a população adscrita, o desempenho de atividades educativas, de vigilância em saúde e de prevenção de doenças e agravos, além das ações em promoção da saúde são consideradas suas principais atividades (BRASIL, 2011; ALONSO, 2017). Entretanto, apesar de fixadas em bases legais, as atividades do ACS podem variar em concordância com as necessidades específicas do território e segundo as decisões tomadas pelos gestores em saúde (BRASIL, 2003).

Em parte, devido a seus atributos e às características de sua atividade, é possível deduzir que a atuação do ACS se torna essencial para o funcionamento e para o estabelecimento da nova concepção de saúde no modelo assistencial da ESF, principalmente pelo seu papel mediador, além de funcionar como o elo entre o saber popular e o comunitário

(BRASIL, 2000; GOMES et al., 2009; WAI; CARVALHO, 2009; MASCARENHAS et al., 2013; ALONSO, 2017; O'DWYER et al., 2019). Com efeito, a característica particular de frequentemente residir no mesmo território em que trabalha proporciona ao ACS um contato constante com os usuários e aproxima suas ações de saúde aos contextos domiciliar e comunitário (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002; WAI; CARVALHO, 2009; MASCARENHAS et al., 2013; O'DWYER et al., 2019).

É importante levar em consideração que a ideia de uma Clínica Ampliada pressupõe a ampliação do recorte teórico no qual os profissionais de saúde costumam operar a clínica, isto é, o rearranjo deste recorte de acordo com as necessidades dos usuários e não mais em consonância com as demandas da equipe de profissionais de saúde, como ocorre tradicionalmente. Sendo assim, suas premissas, tais como a compreensão alargada do processo saúde-doença, a ampliação do objeto de trabalho e a transformação dos instrumentos de trabalho visam a uma mudança na atenção individual e coletiva, a fim de que as demandas possam ser atendidas, respeitando-se as singularidades. Em outras palavras, o que se espera dos trabalhadores em saúde, tais como o ACS, é o desenvolvimento das práticas de saúde para além do eixo doença-sintoma-tratamento, isto é, a Clínica Ampliada também se volta para o acolhimento e o vínculo como tecnologias leves fundamentais no processo de trabalho (ALONSO, 2017).

Curiosamente, a frequência dos moradores do território no cotidiano de trabalho de uma UBS é comumente associada à presença do ACS, ou seja, é inevitável se referenciar ao ACS quando um determinado usuário ocorre ao serviço de saúde. Isto se dá, particularmente, pelo vínculo existente entre esses personagens e que, no âmbito da APS, é tanto uma tecnologia relacional das práticas em saúde quanto uma diretriz ou estratégia de ação. Efetivamente, o trabalho em saúde pautado no vínculo demanda uma confiança construída ao longo do tempo – o que contrasta com as práticas tradicionais de saúde baseadas no conhecimento técnico dos sintomas, patologias e tratamento. Neste sentido, o vínculo promove a redução do espaço entre usuários e trabalhadores em saúde e sua efetivação depende, frequentemente, do ACS, dado sua característica de compartilhar o mesmo território em que trabalha e vive com os usuários e famílias assistidas (ALONSO, 2017).

Não só o vínculo, mas o acolhimento também tem um papel fundamental no estabelecimento do vínculo, sobretudo quando exercido pelo ACS, que, geralmente, é o primeiro trabalhador da UBS a entrar em contato com o usuário. Para se compreender a importância do ACS no acolhimento, basta saber que, no âmbito da APS, o termo “acolhimento” diz

respeito ao manejo do acesso aos cuidados em saúde e à garantia da efetividade do atendimento aos usuários, de modo que o serviço organizado, seguindo a lógica do acolhimento, deve ser capaz de detectar e resolver as demandas mais simples, além de referenciar as de maior densidade tecnológica. Sendo assim, o acolhimento é uma ferramenta de intervenção capaz tanto de qualificar a escuta e facilitar o vínculo, como auxiliar na responsabilização e resolutividade das ações em saúde (ALONSO, 2017).

Neste ponto, já é possível compreender que o ACS é o trabalhador da ESF que tem maior possibilidade de interagir diretamente com os indivíduos em seus espaços de vida, conhecendo e identificando suas particularidades e idiossincrasias. Esta proximidade entre ambiente de trabalho e ambiente domiciliar – somada ao papel de mediador entre usuários e profissionais de saúde – expõe este trabalhador a uma dinâmica laboral peculiar que, ao fim e ao cabo, o torna suscetível a várias condições que podem influenciar sua qualidade de vida e ter impacto negativo na sua saúde (HOPPE et al., 2017), assunto abordado adiante.

Em suma, de certa forma, a figura do ACS representa um marco inovador no âmbito da nova organização da APS ao coligar na sua imagem e no seu trabalho não só a participação efetiva de representantes da população local na organização do SUS, mas também a presença local dos mandatários das políticas públicas de saúde. Em outros termos, por meio das suas ferramentas de trabalho e das características do seu lugar na estrutura da ESF, o ACS é uma espécie de híbrido onde o domínio do Estado se condensa num rosto conhecido ao mesmo tempo em que o usuário se converte em representante do Estado. É por esse motivo que as próximas linhas serão dedicadas a analisar com mais profundidade o trabalho desse importante personagem da ESF.

5.3.1 O trabalho do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família

Na estrutura da ESF, o ACS representa uma categoria de trabalhadores em saúde que busca a integração da dimensão social à produção de respostas aos problemas de saúde. Ele é um ator importante na superação do modelo hegemônico de produção de saúde por meio de seu trabalho, o qual pode ser desenvolvido a partir de uma abordagem mais política e social. Ademais, por ser de uma categoria profissional nova, o ACS não conta com um núcleo de saber consolidado, isto é, com um conjunto de normas teóricas e técnicas definidas balizando sua prática em saúde. Sendo assim, sua atuação na ESF não se restringe às ações em saúde no horizonte do eixo queixa/condução, isto é, ele deve ser capaz também de

diagnosticar a realidade das famílias assistidas através de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas e auxiliar na elaboração de um plano de enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença identificados. Vale dizer que este plano deve abarcar ações educativas e intersetoriais e ser construído coletivamente com os demais trabalhadores da eSF e contar com a participação da comunidade (ALONSO, 2017).

Segundo Alonso (2017), apesar de incluir um amplo conjunto de atribuições, o perfil profissional do ACS, isto é, seu ser-saber-fazer, não está bem definido. Isto se deve, acima de tudo, ao pouco tempo de sua criação sem a respectiva consolidação de um suporte teórico e técnico de normas e saberes próprios quando comparado aos outros profissionais de saúde da ESF. Além disso, durante muito tempo, a aquisição do conhecimento necessário para a atividade laboral do ACS se deu predominantemente de forma empírica, um saber-fazer obtido, principalmente, através das relações com a comunidade e imprescindível para o exercício profissional adequado, mas insuficiente para resolver as demandas no território. Tal característica pode ser compreendida tanto como um desafio para o ACS, por não lhe oferecer um núcleo de saber historicamente estabelecido capaz de lhe dar suporte técnico frente à realidade da labuta, quanto como oportunidade pelo fato de possibilitar a construção de um patrimônio próprio e coerente com as propostas da ESF e do SUS.

Dentre as atribuições do ACS, estão as atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas. Neste trabalho junto aos usuários, ele realiza visitas domiciliares (VD), de acordo com critérios de estratificação de risco e onde suas competências giram em torno da tríade: identificação de sinais e situações de risco, orientação das famílias e comunidade e encaminhamento/comunicação dos casos e situações de risco identificados à respectiva eSF (ALONSO, 2017).

Já a missão do ACS gira em torno do seu reconhecimento como elo entre os profissionais da eSF e a comunidade. Esta característica em particular imprime um enorme desafio ao trabalho do ACS devido à complexidade dos objetivos a serem alcançados, pois exige que ele assuma diferentes papéis no cotidiano laboral tais como o de mediador, educador, intérprete e apoiador dos demais trabalhadores da saúde e dos movimentos sociais da comunidade, entre outros. Além disso, a atividade laboral do ACS revela uma dualidade que demanda sua habilidade de transitar entre as duas realidades em que está imerso. Em termos práticos, ele deve ser capaz de empregar os meios necessários para que os profissionais de saúde se aproximem da realidade da comunidade ao mesmo tempo em que a população assistida possa compreender os termos, conceitos e práticas em saúde

desenvolvidas pela equipe multiprofissional. Ademais, vale ressaltar que, quando um morador é contratado como um ACS, sua inserção na comunidade se modifica dramaticamente porquanto este novo *status* altera o modo como ele é visto e o que representa para os outros moradores. Este indivíduo deixa de ser “apenas” um morador/usuário para se tornar o representante local desse serviço, uma espécie de porta-voz do Estado no território. Ao final, são produzidas novas relações permeadas por novos e complexos valores e expectativas (ALONSO, 2017).

Este é um dos motivos que se pode afirmar que a atividade laboral do ACS é atravessada pelas dimensões política e social e é predominantemente realizada por meio de tecnologias leves tais como a comunicação, o acolhimento, o vínculo, o diálogo e a escuta. Neste sentido, o principal fator de produção no trabalho do ACS é o conhecimento por ele obtido no contato com as famílias assistidas. Com efeito, ao contrário dos outros profissionais de saúde que normalmente se relacionam com os usuários dentro dos espaços institucionais do serviço de saúde, o ACS faz contato majoritariamente no território a partir da realização de cadastramentos, da busca ativa e das VD, o que significa ir ao território mesmo quando não há demanda direta do serviço de saúde (ALONSO, 2017).

Neste ponto, Alonso (2017) ressalta a importância das VD como atividades privilegiadas na construção das relações entre ACS e usuários, além de ser o principal veículo das ações em promoção de saúde desenvolvidas por esse trabalhador. Todavia, do ponto de vista gerencial, apesar das VD constarem como operações contabilizadas na produção da unidade, elas contribuem pouco para a avaliação do trabalho do ACS. Com efeito, o processo de avaliação do seu trabalho se dá, predominantemente, por uma tendência qualitativa baseada no alcance de metas que são frequentemente traduzidas em tarefas voltadas para a dimensão biomédica e não levam em consideração aspectos importantes do seu processo de trabalho. Essa defasagem entre o trabalho e a avaliação pode impactar sua atividade laboral, sobretudo quando se leva em consideração a natureza da sua atuação que aproxima sua vida e seu trabalho na mesma comunidade, bem como a alta demanda psíquica, principalmente na realização de tarefas que exigem responsabilidade, decisão sob pressão e contato com situações estressantes que podem refletir sobre sua qualidade de vida (JARDIM; LANCMAN, 2009; WAI; CARVALHO, 2009; MASCARENHAS et al., 2013; ALONSO, 2017).

Ainda sob esse ponto de vista, vale ressaltar que o trabalho do ACS requer certa autonomia para a resolução dos problemas locais e para a reflexão sobre o contexto nos quais tais problemas são produzidos. Apesar dessa autonomia ser um aspecto positivo para o seu

processo de trabalho, quando somada à sua posição mediadora, pode resultar em impacto na sua qualidade de vida devido à falta de suporte necessário para a realização das ações em saúde. Em suma, apesar do ACS ser uma categoria profissional relativamente recente, que carece de um suporte teórico e técnico de normas e saberes próprios, seu trabalho envolve um amplo e complexo conjunto de atribuições que se apoia predominantemente em um saber-fazer ainda eminentemente empírico e insuficiente para lidar com os desafios cotidianos. De fato, o caráter de mediador entre usuários e ESF imprime um enorme desafio ao ACS, além de representar uma ameaça contínua à sua qualidade de vida. Logo, e por ser objeto de análise deste estudo, optou-se por buscar uma aproximação mais detalhada das peculiaridades da atividade laboral do ACS para obter uma visão mais acurada do seu cotidiano de trabalho e fornecer material para subsidiar as etapas ulteriores desta tese.

5.3.2 As tarefas do agente comunitário de saúde

O principal objeto desta tese provém dos resultados obtidos por Alonso (2017) em sua análise das tarefas dos ACS no âmbito de uma dada UBS²⁶. Seu objetivo foi construir um panorama do trabalho daqueles ACS e caracterizar o seu trabalho real. Para tanto, inicialmente, foi necessário mapear suas tarefas e apresentar a agenda típica de tais trabalhadores. Tal agenda comportou quatro categorias de ações, a saber: contato com a população adscrita (desenho do território²⁷ e contagem dos domicílios, registro das condições de saúde da população e visita domiciliar), promoção da saúde (participação em grupos semanais de educação em saúde e ações relativas a campanhas temáticas), acolhimento (recepção dos usuários) e reuniões (de equipe, geral da unidade e de planejamento de ações de promoção da saúde).

Em seguida, a pesquisadora buscou identificar os desdobramentos dessas ações, o que resultou em cinco categorias de ações: as quatro já mencionadas e o manejo dos sistemas de registro na unidade, isto é, a alimentação e uso dos sistemas de informação. Neste ponto, Alonso (2017) procurou descrever, de modo mais detalhado, cada uma de suas categorias de

²⁶Alonso (2017) desenvolveu sua pesquisa em uma UBS localizada na Ilha do Governador e integrante da Área de Planejamento 3.1 (CAP 3.1) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Seu estudo se deu entre os anos de 2013 e 2015 e, nesse período, tal UBS contava com 24 ACS (18 mulheres e seis homens, com idades entre 22 e 45 anos) distribuídos entre quatro eSF que se responsabilizavam por 12.277 usuários cadastrados.

²⁷O desenho do território é o mesmo que territorialização e significa a caracterização das condições do cotidiano vivido das pessoas e no qual ocorrem as interações entre usuários e o serviço de saúde no nível local do SUS. Neste sentido, o desenho do território identifica um grupo populacional que vive em um determinado tempo e espaço e que apresenta problemas de saúde específicos (ALONSO, 2017).

ação e advertiu, ainda, que tais ações não são estanques, apesar da apresentação didática em categorias, mas, sim, interdependentes e passíveis de sofrer sobreposições. Assim, as categorias descritas foram as seguintes:

Categoria 1 – Contato do ACS com a população adscrita.

1a - Desenho do território

A tarefa relativa ao desenho do território e a contagem dos domicílios acontece, principalmente, no momento de implantação da eSF e só volta a ocorrer excepcionalmente. Portanto, a territorialização é a primeira tarefa assumida pelos profissionais de um serviço de APS nos moldes da ESF e ocorre em duas etapas: a delimitação do espaço geográfico das áreas de abrangência pela eSF e a contagem dos domicílios. A primeira etapa, a delimitação da área de abrangência, é o recorte físico do território de atuação de uma dada eSF e consiste no mapeamento territorial levando-se em consideração, entre outras características, a densidade demográfica, as barreiras geográficas existentes, a vulnerabilidade social, além também do espaço geográfico. Após sua realização, inicia-se a contagem de domicílios (não de residências), isto é, o número de famílias que habitam o respectivo território. A adoção deste critério considera que o ACS, frequentemente, encontra mais de uma família dividindo um mesmo espaço físico e, nesses casos, ele necessita desenvolver estratégias próprias para a obtenção de um resultado e, por não poder contar com o conhecimento dos demais trabalhadores da eSF, o ACS deve ser capaz de contribuir para a execução do trabalho a partir do seu saber sobre a comunidade (ALONSO, 2017).

Assim, se por um lado o trabalho de desenhar o território permite ao ACS dar contorno à área de trabalho da sua equipe, esse contorno ganha sentido a partir de um conhecimento peculiar que este trabalhador agrega nesse processo. Isto tanto no que se refere a obter dados fidedignos, como [...] a quantidade de famílias dispostas no território, mas também no que tange a qualificação desses dados a partir do conhecimento dos ACS sobre as dimensões sociais, culturais e familiares que não são facilmente acessíveis numa perspectiva tradicional de atendimento em saúde (ALONSO, 2017, p. 84-85).

1.b - Registro das condições de saúde da população

O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) é alimentado em parte pelo cadastro das famílias na ESF. Os instrumentos que os ACS usam para cadastrar e acompanhar as famílias são:

- Cadastro das famílias – Ficha A;
- Acompanhamento de gestantes – Ficha B-GES;
- Acompanhamento de hipertensos – Ficha B-HA;
- Acompanhamento de diabéticos – Ficha B-DIA;

- Acompanhamento de pacientes com tuberculose – Ficha B-TB;
- Acompanhamento de pacientes com hanseníase – Ficha B-HAN;
- Acompanhamento de crianças – Ficha C (cartão da criança);
- Registro de atividades, procedimentos e notificações – Ficha D.

Segundo Alonso (2017), o preenchimento dessas fichas se dá continuamente, já que o ACS deve manter atualizados os dados sobre sua microárea. Assim sendo, esse trabalhador responde pela movimentação das famílias e pelas demandas de outras esferas da gestão. Portanto, a tarefa seguinte após a territorialização é o cadastramento das famílias do território adscrito que, no caso do ACS, são aquelas que vivem em sua microárea. Este cadastro é feito via VD para preenchimento da Ficha A, que é constituída por informações tanto da família quanto de cada um de seus membros.

Composta por duas partes, a Ficha A abrange tanto questões de saneamento e tipo de domicílio na primeira parte quanto questões que envolvem informações individuais na segunda parte. Vale dizer que há uma grande dificuldade no preenchimento desta última parte pelo ACS, uma vez que é necessária a busca por informações sobre renda e condições de saúde, o que envolve dados sobre uso de álcool e drogas, pessoas vivendo com HIV e aids, violência doméstica e tentativa de suicídio, sendo fonte constante de constrangimentos e mal-entendidos. Deste modo, Alonso (2017) pontua o esforço para o desenvolvimento de estratégias alternativas pelo ACS para a coleta destas informações que não ameacem a sua relação com os usuários assistidos.

Além dos dados de saúde apontados, a Ficha A procura alcançar uma abrangência ainda maior e tem questões referentes à saúde bucal, tais como a presença de dor, necessidade de prótese, condição da mucosa oral, além de abarcar as condições específicas de risco à saúde como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hanseníase, desnutrição, aleitamento, tuberculose. Segundo a pesquisadora,

os ACS têm dificuldades em dar conta do preenchimento dessa parte da ficha quer seja pela quantidade de informações de saúde que devem ser colhidas; quer seja pela natureza distinta dessas informações ou, ainda, pela dificuldade em identificar que condições de saúde devem ser referidas e quais informações cabem aos ACS constatar (ALONSO, 2017, p. 87).

Conseqüentemente, Alonso (2017) menciona que o preenchimento da Ficha A é complexo por englobar informações de diferentes naturezas e referentes tanto a questões de saúde como sociais. No caso das últimas, o ACS, normalmente, baseia-se no conhecimento de que dispõe da dinâmica da vida no território; quanto às questões de saúde, são apontadas maiores dificuldades pelo ACS devido ao seu conhecimento restrito do campo técnico da

saúde e pela quantidade considerável de questões a ser levantada.

Essa dificuldade também foi apontada no preenchimento de outros modelos de ficha, tais como as diversas Fichas-B e o cartão da criança. Deste modo, a autora infere que

o trabalho na interface entre a comunidade e o serviço de saúde demanda que os ACS mobilizem conhecimentos construídos no contato com as equipes, como os conhecimentos da área da saúde; e no contato com a população, como as estratégias para solicitar informações bem como, um cabedal que dispõem por fazerem parte da comunidade onde atuam (ALONSO, 2017, p. 88).

Ainda com relação ao preenchimento destes instrumentos de trabalho, a Ficha C presta-se ao registro de uma síntese das ações realizadas pela eSF e nela há dois campos de preenchimento: procedimentos e notificações. No primeiro campo, o ACS relaciona as informações de ações em saúde junto a grupos de 10 ou mais participantes num período mínimo de 30 minutos. Tais ações são realizadas por ele com o objetivo de disseminar informações, pactuar estratégias de combate a problemas de saúde específicos ou, ainda, contribuir para a organização comunitária. O agente também relaciona o número de VD realizadas no período de um mês. Já no campo das notificações, o ACS anota dados relativos às crianças menores de 2 anos que tiveram diarreia, terapia de reidratação oral (TRO) ou infecção respiratória aguda no mesmo prazo (ALONSO, 2017).

Como se não bastasse, existe, ainda, uma Ficha D, na qual todos os profissionais da eSF devem repertoriar as hospitalizações ou óbitos ocorridos na área de abrangência de suas ações, no mês de referência ou no anterior.

As observações sobre a tarefa de registro demonstram ainda que os ACS precisam estar constantemente em contato com a comunidade para identificar questões relacionadas às mudanças nas condições de saúde da população [...], situações de vulnerabilidade social [...], e ainda, os movimentos que ocorrem no território (ALONSO, 2017, p. 89).

Portanto, aquelas ações que o ACS realiza na área de abrangência do serviço de saúde, mas fora da UBS, ganham uma dimensão diferenciada dentro do seu trabalho já que remetem à característica própria de sua presença no território. Neste sentido, as VD trazem à tona o papel mediador do ACS ao conjugar ações relativas ao registro do usuário com aquelas relativas à vigilância em saúde e o apoio aos outros profissionais da eSF.

1.c - As visitas domiciliares (VD)

Segundo os preceitos da PNAB, o ACS deve acompanhar as famílias assistidas por meio das VD que são organizadas de acordo com a seguinte estratificação de risco (ALONSO, 2017):

- a) Visitas diárias para acompanhar famílias com portadores de hanseníase ou tuberculose;

- b) Visitas mensais para acompanhar famílias com gestantes, crianças de até 1 ano, diabéticos ou hipertensos severos;
- c) Visitas trimestrais para acompanhar famílias com acamados, crianças maiores de 2 anos, diabéticos ou hipertensos leves;
- d) No mínimo uma visita anual para acompanhar famílias que não se enquadram em nenhum desses grupos.

No entanto, há entraves relativos ao trabalho que dificultam o cumprimento dessas prescrições no cotidiano laboral do ACS. Segundo Alonso (2017), existe uma sobreposição de tarefas que inviabilizam a consecução das prescrições do jeito programado; além disso, é a realidade da microárea que direciona a realização e a frequência das VD, isto é, prioridades surgem e acabam por ditar a estruturação do trabalho cotidiano. Neste sentido, a autora ainda destaca que os ACS de microáreas ou eSF diferentes colaboram entre si, trocando informações que julgam importantes para a estruturação dos turnos de VD. Ademais, vale ressaltar que o ACS também acompanha as VD dos outros profissionais da eSF, especialmente o turno semanal dos médicos e os dois turnos dos enfermeiros.

Por fim, Alonso (2017) conclui que o ACS tem o desafio de integrar diferentes demandas para alcançar o cuidado da população sob sua responsabilidade. Tais demandas estão relacionadas ao gerenciamento dos casos, no que concerne à reorganização contínua da estratificação de risco em consonância à realidade do serviço, principalmente devido à limitação do tempo disponível em sua própria agenda e da escassez de tempo na agenda dos outros profissionais da sua eSF.

Categoria 2 – Ações de promoção à saúde

As ações de promoção à saúde na APS preconizadas pelo município do Rio de Janeiro compreendem tarefas educativas, principalmente envolvendo temas em alimentação saudável, promoção da prática de atividades físicas e controle do tabagismo. Além destes, são ainda estimuladas atividades relativas a pautas tais como identidade étnico-racial, diversidade sexual e religiosa, instrumentos para orientação e informação do usuário, estratégias que fomentem a solidariedade e a cultura da paz, prevenção de acidentes e violência, consolidação do protagonismo individual e coletivo e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, além da mobilização comunitária. Todavia, para que essas ações aconteçam, o papel do ACS é fundamental, pois ele não é apenas responsável pela articulação do espaço no território, mas também pela divulgação, convocação do público-alvo e o apoio na organização do grupo. Além dessas práticas, esse trabalhador da saúde participa nas atividades de promoção de saúde sazonais tais como as campanhas, mutirões e

comemorações (ALONSO, 2017).

Categoria 3 – Acolhimento

Para a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), o acolhimento é uma diretriz clínica, isto é, uma conduta que organiza o serviço e o processo de trabalho na APS. Neste sentido, a organização do serviço a partir do acolhimento e do vínculo é o que estabelece o fluxo de atendimento tanto nas demandas espontâneas quanto nas programadas. Entretanto, o acolhimento também prevê o estabelecimento de novas formas de relacionamento entre a população e a sua respectiva eSF. Assim, sua *performance* envolve a pauta da responsabilização, que pode ser compreendida como o compromisso que o trabalhador de saúde tem com os usuários na busca de soluções para os seus problemas de saúde. Sob este ponto de vista, a responsabilização do ACS com os usuários tende a ficar reduzida ou comprometida por outras atividades, o que prejudica o acolhimento e o torna fonte de tensão laboral. Com efeito, na perspectiva do ACS, atividades de preenchimento de formulários tais como a Guia Rosa, a condicionalidade do bolsa-família, marcação de consultas e a recepção de usuários para mero registro de atendimento descaracterizam seu trabalho no ato de acolher (ALONSO, 2017).

Efetivamente, e de acordo com Alonso (2017), o papel do ACS na linha de frente do acolhimento, frequentemente, fica reduzido ao de realizar a triagem dos casos que precisariam ser acolhidos pela eSF, aqueles que poderiam ser atendidos por meio de agendamento e os que deveriam ser encaminhados a outros serviços de saúde. Neste ponto, a pesquisadora chama a atenção para o acumulado de outras tarefas tais como o preenchimento de formulários e realização da condicionalidade do bolsa-família que, a despeito de estarem na pauta do trabalho do ACS, mobilizam outras ferramentas e conhecimentos não necessariamente atribuídos ao acolhimento. Ademais,

cabe destacar a percepção que os ACS têm em relação a alguns aspectos do trabalho nas baias de acolhimento ao comparar essa tarefa ao trabalho administrativo ou de recepcionista que descaracteriza o seu papel dentro da ESF (ALONSO, 2017, p. 97).

Categoria 4 – Manejo do sistema de informação

Parte das atividades do ACS diz respeito à alimentação dos sistemas de informação em saúde e o uso de seus dados. Como pode ser observado na categoria 3, o ACS realiza estas tarefas também durante o acolhimento, a partir do acesso ao prontuário dos usuários e agendas dos outros profissionais, assim como a atualização do cadastro dos primeiros e o registro de atendimentos. Além disso, este trabalhador participa do fechamento dos relatórios consolidados no qual faz a alimentação dos sistemas de informação do Ministério da Saúde

(MS). Em todas essas atividades – e em vista das dificuldades operacionais e de infraestrutura na UBS –, o ACS, frequentemente, lança mão de estratégias desenvolvidas por ele mesmo, visando cumprir esses objetivos (ALONSO, 2017).

Categoria 5 – Reuniões

Na organização do trabalho na UBS, o ACS deve participar de três tipos de reuniões:

- a) As reuniões de equipe – semanais, com toda a eSF, representantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da saúde bucal – cujo objetivo é o de discutir os casos dos usuários, processos de trabalho e informes diversos;
- b) As reuniões do colegiado – mensais, com todos os profissionais da unidade –, cujo objetivo é o de discutir a organização do trabalho na UBS e informes oriundos de outros níveis da gestão;
- c) As reuniões de promoção da saúde – sazonais, com os profissionais envolvidos na tarefa específica –, com o objetivo de planejar ações específicas, levantar recursos e dividir tarefas entre os participantes.

Segundo Alonso (2017), a participação do ACS nas reuniões de colegiado é compatível com a participação dos outros profissionais da UBS; esse trabalhador colabora e se posiciona como os demais profissionais. Já em relação às reuniões direcionadas às ações em promoção da saúde, a autora corroborou a importância do ACS como elemento de mediação entre a eSF e a comunidade ao agir como suporte das ações planejadas.

Ao final de sua caracterização do trabalho dos ACS, Alonso (2017) conclui que esse trabalhador possui uma atividade laboral complexa, com envolvimento de diferentes lógicas e leva em consideração os seguintes aspectos:

- a) A territorialização não é um mero diagnóstico quantitativo dos núcleos familiares adscritos, mas envolve a qualificação inicial dos dados por intermédio do ACS. Tal qualificação é calcada no conhecimento que ele tem do território e promove uma integração das dimensões social e cultural da comunidade.
- b) O cadastramento das famílias pelo ACS envolve uma diversidade complexa de informações que permitem à eSF conhecer as situações de vida das famílias assistidas.
- c) As VD englobam tanto ações de cuidado como regulação de casos a serem atendidos visando equalizar as necessidades de saúde da população assistida com a disponibilidade de profissionais da eSF.
- d) As ações em promoção da saúde apresentam uma grande amplitude de objetivos e escassa definição de meios de realizá-los. Neste contexto, o ACS funciona como um apoiador tanto das ações rotineiras como das sazonais.

- e) O acolhimento evidencia a importância do papel do ACS na regulação do serviço. No entanto, essa atividade torna-se mais complexa à medida que são incorporadas outras atribuições que descaracterizam seu processo de trabalho.
- f) No manejo dos dados do sistema de informação, o ACS tem a dupla tarefa de transformar seu conhecimento das condições de saúde da população assistida em dados quantitativos e gerenciar a escassez de tempo e recursos materiais para alimentar os dados do sistema.

Em suma, Alonso (2017) demonstra que as particularidades do trabalho do ACS trazem desafios para seu exercício profissional que impactam sua qualidade de vida e são mais bem observados quando se busca analisar seu cotidiano laboral. Com efeito, as condições de trabalho e demandas inerentes ao seu ofício, tais como a pouca capacitação para resolutividade das demandas, excesso de encargos e carga de trabalho, perda da especificidade de suas ações, exposição a riscos socioambientais, remuneração inadequada, instabilidade nas garantias trabalhistas e conflitos nos relacionamentos com usuários e eSF podem ser fonte de sofrimento e trazer insegurança ao seu cotidiano laboral. Em outros termos, o conjunto dos aspectos que compõem o mundo profissional do ACS aponta para a tendência a uma crescente vulneração e ao agravo à saúde desse trabalhador e, portanto, demanda o desenvolvimento de um olhar bioético que se volte para a sua proteção, o que será o assunto dos capítulos seguintes.

Considerações finais

A história da Saúde Pública, assim como a história das sociedades e instituições em geral, é marcada por rupturas e continuidades sem que esses movimentos necessariamente resultem em avanços e progressos. Em outros termos, a história da Saúde Pública não deve ser compreendida sob uma lógica linear de sucessão de fatos que se combinam para delinear um futuro sempre melhor que o presente que, por sua vez, tende a ser melhor que o passado. Por essa perspectiva, é possível compreender que as políticas públicas geradas para estruturar a Saúde Pública funcionam como dispositivos de (re)produção de um certo discurso da verdade e gozam de um estatuto de imprescindibilidade e de uma neutralidade de modo a se apresentarem como produtos do avanço esperado da história do conhecimento no campo da saúde. Desse modo, nos esquecemos que elas também são resultado de relações de forças nos jogos de saber-poder tornadas legítimas e justificáveis quando se sobressaem sob certas condições. Em linhas gerais, compreende-se que tais políticas se tornaram imprescindíveis

a partir do desenvolvimento do Estado Moderno, o que as fez ganhar ares de neutralidade enquanto suas ações preconizadas sob os corpos individuais e coletivos tenderam à naturalização. Nesse âmbito, a saúde e o bem-estar dos indivíduos e populações transformaram-se em objeto de interesse para a Saúde Pública e seu conjunto de dispositivos sanitários. Dentre tais instrumentos, destacam-se programas tais como a ESF, que se inscrevem nessa categoria por sua propensão ao exercício de uma modalidade do poder biomédico sobre a vida dos indivíduos e dos coletivos (PINTO, 2010).

De fato, e a partir do que foi brevemente desenvolvido neste capítulo, é possível compreender que as políticas sanitárias brasileiras começaram a se deslocar com mais força do campo das patologias e suas decorrências para o horizonte da noção de saúde no início do século XX. Nesse deslocamento, o fenômeno da ampliação do conceito de saúde que está no escopo do SUS e na estruturação da ESF pode ser considerado como um subproduto da mudança de perspectiva sanitária. Portanto, sob esse ponto de vista, a ESF funcionaria como um dispositivo biopolítico – acima de tudo por seu caráter assistencial eminentemente prescritivo na prevenção e na promoção da saúde – e por meio do qual o Estado buscaria assumir a responsabilidade constitucional pela saúde dos cidadãos, colocando-a como seu dever e direito de todos (PINTO, 2010).

Ademais, é importante ressaltar que a amplificação da noção de saúde também resultou na expansão do domínio tradicional da medicina, a tal ponto que praticamente todos os campos da vida humana, como a alimentação, o sono, os hábitos de vida, os comportamentos sexuais, as relações no ambiente de trabalho, por exemplo, se tornaram objeto de seu saber-poder nos dias de hoje. Por essa perspectiva, pode-se afirmar que a noção ampliada de saúde fomentou a emergência de em uma espécie de *sanitarização da vida*, posto que as diversas dimensões da existência individual e coletiva passaram a ser de interesse do saber-poder médico (PINTO, 2010).

Assim, as relações de força que marcaram o surgimento da Saúde Pública brasileira também exerceram uma forte influência no desenvolvimento da ESF no atual modelo sanitário. Isto porque a sua missão voltava-se para a viabilização de formas alternativas de ações em saúde por meio da mudança do foco tradicional nas demandas espontâneas para uma maior atenção às práticas preventivas e promotoras de saúde. Para tanto, a ESF apoiava-se na delimitação de um território e de uma população adscrita para a efetivação de suas ações em saúde, o que significa estender seu olhar “vigilante” sobre o coletivo humano a ser cuidado. Do mesmo modo, também inclui a análise e o mapeamento das situações de risco definidas a partir de parâmetros normalizadores que, de certa forma, se aproximam das

estratégias biopolíticas de controle por meio da capilarização do saber-poder biomédico na vida de todos e de cada um. Assim, há a tendência para o estabelecimento de relações assimétricas e de controle que irão depender do modo como as ações em saúde são conduzidas pelos profissionais da eSF. Nesse sentido, a forma como se acercam da população assistida pode perturbar os limites do espaço público e do privado, tornando a prática preventiva e promotora algo invasiva – ou mesmo coercitiva – sobre a vida dos usuários (PINTO, 2010).

Todavia, a ESF também desenvolve práticas que se contrapõem ao tradicional saber-poder biomédico dos dispositivos biopolíticos, tais como as ações participativas e democráticas na forma de trabalho em equipe, a valorização dos diversos saberes e práticas multiprofissionais e também da cultura popular, as estratégias de fortalecimento da participação da população do território no controle social, bem como a escuta qualificada do usuário levando em conta seu contexto, considerando-o em sua singularidade. Destarte, essa forma de produção do cuidado pela ESF fomenta a abertura de espaço de fala e escuta dos usuários, o que também pode favorecer a produção de sujeitos de revolta no horizonte desse dispositivo da Saúde Pública, fazendo com que ele contribua para a construção de uma política da vida.

Por conseguinte, apesar de ter novos enunciados em seu aporte teórico, a ESF lança suas raízes no arranjo prático-discursivo que moldou as ações sanitárias policialescas da medicina social e das políticas públicas de saúde brasileiras do início do século XX. Com efeito, é importante ressaltar que as raízes históricas da estruturação da ESF se encontram na organização da Saúde Pública brasileira, originalmente baseada numa lógica mercantilista, hospitalocêntrica e curativa, bem como caracterizada, inicialmente, por uma baixa cobertura e a iniquidade no atendimento à saúde da população. Neste ponto, vale ressaltar que em um contexto cujo processo de trabalho em saúde tende a ser coletivo e institucional, a organização permaneceu fortemente influenciada pela lógica da divisão de tarefas e marcada pela delimitação dos atributos dos serviços. Este cenário também aponta para um campo de tensões existente entre duas racionalidades diferentes que se justapõem na organização dos serviços em saúde, a saber: o modelo hegemônico e privatista historicamente adotado e o novo modelo assentado nos princípios e diretrizes do SUS.

Sabe-se que a implantação do SUS a partir da década de 1980 se deu com a concepção de um novo modelo assistencial orientado por princípios norteadores alternativos que redesenharam tanto os serviços quanto a organização do trabalho e a produção de saúde. No entanto, a implantação do SUS não tem sido de forma linear e homogênea e ainda esbarra

em desafios para seu adequado estabelecimento. Exemplo de entrave é a tendência à utilização de modelos gerenciais oriundos do setor privado, que reduzem a complexidade da dimensão da saúde à simples quantificação de procedimentos, bem como o seu subfinanciamento crônico, prejudicial às reestruturações e transformações propostas pelos princípios e diretrizes do SUS (O'DWYER et al., 2019). Estes fatores somados refletem na situação atual traduzida por uma intensificação do ritmo de trabalho, tendo em vista que os trabalhadores da saúde são pressionados a dar conta de uma demanda cada vez maior sem dispor de recursos suficientes, além da conseqüente dissonância entre o que eles acreditam ser necessário fazer e a possibilidade efetiva de realização.

No horizonte da APS, o estabelecimento desse novo modelo ocorre por meio da organização e do processo de trabalho desenvolvido na ESF. Dentre os trabalhadores envolvidos, o ACS tem papel fundamental, pois é o responsável pela mediação entre a população e os demais trabalhadores da saúde. Entretanto, as tensões no trabalho produzidas pelo embate entre o novo modelo assistencial e a lógica biomédica do modelo tradicional privatista repercutem sobre as condições laborais e de vida do ACS. Efetivamente, a burocratização do seu cotidiano laboral, além da forte hierarquização e normatização do seu processo de trabalho, trazem insatisfações para o ACS. Suas atividades são organizadas segundo a lógica de divisões de trabalho e com predomínio da contagem de procedimentos em detrimento da avaliação da qualidade da assistência. Outras tarefas, como a coleta de dados e sua respectiva inclusão no SIAB ampliam essas dissonâncias, uma vez que esse trabalhador tende a ficar sobrecarregado e tarefas importantes para a ESF se tornam meras atividades de coleta de dados estatísticos que apresentam pouco sentido para ele.

Em acréscimo, a organização do trabalho pautada, sobretudo, no alcance de metas, no excesso de atividades e na pouca disponibilidade de tempo para troca entre os profissionais, impede o estabelecimento do trabalho em equipe e reflete, negativamente, no cotidiano laboral do ACS. De fato, o ACS tende a se considerar o elo mais fraco da ESF porque há uma assimetria entre o seu papel social e o dos demais trabalhadores que “se preocupam mais com a discussão de aspectos específicos das suas atividades e desqualificam o conhecimento e as ações dos ACS” (ALONSO, 2017, p. 30). Com efeito, a diferença de abordagem dos problemas dos usuários entre os trabalhadores da ESF leva a uma frequente desvalorização das prioridades no atendimento dos usuários levantadas pelo ACS.

Tal impacto negativo sobre o cotidiano laboral desse trabalhador ainda é agravado quando se considera a fragilidade na sua formação, principalmente no que concerne ao ex-

cesso de padronização de conteúdos que abordam temas predominantemente técnico-científicos os quais não incluem dados da realidade local. Outra dificuldade é relativa ao enfoque insuficiente de conteúdos alusivos às dimensões relacionais e psicológicas, que poderiam auxiliar o ACS no manejo dos problemas de ordem social e familiar e, finalmente, a restrição da carga horária disponível para a realização de sua atividade. Com efeito, já existem iniciativas, de certa forma incipientes, como a formulação de um curso introdutório para o ACS definido pela Portaria 253 de 25 de setembro de 2015, que buscam remediar a questão da sua formação deficitária (ALONSO, 2017).

Ademais, vale dizer que a assimetria na relação laboral entre o ACS e os demais trabalhadores da ESF se expressa não só pelo pouco reconhecimento do trabalho do primeiro, mas também na debilidade do seu vínculo empregatício, na baixa remuneração, na falta de proteção social, na exposição a extensas jornadas de trabalho que extrapolam o horário de funcionamento da UBS e invade o seu espaço de vida privada, no atendimento a um número maior de famílias que o preconizado, além da exposição a condições de trabalho insalubres. Ademais, o sistema da APS não consegue dar suporte adequado às funções da ESF. Por isso, o ACS acaba gerindo problemas relativos à precariedade da infraestrutura de todo o sistema de saúde diante dos usuários, o que também reflete negativamente na sua relação com a comunidade, tendo em vista sua exposição e responsabilidade pela linha de frente do atendimento, comprometendo sua credibilidade junto à comunidade ao longo do tempo. Este aspecto decepcionante permeia o relacionamento existente entre ACS e os usuários e traz à tona o problema da violência, que, usualmente, surge quando a demanda frustrada dos usuários resulta em agressões de ordem verbal ou na pressão psicológica sobre o ACS.

De fato, a característica de morar no mesmo território em que trabalha traz dificuldades específicas ao cotidiano laboral do ACS, principalmente devido à sua convivência com os problemas da comunidade e ao relacionamento mais próximo com usuários. Particularmente, este último aspecto repercute diretamente na sua vida privada, frequentemente invadida pelos encargos de suas atribuições a qualquer hora e dia. Assim, o ACS mantém um envolvimento ininterrupto com os usuários, pois penetra nos seus mundos privados ao passo que o seu próprio mundo privado é invadido pelos usuários e seus problemas, o que o torna impossibilitado de realizar um distanciamento adequado da população.

Essa ambiguidade no seu exercício profissional, derivada de sua posição de representante direto e mais próximo da ESF e emissário da Saúde Pública, revela também

sua dimensão de suscetibilidade e vulneração. Com efeito, apesar de existir uma produção literária profícua quanto a vários aspectos da profissão do ACS – desde sua idealização e implantação no SUS –, pouco se tem escrito a respeito da dimensão fenomenológica desse trabalhador em articulação à sua suscetibilidade e provável vulneração no âmbito da Bioética da Proteção. É partindo dessa lacuna que se pretende construir, nos próximos capítulos, uma argumentação suficientemente cogente, fundamentada no *corpo próprio* do ACS no âmbito da APS, e apoiada em um olhar bioético capaz de recuperar o sentido arcaico da noção de ética, bem como justificar a categorização desse trabalhador como paciente moral.

6 REFLEXÕES BIOÉTICAS SOBRE PROTEÇÃO E VULNERAÇÃO DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SEGUNDO A PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA DO *CORPO PRÓPRIO*

Resumo do capítulo

Este capítulo propõe-se a refletir sobre o trabalho na APS à luz da Bioética de Proteção. Para tanto, inicialmente, busca-se abordar o surgimento da bioética como resposta às novas exigências éticas derivadas dos desdobramentos biotecnocientíficos e sociais do mundo contemporâneo. Assim, há um esforço em apresentar a bioética como uma disciplina nova, surgida a partir da preocupação com os problemas emergentes na vida contemporânea não restritos à prática médica e aos cuidados em saúde, mas relacionados à concepção ampliada de saúde. Tal concepção inclui a preocupação com a vida humana em seu sentido mais amplo e, também, com o meio ambiente. Por conseguinte, enfatiza-se o papel da bioética como uma ferramenta na tentativa de superação dos problemas inerentes à clínica e à Saúde Pública²⁸. É neste ponto que se introduz a noção de proteção, admitida por bioeticistas latino-americanos como um princípio norteador da tomada de decisão em bioética (SCHRAMM; KOTTOW, 2001; KOTTOW, 2004; SCHRAMM, 2009a; SCHRAMM, 2011; SCHRAMM, 2017), tendo em vista sua capacidade de fornecer respostas perante a tensão entre os âmbitos individual e o coletivo.

Nesse sentido – e considerando a possível pertinência da proteção como um princípio bioético –, e a partir de um aprofundamento na origem, com a definição e análise dos termos “vulnerabilidade”, “susceptibilidade” e “vulneração”, o capítulo pretende oferecer recursos para a apresentação das abordagens bioéticas voltadas para o “princípio de proteção”. Em particular, este princípio será investigado em sua versão brasileira, cujo foco está nas questões éticas em contextos de iniquidade como aqueles encontrados no Brasil e em outros países da América Latina. Feita essa apresentação, busca-se articular o conceito fenomenológico de *corpo próprio* às noções de vulneração e proteção no âmbito do trabalho em saúde, especificamente ao do ACS. A partir dessa articulação, o capítulo intenta demonstrar que as condições de trabalho e demandas inerentes ao cotidiano laboral desse trabalhador incorrem em exigências morais, na degradação de suas condições de vida e na produção de sofrimento, o que, em nossa concepção, são condições relevantes para

²⁸Apesar de poder ser considerada uma disciplina dinâmica, cuja meta está na melhora permanente da saúde da população, a definição de Saúde Pública é complexa porque só se possui uma ideia clara da concepção de saúde em nível individual ao passo que não se pode responder ao certo, e com rigor necessário, se ela é saúde boa ou má para coletivos humanos (SCHRAMM, 2019).

considerar o ACS como um paciente moral em potencial no âmbito da Bioética de Proteção.

6.1 O SURGIMENTO DA BIOÉTICA COMO RESPOSTA À COMPLEXIDADE DO VIVER CONTEMPORÂNEO

O termo “ética” pode ser compreendido como uma “tematização do *ethos*”, um neologismo que apresenta em si um ponto de vista reflexivo, pois a ação ética é, ela própria, objeto de investigação (MALIANDI, 2004; SCHRAMM; ANJOS; ZOBOLI, 2007; SCHRAMM, 2009a; SCHRAMM, 2017). O pressuposto geral dessa tematização é que todo homem pode ajustar sua ação a determinadas normas ao mesmo tempo em que julga os atos humanos de acordo com seu ajustamento a essas normas e aos valores aceitos. Logo, tematizar o *ethos* só é possível a partir do reconhecimento da independência desse *ethos*. Assim sendo, pode-se compreender que há uma dimensão de reconstrução do *ethos* quando alguém se ocupa da ética em qualquer período histórico (MALIANDI, 2004).

Quanto ao vocábulo *ethos* (do grego εθος), este tem o sentido de “morada”, “lugar onde se habita”, mas também de “caráter” ou “aquilo que é mais próprio de uma pessoa, de seu modo de agir” (ηθος) (MALIANDI, 2004; SIQUEIRA-BATISTA, 2004; SCHRAMM et al., 2007; SCHRAMM, 2009a; SCHRAMM, 2011; SCHRAMM, 2017). Em comum, esses sentidos aludem ao que é próprio, íntimo, endógeno a um indivíduo ou àquilo que é peculiar, característico ao homem (MALIANDI, 2004), seu lugar habitual, comum e cotidiano. Assim, por se remeter à vida do homem em sociedade, o *ethos* tem uma dimensão de facticidade normativa que se dirige a determinados códigos de normas ou a sistemas de valores ou a certos tipos de concepção do que é moral²⁹ e do que não é. Com efeito, existem os “estranhos morais”, isto é, “*individuals who in small or large areas do not share a common concrete religious, moral, or philosophical viewpoint*” (ENGELHARDT JUNIOR, 1991, p.3), bem como uma pluralidade de códigos, sistemas e concepções que trazem um grau de dificuldade às decisões éticas (SCHRAMM, 1998; ENGELHARDT JUNIOR, 1991; ENGELHARDT JUNIOR, 2012). Tal dificuldade propicia sua tematização, isto é, a aplicação da razão na consideração dos problemas normativos quando se compreende que nem todos opinam unanimemente sobre o que se deve fazer ou o porquê de o fazer.

²⁹Neste trabalho, o termo “moral” será compreendido no sentido de um discurso de primeira ordem, isto é, uma linguagem pautada no conjunto de códigos e normas de uma dada cultura e que abrange as regras relativas ao modo de viver em sociedade, ao que é certo e errado e ao considerado proscrito e prescrito. Já o termo “ética” apresenta pretensões filosóficas e é entendido como um discurso de segunda ordem, ou seja, a reflexão sobre os fundamentos e regras morais (OLIVEIRA, 2017); em outros termos, a tematização da *ethos*.

Neste contexto, vale dizer que a bioética se vincula especificamente a uma série de elementos e fatores ligados a eventos ocorridos no último século. Estes revelaram, entre outras coisas, a complexificação das práticas em saúde, resultante do desenvolvimento biotecnocientífico e da cultura dos direitos humanos, como aquela propiciada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) – ver a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos de 2005. Por conseguinte, é possível depreender a importância do papel da bioética na vida humana contemporânea, uma vez que o homem existe imerso numa sociedade de caráter pluralista, relativista e secularizado (OLIVEIRA, 2017).

Apesar de ser impossível apontar precisamente um determinado acontecimento que deu origem à bioética (OLIVEIRA, 2017), Diniz e Guillem (2006) destacam três fatos que influenciaram na consolidação dessa disciplina. O primeiro refere-se à publicação do artigo de Shana Alexander intitulado *Eles decidem quem vive, quem morre* na revista *Life*, em 1962, em que era anunciada a criação de um comitê de ética hospitalar em Washington, Estados Unidos, conhecido como Comitê de Seattle, no qual havia um pequeno grupo de não médicos com poder decisório sobre questões de prioridade na alocação de recursos em saúde. O segundo fato está relacionado ao artigo de Henry Beecher, publicado na revista *Ethics and clinical research*, em 1966, no qual foram expostos 22 relatos de pesquisas realizadas em instituições públicas e em indústrias farmacêuticas. Em tais pesquisas, indivíduos incapazes, dependentes e sem autonomia frente aos pesquisadores e aos experimentos foram utilizados como cobaias. Finalmente, o terceiro fato foi a resposta da opinião pública a respeito da divulgação de um transplante de coração em um paciente cardíaco terminal, realizado pelo cirurgião Christian Barnard em 1967, na África do Sul.

Já quanto ao termo “bioética”, é consenso, entre vários estudiosos, considerar seu surgimento em três momentos. O primeiro deles foi em um artigo publicado em 1927, no periódico alemão *Kosmos*, por Fritz Jahr, no qual a bioética (*bio + ethik*) é caracterizada aos modos de um “imperativo bioético”, isto é, como um reconhecimento de todo ser vivo como um fim em si mesmo e o compromisso na forma de obrigações éticas dos homens para com a humanidade, assim como para toda forma de vida. Somente 47 anos depois é que ele ressurgiu em um artigo e um livro publicados, respectivamente, nos anos de 1970 e 1971 pelo oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter, nos quais esse novo saber-fazer aparece atrelado ao saber médico, em uma aliança nova entre o saber científico e o humanístico. Para

Potter, a bioética é uma ciência da sobrevivência e do melhoramento da qualidade de vida³⁰, o que inclui toda uma vastidão temática que abrange desde o vivente em geral às suas relações com o ambiente (SCHRAMM, 1997; HOTTOIS, 2001; DURAND, 2003; SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2004; SCHRAMM, 2005; REGO; PALACIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009; OLIVEIRA, 2017; GOLDIM, 2020). Somando-se a Potter, mas limitando sua visão original, o ginecologista e obstetra holandês, radicado nos Estados Unidos, André Hellegers, concentrou-se nas questões específicas do âmbito biomédico e foi o responsável pela institucionalização da bioética a partir da criação do *Joseph and Rose Kennedy Institute for Study of Human Reproduction and Bioethics*, em 1971, na Universidade de Georgetown, Washington (HOTTOIS, 2001; DURAND, 2003; REGO et al., 2009; OLIVEIRA, 2017; GOLDIM, 2020).

Resumidamente, estes dois últimos eventos são considerados pelos especialistas os marcos fundamentais para o estabelecimento da bioética como uma disciplina no Ocidente, a partir dos quais outras reflexões relativas à pesquisa envolvendo seres humanos, ao desenvolvimento do campo da saúde pública e até mesmo questões ecológicas e ambientais passaram a ser foco de atenção. Em outros termos, o surgimento da bioética como disciplina foi consequência da emergência de problemas inerentes às novas configurações do trabalho em saúde e do viver na contemporaneidade. Neste sentido, o escopo de seu interesse não se restringe à prática médica ou ao cuidado com a saúde, mas se desloca para uma concepção ampliada de saúde que inclui não somente a preocupação com a vida humana, mas também a vida dos demais seres e o meio ambiente. Portanto, a bioética é a ética aplicada aos horizontes da vida contemporânea e abarca tanto uma dimensão normativa quanto pragmática e descritiva (REGO et al., 2009; SCHRAMM, 2011).

De mais a mais, a bioética também pode ser compreendida como uma espécie de “amalgama do antigo e do novo” (DURAND, 2003, p. 22) e não deve ser definida a partir de um conceito simples e unívoco, o que não prejudica o seu emprego corrente. Sob este ângulo, ela não é “nem uma disciplina, nem uma ciência, nem uma nova ética. A sua prática e o seu discurso situam-se na intersecção de várias tecnociências” (HOTTOIS, 2001, p.109) que não necessariamente pertencem aos mesmos domínios de conhecimento e cujos problemas levantados podem ser encarados a partir de valores distintos. Sendo assim, a

³⁰Segundo Schramm (2017, p. 1532), “Entende-se o termo qualidade de vida como um paradigma que se ocupa, em nível individual, do bem-estar e/ou [do] respeito da autonomia da pessoa e, em nível coletivo, do bem-estar de todas as pessoas, sem discriminação alguma, tornando o respeito da autonomia pessoal o critério decisivo e determinante para as escolhas morais em sociedades democráticas e pluralistas”.

característica fundamental da bioética é a possibilidade da interação de diversos saberes, tanto no nível discursivo quanto pragmático, ou em uma “prática discursiva e discurso prático” (HOTTOIS, 2001, p.110), que busca lidar com aspectos simultaneamente descritivos, explicativos e normativos dos fenômenos, visando controlar uma possível *hybris* na aplicação indiscriminada das tecnociências (SCHRAMM, 1997) em sistemas orgânicos nos quais possa desencadear efeitos irreversíveis significativos (SCHRAMM et al., 2007; SCHRAMM, 2009a).

Portanto, a bioética volta-se para a análise dos argumentos morais apresentados a favor ou contra determinadas práticas humanas que afetam direta ou indiretamente a qualidade de vida, o meio ambiente e o bem-estar dos homens e dos demais seres vivos com o intuito de se construir subsídios suficientemente cogentes para sustentar a tomada de decisão. Conseqüentemente, esse campo do saber funciona como uma ponte para a superação das dicotomias existentes entre o âmbito individual e o coletivo, bem como entre a clínica e a saúde pública. Ademais, segundo os pesquisadores Fermin Roland Schramm e Miguel Kottow, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco de 2005 oferece uma fundamentação razoável à afirmação de que o “princípio de proteção” deva ser o balizador das análises e tomadas de decisão em bioética (REGO et al., 2009).

Neste sentido, vale lembrar que o vocábulo “proteção” está vinculado ao léxico contemporâneo da ética aplicada desde a publicação norte-americana do Relatório Belmont em 1979, o qual pretendia lançar os “princípios éticos básicos” para a proteção dos direitos e do bem-estar em contextos de pesquisa envolvendo seres humanos. Contudo, tal documento detinha-se apenas à proteção do bem-estar e da qualidade de vida de indivíduos no horizonte das relações interpessoais, o que limitava a proteção à esfera individual sem considerar os conflitos e dilemas morais no domínio coletivo (SCHRAMM, 2017). Por conseguinte, é fundamental se debruçar mais detidamente sobre o que se entende pelo termo “proteção” e qual a sua influência no campo de debates bioéticos. Dessa maneira, o propósito de iluminar este tema é o que move o desenvolvimento das linhas a seguir.

6.2 A VULNERABILIDADE COMO *CONDITIO HUMANA*

Para se chegar à concepção da proteção como um princípio bioético, primeiramente optou-se por esclarecer o que se acredita estar na base de sua fundamentação, isto é, a noção de vulnerabilidade como uma condição humana a partir da concepção desenvolvida pelo pesquisador chileno Miguel Kottow. Segundo esse bioeticista, os seres humanos são pouco

providos dos instintos e sua natureza é incompleta, sendo esta última particularidade a fonte de seu florescimento potencial bem como sua vulnerabilidade (KOTTOW, 2004). Corroborando essa afirmação, Schramm (2005) sustenta que o homem é “‘o animal não fixado’, um ‘semiproduto’ que deve completar-se por si mesmo compensando suas faltas naturais pela sua inteligência e cultura” (SCHRAMM, 2005, p. 544).

Vale acrescentar o fato de que, na concepção do Estado Moderno *hobbesiano*, todos os homens são considerados iguais e existem em permanente competição e medo. Neste cenário, a vulnerabilidade mútua – *homo homini lupus* – é remediada pela adoção de um contrato social, através do qual cada um dos indivíduos abdicaria do poder e da força do governo de si mesmo em prol da ascensão do bem comum, representado pelo poder soberano, de modo que os integrantes da sociedade poderiam viver pacificamente entre si e teriam proteção contra os demais homens. Em outras palavras, Hobbes traz à tona a vulnerabilidade universal de todos os cidadãos e estabelece a função protetora do Estado (KOTTOW, 2004; SCHRAMM, 2017).

Posteriormente, a concepção *hobbesiana* de redistribuição do poder foi refinada por Mill, o qual restringiu as funções do Estado à garantia dos direitos individuais em permanente perigo de violação, porém sem remover a proteção de suas obrigações legítimas e inescapáveis. Isto significa dizer que a proteção da vulnerabilidade foi consolidada como uma ação fundamental do Estado. Como consequência, tal função protetora visaria reduzir a vulnerabilidade geral e seria implementada para todos os cidadãos submetidos ao princípio da justiça. Logo, é pertinente deduzir que a soberania do Estado sobre seus integrantes apenas seria legal e politicamente legítima e justificável quando fosse capaz de prover o mínimo de segurança aos cidadãos contra as ameaças externas e a criminalidade interna (SCHRAMM; KOTTOW, 2001; KOTTOW, 2004; SCHRAMM, 2009a; SCHRAMM, 2017; SILVA et al., 2017; OLIVEIRA, 2017).

Em síntese, de um modo específico, os seres humanos passam a ser considerados essencialmente vulneráveis pelo fato de que sua existência *qua*³¹ humanos não é dada, mas construída. Com efeito, disso se depreende que a vulnerabilidade é uma condição humana da qual todos compartilham e, devido à sua universalidade, é consenso esperar a proteção equânime de todos os membros de uma dada sociedade (SCHRAMM; KOTTOW, 2001;

³¹*Qua* é o feminino singular do pronome relativo *qui, quae, quod* (“que, o qual, a qual”) no caso ablativo. Em latim clássico, *qua* era empregado igualmente como advérbio com o significado de “por onde”, ainda com o matiz de “como, por meio de, de que modo”. A partir dessa acepção, o termo original provavelmente assumiu o significado de “no papel de, na função de, na qualidade de”. Fonte: ISCTE Instituto Universitário de Lisboa. <https://ciberduvidas.iscte-iul.pt/consultorio/perguntas/o-uso-e-o-significado-da-palavra-latina-qua/34129>.

KOTTOW, 2003; SCHRAMM, 2017).

Outrossim, o aspecto da vulnerabilidade como uma *conditio humana* que afeta a todos vem sendo também insistentemente ratificado pelo pensamento contemporâneo. Exemplo desta afirmação é o ser-aí (*Dasein*) *heideggeriano*, entendido como o modo de ser do homem, o qual revela a sua luta pela realização humana, isto é, que alude a um processo propenso ao fracasso e aos desvios, sempre frustrado por uma série de obstáculos, dificuldades e perigos. Neste sentido, a vulnerabilidade é concebida como constitutiva de cada homem e pode ser considerada uma expressão da condição humana, ou seja: compreende a obrigatoriedade que o homem tem de viver com a sua própria mortalidade (KOTTOW, 2004).

Com efeito, assim como as sociedades tornam-se mais complexas ao longo do tempo, a vulnerabilidade de seus membros tende a se estender para além do medo da morte, da agressão ou do risco de que os direitos individuais sejam frustrados. De outro modo, são necessários mais dispositivos de suporte e assistência à medida que as sociedades se desenvolvem, isto é, mais dispositivos protetivos para que os indivíduos se tornem membros completamente integrados a ela (KOTTOW, 2003).

Por fim, esta seção teve a intenção de marcar o desenvolvimento do Estado Moderno como o fenômeno principal a revelar a vulnerabilidade como uma condição humana *pari passu* à necessidade de se implementar uma função protetora. Portanto, pode-se inferir que houve a consolidação da ideia de proteção como uma exigência ética no âmbito do Estado durante seu estabelecimento, tendo em vista a vulnerabilidade de seus integrantes. Deste modo, torna-se agora importante compreender como a noção de proteção, inicialmente atrelada à ideia de vulnerabilidade, passou a fundamentar um princípio a partir do qual se tornou possível pensar as relações contemporâneas de poder por meio das teorias bioéticas.

6.3 A NOÇÃO DE PROTEÇÃO COMO UM PRINCÍPIO ÉTICO

O conceito de proteção pode ser considerado um princípio que deve ser universalizado, isto porque todos os seres humanos compartilham características descritivas e universais tais como a vulnerabilidade, a integridade e a dignidade. Em outros termos, a vulnerabilidade, bem como a integridade e a dignidade, são consideradas características descritivas dos homens e mulheres *qua* humanos que, apesar de não serem normativas em si, são fundamentais o suficiente para inspirar reivindicações bioéticas de proteção e respeito pelos direitos humanos, isto é, para funcionarem como base para o desenvolvimento de um

princípio ético de proteção. Entretanto, deve-se fazer uma distinção clara entre os seres humanos “íntegros” daqueles que se encontram “rebaixados” pela pobreza, doença, discriminação ou sofrendo outras privações, ou melhor, que deixaram de estar vulneráveis e se encontram em um outro “nível existencial”. De fato, esses indivíduos e populações necessitam mais do que proteção e suas necessidades devem ser satisfeitas por meio da oferta de cuidados específicos e medidas reparadoras a serem identificadas e instigadas por uma bioética *qua* ética aplicada (KOTTOW, 2004; SCHRAMM, 2009a; SCHRAMM, 2011; SCHRAMM, 2017). Por ser importante para este trabalho, este último tema será abordado em uma seção posterior.

Seguindo o raciocínio inicialmente apresentado, Kottow (2004) sustenta que a bioética vem sendo colonizada pelas ideias do principialismo desde seus primórdios, particularmente sob a forma exposta no Relatório Belmont, que deu origem aos quatro princípios de Georgetown, a saber: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Tais princípios sofreram críticas, reformulações e adequações às variadas práticas institucionais em que foram aplicados ao longo da curta história do desenvolvimento da bioética. É importante notar que não foram apenas estes os princípios bioéticos já formulados, mas outros princípios como dignidade, integridade e vulnerabilidade, além da já citada autonomia, foram postulados no início dos anos 2000 pela ética europeia, os quais também trouxeram contribuições enriquecedoras ao domínio da bioética no Ocidente.

Com relação aos princípios europeus, vale notar que a discussão sobre vulnerabilidade deve, necessariamente, estar articulada à integridade e à dignidade, visto que estes três princípios se encontrariam imbricados de uma tal maneira que a integridade humana pode ser concebida como vulnerável ou, então, a vulnerabilidade ser compreendida como a conscientização da ameaça permanente à integridade individual, o que está na base da dignidade humana. Para ser mais preciso, o princípio da dignidade equivaleria à atitude admirável do homem em ficar ereto face à vida e à derrota final para a morte, isto é, em se manter de pé em um ato de desobediência corajosa, o que pode igualmente ser compreendido como uma forma de coragem que, por fim, é uma resposta afirmativa ao espanto da existência que deve ser suportada para a atualização da própria natureza individual. Todavia, a coragem é uma virtude receptiva a gradações, enquanto a dignidade é uma totalidade em um só atributo, uma qualidade humana capaz de ser detectada e caracterizada e, portanto, uma categoria descritiva que merece ser salvaguardada e seu florescimento garantido a partir do auxílio de normas éticas de respeito e proteção (KOTTOW, 2004).

Já em termos de integridade, e para o propósito deste trabalho, basta o entendimento

de que, nos casos em que ocorre sua “quebra” devido à instalação de uma doença, por exemplo, o indivíduo afetado fica num estado de vulnerabilidade alterada e torna-se um *infirmus species*, um ser não mais ereto e vertical. Entretanto, isto não significa dizer que a doença precipita esse homem em um estado de “dignidade rebaixada”, mas, sim, que muda o caráter de sua dignidade. Ou seja: seria insensato forçar a manutenção da dignidade de um indivíduo cuja integridade foi abalada e seu florescimento reduzido, a permanecer na “retidão original da saudável condição humana” (KOTTOW, 2004, p. 285). Assim sendo, a perda da integridade do homem clama por um outro tipo de dignidade, um tipo no qual o sofrimento e a incapacidade são experimentados com tolerância, paciência e resignação, quando a recuperação não for possível. Em outros termos, a dignidade na doença distingue-se em tipo da dignidade na situação do homem saudável, “vertical” (KOTTOW, 2004).

Em suma, e retornando à questão da vulnerabilidade, Kottow (2004) afirma que essa característica descritiva e universal do ser humano, e de interesse neste trabalho em especial, é capaz de sustentar por si só a prescrição ética da proteção como um princípio, apesar de não ser um princípio ético *stricto sensu*. Neste sentido, faz-se necessário esclarecer o que se entende por característica descritiva da humanidade, este atributo da vulnerabilidade, a fim de se obter uma maior clareza a respeito da natureza ética de sua proteção.

6.4 A VULNERABILIDADE COMO CARACTERÍSTICA DESCRITIVO-NORMATIVA DA HUMANIDADE

No começo desta explanação, viu-se que a vulnerabilidade universal aparece simultaneamente ao estabelecimento da função protetora do Estado em Hobbes (SCHRAMM; KOTTOW, 2001; SCHRAMM, 2009a, 2011, 2017; OLIVEIRA, 2017). Tal concepção permite inferir que, durante o desenvolvimento do Estado Moderno, foi consolidada uma exigência ética, a proteção, para uma afirmação descritiva, a vulnerabilidade, como uma ação institucional fundamental. Nesse sentido, Kottow (2004) afirma:

O texto de Hobbes é seminal, pois descreve a vulnerabilidade universal de todos e estabelece a função protetora do Estado. [...] Assim, a proteção – um requisito ético – da vulnerabilidade de todos os cidadãos – uma afirmação descritiva –, é estabelecida como fundamental, para alguns a única ação legítima do Estado (KOTTOW, 2004, p. 282, tradução livre).

O que ainda é reafirmado no seguinte trecho:

Do ponto de vista atual, embora a vulnerabilidade, a dignidade e a integridade por si mesmas não serem consideradas princípios éticos e sim características

descritivas da humanidade, podem servir de suporte para o mandato ético de proteção. A importância dessa distinção reside na necessidade de se esclarecer o que se entende por essas características descritivas da humanidade, a fim de nos tornarmos mais específicos quanto à natureza ética da proteção dos indivíduos (KOTTOW, 2004, p. 282, tradução livre).

Com efeito, sabe-se que esses princípios europeus se remetem aos “valores intrínsecos” da humanidade e inspiram atitudes éticas de respeito e proteção. Entretanto, é requerida uma mudança da categoria descritiva para a normativa com o intuito de se chegar a uma tal conclusão (KOTTOW, 2004). Em outras palavras, pode-se dizer que a vulnerabilidade, a integridade e a dignidade são princípios éticos empregados em uma linguagem assertiva a qual desliza para o deontico quando descrevem condições ou características particulares e pretendem representar exigências morais mais do que realmente são, isto é, características antropológicas. Nestes casos, seria prudente admitir que esses três atributos humanos contivessem um elemento normativo que exigisse respeito e proteção a esses indivíduos frente à coletividade. Entretanto, tal admissão não qualificada permitiria que qualquer uma dessas características fosse considerada fundamental e protegida sem mais argumentos éticos, como no exemplo típico do risco de pressupostos racistas pretenderem ter peso moral. Assim, na possibilidade de se manter indiscriminadamente os seres humanos como sendo vulneráveis e isso se constituir num princípio ético, incorre-se numa falácia naturalista. Efetivamente, a vulnerabilidade é um modo de ser humano universal e essencial e não uma dimensão ética em si, mas obviamente esta condição particular tem um clamor forte e legítimo por um princípio ético de proteção e, por conseguinte, este é o princípio ético que se adequa à vulnerabilidade. Neste sentido, a proteção deve ser compreendida como um conjunto de ações que tendem a reduzir a vulnerabilidade humana na realização de seu projeto existencial (KOTTOW, 2004).

Ainda, segundo Kottow (2004), apesar de ser apenas uma falácia naturalista, a mudança categorial da vulnerabilidade torna-se menos defensável quando seu sentido é expandido de um traço humano intrínseco para os animais não humanos e todas as outras vidas existentes. Isto porque ficaria difícil compreender como a vulnerabilidade demandaria proteção indiscriminada de qualquer forma de vida existente no planeta, dado que a natureza da vulnerabilidade humana difere da dos outros seres vivos pelo fato de que os primeiros são vulneráveis pela possibilidade de falharem no processo complexo de vir a ser, enquanto os últimos são vulneráveis no nível da dicotomia mais simples e radical entre ser e deixar de ser. Como resultado, esta diferença implica que a vulnerabilidade humana requer um tipo de proteção ativa contra as forças negativas, além da prevenção de danos, enquanto a biosfera

como um todo deve ser protegida a partir da escolha de ações menos drásticas ou de não interferência, isto é, somente interferências moralmente sustentáveis.

Some-se a isto o fato de que houve uma migração conceitual da vulnerabilidade antropológica para os contextos econômicos, psicossociais e para os domínios médicos e legais na cultura moderna (KOTTOW, 2004). Neste ponto, não se está lidando mais com aquela vulnerabilidade universal, mas, sim, com a dimensão contingencial das situações de privação, pobreza, doença e sofrimento, o que passa a requerer uma resposta diferenciada e mais específica além do respeito e proteção. Isto porque tais circunstâncias envolvem seres humanos que estariam numa situação existencial para além da vulnerabilidade de uma “humanidade intacta” (KOTTOW, 2004). Sendo assim, pode-se depreender que há uma grande diferença na compreensão da vulnerabilidade como uma condição humana de fragilidade quando este conceito tende a um reducionismo que elimina toda e qualquer condição de vulnerabilidade pré-existente, tais como o sofrimento, as anormalidades, as doenças, as privações e as incapacidades. Portanto, se é correto afirmar que a vulnerabilidade envolve o sofrimento e as privações, se inclui também o fundamental e o acidental, o conceito perde seu caráter antropológico e deixa de lidar com uma forma estritamente humana de existência, um modo de ser único. Em outros termos, a concepção antropológica da vulnerabilidade remete à característica universal dos seres humanos; porém, resta, ainda, a necessidade de uma caracterização adicional do homem que seja capaz de descrever aqueles carentes e diminuídos em relação à normalidade, o que pode ser remediado pela ideia de suscetibilidade (KOTTOW, 2004).

6.5 A SUSCETIBILIDADE COMO UM MODO DE SER FERIDO

Se a vulnerabilidade é uma característica essencial do ser humano, ela dificilmente pode ser uma descrição apropriada de anomalias acidentais que acometem a vida de muitos indivíduos tais como os defeitos físicos, doenças ou outros tipos de privação. Conseqüentemente, há a necessidade de uma segunda definição que seja mais específica. Isto pode ser mais bem compreendido nas situações em que os indivíduos sofrem determinado dano e perdem a integridade original. Num cenário destes, no qual se tornam vítimas de possíveis males e deficiências, tais indivíduos alcançam um estado de vulnerabilidade que pode ser chamado de suscetibilidade, o qual indica tanto um processo de privação quanto um aumento da sua predisposição a danos adicionais. Ademais, o dano pode deslocar os indivíduos afetados da dimensão de vulnerabilidade para o dos seres

propriamente vulnerados (KOTTOW, 2004; SCHRAMM, 2009a; SCHRAMM, 2017).

Como se pode observar, Kottow (2004) procura esclarecer as possíveis confusões semânticas entre os termos “vulnerável” e “vulnerado” e opta por substituir o último por suscetível. Segundo ele, o indivíduo suscetível sofre de uma dupla injustiça, a saber: uma saúde pior e uma vida mais curta; mais apropriadamente, ele é afetado por uma condição de duplo risco, qual seja, tem um risco elevado de desenvolver problemas de saúde, assim como a probabilidade de ter um dano maior caso haja realmente um comprometimento de sua saúde. Assim, o estado de integridade ferida é claramente distinto da concepção de vulnerabilidade e, por este motivo, Kottow introduz o conceito de “suscetibilidade”. Com isso, ele pretende afirmar que a vulnerabilidade é um atributo essencial da espécie humana a ser reconhecido, enquanto a suscetibilidade é uma condição acidental e específica a ser diagnosticada e tratada, visto que os indivíduos suscetíveis já sofrem de determinado dano; portanto, não são mais considerados intactos e vulneráveis a danos potenciais, isto é, eles foram deslocados do estado de integridade individual para o da individualidade ferida.

A principal importância desta distinção está no fato de que as decisões no âmbito da vulnerabilidade devem recorrer ao respaldo ético do princípio da justiça para que todos os indivíduos intactos alcancem respeito e proteção, enquanto os feridos demandam o cuidado, o restabelecimento e o tratamento reparador *a priori*, garantidos pelo princípio de proteção. Em termos mais apropriados, pode-se considerar que a suscetibilidade é guiada pela ação de uma maneira diversa das características descritivas – tais como a vulnerabilidade –, principalmente pelo importante fato de que a suscetibilidade é concebida como um significante do sofrimento. Logo, a ligação entre as prescrições éticas de proteção e respeito derivadas da vulnerabilidade de uma dada população difere em natureza tanto do diagnóstico de uma condição de suscetibilidade de determinados grupos desta mesma população quanto da consequente exigência ética de eliminar, primeiramente, a privação e o dano resultante dessa suscetibilidade (KOTTOW, 2004; SCHRAMM, 2009a; SCHRAMM, 2017).

Efetivamente, não há dúvidas de que determinadas situações vão além da vulnerabilidade universal, sendo muito provável a ocorrência de algum tipo de dano naqueles que já se encontram mais predispostos por estarem fragilizados por algum grau de privação ou deficiência. Desse modo, torna-se necessária uma melhor especificação, identificação e, sobretudo, a antecipação desta condição de falta adicional, o que requer formas especiais de assistência. Por fim, entende-se que a vulnerabilidade e a suscetibilidade são condições diferentes e demandam abordagens também diversas, visto que a primeira tende a ser diminuída por meio de ações equânimes de proteção para todos os membros de uma dada

sociedade através do princípio da justiça. Já a suscetibilidade pressupõe um determinado estado de privação que pode ser reduzido ou neutralizado apenas por meio de medidas orientadas pelo princípio de proteção, as quais busquem combater especificamente uma dada privação de forma ativamente aplicada. Assim como o doente, o indivíduo suscetível requer um tratamento específico para paliar sua miséria, isto porque sua deficiência diminui seu limite de tolerância a sofrimentos adicionais (KOTTOW, 2003; SCHRAMM, 2009a; SCHRAMM, 2017; SILVA et al., 2017).

6.6 A SUSCETIBILIDADE EM CENÁRIOS DE INDIGÊNCIA: LIMITES E ALTERNATIVA

Inegavelmente, a distinção entre vulnerabilidade e suscetibilidade trouxe para o discurso bioético um grande avanço com possíveis impactos na descrição, análise e elaboração de soluções para os conflitos éticos contemporâneos, principalmente nos países menos desenvolvidos com populações vivendo concretamente em situações de privação. Todavia, a assimetria entre os cidadãos desses países pode revelar um cenário no qual parte da população vive sob uma tal carência de recursos em vários níveis, como o financeiro, o econômico, o social, o assistencial e, até mesmo, o existencial. Desse modo, possivelmente, suas condições reais de vida escapariam à ferramenta conceitual da suscetibilidade, de modo que todos esses casos tenderiam a ser categorizados como “apenas” suscetíveis.

Esta carência de recursos, isto é, a pobreza, está diretamente relacionada à privação dos itens minimamente necessários a uma existência digna, tais como liberdade, bem-estar, educação, saúde, direitos e emprego, entre outros. Assim, a pobreza configura-se num contexto no qual as necessidades não são adequadamente atendidas e os indivíduos encontram-se desprotegidos, frequentemente por gerações, o que tende a se configurar como uma privação no nível existencial. À pobreza, soma-se a desigualdade, ou seja, a “distância” social existente entre os mais ricos e os mais pobres de uma sociedade em uma dada situação. No caso do Brasil, a diferença social está enraizada nos vários tipos de hierarquias que atravessam uma sociedade na qual não é garantido o princípio básico de equivalência jurídica, implícito na noção moderna de igualdade. Esta estrutura parece funcionar como um impeditivo até mesmo para a possibilidade do convívio social, da comunicação e do debate comum em torno de questões pertinentes, o que contribui ainda mais para a perpetuação de privações no nível existencial (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Em acréscimo, há de se levar em conta a ideia de exclusão que também se vincula

estritamente à de pobreza, pelo fato desta última fomentar as desigualdades, a perpetuação da segregação social e a produção de estranhos morais. Neste sentido, a exclusão pode ser compreendida como um conceito prospectivo, já que se liga a características como o acúmulo de desvantagens, o afrouxamento dos vínculos sociais e a perda do *status quo*. Este é um cenário da iniquidade social, isto é, de sinergia entre pobreza, desigualdade e exclusão, que é comumente encontrado no Brasil e nos demais países onde grassa uma distribuição injusta dos recursos e nos quais os grupos sociais mais pobres são aqueles que tendem a ter menor expectativa de vida, a permanecerem mais tempo doentes e a sofrerem importantes limitações de suas atividades (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005).

De fato, a iniquidade social influencia, decisivamente, o binômio saúde-doença da população. Isto pode ser compreendido da relação de causalidade bidimensional que guarda a associação entre pobreza e doença, ou melhor, a existência de um círculo vicioso retroalimentado no qual os mais pobres são os mais acometidos pelas doenças que, por sua vez, estão diretamente envolvidas na manutenção da pobreza. Este fenômeno pode ser explicado por múltiplos fatores, dentre os quais os mais importantes são aqueles relacionados ao nível educacional, à violência, ao saneamento básico e às insuficiências do sistema de saúde. Isto significa dizer que uma educação formal deficitária contribui para o baixo conhecimento dos mecanismos de adoecimento e as formas de prevenção, promoção e tratamento. Igualmente, sabe-se que os moradores de áreas periféricas e de favelas são mais suscetíveis a lesões por arma de fogo e morte por causas externas. Soma-se a isso o fato de que o saneamento básico deficiente, frequentemente encontrado nessas regiões, contribui para uma maior incidência das enfermidades veiculadas por recursos hídricos e pelos acumulados de lixo. E, finalmente, a exiguidade do sistema de saúde, a distância e a dificuldade de acesso, além das condições de transporte, a escassez de insumos e profissionais, de infraestrutura, de treinamento e a falta de motivação profissional impactam no acesso aos diferentes níveis de atenção. Por fim, todos esses fatores em conjunto contribuem para a manutenção da iniquidade, ou seja, das condições de pobreza, desigualdade e exclusão, o que configura um contexto de indigência (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Diante de um contexto em que os efeitos da pobreza, da desigualdade e da exclusão marcam o cotidiano de privação das populações, Schramm (1995) aponta a necessidade de uma ferramenta conceitual mais sensível e capaz de detectar a complexidade do fenômeno da indigência do que aquela representada pela suscetibilidade, sobretudo porque

[a] indignância pode ser considerada o principal problema de bioética, na medida em que seu ciclo perverso implica, por um lado, o aprofundamento da degradação das condições de vida, senão a destruição *tout court* da vida de indivíduos e grupos; por outro, uma revisão radical da autocompreensão que o humano tem de si enquanto pessoa, que, em princípio, tem o direito à dignidade e o dever da responsabilidade. Praticamente, isto quer dizer que enfrentar a indignância [...] constitui a condição necessária para enfrentar os demais problemas de bioética (SCHRAMM, 1995, p. 57).

Conseqüentemente, pode-se depreender que essas realidades extremas de suscetibilidade necessitam de ferramentas bioéticas mais específicas, capazes de permitir uma aproximação conceitual e prática mais meticulosa e acurada da complexidade das condições em que há indignância (SCHRAMM, 2009a). Tendo em vista tal complexidade, faz-se importante apresentar a noção de “vulneração”, uma relevante contribuição da abordagem brasileira da Bioética de Proteção elaborada pelo pesquisador Fermin Roland Schramm.

6.7 A VULNERAÇÃO COMO CONDIÇÃO EXISTENCIAL DE RESTRIÇÃO DAS POTENCIALIDADES

De acordo com Schramm (2009a; 2011), a vulneração pode ser compreendida como a situação na qual um indivíduo ou uma coletividade não é capaz de se defender por si mesmo por razões que independem de sua vontade, tais como as condições de vida desfavoráveis ou, então, o abandono por parte das instituições que falharam no papel de dar um suporte minimamente necessário para que esse mesmo indivíduo ou a coletividade fosse capaz de enfrentar tal condição. Portanto, tais situações reivindicam o desenvolvimento e a aplicação de ações protetivas capazes de promover o resgate da vulnerabilidade perdida. Em outros termos, a vulneração é “a condição existencial dos humanos que não estão submetidos somente a riscos de vulneração, mas a danos e carências concretas” (SCHRAMM, 2009a, p. 11) como aquelas situações frequentemente encontradas no cotidiano de privação das populações e indivíduos marcados pela pobreza, desigualdade e exclusão.

Com efeito, a constatação de um outro nível de privação, miséria ou limitação na condição existencial dos indivíduos e populações pode ser assimilada como uma das mais importantes contribuições da abordagem brasileira da bioética. Isto significa dizer que o estabelecimento de uma diferença conceitual e pragmática entre vulnerabilidade e vulneração necessariamente impacta o discurso bioético. Neste sentido, Schramm (2009a) sustenta a subdivisão da noção de vulnerabilidade em duas categorias. A primeira concepção apro-

xima-se da noção desenvolvida por Kottow (2003, 2005) e diz respeito a uma “vulnerabilidade primária” ou vulnerabilidade “em geral” referente à condição ontológica que caracteriza todo organismo vivo, o que a torna uma concepção para além do âmbito da vida humana e, por sua extensão e complexidade, fora da possibilidade das ações protetivas efetivas. A outra categoria refere-se a uma “vulnerabilidade secundária” ou suscetibilidade, que também guarda uma proximidade semântica com aquela desenvolvida por Kottow (2003, 2005) e que foi descrita em seção anterior. Entretanto, na concepção do bioeticista brasileiro, é em uma outra categoria que se inserem os indivíduos ou populações ditas vulneradas, isto é, aqueles homens e mulheres que estão diretamente afetados e feridos em sentido amplo, vivendo em condição existencial de privação das potencialidades ou capacidades (*capabilities*³²) necessárias para garantir uma vida minimamente digna, o que os torna os principais alvos das ações protetivas.

Neste sentido, torna-se fundamental a diferenciação dos graus de proteção em consonância com a condição existencial de vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração dos indivíduos ou populações, fato este que traz um outro nível de sensibilidade para a análise das situações, bem como para a problematização do discurso bioético. Portanto, é importante ressaltar que existe uma distinção entre os indivíduos ou grupos suscetíveis. Há aqueles considerados afetados por uma ou mais condições adversas que ocasionaram o “rebaixamento” de sua vulnerabilidade essencial. Por outro lado, tem-se os indivíduos ou grupos efetivamente vulnerados e feridos, ou seja, aqueles rebaixados *a priori*, considerados necessitados e que já se encontram em estado de vulneração devido à sua situação existencial, econômica, financeira, etc. que se perpetua às vezes por gerações. Some-se a isto o fato de que aqueles indivíduos ou grupos suscetíveis podem também se tornar vulnerados a qualquer tempo (SCHRAMM, 2009a).

Dessa forma, a função de proteção não deve focar particularmente os indivíduos e coletividades que, apesar de “afetados negativamente ou suscetíveis de serem concretamente afetados – conseguem enfrentar essa condição existencial com seus próprios meios ou com os meios oferecidos pelas instituições vigentes e atuantes” (SCHRAMM, 2009a, p. 17), mas, sim, sobre aqueles que não dispõem de recursos, próprios ou institucionais, suficientes para

³²A noção de capacidade ou potencialidade (*capability/capabilities*) pode ser compreendida sob o ponto de vista antropológico/psicológico relacionado ao ato de proteger, isto é, considerada como uma experiência peculiar da espécie humana e simbolicamente representada pelos pais protetores de sua prole até que esteja física, emocional e cognitivamente desenvolvida e apropriadamente considerada autossuficiente e autônoma ou, nos termos de Amartya Sen, até se tornar “capacitada” e saia da condição de vulneração (SCHRAMM, 2017).

saírem da vulneração. Por conseguinte, a proteção é a condição *sine qua non* para que aqueles indivíduos ou coletividades vulneradas saiam do estado de vulneração e desenvolvam competências necessárias para o exercício de uma vida minimamente decente (SCHRAMM, 2009a).

Por fim, vale ressaltar que a substituição do conceito de vulnerabilidade pelo de suscetibilidade, bem como o desenvolvimento da noção de vulneração que amplia a sensibilidade de ambos, traz um reforço ao argumento de que a sociedade moderna, em sua versão liberal atual, está precipitando seus cidadãos nas condições altamente suscetíveis de precarização de seguro social, isolamento, anomia e falta de solidariedade e responsabilidade, especialmente nas nações menos desenvolvidas e nos casos de populações e indivíduos em situações precárias (KOTTOW, 2004; SCHRAMM, 2009a). Em acréscimo, ver os seres humanos a partir do ponto de vista vantajoso do esclarecimento antropológico e social tanto quanto reconhecer a vulnerabilidade intrínseca, assim como a suscetibilidade e a vulneração prevalentes, é um lembrete efetivo de que esse é o único caminho para o atendimento às necessidades individuais (KOTTOW, 2004).

Desse modo, torna-se imprescindível que o debate bioético contemple problemas de saúde não alcançados pela bioética tradicional, sobretudo nos países ditos em desenvolvimento, cujas carências e a injustiça social expõem a população a condições iníquas. Tais condições extrapolam a vulnerabilidade universal e, por isso, devem ser clarificadas por uma bioética voltada para a responsabilidade social e para a função protetora que está no cerne do Estado Moderno: uma Bioética de Proteção. Portanto, é a respeito desta abordagem bioética que este trabalho se dedicará nas seções seguintes.

6.8 A NECESSIDADE DE UMA BIOÉTICA DE PROTEÇÃO

Um ponto implícito no desenvolvimento deste trabalho é o de que a bioética é uma ética aplicada a qual demanda uma linguagem própria. Neste sentido, o pensamento filosófico precisa ser adaptado para as práticas sociais as quais a bioética deve estar envolvida. Portanto, a distinção entre vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração requer uma análise funcional dos caminhos pelos quais a sociedade deve lidar com estas condições fundamentais da vida humana. Com efeito, há uma íntima ligação entre a vulnerabilidade e a justiça universal que deve ser ampliada visando à proteção de todos os cidadãos sem exceção. Assim, uma formulação constitucional, desenvolvida principalmente durante a segunda metade do século XX, estabeleceu os direitos humanos universais como uma

expressão da reivindicação legítima de todos os cidadãos pela proteção da vulnerabilidade individual garantida pelo Estado. Em princípio, estes direitos são garantias que formam uma espécie de barreira protetora (KOTTOW, 2004).

No âmbito do cuidado, Kottow (2004) assevera que a proteção sistemática da vulnerabilidade orgânica passou a ser desempenhada pelas políticas de Saúde Pública voltadas para o aumento da resistência humana aos danos corporais e para o desenvolvimento de ambientes físicos e sociais salutarés. Neste sentido, a principal tarefa da Saúde Pública poderia ser compreendida como o esforço em tentar proteger a vulnerabilidade intrínseca da condição humana. Isto é, os programas de prevenção e vigilância devem ser desenhados no intuito de alcançar todos aqueles sob o manto da justiça e seu objetivo está na preservação da integridade e da dignidade humanas, mas, sobretudo, na redução da vulnerabilidade.

Por sua vez, a suscetibilidade é contada entre as virtudes sociais da conscientização e da sensibilidade ao dano, de modo que a prática de ações sociais voltadas para sua remediação, necessariamente, demanda uma maior especificação. Em outras palavras, os seres humanos podem se tornar suscetíveis de modo variável e seletivo e em circunstâncias específicas, ou seja, existem determinados estados de privação que requerem uma apreciação diferenciada para seu manejo. Nesse sentido, tal atitude ética toma a forma das virtudes sociais do cuidado e da assistência, que devem ser notadamente desenhadas e aplicadas, principalmente, no âmbito da promoção da saúde e para o auxílio dos necessitados (KOTTOW, 2003).

Este também é o caso da vulneração, no qual as virtudes sociais do cuidado e da assistência devem ser acionadas de modo específico. Um exemplo é a instalação de um grau de suscetibilidade nas condições existenciais de um dado indivíduo ou coletividade ao longo do tempo capaz de afetar o desenvolvimento de suas competências. Se este evento inviabilizar o alcance de uma vida objetiva e subjetivamente digna, é fundamental a interferência externa por meio do desenvolvimento e aplicação de ações protetivas sem as quais não há possibilidade do resgate da vulnerabilidade original (SCHRAMM, 2009a, 2011, 2017).

Neste sentido, a doença é um modelo paradigmático para a compreensão da suscetibilidade e da vulneração, isto porque, além de ser a forma mais frequente de suscetibilidade a afetar indivíduos, traz a vantagem de se poder evocar sua imagem como uma obstrução à busca de outros bens e interesses, já que tende a desencadear uma série de privações e predisposições a danos futuros. A partir desse paradigma, é possível deslocar e

amplificar a imagem do indivíduo ou grupo enfermo para compreender a realidade de grande parte da população latino-americana que se encontra, no mais das vezes, historicamente privada de acesso aos direitos humanos fundamentais, além de constantemente exposta a ameaças oriundas das condições de pobreza, desigualdade e exclusão em que vivem (KOTTOW, 2004).

Em síntese, é por meio da importante distinção entre vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração que emerge uma exigência ética a reivindicar a justiça e o respeito aos direitos humanos universais a fim de se proteger as populações. Não apenas isto, mas também a necessidade da instauração de ações sociais específicas que visem cuidar dos indivíduos suscetíveis ou aqueles que já se encontrem em situação de vulneração. Portanto, no horizonte das práticas sociais voltadas para os indivíduos e grupos suscetíveis e vulnerados, foi pensada uma ética de responsabilidade social nos moldes da Bioética de Proteção.

6.9 A BIOÉTICA DE PROTEÇÃO

Inicialmente concebida como uma “ética de proteção”, a Bioética de Proteção é uma proposta recente formulada por pesquisadores latino-americanos a partir da tentativa de aplicação do escopo teórico e prático da bioética tradicional aos conflitos morais em Saúde Pública característicos dos países latino-americanos tais como a exclusão social. Tal proposta também se pretende pertinente e legítima para a resolução de problemas globais como a destruição ambiental. Em termos específicos, essa teoria preocupa-se com a questão da vulneração humana e, portanto, é um projeto bioético e biopolítico (SCHRAMM, 2011, 2017).

Ela é baseada na recuperação do conceito de ética, entendida mais apropriadamente no sentido de “abrigo”, “guarda” e “proteção”, além de trazer um enfoque crítico ao reducionismo do discurso bioético ao domínio das práticas biomédicas e das pesquisas com seres humanos promovido pela interpretação ainda predominante do modelo principialista. Neste sentido, a Bioética de Proteção traz à luz problemas de ordem sanitária que até então não eram considerados pela bioética tradicional (SCHRAMM; KOTTOW, 2001; PONTES; SCHRAMM, 2004; REGO et al., 2009; SCHRAMM, 2009a, 2011, 2017; SILVA et al., 2017; OLIVEIRA, 2017).

A criação do Estado Moderno implicou simultaneamente o estabelecimento do princípio de proteção, que também é o seu fundamento moral. Entretanto, apesar do vínculo existente entre a concepção de Estado e a proteção de seus cidadãos, a bioética ainda não

havia incorporado este princípio no horizonte de seu discurso. Foi partindo da noção de responsabilidade do Estado para com a integridade de seus cidadãos – e com o intuito de resgatar o seu papel protetor – que os pesquisadores Miguel Kottow e Fermin Roland Schramm se remeteram a autores reconhecidos por se dedicarem à questão da responsabilidade em sua articulação com a ética, tais como Hans Jonas e Emmanuel Lévinas. Nesses autores, foram encontradas contribuições importantes para a formulação de uma nova versão da ética da responsabilidade capaz de trazer à tona o encargo sanitário do Estado como uma ética da responsabilidade social baseada em um “princípio de proteção”, uma “Bioética de Proteção” segundo Schramm (SCHRAMM; KOTTOW, 2001; PONTES; SCHRAMM, 2004; SCHRAMM, 2009a, 2017; SILVA et al., 2017; OLIVEIRA, 2017).

Neste ponto, cabe a pergunta sobre o que diferencia o princípio da responsabilidade em Jonas e Lévinas do princípio de proteção idealizado por Kottow e Schramm. Com relação ao princípio de responsabilidade ôntica de Jonas, este implica a existência de um “ser” que não pode ser reduzido ao “ente”, ou seja, compreende-se que o “ser” permaneça *sui generis* sem ser objetivado em algo determinado e específico, tornando vazio o destinatário da responsabilidade *jonasiana*. Assim, o principal perigo de utilização da responsabilidade ôntica no contexto das instituições em suas relações com as coletividades é o de se incorrer no paternalismo. Além disso, a atribuição deste tipo de responsabilidade é pouco operacional, uma vez que o agente moral é de difícil identificação. Quanto a Lévinas, o princípio de responsabilidade diacônica, aplicado ao contexto das instituições e coletividades, faz com que a solidariedade incondicional para com um outro subordine de tal modo o “eu” ao “outro” que o agente moral (“eu”) acaba por desaparecer. Desse modo, esse “eu” acaba por se esvaziar e se confundir com o destinatário da responsabilidade, sendo subsumido por este último. Portanto, o princípio de responsabilidade *leviniana* também não é adequado para o âmbito das políticas públicas pelo fato de deixar o agente moral em uma relação assimétrica de subordinação e de não reciprocidade com o paciente moral (SCHRAMM; KOTTOW, 2001; PONTES; SCHRAMM, 2004; SCHRAMM, 2009b).

Foi, sobretudo, diante dessas dificuldades operacionais – e pretendendo evitá-las – que o princípio de proteção foi pensado por Schramm e Kottow. Para tanto, este princípio foi construído fundamentado em três características principais: 1) a “gratuidade”, isto é, a oferta livre das ações protetivas pelo Estado ou outra instância responsável pela proteção dos sujeitos, cabendo a estes últimos a aceitação ou não de tal serviço, o que resgataria a mensagem da responsabilidade diacônica e também, *prima facie*, o respeito à autonomia, além de

evitar o paternalismo; 2) a “vinculação”, que torna as ações protetivas um compromisso irrecusável para a instância protetora, uma vez aceita livremente pelos destinatários, o que também é previsto pela responsabilidade diacônica, e finalmente; 3) a “cobertura” efetiva das necessidades dos afetados em situação legítima de suscetibilidade ou vulneração (SCHRAMM; KOTTOW, 2001; PONTES; SCHRAMM, 2004).

A partir dessas características, os autores compreendem que a proteção implica garantir o provimento das necessidades moralmente legítimas. Esse posicionamento limita a responsabilidade diacônica na sua característica incondicional porquanto todo indivíduo passa a ter a possibilidade de adquirir bens ou satisfazer outros interesses de seu projeto de vida além das suas necessidades básicas, não obstante dependerem da garantia dessas para sua consecução. Este é o caso das necessidades por saúde, educação, segurança, moradia, dentre outras consideradas indispensáveis e, por isso, devem ser garantidas pelas instâncias protetoras (PONTES; SCHRAMM, 2004).

Neste ponto, é importante considerar o fato de que, sendo uma teoria desenvolvida na América Latina, a Bioética de Proteção se volta para o contexto socioeconômico no qual as populações estão marcadas por relações sociais e econômicas muito assimétricas, o que torna fundamental levar em conta a iniquidade no processo de tomada de decisão em Saúde Pública. Logo, esse processo deve partir do pressuposto segundo o qual o termo “proteção” refira-se à principal função do *ethos*, que é a de resguardar os indivíduos ou populações vulneradas da iniquidade e da indignidade. Com efeito, a proteção dos vulnerados deve orientar as ações na forma de uma norma moral, e isto significa dizer que a assimetria das relações deve centralizar a análise bioética em última instância (REGO et al., 2009; SCHRAMM, 2009a, 2011, 2017; SILVA et al., 2017; OLIVEIRA, 2017).

Já com relação ao significado da terminologia “Bioética de Proteção”, Schramm (2009a) defende a premissa de que os dois termos se aproximam por um lado e se afastam, por outro. No primeiro caso, as palavras “bioética” e “proteção” apresentam uma íntima vinculação, principalmente porque a disciplina bioética parece estar cada dia mais comprometida com a elaboração de soluções normativas e pragmáticas minimamente razoáveis e justas a problemas globais tais como o aumento do contingente de vulnerados produzido pelo fenômeno da globalização. Com efeito, essas soluções obviamente aproximam ambos os termos tanto no sentido etimológico, pelo fato de que proteger é uma característica inerente ao vocábulo *ethos*, quanto no sentido teórico-prático, dado que ambos os termos originalmente reúnem as funções de abrigar e estabelecer normas de convivência. Quanto ao segundo caso, os termos “bioética” e “proteção” devem necessariamente ser

diferenciados para que não sejam confundidos, sobretudo pela divergência entre seus campos semânticos. Como diz o autor:

[o]s dois conceitos não podem ser sobrepostos como equivalentes, nem serem subsumidos um ao outro, pois nem toda bioética é Bioética de Proteção e nem todo meio de proteção é meio de proteção da bioética: existem aspectos da vida importantes e pertinentes para a bioética (como, por exemplo, o exercício da autonomia pessoal no que se refere ao “estilo” de vida que não afeta negativamente a vida alheia) que não podem ser subsumidos a algum tipo de proteção – que negaria a própria autonomia –, assim como existem meios de proteção que podem ser questionados do ponto de vista ético (como a medicalização dos comportamentos que não prejudiquem terceiros, mas que, mesmo assim, se tornam objeto de estigmatização, controle e interdição, supostamente para proteger o agente moral contra si mesmo, mas indicam, sobretudo, um mal-estar coletivo frente a outros problemas globais) (SCHRAMM, 2009a, p. 13).

Ainda, segundo Schramm (2009a), a expressão “Bioética de Proteção” é uma expressão-problema que indica as questões a serem enfrentadas ao mesmo tempo em que aponta para as tensões inerentes à sua própria terminologia. Neste sentido, é importante ressaltar que a Bioética de Proteção não deve se tornar uma espécie de “solução mágica” para todos os problemas morais, isto é, um *passé-partout* para a profusão de problemas existentes e futuros. Ou melhor, faz-se necessária a delimitação do campo de aplicação da Bioética de Proteção para que as soluções que porventura venham a ser construídas não se revelem frustrantes como ferramentas de inteligibilidade e de resolução de conflitos morais no âmbito das práticas que envolvam seres vivos. Com efeito, esta abordagem bioética busca não ser demasiado genérica a ponto de se remeter a uma “ética da vida”, mas, sim, bastante precisa sem ser reducionista, visto que permite colocar em foco a irreversibilidade potencial das ações humanas sobre os sistemas autopoieticos, o que implica considerar que a vida, *prima facie*, deve ser protegida (PONTES; SCHRAMM, 2004; SCHRAMM, 2009a, 2011).

Ademais, a utilização da expressão “Bioética de Proteção” não é objeto de consenso entre seus próprios idealizadores, apesar de ambos concordarem que seu foco de atenção esteja na justiça sanitária em situações de escassez de recurso e a moralidade no âmbito da Saúde Pública. De fato, o autor chileno Miguel Kottow considera tal nomenclatura insatisfatória, dada a sua incapacidade de reconhecer a bioética como “uma ética aplicada persistentemente imergida em assimetrias entre agentes e afetados” (KOTTOW, 2007 apud SCHRAMM, 2011, p. 718), o que seria dirimido pela utilização mais oportuna de “proteção bioética”, já que este termo faria referência à necessidade da garantia de um resguardo à bioética que, assim, poderia refletir sobre a *práxis* humana. Ou então deveria se falar de uma

ética da proteção situada além da bioética e preocupada com a desigualdade, isto é, de uma ética que abandona o terreno da reflexão e se consagra à ação, reconhecendo as necessidades reais de seres humanos existentes, para os quais não há

consolo na filosofia, mas somente na assistência (KOTTOW, 2007 apud SCHRAMM, 2011, p. 719).

Em contrapartida, para Fermin Roland Schramm, a Bioética de Proteção contempla de antemão a ação frente às desigualdades no cômputo de sua proposta original, na qual já se encontra subentendido o contexto de indignância e incluída a condição de vulneração e de suscetibilidade de sujeitos e populações. Em outras palavras, a ideia de uma assimetria real e apriorística em termos de empoderamento entre agente e paciente moral é inerente aos pressupostos da Bioética de Proteção e isto justifica e legitima a oferta de uma proteção necessária sem incorrer numa forma de paternalismo. De mais a mais, a Bioética de Proteção é, sobretudo, uma proposta de *práxis*, ou seja, volta-se, necessariamente, para a ação frente à assimetria entre os envolvidos, que deve ser fundada na reflexão pautada nos conflitos morais e na injustiça social e sanitária (SCHRAMM, 2011). Em outros termos, a proposta do pesquisador brasileiro parte do pressuposto de que os problemas levantados por Kottow já estão contemplados na “Bioética de Proteção”, o que também é a nossa posição quando adotamos a mesma nomenclatura de Schramm.

Em resumo – e independentemente das diferenças entre suas versões –, a Bioética de Proteção busca se ocupar da moralidade das práticas sanitárias³³, de modo que tais práticas devam ser geridas de forma pragmática, isto é, preocupadas tanto com seus efeitos concretos resultantes da adoção de uma determinada política, como com a verificação de sua eficácia³⁴ e efetividade³⁵ na realização dos programas voltados para a saúde e bem-estar coletivos, além de observar sua sustentabilidade, tanto do ponto de vista econômico, quanto social e ambiental (SCHRAMM, 2017).

Vale ainda ressaltar que existem duas formas de se pensar a Bioética de Proteção: um modo em *stricto sensu* e um outro em *lato sensu*. A Bioética de Proteção *stricto sensu* visa amparar os indivíduos e coletividades considerados sem competência ou capacidade

³³As práticas sanitárias podem ser compreendidas como uma coleção heterogênea de saberes vinculados teórica e praticamente entre si, tais como a Saúde Pública, a biotecnociência, a biopolítica e o biodireito (SCHRAMM, 2017).

³⁴Eficácia é: 1) a virtude ou poder de (uma causa) produzir determinado efeito, qualidade ou caráter do que é eficaz; 2) segurança de um bom resultado, validade, atividade, infalibilidade; 3) poder de persuasão; 4) efeito útil; 5) qualidade de quem ou do que tem uma ação eficaz, capacidade, produtividade; 6) produção real de efeito; 7) qualidade ou característica de quem ou do que, no nível da chefia ou dos funcionários ligados a planejamento, chega realmente à consecução de um objetivo (Grande dicionário HOUAISS [online]. Disponível em: <<https://houaiss.uol.com.br/pub/apps/www/v3-3/html/index.php#2>>. Acesso em: 7 jun. 2020).

³⁵Efetividade é o caráter, virtude ou qualidade do que é efetivo; 1) faculdade de produzir efeito real; 2) capacidade de produzir o efeito habitual, de funcionar normalmente; 3) capacidade de atingir o seu objetivo real; 4) realidade verificável, existência real, incontestabilidade; 5) disponibilidade real; 6) possibilidade de ser utilizado para um dado fim; 7) qualidade do que atinge os seus objetivos estratégicos, institucionais, de formação de imagem, entre outros. (Grande dicionário HOUAISS [online]. Disponível em: <<https://houaiss.uol.com.br/pub/apps/www/v3-3/html/index.php#5>>. Acesso em: 7 jun. 2020).

suficiente para a realização de seus próprios projetos de vida de modo razoável e justo, isto é, incapazes de alcançar uma vida digna no âmbito do que é necessário e moralmente correto para o convívio humano. Neste sentido estrito, ela pode ser compreendida como uma manifestação da cultura dos direitos humanos. Já a Bioética de Proteção *lato sensu* ocupa-se da sobrevivência da espécie humana e parte da premissa da existência de interesses coletivos e ecológicos que não podem ser subsumidos pelos interesses individuais ou de grupos particulares e que visam garantir as condições necessárias à *antropogênese* (SCHRAMM, 1995, 2009a, 2011, 2017; SILVA et al., 2017).

Em ambas as formas, *lato sensu* e *stricto sensu*, a Bioética de Proteção tem um denominador comum, que é o princípio da qualidade de vida, o qual permite entender a Saúde Pública como o conjunto de disciplinas e práticas cujo objetivo principal é “o estudo e a proteção da saúde das populações humanas em seus contextos naturais, sociais e culturais” (SCHRAMM, 2017, p. 1536). Neste sentido, a promoção da saúde (enfoque nos estilos de vida) e a prevenção do adoecimento (gestão dos riscos à saúde) são reconhecidos como dois aspectos inseparáveis da proteção, os quais podem ser vistos como as duas faces da prática de proteção, sendo a primeira considerada positiva e a última, negativa. Portanto, há uma “proteção negativa”, compreendida como o conjunto de práticas preventivas *contra* o adoecimento e as ameaças à qualidade de vida de um dado indivíduo ou coletivo humano, e uma “proteção positiva”, que abrange um conjunto de práticas voltadas para o autodesenvolvimento humano e a autonomia (SCHRAMM, 2017).

Quanto à metodologia da Bioética de Proteção, esta pode ser compreendida como uma caixa de ferramentas capaz de lidar com a moralidade das práticas sanitárias a partir de uma abordagem transdisciplinar, pois promove a interação de saberes distintos, mas não separados, tal qual o caso da Saúde Pública (SCHRAMM, 2017). Para tanto, as ferramentas utilizadas se propõem a resolver problemas oriundos dos conflitos morais hodiernos entre sujeitos, além de exercerem uma função tripla, a saber: a) descritiva, ao descreverem os conflitos de modo racional e, em princípio, imparcial, o que implica dizer que têm também um caráter crítico; b) normativa, uma vez que buscam resolver os conflitos morais, classificando e prescrevendo os comportamentos corretos, enquanto proscrevem os incorretos; e c) protetora, tendo em vista que a articulação entre as funções anteriores é aplicada para pessoas e contextos concretos, visando fornecer meios suficientes para amparar os envolvidos e garantir cada projeto de vida compatível com os demais (PONTES; SCHRAMM, 2004; SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2009).

Um outro ponto importante a se considerar é o fato de que a teoria desenvolvida por Schramm (2009a) estabelece uma prioridade léxica para os vulnerados, visto que não dispõem da competência necessária para alcançar uma vida digna, o que torna imprescindível a aplicação apriorística do valor da equidade como meio de se atingir a igualdade e, assim, respeitar concretamente o princípio da justiça. Como esclarece o autor: “[o]s interesses conflitantes redundam em [...] conflitos morais [...] que só podem ser resolvidos dando suporte (protegendo) aos afetados para que possam desenvolver suas potencialidades e deixem de precisar desta proteção” (SCHRAMM, 2009a, p. 17). Neste sentido, pode-se entender a Bioética de Proteção também como uma caixa de ferramentas teóricas e práticas no domínio da ética aplicada que busca entender, descrever e resolver conflitos de interesse entre quem é destituído de competência e necessita de proteção e aqueles que, ao contrário, estão capacitados para realizar seu projeto de vida (SCHRAMM, 2009a, 2011).

Portanto, o contexto de iniquidade dos países periféricos, frequentemente, não oferece condições satisfatórias de educação formal, acesso a serviços de saúde, renda familiar suficiente, dignidade de habitação etc., o que expõe suas populações a riscos pouco comuns nas nações consideradas desenvolvidas, como foi enfatizado anteriormente. Ademais, quando se aprofunda a compreensão sobre as circunstâncias do surgimento da Bioética de Proteção nos países periféricos, pode-se inferir seu teor de crítica ao princípio da autonomia. Nesse sentido, é reconhecida a ineficácia moral deste princípio no contexto dos países com grandes desigualdades sociais e cujas relações são profundamente assimétricas, principalmente se considerarmos que não se pode conceber um indivíduo ou um grupo “livre” se esses estiverem privados de um ou mais direitos humanos fundamentais (REGO et al., 2009; OLIVEIRA, 2017).

Outrossim, nunca é bastante enfatizar o perigo de que as abordagens bioéticas baseadas num princípio de proteção deslizem para um discurso e prática paternalistas de assistência. Com efeito, o fato de não existir proteção sem que haja, em contrapartida, uma instância protetora, qualquer que seja ela, não implica, necessariamente, que a ação protetiva seja de cunho “automicida”, isto é, que incorra em paternalismo. Em outros termos, proteger não significa ampliar as desigualdades, como fazem as ações tipicamente paternalistas, ao impedirem que os indivíduos decidam por si mesmos. Proteger diz respeito a contribuir para a emancipação individual e coletiva, ou seja, fornecer meios suficientes para pesar as desigualdades e utilizar os recursos necessários para que os destinatários tomem ciência de suas realidades contingenciais. Desse modo, a partir desta conscientização, serão capazes de decidir segundo seus interesses legítimos e com a maior liberdade possível,

exercendo seu direito à autonomia (SCHRAMM, 1998; SCHRAMM, 2011; SCHRAMM & KOTTOW, 2001; REGO et al., 2009; OLIVEIRA, 2017).

Dito isso, cabe salientar, ainda, que, no discurso da Bioética de Proteção defendida por Schramm, a proteção moralmente legítima é aquela capaz de atender a uma determinada exigência protetora que, ao final, traga condições suficientes para a promoção individual e coletiva das capacidades necessárias à escolha do tipo de vida valorizado pelas pessoas. Este desenvolvimento pode ser ampliado por meio do investimento em políticas públicas adequadas (SCHRAMM, 2009a, 2017; OLIVEIRA, 2017).

Já quanto às políticas públicas, vale dizer que sua implementação traz para o contexto do princípio de proteção um outro nível de problematização da ação protetiva, qual seja, a possibilidade de a proteção moralmente legítima se converter em um conjunto de prescrições condenatórias que se voltem contra aqueles cuja escolha seja uma vida considerada “alternativa”, isto é, a produção de vidas moralmente condenáveis por não se adequarem ao que é considerado “vida saudável”. Este fenômeno é chamado por Schramm de “responsabilização da vítima” e seu desdobramento tende a resultar numa espécie de desresponsabilização do serviço de saúde por essas vidas “condenáveis”, o que pode se concretizar em ações de descaso, negligência e mesmo negação de assistência à saúde (SCHRAMM, 2009a, 2019; GAUDENZI; SCHRAMM, 2010; OLIVEIRA, 2017).

De fato, um dos argumentos principais para essa desresponsabilização do serviço de saúde seria o de que cada indivíduo, cada vez que colocasse sua saúde em risco, teria responsabilidade moral pela sua respectiva saúde, uma vez que estaria fazendo uso indevido dos recursos escassos disponíveis prioritariamente para a coletividade. Nestas circunstâncias, tal indivíduo deveria ser penalizado por não manter seu “nível de saúde”, o que poderia resultar, por exemplo, na mudança da ordem de prioridade existente para situações nas quais ele precisasse de um determinado tratamento, como no caso de transplantes em indivíduos cujos órgãos foram afetados pelo comportamento moralmente questionável (SCHRAMM, 2009a; GAUDENZI; SCHRAMM, 2010).

Neste ponto, cabe introduzir uma das críticas fundamentais à Bioética de Proteção, qual seja, a pergunta sobre os limites entre a possibilidade de se proteger alguém e a competência individual de se proteger a si mesmo, ou melhor, o problema da liberdade do exercício da autonomia em face da existência de normas de convivência em uma dada sociedade. Isto porque há uma tendência atual em aumentar a responsabilidade individual no campo da Saúde Pública, o que faz com que o indivíduo seja responsável pelas consequências de seus comportamentos tanto para a saúde de terceiros quanto para sua própria saúde. Em outros

termos, a Saúde Pública tende a subsumir o agente moral no paciente moral quando lida com populações, o que torna indistintos o ator e o destinatário de um determinado comportamento (SCHRAMM, 2009a, 2019; GAUDENZI; SCHRAMM, 2010).

No horizonte dos limites entre os princípios de autonomia e proteção, Schramm (2009a) afirma que a questão é de ordem teórica e prática. Teórica porque se remete à relação lógica entre proteção e autonomia e à ponderação, a qual deveria existir nos casos em que estes dois princípios entram em conflito. Prática porque a questão envolve o campo de aplicação da Bioética de Proteção e diz respeito à sua utilização exclusivamente para os casos em que há o envolvimento de vulnerados ou se a considera numa acepção mais ampla, o que envolveria os suscetíveis e até mesmo os vulneráveis e abarcando todos os organismos vivos.

Entretanto, qualquer que seja a amplitude de ação da Bioética de Proteção, cabe salientar sua necessidade em se desvencilhar tanto do paternalismo quanto da culpabilização dos pacientes morais por meio dos seguintes argumentos: 1) a aplicação de suas ferramentas se dá tão somente em populações de indivíduos suscetíveis e vulnerados que são incapazes de tomar decisões sozinhos, e não aos vulneráveis; 2) a proteção não deve ser impositiva, mas necessariamente oferecida ao destinatário; e, por fim, 3) o princípio de proteção necessariamente implica o dever da eficácia nas intervenções sanitárias, mesmo que isto signifique restringir a autonomia individual frente à qualidade de vida de um dado coletivo (SCHRAMM, 2017).

Logo, pode-se depreender que o termo “proteção”, contido na nomenclatura adotada por Schramm, implica a responsabilidade moral dos agentes morais envolvidos na aplicação de uma dada política sanitária e a eficácia pragmática de suas respectivas ações, verificadas a partir de seus efeitos sobre um dado coletivo. Portanto, a Bioética de Proteção revela-se uma importante ferramenta analítica e pragmática da ética aplicada, capaz de analisar e diminuir os conflitos, bem como resolvê-los, visando à qualidade de vida e ao bem-estar dos destinatários das políticas públicas (PONTES; SCHRAMM, 2004; SCHRAMM, 2017; SILVA et al., 2017). Nesse sentido,

uma bioética fundamentada no princípio de proteção parece legitimar políticas sanitárias que se pretendem universalistas, como é o caso da política sanitária inspirada na Constituição Brasileira e nos princípios do Sistema Único de Saúde, SUS. Mas [...] deve também respeitar, na medida do possível, a pluralidade dos valores e interesses que perpassam as coletividades, não impondo comportamentos que poderiam infringir os direitos fundamentais das pessoas e dos grupos específicos, mas oferecendo – e não impondo – modelos de comportamento considerados válidos do ponto de vista da prevenção do adoecimento e da promoção da saúde, o que pode ser visto também como um papel dos programas de educação em saúde (SCHRAMM, 2017, p. 1537).

No entanto, há exceções à aplicação da Bioética de Proteção de forma geral, como é o caso da proteção do “corpo social” contra as ameaças internas e externas, exemplificado na utilização de medidas coercitivas impostas aos indivíduos ou grupos de uma dada população quando sob vigência de epidemias que ameaçam afetar sensivelmente a saúde populacional. Esta situação poderia bem ser ilustrada pelas diretrizes adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos países acometidos pela pandemia de COVID-19, ocorrida a partir do fim de 2019 e ao longo do ano de 2020. Em outros termos, a proteção em Saúde Pública implica a legitimação de determinadas formas de restrição das autonomias individuais ao se basear na prioridade dos direitos sociais sobre os individuais (GAUDENZI; SCHRAMM, 2010; SCHRAMM, 2017).

Uma outra questão é saber quem são os indivíduos ou populações efetivamente suscetíveis ou vulnerados. Com efeito, há riscos que se ligam a esta questão, como aquele de se incorrer em estigmatização por um lado e de paternalismo e autoritarismo por outro, visto que há o perigo de se desconsiderar indevidamente o multiculturalismo, a pluralidade moral, em suma, os estranhos morais e as diferenças nas sociedades contemporâneas (SCHRAMM, 1998, 2009a). Desta forma,

surge a questão de como fazer para focalizar os indivíduos vulnerados e lhes fornecer a proteção necessária para desenvolver suas potencialidades e sair da condição de vulneração e, ao mesmo tempo, respeitar a diversidade de culturas, as visões de mundo, hábitos e moralidades diferentes e que fazem parte da vida em comum, complexificando-a e enriquecendo-a (SCHRAMM, 2009a, p. 20).

Em outros termos, o princípio de proteção demanda a especificação do que deve ser protegido, quem deve proteger o que e para quem a proteção se destina quando aplicada à Saúde Pública. Logo, o princípio de proteção torna-se operacional, ao contrário dos princípios de responsabilidade ôntica e diacônica (PONTES; SCHRAMM, 2004; SILVA et al., 2017). Vale também reiterar que o paciente moral, o sujeito ou população-alvo das medidas protetoras, deve estar informado sobre tais medidas, a fim de que se evitem manobras paternalistas e/ou arbitrárias, o que as tornaria ineficazes. Por esta perspectiva, algumas disciplinas tais como a sociologia, a psicologia, a ergonomia, a epidemiologia, entre outras que se ocupam com os contextos do desenvolvimento humano, poderiam servir de auxílio na identificação e reconhecimento, por parte das instâncias protetoras, dos grupos populacionais considerados potenciais sujeitos ou objetos de proteção. Destarte, essas disciplinas forneceriam subsídios importantes para a construção de um quadro sanitário oportuno sobre o qual se assentaria a análise bioética dos atos legítimos e necessários para a proteção de indivíduos e populações suscetíveis e/ou vulnerados (PONTES; SCHRAMM, 2004).

Por conseguinte, a Bioética de Proteção pode ser aplicada nas diversas relações entre os homens, tais como: nas relações interpessoais médico e paciente; profissional de saúde e usuário; profissional de saúde e trabalhador em saúde³⁶; nas relações entre Estado e cidadãos; como naquelas entre formuladores e gestores de políticas sanitárias e a população destinatária; e, por fim, nas relações entre humanos, demais seres vivos e o planeta, como nas políticas ambientais que visarem proteger o *oikos* (casa comum) (PONTES; SCHRAMM, 2004; SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2009). Acresce-se a isto que seu ideário tem como uma das principais funções combater a tendência à massificação e à uniformização das condutas operadas pelas políticas de saúde, resistindo àquelas que promovem a restrição da autonomia e da singularidade dos indivíduos, desconsiderando seus modos particulares de caminhar na vida (OLIVEIRA, 2017).

Assim sendo, ao se considerar a saúde e o exercício das liberdades individuais como condições fundamentais para a qualidade de vida, pode-se depreender que a Bioética de Proteção se ocupa da proteção em dois níveis, ou em duplo sentido. Isso porque pretende garantir o acesso a um padrão de assistência em saúde que seja razoável e disponível para todos e que também seja congruente com a possibilidade de desenvolvimento individual das capacidades humanas, isto é, de expansão das liberdades pessoais. Desta forma, a proteção da saúde de todos não exclui a necessidade de garantir a proteção das liberdades fundamentais de cada um. Portanto, cabe à Bioética de Proteção compreender e analisar criticamente conflitos neste nível no intuito de fornecer argumentos pertinentes que subsidiem a legitimidade da prescrição ou proscrição das ações individuais, estabelecendo pontos de convergência entre a justiça social e as liberdades individuais (GAUDENZI; SCHRAMM, 2010).

Em resumo, a Bioética de Proteção pode ser interpretada como um “paradigma” para a compreensão e resolução justificada dos conflitos morais na Saúde Pública (SCHRAMM, 2017), por meio da descrição e análise desses conflitos da maneira mais racional e imparcial possível e buscando resolvê-los de forma normativa por meio de ferramentas capazes de

³⁶Optou-se por adotar a distinção entre trabalhadores em saúde e profissionais de saúde conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Assim, incluídos sob a inscrição 5151-05, os ACS são trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde, visitam domicílios periodicamente; orientam a comunidade para promoção da saúde; assistem pacientes, dispensando-lhes cuidados simples de saúde, sob orientação e supervisão de profissionais de saúde; rastreiam focos de doenças específicas; realizam partos; promovem educação sanitária e ambiental; participam de campanhas preventivas; incentivam atividades comunitárias; promovem comunicação entre unidade de saúde, autoridades e comunidade; realizam manutenção dos sistemas de abastecimento de água; executam tarefas administrativas; verificam a cinemática da cena da emergência; socorrem vítimas e realizam ações de controle de endemias (BRASIL, 2010c, p. 773).

ordenar comportamentos adequados e proibir aqueles considerados incorretos. Assim, através da conjugação da apreensão, análise e resolução de conflitos a partir da aplicação de ferramentas adequadas e consistentes, a Bioética de Proteção pretende garantir a consecução de cada projeto de vida *pari passu* à proteção do conjunto dos envolvidos. Neste ponto, ela revela-se uma abordagem fundamental para a Saúde Pública no seu desafio de lidar com a tensão entre os âmbitos individual e o coletivo (REGO et al., 2009; SCHRAMM, 2011, 2017).

6.10 A BIOÉTICA DE PROTEÇÃO E O *CORPO PRÓPRIO* DO TRABALHADOR EM SAÚDE

A partir do que foi dito até agora, depreende-se que o campo da Saúde Pública pode ser compreendido como o de uma “tecnologia científico-política” em constante tensão entre duas maneiras de operar fundamentalmente opostas: uma totalizante e outra individualizante (SCHRAMM, 2019). Melhor dizendo, há uma tendência da dimensão política da Saúde Pública em subsumir-se nas práticas em saúde dos indivíduos viventes, uma vez que as ações preconizadas tendem a coincidir com os parâmetros biológicos dos indivíduos para os quais se destinam (LESSA; SCHRAMM, 2015; SCHRAMM, 2019). Por esse ângulo, tal fato pode ser entendido como uma tendência de unificação entre política e biologia por intermédio do corpo individual (RODRIGUES; SCHRAMM, 2019).

Com efeito, a concepção de corpo é cultural e continuamente reformulada e redefinida em suas fronteiras e seu significado simbólico, variando em relação aos contextos econômicos, históricos, políticos e sociais (FERRANDO, 2014; LE BRETON, 2016a; RODRIGUES; SCHRAMM, 2019). Logo, a tensão entre o individual e o coletivo presente na Saúde Pública reverbera diretamente na dimensão do corpo dos indivíduos. Isto pode ser constatado, por exemplo, nas campanhas de vacinação, sobretudo nos países em desenvolvimento, nos quais a cobertura vacinal da população tem propensão em recair sobre a responsabilidade dos cidadãos de modo que a manutenção da saúde do corpo individual pende para um dever do sujeito e um direito do Estado, caso medidas protetivas não sejam aplicadas (LESSA; SCHRAMM, 2015).

Esta tensão entre o âmbito individual e coletivo também é encontrada na análise biopolítica *espositana* da origem etimológica das palavras comunidade e imunidade, cujo termo *mínus* indica o que deve ser dado, um encargo ou obrigação, isto é, uma “impropriedade” do indivíduo frente ao coletivo. Nesta perspectiva, *communitas*

corresponde a grupos de pessoas ligadas por um débito ou um dever, ao passo que *immunitas* tem o sentido de isenção de obrigação ou de dever para com o outro (RADOMSKY, 2017). Em última instância, este dever para com o coletivo que está implícito na origem da palavra comunidade incide sobre o domínio do qual os indivíduos não são capazes de se esquivar, isto é, sobre seus próprios corpos. Isto reforça a alegação anterior de que o âmbito político da Saúde Pública acaba por se precipitar no contexto do corpo dos indivíduos (FERRANDO, 2014; LE BRETON, 2016a; RODRIGUES; SCHRAMM, 2019).

Neste ponto, vale introduzir o conceito fenomenológico *merleau-pontiano* de *corpo próprio*, segundo o qual este é a fonte perceptiva originária e referencial para o mundo, isto é, um corpo antepredicativo que prescinde da mediação por ações mecanicistas e racionalizantes para a produção de significados e que manifesta a integração entre o eu e o mundo vivido (AZEVEDO; CAMINHA, 2015; COSTA, 2015; MERLEAU-PONTY, 2015a). Em outras palavras, o *corpo próprio* é o ser no mundo, uma existência na dimensão da experiência. Sob esta perspectiva, só há sujeito na medida em que ele é um corpo, isto porque suas relações com o outro e com o mundo só podem ser estabelecidas quando ele é corporeidade (SANTOS, 2020).

Por corporeidade compreende-se a vinculação coextensiva entre corpo e mundo, isto é, o mundo como a extensão da experiência e a dimensão onde o homem é inserido através dos sentidos produzidos continuamente por seu corpo (SILVEIRA et al., 2012). Portanto, pode-se inferir que o *corpo próprio* aponta para uma experiência que, longe de ser própria, é eminentemente comum ao homem. Em outros termos, a trivialidade do *corpo próprio* ultrapassa o sentido óbvio de que todo homem e mulher possuem um corpo e revela como característico em seus corpos não o seu núcleo pessoal, mas, sim, seu aspecto de impessoalidade. Isto significa dizer que o *corpo próprio*, na qualidade de indivíduo, tem um valor ético que não só está além da categoria de coisa, mas também transcende a categoria de pessoa (ESPOSITO, 2016b).

Portanto, há uma articulação entre o corpo dos indivíduos e o valor ético no campo da Saúde Pública, o que nos remete ao âmbito da bioética. Como visto anteriormente, a bioética volta-se para as questões morais a que se propõe descrever adequadamente por meio de metodologias apropriadas para, em seguida, prescrever as melhores condutas baseadas no ponto de vista do sujeito suficientemente racional e autônomo para tomar decisões. Isto baseia-se no pressuposto de que o sujeito racional é, em princípio, capaz de realizar julgamentos morais. Tal capacidade é desenvolvida à medida que as características e as oportunidades

de interação do sujeito com seu meio são ofertadas. Isto significa dizer que, de forma sintética e geral, há um desenvolvimento da evolução do julgamento individual que inicialmente se assenta em razões heterônomas com prioridade para interesses egoísticos, mas que vai sendo gradativamente substituído pelo julgamento fundamentado em razões autônomas baseadas em princípios éticos universais. Neste movimento, as condições e oportunidades de interação do sujeito com seu meio social são determinantes para as mudanças que ocorrem no domínio da vida cotidiana. Esta é uma das vias para o entendimento da bioética como estratégica para a detecção, análise e resolução dos conflitos morais provenientes da tensão entre a saúde do indivíduo e do coletivo, particularmente na esfera da APS (VIDAL et al., 2014).

Assim, a existência de espaços que possibilitem o empoderamento dos sujeitos no âmbito do SUS, aliados às condições e oportunidades de interação do indivíduo com o coletivo, são determinantes para as mudanças na vida cotidiana e imprescindíveis para os avanços na qualidade de serviços. Esta perspectiva é uma das intenções originais da ESF, considerada um campo propício para a transformação do modelo brasileiro de atenção à saúde (VIDAL et al., 2014). De fato, uma das características que mais influenciam o trabalho na APS é sua proximidade com a população assistida, de modo que as ações em saúde oferecidas pelas equipes multidisciplinares da ESF se diferenciam da prática profissional nos demais pontos da RAS. Com efeito, esses profissionais vão ao encontro do usuário e de sua família para realizar e desenvolver, juntos, o cuidado preconizado pela PNAB. Isto significa dizer que a ESF busca oferecer uma assistência integral, longitudinal, humanizada e de qualidade, a partir da reorganização das ações em saúde e com foco nas famílias adscritas a um determinado território referenciado por uma UBS. Além disso, a ESF reconhece tanto a importância de fatores ambientais e das relações sociais no processo de adoecimento quanto a necessidade de equidade no acesso à atenção em saúde, o que possibilita seus trabalhadores promoverem o envolvimento comunitário no desenvolvimento e organização das ações em saúde, especialmente através da atuação do ACS e do posicionamento das eSF mais próximas às pessoas e a seus espaços de vida (BRASIL, 1997b; ROSA; LABATE, 2005; BRASIL, 2006, 2010b, 2017; VIDAL et al., 2014).

Por fundamentar a prática do cuidado em ações de saúde voltadas para o território, o ACS surge como um trabalhador essencial na ESF. De certa forma, ele pode ser considerado seu ator mais importante devido às características de seu encargo e por ocupar um lugar de mediador entre essas equipes e o usuário, além de ter sua participação na comunidade anuída pelos próprios moradores, dado que, frequentemente, é morador do território. Com efeito, a

posição ambivalente do ACS frente às eSF e à comunidade faz com que tenha o desafio de lidar com demandas as quais ultrapassam suas atribuições normativas, configurando-se em exigências morais que, por sua vez, promovem a emergência – ou mesmo o aumento – do seu sofrimento (BRASIL, 1997b, 1999, 2001, 2002, 2003; GOMES et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2010; ROSA et al., 2012).

Ademais, vale ressaltar que mesmo com os avanços na modificação da lógica de operar o campo da saúde no âmbito do SUS, ainda são mantidas estruturas limitantes baseadas no modelo biomédico tradicional. Neste contexto, o SUS vem enfrentando um difícil processo de consolidação, além do fato de que outras dificuldades, como as relativas ao financiamento, por exemplo, contribuem para o surgimento de diferentes níveis de problemas éticos geradores de tensões na organização da rede de saúde que tanto afetam quanto causam sofrimento nos usuários e nos trabalhadores em saúde (VIDAL et al., 2014).

De fato, a maior parte dos problemas éticos na APS aparecem devido, principalmente, à continuidade de contato entre os profissionais de saúde e os usuários do SUS e, habitualmente, em situações de menor urgência, o que é frequente neste nível de atenção à saúde. Entretanto, apesar desses problemas apresentarem uma aparência dramática menor que as exigências morais que emergem nos demais níveis de atenção à saúde, como no ambiente hospitalar, por exemplo, sua complexidade deve ser levada em consideração (VIDAL et al., 2014).

Ainda, segundo Vidal e colaboradores (2014), os principais complicadores identificados para a abordagem dos problemas éticos na APS foram a sua própria invisibilidade para os profissionais envolvidos e as dificuldades teóricas na proposição de soluções para as questões observadas, que, invariavelmente, se configuram como exigências morais a repercutirem no cotidiano de todos os trabalhadores da ESF. Quanto ao primeiro complicador identificado, qual seja, a invisibilidade das questões éticas surgidas no cotidiano de trabalho, os autores sugerem a implementação de espaços de educação permanente na eSF, com o intuito de se discutir as exigências morais surgidas no desempenho das atividades laborais hodiernas. Desse modo, seria possível instrumentalizar os atores envolvidos, sobretudo os ACS, tendo em vista a sua posição mediadora entre os profissionais da saúde e os usuários.

Quanto ao segundo complicador, as dificuldades teóricas na proposição de soluções, os autores sustentam que o uso de correntes bioéticas desenvolvidas, originalmente, como ferramentas para a interseção entre clínica e Saúde Pública, tais como a Bioética de Proteção, poderiam auxiliar no equacionamento dessas situações, particularmente quando é utilizada

na formação técnica e como ética profissional.

Ademais, os problemas éticos revelados no cotidiano laboral dos trabalhadores da eSF são, frequentemente, exigências morais surgidas da tensão entre os âmbitos individual e coletivo que se refletem no viver cotidiano e, portanto, no registro de seus corpos segundo a visão fenomenológica de *corpo próprio* (FERRANDO, 2014; LE BRETON, 2016a). Em outros termos, pode-se inferir, pelo que foi dito, que a tensão inerente ao trabalho na APS, assimilada como um dever para com a comunidade (RADOMSKY, 2017), recai sobre os corpos dos trabalhadores na forma de exigências morais e sofrimento. Se a aproximação for correta, isto significa dizer que o sofrimento como expressão possível do *múnus* é um dos modos como a tensão do trabalho se manifesta no corpo do trabalhador em saúde. Vale lembrar que tal aproximação é oportuna ao se considerar que o corpo do trabalhador tem o mundo do trabalho como extensão de sua experiência e no qual o sujeito está imerso mediante os significados produzidos continuamente por seu corpo (DENTZ, 2008; NÓBREGA, 2008; MATTHEWS, 2011; SILVEIRA et al., 2012; AZEVEDO; CAMINHA, 2015; SANTOS, 2020).

Esta tensão como dever ou como exigência moral e sofrimento aparece, por exemplo, nas dificuldades relativas aos limites éticos e terapêuticos de atuação nos estilos de vida individuais, principalmente nos ruídos de comunicação entre trabalhador e usuário no horizonte da “tecnologia” de relação adotada para esse tipo de trabalho em saúde. Além disso, ela também se manifesta no exercício profissional do sigilo, da confidencialidade e da privacidade dos usuários. Neste contexto, a ESF tem uma conformação *sui generis* pelo fato de se orientar a partir do cuidado centrado no usuário e na família, incluindo o ACS como trabalhador em saúde morador do mesmo território. Deste modo, quando um usuário revela alguma informação ou quando aspectos clínicos são evidenciados nos exames por profissionais de saúde, o sigilo acontece na perspectiva da confidencialidade, da discrição, da lealdade e da fidelidade, para além da abordagem deontológica (VIDAL et al., 2014).

Além das tensões no âmbito das relações entre eSF e usuário, existem também exigências morais nas relações entre seus próprios trabalhadores que se traduzem em sofrimento, mormente pela falta de clareza sobre a autonomia e a responsabilidade de cada um dos envolvidos no cuidado. Ainda nesse âmbito, vale lembrar que o trabalho em equipe necessita da articulação intersetorial, principalmente quanto a situações como violência doméstica, drogadição, gravidez precoce entre outros (VIDAL et al., 2014).

Por fim, existem, ainda, as questões éticas no nível da intersetorialidade do sistema de saúde as quais remetem à gestão do cuidado e das pessoas e que impactam o cotidiano

dos trabalhadores, trazendo mais tensão e, conseqüentemente, mais sofrimento, tais como a insalubridade associada à infraestrutura das UBS, a dificuldade para a realização das visitas domiciliares, a falta de apoio da gestão para discutir e resolver os conflitos no ambiente de trabalho e a própria limitação da RAS em nível municipal (VIDAL et al., 2014).

Especificamente em relação aos ACS, sabe-se que, em sua grande maioria, trabalham em circunstâncias de agravo à saúde da população e que excedem suas atribuições profissionais além de sua capacidade resolutiva. Em acréscimo, esses trabalhadores encontram-se em uma situação geradora de sofrimento ao exercerem suas tarefas numa posição paradoxal, na qual existe, também, uma tensão entre as necessidades de saúde da população assistida e as limitações técnico-administrativas, que diminuem a efetividade das ações em saúde (ROSA et al., 2012). Com efeito, seu cotidiano é atravessado por inúmeros desafios que, conjugados à pouca capacitação para resolutividade das demandas, excesso de encargos e carga de trabalho, perda da especificidade de suas ações, exposição a riscos socioambientais, remuneração inadequada, instabilidade nas garantias trabalhistas e conflitos nos relacionamentos com usuários e eSF, enriquecem o rol de exigências morais (VIDAL et al., 2014) e fatores causadores de sofrimento (SANTOS et al., 2016; HOPPE et al., 2017). Em conjunto, esses elementos trazem insegurança para seu exercício profissional, particularmente no que se refere às mudanças estruturais na Saúde Pública propiciadas pela atual conjuntura política (BRASIL, 2017).

Por este ponto de vista, pode-se depreender que o exercício profissional em saúde, na APS, é caracterizado por uma alta demanda psíquica, principalmente na realização de tarefas que exigem responsabilidade, decisão sob pressão e contato com situações estressantes. Há vários trabalhos produzidos na última década que abordaram a questão do sofrimento psíquico dos profissionais da ESF, particularmente do ACS (WAI; CARVALHO, 2009; ROSA et al., 2012; MASCARENHAS et al., 2013; ALCÂNTARA; ASSUNÇÃO, 2016; SANTOS et al., 2016; PEREIRA et al., 2018). Eles têm demonstrado o desenvolvimento de quadros de ansiedade e depressão em ACS, principalmente devido a fatores de ordem ocupacional. Com efeito, diversos fatores influenciam, negativamente, na sua percepção de saúde e contribuem para o aumento do seu sofrimento. Entre eles, têm-se a sobrecarga física e mental, resultante da falta de limites entre o ambiente do trabalho, as exigências morais e os problemas relativos ao local de moradia, as situações crescentes de violência, a diminuição das condições de segurança, de lazer e de moradia, somadas à precarização salarial e dos direitos trabalhistas e à baixa disponibilidade de recursos em saúde (WAI; CARVALHO, 2009; MASCARENHAS et al., 2013).

Saliente-se que, sendo uma categoria profissional relativamente nova, o ACS sofre com a falta de reconhecimento do seu trabalho e de uma sensação de impotência diante das demandas em saúde com forte componente estrutural. Como demonstrado em parágrafo anterior, a forma de gestão do trabalho do ACS pode influenciar no surgimento ou agravamento do seu sofrimento, isto somado ao seu desgaste junto ao usuário quando não consegue ser resolutivo ou quando depende de outros profissionais (NASCIMENTO; DAVID, 2008; GOMES et al., 2009; WAI; CARVALHO, 2009; OLIVEIRA et al., 2010; HOPPE et al., 2017).

É ainda importante frisar que a natureza da atuação do ACS o qual aproxima sua vida e seu trabalho na mesma comunidade é um fator de complexidade relevante para sua qualidade de vida. Certamente, esta dupla inserção, como trabalhador e como usuário, corrompe o espaço existente entre o labor e o viver e é uma fonte adicional de sofrimento (JARDIM; LACMAN, 2009; WAI; CARVALHO, 2009; HOPPE et al., 2017). Efetivamente, seu trabalho requer certa autonomia para a resolução dos problemas locais e para a reflexão sobre o contexto nos quais eles são produzidos. Esta autonomia é um aspecto positivo para seu processo de trabalho, no entanto ela pode se tornar fonte de sofrimento e de exigências morais quando somada à sua posição mediadora, devido à falta de suporte necessário para a realização das ações em saúde e aos possíveis conflitos entre seu saber tradicional e o saber científico por trás das ações.

Por tudo isso, compreendemos que as condições relacionadas ao cotidiano laboral do ACS promovem a emergência de exigências morais e o aumento de seu sofrimento. Efetivamente, as condições de vida e de trabalho desfavoráveis que restringem o desenvolvimento de suas capacidades individuais contribuem para sua vulneração. Isto porque interpretamos que a vulneração é uma condição existencial na qual os indivíduos já se encontram feridos e expostos a situações de privação, mas não encontram subsídios e ferramentas suficientes para ascenderem, minimamente, a uma condição de suscetibilidade; ainda melhor, para que resgatem a vulnerabilidade e sejam suficientemente fortalecidos ao ponto de se tornarem capacitados para realizar seus projetos de vida (SCHRAMM, 2009a, 2011).

Neste ponto, é importante recordar que o *corpo próprio* é considerado o próprio sujeito que existe num entrelaçamento com o mundo, em um enraizamento (DENTZ, 2008; MATTHEWS, 2011; NÓBREGA, 2014; AZEVEDO; CAMINHA, 2015). Deste modo, os projetos do indivíduo são compreendidos no horizonte de sua historicidade e, portanto, sua biografia é o produto da relação intrínseca e de reciprocidade entre ele e o mundo, o que, por

fim, significa dizer que ele, existindo como sujeito, é capaz de transformar as aptidões adquiridas em ferramentas de movimento da vida, isto é, de empoderamento (AZEVEDO; CAMINHA, 2015).

No entanto, há situações nas quais o indivíduo é lançado numa existência generalizada, com um forte poder de reificação, isto é, que o “coisifica”. Em outros termos, quando determinadas contingências restringem o *corpo próprio*, ele deixa de ser corpo expressivo e passa a existir em uma generalidade que prejudica sua manifestação como sujeito (COSTA, 2015; NÓBREGA, 2014; VERÍSSIMO, 2014; AZEVEDO; CAMINHA, 2015). Logo, é importante destacar que a transitoriedade existencial é mais uma das características fenomenológicas do *corpo próprio*, a qual aponta, em certo sentido, para o corpo orgânico também como mediador entre pessoa e coisa (NÓBREGA, 2014; VERÍSSIMO, 2014; AZEVEDO; CAMINHA, 2015; ESPOSITO, 2016b).

No caso específico do trabalho da APS, tais contingências são, principalmente, aquelas anteriormente citadas e relativas ao trabalho do ACS (ROSA et al., 2012; VIDAL et al., 2014; SANTOS et al., 2016; BRASIL, 2017; HOPPE et al., 2017) que, somadas à experiência de se viver em áreas periféricas e de favelas, contribuem para a manutenção das condições de iniquidade e a consequente reificação desse trabalhador. Portanto, pode-se depreender que na vivência de situações restritivas como a desigualdade, privação e assimetria, o *corpo próprio* do ACS tende a deslizar do modo “pessoa” para o modo “objeto” em sua relação com o outro e o mundo. Essa mudança de condição existencial pode ser compreendida também como um “rebaixamento” da vulnerabilidade essencial à dimensão da suscetibilidade ou, no caso em questão, à condição de vulneração (SCHRAMM, 2009a).

É neste ponto que o princípio de proteção entra em cena, dado que sua aplicação na perspectiva bioética visa aos indivíduos e grupos que não dispõem de recursos, próprios ou institucionais, suficientes para saírem da vulneração e desenvolverem competências necessárias à vida minimamente decente. Sendo assim, ao se levar em consideração as condições existencial e de trabalho do ACS na ESF, torna-se crucial a interferência externa em seus processos de trabalho por meio do desenvolvimento e da aplicação de ações protetivas sem as quais não há possibilidade do resgate da sua vulnerabilidade original, o que justifica a utilização da Bioética de Proteção (SCHRAMM, 2009a, 2011, 2017).

Por fim, é importante ressaltar que a Bioética de Proteção implica uma responsabilidade moral na aplicação de ações protetivas e na sua respectiva eficiência pragmática por parte de um dado agente moral. Com efeito, em sua perspectiva, essa ferramenta busca analisar e resolver os conflitos no intuito de melhorar a qualidade e vida e

o bem-estar de seus destinatários morais (PONTES; SCHRAMM, 2004; SCHRAMM, 2017; SILVA et al., 2017). Para tanto, há a necessidade prévia de se justificar a categorização de um dado grupo como vulnerado devido ao perigo de se incorrer em práticas massificantes, paternalistas ou mesmo autoritárias (SCHRAMM, 1998, 2009a). Por conseguinte, a intenção do próximo capítulo é a de construir argumentos suficientemente cogentes a partir da visão ergonômica da organização e do processo de trabalho do ACS, baseada em pesquisa recente (ALONSO, 2017), que sejam capazes de justificar a inserção deste importante personagem da APS no âmbito do princípio da proteção.

Considerações finais

A bioética pode ser compreendida como uma saída produzida para os desafios que emergem nos contextos da vida contemporânea, sobretudo àqueles relativos aos avanços biotecnológicos no domínio da saúde, às conquistas sociais, bem como ao desenvolvimento econômico, ao fenômeno da globalização, ao uso de recursos finitos e à própria compreensão da vida. Em resumo, ela pretende ser uma resposta coerente aos impactos da existência humana sobre a vida no planeta.

Por ter um caráter racional e pragmático, a bioética também é uma ferramenta cujo desenvolvimento é pautado na construção de subsídios racionalmente necessários para a tomada de decisão em diversas conjunturas problemáticas do viver na atualidade. Para tanto, algumas de suas correntes baseiam-se na justificação teórica desses subsídios em um conjunto de princípios considerados fundamentais para a vida humana, tal como a vulnerabilidade, dentre outros. Na verdade, a vulnerabilidade é uma *conditio humana*, isto é, um valor descritivo intrínseco da humanidade ao qual se encontram atreladas noções tais como a incompletude, o devir e a finitude. Neste sentido, ela é uma característica antropológica *qua* princípio universal, à qual se vincula a proteção da vida humana como uma necessidade consolidada tal qual uma exigência ética, isto é, a vulnerabilidade implica a instauração da proteção como uma ação fundamental do Estado desde seus primórdios. Portanto, a ideia de um princípio de proteção como orientador de tomada de decisão remete-se à estruturação das sociedades modernas ao redor da noção de vulnerabilidade, daí sua relação com o valor da vida humana na contemporaneidade, o que demonstra sua relevância para a bioética.

Contudo, por ser um atributo essencial da espécie humana, a vulnerabilidade incorre na tendência generalizante de aplicação do princípio de proteção indiscriminadamente em

toda a população e a conseqüente perda de eficácia das ações protetivas, principalmente pelo fato de que existem indivíduos e grupos populacionais previamente feridos e que estão expostos a condições acidentais e específicas que demandam um outro modo de proteção, isto é, uma outra categorização. Em outros termos, é razoável dizer que a proteção implica ações as quais tendem a reduzir as ameaças à vulnerabilidade humana num primeiro momento, mas isso é pertinente quando se considera que os humanos sob seu resguardo estão em um mesmo “nível existencial”; entretanto, essa avaliação ignora a diversidade de contingências a afetarem os sujeitos como seres mortais. É neste contexto que a Bioética de Proteção surge, reafirmando a proteção como um princípio ético de conservação da vida, ao mesmo tempo em que lança luz sobre a degradação das condições de vida nos cenários de pobreza, desigualdade, exclusão e sofrimento frequentemente encontrados nos países em desenvolvimento, particularmente nas sociedades latino-americanas.

Logo, a dimensão existencial da desigualdade e da privação nesses países transformou-se em ponto de inflexão para a formulação da Bioética de Proteção. Isto porque a iniquidade como realidade do viver nessas sociedades pressionou o desenvolvimento de um arcabouço teórico e pragmático específico capaz de descrever, analisar e propor soluções para as situações em que os grupos humanos já se encontravam feridos ou rebaixados em sua vulnerabilidade por gerações; ou seja, para aqueles historicamente suscetíveis ou vulnerados.

Em resumo, a Bioética de Proteção promove o deslocamento do foco em ações generalistas e niveladoras amparadas pelo princípio da justiça e dirigidas para a vulnerabilidade dos grupos humanos para a preocupação com o desenvolvimento de ações orientadas pelo princípio da proteção e especificamente direcionadas aos indivíduos ou grupos previamente suscetíveis e vulnerados. Estes últimos, em especial, são aqueles desprovidos de determinadas capacidades e, por esse motivo, não são capazes de enfrentar as situações adversas em que foram lançados por uma série de condições. Assim, por estarem de antemão submetidos a danos ou carências concretas aos quais não conseguem enfrentar, a Bioética de Proteção preconiza a necessidade do desenvolvimento e implementação de ações protetivas voltadas, especificamente, para os vulnerados.

Sob o ponto de vista fenomenológico, a vulnerabilidade é concebida como constitutiva de cada homem e expressa a condição humana em um modo de ser no mundo; isto é, na dimensão do corpo marcado pela inexorabilidade do fim e a obrigatoriedade de se saber mortal. Já a vulneração também é um modo de ser no mundo, mas em uma existência prejudicada de tal forma que sua abertura ao mundo se encontra excepcionalmente

diminuída. Em outros termos, compreende-se o corpo vulnerado como factualidade restritiva ao devir e a vulneração como ameaça e entrave ao florescimento humano. Sendo assim, pode-se depreender que os corpos vulnerados na concepção *merleau-pontiana* de *corpo próprio* são aqueles homens e mulheres rebaixados em sua condição humana por se encontrarem subordinados a relações assimétricas e reificantes mantidas ao longo do tempo por forças históricas, sociais, econômicas, políticas ou culturais as mais diversas. Tais corpos são, frequentemente, identificados com os doentes, os marginalizados, os indigentes, os excluídos ou os estigmatizados, mas também com aqueles compreendidos no domínio de certas ocupações e classes de trabalhadores. Efetivamente, apesar de se constatar uma diversidade na origem e na distribuição dos corpos vulnerados no âmbito da sociedade, eles podem ser reunidos sob a perspectiva da degradação das condições de vida.

Em termos fenomenológicos, as condições de vida referem-se ao enraizamento humano em toda sua extensão e profundidade; isto é, representa o complexo de circunstâncias em que a vida acontece e que, naturalmente, inclui as condições de trabalho. Neste contexto, é possível deduzir que a degradação das condições de vida que coligem os corpos vulnerados são aquelas situações de desigualdade, privação e assimetria, ou melhor, os contextos de iniquidade nos quais o *corpo próprio* tende a deslizar do modo “pessoa” para o modo “objeto”, em um rebaixamento da vulnerabilidade essencial ao estado de vulneração.

Mediante o exposto, as atenções voltam-se para o trabalho do ACS na APS, caracterizado por acontecer em circunstâncias nas quais existe excesso de demandas e de responsabilidades pouco definidas, inexistência de espaço e investimento adequados para o desenvolvimento de suas capacidades, além do sentimento de insegurança no seu exercício profissional e no viver em áreas periféricas e de favelas. Tudo isso pode ser compreendido sob a perspectiva da degradação das condições de vida porquanto tais características contribuem para a emergência de cenários iníquos e do sofrimento dessa classe de trabalhadores, isto é, para a instalação do fenômeno de vulneração e a consequente necessidade de ações protetivas.

É neste ponto que o princípio de proteção entra em cena, pois sua aplicação deve ser voltada, particularmente, para os indivíduos e grupos que não dispõem de recursos, próprios ou institucionais, suficientes para saírem da vulneração e desenvolverem as competências necessárias para o exercício de uma vida decente. Portanto – e se a aproximação for pertinente –, é possível dizer que a utilização da Bioética de Proteção no horizonte do trabalho do ACS pode ser compreendida como uma tentativa de resposta a uma política sanitária que tende a ser uma política *sobre* a vida, a partir do desenvolvimento de formas

de resistência ao modo de um “sujeito de revolta”. No tocante à fenomenologia *merleau-pontiana*, isto significa dizer que o *corpo próprio* do ACS em seus modos de existir no mundo pode ser sujeito de revolta quando consegue manter, resgatar ou desenvolver a necessidade de inventar sua própria história como garantia permanente de ser pessoa. Entretanto, para que isso seja efetivo, há a necessidade de se apostar no desenvolvimento de suas capacidades e na oferta de condições e oportunidades de sua interação tanto com seu meio social quanto com seu meio de trabalho. Tais iniciativas são determinantes para as mudanças que ocorrem no espaço da sua vida cotidiana, além de serem fundamentais para que haja avanços na qualidade de seus serviços prestados.

Por fim, vale lembrar que a aposta na capacitação dos profissionais, trabalhadores e usuários do sistema de saúde é uma das intenções originais da ESF. Neste sentido, pode-se depreender que é no âmbito de uma política pública de saúde, aos modos de uma política *da* vida, há uma possibilidade de aposta no investimento em práticas de gestão e de trabalho que favoreçam o desenvolvimento das capacidades necessárias para transformar as situações adversas, bem como resgatar a vulnerabilidade perdida dos trabalhadores em saúde, em particular o ACS. Desse modo, descortina-se, para esse trabalhador, a possibilidade de transformar suas competências adquiridas em ferramentas de movimento da vida. Logo, essa é uma das vias possíveis para se pensar a Bioética de Proteção; ou seja, como uma ferramenta apropriada para a análise, a descrição e o desenvolvimento de respostas voltadas para o empoderamento e para a melhoria das condições de vida e de trabalho do ACS na APS.

7 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E SOFRIMENTO PSÍQUICO³⁷ NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO PACIENTE MORAL PARA A BIOÉTICA DE PROTEÇÃO

Resumo do capítulo

Este capítulo parte da afirmação anterior de que a Bioética de Proteção implica uma responsabilidade moral na aplicação de ações protetivas e na sua respectiva eficiência pragmática por parte de um dado agente moral. Com efeito, ao buscar analisar e resolver os conflitos no intuito de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de seus destinatários morais, a Bioética de Proteção demanda a justificação prévia de um dado indivíduo ou grupo como vulnerado devido ao perigo de se incorrer em práticas massificantes, paternalistas ou mesmo autoritárias. Por conseguinte, a intenção deste capítulo é a de construir argumentos suficientemente cogentes a partir da visão ergonômica da organização do trabalho na ESF e do processo de trabalho do ACS baseada em pesquisa recente (ALONSO, 2017), em sua articulação com a concepção *merleau-pontiana* de *corpo próprio* e que seja capaz de fundamentar a inserção deste importante personagem da APS no domínio do princípio de proteção, isto é, como paciente moral.

7.1 O HORIZONTE DO TRABALHO E DA SAÚDE NA VISÃO ERGONÔMICA

7.1.1 A Ergonomia

Para se falar de trabalho e saúde, primeiramente, é necessário introduzir a ergonomia como o campo do saber específico no qual essas duas dimensões se articulam. A ergonomia surgiu na Inglaterra pós-guerra a partir da criação da *Ergonomic Research Society*, uma organização cujo objetivo era congregar profissionais de várias formações, mas, sobretudo, psicólogos, fisiologistas e engenheiros, para a criação de um novo modo de ajuste do trabalho ao homem e não mais do homem ao trabalho. Em um primeiro momento, os conhecimentos desenvolvidos no campo dessa disciplina foram transferidos para a indústria e a análise ergonômica foi dividida em duas abordagens principais, quais sejam: a britânica-

³⁷Vale ressaltar que o termo “sofrimento psíquico” é problemático, algo nebuloso, complexo e não consensual entre os diversos estudiosos e entre os diferentes campos do saber. Todavia, para as pretensões desta tese, ele deve ser compreendido no âmbito bioético da noção de “mal-estar” e sobretudo em articulação com a concepção *canguilhemniana* de “normatividade vital”. Ambos os assuntos serão abordados sucintamente *a posteriori*.

estadunidense e a francófona. A primeira delas estava interessada no componente humano (*human fator*) do sistema homem-máquina com a intenção de conciliar os aparatos tecnológicos às características e limites humanos por meio de métodos científicos quantificadores e generalistas. A segunda privilegiou a análise da atividade em situação, isto é, a expressão da relação dinâmica existente entre o trabalhador e sua respectiva tarefa, o que permitiu aprofundar o conhecimento no horizonte do trabalho humano nas situações reais (ARAGÃO, 2004; SILVA; RAMMINGER, 2014).

Como se pode ver, tais abordagens ergonômicas originaram formas diferentes de analisar o trabalho. Entretanto, para os objetivos desta tese, interessa apenas a análise francófona denominada Ergonomia da Atividade (EA), que possibilita analisar o trabalho a partir da atividade laboral real, com seu caráter temporal e complexo de exercício inventivo e ocasionalmente imperfeito. Isto porque a EA permite constatar que a situação real de trabalho não se resume ao cumprimento de regras pré-estabelecidas, apontando para o fato de que existe uma operação inteligente e uma atividade mental intensa em qualquer atividade laboral, inclusive naquelas mais simples, mecânicas e manuais. Assim sendo, essa abordagem ergonômica volta-se para o ponto de vista da atividade, isto é, para as estratégias de análise e controle da distância existente entre a atividade laboral em si e a tarefa prescrita pela organização (OLIVEIRA, 2014; SILVA; RAMMINGER, 2014).

Com efeito, a EA tem por objetivo conhecer a atividade laboral com o pretexto de modificá-la e adequá-la às pessoas que trabalham, daí possuir uma tendência intervencionista e de diagnóstico. Neste sentido, ela se destaca por sua capacidade de trazer à luz as dimensões invisíveis do trabalho e pela abertura que proporciona à integração dos conhecimentos práticos dos trabalhadores no processo de trabalho (OLIVEIRA, 2014). Ademais, e como se verá adiante, o ponto de vista da atividade leva em consideração o fato de que os trabalhadores são importantes personagens ativos no desenvolvimento de mecanismos de proteção para o enfrentamento das situações de risco, isto é, da iminência de seu adoecimento frente aos constrangimentos organizacionais a que são expostos cotidianamente. Sendo assim, e sob o ponto de vista da EA, é possível depreender que, para “além das propostas adaptativas, o trabalho, com sua chamada à atividade, apresenta-se como fator de desenvolvimento e operador de saúde” (SILVA; RAMMINGER, 2014, p. 4754).

7.1.2 Produção, saúde e ambiente

Após essa brevíssima introdução à dimensão ergonômica da atividade, a delimitação de alguns de seus conceitos fundamentais mostra-se importante para a ulterior compreensão do sofrimento psíquico do trabalhador de um modo geral e, especificamente, no campo da APS. Destarte, entende-se como “situação de risco” o âmbito ecológico, isto é, alusivo às circunstâncias socialmente sobredeterminadas e produzidas no horizonte das contingências ambientais, econômicas, sociais, tecnológicas/técnicas nas quais o sujeito se encontra imerso em suas relações com o outro e seu entorno (REGO, 1999). A partir da ideia de situação de risco, é possível depreender a existência de um vínculo essencial entre o homem e o meio ambiente no qual a noção de saúde emerge como um conceito fundamental. De fato, a principal característica do ser humano é sua capacidade de criar um meio para viver e não a sua capacidade de se adaptar ao meio já dado. Neste sentido, a saúde pode ser entendida como essa possibilidade que o ser humano tem de criação e recriação de mundos, isto é, a habilidade de instituir novas normas de vida mediante um mundo sempre em transformação (SILVA; RAMMINGER, 2014).

Corroborando essa afirmação, Rego (1999) sustenta que na relação intrínseca entre ambiente e organismo encontrada, por exemplo, na luta constante contra as ameaças à sua conservação, a ideia de saúde se encontra na possibilidade de realização das potencialidades em uma dinâmica bipolar entre saúde/doença inerente a todo ser vivo. Tal bipolaridade pode ser pensada no horizonte de uma “normatividade vital”³⁸, isto é, como a capacidade de todo ser vivo em estabelecer normas globais de funcionamento para seu ajustamento ao meio em que existe, ou seja, de ser normativo. Neste sentido, o ser humano é compreendido como um organismo em constante criação e recriação de si a partir de sua relação intrínseca e ecológica com o meio no qual habita.

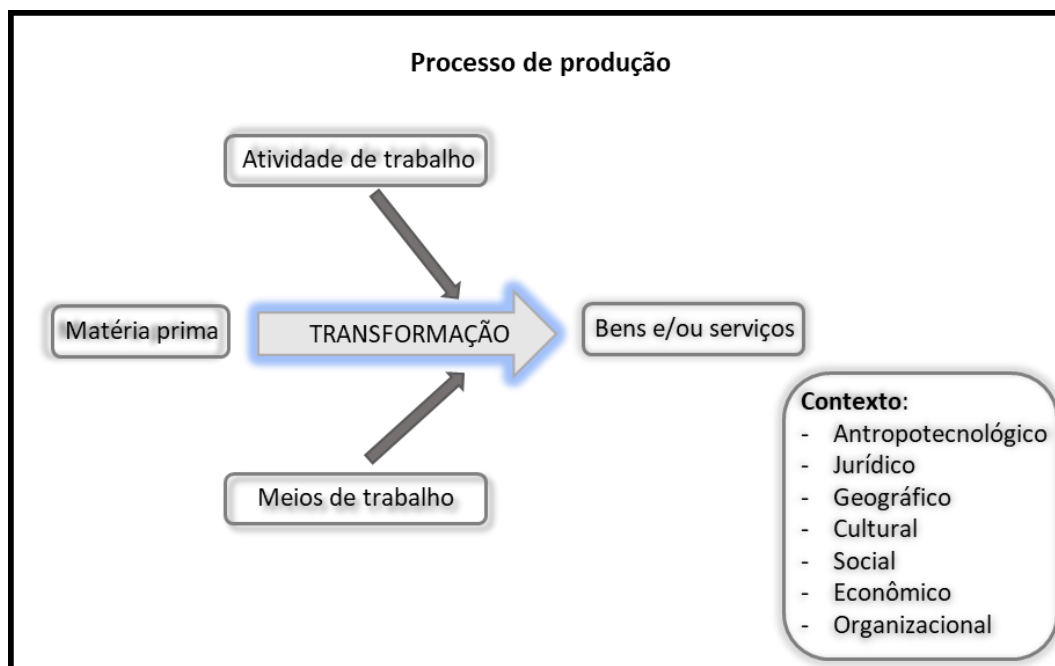
³⁸Para Canguilhem, a noção de saúde está intrinsecamente atrelada ao conceito de “normatividade vital” que, por sua vez, se revela tanto como uma crítica como uma proposta alternativa ao processo de normalização característico da clínica médica contemporânea, fundada no saber biomédico e cuja perspectiva científica de base positivista pressupõe uma neutralidade de métodos e uma universalidade dos resultados, sem considerar as singularidades. Sob o ponto de vista deste pensador, a normatividade vital transparece como um contraponto à normalização da clínica contemporânea, tendo em vista que assume em sua formulação a errância dos fenômenos da vida como elemento criador do novo e fonte de potencialidade da vida humana. Com efeito, a tendência de encerrar a noção de saúde ao âmbito do equilíbrio e da capacidade de adaptação é abandonada e passa-se a vinculá-la ao horizonte da abertura e do risco, aos modos de uma capacidade de adaptação estendida. Isto porque a ideia de ajustamento orgânico ou capacidade de adaptação não corresponde, originalmente, ao conceito de saúde, mas, sim, ao de normalidade. Logo, pode-se inferir que a saúde deve ser compreendida em termos de enfrentamento de situações novas e problemáticas que impactam a vida de um sujeito específico e, desse modo, ela se separa da pretensão de universalidade contida na ideia de normalização fornecida pelo modelo biomédico (NEVES; PORCARO; CURVO, 2017).

Neste ponto, vale ressaltar que a tecnologia tem um papel preponderante quando se leva em consideração a relação do homem com o mundo e quando se prioriza o vínculo entre saúde e ambiente de trabalho. Efetivamente, o elo estabelecido entre saúde-ambiente-trabalho caracteriza um *locus* privilegiado para se pensar a produção de situações de risco, isto é, situações de sofrimento que se opõem ao desdobramento das potencialidades do homem. Em outros termos, a interseção entre saúde-ambiente-trabalho é um lugar singular para a reflexão sobre os fatores envolvidos na produção de contingências restritivas à saúde do homem (REGO, 1999).

Portanto, é na perspectiva dessa interseção entre saúde-ambiente-trabalho que o conceito de “processo de produção” pode ser entendido como a organização sequencial das transformações sofridas por uma dada matéria-prima até a produção de determinados bens e/ou serviços através de meios de trabalho acionados pela atividade laboral de um indivíduo ou grupo em um certo horizonte geográfico, antropológico, social, cultural, econômico, organizacional e jurídico (REGO, 1999).

Esse esquema genérico da situação de trabalho pode ser observado na Figura 2, na qual os elementos primordiais para uma adequada análise do trabalho estão esquematizados na intenção de demonstrar a articulação sistêmica entre eles. Nessa figura, é possível observar que o processo de produção é planejado considerando-se a relação intrínseca entre todos os elementos quando vinculados num contexto específico, o que se configura em uma “situação de trabalho”. Entretanto, é importante ressaltar que o componente central, estruturante e organizador de todos esses elementos na situação de trabalho, é a “atividade de trabalho” ou “atividade laboral”. Esta, por sua vez, pode ser compreendida como a resposta dos trabalhadores às exigências impostas de fora, *pari passu* à capacidade desses mesmos trabalhadores em transformar tais exigências a partir de uma dinâmica relacional própria, que unifica os elementos da situação de trabalho nas suas dimensões técnica, econômica e social (REGO, 1999).

Figura 2 - Esquema genérico da situação de trabalho



Fonte: Adaptado de REGO (1999)

Essa afirmação é corroborada por Trinquet (2010) e Viegas, Da Rosa e Grasel (2017) ao afirmarem que trabalho e homem partilham de uma mesma dimensão, isto é, o trabalho é um ato humano. Assim, a atividade laboral é complexa e não somente uma realização técnica e/ou mecânica e, nesse contexto, o termo “atividade” deve ser compreendido como “o que se passa na mente e no corpo da pessoa no trabalho, em diálogo com ela mesma, com o seu meio e com os ‘outros’” (TRINQUET, 2010, p. 96).

Uma vez analisados esses elementos, os ergonomistas foram capazes de desenvolver um escopo teórico-metodológico característico para a compreensão das situações de trabalho. Vale ressaltar que, no âmbito da ergonomia, este conhecimento apreendido pela análise das situações de trabalho tem a premência de ser compartilhado com os trabalhadores envolvidos, visando a seu empoderamento/fortalecimento e à transformação dos referidos elementos, conforme critérios de segurança dos trabalhadores, de proteção à sua saúde e de desempenho (REGO, 1999).

Nesta perspectiva, a noção ergonômica de atividade é entendida com base no modelo humano ao qual ela se articula, ou seja, a partir do homem como sujeito de sua história (REGO, 1999; VIEGAS et al., 2017). Em outros termos, a atividade laboral pressupõe a apreensão do conceito fenomenológico de *corpo próprio* em sua historicidade o qual afirma a prioridade do corpo no ato da expressão como uma “especialização” de intenções

“interiores”, quer dizer, o corpo como intencionalidade (NÓBREGA, 2014).

Por conseguinte, é possível inferir que o trabalho deve ser analisado sob a perspectiva do “lugar” ou do campo expressivo no qual as possibilidades humanas se tornam concretas, ou seja, o *corpo próprio*. Tal “lugar” é também a subjetividade como presença e realização de um vivente, o que o diferencia da localização apenas espacial dos objetos, em geral, devido à sua historicidade, isto é, sua intencionalidade ou orientação em direção aos outros e ao mundo como uma necessidade fundamental ou como uma presença (DENTZ, 2008; MATTHEWS, 2011; NÓBREGA, 2014). Assim, compreende-se que a atividade laboral se dá a partir da historicidade do sujeito, responsável por construir um fio condutor ligando suas aquisições passadas, suas contingências atuais e seu projeto de vida, de modo que a história de um sujeito seja considerada na investigação de suas ações no trabalho (REGO, 1999).

Portanto, a atividade pode ser concebida como a mobilização orientada do organismo no domínio do *corpo próprio* e em um dado contexto. Neste sentido, há sempre uma exploração do ambiente dialeticamente coordenada pelo sujeito, como, por exemplo, em uma indústria de processo contínuo na qual a atividade realizada por um certo operador é dependente, a cada momento, da sua interação consigo mesmo, com os outros e com as diferentes partes da instalação. Neste movimento dialético, a atividade pressupõe a emergência de uma “estrutura de orientação” responsável por produzir um conjunto de objetivos e por fornecer as bases de interpretação das situações. Esta estrutura de orientação é inextricavelmente biológica e histórica (REGO, 1999); ela é resultante do entrelaçamento da historicidade do trabalhador com a história coletiva e, portanto, vincula-se ao *corpo próprio* e guarda coerência com o grupo social a que pertence. Isto significa dizer que a estrutura de orientação também contribui para o engajamento prático do sujeito à atividade laboral.

Em outros termos, a “estrutura de orientação” de uma dada atividade pode ser apreendida a partir do *corpo próprio* de um sujeito devido ao fato deste ser uma síntese corporal, isto é, de ser uma espécie de propriedade inerente ao ser no mundo que assinala a coextensão dos seus movimentos com o mundo que o cerca (AZEVEDO; CAMINHA, 2015). Para justificar essa afirmação, basta lembrar que a síntese do *corpo próprio* se funda em um “arco intencional” capaz de projetar em torno do sujeito suas aquisições passadas e expectativas futuras, o meio humano (antropotecnológico) em que está instalado, bem como sua condição física, ideológica e moral (MERLEAU-PONTY, 2015c).

Nesta perspectiva, a síntese do *corpo próprio* aproxima-se da noção de *habitus*,

desenvolvida por Bourdieu a partir da concepção ergonômica de “estrutura de orientação”. Com efeito, se é pertinente compreender o *habitus bourdieusiano* como um complexo de esquemas adquiridos com poder positivo de organização das ações, pode-se inferir que esse complexo pragmático pressupõe a emergência de um certo sujeito aos modos de um “agente social”. Tal agente é entendido como um sujeito em um determinado espaço social e aquele que exerce certas atividades tidas como atos de exploração do ambiente definidas por uma dada “estrutura de orientação”. Logo, a análise ergonômica da atividade fundamenta-se na pressuposição de que, uma vez apreendido o agente social como um sujeito à maneira do *corpo próprio merleau-pontiano*, o *habitus* propicia uma permanente reconstrução dos modos operatórios pelo trabalhador. Tal reconstrução é inerente ao processo de produção e visa alcançar determinados objetivos em contextos socialmente estabelecidos, levando em consideração tanto as exigências laborais quanto as características próprias do trabalhador, além de um conjunto de critérios (REGO, 1999).

A partir desta pressuposição, ou ideia central da análise da atividade, pode-se destacar quatro pontos cardinais, a saber: 1) a atividade está vinculada à história pessoal do sujeito e dela depende; 2) a situação laboral é determinada socialmente, particularmente o contexto antropotecnológico; 3) o sujeito constrói continuamente seu próprio *modus operandi* na execução da atividade laboral e; 4) a atividade mobiliza o indivíduo por inteiro, desde seus arranjos automáticos até seus projetos de vida (REGO, 1999).

Vale, ainda, ressaltar que durante a análise da atividade, é possível evidenciar os aspectos variáveis encontrados no âmbito dos sujeitos envolvidos, dos materiais utilizados e do ambiente no qual ela é realizada, bem como se tornam visíveis as contingências que influenciam as situações de trabalho. Efetivamente, a análise da atividade demonstra que há um distanciamento entre a tarefa a ser realizada e a respectiva atividade laboral, isto é, entre o que é prescrito pela organização e o que realmente se realiza no âmbito do trabalho. Assim, as instabilidades que contribuem para o distanciamento entre a tarefa e a atividade são decorrentes das diferenças nos ritmos biológicos particulares, das flutuações inerentes ao próprio processo de trabalho, bem como do desgaste dos equipamentos e das alterações na matéria-prima utilizada. Por sua vez, as contingências que podem impactar as situações de trabalho dizem respeito, principalmente, aos imprevistos extrínsecos ao processo de trabalho, que podem ser originados por diversas fontes como, por exemplo, as dificuldades logísticas oriundas da instalação de uma fábrica em local com baixa densidade industrial (REGO, 1999).

Por fim, é importante ressaltar que a atividade laboral envolve constantemente um

intricado debate entre normas organizacionais e transgressões (entre aquilo que foi instituído e a frequente mobilização interior propriamente subjetiva do trabalhador), muitas vezes expresso na realização de uma tarefa. Em outros termos, a complexidade da atividade laboral pode ser exteriorizada pelo distanciamento existente, por exemplo, entre um determinado conjunto de procedimentos a se seguir, utilizando-se certos materiais e o resultado material e intelectual esperado, quer dizer, pela diferença entre o trabalho estabelecido e o trabalho efetivo (TRINQUET, 2010), como será visto a seguir.

7.1.2.1 O trabalho prescrito e o trabalho real

O desenvolvimento do capitalismo no Ocidente reforçou a divisão do trabalho humano em duas partes principais, a concepção e a execução. Em vista disso, as empresas passaram a planejar aprioristicamente as tarefas a serem executadas num dado posto de trabalho, isto é, a elaborarem os tipos de produção, em quantidade e qualidade, por unidade de tempo, bem como os meios necessários para sua consecução por um respectivo trabalhador ou grupo de trabalhadores. Em outros termos, a divisão do trabalho advinda do capitalismo promoveu a emergência de um “trabalho prescrito”, ou seja, da idealização prévia do modo como um determinado trabalho deve ser executado a partir dos sujeitos responsáveis por sua concepção. Simultaneamente à sua prescrição, a noção de “trabalho real” surgiu coligindo tudo aquilo que efetivamente se realiza e que varia e difere da tarefa originalmente idealizada (REGO, 1999; TRINQUET, 2010; VIEGAS et al., 2017).

O distanciamento existente entre essas duas dimensões do trabalho – o prescrito e o real – impacta tanto as empresas quanto as pessoas envolvidas e as coletividades (REGO, 1999). Quanto aos trabalhadores envolvidos, sabe-se que a diferença entre essas duas dimensões do trabalho produz efeitos na sua vida como um todo, sobretudo no tocante ao desenvolvimento da fadiga. Em particular, sabe-se que a “carga laboral” não é adequadamente contabilizada como efeito do fenômeno do trabalho durante a idealização do trabalho prescrito, juntamente com o esforço físico e mental despendido pelo trabalhador nas suas atividades de regulação dos imprevistos. De fato, Rego (1999) aponta para a tendência de se subestimar as atividades mentais e psíquicas que ocorrem durante a realização de trabalhos predominantemente manuais, tais como aquelas de regulação envolvendo situações de perigo para a integridade física do trabalhador ou do outro. Do mesmo modo, as atividades que requerem controle emocional diante de imprevisibilidades e situações resultantes da própria execução da tarefa, bem como as que são executadas diante

da necessidade de memorização e de microdecisões que devem ser tomadas no momento do ato, demandariam ser contadas como sobrecarga do trabalhador; todavia, não são adequadamente contempladas pelos gestores durante a elaboração das tarefas.

Neste sentido, o espaço existente entre o trabalho real e o prescrito é preenchido pela imprevisibilidade da atividade laboral. Assim, essa dialética só pode ser satisfeita pelo próprio trabalhador que executa a atividade na situação real, ou seja, o espaço entre o trabalho real e o prescrito é ocupado pelo *corpo próprio* do trabalhador. Em outros termos, o trabalho real e o trabalho prescrito são articulados no âmbito do ser no mundo de quem os executa, sua individualidade, sua história de vida individual e coletiva, enfim, da sua subjetividade (TRINQUET, 2010; SILVA; RAMMINGER, 2014). Assim, pode-se depreender que toda atividade laboral apresenta uma importante variabilidade intrínseca a exigir sempre uma intervenção inteligente do trabalhador envolvido. Isto significa dizer que as competências para a atividade são desenvolvidas pelo trabalhador justamente em suas situações de trabalho concretas (REGO, 1999).

Verdadeiramente, em todas as atividades laborais, há sempre a chamada “reservas de alternativas”. Tal expressão significa dizer que existe, a todo momento, a possibilidade de se fazer uma atividade de outro modo. Em outros termos, vale dizer que as atividades laborais são realizadas no âmbito do *corpo próprio*. Nesse sentido, constata-se que não há uma única maneira de algo ser feito, bem como não há uma única precisão radical na obtenção dos resultados esperados. Assim, as alternativas formuladas não necessariamente levarão a um resultado absolutamente esperado, pois há, também, riscos e possibilidades de frustração que devem ser assumidos (TRINQUET, 2010).

Portanto, vale ressaltar que a importância de se estudar a diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real está no fato de que os serviços são projetados numa dimensão abstrata e, nestas circunstâncias, o trabalho é analisado a partir de características gerais. Deste modo, até sua implementação, os trabalhadores têm poucas ou nenhuma chance de colocar suas impressões sobre as regras, bem como de vivenciarem o processo de trabalho para conferir, por si mesmos, as dificuldades ou problemas decorrentes de sua operacionalização. Isto torna-se possível apenas à medida que o trabalho passa a ser inserido no cotidiano laboral, isto é, quando se busca operacionalizar aquilo que foi idealizado (ALONSO, 2017).

7.1.2.2 O trabalho real e o cotidiano

O trabalho é um espaço de reprodução social, bem como de contradições sociais. Neste sentido, o cotidiano do trabalho é habitado tanto pelas repetições concernentes às atividades prescritas e às normas antecedentes que o estruturam quanto por práticas espontâneas. Enquanto as rotinas compreendidas no horizonte das repetições liberam o trabalhador do peso das tomadas de decisão, outros aspectos tais como a variabilidade dos meios de trabalho, a imprevisibilidade e as contradições entre os elementos do mundo real que necessitam ser articulados para a exequibilidade laboral instauram as rupturas no cotidiano do trabalho. Essas rupturas são maiores e mais frequentes nas atividades que não se reduzem a repetições de ordens e nas quais a gestão não consegue atingir o real do trabalho. É especificamente nestas atividades que existe um maior espaço de resistência em um cotidiano que escapa ao controle e ao olhar burocrático (OLIVEIRA, 2014).

De fato, Oliveira (2014) afirma que o cotidiano do trabalho compreende uma dimensão na qual se esgotam as prescrições, abrindo-se a possibilidade de que o planejado seja replanejado a partir da reunião de situações cujas decisões sejam tomadas mediante as possibilidades e os elementos imediatamente presentes, assentados sob o fundo dos valores éticos que balizam as ações do trabalhador. Neste contexto, as ações transcorridas no cotidiano do trabalho devem levar em consideração o *corpo próprio* do trabalhador e o mundo material dos meios de trabalho que o compõe e, portanto, uma determinada realidade sociotécnica na qual a importância do ato e a necessidade da transformação da realidade estão presentes. Assim, a EA ressalta o valor dos pequenos acontecimentos cotidianos porquanto a análise das dimensões microscópicas de um dado trabalho pode iluminar fenômenos do trabalho em geral, principalmente porque existem tensões micropolíticas inerentes ao acontecer do trabalho. Logo, é fundamental reconhecer os saberes práticos dos trabalhadores, visto que são eles que podem modificar a relação do saber ergonômico com seu objeto, bem como fomentar uma organização do trabalho para além daquela tradicional.

7.1.2.3 A organização do trabalho

Segundo Rego (1999), há uma distinção entre organização da empresa e organização do trabalho. Com efeito, a “organização da empresa” é a estrutura geral e de funcionamento de um dado estabelecimento em relação aos contextos geográfico, social, cultural e econômico, arquitetada para se chegar aos objetivos pretendidos. Já a “organização do

trabalho” indica o modo como cada uma das unidades funcionais de uma atividade laboral é idealizada, bem como as disposições física, mental e social necessárias para sua execução segundo uma organização geral e de acordo com os métodos de trabalho estabelecidos.

São exatamente estes últimos os aspectos constitutivos da organização do trabalho, que têm uma estreita ligação com o sofrimento psíquico e os agravos à saúde mental dos trabalhadores. Sua associação com o sofrimento psíquico dos trabalhadores pode ser deduzida pela percepção de que a organização do trabalho está diretamente interessada em certos aspectos da atividade laboral, tais como a distribuição espaciotemporal das tarefas, os modos de estabelecimento das rotinas e procedimentos de produção, as estratégias de formação, capacitação e treinamento laboral, a negociação das exigências e padrões de desempenho laboral entre outros (REGO, 1999). Por outro lado, a atividade laboral guarda uma certa opacidade que está presente em todo tipo de trabalho (OLIVEIRA, 2014).

Tal opacidade inerente à atividade laboral traz desafios para a gestão do sofrimento psíquico dos trabalhadores porque interfere na forma como estes comunicam aquilo que executam no âmbito da organização do trabalho. Com efeito, a experiência é um fazer na dimensão do *corpo próprio* que não pode ser integralmente comunicada pelo trabalhador, o que exige um engajamento mais ativo de gestores, trabalhadores e pesquisadores. Depreende-se daí que a opacidade é um fator importante na organização do trabalho, pois aponta para aquilo que ainda é desconhecido e não questionado, isto é, para a distância cognitiva entre o contexto do trabalho real e a esfera da gestão. Desse modo, as tomadas de decisão baseadas em pressupostos operacionais aparentemente lógicos podem ser influenciadas por esse distanciamento, mas são capazes de produzir ou agravar uma certa “carga de trabalho”, isto é, aumentar os efeitos deletérios na qualidade de vida dos trabalhadores, bem como prejudicar os objetivos organizacionais (OLIVEIRA, 2014).

7.1.2.4 A carga de trabalho ou custo humano no trabalho

Em certo sentido, os efeitos negativos do trabalho sobre a vida dos trabalhadores podem ser compreendidos a partir da noção de “carga de trabalho” como um conceito que associa o esforço no trabalho ao risco à saúde e que, apesar de ser algo vago, goza de ampla aceitação e aplicabilidade geral na ergonomia (ARAGÃO, 2004; SZNELWAR, 2006; REGO; PALACIOS, 2020). Ao se compreender a organização do trabalho como o conjunto dos elementos estruturais, os quais compõem as condições laborais e a dimensão interpessoal das relações sociais no trabalho, pode-se depreender a conexão do indivíduo com as

exigências laborais e com as características do contexto de produção no qual está imerso. Tal relação fomenta a preocupação com o impacto das exigências do trabalho sobre o seu bem-estar. Além disso, há um temor relativo à eficácia e à eficiência organizacionais, isto é, a preocupação concernente ao “custo humano no trabalho”, ou “carga de trabalho”, um conceito que descreve, especificamente, o modo como esse impacto é detectado no âmbito físico, cognitivo e psíquico do trabalhador (ARAGÃO, 2004).

A noção de carga de trabalho pode auxiliar a detecção de possíveis influências na vivência laboral quotidiana à medida que aponta para a relação entre as exigências do trabalho e os recursos disponíveis para sua execução. Vale dizer que existem três perspectivas de abordagem da carga de trabalho – a carga física, a carga cognitiva e a carga psíquica – não dissociáveis entre si. Cada uma dessas perspectivas pode ter intensidades diferentes de impacto sobre o cotidiano laboral, mas a sobrecarga em uma delas, necessariamente, reflete nas demais (ARAGÃO, 2004; REGO; PALACIOS, 2020).

A carga física relaciona-se diretamente com a fadiga crônica, compreendida como o cansaço ou a sobrecarga física a médio e longo prazos, e é um dos principais componentes relacionados ao sofrimento psíquico dos trabalhadores. Já a carga cognitiva tem relação com o uso das funções cognitivas no desenvolvimento do trabalho, podendo significar que o treinamento adequado do profissional para lidar com as exigências de seu trabalho contribui para a diminuição de seu impacto. Por fim, a carga psíquica engloba a dimensão afetiva do trabalho em termos de bem-estar e mal-estar e compreende os aspectos laborais que mobilizam a angústia, o medo, a sensação de desprazer ou desconforto. Além disso, a carga psíquica influencia a autoestima do trabalhador, além de contribuir para a instalação de quadros psicossomáticos ou de transtornos mentais menores ou, ainda, agir como disparador de quadros psicopatológicos mais graves (REGO; PALACIOS, 2020).

Ainda, segundo Rego e Palacios (2020), há um outro aspecto do sofrimento a ser considerado, que é o relativo à carga moral do trabalho. Nesse âmbito, os aspectos do trabalho envolvidos com escolhas mobilizam tanto recursos cognitivos quanto morais e afetivos, com vistas à tomada de decisões de acordo com a “estrutura moral” de um dado trabalhador. Neste ponto, ressalta-se que a decisão moral compreende uma ação no domínio do afeto e do conhecimento simultaneamente e, portanto, a carga moral está relacionada aos conflitos entre os códigos morais particulares e os valores éticos da interação humana no trabalho. Ademais, além do ser humano ter grandes dificuldades nesse campo por não ter o hábito de pensar e discutir questões de ordem ética, há a tendência de cada trabalhador atuar como um “estranho moral”, isto é, se fundamentar no arcabouço ético próprio construído ao

longo de sua vida para basear sua tomada de decisão, o que é, ainda, acrescido pela forte predisposição de se considerar a vida como valor absoluto no exercício profissional em saúde. Assim, o

conflito entre a realidade de um lado e os valores individuais e ideais morais inerentes à formação e à prática profissional de outro, expressa a carga moral que fica ainda mais relevante em situações de escassez de recursos necessários para essa prática como vivemos com grande frequência no Brasil (REGO; PALACIOS, 2020, p.1).

Em suma, a noção de “carga de trabalho” abarca tudo o que pesa para o indivíduo em uma situação laboral e põe em evidência os aspectos subjetivos do trabalho ao valorizar e priorizar a intensidade das exigências laborais percebida pelo trabalhador sobre as manifestações objetivas de tais exigências. Desse modo, o que se entende genericamente como estresse, isto é, a percepção individual do impacto das exigências do trabalho, participa da noção de carga de trabalho (ARAGÃO, 2004), como será visto adiante.

7.1.3 O sofrimento psíquico dos trabalhadores

Para se aproximar do tema do sofrimento psíquico dos trabalhadores, é importante ressaltar o papel do estresse, entendido, na acepção de Rego (1999), como a tensão na relação do sujeito com o entorno em sua vivência laboral. As fontes de tensão agem de forma integrada e são encontradas, principalmente, nas características da organização de trabalho e nas condições de trabalho. A duração prolongada da jornada, a alternância de turnos, o ritmo de trabalho impingido, a insuficiência dos intervalos de descanso, a rigidez hierárquica, a fixidez do sistema de controle de desempenho, a ineficácia ou insuficiência na segurança do trabalho, a alta rotatividade de funcionários, a desinformação, bem como os desvios e acúmulos de função são exemplos de fontes de tensão no primeiro caso. Já quanto às condições laborais, são consideradas fontes de tensão, principalmente as circunstâncias insatisfatórias de higiene, o desconforto auditivo e térmico, a iluminação inadequada, a alta concentração de partículas suspensas no ambiente, a trepidação e a presença de fontes radiativas, de vapores ou de gases. No mais, o conjunto das características organizacionais e dos fatores ambientais promovem um cenário propício à instalação de condições insalubres de trabalho que resultam em fadiga, causam irritação e aumentam a tensão laboral; além disso, este cenário pode ser vivenciado como desrespeito à dignidade dos sujeitos na condição de trabalhadores (REGO, 1999).

O resultado dos efeitos dessas condições laborais adversas pode ser expresso pela

noção de desgaste. Segundo Rego (1999), este é um conceito suficientemente apropriado para se aproximar do tema do sofrimento psíquico do trabalhador pelo fato de ser um termo ao mesmo tempo abrangente e integrador do conhecimento produzido atualmente no campo da saúde mental no trabalho. Com efeito, a autora entende por desgaste a redução importante ou a perda da capacidade psíquica e corporal, potencial e/ou efetiva, de um determinado sujeito, bem como a utilização deformada ou deformante dessas capacidades no âmbito de um trabalho alienado. Neste contexto, a deformação é compreendida como uma “transformação negativa” no sentido da perda de um estado que era mais satisfatório ou mais valorizado que o atual. Em acréscimo, assim como a ideia de desgaste nos remete ao horizonte das máquinas, ela também aponta para um processo de alienação do trabalho, isto é, para a emergência do fenômeno de reificação das relações interpessoais no interior do processo de produção cuja parte da subjetividade dos trabalhadores é desconsiderada.

Além da noção de desgaste, Rego (1999) destaca os conceitos de “identidade em processo” e de “economia psicossomática”, oriundos da psicodinâmica do trabalho *dejoursiana*. O primeiro conceito indica o caráter mutável da identidade cujas transformações constantes são mediadas por experiências vividas no trabalho, ao passo que o segundo caracteriza a relação intrínseca entre os processos psíquicos e orgânicos. A partir da relação entre as noções de desgaste, identidade em processo e economia psicossomática, a autora sugere que, na origem do sofrimento do trabalhador, há um desgaste inicial da identidade em processo do sujeito na experiência social vivenciada dentro do seu ambiente de trabalho. Este desgaste afeta sua vida psíquica e cognitiva a ponto de desestabilizar o campo da economia psicossomática que é essencial para a preservação da sua saúde como um todo. O resultado dessa sequência em cadeia é a instalação do sofrimento do trabalhador retroalimentado pelos mesmos ou outros fatores e condições de trabalho disparadores.

Neste ponto, vale acrescentar que o sofrimento psíquico é considerado inerente ao trabalho no âmbito da psicologia do trabalho uma vez que a atividade laboral é compreendida como um enfrentamento constante das resistências sistêmicas e técnicas no processo de trabalho. Em outros termos, o trabalho coloca o trabalhador, frequentemente, em impasses e se ele não dispuser de recursos suficientes ou de meios apropriados para contorná-los, se encontrará impedido de realizar, ou de realizar adequadamente, determinada atividade laboral. Logo, a atividade impedida ou prejudicada é promotora de desgaste, sendo, também, disparadora do adoecimento (SILVA; RAMMINGER, 2014). Portanto, o sofrimento psíquico também pode ser entendido como resultante do embate entre as necessidades e os desejos dos trabalhadores junto à organização de trabalho e seus ritmos e métodos

estabelecidos (REGO, 1999; SILVA; RAMMINGER, 2014).

Sendo assim, Rego (1999) afirma que um dos objetivos da psicodinâmica do trabalho é transformar a organização do trabalho de modo que ela seja mais fonte de prazer do que de sofrimento psíquico. Para identificar o sofrimento psíquico, a autora o caracteriza como situado no espaço virtual entre a doença mental e a saúde, “um espaço caracterizado por uma intensa luta contra o adoecimento e o próprio sofrimento” (REGO, 1999; p. 48). Por esse ponto de vista, o sofrimento psíquico é inicialmente traduzido em quadros de desgaste mental e estresse que tendem a se converter em transtornos psíquicos leves, tais como a dificuldade de concentração e a fadiga, episódios de esquecimento, insônia, irritabilidade e queixas somáticas como falta de apetite, cefaleia e dor epigástrica (MARCONATO et al., 2017). Entretanto, a manutenção das condições de estresse ao longo do tempo conduz o sofrimento psíquico a se manifestar, principalmente, por meio de distúrbios psíquicos mais graves – como quadros de ansiedade e depressão (REGO, 1999).

Para todos os efeitos, nosso interesse está mais em saber da existência de sofrimento psíquico do que em detectar e considerar apenas os trabalhadores com diagnóstico nosológico fechado ou potencial. É por esse motivo que este trabalho lança mão de estudos de campo voltados para trabalhadores, nos quais tal sofrimento já foi evidenciado e analisado. Como exemplos, temos o estudo de Rego (1999), com base na classe dos bancários, que nos fornece parte do escopo teórico ergonômico, e a pesquisa de Alonso (2017) com os ACS, cuja análise ergonômica do trabalho real é nosso objeto de interesse.

Com efeito, Alonso (2017) desenvolveu sua tese de doutoramento investigando as atividades laborais do ACS em uma determinada UBS na cidade do Rio de Janeiro por meio da EA, em uma abordagem denominada de Análise Ergonômica do Trabalho (AET). Segundo a autora, a AET pode favorecer a identificação das estratégias adotadas pelos trabalhadores para contornar os problemas que se apresentam durante a realização do seu trabalho e a alcançar os objetivos propostos. Assim, a análise do trabalho prescrito pelo prisma da AET forneceu *insights* à pesquisadora quanto à organização do trabalho do ACS e seus objetivos, bem como sobre os meios disponíveis para seu alcance. É baseando-se em seus estudos que serão conduzidas as próximas seções.

7.2 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A implementação do SUS produziu transformações na estrutura e organização da Saúde Pública brasileira. Dentre as mudanças, a superação do modelo hospitalocêntrico tradicional, baseado no paradigma biomédico, tornou-se um dos seus principais desafios. Neste contexto, a nova organização da APS, assentada, preferencialmente, na ESF buscou reorientar o modelo assistencial em conformidade com as diretrizes e princípios do SUS. Com efeito, a disposição inovadora dessa nova organização imprime características singulares aos processos de trabalho na ESF, pois exige dos profissionais de saúde um maior envolvimento com o território (ALONSO, 2017).

Como visto anteriormente, é neste contexto que surgiu o ACS, um trabalhador fundamental para a organização da assistência nas UBS. É na sua participação como mediador das relações da comunidade com os demais profissionais de saúde que seu papel é importante e se revela primordial para aperfeiçoar o planejamento e a implementação das ações em saúde. Com efeito, o ACS apreende com mais precisão os matizes de questões sociais, culturais e familiares quando comparado aos demais trabalhadores em saúde. Esta característica está relacionada, particularmente, à capilaridade de seu trabalho, isto é, à sua característica peculiar de habitar e labutar, simultaneamente, no mesmo território e compartilhar da mesma realidade da população assistida, o que também confere ao seu trabalho uma heterogeneidade extrínseca (ALONSO, 2017).

Para além da heterogeneidade extrínseca ao trabalho do ACS – e que diz respeito à interdisciplinaridade preconizada na ESF –, existe uma heterogeneidade intrínseca que não se remete apenas à questão do trabalho interdisciplinar, mas às diversas racionalidades existentes no modo como as tarefas sob sua responsabilidade são desempenhadas. Efetivamente, a lógica³⁹ do trabalho do ACS não se inscreve na dimensão tradicional da área de saúde *stricto sensu*, já que suas ações são desenvolvidas, predominantemente, junto à população assistida e no conhecimento produzido nessa relação. Apesar dos valores e das ferramentas recomendados pela ESF, tais como a Clínica Ampliada, o acolhimento e o estabelecimento do vínculo fazerem parte da estrutura operativa do seu trabalho, sua lógica peculiar encontra

³⁹Em termos ergonômicos, o vocábulo “lógica” é compreendido como o conjunto de parâmetros que fundamentam as ações características de uma dada atividade profissional. Tais parâmetros não podem ser assimilados, separadamente, dos movimentos e do sentido do trabalho visto integrarem um dado mundo profissional (ALONSO, 2017).

dificuldades para ser legitimada, principalmente, nas reuniões de equipe, isto é, nos espaços dialógicos da eSF. Uma das razões pelas quais tais dificuldades se dão reside no fato de que o mundo profissional⁴⁰ do ACS ainda se encontra em formação e muitas das suas atribuições apresentam lógicas distintas e até contraditórias. Tais dicotomias podem ser ilustradas pelos pares de opostos: trabalho burocrático x trabalho de cuidado, prevenção de doenças e promoção da saúde x atendimento das emergências, demandas das equipes x demandas da comunidade, vigilância epidemiológica x singularidade dos casos, modelo biomédico x Clínica Ampliada, além das demandas dos casos x demandas da gestão (ALONSO, 2017).

Todavia, apesar dessas diferentes lógicas e contradições nas ações em saúde estarem presentes na realidade laboral de todos os profissionais de saúde integrantes da ESF de um modo geral, é importante ressaltar que a fragilidade do mundo profissional do ACS traz implicações particulares. Isto é corroborado por Alonso (2017) ao apontar a dificuldade de delimitação do campo de ação do ACS, seja pela idealização do seu trabalho, pelo excesso de funções a ele delegadas seja, ainda, pela incorporação de tarefas que não necessariamente estariam sob sua alçada. Com efeito, grande parte das ações atribuídas ao ACS está sob determinação das necessidades diretas da respectiva eSF e dos diferentes níveis de gestão e não necessariamente levam em conta o que deveria ser central na atividade laboral desse trabalhador, o que traz constrangimentos para o seu cotidiano e atesta a falta de contornos mais apurados do escopo de suas atribuições. Nesta perspectiva, o trabalho do ACS parece estar continuamente sofrendo transformações pelo acréscimo constante de novas tarefas e demandas de maneira que a heterogeneidade, a fluidez e a capilaridade na definição de suas responsabilidades fazem com que este trabalhador, frequentemente, exerça um papel de “tapa-buracos” nos serviços da ESF.

Ademais, Alonso (2017) constata o esforço dispendido pelo ACS para integrar as múltiplas dimensões de sua atividade ao atendimento das necessidades de saúde da população assistida para confirmar sua hipótese de que, “(...) além de exercerem um papel intermediário entre a comunidade e a equipe de saúde, esses atores vivem uma realidade imprevisível, heterogênea e diversa àquelas ditadas pelas normas que regem essa profissão” (ALONSO, 2017, p. 118).

⁴⁰Segundo a AET, o mundo profissional não é a representação ou a percepção do trabalho a ser executado, mas, antes, a maneira de apreendê-lo, isto é, ele é uma espécie de pano de fundo a conduzir a leitura e o entendimento do horizonte tangível da ação e que possibilita a produção de novas interpretações pelo trabalhador envolvido, no intuito de se atingir um dado objetivo. Neste sentido, ele pode ser compreendido como a reunião de princípios através dos quais cada um dos trabalhadores entende e responde às demandas de seu trabalho (ALONSO, 2017, p. 134).

Isso ficou claro durante o trabalho de campo realizado pela pesquisadora ao observar diversas situações nas quais se verificou a grande diversidade de demandas, que vão desde aquelas corriqueiras e de fácil resolutividade – como, por exemplo, a solicitação de esclarecimentos e informações em saúde –, até pedidos urgentes e de tomada de ação rápida, como em casos graves de internação. Da mesma forma, algumas dessas demandas exigiram respostas construídas a partir da lógica da prevenção e da promoção da saúde, enquanto outras se mostraram urgentes e com necessidade de resolução rápida. Além disso, algumas tiveram início, meio e fim durante um único encontro entre ACS e usuários, como no caso dos agendamentos de consultas e esclarecimentos de informações em saúde, enquanto outras se desdobraram em novas ações, como nos casos de internamentos e nas VD. Vale ainda ressaltar que a cada ida ao território, o ACS tinha que lidar tanto com ações planejadas segundo demandas específicas quanto com ações não planejadas, que surgiam no contexto dos encontros espontâneos típicos do seu cotidiano laboral (ALONSO, 2017).

Com efeito, a pesquisadora verificou que o ACS, além de, frequentemente, agir sozinho na comunicação de informações colhidas no território para a eSF, tende a ser o ator que está mais envolvido e presente na maioria das ações em saúde no território, o que lhe traz uma carga diferenciada de responsabilidade na articulação das informações entre os diversos trabalhadores em saúde. Assim, no âmbito dessas contingências particulares, o ACS, com frequência, estende seu horário de trabalho e tende a ser visto como um trabalhador sem limites. Em outros termos, a fluidez inerente à atividade laboral do ACS é fonte de grande parte de sua contribuição no cuidado da população, mas também fomenta sua fragilidade, pois o expõe às condições de uma atividade laboral sem fim e sem limites bem definidos de planejamento. Assim, o caráter heterogêneo, capilar e fluido da definição das atribuições do ACS apresenta uma perspectiva positiva, pelo fato de permitir que ele construa ações em saúde em consonância com as propostas da ESF. Por outro lado, impacta, negativamente, no seu cotidiano laboral, ao contribuir para a indefinição do escopo de suas ações, o que abre a possibilidade de que seu trabalho componha diferentes tarefas, assim como dificulta o estabelecimento de saberes e práticas que embasem o seu mundo profissional. É neste sentido que a falta de um mundo profissional consolidado torna o ACS “um trabalhador à deriva” (ALONSO, 2017, p. 136), o que abre a possibilidade de remodelação constante de suas tarefas e, ao fim e ao cabo, impossibilita a sedimentação de um patrimônio capaz de fundamentar suas práticas em saúde. Além disso, a legitimidade do seu trabalho é igualmente atingida devido à falta de clareza do que deveria ser central no escopo de suas atribuições (ALONSO, 2017).

Neste ponto, Viegas e colaboradores (2017) enriquecem a pesquisa de Alonso (2017), pois demonstram que os trabalhos que exigem grande agilidade, flexibilidade no cumprimento de diversas tarefas, simultaneamente, além da gestão das emoções e da ansiedade, podem afetar, significativamente, a atividade laboral. De fato, é sabido que o cuidado está no fundamento das práticas em saúde, as quais devem focar, principalmente, na solicitude, na preocupação com o outro e na atenção às suas necessidades. Tendo em vista essa particularidade, a atividade laboral, que se identifica como prática em saúde, envolve um importante trabalho emocional relacionado ao vínculo trabalhador-usuários e trabalhador-trabalhador, o qual é fundamental na execução das ações prescritas com vistas ao bem-estar dos atendidos, uma vez que o vínculo permite a captação das vivências dos usuários e sua articulação com os saberes necessários para a produção do cuidado. Sob este ponto de vista, é possível perceber que há uma demanda para “se afetar” nos encontros proporcionados pela atividade laboral, isto é, para que o trabalhador em saúde olhe para aqueles lugares nos quais a história do usuário é construída e além dos limites da relação profissional, voltando-se para o cotidiano, para as relações familiares e comunitárias, bem como para as relações de trabalho desse usuário (SCHWARTZ, 2015).

Logo, se for pertinente a aproximação da ideia de cuidado com a noção ergonômica de carga de trabalho, conclui-se que há um intenso dispêndio de energia física, cognitiva, psíquica e moral durante a atividade laboral do ACS. Entretanto, o cuidado como característica do trabalho em saúde é socialmente pouco reconhecido e valorizado (SCHWARTZ, 2015). Assim, o baixo reconhecimento do trabalho do ACS, somado às demais condições em que suas atividades laborais são desenvolvidas, é responsável pela produção de uma sobrecarga física e mental nesses trabalhadores (REGO, 1999).

Com base no exposto, pode-se inferir que as características do mundo profissional em construção do ACS e a lógica peculiar de sua atividade laboral trazem um entrave ao seu florescimento humano, visto que apontam para situações de trabalho nas quais vicejam a desigualdade, a privação e a assimetria como as encontradas no processo de trabalho do ACS estudado por Alonso (2017). Tais aspectos impactam tanto as condições de vida como o trabalho do ACS, o que pode ser traduzido em termos de sofrimento e degradação das condições de vida desse trabalhador.

Portanto, ao se considerar o panorama do trabalho do ACS construído pela pesquisa de Alonso (2017), pode-se constatar que esse trabalhador é passível de ser categorizado como um sujeito vulnerado na acepção da Bioética da Proteção. É neste sentido que a próxima seção se dedica ao mundo profissional e à lógica de trabalho do ACS, sua conexão

com o sofrimento psíquico e com a degradação de suas condições de vida, na intenção de apresentar argumentos suficientemente robustos para sustentar essa última confirmação.

7.2.1 O mundo profissional do agente comunitário de saúde e a lógica própria de seu trabalho como fonte de sofrimento psíquico

O mundo profissional é o pano de fundo que embasa a interpretação do trabalho e o modo como a atividade laboral é desempenhada por um dado trabalhador. Ele pode ser compreendido como a maneira pela qual o trabalhador habita as situações laborais e executa as atividades a ele atribuídas. Em termos ergonômicos, pode-se dizer que o mundo profissional é constituído por determinados objetos, bem como os valores e objetivos de um dado ofício, juntamente com o trabalho prescrito e as ferramentas necessárias para sua consecução.

Isto posto, é importante reiterar que os estudos de Alonso (2017) apontam para o fato de que há dois principais fatores envolvidos na produção de sofrimento do ACS. O primeiro refere-se à falta de um mundo profissional, ainda não apropriadamente consolidado para este ator; o segundo fator refere-se à existência de diversas lógicas laborais que são definidas por outros tantos critérios, os quais fogem ao escopo central do trabalho do ACS. Segundo a pesquisadora, apesar da fragilidade do mundo profissional do ACS, pode-se identificar seu objeto como fundamentado na tríade: identificação de sinais e situações de risco, orientação de usuários e encaminhamento/comunicação de casos e situações identificados durante a realização de VD e na discussão de casos com a eSF. Este tripé deveria encerrar o âmbito de seu trabalho prescrito, mas, como já visto anteriormente, não contempla a realidade de sua atividade laboral cotidiana.

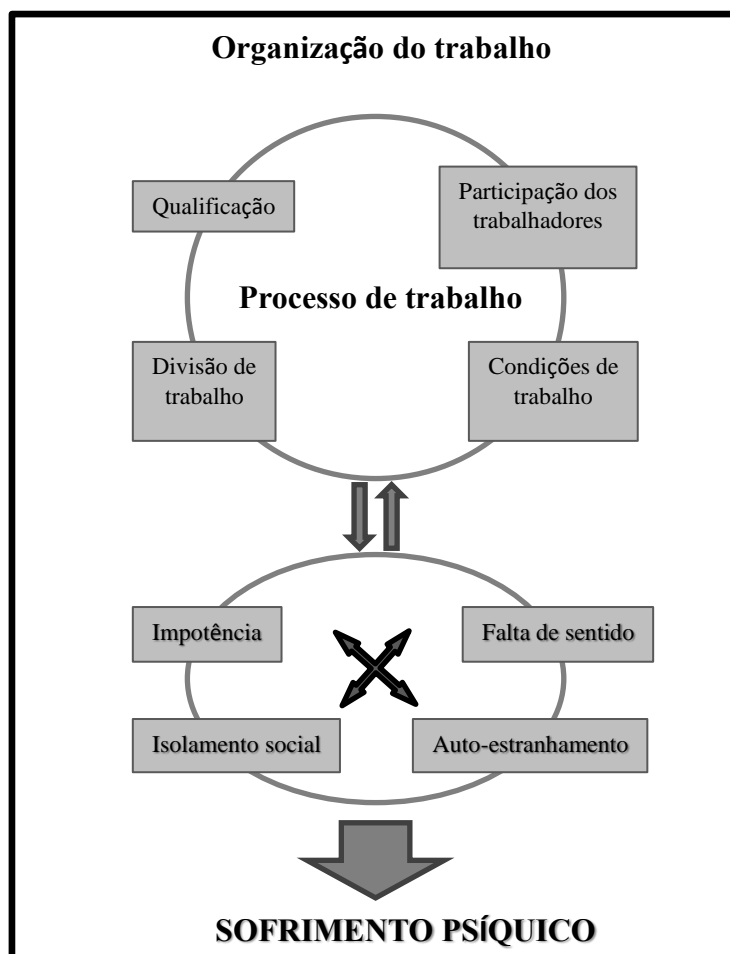
Quanto às ferramentas, valores e objetivos do mundo profissional do ACS, Alonso (2017) conclui que suas principais ferramentas são as tecnologias leves de cuidado. Entretanto, outras ferramentas determinadas por lógicas de naturezas diferentes, tais como o trabalho burocrático para alimentação do sistema de informação, a demanda pelo cadastro de documentos pessoais dos usuários e a transformação do acolhimento em trabalho de recepcionista são comuns. Portanto, “as tarefas do ACS são definidas a partir de critérios que têm origem em racionalidades diversas sendo, frequentemente, determinadas de forma apartada daquilo que tem sido considerado central no [seu] trabalho” (ALONSO, 2017, p. 137). Isto pode ser corroborado quando se compreende que os seus valores e objetivos se encontram, principalmente, no horizonte do acolhimento e do estabelecimento do vínculo

preconizados pela ESF, mas a forma de avaliação do seu trabalho ainda ocorre a partir da contagem de procedimentos e não leva em consideração a qualidade do atendimento prestado.

O descompasso entre o trabalho real e a organização do trabalho na ESF, isto é, a situação de trabalho do ACS, pode funcionar como situação de risco, ou seja, como catalizador de sofrimento psíquico, degradação das condições de vida e adoecimento desse trabalhador. Com efeito, o trabalho compreendido no horizonte das atividades humanas sempre tem um valor simbólico que contribui para a construção da identidade do trabalhador junto ao coletivo a que pertence. Neste contexto, o trabalho pode tender a ser gratificante quando o trabalhador deriva um sentido positivo da sua atividade laboral, isto é, ele tem um significado de saúde mesmo quando ocorrem situações que oferecem determinados riscos para o trabalhador. De maneira oposta, quando as situações de risco decorrem do desrespeito à vida do trabalhador perante o processo de trabalho, muitas vezes por imperícia, imprudência ou negligência por parte da organização do trabalho, por exemplo, a atividade laboral ganha um sentido negativo e se torna insalubre. Logo, o trabalho acaba gerando mal-estar, isto é, propiciando a degradação das condições de vida por adquirir um significado de promotor de doença em tais circunstâncias (REGO, 1999; SILVA; RAMMINGER, 2014).

Neste sentido, Rego (1999) abandona a noção epidemiológica tradicional de “fatores de risco” e passa a considerar a influência de uma rede multifatorial de processos na emergência do sofrimento psíquico dos trabalhadores. Essa perspectiva é demonstrada na Figura 3, na qual é possível evidenciar que um determinado arranjo da organização, em uma dada situação de trabalho, tende a promover o isolamento social e o desenvolvimento de sentimento de impotência, de falta de sentido e de autoestranhamento em seus respectivos trabalhadores. Vale lembrar que esses fatores não podem ser considerados como separados e separáveis, visto que há uma articulação interna entre eles, ligando-os tanto entre si quanto ao sofrimento psíquico (REGO, 1999).

Figura 3 - Esquema resumido das relações entre trabalho e sofrimento psíquico



Fonte: Baseado em Palacios (1993) e adaptado de Rego (1999)

A partir deste esquema, pode-se também compreender como é organizada a lógica de trabalho de um dado trabalhador. Alonso (2017) identifica a lógica do trabalho do ACS a partir da análise das suas atividades laborais no âmbito da organização e dos processos de trabalho da eSF estudada. Ao construir seu objeto de estudo, a pesquisadora analisou a divisão e as condições de trabalho do ACS, as questões referentes à sua qualificação profissional, bem como a sua participação no cotidiano laboral na respectiva UBS. Com base em suas observações, ela traduziu a lógica de trabalho do ACS em suas maneiras de agir, nas formas de pensar e nos valores que o orientaram durante o trabalho e as coligiu nas seguintes ações:

- a) A comunicação entre eSF e comunidade, qualificando os dados necessários para efetivação do cuidado;
- b) A coordenação do cuidado;
- c) O acolhimento e construção de vínculo;

- d) A regulação das ações programadas e urgentes;
- e) A inserção de dados de ordem social, familiar e comunitária na pauta do cuidado.

Durante esse processo, Alonso (2017) observou que o ACS realizava uma série de ações personalizadas e capilares que não se encaixavam no padrão tradicional de ação em saúde, predominantemente protocolar e centrada no conhecimento biomédico. Neste sentido, o empenho desse trabalhador voltava-se para a integração das demandas emergentes do território e das famílias atendidas, incorporando tanto os dados dessa realidade à gestão de projetos quanto às necessidades dos usuários de uma forma toda particular. Desse modo, o referido profissional passava a ajudar as famílias e a comunidade, não só no combate aos sintomas e doenças, mas também trazendo à luz aspectos da realidade do território que não seriam obtidos simplesmente a partir dos dados coletados que, em conjunto com as reivindicações que surgiram no contato com os usuários, agregavam potência para a remodelação da pauta das demandas do cuidado.

Com efeito, o ACS tem papel fundamental no auxílio aos demais trabalhadores da eSF para a integração de tais informações na elaboração de estratégias de enfrentamento dos problemas identificados. Apesar disso, sua participação no processo de trabalho coletivo da eSF apresentou entraves importantes, observados, por exemplo, quando Alonso (2017) se debruçou sobre as reuniões de equipe e percebeu que a legitimidade das contribuições do ACS não estava garantida durante a discussão de caso. Um dos motivos seria a tendência em se sustentar o diálogo a partir do modelo biomédico, o que restringiria a possibilidade da participação do ACS, uma vez que seus conhecimentos seriam predominantemente circunscritos às dimensões sociais, comunitárias e culturais. Mesmo quando as reuniões favoreciam a discussão de caso, também se produziam barreiras para a incorporação das contribuições do ACS.

Neste contexto, a autora afirma que o trabalho em equipes multiprofissionais é marcado, frequentemente, pelo estabelecimento de relações assimétricas entre os diferentes profissionais envolvidos. No caso em questão, a hierarquização do conhecimento privilegiou o saber biomédico *a priori* em detrimento dos outros saberes envolvidos nas dimensões do cuidado, o que trouxe um sentimento de impotência e de falta de sentido para o trabalho do ACS.

Em acréscimo, é importante ressaltar que o trabalho do ACS expressa a “resistência do real”, isto é, aponta para a organização do trabalho em sua limitação de recursos materiais, humanos e institucionais, expondo fragilidades das eSF e do sistema de saúde na efetivação do cuidado. Sob este ponto de vista, além das barreiras do conhecimento e das dificuldades

hierárquicas demonstradas no parágrafo anterior, há a indisponibilidade de profissionais da eSF para o atendimento de demandas específicas identificadas pelo ACS, sobretudo em situações sociais mais graves que aparecem durante o cotidiano do trabalho. Ademais, a “resistência do real” ainda se revela na dificuldade que o ACS tem em empreender ações de cuidado que julgam necessárias por estar capturado por tarefas de outras ordens, tais como o acolhimento e a alimentação do sistema de informações em saúde. Essa fragilidade na estrutura do processo de trabalho do ACS fomenta, além do sentimento de impotência e de falta de sentido, o seu isolamento e o autoestranhamento.

Ademais, Alonso (2017) observa que a lógica do trabalho do ACS ainda encontra dificuldades para ser legitimada também pela relutância dos outros profissionais da eSF frente à relativa inconsistência do seu mundo profissional. Essa percepção de terceiros reflete-se na sua conseqüente despotencialização e fomenta a tendência de o ACS ser considerado um “trabalhador à deriva” na eSF, o que produz constrangimentos e sofrimento no seu cotidiano laboral, além de contribuir para a degradação das suas condições de vida.

Por outro lado, a lógica do trabalho do ACS não se inscreve apenas no âmbito tradicional da saúde, mas se expande para o horizonte de uma normatividade vital, pois seu processo de trabalho envolve um maior contato e exposição aos usuários. Nesse sentido, o ACS assume, mesmo indiretamente, que sua situação de trabalho compreende uma realidade imprevisível e diversa daquela regida pelo seu ofício. Dito de outro modo, o ACS, ao se expor a uma situação de trabalho tão particular, tende a se comprometer com uma noção de saúde que remete ao horizonte do risco e da abertura. Complementarmente, o seu processo de trabalho envolve situações de risco nas quais a noção de saúde se inclina mais à ideia de enfrentamento de novos e problemáticos cenários que impactam a sua própria vida e de determinados usuários do que se restringe ao âmbito do equilíbrio e da capacidade de adaptação contido na ideia de normalização presente no modelo biomédico tradicional.

Além disso, vale reiterar que o caráter heterogêneo, fluido e capilar da lógica de trabalho do ACS transforma esse trabalhador naquele que mais está envolvido e presente na maioria das atividades em saúde na eSF, o que, frequentemente, corrompe seu cotidiano laboral, no sentido de se perder os limites de horário e o espaço adequado para o exercício de seu ofício. Em outros termos, apesar desse aspecto particular do trabalho do ACS ser importante para o estabelecimento do vínculo, ele contribui para a fragilização do seu mundo profissional, pois agrava a indefinição do escopo de suas ações e dificulta o seu reconhecimento por parte dos demais profissionais de saúde e de seus pares.

Assim sendo, é possível deduzir que as variações na economia psicossomática do ACS decorrentes das situações de trabalho características a que é frequentemente exposto podem repercutir sobre sua identidade profissional e resultar em sobrecarga e desgaste. Isto porque, ao ocorrer em condições de desigualdade, privação e assimetria, a atividade laboral impacta sua condição de vida e demanda um importante investimento energético nos processos mentais e psíquicos, além do controle emocional e tomada de decisões diante dos imprevistos e situações inerentes à própria execução de suas tarefas. Neste sentido, a atividade laboral do ACS repercute no *corpo próprio*, isto é, o processo de trabalho sujeita esse trabalhador a um desgaste que afeta sua vida física, psíquica e cognitiva, a ponto de desestabilizar o campo da economia psicossomática, que é essencial para sua identidade profissional e para a preservação da sua saúde como um todo. O resultado disso é a degradação de suas condições de vida e a produção de sofrimento, o que é usualmente apreendido no âmbito do estresse (REGO, 1999).

Neste sentido – e de acordo com o esquema da Figura 3 –, pode-se concluir que o sofrimento psíquico do ACS está diretamente relacionado ao estresse manifestado em sua vida laboral, particularmente nas inumeráveis situações em que ele vivencia sentimento de impotência. Tal sensação é expressa por sua falta de controle em um ou mais cenários nos quais seu expediente se desenrola, no excesso de demandas e de responsabilidades pouco definidas, na inexistência de espaço e investimento adequados para o desenvolvimento de suas capacidades, além do sentimento de insegurança no exercício profissional e no viver em áreas periféricas e de favelas (REGO, 1999; ALONSO, 2017).

Em acréscimo à falta de controle, o ACS experimenta a perda de significado do conteúdo de sua tarefa, bem como a correlativa sensação de inutilidade das suas ações devido, principalmente, à divisão do processo de trabalho na eSF e ao ritmo laboral intenso que o sobrecarrega e promove o aparecimento da sensação de autoestranhamento e isolamento social, uma vez que, rotineiramente, surgem dificuldades para o trabalho coletivo. Incluem-se ainda nesse horizonte, os casos de assédio moral ou qualquer outro tipo de violência no trabalho, a necessidade de se contornar as situações do trabalho devido à falta de infraestrutura ou outros recursos adequados para sua execução minimamente satisfatória e a ausência de suporte da gestão ou de seus superiores ou parceiros (REGO; PALACIOS, 2020). Esses fatores, sob a perspectiva da degradação das condições de vida, contribuem para a emergência de cenários iníquos e a consequente inclusão do ACS na categoria de sujeito vulnerado e como alvo para o desenvolvimento de ações protetivas.

Por fim, nunca é demais ressaltar que o processo de trabalho do ACS no âmbito da

ESF se desenvolve por meio de lógicas próprias e diversas no horizonte de um mundo profissional ainda em construção, o que confere determinadas características ao seu cotidiano laboral. Tais particularidades auxiliam, por exemplo, na ampliação do conceito de saúde para além da dimensão biomédica, na mediação da relação com os demais profissionais de saúde, na construção do vínculo e nas contribuições para as ações em saúde. Por outro lado, também colaboram para a manutenção de uma determinada iniquidade estrutural que prejudica o florescimento humano desse trabalhador, bem como impacta o seu trabalho, produzindo mal-estar, isto é, trazendo sofrimento, degradação das condições de vida e adoecimento. Por tudo isso, entendemos que é possível considerar o ACS como paciente moral no âmbito da Bioética de Proteção.

Considerações finais

A intenção deste capítulo foi a de construir argumentos suficientemente cogentes para justificar a inclusão do ACS como paciente moral no âmbito da Bioética de Proteção, a partir de pesquisa recente sobre o trabalho real do ACS e de conhecimento derivado da fenomenologia *merleau-pontiana*. Para tanto, primeiramente, buscou-se articular as particularidades do mundo profissional e da lógica laboral do ACS ao seu cotidiano, isto é, ao seu trabalho real, que apontassem para contextos nos quais a iniquidade estaria presente na organização do trabalho e contribuiria para a vivência de sofrimento e de degradação das condições de vida. Os resultados obtidos pela pesquisa sobre o trabalho real do ACS e o conhecimento derivado da fenomenologia *merleau-pontiana* favorecem o argumento de que esse trabalhador se encontra em um contexto de vulneração no horizonte da Bioética de Proteção, legitimando o desenvolvimento de medidas protetivas.

Contudo, com a finalidade de fornecer subsídios ainda mais robustos para a justificação de tal argumento, optou-se, também, por investigar outro modo de fundamentá-lo. Sendo assim, decidiu-se por fazer uma aproximação dos conceitos ergonômicos de “estrutura de orientação”, “atividade laboral”, “trabalho real”, “trabalho prescrito” e “carga de trabalho” aos conceitos psicodinâmicos de “economia psicossomática”, “identidade em processo”, “*habitus*” e “sofrimento psíquico”. Além de aproximá-los, tais conceitos foram articulados juntamente à concepção fenomenológica de *corpo próprio* com a pretensão de assimilar a ideia de que o ACS pode ser mais apropriadamente compreendido como um “trabalhador-sujeito” ou agente social aos modos de um “paciente moral” do que como um ator ou

agente social no sentido tradicionalmente adotado pelo léxico das políticas públicas tais como a PNAB.

Todavia, para se chegar a tal conclusão, faz-se necessário, primeiramente, estabelecer uma articulação entre os conceitos citados. Nesse sentido, há três considerações a serem feitas. A primeira é a de que uma atividade laboral pressupõe a intencionalidade de um ente que organiza seus movimentos a partir de sua interação consigo mesmo, com os outros e com o ambiente. Em segundo, constata-se que o planejamento da atividade laboral por esse mesmo ente pressupõe a emergência de uma “estrutura de orientação” responsável por produzir um conjunto de objetivos e por fornecer as bases de interpretação das situações. Por fim, essa “estrutura de orientação” é intrinsecamente biológica e histórica e, portanto, está no âmbito da historicidade do ente em questão e de seu coletivo. Com base nessas considerações, é possível depreender que o par “ente” e a “estrutura de orientação” guarda uma similitude com o conceito *merleau-pontiano* de *corpo próprio*, visto que ambos são uma espécie de atributo intrínseco ao ser no mundo que assinala a coextensão dos seus movimentos com o entorno. Para os interesses deste trabalho, isto significa dizer que eles envolvem o engajamento prático do sujeito ao mundo e à atividade laboral, esta última como parte de sua identidade profissional.

Ao mesmo tempo, essa proximidade entre “ente” e “estrutura de organização” com a noção de *corpo próprio* facilita a caracterização do que vem a ser o trabalho prescrito e o trabalho real. Assim, pode-se dizer que durante o desenvolvimento do trabalho real, o trabalhador como *corpo próprio*, ou sua presença viva, emerge, uma vez que as formas de lidar com as condições laborais variáveis não são prescritas de antemão e tornam necessário um tipo de resposta que transcende à simples execução de ordens, lançando-o em um debate sobre os modos de fazer. Isto significa dizer que o trabalhador, imerso no interior das situações materiais e sociais coercitivas em que ocorre o trabalho real, enseja a gestão individualizada de si e da atividade laboral, ou seja, há o envolvimento de sua economia psicossomática no sentido de reconfigurar sua identidade profissional sempre em processo (REGO, 1999). Assim, a atividade laboral nunca é puro encadeamento de normas e de procedimentos previamente pensados sem a participação humana do trabalhador, isto porque as prescrições necessariamente passam pelo trabalhador dado que não existem materialmente e precisam de sua mediação, ou melhor, da intencionalidade de seu engajamento prático.

Ademais, a partir do entendimento de que existe uma semelhança semântica entre “ente”, “estrutura de orientação” e “*corpo próprio*” via noção de intencionalidade/historicidade, é possível também depreender sua proximidade com o *habitus*. Isto significa dizer que

o *habitus*, ao considerar o contínuo devir da identidade profissional, confere ao trabalhador um *status* de “agente social” que guarda estreita relação com o seu *corpo próprio*. Isto é, o *habitus* presume o agente social como “encarnação”, ou seja, como uma pessoa no horizonte do trabalho real em uma dada situação de trabalho.

No entanto, é importante notar que a noção de *habitus* também afasta esse mesmo agente social “encarnado” da dimensão do trabalho apreendida pelas políticas públicas e documentos oficiais. Efetivamente, é sabido que tais ferramentas legislativas utilizam um léxico que não contempla a facticidade do trabalho real, mas, ao contrário, é voltado, sobretudo, para o âmbito do trabalho prescrito, isto é, para situações laborais genéricas e para um trabalhador ideal tomado como um objeto de intervenção. Em termos organizacionais, os serviços são projetados numa dimensão abstrata e, nestas circunstâncias, o trabalho é analisado apenas a partir de características gerais que não contemplam o cotidiano laboral. Assim, o horizonte da vivência do trabalhador e sua atividade laboral apresentam uma certa opacidade na sua apreensão pela gestão e pelas políticas públicas que só é contornada à medida que o projeto passa a ser inserido, efetivamente, no cotidiano laboral, isto é, quando se busca operacionalizar ou concretizar aquilo que está “no papel”.

De fato, esse descompasso produz efeitos adversos na vida do trabalhador, sobretudo quando favorece o desenvolvimento do estresse e da fadiga. Em outros termos, esse distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real está diretamente envolvido no aumento da carga de trabalho, uma vez que o custo humano do trabalho não pode ser adequadamente contabilizado pelos gestores apenas durante a fase de elaboração das tarefas na qual o trabalhador “em geral” emerge como uma coisa ou objeto de regulação.

Pode-se depreender daí que a organização do trabalho produz sobrecarga e sofrimento nos trabalhadores. Entretanto, em termos psicodinâmicos, essa mesma organização do trabalho pode ser vista no âmbito da negociação, isto é, das diversas estratégias que o trabalhador utiliza para se ajustar à organização prescrita do trabalho, o que requer sua iniciativa, criatividade e engenhosidade. Tais estratégias podem ser tanto fonte de sofrimento e degradação das condições de vida quanto de gratificação e produção de identidade para o trabalhador, posto que sua contribuição pode ser, respectivamente, ignorada ou reconhecida pelo coletivo (REGO, 1999).

Por esse ponto de vista, o trabalho é pensado como uma atividade que exige a implicação do trabalhador e sua regulação coletiva, além de estar inexoravelmente enraizado no mundo vivido, de forma a ser um trabalho vivido. Assim, o reconhecimento do sujeito como

pessoa auxilia na construção do sentido do seu trabalho, no seu pertencimento e na transformação do seu sofrimento. De fato, o sentido do trabalho está substancialmente relacionado às questões de identidade e de pertencimento do sujeito, de sorte que a inobservância desses dois últimos aspectos pode resultar em reificação do trabalhador, bem como no aumento de sua carga laboral, do sofrimento e em degradação das condições de vida.

Isto posto, pode-se, novamente, depreender que a articulação da noção fenomenológica de *corpo próprio* com o *habitus*, aos modos de um agente social encarnado, também favorece a aproximação da ideia de “trabalhador-sujeito” à noção *espositana* de pessoa, uma vez que a implicação do trabalhador numa situação laboral pressupõe, igualmente, sua necessidade de fazer escolhas, abandonar certos caminhos já sedimentados e investir em rotas alternativas na intenção de responder ao objetivo original. No caso do ACS, cuja lógica de trabalho pressupõe atividades que nem sempre se reduzem a repetições de ordens e cuja gestão não consegue alcançar as “entranhas do trabalho”, seu engajamento laboral pode abrir possibilidades para a construção de um maior espaço de resistência em um cotidiano que escapa ao controle e ao olhar burocrático.

Por conseguinte, na concepção de “trabalhador-sujeito” como pessoa, o fortalecimento/empoderamento do ACS o torna capaz de dispor de suas “reservas de alternativas”, isto é, de modos possíveis de ação, com um certo grau de liberdade e, inclusive, resistência, nos casos em que houver limitação de seu poder de agir. Em outros termos, quando a organização de trabalho investe na promoção do desenvolvimento das potencialidades dos trabalhadores e não somente na restrição de suas capacidades, as atividades laborais tendem a se realizar no âmbito de uma abertura de possibilidades que favorece tanto a identificação de situações geradoras de sofrimento no trabalho quanto a transformação da organização do trabalho, principalmente a partir das relações entre os próprios trabalhadores envolvidos.

Para tanto, há a necessidade de que a organização do trabalho, na figura da gestão da ESF, busque desenvolver propostas de intervenção focadas na relação indivíduo-trabalho, de modo a contemplar a participação direta dos próprios trabalhadores envolvidos. Desse modo, as propostas devem ser voltadas para a implementação de ferramentas que possibilitem a identificação de situações geradoras de sofrimento no trabalho, bem como para a elaboração de estratégias as quais valorizem a história de vida de cada ACS no sentido de articular a transformação da ESF, considerando-se as relações entre os trabalhadores envolvidos. Em outros termos, estimulando a promoção do desenvolvimento das potencialidades do ACS por meio de um olhar que os reconheça como pessoa ou “trabalhador-sujeito” – e não “apenas” como agente social.

Neste ponto, o princípio de proteção é evocado, uma vez que sua aplicação se direciona, particularmente, para os indivíduos e grupos os quais não dispõem de recursos – nem próprios nem institucionais –, suficientes para saírem da vulneração e desenvolverem as competências necessárias para o exercício de uma vida razoável. Portanto, e se a aproximação for oportuna, pode-se dizer que a utilização da Bioética de Proteção no âmbito do trabalho do ACS é compreendida como uma tentativa de resposta a uma política sanitária que tende a ser uma política *sobre* a vida através do desenvolvimento de formas de resistência ao modo de um “sujeito de revolta”. No tocante à fenomenologia, isto significa dizer que o ACS, em seus modos de existir no mundo, pode ser sujeito de revolta quando consegue manter, resgatar ou desenvolver a necessidade de inventar sua própria história como garantia permanente de ser pessoa ou “trabalhador-sujeito” no horizonte de sua situação de trabalho. Entretanto, para que isso seja efetivo, há a necessidade de se apostar no desenvolvimento de suas capacidades e na oferta de condições e oportunidades de sua interação – tanto com seu meio social quanto com seu meio de trabalho –, o que é determinante para as mudanças que ocorrem no âmbito da sua vida cotidiana, além de ser fundamental para os avanços na qualidade de seus serviços.

Por fim, a aposta na capacitação dos profissionais, trabalhadores e usuários do sistema de saúde é uma das intenções originais da ESF. Neste sentido, pode-se depreender, no horizonte de uma política pública de saúde aos modos de uma “política *da* vida”, e não de uma “política *sobre* a vida”, que se pode apostar no investimento em práticas de gestão e de trabalho que favoreçam o desenvolvimento das capacidades necessárias para transformar as situações adversas, bem como resgatar a vulnerabilidade perdida dos trabalhadores em saúde, em particular do ACS. Isto significa dizer que a alternativa de se pensar o ACS como um “trabalhador-sujeito” na formulação de políticas públicas em APS pode abrir para esse trabalhador a possibilidade de transformar suas competências adquiridas em ferramentas de movimento da vida. Logo, essa é uma das vias possíveis para a aplicação das ferramentas da Bioética de Proteção, ou seja, para a análise, descrição e desenvolvimento de soluções voltadas para o fortalecimento/empoderamento e a melhoria das condições de vida e trabalho do ACS, pensando-o *prima facie* na acepção do *corpo próprio* na APS aos modos de um “paciente moral”.

8 RESULTADOS

Resumo do capítulo

Neste capítulo, apresentam-se os resultados, na forma de quatro artigos científicos, conforme descritos a seguir:

Artigo 1. Corpo e paradigma da imunização: reflexões sobre território, saúde e gênero a partir da metáfora do sangue

Carlos Alberto Bizarro Rodrigues e Fermin Roland Schramm

Periódico: Saúde em debate [publicado]

DOI: 10.1590/0103-11042019s709.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001200114&lng=en&nrm=iso

Artigo 2. Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva

Carlos Alberto Bizarro Rodrigues e Fermin Roland Schramm

Periódico: Revista Bioética

Submetido em 27/08/2020 [ID 2765]

Situação atual: Aceito e submetido ao fluxo editorial em 08/09/2020.

Artigo 3. O corpo próprio como ferramenta de acesso ao cotidiano do trabalhador da saúde

Carlos Alberto Bizarro Rodrigues e Fermin Roland Schramm

Periódico: *Physis*: Revista de Saúde Coletiva

Submetido em 29/08/2020 [PHYSIS-2020-0240]

Situação atual: Aguardando decisão da comissão editorial.

Artigo 4. Reflexões bioéticas sobre vulneração e proteção do trabalhador em saúde

Carlos Alberto Bizarro Rodrigues e Fermin Roland Schramm

Periódico: Revista Bioética

Submetido em 24/04/2020 [ID 2583]

Situação atual: Aceito e submetido ao fluxo editorial em 25/08/2020.

8.1 SEQUÊNCIA DE PRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS

8.1.1 Artigo 1. Corpo e paradigma da imunização: reflexões sobre território, saúde e gênero a partir da metáfora do sangue

O artigo 1 foi publicado na *Revista Saúde em Debate* e é um ensaio que procura refletir sobre o corpo no desenvolvimento dos países, particularmente entre o século XIX e início do século XX, ao utilizar a metáfora do sangue como chave heurística e referencial de análise. A eleição desse período histórico específico se deu por sua importância política, econômica e social na construção do Estado Moderno, ao passo que a escolha da metáfora do sangue ocorreu por sua possibilidade de uso como ferramenta de interpretação dos dispositivos biopolítico-imunitários na produção identitária das nações. Com efeito, o objetivo desse artigo foi ilustrar como a polissemia do termo “sangue” no discurso do período estudado consolidou os debates sobre cidadania, naturalização e inclusão no desenvolvimento de determinados países.

O referido artigo está, na íntegra, no Apêndice 1.

8.1.2 Artigo 2. Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva

O artigo 2 pretende ser um estudo sucinto sobre os fundamentos e a perspectiva da Bioética de Proteção, realizado através de um levantamento bibliográfico ancorado nos marcos teóricos de seus principais idealizadores.

Sua íntegra está registrada no Apêndice 2.

8.1.3 Artigo 3. O corpo próprio como ferramenta de acesso ao cotidiano do trabalhador da saúde

O artigo 3 trata de uma revisão de literatura concisa sobre o corpo e sua análise contextual, com o objetivo de problematizar o trabalho do ACS a partir do resgate da dimensão integrativa do *corpo próprio*. Seu objetivo foi meramente estimular a discussão sobre o cotidiano laboral desse trabalhador em saúde e promover a abertura de horizontes de interpretação das políticas públicas na APS.

Esse mesmo texto pode ser lido na íntegra no Apêndice 3.

8.1.4 Artigo 4. Reflexões bioéticas sobre vulneração e proteção do trabalhador em saúde

Para terminar, o artigo 4 intenciona apreender o trabalho do ACS na APS sob a perspectiva da Bioética de Proteção. Para este intento, promove-se uma articulação entre as noções de proteção, vulneração e de *corpo próprio* no horizonte do trabalho na APS. Tal articulação pretende, também, pensar como as características do trabalho do ACS repercutem na sua possível vulneração, visto que as particularidades e as demandas inerentes ao seu cotidiano laboral se expressam na degradação de suas condições de vida e na produção de sofrimento.

O artigo em sua versão integral é encontrado no Apêndice 4.

9 DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resumo do capítulo

Este capítulo apresenta a discussão produzida a partir da articulação entre os temas desenvolvidos em cada uma das partes constituintes deste trabalho. Tal discussão busca enfatizar, sobretudo, as relações entre biopolítica e corpo e entre o trabalho e o sofrimento psíquico do ACS em sua correlação com o campo da Bioética de Proteção. Ultimando o capítulo, são realizadas considerações finais relativas à justificação do ACS como paciente moral no campo da Bioética de Proteção e à possibilidade do uso dessa ferramenta na implementação de medidas protetivas que visem à diminuição do sofrimento psíquico deste trabalhador como nossa principal contribuição. Além disso, são considerados os limites deste trabalho e as possíveis perspectivas.

9.1 DISCUSSÃO

Durante o desenvolvimento das sociedades modernas, o conjunto dos elementos que construía o significado do corpo humano se convergiu para o corpo anatômico/fisiológico por meio da medicina em sua associação a outros saberes. Foi assim que a ideia de corpo social, surgida com a criação do Estado Moderno, tendeu a deixar de ser uma simples metáfora jurídico-política para se tornar uma realidade biológica. De fato, para o poder ser exercido no interior do corpo social através de mecanismos sutis de dominação, fez-se necessária uma economia dos discursos da verdade, isto é, a formação, a organização e a circulação de aparelhos de saber que não eram construções ideológicas, mas, sim, instrumentos reais de produção e acumulação do saber.

No Ocidente, tal economia foi estabelecida no corpo social a partir da tomada de poder sobre o corpo humano em dois movimentos; inicialmente, no âmbito da individualização no século XVII, seguida por uma segunda tomada no século XVIII, já no contexto de uma massificação, ou seja, partindo do homem-corpo em direção ao homem-espécie. É neste sentido que se pode compreender a noção de biopoder como o poder que abarca o corpo e a vida, o biológico e o orgânico – ou, ainda, a vida em geral, no polo do indivíduo e no polo da população.

O biopoder, imiscuído na instauração da anátomo-política no século XVIII, abriu espaço para o surgimento da biopolítica no final deste mesmo século. Neste movimento, as tecnologias biopolíticas voltaram sua atenção para o conjunto dos fenômenos naturais

relativos à espécie humana como um todo, o que promoveu a ascensão política da medicina, que, doravante, passou a se preocupar com a higiene pública. Assim, ao incidir, simultaneamente, sobre o corpo e a população, a medicina passou a articular os seus efeitos disciplinares e regulamentadores sobre a saúde dos indivíduos e populações com os efeitos do poder biopolítico propriamente dito. Destarte, a norma surgiu entre as dimensões do corpo e da população como o elemento ligante entre disciplina e regulamentação e foi no horizonte do seu discurso que se introduziu o “racismo de Estado” e todos os seus dispositivos biopolíticos responsáveis por hierarquizar uns grupos humanos em relação a outros dentro do conjunto da população, bem como permitiu a priorização da vida de uns em detrimento de outros. Logo, é possível depreender que o racismo como dispositivo biopolítico possibilitou estabelecer uma relação do tipo biológica e diversa da tradicional relação de enfrentamento, militar e político, entre a minha vida e a morte do outro.

É neste ponto que a noção *foucaultiana* de racismo se articula à ideia *espositana* de paradigma da imunização. Isso porque a concepção *espositana* de imunização também apresenta conexões com os saberes do campo da fisiologia e da patologia que serviram de base para a criação de categorias humanas, com utilização de metáforas biomédicas. Entre as mais empregadas, têm-se as referentes ao sangue e, mormente, aquelas surgidas no desenvolvimento dos Estados-Nação entre o século XIX e primeiras décadas do século XX, as quais influenciaram na construção tanto de instituições estatais como no desenvolvimento de políticas públicas. Com efeito, quando se aborda a biopolítica pelas lentes do paradigma da imunização – e, particularmente, através da metáfora do sangue, compreende-se que a economia biopolítica dos discursos da verdade foi capaz de se misturar aos projetos modernos de nação desse período e influenciar, no espaço vivido dos indivíduos, desde sua vida doméstica e privada até os limites geopolíticos das nações e suas zonas de fronteira. Ao fazê-lo, a biopolítica também estabelecia a ideia de que não se tratava simplesmente de suprimir a “vida que não merece ser vivida” (AGAMBEN, 2014c), mas, sim, de extirpar as ameaças internas e externas em relação à população e para a população.

Em nosso entendimento, é possível ilustrar a capilaridade biopolítica no horizonte do paradigma da imunização utilizando estratégias como o uso da metáfora do sangue e da profanação *agambeniana*. Por meio desse artifício, é razoável inferir o poder de penetração do discurso da verdade biopolítico nas diversas instituições e dimensões do viver cotidiano mediante seus dispositivos. Tais dispositivos biopolíticos, encontrados no desenvolvimento da medicina e dos Estados Modernos – e sustentados pelo paradigma da imunização –, também tiveram papel na formação do campo da Saúde Pública e na formulação de políticas

públicas aos modos de uma “política *sobre a vida*”, bem como estenderam seu lastro de influências no modo de estruturação do modelo assistencial brasileiro que, tradicionalmente, é biomédico, tecnicista e hospitalocêntrico.

Efetivamente, consoante com a herança de suas raízes biopolíticas, o campo da Saúde Pública pode ser compreendido como uma tecnologia científico-política em constante tensão entre duas maneiras de operar fundamentalmente opostas: uma totalizante e outra individualizante. Nesse sentido, há uma tendência da dimensão política da Saúde Pública em se imbricar às práticas em saúde dos indivíduos viventes, uma vez que as ações preconizadas pela Saúde Pública buscam resultados que tendem a coincidir com os parâmetros biológicos dos indivíduos para os quais elas se destinam. Por esse ângulo, pode-se dizer que a esfera política se unifica à biologia por intermédio do corpo do indivíduo.

Aqui, nossa atenção volta-se para o corpo do indivíduo como lugar de tensão entre o individual e o coletivo. Como visto, a concepção de corpo é cultural e continuamente reformulada e redefinida em suas fronteiras e em seu significado simbólico, variando em relação a diversos contextos. Sendo assim, a tensão tradicionalmente encontrada entre o individual e o coletivo presente no campo da Saúde Pública reverbera, diretamente, na dimensão do corpo de cada cidadão. Vale, ainda, ressaltar que tal tensão também é reforçada por meio da análise biopolítica que Esposito realiza da origem etimológica das palavras comunidade e imunidade durante a construção dos fundamentos de seu paradigma da imunização. Nesta análise, o termo *communitas* refere-se a grupos de pessoas ligadas por um débito ou um dever; já *immunitas* tem o sentido de isenção de obrigação ou do dever para com o outro, porquanto a palavra latina *múnus* dá origem a ambos os vocábulos, bem como indica o que deve ser dado – se um encargo ou uma obrigação –, o que, em última instância, indica uma “impropriedade” do indivíduo frente ao coletivo (RADOMSKY, 2017). Ao fim e ao cabo, o dever para com o coletivo, implícito na origem da palavra comunidade, incide sobre o domínio do qual o indivíduo não é capaz de se esquivar, isto é, sobre seu próprio corpo, reforçando nossa alegação anterior de que o horizonte político da Saúde Pública acaba por se precipitar no contexto do corpo do indivíduo.

Com efeito, o corpo como “impropriedade” de um dado indivíduo em relação ao coletivo em que está inserido aponta para a posição eminentemente comum que ele (o corpo) assume no âmbito da economia biopolítica das verdades. Isso porque, invariavelmente, tal economia predispõe o indivíduo a ser subsumido pela tendência generalizante que o caráter impessoal inerente ao seu corpo apresenta. Nesse sentido, entendemos que a noção fenomenológica de *corpo próprio* pode funcionar como uma espécie de antídoto capaz,

talvez, até de bloquear, mas, principalmente, de diminuir a propensão que os dispositivos biopolíticos apresentam em reificar os corpos. Portanto, neste contexto, a noção de *corpo próprio* como uma síntese corporal entre corpo-outro-mundo pode substituir a tradicional concepção representacionista que está por trás da noção moderna de homem. Isto porque, em nossa compreensão, os dispositivos biopolíticos abrem-se para que o homem seja entendido como *corpo próprio* e oferecem, também, a oportunidade desse mesmo homem se tornar a referência perceptiva e semântica do mundo.

Todavia, o conceito de *corpo próprio merleau-pontiano* também tem sua fonte de tensão quando se leva em conta sua ambiguidade como um ente senciente/sensível e, neste contexto, ele se aproxima de um antigo postulado jurídico romano no qual o mundo da vida encontra-se seccionado em duas categorias autoexcludentes: pessoa (possuidor) e coisa (posse). Por este postulado, o filósofo italiano Roberto Esposito concluiu que o homem se liga ao mundo da vida por meio do seu corpo e quando homem e corpo são desarticulados, as duas perspectivas que o compreendem (pessoa e coisa) tendem a se separar e a estabelecer uma relação de subordinação. Assim, a tensão existente no corpo entre o senciente e o sensível aponta para uma espécie de inadequação do *corpo próprio* em se identificar unilateralmente com qualquer uma das categorias citadas e corrobora nossa pretensão em utilizá-lo como uma espécie de antídoto, isto é, como ferramenta útil no preenchimento da lacuna criada entre pessoa e coisa, uma vez que o *corpo próprio* é ambíguo e funciona como um permutador entre os códigos dessas duas categorias. Essa estratégia é que o torna capaz de resgatar o enraizamento do homem pré-moderno, isto é, sua integração perdida entre coisa e pessoa.

Mas por que há essa preocupação em resgatar o enraizamento do homem ao mundo? É porque em nossa percepção, o modo de existir como coisa ou como pessoa influencia no bem-estar humano. Óbvio está que o “modo de existir” aqui referido é a experiência perceptiva de se viver no interior de uma rede de correspondências que liga o homem a todas as coisas, isto é, no domínio das relações interpessoais, sociais e institucionais no horizonte das sociedades ocidentais. Estas últimas sofreram um processo de desenvolvimento intrinsecamente vinculado ao surgimento das instituições que, continuamente, as organizam e nas quais se dá o fenômeno da vida civilizada. Contudo, é também sabido que tais instituições, ordenadoras da vida em sociedade, vêm assentando, sistematicamente, suas raízes na tendência biopolítica de reduzir a existência do indivíduo à pura dimensão orgânica de seu corpo (*zoé*), isto é, à sua “impropriedade” e seu caráter generalizante e impessoal. Este fato pode ser ilustrado pela própria história da Saúde Pública, que é uma das instituições

cujos desenvolvimentos se deu atrelado ao das sociedades modernas no Ocidente, nas quais o apagamento ritualizado do corpo se tornou vigente desde o início do período moderno. Portanto, importa, minimamente, compreender os contextos nos quais o corpo humano vem sendo submetido, no domínio da Saúde Pública, que podem contribuir tanto para o bem-estar do indivíduo como para a produção de seu sofrimento.

Segundo Kottow (2008), a noção moderna de bem-estar compreende uma vivência subjetiva de satisfação, abrigo e, eventualmente, gozo em sua acepção mais comum e imediata, ou seja, um estado difícil de imaginar se se aceita que a existência humana é um projeto em construção, portanto impossibilitado de ser pleno. O bem-estar, assim entendido, é uma experiência temporal e nunca um estado estável; nesse sentido, não pode se constituir o vetor de um projeto de vida, mas apenas um momento. Entretanto, desde o desenvolvimento do Estado Moderno, o âmbito político ousou se referir a um estado de bem-estar como aquele em que todos os avatares sociais da existência humana se resolviam por meio do poder soberano e seus representantes. Neste sentido, o conceito de bem-estar é fruto do pensamento neoliberal e tende a ser abstraído do indivíduo e ficar relacionado às visões políticas liberais, à autonomia do cidadão e a sociedades generosas na igualdade de oportunidades que dizem oferecer.

Por outro lado, a concepção de mal-estar evoca a necessidade do desenvolvimento de políticas sociais protetoras. É então, sob o ponto de vista do mal-estar, que é possível inferir a existência de uma importante diferença moral entre o bem-estar que cada indivíduo pode conquistar quando conta com a cobertura de suas necessidades básicas e o respeito a seus direitos essenciais e o mal-estar como condição do indivíduo padecente que está incapacitado de sair de seu círculo de suscetibilidade ou vulneração sem a ajuda externa outorgada sob a forma de proteção social. Logo, é o mal-estar que se configura uma preocupação para a bioética, pois qualquer que seja a ideia de bem-estar a ser privilegiada, haverá circunstâncias geradoras de mal-estar que devem, primeiramente, ser eliminadas ou paliadas, particularmente os aspectos negativos da vida provocados pela dor e pelo sofrimento. Quanto ao sofrimento, é conhecido seu vínculo com as circunstâncias individuais desafortunadas e a incapacidade para modificá-las. Neste contexto, o sofrimento é uma condição existencial e sua dimensão social relaciona-se, diretamente, com as populações miseráveis e marginalizadas e nos convoca a agir por meio da compaixão, do testemunho e das ações protetoras (KOTTOW, 2008).

Como o objetivo desta tese relaciona-se ao âmbito do sofrimento, é importante ter em mente que ele não pode ser considerado no plano das generalidades que circundam a

noção de bem-estar se se quiser abordá-lo em uma relação eficaz/eficiente com a Bioética de Proteção. De fato, a Bioética de Proteção promove o deslocamento do foco em ações generalistas e niveladoras amparadas no princípio da justiça e dirigidas à questão da vulnerabilidade dos grupos humanos para a preocupação com o desenvolvimento de ações orientadas pelo princípio de proteção e especificamente direcionadas para os indivíduos ou grupos previamente suscetíveis e vulnerados. Por essa via de interpretação, o sofrimento deve ser visto sob o prisma do mal-estar, isto é, ele deve ser apreendido pela vivência de quem sofre para que se possa desenvolver uma aproximação moral adequada.

Neste ponto, vale ressaltar que esta também é uma das vias de interpretação para a acepção de pessoa em Esposito, pois essa categoria aponta para aquele que é ser no mundo e pode falar legitimamente sobre seu sofrimento. Assim, em nossa compreensão, a aproximação entre a categoria *espositana* de pessoa com a noção *merleau-pontiana* de *corpo próprio* reforça a alegação de que o corpo submetido ao sofrimento é, também, um indivíduo vulnerado no âmbito do princípio de proteção. Desse modo, há mais vigor argumentativo para se aplicar o princípio de proteção ao mal-estar de determinados indivíduos ou grupos em situação de sofrimento e, ao mesmo tempo, se impede a tendência generalizante, característica da noção de bem-estar, que está invariavelmente atrelada ao conceito de vulnerabilidade.

Sob o ponto de vista fenomenológico, a vulnerabilidade é generalizante porque é concebida como constitutiva de cada homem e mulher e expressa a condição humana em um modo de ser no mundo que se refere à dimensão do corpo marcado pela inexorabilidade do fim e a obrigatoriedade de se saber mortal. Já a vulneração, que também é um modo de ser no mundo, não é generalizante porque indica uma existência prejudicada de tal forma que sua abertura ao mundo se encontra excepcionalmente diminuída. Em outros termos, compreende-se o indivíduo vulnerado no âmbito de uma factualidade restritiva ao devir e a suscetibilidade e a vulneração como ameaças e entraves ao florescimento humano.

Sendo assim, pode-se depreender que o indivíduo vulnerado na concepção fenomenológica de *corpo próprio* é aquele homem e/ou mulher rebaixado em sua condição humana por se encontrar subordinado a relações assimétricas e reificantes mantidas ao longo do tempo por forças históricas, sociais, econômicas, políticas ou culturais as mais diversas. Tal indivíduo é, frequentemente, identificado com aqueles em vivência de sofrimento, isto é, os doentes, os marginalizados, os indigentes, os excluídos, os estigmatizados, bem como aqueles compreendidos no contexto de certas ocupações e classes de trabalhadores. Enfim, é importante ressaltar que, apesar da diversidade de origens e na distribuição desses

indivíduos vulnerados dentro de uma sociedade qualquer, eles podem ser reunidos sob uma mesma perspectiva do mal-estar, qual seja, a do sofrimento pela degradação das condições de vida.

Por condições de vida compreendem-se as circunstâncias em que a vida acontece e que, naturalmente, incluem as condições de trabalho. Sob esta perspectiva, é igualmente possível deduzir que a degradação das condições de vida que congregam os corpos vulnerados são, mormente, aquelas situações de sofrimento decorrentes de contextos de desigualdade, privação e assimetria. Dito de outro modo, referem-se aos contextos de iniquidade nos quais a existência de um indivíduo tende a deslizar do modo “pessoa” para o modo “coisa” em um rebaixamento da vulnerabilidade essencial a um estado de suscetibilidade e vulneração. Desta forma, e se a aproximação for possível, são tais contextos de iniquidade os responsáveis por promover as situações de risco que, frequentemente, permeiam a vivência laboral do ACS.

Para as pretensões desta tese, deve-se interpretar as situações de risco como aquelas situações de sofrimento que constroem o desenvolvimento das potencialidades do homem. Esta interpretação leva à inferência de que a situação de trabalho do ACS pode ser concebida como uma situação de risco. Com efeito, a situação de trabalho é produto de uma organização que tem influência direta na produção de sofrimento do trabalhador, sobretudo quando se leva em consideração que a gestão do trabalho tem um interesse restrito em determinados aspectos da atividade laboral de seus colaboradores sem, contudo, examinar a opacidade inerente a tais atividades.

Essa opacidade é um aspecto da atividade laboral que denuncia a distância cognitiva entre o contexto do trabalho real e a esfera da gestão e influencia as tomadas de decisão corporativas que, por fim, impactam direta e indiretamente na carga de trabalho. Tal opacidade também pode ser compreendida no âmbito do espaço entre o trabalho real e o trabalho prescrito que é ocupado pelo *corpo próprio* do trabalhador. Em outros termos, o trabalho real e o trabalho prescrito são articulados no espaço opaco do ser no mundo de quem os executa e, portanto, sua individualidade, sua história de vida individual e coletiva, enfim, sua subjetividade é, frequentemente, desconsiderada ou pouco percebida diante da esfera da gestão.

Quanto à carga de trabalho, sabe-se que ela está diretamente relacionada às fontes de tensão que agem de forma integrada e são encontradas, principalmente, nas características da organização de trabalho e nas condições de trabalho que, em conjunto, podem contribuir para a instalação e manutenção do mal-estar no trabalho, isto é, para o estabelecimento de

cenários nos quais as condições laborais insalubres resultam em sofrimento manifestado, principalmente, em episódios de fadiga, irritação e pelo aumento da tensão laboral. Nestas situações, o sofrimento também pode ser vivenciado como desrespeito à dignidade dos sujeitos trabalhadores. Por conseguinte, essas condições laborais adversas resultam no desgaste do trabalhador, na alienação das suas relações de trabalho e na deterioração de sua identidade no ambiente de trabalho. Isto tudo leva à inferência de que o mal-estar no trabalho desestabiliza a vida psíquica e cognitiva do trabalhador e acaba por contribuir para o surgimento ou manutenção do sofrimento psíquico.

Neste contexto, buscou-se caracterizar a lógica e o mundo profissional que permeiam a atividade laboral do ACS. Com efeito, tanto o mundo profissional como a lógica laboral do ACS contribuem para que este trabalhador em saúde alcance as propostas da ESF, tais como a ampliação do conceito de saúde, a mediação da relação com os demais trabalhadores, a construção do vínculo e as contribuições para as ações em saúde. Todavia, essas particularidades também colaboram para a manutenção de uma determinada iniquidade estrutural que prejudica o florescimento humano deste trabalhador e impacta o seu cotidiano laboral, trazendo sofrimento na forma de degradação das condições de vida, transtornos físicos e psíquicos, bem como o seu desgaste e adoecimento.

No caso estudado por Alonso (2017), a degradação das condições de vida e o sofrimento psíquico do ACS estão relacionados diretamente ao seu processo de trabalho e, frequentemente, envolvem o surgimento de sentimento de impotência e de insegurança, bem como a sensação de inutilidade pela perda do significado do conteúdo de sua tarefa, o autoestranhamento e o seu isolamento social. Tudo isso indica um sofrimento psíquico promovido pela fragilidade do mundo profissional do ACS, a qual, acrescida das diferentes lógicas e contradições que fundamentam suas ações em saúde, trazem uma indefinição na delimitação de seu campo de ação. Tais obstáculos resultam em mal-estar e no dispêndio de um grande esforço da parte deste trabalhador para conseguir integrar as múltiplas dimensões de sua atividade.

Todos esses aspectos em conjunto impactam negativamente no reconhecimento do ACS e na satisfação com o seu trabalho, pois fazem com que sua atividade laboral pareça estar em contínua transformação e ele seja percebido como um mero “tapa buracos” ou um “trabalhador à deriva”. Assim sendo, apesar do intenso gasto de energia física, cognitiva, psíquica e moral durante o exercício de suas atividades laborais, mais uma vez o ACS goza de um baixo reconhecimento de seu trabalho. Tal fato, somado às demais condições em que seu trabalho é desempenhado, contribui para o aumento ou a manutenção do mal-estar – e o

consequente sofrimento – no âmbito do seu trabalho em saúde.

Por conseguinte, ao se considerar o sofrimento do ACS sob o prisma do mal-estar, é possível concluir que o seu processo de trabalho, organizado na estrutura da ESF, pode colaborar para a manutenção de situações de risco prejudiciais ao desenvolvimento de suas capacidades, o que torna este trabalhador em específico um potencial paciente moral no âmbito da Bioética de Proteção.

Entretanto, esta conclusão também pode ser alcançada através de um percurso teórico alternativo construído, igualmente, por meio da articulação entre os conceitos biopolíticos, fenomenológicos e ergonômicos já desenvolvidos em capítulos anteriores. Efetivamente, existe um outro aspecto relacionado ao vínculo ambíguo que o corpo apresenta com as categorias de pessoa e coisa a ser levado em conta e ele diz respeito ao descompasso que se perpetua nas sociedades moderna e contemporânea entre o léxico utilizado nas políticas públicas, o *corpo próprio* e o trabalho real dos profissionais de saúde. Tal desalinhamento é reflexo do desenvolvimento do pensamento ocidental que, desde os primórdios da codificação jurídica moderna, aponta uma tendência em resvalar a dimensão do corpo para dentro de uma trama abstrata na qual a valorização dos sujeitos ocorre à medida que seus corpos são rebaixados como objeto de direito. De certa forma, este fenômeno é corroborado pelas políticas públicas contemporâneas quando utilizam o termo ‘ator’ ou ‘agente social’ para designar uma dada categoria profissional de saúde. Assim, o enfoque nas ações em saúde, obtido pela primazia desses termos nas atuais políticas públicas, sobrepõe-se à dimensão do corpo do trabalhador e ao seu cotidiano laboral, os quais ficam subsumidos ao poder discursivo das primeiras e tendem à abstração.

Desse modo, este outro percurso teórico pressupõe a articulação do conceito fenomenológico de *corpo próprio* com a noção psicodinâmica de “estrutura de orientação” e de *habitus* como uma estratégia importante no âmbito do trabalho porque tende a provocar a apreensão do trabalhador ao modo de um agente social encarnado, ou seja, um “trabalhador-sujeito” no horizonte do trabalho real. Neste sentido, essa mesma ferramenta lexical que aproxima o trabalhador à vivência laboral de um agente social encarnado também contribui para afastá-lo do horizonte do trabalho prescrito e, conseqüentemente, da nomenclatura legislativa tradicional. Isto porque o horizonte do trabalhador-sujeito não é adequadamente capturado pela organização do trabalho e pelas políticas públicas, o que só pode ser sanado quando o trabalho prescrito se transforma em trabalho real por ação do trabalhador. De fato, a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real resultante dessa opacidade inerente à vivência laboral produz efeitos adversos na vida do trabalhador, pois a

carga de trabalho não pode ser adequadamente contabilizada pelos gestores e o trabalhador aparece generalizado como uma coisa ou objeto de regulação.

Por esse ponto de vista, pode-se compreender que o trabalho está enraizado no mundo vivido e, portanto, sua atividade exige a implicação do trabalhador e sua regulação coletiva. Assim, o reconhecimento do trabalhador como pessoa auxilia na construção do sentido do seu trabalho, no seu pertencimento e na transformação do seu sofrimento. Depreende-se, daí, que a organização do trabalho pode ser tanto fonte de mal-estar, sofrimento e degradação das condições de vida quanto de gratificação e produção de identidade do trabalhador uma vez que sua contribuição é, respectivamente, ignorada ou reconhecida pelo coletivo.

Posto isto, é possível afirmar que há uma articulação entre a noção de “trabalhador-sujeito” e a noção *espositana* de pessoa quando se levar em conta a capacidade do trabalhador em se engajar e fazer escolhas, isto é, em ser reconhecido no âmbito da organização de trabalho como sujeito ou *corpo próprio*. No caso do ACS, esse engajamento laboral pode abrir possibilidades para a construção de um maior espaço de resistência em um cotidiano que escapa ao controle e ao olhar burocrático. Por conseguinte, quando a organização de trabalho investe na promoção do desenvolvimento das potencialidades do ACS, suas atividades laborais tendem a ser implicadas e podem favorecer tanto sua maior satisfação com o trabalho quanto a identificação de situações de iniquidade, de degradação das condições de vida e de sofrimento psíquico.

Para tanto, a gestão da ESF deve também transformar a organização do trabalho a partir das relações entre os trabalhadores por meio do desenvolvimento de intervenções focadas na relação indivíduo-trabalho que contemplem a participação direta dos próprios trabalhadores envolvidos. Nesse sentido, a gestão da ESF deveria investir não só na identificação de situações geradoras de sofrimento no trabalho, mas, também, em estratégias que valorizassem a história de vida de cada ACS, ou seja, que contribuíssem para o desenvolvimento de suas capacidades e na oferta de condições e oportunidades de sua interação tanto com seu meio social quanto com seu meio de trabalho. Esta inter-relação é determinante para as mudanças que ocorrem no âmbito da sua vida cotidiana, além de ser fundamental no avanço da qualidade de seus serviços.

Neste sentido, vale lembrar que a aposta na capacitação dos profissionais, trabalhadores e usuários do sistema de saúde é uma das intenções originais da ESF. Apostar no investimento em práticas de gestão e de trabalho significa favorecer o desenvolvimento das capacidades necessárias para transformar as situações adversas, bem como resgatar a vulnerabilidade perdida dos trabalhadores em saúde, em particular do ACS. Este movimento pode

ser compreendido como uma tentativa de resposta aos modos de uma “política *da* vida” a uma política sanitária que tende a ser uma “política *sobre* a vida”. Em outros termos, apostar na sua capacitação é proporcionar ao ACS o desenvolvimento de formas de resistência ao modo de um “sujeito de revolta”. Desse modo, esse trabalhador seria capaz de manter, resgatar ou desenvolver a necessidade de inventar sua própria história como garantia permanente de ser pessoa ou “trabalhador-sujeito” no horizonte de sua situação de trabalho.

Tal investimento em práticas de gestão e de trabalho nas quais se pensa o ACS como um “trabalhador-sujeito” ou agente social encarnado pode abrir para esse trabalhador a oportunidade de transformar suas capacidades, ou competências adquiridas, em ferramentas de movimento da vida. Logo, essa é uma das vias possíveis para a aplicação das ferramentas da Bioética de Proteção na análise, descrição e desenvolvimento de soluções voltadas para o fortalecimento/empoderamento e a melhoria das condições de vida e trabalho do ACS, pensando-o *prima facie* na acepção do *corpo próprio* e como pessoa na APS aos modos de um “paciente moral”.

9.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONTRIBUIÇÕES, LIMITES E PERSPECTIVAS

Entendemos que o objetivo deste trabalho foi atingido, uma vez que se conseguiu investigar as relações entre biopolítica, o trabalho do ACS e o seu sofrimento psíquico a partir de um levantamento bibliográfico pertinente, realizado utilizando-se a técnica da leitura informativa. Por meio dessa estratégia, foi possível responder, razoavelmente, à nossa pergunta norteadora – O ideário da Bioética de Proteção poderia contribuir para diminuir o sofrimento psíquico do ACS? –, mediante a constatação de que as partes coligidas dessa investigação são capazes de auxiliar a fundamentar a inserção do ACS aos critérios necessários para a sua admissão como paciente moral no âmbito da Bioética de Proteção, bem como contribuir para a reflexão sobre as políticas públicas da APS e na implementação de medidas protetivas que visem à diminuição do sofrimento psíquico do ACS.

Dessa forma, e para corroborar a afirmação acima, optamos por apresentar as conclusões deste trabalho subdivididas e assinaladas nos itens a seguir.

- 1) Auxiliar a fundamentar a inserção do ACS aos critérios necessários para a sua admissão como paciente moral no âmbito da Bioética de Proteção.

Com efeito, é possível garantir a aceitabilidade dessa afirmação ao apoiá-la nos comentários realizados por Schramm (2010) em uma entrevista concedida ao Centro de

Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Nela, o idealizador da abordagem brasileira da Bioética de Proteção esclarece o que seria “agir como bioeticista de proteção” por meio de três etapas fundamentais. A primeira delas é a análise, isto é, a descrição e a explicação do cenário no qual se desenvolve uma determinada situação a partir de sua população, dos recursos disponíveis e, sobretudo, da existência de sinais que apontam para a desproteção de grupos populacionais tais como situações de desamparo, de abandono e de vulneração, o que demonstraria a existência de pacientes morais.

Em nosso entendimento, a investigação apresentada nas páginas anteriores foi satisfatória na sua tentativa de construir uma análise das condições de trabalho do ACS que fundamentasse sua caracterização como trabalhador vulnerado. Efetivamente, apesar de se constituir uma produção teórica e utilizar os resultados de uma outra investigação como objeto de estudo, este trabalho conseguiu cumprir, de forma admissível, não só o objetivo geral, mas, também, seus objetivos específicos, voltados para a reflexão sobre o trabalho real do ACS em sua articulação com o sofrimento psíquico e a partir do referencial da Bioética de Proteção.

À vista disso, cabe pontuar cada um dos objetivos específicos e nossas respectivas contribuições. São eles:

A. Articular a noção de corpo próprio ao trabalho real na Atenção Primária em Saúde.

Pretendeu-se alcançar este objetivo específico por meio do capítulo 3, que fez uma breve consideração a respeito da noção de corpo na história do Ocidente, particularmente, percorrendo o pensamento filosófico-científico moderno e o contemporâneo. No referido capítulo, apresentou-se a evolução da concepção desse pensamento até a noção contemporânea de *corpo próprio*, a qual serviu de fundamentação teórica para este trabalho como um todo e para o artigo 3.

Neste artigo, preocupou-se em articular a noção de *corpo próprio* aos contextos do saber e do poder aos quais o corpo humano vem sendo submetido no domínio da Saúde Pública e que estão envolvidos na produção de sofrimento do ACS, principalmente quando se considera sua proximidade com a população assistida, o que o expõe, constantemente, a situações as quais ele não dispõe de amparo legal e profissional adequados. Com efeito, o artigo pretendeu refletir sobre o descompasso entre o vocabulário tradicionalmente empregado nas políticas públicas e a vivência do trabalho em saúde que promove a prioridade lexical das ações em saúde em relação ao trabalhador, na condição de vivente, e ao cotidiano do seu trabalho real. Nesse sentido, tanto o trabalhador quanto o trabalho que executa

tendem a ficar subsumidos ao poder discursivo das políticas e pendem à abstração. Como uma pretensão a se tornar um *phármakon*, sugere-se que o fenômeno de apagamento ritualizado do corpo em questão possa ser contornado à medida que o ACS deixe de ser um “agente social” para se tornar “trabalhador-sujeito”, isto é, quando for resgatada a dimensão do *corpo próprio* no contexto do seu trabalho real.

B. Articular a noção de corpo ao biopoder/biopolítica a partir de um recorte histórico-social.

Este objetivo específico foi alcançado a partir da produção do capítulo 4, no qual se empenhou em compreender sucintamente em quais contextos histórico-sociais o corpo humano se tornou objeto de interesse e intervenção biopolítica ao longo do desenvolvimento das sociedades ocidentais. Assim, intentou-se delinear um percurso histórico sucinto do desenvolvimento da noção de poder soberano, biopoder e biopolítica, contrapondo em simultâneo o lugar do corpo humano na sociedade ocidental, principalmente através das ideias de Foucault, Agamben e Esposito.

Ademais, este capítulo foi reforçado com o desenvolvimento do artigo 1, em que se buscou, a partir de exemplos retirados de literatura específica, apontar que os discursos biomédico, científico, político e moral do final do século XIX e primeiras décadas do século XX se misturaram e se confundiram durante o desenvolvimento de países tais como Brasil, Estados Unidos e Austrália. À medida que os dispositivos de biopoder e biopolíticos agiam sobre os corpos pelo ponto de vista do paradigma da imunização e por meio das metáforas biomédicas, foram capazes de se imiscuir nos projetos modernos de nação e de influenciar no espaço vivido dos indivíduos desde a vida doméstica e privada até os limites geopolíticos e as zonas de fronteira.

C. Refletir sobre o sofrimento psíquico do ACS no trabalho real.

Procurou-se atingir este objetivo específico, particularmente com o desenvolvimento do capítulo 7, no qual, a partir da análise do cotidiano laboral do ACS realizada por Alonso (2017), foi demonstrado que as condições de trabalho e demandas inerentes ao ofício desse trabalhador, tais como a pouca capacitação para resolutividade das demandas, excesso de encargos e carga de trabalho, perda da especificidade de suas ações, exposição a riscos socioambientais, remuneração inadequada, instabilidade nas garantias trabalhistas e conflitos nos relacionamentos com usuários e eSF podem ser fonte de sofrimento e trazer insegurança ao seu cotidiano laboral. Em outros termos, o conjunto dos aspectos que

compõem o mundo profissional do ACS apontaram para a tendência a uma crescente vulneração deste trabalhador e ao agravo à sua saúde.

Este objetivo foi ainda reforçado por meio do capítulo 7 e dos artigos 3 e 4. O capítulo 7 buscou articular as particularidades do mundo profissional e da lógica laboral do ACS ao seu trabalho real que apontassem para contextos nos quais a iniquidade estaria presente na organização do trabalho e contribuiria para a vivência de sofrimento e de degradação de suas condições de vida. Com o artigo 3, pretendeu-se refletir sobre a figura do ACS na APS, apoiando-se no enfoque do *corpo próprio* e do seu trabalho real, ressaltando-se uma espécie de “esquecimento do trabalhador-sujeito” enquanto, com o artigo 4, a proposta foi pensar sobre o trabalho do ACS à luz do princípio de proteção.

D. Refletir sobre o trabalho do ACS a partir da Bioética de Proteção.

Este derradeiro objetivo específico foi alcançado a partir do desenvolvimento dos capítulos 6 e 7. Neles, de forma conjunta, propôs-se a exposição de um cenário no qual são construídos argumentos racionais necessários, a partir das noções de vulneração e de princípio de proteção, juntamente com a visão ergonômica da organização do trabalho na ESF e do processo de trabalho do ACS em sua articulação com a concepção *merleau-pontiana* de *corpo próprio*, a fim de fundamentar a inserção do ACS no âmbito do princípio de proteção, isto é, como paciente moral.

Este objetivo também é reforçado pela elaboração do artigo 4, com o qual se pretende demonstrar que as particularidades e as demandas inerentes ao cotidiano laboral do ACS incorrem na degradação de suas condições de vida e na produção de sofrimento, o que são requisitos relevantes para considerá-lo paciente moral em potencial no âmbito da Bioética de Proteção. Quanto a esta última, estima-se que o artigo 2 concorra para incrementar o cumprimento do objetivo específico em questão, pois nele, procura-se refletir sobre os fundamentos e perspectiva da Bioética de Proteção. Nesse artigo, foi feito um levantamento bibliográfico ancorado nos marcos teóricos dos principais idealizadores da Bioética de Proteção e calcado na apresentação da proteção como um princípio bioético mediante um aprofundamento na origem, definição e análise dos termos “vulnerabilidade”, “susceptibilidade” e “vulneração”.

Por fim, vale ainda ressaltar que tais objetivos foram elaborados com o intuito primordial de se construir um arcabouço teórico que agregasse mais robustez ao objetivo geral, bem como para sustentar a nossa hipótese implícita à pergunta norteadora de que o ACS é um trabalhador vulnerado que poderia ser beneficiado pelas práticas protetivas.

2) Contribuir para a reflexão sobre as políticas públicas da APS e na implementação de medidas protetivas que visem à diminuição do sofrimento psíquico do ACS.

Para respaldar essa última afirmação, é importante retornar à entrevista dada por Schramm (2010) ao Centro de Bioética do CREMESP e na sua indicação de uma segunda e terceira etapas do modo de ação de um bioeticista da proteção. Segundo o pesquisador, tais etapas referem-se à normalização, ou seja, à reflexão crítica sobre as normas vigentes na população-alvo, bem como o desenvolvimento de propostas de novas normas baseadas no princípio de proteção e, finalmente, à implementação, o que compreende a criação de condições de possibilidade para que a normalização aconteça por meio de dispositivos e ferramentas que visem dar amparo de forma atuante aos grupos vulnerados.

Por conseguinte, em nosso entendimento, as limitações deste trabalho estão relacionadas, particularmente, a essas duas últimas etapas, tendo em vista o caráter eminentemente teórico da investigação e o tempo de seu desenvolvimento. Entretanto, essa tese presta-se a ser um instrumento de sensibilização para aqueles trabalhadores, pesquisadores e gestores da saúde que atuam ou se interessam pelo âmbito da APS. De fato, é possível conceber a possibilidade de seu uso como uma ferramenta auxiliar na implementação de medidas protetivas que visem à diminuição do sofrimento psíquico do ACS ao se voltar para o horizonte do mal-estar desse trabalhador. Isto porque consideramos que esse trabalho se constitui em uma contribuição para a abertura de horizontes alternativos de interpretação das políticas públicas em saúde, bem como pode fornecer subsídios para o debate político e institucional em torno da articulação entre os atores envolvidos no cuidado, particularmente na APS, a partir da vivência de seus trabalhadores no cotidiano laboral.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, Giorgio. Elogio da profanação. In: _____. **Profanações**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007. p. 65-80.
- _____. Homo sacer: A vida sacra. In: _____. **Homo sacer: O poder soberano e a vida nua I**. 2. ed. 2ª reimp. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2014a. p. 89-94.
- _____. Nómos Basileús In: _____. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I**. 2. ed. 2. reimp. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2014b. p. 37-45.
- _____. O campo como paradigma biopolítico do moderno: vida que não merece viver. In: _____. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I**. 2. ed. 2. reimp. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2014c. p. 132-139.
- ALCÂNTARA, Marcus Alessandro de; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 41, e2, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100202&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2020. Epub 22-Ago-2016. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000106014>.
- ALCAIDE GONZÁLEZ, Rafael. La introducción y el desarrollo del Higienismo en España durante el siglo XIX: precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social. **Scripta Nova: Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, v. 3, n. 50, oct. 1999. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/sn-50.htm>>. Acesso em: 31 mar. 2020.
- ALMEIDA, Miguel Régio de. Rudimentos de biopolítica no direito romano. **Humanitas**, Coimbra, v. 6, p. 207-229, 2014. Disponível em: <https://digitalis.uc.pt/pt-pt/artigo/rudimentos_de_biopolitica_no_direito_romano>. Acesso em: 7 jul. 2020.
- ALONSO, Carolina Maria do Carmo. **O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na concepção de Projetos Terapêuticos Singulares na perspectiva dos conceitos Mundos Profissionais e Mundo Comum**. 2017. 230 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.
- ARAGÃO, Jansler Pinheiro de. **Exigências cognitivas e estratégias de mediação em auditoria fiscal da previdência social no Distrito Federal: errar é preocupante, refiscalizar é pior**. 2004. 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.ergopublic.com.br/arquivos/1252864034.56-arquivo.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2020.
- ARÁN, Márcia; PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 849–857, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2020.
- ARCASSA, Wesley de Souza; MOURÃO, Paulo Fernando Cirino. Karl Haushofer: a Geopolitik alemã e o III Reich. **GeoAtos – Revista Geografia em atos**, Presidente Prudente, v. 1, n. 11, p. 1-14, 2011. Disponível em:

<<http://revista.fct.unesp.br/index.php/geografiaematos/article/view/249/arcassa>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

AZEVEDO, Denis de Souza; CAMINHA, Iraquitan de Oliveira. Ser no mundo, mundo vivido e corpo próprio segundo Merleau-Ponty. **Dialektiké**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 15-37, jun. 2015. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/dialektike/article/view/3009>>. Acesso em: 10 set. 2020.

BASHFORD, Alisson. Quarantine: imagining the geo-body of a nation. In: _____. **Imperial hygiene: a critical history of colonialism, nationalism and public health**. London: Palgrave MacMillan, 2004, p.115-136.

BRASIL. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 22 dez. 1997a. Seção 1. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=11&data=22/12/1997>>. Acesso em: 21 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1997b. 36 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.

_____. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 5 out. 1999. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3189.htm>. Acesso em: 21 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000. 44 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001. 40 p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

_____. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 11 jul. 2002. Seção 1. Disponível em: <<http://www.cntsscut.org.br/sistema/ck/files/agentes/leis%20dos%20agentes%20comunitarios%20%20.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-

38292003000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2020.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292003000100013>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 51 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:
<<https://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/812/1/HumanizaSUS.%20Pol%c3%adtica%20Nacional%20de%20Humaniza%c3%a7%c3%a3o.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 mar. 2006. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 152 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Disponível em:
<<http://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIwMw==>>. Acesso em: 23 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 dez. 2010b. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 24 abr. 2020.

_____. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília (DF): Ministério do Trabalho, 2010c. 3. ed. 828 p. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/CLASSIFICA%C3%87%C3%83O-BRASILEIRA-DE-OCUPA%C3%87%C3%95ES-MEC.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 21 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 8 jul. 2020.

CARVALHO, Naiemer Ribeiro. Natureza, território, civilização e modernidade e a construção da nação nos livros didáticos de geografia da Primeira República. **Geografia, Ensino & Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 78-94. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/geografia/article/view/17755>>. Acesso em: 16 mar. 2020.

CASTORIADIS, Cornelius. El imaginario social instituyente. **Zona Erógena**, n. 35, p. 1-9. 1997. Disponível em: <<http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/Castoriadis%20Cornelius%20-%20El%20Imaginario%20Social%20Instituyente.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2020.

CASTRO, Edgardo. Biopoder. In: _____. **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. p. 57-59.

CERRI, Luís Fernando. MAGNOLI, Demétrio. O corpo da pátria: imaginação geográfica e política externa no Brasil (1808-1912). São Paulo: Moderna, 1997. **Revista de História Regional**, v. 3, n. 2, p. 181-185, inverno 1998. Disponível em: <www.revistas2.uepg.br/index.php/rhr/article/view/2069/1551>. Acesso em: 14 mar. 2020.

COSTA, Sâmara Araújo. O corpo como ser no mundo na fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty. **Pensar-Revista Eletrônica da FAJE**, Belo Horizonte, v.6, n.2, p. 267-279, 2015. Disponível em: <<https://faje.edu.br/periodicos/index.php/pensar/article/view/3429>>. Acesso em: 10 set. 2020.

DEL CONT, Valdeir. Francis Galton: eugenia e hereditariedade. **Sci. stud.**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 201-218, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662008000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 30 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-31662008000200004>.

DENTZ, René Armand. Corporeidade e subjetividade em Merleau-Ponty. **Intuitio**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 296-307, nov. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/intuitio/article/view/4238/3356>>. Acesso em: 3 set. 2020.

DI LISCIA, Maria Silvia. Desde fuera y desde dentro: enfermedades, etnias y nación (Argentina, 1880-1940). In: HOCHMAN, Gilberto; DI LISCIA, Maria Silvia; PALMER, Steven (Orgs). **Patologías de la patria: enfermedades, enfermos y nación en América Latina**. Lugar Editorial, 2012. p.124-153.

DICKINSON, Edward Ross. Biopolitics, fascism, democracy: some reflections on our discourse about “modernity”. **Central European History**, v. 37, n. 1, p. 1-48. 2004. Disponível em: <<https://www-cambridge.ez68.periodicos.capes.gov.br/core/journals/central-european-history/article/biopolitics-fascism-democracy-some-reflections-on-our-discourse-about-modernity/277BF56E7A752C5B5F937ED8351D5488>>. Acesso em: 22 maio 2018.

DINIZ, Debora; GUILLEM, Dirce. O nascimento da Bioética. In: _____. **O que é bioética?** São Paulo: Brasiliense, 2006, p. 14-20. [Coleção primeiros passos, 315]

DURAND, Guy. Emergência e situação da bioética. In: _____. **Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos**. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo & Edições Loyola, 2003. p.19-63.

ENGELHARDT JUNIOR, Hugo Tristram. **Bioethics and secular humanism: the search for a common morality**. London: SCM Press; Philadelphia: Trinity Press International, 1991.

_____. Bioética global: uma introdução ao colapso do consenso. In: _____. (Org). **Bioética global: o colapso do consenso**. 1. ed. São Paulo: Paulinas, 2012. p. 20-40.

ENGELMANN, Arno. A psicologia da gestalt e a ciência empírica contemporânea. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 1-16, Abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722002000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 dez. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722002000100002>.

ESPOSITO, Roberto. Introdução. In: _____. **As pessoas e as coisas**. 1. ed. São Paulo: Rafael Zamperetti Copetti Editor Ltda, 2016a. p. 1-13.

_____. Corpos. In: _____. **As pessoas e as coisas**. 1. ed. São Paulo: Rafael Zamperetti Copetti Editor Ltda, 2016b. p. 84-124.

_____. O paradigma da imunização. In: _____. **Bios: biopolítica e filosofia**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2017. p. 59-98.

ESTEVES, Cleydia. O território brasileiro e a formação nacional: algumas aproximações a partir da produção intelectual no Brasil. **GOT**, Porto, n. 6, p. 89-111, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-12672014000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.17127/got/2014.6.007>.

FERRANDO, Francesca. The body. In: RANISCH, Robert; SORGNER, Stefan Lorenz. **Post- and transhumanism: an Introduction**. Frankfurt: Peter Lang Publisher, 2014. p. 213-226.

FOUCAULT, Michel. O panoptismo. In: _____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 20. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1987, p. 162-192. Disponível em: <<https://comunicacaodasartesdocorpo.files.wordpress.com/2013/11/foucault-michel-vigiar-e-punir.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2020.

_____. Aula de 17 de março de 1976. In: _____. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. 1. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1999a, p. 285-315. (Coleção Tópicos). Disponível em: <<http://petdireito.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/05/Foucalut-M.-Em-defesa-da-sociedade.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2020.

_____. Aula de 14 de janeiro de 1976. In: _____. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. 1. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1999b, p. 27-48. (Coleção Tópicos). Disponível em: <<http://petdireito.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/05/Foucalut-M.-Em-defesa-da-sociedade.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2020.

_____. Verdade e poder, In: _____. **Microfísica do poder**. 22. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006a. p. 1-14.

_____. Os intelectuais e o poder: conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In: _____. **Microfísica do poder**. 22. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006b. p. 69-78.

_____. Poder-Corpo. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006c. p.145-152.

_____. Soberania e disciplina, In: _____. **Microfísica do poder**. 22. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006d. p. 179-191.

_____. A política da saúde no século XVIII, In: _____. **Microfísica do poder**. 22. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006e. p. 193-207.

FRANCO, Túlio Batista. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz - MG. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. p. 301-337.

FREIRE, Maria Martha de Luna. ‘Ser mãe é uma ciência’: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p.153-171, 2008.

FURLAN, Ricardo. Carne ou afeto: fronteiras entre Merleau-Ponty e Deleuze-Guattari. +**Dois pontos**, Curitiba, São Carlos, v. 8, n. 2, p. 99-130, outubro, 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/doispontos/article/view/21513>>. Acesso em: 10 set. 2020.

GAUDENZI, Paula; SCHRAMM, Fermin Roland. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde pública. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 14, n. 33, p. 243-255, jun. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 set. 2020.

GOLDIM, José Roberto. Bioética: Origens e complexidade. **Clinical & Biomedical Research**, [S.l.], v. 26, n. 2, fev. 2020. ISSN 2357-9730. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/100251>>. Acesso em: 18 jan. 2021.

GOMES, Karine de Oliveira et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 744-755, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000400017>.

HOPPE, Ariane dos Santos et al. O contexto de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde: a relação do conteúdo do trabalho com variáveis sociodemográficas. **Revista Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 1, p. 60-73, jan. 2017. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/9301/6114>>. Acesso em: 26 jun. 2020. <https://doi.org/10.17058/rjp.v7i1.9301>.

HOTTOIS, Gilbert. Bioética. In: HOTTOIS, Gilbert; MISSA, Jean Noël. **Nova enciclopédia da bioética**: medicina, ambiente, biotecnologia. Lisboa: Deboek & Larcier S.A., 2001. p.109-115.

JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000100011>.

KOTTOW, Michael H. The vulnerable and the susceptible. **Bioethics**. Oxford, v. 17, n. 5-6, p. 460-471, 2003. Disponível em: <<https://onlinelibrary-wiley.ez68.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/1467-8519.00361>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Vulnerability: What kind of principle is it? **Med Health Care Philos**. v. 7, n. 3, p. 281-287. 2004. Disponível em: <<https://link-springer-com.ez68.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s11019-004-6857-6>>. Acesso em: 21 mar. 2019.

_____. Bienestar. In: TEALDI, Juan Carlos. **Diccionario latino-americano de bioética**. Bogotá, UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidade Nacional de Colombia, 2008. p. 56-93. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161848s.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2020.

LAQUEUR, Thomas. A descoberta dos sexos. In: _____. **Inventado o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001, p. 189-240.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. “Condenado pela raça, absolvido pela medicina”: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (eds.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; CCBB, 1996, p.23-40.

LE BRETON, David. O inapreensível do corpo. In: _____. **Antropologia do Corpo**. Petrópolis: Vozes, 2016a. p. 15-34.

_____. As fontes de uma representação moderna do corpo: O homem anatomizado. In: _____. **Antropologia do Corpo**. Petrópolis: Vozes, 2016b. p. 35-76.

_____. As fontes de uma representação moderna do corpo: O corpo-máquina. In: _____. **Antropologia do Corpo**. Petrópolis: Vozes, 2016c. p. 77-100.

LESSA, Sérgio de Castro; SCHRAMM, Fermin Roland. Proteção individual versus proteção coletiva: análise bioética do programa nacional de vacinação infantil em massa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 115-124, jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100115&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.14882013>.

MAGNOLI, Demétrio. **O corpo da pátria**: imaginação geográfica e política externa no Brasil (1808-1912). São Paulo: Editora UNESP, 1997. 319 p.

MALIANDI, Ricardo. Ética y ethos. La ética como tematización del ethos. In: **Ética: conceptos y problemas**. 3. ed. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2004. p.17-31.

MARTIN, Dale B. The resurrected body. In: _____. **The corinthian body**. New Haven, CT and London: Yale University Press, 1995. p. 104-136.

MARCONATO, Cintia da Silva et al. Prevalência e fatores associados aos distúrbios psíquicos menores em trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03239, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100431&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 maio 2020. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016026303239>.

MASCARENHAS, Claudio Henrique Meira; PRADO, Fabio Ornellas; FERNANDES, Marcos Henrique. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1375-1386, mai. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500023>.

MATTHEWS, Eric. **Compreender Merleau-Ponty**. Tradução de Marcus Penchel. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 205 p. (Série Compreender).

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013, p. 68-94.

MERLEAU-PONTY, Maurice. O entrelaçamento: o quiasma. In: _____. **O visível e o invisível**. 4. ed. – 5. reimpr. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 2014. p. 127-150. (Debates; 40 / dirigida por J. Guinsburg).

_____. O corpo como objeto e a fisiologia mecanicista. In: _____. **Fenomenologia da Percepção**. 4. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2015a. p. 111-132.

_____. A experiência do corpo e a psicologia clássica. In: _____. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes Ltda, 2015b. p. 133-142.

_____. A espacialidade do corpo próprio e a motricidade. In: _____. **Fenomenologia da Percepção**. 4. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2015c. p. 143-204.

_____. O corpo como ser sexuado. In: _____. **Fenomenologia da Percepção**. 4. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2015d. p. 213-236.

_____. O corpo como expressão e fala. In: _____. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes Ltda, 2015e. p. 237-278.

NALLI, Marcos Alexandre Gomes. A abordagem imunitária de Roberto Esposito: biopolítica e medicalização. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 39-50, dez. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/27319>>. Acesso em: 23 mar. 2020.

_____. *Communitas/Immunitas: a releitura de Roberto Esposito da biopolítica*. **Revista de Filosofia Aurora**, [S.l.], v. 25, n. 37, p. 79-105, maio 2013. ISSN 1980-5934. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/aurora/article/view/580>>. Acesso em: 29 mar. 2020.

NASCIMENTO, Guilherme de Moraes; DAVID, Helena Maria Sherlowski Leal. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 550-556, 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a16.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

NEVES, Tiago Iwasawa; PORCARO, Luiza Almeida; CURVO, Daniel Rangel. Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 626-637, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000300626&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170016>.

NÓBREGA, Terezinha Petrucia da. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v.13, n.2, p.141-148, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2008000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2020.

_____. Corpo e natureza em Merleau-Ponty. **Movimento**, Porto Alegre, v.20, n.3, p.1175-1196, jul/set. 2014. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/42753/31605>>. Acesso em: 6 abr. 2020.

O'DWYER, Gisele et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 24, n. 12, p. 4555-4568. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23212019>>. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23212019>. Acesso em: 19 jul. 2020.

OLIVEIRA, Arleusson Ricarte de et al. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9511>>. Acesso em: 21 jun. 2020. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i1.9511>.

OLIVEIRA, Fábio de. Perspectivas psicossociais para o estudo do cotidiano de trabalho. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 41-50, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642014000100005>.

OLIVEIRA, Irene Lopes Vieira Alves da Cunha. **Estratégia saúde da família na perspectiva de Foucault e Deleuze: sobre controles, capturas biopolíticas e a bioética como antídoto**. 2017. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

OMS. Organização Mundial dos Médicos de Família World Health Organization - WHO, World Organization of Family Doctors - WONCA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Lisboa: WHO, WONCA; 2009. Disponível em:

<https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2020.

ORTIZ, Renato. Imagens do Brasil. **Revista Sociedade e Estado**, v. 28, n. 3, p. 609-633, set/dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v28n3/a08v28n3.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2020.

PABÓN, Ana Cecilia Becerra; COLLAZOS, Wilmar Peña. Conservación de la salud del cuerpo como estrategia de vigilancia y control del derecho en lo concerniente a lo higiénico y sanitario desde las reformas borbónicas. **Revista Prolegómenos – Derechos y Valores**, v. 14, n. 27, p. 231-245, ene./jun. 2011. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3699271>>. Acesso em: 18 mar. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37. jan./abr. 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.

PALOMERO GONZÁLEZ, José Antonio; ALVARIÑO SERRA, Patricia. La importancia del higienismo y la potabilización del agua en la ciudad de Valencia (1860 -1910). **Investigaciones Geográficas**, Espanha, n. 65, p. 45-55, ene./jun. 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17646281003>>. Acesso em: 2 jul. 2020.

PEREIRA, Amanda Maria et al. A qualidade de vida do agente comunitário de saúde e possíveis contribuições da terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 784-796, out/dez 2018. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2065>>. Acesso em: 10 set. 2020. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1254>.

PINTO, Gisele Cristina. **Biopolítica, saúde e governamentalidade: uma problematização da estratégia saúde da família a partir de breve genealogia das políticas de saúde pública no Brasil**. 2010. 151 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PONTES, Carlos Antonio Alves; SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética de Proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1319-1327, Oct. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500026>.

RADOMSKY, Guilherme F. W. Roberto Esposito: comunidade, biopolítica e imunização. **Política & Sociedade**, Florianópolis-SC, v. 16, n. 35, jan./abr. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2017v16n35p459>>.

Acesso em: 29 mar. 2020.

REGO, Marisa Palacios da Cunha e Melo de Almeida. **Sofrimento psíquico e trabalho:** um estudo de caso sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores e suas relações com o trabalho de caixa em uma grande empresa estatal bancária. 1999. 156 f. Tese (Doutorado em Engenharia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/COPPE, Rio de Janeiro, 1999.

REGO, Sergio; PALACIOS, Marisa. Saúde mental dos trabalhadores de saúde em tempos de coronavírus. **Informe ENSP**, 30 de março de 2020. 1 p.

REGO, Sergio; PALACIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **Bioética: Histórico e Conceitos**. In: _____. Bioética para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 13-38. [Coleção Temas em Saúde].

RODRIGUES, Carlos Alberto Bizarro; SCHRAMM, Fermin Roland. Corpo e paradigma da imunização: reflexões sobre território, saúde e gênero a partir da metáfora do sangue. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 7, p. 114 - 125. dez. 2019. Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao/saude-em-debate-v-43-n-especial-7-ciencias-sociais-e-saude-coletiva-dialogos/>>. Acesso em: 12 jul. 2020.

ROHDEN, Fabíola. Ensaio bibliográfico: o corpo fazendo a diferença. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.127-41. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/mana/v4n2/2415.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

_____. A construção da diferença sexual na medicina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S201-S212, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800002>.

_____. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., 2008, p.133-152.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, Dec. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>.

ROSA, Alcindo José; BONFANTI, Ana Letícia; CARVALHO, Cíntia de Sousa. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 141-152, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000100014>.

SANTOS, Amanda Corrêa dos; HOPPE, Ariane dos Santos; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280403, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000400602&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2020. Epub fev 25, 2019.

doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280403>.

SANTOS, Renato dos. Anonimato e familiaridade: a ambivalência da existência segundo Merleau-Ponty. In: SILVA, Manuel Moreira da; SANTOS, Renato dos (Org). **Filosofia, Teoria da Consciência e Psicanálise** [Internet]. Porto Alegre: Editora FI, 2020. p. 121-138. Disponível em: <<https://www.editorafi.org/35psicanalise>>. Acesso em: 12 mar. 2020.

SANTOS, Francisca Aline Arrais Sampaio et al. Fatores que influenciam na qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 191-197, abr. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000200191&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 21 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600027>.

SCHRAMM, Fermin Roland. A terceira margem da Saúde: uma ética “natural”. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, v. 1, n. 2, p. 54-68, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701995000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701995000100005>.

_____. Nihilismo tecnocientífico, holismo moral e a ‘bioética global’ de V. R. Potter. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 95-115, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000100006>.

_____. A autonomia difícil. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 6, n. 1, p. 35-48, 1998.

_____. Liberdade obrigatória como *phármakon* do humano demasiado humano. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 527-548, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a11v10n3.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

_____. Bioética de Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2009a. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/52/55>. Acesso em: 23 abr. 2020.

_____. Violence and practical ethics. Salud colectiva, **Lanús**, v. 5, n.1, p.13-25, apr. 2009b. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2020.

_____. A Bioética dos Vulnerados: todos os vulneráveis merecem proteção? 23 de setembro, 2010. São Paulo: Centro de Bioética do CREMESP. Entrevista concedida ao CREMESP. Disponível em: <<http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=EntrevistaIntegra&id=50>>. Acesso em: 7 jul. 2020.

_____. A bioética de proteção é pertinente e legítima? **Revista Bioética**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 713-724, 2011. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/673/705>. Acesso em: 22 abr. 2020.

_____. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.5, p.1531-1538, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501531&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.04532017>.

_____. Saúde pública: biotecnociência, biopolítica e bioética. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 7, p. 152-164. dez. 2019. Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao/saude-em-debate-v-43-n-especial-7-ciencias-sociais-e-saude-coletiva-dialogos/>>. Acesso em: 12 jul. 2020.

SCHRAMM, Fermin Roland; ANJOS, Marcio Fabri dos; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. A questão das tendências epistemológicas ou de fundamentação. In: ANJOS, Marcio Fabri; SIQUEIRA, José Eduardo (Org.). **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. Brasília: Ideias & Letras, 2007. p. 29-56.

SCHRAMM, Fermin Roland, KOTTOW, Miguel. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 949-956, jul-ago, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400029>.

SCHWARTZ, Yves. Intervenção, experiência e produção de saberes. **Serviço Social e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 19-43, 6 maio 2015. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634834>>. Acesso em: 27 abr. 2020. <https://doi.org/10.20396/sss.v10i2.8634834>.

SILVA, Livia Gomes; ALVES, Marcelo da Silva. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 74-84, 2008. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14179>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

SILVA, Claudia Osorio da; RAMMINGER, Tatiana. O trabalho como operador de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4751-4758, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204751&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.15212013>.

SILVA, Paula Alexandra Cardoso e. **Vida, exceção e poder: do poder soberano sobre a vida ao biopoder**. 2013. Dissertação (Mestrado em Filosofia Política)—Universidade de Coimbra, Coimbra, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10316/23610>>. Acesso em: 2 jul. 2020.

SILVA, José Marcos et al. Implicações bioéticas para o licenciamento de grandes empreendimentos no Brasil. **Saúde & Sociedade**. São Paulo, v. 26, n.3, p. 811-821, 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sausoc/2017.v26n3/811-821/>>. Acesso em: 16 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170185>.

SILVEIRA, Andréa Luiza da et al. Corporeity and existence: notes from a phenomenological perspective about the condition of a physical disability person. **Revista**

de abordagem gestalt. Goiânia, v. 18, n. 1, p. 30-36, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Eutanásia e compaixão. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.50, n.4, p.334-340, 2004. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_50/v04/pdf/sec4.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2020.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da saúde pública. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 855-865, maio/jun., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300023>.

_____. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 129-142, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100020>.

_____. A Bioética de Proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1241-1250, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400030>.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal [Coleção Tendências volume 6], 1984.

SOUKI, Nádia. A metáfora hobbesiana do corpo e o biopoder. **Filosofia. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, [S.l.], v. 33, p. 261-271, jan. 2016. Disponível em: <<http://ojs.letras.up.pt/index.php/filosofia/article/download/3369/3081>>. Acesso em: 23 mar. 2020.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. A eugenia brasileira e suas conexões internacionais: uma análise a partir das controvérsias entre Renato Kehl e Edgard Roquette-Pinto, 1920-1930. **História, Saúde – Manguinhos**, v. 23, supl. 1, 2016, p.93-110.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de; SANTOS, Ricardo Ventura. Corpos, medidas e nação: antropologia física na capital da República brasileira na primeira metade do século XX. **Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. hum.**, Belém, v. 7, n. 3, p. 639-643, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-81222012000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/S1981-81222012000300002>.

STERN, Alexandra Minna. Buildings, boundaries, and blood: medicalization and nation-building on the U.S.-Mexico Border, 1910-1930. **Hispanic American Historical Review**, v. 79, n. 1, 1999, p. 41-81.

SZNELWAR, Laerte Idal. Alain Wisner: o desenvolvimento da ergonomia e do

pensamento sobre o “trabalhar”. *Travailler*, v. 15, n. 1, p. 55-70. 2006. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-travailler-2006-1-page-55.htm#xd_co_f=Mjc2NjRkNjc2ZjY0OTY4YTQ0ZTE1ODY4OTg4NzUwODU=~>. Acesso em: 14 abr. 2020. doi:10.3917/trav.015.0055.

TRINQUET, P. Trabalho e educação: o método ergológico. *Revista HISTEDBR on-line*, Campinas, número especial, p. 93-113, 2010. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/38e/art07_38e.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2020.

VERÍSSIMO, Danilo Saretta. Percepção e impercepção: a experiência sensível na tradição fenomenológica. *Psicol. pesq.*, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, p. 211-220, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472014000200010&lng=pt&nr=iso>. Acesso em: 10 set. 2020.

VIDAL, Selma Vaz et al. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 347-357, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200017>. Acesso em: 27 ago. 2019.

VIEGAS, Moacir Fernando; DA ROSA, Aline Caroline; GRASEL, Vanderleia Ferreira. O processo de renormalização no trabalho de profissionais de enfermagem de um hospital do Vale do Rio Pardo, RS. *Revista Jovens Pesquisadores*, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 2, p. 89-98, jul. 2017. Disponível em: <<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/semic/article/view/15662>>. Acesso em: 4 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.17058/rjp.v7i2.9318>.

WAI, Mey Fan Porfirio; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. *Rev Enfermagem UERJ*, v. 17, n. 4, p. 563-568, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a19.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

WINICHAKUL, Thongchai. The presence of nationhood. In: _____. **Siam Mapped: a history of the geo-body of a nation**. Honolulu: University of Hawaii Press, 1994, p. 1-19. Disponível em: <<http://www.univpgri-palembang.ac.id/perpus-fkip/Perpustakaan/Politik/Siam%20Mapped,%20A%20History%20of%20the%20Geo-Body%20of%20a%20Nation.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

APÊNDICE 1: Artigo Corpo e paradigma da imunização: reflexões sobre território, saúde e gênero a partir da metáfora do sangue

114 ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

Corpo e paradigma da imunização: reflexões sobre território, saúde e gênero a partir da metáfora do sangue

Body and immunization paradigm: reflections on territory, health and gender from the blood metaphor

Carlos Alberto Bizarro Rodrigues¹, Fermin Roland Schramm¹

DOI: 10.1590/0103-110420195709

RESUMO Este trabalho pretende contribuir para a reflexão sobre o corpo no desenvolvimento do Estado-Nação entre o século XIX e o início do século XX tendo a metáfora do sangue como chave heurística e referencial de análise. A escolha desse período se deu por sua importância política, econômica e social para os Estados Modernos. Nestes, os dispositivos biopolíticos e de biopoder, engendrados pelo paradigma da imunização e por intermédio das teorias higienistas e eugenistas misturadas à linguagem de germes e de genes, concorreram para que a noção de fronteira nacional ultrapassasse o limite territorial. Nesse entendimento, o Estado-Nação, visto por meio da metáfora do sangue, pode auxiliar a compreensão dos dispositivos biopolítico-imunitários na sua construção identitária. Tais dispositivos, agindo sobre os corpos, integraram-se à agenda nacionalista de algumas ex-colônias desde sua dimensão geográfica até o âmbito da vida privada. Nesse contexto, os discursos biomédico, científico, político e moral se confundiram, fundamentando um conjunto de comportamentos, crenças e saberes sobre o corpo e o território que cooperaram com seus projetos nacionalistas. Por fim, o objetivo deste artigo foi ilustrar, por meio da metáfora do sangue, que a polissemia do termo 'sangue' no discurso dominante do paradigma da imunização do final do século XIX e do início do século XX consolidava os debates sobre cidadania, naturalização e inclusão em países como Austrália, Estados Unidos e Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Temas bioéticos. Corpo humano. Territorialidade. Saúde pública.

ABSTRACT *This work intends to contribute to the reflection on the human body position in the development of the nation-state between the nineteenth and early twentieth centuries with the metaphor of blood as the heuristic and referential analysis key. This period was chosen because of its political, economic and social importance for the Modern States. In these, biopolitical and biopower devices, engendered by the paradigm of immunization and through hygienist and eugenic theories mixed with the language of germs and genes, contributed to the notion of national boundary crossing the territorial limit. In this understanding, the nation state, viewed through the metaphor of blood, can help the understanding of biopolitical-immune devices in their identity construction. Such devices, acting on the human bodies, were integrated into the nationalist agenda of some former colonies from their geographical dimension to the realm of private life. In this context, the biomedical, scientific, political and moral discourses were confused, supporting a set of behaviors, beliefs and knowledge about the human body and territory that cooperated with their nationalist projects. Finally, the aim of this paper was to illustrate, through the blood metaphor, that the polysemy of the term 'blood' in the dominant discourse of the late nineteenth and early twentieth century immunization paradigm consolidated the debates on citizenship, naturalization, and inclusion in countries such as Australia, the United States, and Brazil.*

KEYWORDS Bioethics themes. Human body. Territoriality. Public health.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. carlosbizarro@ensp.fiocruz.br



Introdução

O desenvolvimento do Estado Moderno no Ocidente se deu acompanhado de uma reflexão política em termos biológicos, conhecida atualmente como biopolítica, pois a saúde do corpo se tornou assunto decisivo e demandou formas de controle, coordenação e integração da vida privada e dos coletivos humanos¹. As novas 'tecnologias de população' biopolíticas transformaram a dimensão orgânica em componente da gestão econômica, de modo que aspectos como a ociosidade e a utilidade, a suscetibilidade a doenças e o aprimoramento humano se vincularam à noção de corpo².

A medicina, entendida mais como técnica geral de saúde do que como cura de doentes, favoreceu o controle social por meio de uma polícia médica que assegurava a ordem, o enriquecimento e a manutenção da saúde. Nesse contexto, o profissional médico ganhou *status* e se constituiu formador de modos de vida e de comportamentos. Como conselheiro governamental e autoridade biopolítica, sua tarefa passou a incluir a vigilância, a educação e a manutenção do corpo individual e social². Assim, o biopoder propiciou a estatização da vida biológica ao confiar aos médicos o poder sobre a vida e sobre a morte dos indivíduos^{3,4}.

Os processos de profundas transformações políticas não se restringiram aos países do continente europeu. De fato, simultaneamente às principais vertentes europeias da medicina social, os dispositivos biopolíticos e de biopoder se desenvolveram e influenciaram a estruturação das ex-colônias como nações, bem como criaram condições de possibilidade para a instauração do paradigma da imunização⁵. Neste, o conceito de imunidade reflete o poder de conservação da vida, tornando inseparável sua relação com a morte e com a política⁶, o que torna importante sua definição para a compreensão da biopolítica tanto na modernidade quanto no mundo contemporâneo.

O termo 'Paradigma da imunização' foi cunhado em 2004 pelo filósofo italiano Roberto Esposito em seu livro 'Bios: biopolítica

e filosofia', no qual busca uma continuidade histórica entre o poder soberano e o biopoder do Antigo Regime com a biopolítica no Estado Moderno. Segundo ele, o vocábulo 'imunização' estabelece uma relação entre *bíos* (vida) e *nómos* (lei), que remete ao poder 'sobre e na vida'. Em outras palavras, a 'imunidade' se inscreveria na linha de tangência entre as dimensões da vida e do direito, visto que é uma palavra que não se refere somente à relação entre vida e poder, mas também ao poder de conservação da vida, pelo fato de que

não existe um poder externo à vida, assim como a vida nunca se dá fora das relações de poder. Vista dessa perspectiva, a política não é nada mais do que a possibilidade ou o instrumento de conservar viva a vida⁷⁽⁶⁰⁾.

Vale ainda dizer que esse poder de conservação da vida tem um caráter de 'proteção negativa', isto é, um poder destrutivo subjacente ao poder conservativo da vida.

A imunização política, portanto, é uma espécie de proteção negativa da vida na qual a aparente oposição entre vida e morte é substituída por uma relação inclusiva e imanente, uma vez que a morte deixa de ser o limite externo e oposto à vida, tornando-se um de seus aspectos, mesmo que contrário a ela. Destarte, no paradigma da imunização, a vida tende a ser conservada; e a expressão do poder negativo e positivo encontra uma articulação interna⁶. Para Esposito, o poder negativo que se impõe sobre a vida não vem de fora, mas da forma intrinsecamente antinômica como a vida mesma se conserva por meio do poder.

Quanto ao desenvolvimento dos Estados-Nação, o paradigma da imunização apresenta conexões com os saberes do campo da fisiologia e da patologia e na criação de metáforas biomédicas, sobretudo aquelas surgidas entre o século XIX e as primeiras décadas do século XX. Com efeito, a descoberta dos agentes etiológicos e do funcionamento do sistema imunológico no combate aos patógenos teve impacto na utilização dessas ideias no âmbito

da ação política⁶. Isto é, a imunização política e social associava a ideia de imunidade à de proteção comunitária, o que fomentou a elaboração desse tipo de metáfora, particularmente aquelas associadas ao termo 'sangue', nas quais este trabalho pretende se debruçar.

Nesse mesmo período, a ciência da bacteriologia se voltava para o isolamento e erradicação patógena nos fluidos corporais. Apesar da transição das antigas teorias que atribuíam a causa das doenças aos miasmas ambientais para as bacteriológicas não ter sido imediata e suave, os cientistas médicos estavam convencidos de que a identificação dos microrganismos como a causa das doenças infecciosas os autorizava a buscar e a eliminar os germes. Essa preocupação com o corpo e com os seus 'segredos' foi dividida com os eugenistas que buscavam aquelas características hereditárias capazes de determinar os atributos humanos. A proximidade de interesses entre essas duas classes profissionais propiciou uma espécie de entrelaçamento entre as linguagens eugênica e médica, o que promoveu a união desses saberes por meio das metáforas referentes ao sangue que fundamentaram e serviram de base para a tessitura de uma nova rede discursiva, responsável por produzir antinomias tais como nacional/estrangeiro, progresso/atraso etc.⁸. De fato, o termo 'sangue' apresentava uma polissemia própria que abrangia a imagem de carreador de germes e dos 'genes', ou seja, o discurso sobre o sangue, fundamentado em conhecimentos estatísticos, médicos e eugênicos, era o discurso dominante sobre a vida e consolidava os debates sobre cidadania, naturalização e inclusão no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX em nações como Austrália, Estados Unidos e Brasil. Portanto, o objetivo deste artigo é ilustrar a influência que a polissemia do termo 'sangue' teve no discurso produzido sob o paradigma da imunização por meio do artifício da metáfora do sangue e por intermédio de exemplos apontados pela literatura específica.

Quanto ao uso de metáforas para a compreensão do real, pode-se dizer que, embora não

sejam capazes de substituir sua concretude, elas produzem a paisagem em que se assentam os estereótipos que moldaram a identidade nacional das ex-colônias. Em outras palavras, apesar de não terem a função de denotação e afirmação dos fatos, as metáforas iluminam o conhecimento e promovem uma melhor compreensão de um tema ao transferir um vocábulo de uma significação para outra^{9,10}. Nesse sentido, nosso uso metafórico do termo 'sangue' se justifica pelo reconhecimento do corpo como objeto da biotecnociência, do biopoder e da biopolítica modernas, e sua apreensão como 'corpo próprio'¹¹ ultrapassa a mera transposição metafórica entre o biológico, o biomédico e o político e revela seu lugar central nas intervenções médica e política modernas: é no corpo que política e biologia se unificam⁵.

Corpo como fundamento biológico da ordem moral

O corpo se tornou uma preocupação no Ocidente a partir do século XVIII, particularmente devido à biologia¹². Com efeito, ele se tornou central em vários aspectos da vida civilizada e o fundamento biológico da ordem moral, substituindo a antiga ordem cósmica pela coerência biológica entre os sistemas^{13,14}. Portanto, torna-se imprescindível esclarecer o que se entende como 'fundamento biológico da ordem moral' e sua correlação com a noção de incomensurabilidade dos sexos a fim de dar subsídios para a discussão a seguir. Em seu livro 'Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud', de 1992, o historiador norte-americano Thomas Laqueur afirma que a compreensão atual do que seja sexo surgiu em algum momento do século XVIII a partir das descobertas anatômicas que transformaram o corpo no alicerce do discurso social. Nesse movimento, a anatomia da mulher passou a servir de base para um novo fundamento do gênero, ou melhor, o corpo reprodutivo da mulher tornou-se o ponto de inflexão da redefinição da antiga relação social, íntima

e fundamental entre homens e mulheres. De fato, as formas tradicionais complexas em que as semelhanças entre corpos, e entre corpos e o cosmo, confirmavam a ordem de um mundo hierarquicamente concebido foram reduzidas a um único plano, o da natureza. Desse modo, no mundo da explicação científica moderna, o que passou a importar foi o fundamento simples, horizontal e imóvel do fato físico do corpo: o sexo¹².

Ainda seguindo esse historiador, até o século XIX, os modelos culturais se apoiavam na ideia aristotélica de inferioridade do gênero feminino, uma concepção na qual a causa material era inferior à causa eficiente. Nesta, não havia a necessidade dos fatos da diferença sexual para fundamentar a diferença dos gêneros, ou seja, apesar da afirmação de que a geração do macho era a causa eficiente e a da fêmea a causa material não ser fisicamente demonstrável, reforçava o que significava ser homem e mulher, de modo que a natureza do sistema reprodutor era apenas incidental para definir as diferenças sexuais nos grupos humanos. Assim, o ventre, identificado como 'falo negativo' durante o século XVIII, tornou-se o 'útero' – um órgão cuja anatomia e fisiologia ofereciam uma explicação científica para a condição social da mulher. Todavia, era o contexto político do período que influenciava a articulação da incomensurabilidade dos sexos. Com efeito, havia muitas lutas pelo poder entre homens e mulheres, sobretudo a partir do século XIX. Assim, quando

a ordem transcendental preexistente ou os costumes de tempos imemoriais tornaram-se cada vez menos uma justificativa plausível para as relações sociais, o campo de batalha do gênero mudou para a natureza, para o sexo biológico¹³⁽¹⁹²⁾.

Portanto, esse é o ponto no qual as diferenças anatômicas passaram a ser utilizadas para sustentar ou impedir reivindicações sociais, políticas, econômicas, culturais e/ou eróticas; e o corpo tornou-se o padrão ouro para todos os assuntos.

A construção da incomensurabilidade dos sexos não foi obra do século XVIII, mas começou no século XVII e culminou na publicação de obras científicas em que se podia encontrar argumentos explicitamente construídos apoiando os fundamentos biológicos de uma ordem moral. Com efeito, os cientistas do período forneceram seus dados e prestígio às ideologias dominantes, ao descobrirem ou comprovarem os aspectos da diferença sexual que haviam sido ignorados até então. Além disso, a política de gênero implementada nessa época afetou a interpretação e a produção de dados clínicos e laboratoriais. Assim, tais diferenças sexuais produzidas pelo avanço científico e interpretadas pelos vieses cultural e político modernos foram as bases para a construção da incomensurabilidade dos sexos, isto é, a afirmação de que existem dois sexos que são anatômica, biológica, genética, embriológica e fisiologicamente diferentes, que perdura até os dias atuais¹³.

Curiosamente, mesmo com as contradições encontradas nos estudos da embriologia, a evolução de instrumentos como o microscópio e a consequente identificação dos gametas no século XIX contribuíram ainda mais para que o sexo fosse assimilado à cultura. Efetivamente, houve uma corrida para encontrar a reprodução sexual em todos os seres vivos, inclusive nas plantas, que passaram a ter gênero e cuja natureza sexual tornou-se a base para o sistema de classificação de Lineu. Os filósofos da natureza do período pareciam ter razão em considerar a diferença sexual uma das dicotomias fundamentais da natureza, um abismo intransponível nascido dos próprios germes reprodutivos e dos órgãos que os produziam¹³.

Neste ponto, vale dizer que a cientista social Fabíola Rohden traz uma importante contribuição para a percepção da metáfora do sangue nas ideias sobre as diferenças entre os sexos ao comentar sobre os desenvolvimentos científicos contemporâneos que ligam os hormônios, particularmente os sexuais, ao bem-estar, à saúde e a determinados comportamentos, aprofundando tais diferenças no âmbito do

saber biomédico. Segundo ela, atualmente há o predomínio de um império do “corpo hormonal” que parece se sobrepor a qualquer outra concepção biomédica corrente^{15(13,14)}. Sendo assim, e se a aproximação for pertinente, é possível inferir que, no paradigma bioquímico do ‘corpo hormonal’, a metáfora do sangue se mistura à compreensão de que o corpo da mulher fica à mercê dos ciclos hormonais relacionados com a sua atividade reprodutiva em potencial, desde a puberdade até a menopausa, tanto em condições fisiológicas quanto patológicas¹⁵, o que, por conseguinte, confere subsídios ‘científicos’ para o desenvolvimento de dispositivos institucionais, e porque não dizer biopolítico-imunitários, para o controle do gênero feminino.

Com efeito, se pelo menos até o final do século XIX era nítida a busca de um órgão que justificasse a diferença entre homens e mulheres, já no início do século XX, o desafio era entender como as substâncias produzidas pelas gônadas e veiculadas pela circulação sanguínea operariam o processo de diferenciação, fundamental na construção dos dispositivos sociais de controle nesse período. Se antes o ovário poderia ser visto como ‘centro condensador da feminilidade’, assim como o testículo o era para a masculinidade, agora se tratava de descobrir o mecanismo de produção da própria feminilidade e da masculinidade nos fluidos corporais. Em outros termos, o paradigma bioquímico de causa e efeito passou a determinar o que se deveria procurar e até aonde as explicações deveriam chegar¹⁶. Foi nesse contexto de busca pelas causas últimas dos fenômenos e de marcada relação entre sexo físico-corporal, estereótipos de gênero e identidades sexuais substancializada em órgãos e agora em secreções internas propagadas pelo sangue, que se descobriram os chamados hormônios sexuais.

Efetivamente, na literatura científica das primeiras décadas do século XX, havia uma correlação entre os planos anatômico e moral que se traduzia na redução das condutas individuais às causas orgânicas, mais

especificamente bioquímicas, em última análise perpassadas pela metáfora do sangue. Assim, o discurso sobre o corpo da mulher não era somente a descrição fisiológica do corpo feminino, mas também um tratado moral sobre sua conduta fundamentado nas características bioquímicas inerentes ao seu próprio sangue. Em outros termos, o argumento das diferenças sexuais contaminado pela metáfora do sangue e produzido pelo avanço científico do início do século passado foi interpretado pelo viés cultural e político se tornando a base para noção da incomensurabilidade dos sexos que ainda hoje influencia moralmente a sociedade^{13,15}.

Corpo e território

Tendo clarificado esse ponto e retornando à preocupação ocidental com o corpo, torna-se agora compreensível porque esta entidade obteve uma nova importância no século XVIII e seguintes já que se tornou a origem e o destino das dinâmicas sociopolíticas e o padrão ouro do discurso científico, social e moral modernos^{10,16,17}, paralelamente à redução epistemológica do cosmo à natureza¹³ e à identificação do homem a um corpo estável e a-histórico.

No início do século XX, a popularização das descobertas genéticas contribuiu ainda mais para o reforço do corpo no registro científico. Concebido como um complexo bioquímico inextricável e variável¹⁸, fonte das gerações e degenerações, ele se transformou em um carreador de ‘genes’¹⁰, saúde, doença, moral e vício. Não havia ainda a concepção atual dos ‘genes’, que tinha mais relação com os aspectos caracterológicos, morais e étnicos associados à hereditariedade (ao *genus*). Assim, o corpo se tornou um veículo difusor tanto dos ‘genes’ quanto dos germes, isto é, do ‘sangue’ e de bactérias. É importante frisar novamente esse ponto pelo fato de que o deslocamento das massas pelos espaços e a influência do meio sobre a saúde do indivíduo passaram a ser fontes de muitas inquietações sanitárias

e biopolíticas¹⁶. Com efeito, a intensificação do tráfego entre o Velho Mundo e suas ex-colônias, principalmente em virtude do afluxo de imigrantes aos novos Estados-Nação, promoveu um maior desenvolvimento de tecnologias de controle de circulação, resguardo das fronteiras e de vigilância da saúde. Dessa forma, saúde pública e nacionalismo se vinculavam ao projeto de modernização que incluía também um território definido, uma política econômica, uma democracia liberal e a ideia de cidadania^{8,19,20}.

Em uma metáfora orgânica semelhante à de Hobbes em 'Leviatã' (1651), o território equivale ao corpo do Estado-Nação e, nesse sentido, o território nacional é definido pelo recurso dos mapas. A territorialidade é o 'mais que isso' que envolve a ideia de um coletivo humano fundante das referências social, cultural, histórica e econômica desse território; isto é, da nação. Assim, a nação é fonte de soberania e de legitimidade do Estado que existe como um 'corpo nacional' intangível e cuja integridade depende desse respectivo coletivo humano. Em outros termos, nas teorias espaciais que se desenvolveram entre os séculos XIX e XX, os grupos humanos que fundamentavam o Estado necessitavam estar referenciados a um território específico para existir politicamente. O Estado seria intangível porque existiria no papel como uma ilustração com pretensão de realidade, e sua integridade dependeria do coletivo que sustentaria essa pretensão por meio dos artificios (instituição, leis, representatividade governamental) desenvolvidos para o seu estabelecimento e manutenção, o que garantiria sua legitimidade.

Assim, esse Estado-organismo é como um 'espaço vital' que funcionaria como mediador entre o povo e o solo. Nessa mediação, o povo participaria com o sentimento de pertencimento territorial obtido a partir de sua ligação permanente com o solo, sua região ou seu país. Tal 'espaço vital' é inicialmente vinculado à ideologia do *Lebensraum* de Ratzel, mas que, por extensão, abrange também o 'mundo da vida' (*Lebenswelt*)²¹. Na teoria de Ratzel, a

política se articulava com o espaço e introduzia a noção de 'sentido de espaço' segundo a qual determinados grupos humanos possuíam uma capacidade superior de ordenamento das paisagens e da valorização de seus recursos naturais, assim como de se fortalecer por meio de sua fixação e enraizamento em um dado território. O modelo de *Lebensraum* de Ratzel tem conexões com o saber biológico desenvolvido no mesmo período, e seus temas de eleição harmonizavam-se com as grandes questões da época tais como as disputas territoriais e o fortalecimento nacional como garantia de poder dos povos sobre os territórios ocupados²².

Em outras palavras, a delimitação de um território nacional era questão fundamental para a horogênese²³ dos Estados modernos²⁴. Assim, o limite abstrato entre os Estados se materializava nos dispositivos biopolíticos criados para o controle das bordas de seus respectivos 'geo-corpos', um artifício utilizado para a definição territorial e que afeta pessoas, coisas e relações^{19,25}. Logo, a delimitação das fronteiras passou a ser prioridade, e a institucionalização da quarentena marcou a transformação desses locais em um espaço administrativo com funções sanitária, militar, política e econômica¹⁹. Em particular, a quarentena se mostraria um dispositivo biopolítico que indicava como um país se definia e como se concebia seguro¹⁹. Em acréscimo, ela imputaria ao migrante o ônus de ocupar um lugar ambíguo no qual era integrado por sua força de trabalho e excluído pelo nativismo nacionalista⁸, traço marcante do paradigma da imunização⁶.

Quanto à noção de geocorpo, esta remonta ao conceito medieval de dois corpos do rei que evoluiu para a metáfora do Estado como um organismo político/social no qual os corpos do homem e do cidadão se conjugariam e funcionariam complementarmente em um todo¹⁰. O geocorpo é descrito como uma definição territorial artificial produtora de uma cadeia de efeitos nas pessoas, coisas e relações^{19,25}. Nele, o imaginário é a base para a sedimentação do referencial político e simbólico das identidades

coletivas nacionais²¹. Isto é, este termo inaugura uma representação de mundo, incluindo a sociedade mesma e seu lugar nele, que ultrapassa o *constructum* intelectual, porque ligada à intenção coletiva de uma dada sociedade e à *Stimmung* que embebe a totalidade da vida social²⁶. Portanto, a tradução dos limites geográficos em discurso e o consequente reforço desse discurso das identidades coletivas nacionais, isto é, do Estado-Nação, mediante representações e dispositivos administrativos biopolíticos, promoveram parcialmente a metamorfose da geografia de nações, como, por exemplo, a Austrália, entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX¹⁹.

Naquele país, assim como em outros Estados-Nação, as metáforas biomédicas microbiológicas desse período, sinergicamente à metáfora do sangue, serviram de fundo para o âmbito da ação política. Tem-se então que a biopolítica articulada ao conhecimento sobre a imunidade indicava a necessidade crescente de proteção do território australiano sob fluxo migratório intensivo¹⁴. Assim, a articulação entre o discurso biomédico sobre epidemia, contágio, imunidade e higiene e o da defesa nacional sobre resistência, proteção, invasão e imigração reforçava a institucionalização da quarentena como um tipo de dispositivo biopolítico de proteção territorial contra a contaminação representada pelos movimentos migratórios, isto é, contra o perigo da contaminação do sangue australiano com o sangue estrangeiro. Nesse sentido, a fronteira australiana ilustra as ideias baseadas em pureza e vulnerabilidade do sangue nacional, e se comportava como local de regulação comercial e moral, além do controle médico-legal¹⁹.

Essa preocupação com as fronteiras também surgiu em países como os Estados Unidos que não tinham um limite territorial facilmente definido pela geografia como a Austrália. O caráter imaginário de seu limite com o México se modificou ao longo dos eventos que acompanharam as transformações dos padrões de migração e dos dispositivos biopolíticos entre o final do século XIX e o início do XX.

A mudança nas políticas migratórias norte-americanas aplicadas sobre determinados povos até fins do século XIX concentrou-se sobre a população mexicana a partir dos anos 1920, culminando no Ato Nacional das Origens de 1924 e na instituição da guarda de fronteira⁸. Aqui, o termo 'sangue' se torna novamente uma pista para a compreensão dos dispositivos biopolíticos, e sua polissemia indica tanto a origem e a cultura de grupos humanos como o veículo de germes e de 'genes', no caso a 'raça'. Esse termo está de acordo com os censos e indexadores norte-americanos dos fins do século XIX e primeiras décadas do XX, e se refere ao passado, à história e à herança dos povos, prestava-se para a divisão da população em subgrupos, o estabelecimento de um corte biológico e uma espécie de hierarquia entre eles. Na categoria 'mexicano' ilustrada por Stern, por exemplo, o censo norte-americano de 1930 combinava a noção de 'raça' à de 'nação' e exemplifica o que se entende como metáfora do sangue, devendo ser visto sob esta perspectiva ao longo de todo este trabalho⁸.

Vale ainda dizer que se considerarmos a possibilidade de a polissemia do termo 'sangue' se amplificar a partir do limite do corpo individual ou da identidade grupal e se ligar à ideia de Estado-Nação como geocorpo, a noção de fronteira sofre uma profanação, isto é, um deslocamento²⁷. Destarte, os limites nacionais abandonam a concepção usual de fronteira, ganham capilaridade e se movem reversivelmente da paisagem geográfica da nação para a epiderme dos cidadãos, bem como do corpo individual dos imigrantes para seus respectivos grupos e culturas⁸. Em outras palavras, as fronteiras dos países se condensam simbolicamente nos limites dos corpos individuais; e o conjunto destes – o corpo social – se dilata e se comuta em um dos aspectos do geocorpo. Fenômenos como esse embasaram as metáforas político-imunitárias de proteção e fortificação das bordas nacionais a partir da tese médica de defesa do organismo ante o perigo de contaminação⁵, assim como deve também servir de modelo para a compreensão deste trabalho.

Efetivamente, o desenvolvimento do paradigma da imunização adveio parcialmente da conscientização da existência de ameaças internas e externas às sociedades modernas e em benefício do corpo social e da integridade de seus membros¹⁴. Ele conjuga simultaneamente biopolítica e modernidade e demonstra como os dispositivos biopolíticos criados para proteger a vida e as subjetividades, paradoxalmente, produzem restrições e extermínios¹⁶.

Em resumo, a partir do artifício da metáfora do sangue, pode-se depreender que a 'autoconservação imunitária'⁶ marcou o desenvolvimento australiano¹⁹ e norte-americano⁸, entre outras nações, em graus e modos diferentes de implementação, bem como a construção da família medicalizada e da maternidade científica, ambos produtos do projeto modernizador brasileiro como se verá a seguir.

Corpo, paradigma da imunização e eficiência nacional

Como projeto modernizador das ex-colônias, o paradigma da imunização não considerava imigrantes e minorias como cidadãos, mas como alvos de medidas higiênicas verticalizadas²⁰. A estigmatização étnica e social estava relacionada com a busca do tipo ideal de cidadão: saudável, trabalhador e obediente. Tal indivíduo provinha da família medicalizada, uma espécie de garantia da eficiência nacional, isto é, da viabilidade da nação^{14,19}. No conjunto da valorização social das ciências, a biologia da incomensurabilidade trazia a ideologia da maternidade atrelada ao projeto nacionalista¹⁶. Forjando um discurso pautado na higiene, em que convergiam noções de saúde, educação e patriotismo, os dispositivos biopolíticos voltavam-se para a proteção tanto do território nacional como do 'território privado', da vida doméstica, particularmente por meio do papel das mulheres^{14,28}.

No Brasil, por exemplo, a Proclamação da República inaugurou um período de

reorganização dos sentidos dados à nação no qual houve a necessidade da redefinição do povo, de uma cidadania e de sua representação, em suma, de seu sangue. A nação passou a ser debatida não só entre a elite letrada, mas também a fazer parte do projeto político estatal²⁰. A medicina higienista era a maior aliada no combate à doença e no desenvolvimento da identidade nacional²¹. Muitos sanitaristas aderiam a uma 'eugenia preventiva' nos moldes da medicina social francesa, provavelmente porque os limites entre eugenia e higiene eram imprecisos e ambos os termos tinham caráter prospectivo e de melhoramento nacional. Nomes importantes como Renato Kehl e Edgard Roquette-Pinto, apesar de suas divergências quanto à concepção de eugenia, pautavam a reforma da sociedade, o aperfeiçoamento racial e a solução da 'questão social' nas descobertas biomédicas de então¹⁸.

Renato Kehl (1889-1974) era adepto da 'eugenia negativa', que adotava medidas radicais de controle matrimonial, esterilização e políticas de segregação racial e social, além de associar os problemas brasileiros à constituição biológica dos 'tipos nacionais'. Estes foram produtos do esforço e mobilização de médicos, naturalistas, antropólogos e cientistas de fins do século XIX e início do século XX para a caracterização das populações humanas que compunham a sociedade brasileira, sua 'constituição racial' e sua diversidade biológica, com o objetivo de construir um panorama das 'raças humanas' por meio de classificações morfoanatômicas das partes do corpo³². Por sua vez, Edgard Roquette-Pinto (1884-1954) defendia a perfectibilidade eugênica dos 'mestiços do Brasil' e empregava a antropologia física para negar o determinismo racial defendido pelos eugenistas negativos¹⁸. Ligava-se sobretudo à 'eugenia positiva' que focava o desenvolvimento e emprego de medidas educativas e de aconselhamento eugênico segundo a proposta galtoniana. Tal proposta partia da noção de que a perpetuação de características degenerativas na média populacional era a maior responsável pela manutenção das situações

sociais adversas, ou seja, procurava a origem das mazelas sociais nos traços ou características individuais 'inatas'³³. Nesse contexto, pode-se depreender que as ideias relacionadas com a constituição racial e com a diversidade biológica do brasileiro também estavam fundamentadas em metáfora do sangue, sendo este fluido o principal carreador das características individuais e dos grupos humanos.

Nesse cenário de um Brasil preocupado com a identidade nacional nas primeiras décadas do século XX, a maternidade extrapolou o âmbito da vida privada e contribuiu para a concepção da mulher como produtora de cidadãos¹⁶ ao se vincular ao projeto republicano a partir de uma outra concepção da missão feminina, qual seja: a de 'melhorar o sangue' nacional e produzir cidadãos para a Pátria. Assim, o projeto nacionalista brasileiro construiu políticas públicas voltadas para a proteção social das mães e dos filhos e reforçou o movimento maternalista, contribuindo para transformar a maternidade em valor social e dever patriótico²⁸.

Foi pensando nesse novo ideário que a práxis médica brasileira reforçou seu poder disciplinador sobre os corpos femininos a partir da introdução da biotecnociência em seu discurso e promovendo uma mudança do modelo de maternidade tradicional para a 'maternidade científica', ou seja, a produção de uma mãe moderna, isto é, uma maternidade que demandava um conhecimento específico suprido pelo discurso científico e por novos dispositivos de biopoder baseados na pedagogia dos corpos.

Apesar da medicina social francesa estender seu lastro de influência sobre o Brasil, foram os argumentos morais e culturais associados aos projetos feministas e aos imperativos nacionalistas, tais como a defesa da maternidade como dever nacional, que prevaleceram por aqui. Somando-se a isto, a ameaça à construção da nação representada pela precariedade das condições sanitárias e pela alta mortalidade infantil foi motivo suficiente para justificar o ataque às tradições culturais e a adoção da ciência como principal aliada do poder. Nesse

contexto, a maternidade científica brasileira era simultaneamente produto da natureza feminina, missão divina e dever social, e o papel de mãe incorporava tanto uma missão patriótica, prezar o 'sangue nacional', como uma prática científica²⁸. Assim, a amamentação também saiu do escopo das atividades femininas possíveis para se tornar missão patriótica, submetida à racionalidade médica e explicada segundo os cânones higienistas. Por outro lado, embora fosse grande o aporte científico e racional utilizado para justificar o aleitamento, os principais argumentos eram explicitamente morais e religiosos²⁸.

Com efeito, a ideologia higienista de gênero do período girava, sobretudo, em torno das atividades domésticas. Pode-se depreender de seu discurso que a metáfora do sangue, traduzida no medo do contágio e no perigo dos germes, fundamentou a produção de um conjunto de práticas domésticas ritualizadas avaliadas pela ciência e identificadas como femininas e modernas. Dessa forma, é possível compreender que a produção da maternidade científica e da medicalização da criação dos filhos por meio da produção de dispositivos biopolítico-imunitários e a partir da metáfora do sangue sedimentou a concepção da casa como lugar de exercício biopolítico do poder ao mesmo tempo em que conferiu o *status* de atividade científica aos afazeres cotidianos da mulher.

Considerações finais

Este trabalho pretendeu utilizar a metáfora do sangue como chave heurística e referencial na análise para a compreensão do Estado-Nação no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o que pode contribuir para a problematização dos dispositivos biopolítico-imunitários envolvidos na construção identitária nacional. Nesse sentido, procurou-se ilustrar como os discursos biomédico, científico, político e moral se misturaram e se confundiram durante a formação de países como Austrália, Estados Unidos e Brasil, fundamentando um

amplo conjunto de comportamentos, crenças e saberes difundidos pelos meios científicos, políticos e sociais, o que pode ter favorecido a naturalização de ideologias nacionalistas.

Por conseguinte, a polissemia do termo 'sangue' no final do século XIX e no início do século XX deu origem à metáfora do sangue detectada no discurso dominante do paradigma da imunização ilustrado neste trabalho por meio da construção do discurso científico da incomensurabilidade dos sexos, bem como da 'autoconservação imunitária'⁶ australiana⁷ e norte-americana⁸, além de fundamentar a produção da família medicalizada e da maternidade científica no âmbito do projeto modernizador brasileiro, o que corrobora o poder de capilarização da metáfora do sangue em se imiscuir e abarcar dimensões relativas tanto à noção de território e nação quanto àquelas dos âmbito da vida privada.

Finalmente, buscou-se mostrar que os dispositivos biopolíticos e de biopoder são capazes de se entranhar na agenda medicalizante e higienista dos projetos modernos de nação desde a vida doméstica até os limites

geopolíticos quando são vistos por meio da metáfora do sangue. Associada à noção de corpo, a metáfora do sangue trouxe ao termo 'fronteira' um alto grau de capilaridade, o que lhe permitiu romper com seu significado tradicional e se projetar na dimensão da vida humana, o *locus* de ação biopolítica. Por fim, em nosso entendimento, este artifício pode contribuir para a compreensão de um dos aspectos do paradigma da imunização relacionado com o estabelecimento do Estado-Nação no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, qual seja, a criação de dispositivos biopolíticos para a eliminação de ameaças internas e externas às sociedades em benefício do reforço de seu corpo social e da integridade de seus membros.

Colaboradores

Rodrigues CAB (0000-0002-4163-0661)* e Schramm FR (0000-0001-6291-3188)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Radomsky GFW, Roberto Esposito: comunidade, biopolítica e imunização. *Política & Sociedade* [internet]. 2017 [acesso em 2018 mar 29]; 16(35):459-473. Disponível: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2017v16n35p459>.
2. Foucault M. A política da saúde no século XVIII. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 2006. p. 193-207.
3. Foucault M. Aula de 17 de março de 1976. In: Foucault M. *Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)* [internet]. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda; 1999. p. 285-315. (Coleção Tópicos). [acesso em 2018 jul 26]. Disponível: <http://petdireito.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/05/Foucault-M.-Em-defesa-da-sociedade.pdf>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Castro E. Biopoder. In: Castro E. Vocabulário de Foucault. Belo Horizonte: Autêntica; 2009. p. 57-59.
5. Nalli MAG. A abordagem imunitária de Roberto Esposito: biopolítica e medicalização. Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis [internet]. 2012 [acesso em 2018 mar 23]; 9(2):39-50. Disponível: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/27319>.
6. Nalli MAG. *Communitas/Immunitas*: a releitura de Roberto Esposito da biopolítica. Revista de Filosofia Aurora [internet]. 2013 [acesso em 2018 mar 29]; 25(37):79-105. Disponível: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/aurora/article/view/580>.
7. Esposito R. O paradigma da imunização. In: Esposito R. *Bios: Biopolítica e filosofia*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2017. p. 59-98.
8. Stern AM. Buildings, Boundaries, and Blood: Medicalization and Nation-Building on the U.S.-Mexico Border, 1910-1930. *Hispanic Am Hist Review*. 1999; 79(1):41-81.
9. Sontag S. A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Graal; 1984. (Tendências, 6).
10. Souki N. A metáfora hobbesiana do corpo e o biopoder. *Filosofia* [internet]. 2016 [acesso em 2018 mar 23]; 33:261-271. Disponível: <http://pentaho.letras.up.pt/index.php/filosofia/article/view/3369/3081>.
11. Merleau-Ponty M. O corpo como expressão e a fala. In: Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Editora Perspectiva; 2011. p. 237-278.
12. Foucault M. Soberania e disciplina. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. 22. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2006. p. 179-191.
13. Laqueur T. A descoberta dos sexos. In: *Inventando o Sexo: corpo e gênero dos Gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001. p. 189-240.
14. Pabón ACB, Collazos WP. Conservación de la salud del cuerpo como estrategia de vigilancia y control del derecho en lo concerniente a lo higiénico y sanitario desde las reformas borbónicas. *Revista Prolegómenos – Derechos y Valores* [internet]. 2011 [acesso em 2018 mar 18]; 14(27):231-245. Disponível: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3699271>.
15. Rohden F. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciência, Saúde*. 2008; 15(supl1):133-152.
16. Rohden F. A construção da diferença sexual na medicina. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2003 [acesso em 2018 mar 18]; 19(supl2):S201-S212. Disponível: www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a02v19s2.pdf.
17. Foucault M. Poder – Corpo. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 2006. 145-152.
18. Souza VS. A eugenia brasileira e suas conexões internacionais: uma análise a partir das controvérsias entre Renato Kehl e Edgard Roquette-Pinto, 1920-1930. *História, Saúde*. 2016; 23(supl1):93-110.
19. Bashford A. Quarantine: Imagining the geo-body of a nation. In: Bashford A. *Imperial Hygiene: A Critical History of Colonialism, Nationalism and Public Health* [internet]. London: Palgrave MacMillan; 2004. p. 115-136. [acesso em 2017 mar 21]. Disponível: http://graduateinstitute.ch/files/live/sites/theid/files/sites/mia/shared/mia/cours/IA023/Week%204/Bashford_Imperial_Hygiene_A_Critical_History_of_Colonialism_Nationalism_and_Public_Health.pdf.
20. Ortiz R. *Imagens do Brasil*. Revista Sociedade e Estado [internet]. 2013 [acesso em 2018 mar 16]; 28(3):609-633. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/se/v28n3/a08v28n3.pdf>.
21. Magnoli D. O corpo da pátria: Imaginação geográfica e política externa no Brasil (1808-1912). São Paulo: Ed. UNESP; 1997.
22. Arcassa WS, Mourão PFC. Karl Haushofer: A Geopolitik alemã e o III Reich. *GeoAtos – Revista Geografia em atos, Presidente Prudente* [internet]. 2011 [acesso em 2018 ago 30]; 1(11):1-14. Disponível: <http://revista.fct.unesp.br/index.php/geografiaematos/article/view/249/arcassa>.

23. Cerri LF, Magnoli D. O corpo da pátria – imaginação geográfica e política externa no Brasil (1808-1912). São Paulo: Moderna. Revista de História Regional [internet]. 1998 [acesso em 2018 mar 14]; 3(2):181-185. Disponível: www.revistas2.uepg.br/index.php/rhr/article/view/2069/1551.
24. Esteves C. O território brasileiro e a formação nacional: algumas aproximações a partir da produção intelectual no Brasil. GOT [internet]. 2014 [acesso em 2018 mar 6]; 6:89-111. Disponível: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-12672014000200007&lng=pt&nrm=iso.
25. Winichakul T. Introduction: The presence of Nationhood. In: Winichakul T. Siam Mapped: A History of the Geo-Body of a Nation. University of Hawaii Press [internet]. 1994. p. 1-19. [acesso em 2018 maio 19]. Disponível: <http://www.univpgri-palembang.ac.id/perpus-fkip/Perpustakaan/Politik/Siam%20Mapped,%20A%20History%20of%20the%20Geo-Body%20of%20a%20Nation.pdf>.
26. Castoriadis C. El imaginario social instituyente. Zona Erógena. [internet]. 1997 [acesso em 2018 mar 16]; 35:1-9. Disponível: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/Castoriadis%20Cornelius%20-%20El%20Imaginario%20Social%20Instituyente.pdf>.
27. Agamben G. Elogio da profanação. In: Agamben G. Profanações. São Paulo: Boitempo; 2007. p. 65-80.
28. Freire MML. 'Ser mãe é uma ciência': mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. História, Ciência, Saúde. Rio de Janeiro: 2008; 15(sup1):153-171.
29. Di Liscia MS. Desde fuera y desde dentro: Enfermedades, etnias y nación (Argentina, 1880-1940). In: Hochman G, Di Liscia MS, Palmer S, organizadores. Patologías de la Patria: Enfermedades, enfermos y nación en América Latina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012. p. 124-153.
30. Carvalho NR. Natureza, território, civilização e modernidade e a construção da nação nos livros didáticos de geografia da Primeira República. Geo Ens Pesq [internet]. 2016 [acesso em 2018 mar 16]; 20(2):78-94. 2016. Disponível: <https://periodicos.ufsm.br/geografia/article/view/17755>.
31. Lima NT, Hochman G. "Condenado pela raça, absolvido pela medicina": o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: Maio MC, Santos RV, editores. Raça, ciência e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; CCBB; 1996. p. 23-40.
32. Souza VS, Santos RV. Corpos, medidas e nação: antropologia física na capital da República brasileira na primeira metade do século XX. Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. hum. Belém [internet]. 2012 [acesso em 2019 jan 11]; 7(3):639-643. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-81222012000300002&lng=en&nrm=iso.
33. Del Cont V. Francis Galton: eugenia e hereditariedade. Sci. stud. [internet]. 2008 [acesso em 2019 jan 11]; 6(2):201-218. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662008000200004&lng=en&nrm=iso.

Recebido em 21/02/2019
 Aprovado em 31/10/2019
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

APÊNDICE 2: Artigo 2. Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva

Resumo

O artigo visa refletir sobre a perspectiva da bioética de proteção e explicitar suas ferramentas, por meio de um levantamento bibliográfico ancorado nos marcos teóricos de seus principais idealizadores e a partir da técnica de leitura informativa, que pretende identificar a temática e as principais ideias envolvidas. Para tanto, apresenta-se inicialmente a proteção como um princípio bioético mediante um aprofundamento na origem, definição e análise dos termos “vulnerabilidade”, “suscetibilidade” e “vulneração”. A partir daí, se busca apresentar as abordagens bioéticas voltadas para o “princípio de proteção”. Por fim, argumenta-se que a bioética de proteção funciona como um paradigma para a apreensão, análise e resolução de conflitos morais em saúde pública e se revela uma abordagem fundamental nesse campo em seu desafio de lidar com a tensão entre os âmbitos individual e o coletivo.

Palavras-chave: Temas bioéticos. Bioética. Vulnerabilidade social. Saúde pública.

Resumen

El artículo pretende reflexionar sobre la perspectiva de la bioética de protección y explicitar sus herramientas a través de un análisis bibliográfico anclado en los marcos teóricos de sus principales creadores y basada en la técnica de lectura informativa, que pretende identificar la temática y las principales ideas involucradas. Con este fin, se presenta inicialmente la protección como un principio bioético al profundizar el origen, la definición y el análisis de los términos “vulnerabilidad”, “susceptibilidad” y “vulneración”. A partir de ahí, busca presentar enfoques bioéticos centrados en el “principio de protección”. Finalmente, se argumenta que la bioética de protección funciona como un paradigma para la aprehensión, el análisis y la resolución de conflictos morales en la salud pública y revela un enfoque fundamental en la salud pública en su desafío de lidiar con la tensión entre el individual y el colectivo.

Palabras-clave: Discusiones bioéticas. Bioética. Vulnerabilidad Social. Salud Pública.

Abstract

This article aims to reflect on the bioethics of protection’s perspective, and make their tools explicit through a bibliographical analysis based on the theoretical frameworks of its main creators and on the technique of informative reading. To this end, protection is initially

presented as a bioethical principle by deepening the origin, definition and analysis of the terms “vulnerability”, “susceptibility” and “getting hurt”. From there, it seeks to present bioethical approaches focused on the “principle of protection”. Finally, it is concluded that bioethics of protection works as a paradigm for the apprehension, analysis and resolution of moral conflicts in public health and reveals a fundamental approach in public health in its challenge to deal with the tension between the individual and the collective.

Keywords: *Bioethical issues. Bioethics. Social vulnerability. Public health.*

Introdução

Este trabalho contempla parte da pesquisa de doutoramento do primeiro autor e é produto de um levantamento bibliográfico sobre bioética de proteção. Respalda-se nos marcos teóricos de seus principais idealizadores e na pesquisa de material de interesse obtido nas bases de dados do portal de periódicos CAPES/MEC, da biblioteca virtual em saúde (BIREME), da *scientific electronic library online* (SCIELO), bem como do Google scholar e da biblioteca digital de teses e dissertações (BDTD). Para a seleção do material e coleta de informações foi utilizada a técnica da leitura informativa, abrangendo suas quatro fases: reconhecimento/pré-leitura, seletiva, crítica/reflexiva e interpretativa¹. Tal técnica se baseia no levantamento bibliográfico de publicações sobretudo nos formatos de monografias, livros e revistas científicas referente à bioética de proteção utilizando as palavras chave “bioética de proteção”, “vulnerabilidade” e “susceptibilidade”. A partir daí, o material passa por um reconhecimento visando triar as informações relevantes *pari passu* à construção de uma visão geral do assunto. Após esta primeira etapa, há uma seleção mais criteriosa das informações que é sucedida por uma elaboração crítica e sintética do conteúdo com o intuito de se refletir sobre o que os autores buscaram afirmar. Por fim, a etapa interpretativa busca, por intermédio de comparações e diferenciações entre os significados obtidos através das afirmações sustentadas pelos autores, realizar uma correlação entre os conteúdos obtidos.

A vulnerabilidade como *conditio humana*

Originalmente, a proteção como princípio bioético surge numa abordagem da conflituosidade envolvida pela vigência da biotecnociência e da biopolítica no campo da saúde pública² e se ampara na noção de vulnerabilidade como condição humana. Para os bioeticistas Miguel Kottow³ e Fermin Roland Schramm⁴, tanto a vulnerabilidade quanto o florescimento humano advêm do fato de que nossa espécie é pouco provida dos instintos e

sua natureza é incompleta, o que inspira o desenvolvimento e a aplicação de medidas protetivas. De fato, a vulnerabilidade dos cidadãos já era objeto de preocupação para Hobbes pois que a função protetora aparece tanto na adoção do contrato social pelo Estado quanto na ascensão do bem comum na figura do soberano^{3,5}. Posteriormente, a concepção hobbesiana foi refinada por Mill e as funções estatais se limitaram à garantia dos direitos individuais enquanto a proteção se estabeleceu como uma ação estatal fundamental de sorte que a soberania politicamente legítima e justificável deveria prover o mínimo de segurança aos cidadãos^{2,3,5,6,7,8}.

Com o desenvolvimento do Estado Moderno nos séculos seguintes, a vulnerabilidade dos cidadãos tendeu a se estender para além do medo da morte ou da agressão à medida em que as sociedades se tornaram mais complexas. Consequentemente foi necessária a criação de mais dispositivos de suporte e assistência visto que a consolidação da noção de proteção se tornou uma exigência ética⁹. Destarte, é essencial compreender como a noção de proteção passou a fundamentar um princípio ético nas sociedades ocidentais.

A noção de proteção como um princípio ético

Todo ser humano compartilha características descritivas comuns tais como a vulnerabilidade, a integridade e a dignidade. Ainda que essencialmente descritivas e não normativas em si, Kottow³ afirma a suficiência dessas características em inspirar o desenvolvimento de um princípio bioético de proteção. Vale lembrar que tais características já haviam sido postuladas como princípios éticos no início dos anos 2000 pela ética europeia e, da mesma forma que os princípios éticos influenciado pelo *Relatório Belmont*, contribuíram no estabelecimento do horizonte bioético no Ocidente. Todavia, nosso interesse converge especificamente para a vulnerabilidade e sua relação com o princípio de proteção.

Apesar de ser uma característica descritiva e universal do ser humano, a vulnerabilidade é dentre os princípios éticos europeus a única capaz de sustentar adequadamente a prescrição ética de proteção como um princípio³. Tal afirmação é mais bem compreendida quando se faz a distinção entre seres humanos “íntegros” e aqueles que se encontram “rebaixados” pela pobreza, doença, discriminação ou sofrendo outras privações. Isto é, aqueles que deixaram de estar vulneráveis para se estabelecerem em um outro “nível existencial”. De fato, os indivíduos feridos necessitam mais do que uma proteção genérica e clamam por cuidados específicos e medidas reparadoras implementadas por uma bioética *qua* ética aplicada^{3,5,6,10}.

Neste ponto se torna premente esclarecer o que se entende por vulnerabilidade como

característica descritiva e universal do ser humano com o intuito de se obter uma maior clareza a respeito da natureza ética da perspectiva protetora que inspira e da sua capacidade diferenciada de sustentar a prescrição ética da proteção como um princípio.

A vulnerabilidade como característica descritivo-normativa da humanidade

Até aqui foi visto que a vulnerabilidade, uma característica descritiva da humanidade, influenciou a consolidação da proteção como uma ação institucional fundamental e uma exigência ética durante o desenvolvimento do Estado Moderno. Com efeito, a vulnerabilidade, assim como os demais princípios éticos europeus, tende a orientar atitudes éticas de respeito e proteção. Entretanto, esta afirmação só é possível quando tais princípios sofrem uma mudança categorial do âmbito descritivo para o normativo. Em outras palavras, pode-se dizer que a vulnerabilidade, a integridade e a dignidade são princípios éticos empregados em uma linguagem assertiva que desliza para o deontico quando descrevem condições ou características particulares e pretendem representar exigências morais mais do que o que realmente são, isto é, características antropológicas. Nestes casos, seria prudente admitir que eles contêm um elemento normativo exigindo que sejam respeitados e protegidos, mas tal admissão não qualificada permitiria que qualquer um deles fosse considerado fundamental e protegido sem mais argumentos éticos, como no exemplo típico do risco de pressupostos racistas pretenderem ter peso moral. Assim, na possibilidade de se manter indiscriminadamente os seres humanos como sendo vulneráveis e isso se constituir em um princípio ético, incorre-se em uma falácia naturalista. Efetivamente, a vulnerabilidade é um modo de ser humano e não uma dimensão ética em si, mas obviamente esta condição particular tem um clamor forte e legítimo por um princípio ético de proteção³.

Apesar de ser uma falácia naturalista, a mudança categorial da vulnerabilidade se torna menos defensável quando seu sentido é expandido de um traço humano para os animais não humanos e outras vidas existentes, porque ficaria difícil compreender como a vulnerabilidade demandaria proteção indiscriminada de qualquer forma de vida. Com efeito, a vulnerabilidade humana difere da dos outros seres vivos pelo fato de que os primeiros são vulneráveis pela possibilidade de falharem no processo complexo de vir a ser, enquanto que os últimos são vulneráveis no nível da dicotomia mais simples e radical entre ser e deixar de ser. Tal diferença implica que a vulnerabilidade humana requer um tipo de proteção ativa contra as forças negativas, além da prevenção de danos, enquanto a biosfera deve ser protegida a partir da escolha de ações menos drásticas ou através de interferências moralmente sustentáveis³.

Ademais, vale lembrar que houve uma migração conceitual da vulnerabilidade antropológica para os contextos econômicos, psicossociais e para os domínios médicos e legais na cultura moderna. Isto quer dizer que não se lida mais com aquela vulnerabilidade universal, mas, sim, com a dimensão contingencial das situações de privação, pobreza, doença e sofrimento, o que requer uma resposta diferenciada e mais específica. Tais circunstâncias envolvem seres humanos que estão necessariamente em uma situação existencial para além da vulnerabilidade original. Em outros termos, há uma grande diferença na compreensão da vulnerabilidade como uma condição humana de fragilidade quando este conceito tende a um reducionismo que elimina toda e qualquer condição de vulnerabilidade pré-existente. Portanto, se é correto afirmar que a vulnerabilidade envolve o sofrimento e as privações, se incluir também o fundamental e o acidental, o conceito perde seu caráter antropológico e deixa de lidar com uma forma estritamente humana de existência. De fato, a concepção antropológica da vulnerabilidade remete à característica universal dos seres humanos; porém resta ainda a necessidade de uma caracterização adicional do homem que seja capaz de descrever aqueles carentes e diminuídos em relação à normalidade, o que pode ser remediado pela ideia de suscetibilidade³.

A suscetibilidade como um modo de ser ferido

Se a vulnerabilidade é uma característica descritiva universal do ser humano, ela dificilmente é uma descrição apropriada de anomalias acidentais que acometem a vida de muitos, de modo que há a necessidade de uma segunda definição mais específica que abranja as situações em que os indivíduos sofrem determinado dano e perdem uma suposta integridade original. Em um cenário onde se tornam vítimas de possíveis males e deficiências, tais indivíduos alcançam um estado de vulnerabilidade que pode ser chamado de suscetibilidade o qual indica tanto um processo de privação quanto um aumento da sua predisposição a danos adicionais. Ademais, o dano pode ainda deslocar os indivíduos afetados da dimensão de vulnerabilidade para a dos seres propriamente vulnerados^{2,4,7}.

Neste ponto, Kottow³ procura esclarecer as possíveis confusões semânticas entre os termos “vulnerável” e “vulnerado” e opta por substituir o último por suscetível. Segundo o bioeticista, o indivíduo suscetível sofre de uma dupla injustiça, ou melhor, ele é afetado por uma condição de duplo risco, qual seja, tem um risco elevado de desenvolver problemas de saúde assim como a probabilidade de ter um dano maior caso haja um comprometimento de sua saúde. Assim, o estado de integridade ferida é claramente distinto da concepção de vulnerabilidade e por este motivo é introduzido o conceito de “suscetibilidade”. Com isso se

pretende afirmar que a vulnerabilidade é um atributo essencial da espécie humana enquanto a suscetibilidade é uma condição acidental e específica a ser diagnosticada e tratada visto que os indivíduos suscetíveis já sofrem de determinado dano, isto é, eles foram deslocados do estado de integridade individual para o da individualidade ferida.

A principal importância desta distinção lexical está em que as decisões no âmbito da vulnerabilidade devem recorrer ao respaldo ético do princípio da justiça enquanto os indivíduos feridos demandam o cuidado, o restabelecimento e o tratamento reparador *a priori* garantidos pelo princípio de proteção. Logo, a ligação entre as prescrições éticas de proteção derivadas da vulnerabilidade difere em natureza tanto do diagnóstico de uma condição de suscetibilidade quanto da conseqüente exigência ética de eliminar primeiramente a privação e o dano resultante dessa suscetibilidade^{3,5,6}.

Por fim, o importante é compreender que a vulnerabilidade e a suscetibilidade são condições diferentes que demandam abordagens também diversas visto que a primeira tende a ser diminuída por meio de ações equânimes de proteção para todos os membros de uma dada sociedade através do princípio de justiça enquanto a suscetibilidade pressupõe um determinado estado de privação que pode ser reduzido ou neutralizado apenas por meio de medidas compensatórias orientadas pelo princípio de proteção que busquem combater especificamente uma dada privação de forma ativamente aplicada^{5,6,7,9}.

A suscetibilidade em cenários de indigência: limites e alternativa

Inegavelmente, a distinção entre vulnerabilidade e suscetibilidade trouxe para o discurso bioético um grande avanço com possíveis impactos na descrição, análise e elaboração de soluções para os conflitos éticos contemporâneos, principalmente nos países em desenvolvimento. Todavia, a assimetria entre os cidadãos desses países pode ainda revelar cenários de carência de recursos tais que as reais condições de vida escapariam à ferramenta conceitual da suscetibilidade de modo que esses casos tenderiam a ser categorizados como “apenas” suscetíveis.

Esta carência de recursos que caracteriza a pobreza aponta para a privação dos itens minimamente necessários a uma existência digna tais como liberdade, bem-estar, educação, saúde entre outros, de forma que as necessidades não conseguem ser adequadamente atendidas nestes contextos e os indivíduos frequentemente se encontram desprotegidos por gerações, o que caracteriza uma privação em nível existencial. À pobreza se soma a desigualdade, ou seja, a distância social entre os mais ricos e os mais pobres, além da exclusão. Esta última tem caráter prospectivo visto se ligar a características como o acúmulo

de desvantagens, o afrouxamento dos vínculos sociais e a perda do *status quo*. Da sinergia entre pobreza, desigualdade e exclusão emergem cenários de iniquidade social comumente encontrados no Brasil e nos demais países onde grassa uma distribuição injusta dos recursos e nos quais os grupos sociais mais pobres são aqueles que tendem a ter menor expectativa de vida, a permanecerem mais tempo doentes e a sofrerem mais limitações¹¹.

Diante de um contexto em que os efeitos da pobreza, da desigualdade e da exclusão marcam o cotidiano de privação das populações, há a necessidade de uma ferramenta conceitual mais sensível que a suscetibilidade e capaz de detectar a complexidade dos fenômenos da iniquidade e da indigência. Com efeito, as realidades extremas de suscetibilidade necessitam de ferramentas bioéticas mais específicas que permitam uma aproximação prático-conceitual mais patente e acurada das condições em que há indigência⁶. É neste âmbito que emerge a noção de “vulneração”¹².

A vulneração como condição existencial de restrição de potencialidades

A vulneração compreende as situações onde um indivíduo ou coletividade não é capaz de se defender por si mesmo por razões que independem de sua vontade tais como as condições de vida desfavoráveis ou a negligência ou o abandono por parte das instituições. Tais situações reivindicam o desenvolvimento e a aplicação de ações protetivas que promovam o resgate da vulnerabilidade perdida^{6,10}. Em outros termos, a vulneração é a condição existencial de quem se encontra submetido a danos e carências efetivos *a priori* como aquelas situações frequentemente encontradas no cotidiano de privação das populações e indivíduos marcados pela iniquidade ou pela indigência⁶.

Com efeito, a constatação de um outro nível existencial de privação é uma das mais importantes contribuições da abordagem brasileira da bioética, isto porque o estabelecimento de uma diferença conceitual e pragmática entre vulnerabilidade e vulneração necessariamente impacta o discurso bioético. Nesta perspectiva, Schramm⁶ sustenta a subdivisão da noção de vulnerabilidade em duas categorias, a saber: uma concepção que se aproxima da noção desenvolvida por Kottow^{3,9}, isto é, uma “vulnerabilidade primária” ou “vulnerabilidade em geral” referente à condição ontológica que caracteriza todo organismo vivo, o que a torna uma concepção para além do âmbito da vida humana e, por sua extensão e complexidade, fora da possibilidade das ações protetivas efetivas e uma “vulnerabilidade secundária” ou suscetibilidade, que também guarda uma proximidade semântica com aquela desenvolvida pelo bioeticista chileno.

Entretanto, é em uma outra categoria que se inserem aqueles que estão diretamente afetados e feridos em sentido amplo, vivendo em condição existencial de privação das potencialidades ou capacidades necessárias para garantir uma vida minimamente digna. Isto significa dizer que deve existir uma distinção entre os suscetíveis e os efetivamente vulnerados, ou seja, aqueles rebaixados *a priori* e que já se encontram afetados ou feridos devido às situações adversas. Some-se a isto o fato de que os primeiros podem também se tornar vulnerados a qualquer tempo⁶.

Dessa forma, a função de proteção não deve focar os indivíduos e coletividades que têm capacidade de lidar com as condições existências desfavoráveis a partir de seus próprios meios ou através do auxílio das instituições, mas, sim, voltar-se para aqueles que não dispõem de recursos suficientes, próprios ou institucionais, para saírem da vulneração. Logo, a proteção é a condição *sine qua non* para que os vulnerados consigam desenvolver *a posteriori* competências necessárias para o exercício de uma vida minimamente decente⁶.

Deste modo, faz-se necessário que o debate bioético contemple problemas de saúde que a bioética tradicional não alcança, sobretudo nos países ditos em desenvolvimento onde as carências e a injustiça social expõem a população a condições iníquas que extrapolam a vulnerabilidade universal e que, por isso, devem ser clarificadas por uma bioética voltada para a responsabilidade social e para a função protetora que está no cerne do Estado Moderno: uma bioética de proteção (BP)⁶.

A bioética de proteção (BP)

Inicialmente concebida como uma “ética de proteção”, a BP é uma proposta formulada por pesquisadores latino-americanos a partir da tentativa de aplicação do escopo teórico e prático da bioética tradicional aos conflitos morais em saúde pública tais como a exclusão social. Em termos específicos, ela se preocupa com a questão da vulneração humana e, portanto, é um projeto bioético e biopolítico^{5,10}.

Baseada na recuperação do conceito de ética no sentido de “abrigo”, “guarda” e “proteção”, a BP traz um enfoque crítico ao reducionismo do discurso bioético promovido pela interpretação ainda predominante do modelo principialista e busca iluminar problemas de ordem sanitária que até então não eram considerados pela bioética tradicional^{2,4,6,7,8,10,13,14}. Com efeito, apesar do vínculo entre Estado e proteção existir desde os primórdios da modernidade, a bioética ainda não havia incorporado a proteção como princípio no horizonte de seu discurso. Foi partindo da noção de responsabilidade do Estado e no resgate de seu papel protetor que os pesquisadores Miguel Kottow e Fermin Roland Schramm se remeteram

a autores reconhecidos por se dedicarem à questão da responsabilidade em sua articulação com a ética, tais como Hans Jonas e Emmanuel Lévinas^{2,5,6,7,8,13}.

Mas o que diferencia o princípio da responsabilidade em Jonas e Lévinas do princípio de proteção idealizado por Kottow e Schramm? Resumidamente, o princípio de responsabilidade ôntica de Jonas implica a existência de um “ser” que não pode ser reduzido a um “ente”, ou seja, compreende-se que o primeiro permaneça *sui generis* sem que seja objetivado em algo determinado e específico, o que parece tornar vazio o destinatário da responsabilidade jonasiana e sua aplicação no contexto institucional tender ao paternalismo. Além disso, a atribuição deste tipo de responsabilidade é pouco operacional uma vez que o agente moral é de difícil identificação. Quanto a Lévinas, o princípio de responsabilidade diacônica aplicado ao contexto das instituições e coletividades faz com que a solidariedade incondicional para com um outro subordine de tal modo o “eu” ao outro que o agente moral acaba por desaparecer, se esvaziando e se confundindo com o destinatário da responsabilidade. Portanto, o princípio de responsabilidade leviniana também não é adequado para o âmbito das políticas públicas pelo fato de deixar o agente moral em uma relação assimétrica de subordinação e de não reciprocidade com o paciente moral^{2,13,15}.

Foi principalmente diante dessas dificuldades operacionais e pretendendo evitá-las que o princípio de proteção foi pensado por Kottow e Schramm. Para tanto, este princípio foi construído fundamentado em três características principais: 1) a “gratuidade” ou a oferta livre das ações protetivas pelo Estado ou outra instância, cabendo ao paciente moral aceitá-las ou não, o que resgataria a responsabilidade diacônica e também, *prima facie*, o respeito à autonomia, além de evitar o paternalismo; 2) a “vinculação” que torna as ações protetivas um compromisso irrecusável para a instância protetora uma vez aceitas livremente pelos destinatários, o que também é previsto pela responsabilidade diacônica, e finalmente; 3) a “cobertura” efetiva das necessidades dos afetados em situação legítima de suscetibilidade ou vulneração^{2,13}.

A partir dessas características, os autores compreendem que a proteção implica garantir o provimento das necessidades moralmente legítimas, o que limita a responsabilidade diacônica na sua característica incondicional de modo que todo indivíduo possa adquirir bens ou satisfazer outros interesses de seu projeto de vida que não apenas aqueles contidos nas suas necessidades básicas, mas que dependem destas para sua consecução. Este é o caso das necessidades por saúde, educação, segurança, moradia, dentre outras consideradas indispensáveis e que devem ser garantidas pelas instâncias protetoras¹³.

Neste ponto é importante considerar o fato de que, sendo uma teoria latino-americana, a BP se volta para o contexto socioeconômico no qual as populações estão marcadas por relações sociais e econômicas muito assimétricas, o que torna fundamental levar em conta a iniquidade no processo de tomada de decisão em saúde pública. Logo, esse processo deve partir do pressuposto segundo o qual o termo “proteção” se refira à principal função do *ethos* que é a de resguardar os indivíduos ou populações vulneradas da iniquidade e da indigência. Com efeito, a proteção dos vulnerados deve orientar as ações na forma de uma norma moral e isto significa dizer que a assimetria das relações deve centralizar a análise bioética em última instância^{5,6,7,8,10,14}.

Quanto à terminologia “Bioética de Proteção”, compreende-se que os termos que a compõe se aproximam por um lado e se afastam, por outro. De fato, as palavras “bioética” e “proteção” se avizinham no compromisso bioético da elaboração de soluções normativas e pragmáticas minimamente razoáveis e justas a problemas globais visando proteger determinado indivíduo ou coletividade tendo em vista que ambos os termos originalmente reúnem as funções de abrigar e estabelecer normas de convivência. Por outro lado, os termos “bioética” e “proteção” devem necessariamente ser afastados e diferenciados para que não sejam confundidos mormente pela divergência entre seus campos semânticos, tendo em vista que “*nem toda bioética é Bioética de Proteção e nem todo meio de proteção é meio de proteção da bioética*”⁶⁽¹³⁾.

Ainda com relação à expressão “Bioética de Proteção”, pode-se depreendê-la como uma expressão-problema que indica as questões a serem enfrentadas ao mesmo tempo em que aponta para as tensões inerentes à sua própria terminologia. Neste sentido, é importante ressaltar que a BP não deve se tornar uma espécie de solução mágica para todos os problemas morais, ou melhor, faz-se necessária a delimitação de seu campo de aplicação para que as respostas construídas não se revelem frustrantes como ferramentas de inteligibilidade e de resolução de conflitos morais no campo das práticas que envolvam seres vivos e nem possa ser confundida como uma forma de paternalismo. Com efeito, esta abordagem bioética busca não ser demasiado genérica a ponto de se remeter a uma “ética da vida”, mas, sim, bastante precisa sem ser reducionista, visto que permite colocar em foco a irreversibilidade potencial das ações humanas sobre os organismos, o que implica considerar que a vida deve ser, *prima facie*, protegida^{6,10,13}.

Ademais, a utilização da expressão “Bioética de Proteção” não é objeto de consenso entre seus próprios idealizadores, apesar de ambos concordarem que seu foco de atenção esteja na justiça sanitária em situações de escassez de recurso e na moralidade no domínio

da saúde pública. Segundo Schramm¹⁰, o autor chileno Miguel Kottow considera essa nomenclatura insatisfatória dada sua incapacidade de reconhecer a bioética como “*uma ética aplicada persistentemente imergida em assimetrias entre agentes e afetados*”¹⁰⁽⁷¹⁸⁻⁷¹⁹⁾, o que seria dirimido pela utilização mais oportuna do termo “proteção bioética”, visto este último fazer referência à necessidade de proteger a bioética para que esta possa refletir mais livremente sobre a *práxis* humana.

Esta posição não é apoiada por Schramm que parte do pressuposto de que os problemas levantados por Kottow já estão considerados na expressão “Bioética de Proteção”. De fato, para o bioeticista brasileiro a BP é sobretudo uma proposta de *práxis* que abrange de antemão a ação frente às desigualdades no horizonte de sua proposta original, na qual já se encontra subentendido o contexto de indignância e incluída a condição de vulneração e de suscetibilidade de sujeitos e populações. Assim, a ideia de uma assimetria real e apriorística em termos de empoderamento entre agente e paciente moral é inerente aos pressupostos da BP e isto justificaria e legitimaria a oferta de uma proteção necessária sem incorrer, como já vimos, em uma forma de paternalismo¹⁰.

Vale ainda ressaltar que existem duas formas de se pensar a BP, um modo em *stricto sensu* e um outro em *lato sensu*. A BP *stricto sensu* visa o amparo aos indivíduos e coletividades considerados sem competência ou capacidade suficiente para a realização de seus próprios projetos de vida de modo razoável e justo. Neste sentido circunscrito, ela pode ser compreendida como uma manifestação da cultura dos direitos humanos. Já a BP *lato sensu* se ocupa da sobrevivência da espécie humana e parte da premissa da existência de interesses coletivos e ecológicos que não podem ser subsumidos pelos interesses individuais ou de grupos particulares e que visam garantir as condições necessárias à *antropogênese*^{5,6,7,10,12}.

Em ambas as formas, a BP tem um denominador comum que é o princípio da qualidade de vida, o qual permite entender a saúde pública como o conjunto de disciplinas e práticas cujo objetivo principal é “*o estudo e a proteção da saúde das populações humanas em seus contextos naturais, sociais e culturais*”⁵⁽¹⁵³⁶⁾. Neste sentido, a promoção da saúde (ênfase nos estilos de vida) e a prevenção do adoecimento (gestão dos riscos à saúde) se tornam dois aspectos inseparáveis da proteção que contemplam as duas faces da prática protetiva, sendo a primeira considerada positiva e a última, negativa. Portanto há uma “proteção negativa” compreendida como o conjunto de práticas preventivas *contra* o adoecimento e as ameaças à qualidade de vida de um dado indivíduo ou coletivo humano e uma “proteção positiva” que abrange um conjunto de práticas voltadas para o

autodesenvolvimento humano e a autonomia⁵.

Quanto à sua metodologia, a BP pode ser compreendida como uma caixa de ferramentas capaz de lidar com a moralidade das práticas sanitárias a partir de uma abordagem transdisciplinar na medida em que promove a interação de saberes distintos, mas não separados, tal qual o caso da saúde pública⁵. Para tanto, as ferramentas utilizadas se propõem a resolver problemas oriundos dos conflitos morais hodiernos entre sujeitos além de exercerem uma função tripla, a saber: a) descritiva, ao retratarem os conflitos de modo racional e em princípio imparcial, o que implica dizer que têm também um caráter crítico; b) normativa, na medida em que buscam resolver os conflitos morais, classificando e prescrevendo os comportamentos corretos, enquanto proscvem os incorretos; e c) protetora, tendo em vista que a articulação entre as funções anteriores incide sobre contextos concretos, visando fornecer meios suficientes para amparar os envolvidos e garantir cada projeto de vida compatível com os demais^{13,16}.

Um outro ponto importante a se considerar é o fato de que a teoria desenvolvida por Schramm⁶ estabelece uma prioridade léxica para os vulnerados, o que torna imprescindível a aplicação apriorística do valor da equidade como meio de se atingir a igualdade e assim respeitar concretamente o princípio de justiça. Neste sentido, a BP busca entender, descrever e resolver conflitos de interesse entre quem é destituído de competência e necessita de proteção e aqueles que, ao contrário, estão capacitados para realizar seu projeto de vida^{6,10}.

Outrossim, nunca é bastante enfatizar o perigo das abordagens bioéticas baseadas num princípio de proteção deslizarem para um discurso e uma prática paternalistas. Com efeito, o fato de não existir proteção sem que haja em contrapartida uma instância protetora não implica necessariamente que a ação protetiva seja de cunho “automicida”, isto é, que incorra em paternalismo. Em outros termos, proteger não significa ampliar as desigualdades como fazem as ações tipicamente paternalistas ao impedirem que os indivíduos decidam por si mesmos, mas, sim, fornecer meios suficientes para que os destinatários tomem ciência de suas realidades contingenciais e tornem-se capazes de decidir segundo seus interesses legítimos e com a maior liberdade possível, exercendo seu direito à autonomia^{2,8,10,14,17}.

Neste ponto cabe introduzir uma das críticas fundamentais à BP, qual seja, a pergunta sobre os limites entre a possibilidade de se proteger alguém e a competência individual de se proteger a si mesmo, ou melhor, o problema da liberdade do exercício da autonomia em face da existência de normas de convivência numa dada sociedade. Isto porque há uma tendência atual em aumentar a responsabilidade individual no domínio da saúde pública, isto é, em subsumir o agente moral no paciente moral o que torna indistintos o ator e o

destinatário de um determinado comportamento^{6,18,19}.

Pode-se entender que esta questão é de ordem teórica e prática. Teórica porque se remete à relação lógica entre proteção e autonomia e à ponderação que deveria existir nos casos em que estes dois princípios entram em conflito. Prática porque envolve seu campo de aplicação e diz respeito à utilização da BP apenas para os vulnerados ou em uma acepção mais ampla, o que envolveria os vulneráveis em seu limite. Entretanto, qualquer que seja a amplitude de ação da BP, cabe salientar sua necessidade em se desvencilhar tanto do paternalismo quanto da culpabilização dos pacientes morais por meio dos seguintes argumentos: 1) a aplicação de suas ferramentas se dá tão somente em populações de indivíduos suscetíveis e vulnerados que são incapazes de tomar decisões sozinhos, e não aos vulneráveis; 2) a proteção não deve ser impositiva, mas necessariamente oferecida ao destinatário; e finalmente, 3) o princípio de proteção necessariamente implica o dever da eficácia nas intervenções sanitárias, mesmo que isto signifique restringir a autonomia individual frente à qualidade de vida de um dado coletivo^{5,6}.

Logo, é possível depreender que o termo “proteção” implica a responsabilidade dos agentes morais e a eficácia pragmática de suas respectivas ações, verificadas a partir de seus efeitos. Neste contexto, a BP se revela uma importante ferramenta analítica e pragmática da ética aplicada capaz de analisar e diminuir os conflitos, bem como resolvê-los, visando a qualidade de vida e o bem-estar dos destinatários das políticas públicas^{5,7,13}. No entanto, há exceções à aplicação da BP de forma geral como é o caso da proteção do corpo social contra as ameaças internas e externas, exemplificado na utilização de medidas coercitivas impostas aos indivíduos ou grupos de uma dada população quando sob vigência de epidemias que ameaçam afetar sensivelmente a saúde populacional, como poderia bem ser ilustrada pelas diretrizes adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos países acometidos pela pandemia de COVID-19. Em outros termos, a proteção em saúde pública pressupõe a legitimação de determinadas formas de restrição das autonomias individuais ao se basear na prioridade dos direitos sociais sobre os individuais^{5,19}.

Uma outra questão é saber quem são os indivíduos ou populações vulneradas. Efetivamente, na aplicação de ações protetivas há sempre o risco da estigmatização, do paternalismo ou do autoritarismo porquanto existe a possibilidade de indevidamente se desconsiderar o multiculturalismo, a pluralidade moral e as diferenças nas sociedades contemporâneas^{6,17}. Logo, ao contrário dos princípios de Jonas e Lévinas, respectivamente de responsabilidade ôntica e diacônica, o princípio de proteção é operacional porque demanda a especificação do que deve ser protegido, quem deve proteger o quê e para quem

a proteção se destina^{7,13}. Por conseguinte, a BP tem como uma das principais funções combater a tendência à massificação e à uniformização das condutas operadas pelas políticas de saúde, resistindo àquelas que promovem a restrição da autonomia e da singularidade dos indivíduos, desconsiderando seus modos particulares de caminhar na vida⁸.

Assim sendo, ao se considerar a saúde e o exercício das liberdades individuais como condições fundamentais para a qualidade de vida, pode-se depreender que a BP se ocupa da proteção em dois níveis, ou em duplo sentido, já que pretende garantir o acesso a um padrão de assistência em saúde que seja razoável e disponível para todos e que também seja congruente com a possibilidade de desenvolvimento individual das capacidades humanas que não prejudiquem terceiros. Desta forma, a proteção da saúde de todos não exclui a necessidade de garantir a proteção das liberdades fundamentais de cada um. Portanto, cabe à BP compreender e analisar criticamente conflitos nestas circunstâncias no intuito de fornecer argumentos pertinentes que subsidiem a legitimidade da prescrição ou proscrição das ações individuais, estabelecendo pontos de convergência entre a justiça social e as liberdades individuais¹⁹.

Em resumo, a BP pode ser interpretada como um paradigma para a compreensão e resolução justificada dos conflitos morais em saúde pública, por meio da descrição e análise desses conflitos da maneira mais racional e imparcial possível e buscando resolvê-los de forma normativa através de ferramentas capazes de ordenar comportamentos adequados e proibir aqueles considerados incorretos. Assim, através da conjugação da apreensão, análise e resolução de conflitos a partir da aplicação de ferramentas adequadas e consistentes, a BP pretende garantir a consecução de cada projeto de vida *pari passu* à proteção do conjunto dos envolvidos. Neste ponto, ela se revela uma abordagem fundamental para o campo da saúde pública no seu desafio de lidar com a tensão entre os âmbitos individuais e o coletivo^{5,10,14}.

Considerações finais

A bioética pode ser compreendida como uma saída produzida para os desafios que emergem nos contextos da vida contemporânea, principalmente àqueles relativos aos avanços biotecnológicos no domínio da saúde, às conquistas sociais bem como ao desenvolvimento econômico, ao fenômeno da globalização, ao uso de recursos finitos e à própria compreensão da vida. Em resumo, ela pretende ser uma resposta coerente aos impactos da existência humana sobre a vida no planeta e sobre si mesma.

Por ter um caráter racional e pragmático, a bioética também é uma ferramenta cujo

desenvolvimento se pauta na construção de subsídios suficientemente cogentes para a tomada de decisão em contextos diferentes. Para tanto, algumas correntes bioéticas baseiam a justificação desses recursos em princípios considerados fundamentais para a vida humana, tais como a vulnerabilidade. Estritamente, a vulnerabilidade - como vimos - é uma característica descritiva da humanidade na qual se vinculam noções como incompletude, devir, finitude entre outras. Neste sentido, ela se relaciona à proteção como uma necessidade consolidada tal qual uma exigência ética; isto é, a vulnerabilidade implica a instauração da proteção como uma ação fundamental do Estado Moderno. Portanto, a ideia de um princípio de proteção como orientador de tomada de decisão remete à estruturação das sociedades modernas ao redor da noção de vulnerabilidade; daí sua relação com o valor da vida humana na contemporaneidade, o que demonstra sua relevância para a bioética.

Contudo, por ser um atributo da espécie humana, a vulnerabilidade incorre na tendência generalizante de aplicação do princípio de proteção indiscriminadamente e a conseqüente perda de eficácia das ações protetivas, principalmente pelo fato de que existem indivíduos e grupos populacionais previamente “feridos” (de acordo com a raiz latina *vulnus* do termo vulnerabilidade) e que estão expostos a condições acidentais e específicas que demandam um outro modo de proteção. Assim, em um primeiro momento é razoável dizer que a proteção pressupõe ações que buscam reduzir as ameaças à vulnerabilidade humana quando os destinatários morais estão em um mesmo “nível existencial”. Entretanto, tal posição ignora a diversidade de contingências a afetarem os sujeitos enquanto seres mortais e é por essa via de interpretação que a BP surge reafirmando a proteção como um princípio ético de conservação da vida ao mesmo tempo em que lança luz sobre a degradação das condições de vida nos cenários de iniquidade e indignidade.

Ao fim e ao cabo, a BP promove o deslocamento do foco em ações generalistas e niveladoras amparadas no princípio de justiça e dirigidas para a vulnerabilidade dos grupos humanos, para a preocupação com o desenvolvimento de ações orientadas pelo princípio de proteção e especificamente direcionadas para os indivíduos ou grupos previamente suscetíveis e vulnerados. Estes últimos, em especial, são aqueles desprovidos de determinadas capacidades e que, por esse motivo, estão impossibilitados de enfrentar as situações adversas em que foram lançados. Assim, por estarem de antemão submetidos a danos ou carências concretas que não conseguem enfrentar, a BP preconiza a necessidade do desenvolvimento e implementação de ações protetivas voltadas especificamente para os vulnerados, o que pode ser entendido como seu fim último e missão.

Referências

1. Silva LG, Alves MS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Revista de APS, Juiz de Fora* [Internet]. 2008 [acesso 1 ago. 2020]; 11(1): 74-84. Disponível: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14179>.
2. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde pública, Rio de Janeiro* [Internet]. 2001 jul-ago [acesso 31 jul. 2020]; 17(4): 949-956. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400029&lng=en&nrm=iso.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400029>.
3. Kottow MH. Vulnerability: What kind of principle is it?. *Medicine, Health Care and Philosophy* [Internet]. 2004 [acesso 21 mar. 2019]; 7(3): 281-287. Disponível: <https://link-springer-com.ez68.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s11019-004-6857-6>.
4. Schramm FR. Liberdade obrigatória como *phármakon* do humano demasiado humano. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro* [Internet]. 2005 [acesso 1 ago. 2020]; 10(3): 527-548. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a11v10n3.pdf>.
5. Schramm FR. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias?. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro* [Internet]. 2017 [acesso 31 jul. 2020]; 22(5): 1531-1538. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501531&lng=en&nrm=iso.
6. Schramm FR. Bioética de Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Revista Bioética, Brasília* [Internet] 2009 [acesso 1 ago. 2020]; 16(1): 11-23. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/52/55.
7. Silva JM, Santos MOS, Mendes JM, Augusto LGS, Schramm FR. Implicações bioéticas para o licenciamento de grandes empreendimentos no Brasil. *Saúde & Sociedade, São Paulo* [Internet] 2017 [acesso 31 jul. 2020]; 26(3): 811-821. Disponível: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n3/811-821/>.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170185>.
8. Oliveira ILVAC. Estratégia saúde da família na perspectiva de Foucault e Deleuze: Sobre controles, capturas biopolíticas e a bioética como antídoto [dissertação]. Niterói, Rio de Janeiro: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense; 2017. 92 f. Mestrado.
9. Kottow MH. The vulnerable and the susceptible. *Bioethics, Oxford* [Internet] 2003 [acesso 22 mar. 2019]; 17(5-6): 460-471. Disponível: <https://onlinelibrary-wiley.ez68.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/1467-8519.00361>.
10. Schramm FR. A bioética de proteção é pertinente e legítima?. *Revista Bioética, Brasília* [Internet] 2011 [acesso 1 ago. 2020]; 19(3): 713-724. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/673/705.

11. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro [Internet] 2005 mar [acesso 31 jul. 2020]; 10(1): 129-142. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100020&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100020>.
12. Schramm FR. A terceira Margem da Saúde: Uma ética “natural”. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro [Internet] 1995 [acesso 31 jul. 2020]; 1(2):54-68. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701995000100005&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701995000100005>.
13. Pontes CAA, Schramm FR. Bioética de Proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. *Cadernos de Saúde pública*, Rio de Janeiro [Internet] 2004 out [acesso 1 ago. 2020]; 20(5): 1319-1327. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500026&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500026>.
14. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Bioética: Histórico e Conceitos. In: _____. *Bioética para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 13-38. [Coleção Temas em Saúde].
15. Schramm FR. Violence and practical ethics. *Salud colectiva*, Lanús [Internet] 2009 jan/abr. [acesso 31 jul. 2020]; 5(1): 13-25. Disponível: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100002&lng=en&nrm=iso.
16. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A Bioética de Proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro [Internet] 2009 [acesso 1 ago. 2020]; 14(4): 1241-1250. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400030&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400030>.
17. Schramm FR. A Autonomia Difícil. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília. 1998; 6(1): 35-48.
18. Schramm FR. Saúde pública: biotecnociência, biopolítica e bioética. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro [Internet] 2019 dez. [acesso 1 ago. 2020]; 43(e7): 152-164. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao/saude-em-debate-v-43-n-especial-7-ciencias-sociais-e-saude-coletiva-dialogos/>.
19. Gaudenzi P, Schramm FR. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública. *Interface (Botucatu)*, Botucatu [Internet] 2010 jun. [acesso 30 jul. 2020]; 14(33): 243-255. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200002&lng=en&nrm=iso

APÊNDICE 3: Artigo 3. O corpo próprio como ferramenta de acesso ao cotidiano do trabalhador da saúde

Resumo

Trata-se de um levantamento de bibliografia já publicada sobre o corpo e sua análise contextual com o objetivo de problematizar o trabalho do agente comunitário de saúde a partir do resgate da dimensão integrativa do corpo próprio. A fundamentação teórica se assentou nas obras de Le Breton, Merleau-Ponty e Esposito e na pesquisa de materiais de interesse através de diversas fontes. Entretanto, não se tencionou desenvolver uma revisão consolidada sobre o tema, mas tão somente estimular sua discussão ao articular a noção fenomenológica de corpo próprio ao trabalho real do agente comunitário de saúde na Atenção Primária à Saúde. Esta estratégia promove a abertura de horizontes de interpretação das políticas públicas em saúde bem como se revela uma ferramenta auxiliar para a análise do cotidiano do cuidado produzido por esse trabalhador.

Palavras-chave: Corpo humano. Saúde pública. Atenção primária à saúde. Agentes comunitários de saúde.

Summary

This paper is a survey of bibliography already published on the body and its contextual analysis in order to reflect on the work of the community health worker from the integrative dimension of the own body. The theoretical basis was based on the works of Le Breton, Merleau-Ponty and Esposito and on the materials of interest through different sources. However, it was not intended to develop a consolidated review on the topic, but only to stimulate its discussion by articulating the phenomenological notion of the own-body to the real work of the community health worker in Primare Health Care. This strategy proves to be an auxiliary tool in the access by public policies to the daily care produced by these workers.

Keywords: *Human body. Public health. Primary health care. Community health workers.*

Introdução

O estudo apresentado contempla parte da pesquisa de doutoramento do autor e é produto de um levantamento bibliográfico sobre o corpo e sua análise contextual em articulação com a noção de corpo próprio e de trabalho real. Respalda-se nos marcos teóricos

sobre o corpo em Le Breton, Merleau-Ponty e Esposito e na pesquisa de material de interesse obtido nas bases de dados do Portal de Periódicos CAPES/MEC, da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), bem como do SCOPUS, Google Scholar e da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD). Para a seleção e coleta de informações do material foi utilizada a técnica da leitura informativa, abrangendo suas quatro fases: reconhecimento/pré-leitura, seletiva, crítica/reflexiva e interpretativa (SILVA & ALVES, 2008).

A (difícil) apreensão do corpo do trabalhador da saúde no horizonte das políticas públicas

O corpo humano é uma espécie de mediador do mundo e atua como uma consciência encorpada. Nessa mediação, ele assume uma posição ambígua entre sujeito e objeto sem que possa ser reduzido a alguma dessas dimensões. Com efeito, apesar de se vincular a ambas, o corpo é alcançado somente quando tais dimensões são afastadas (COSTA, 2015). Em outras palavras, o corpo conjuga uma “posição subjetiva” que exclui tanto o domínio do sujeito como o do objeto, mas que depende da relação entre essas duas categorias para existir (ESPOSITO, 2016a).

Somando-se a isso vale notar que a experiência humana parece ser tradicionalmente organizada através da separação dos entes em pessoas e coisas. Existe um postulado clássico que afirma não haver nenhum outro princípio tão profundamente enraizado na percepção humana do que a convicção de que somos pessoas, dado que as coisas seriam nosso oposto. Logo pode-se depreender que o mundo da vida se encontra cindido nas categorias autoexcludentes de pessoa e coisa sem que haja mediação entre elas (ESPOSITO, 2016a).

Quanto ao lugar do corpo no mundo da vida, Esposito (2016b) corrobora a constatação de Costa (2015) e afirma que ele não é adequadamente associado nem à categoria de pessoa e nem à de coisa porquanto sua apreensão as ultrapassa. Tal fato é confirmado por Merleau-Ponty (2015b) que, apesar de anunciar apenas esses dois modos de existir, observa que a experiência do corpo próprio denuncia uma singularidade, ou seja, uma ambiguidade na existência em razão de seu excesso. Neste sentido, Esposito (2016b) se utiliza da dimensão do corpo próprio como forma de preencher a lacuna criada entre coisas e pessoas na medida em que ele funcionaria como um “operador mudo da passagem de um código ao outro através da cadeia de símbolos que sua própria presença produz” (ESPOSITO, 2016b, p. 111). Assim, de acordo com o pensador italiano a noção fenomenológica de corpo próprio respeita a singularidade do vivente e tende a evitar a tendência em categorizar o corpo como

pessoa ou coisa segundo as contingências. Isto é significativo particularmente quando se considera as relações produzidas no horizonte da Saúde Pública que podem contribuir para o estabelecimento ou a manutenção de processos de trabalho desumanizantes/desumanizados e a instalação do sofrimento tanto nos trabalhadores da saúde quanto nos usuários.

No âmbito da Saúde Pública, a utilização de tecnologias leves baseadas em encontros entre trabalhadores e usuários é uma das prerrogativas do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS). Com efeito, sabe-se que uma das características que mais influenciam o trabalho na APS é a proximidade entre profissionais de saúde e população assistida. Assim, as ações em saúde oferecidas pelas equipes multidisciplinares da Estratégia Saúde da Família (ESF) se realizam predominantemente junto à população adscrita e se diferenciam da prática profissional nos demais pontos da Rede de Atenção em Saúde (RAS). Logo, os trabalhadores da saúde na ESF vão ao encontro do usuário para realizar e desenvolver, junto e com ele, o cuidado preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 1997, 2006, 2010, 2017; ROSA & LABATE, 2005).

Por fundamentar a prática do cuidado em ações de saúde no território, a ESF conta com o agente comunitário de saúde (ACS). Pelas características de suas atribuições, o ACS pode ser considerado seu trabalhador mais importante uma vez que ocupa um lugar de mediador entre o usuário e sua respectiva equipe de saúde da família (eSF), além de ter seu trabalho afirmado pelos próprios usuários dado que frequentemente é morador do território. De fato, a posição ambivalente do ACS frente à eSF e à comunidade o expõe a demandas que ultrapassam suas atribuições normativas e que contribuem para a emergência ou aumento de seu sofrimento (BRASIL, 1997, 1999, 2001, 2002, 2003; GOMES *et al*, 2009; OLIVEIRA *et al*, 2010; ROSA *et al*, 2012).

Neste ponto vale ressaltar que as políticas públicas referenciam os trabalhadores da saúde tais como o ACS por meio dos termos “ator” ou “agente”. Isto é, a PNAB e as demais políticas públicas na APS legitimam os trabalhadores da saúde como atores responsáveis por gerir e implementar as ações em saúde (BRASIL, 2006, 2010, 2017). Entretanto, o léxico utilizado por essas políticas manifesta uma primazia das ações sobre a dimensão do corpo do trabalhador que, ao final, fica subsumido às primeiras. Tal fenômeno reforça a constatação de que há uma propensão do domínio jurídico em resvalar o corpo para dentro de uma trama abstrata onde os sujeitos se tornam desencarnados, isto é, onde eles são considerados à medida em que seus corpos são reduzidos a objetos de direito (ESPOSITO, 2016b).

Este apagamento do corpo (LE BRETON, 2016b) é favorecido pela divisão clássica entre pessoa e coisa embasada no modo de pensar do homem ocidental e amparada pelo

vocabulário jurídico tradicional. Em outros termos, apesar de existir a tendência prevalente em considerar o corpo no âmbito da pessoa, ele frequentemente se inclina a ser reificado devido à sua inserção inadequada àquelas categorias (ESPOSITO, 2016b). Outrossim, Le Breton (2016b) ratifica tal observação quando afirma que uma “fratura ontológica” (LE BRETON, 2016b, p. 73) na concepção de corpo ocorreu como um fenômeno moderno o que resultou na sua transformação em um resto. A partir daí, o corpo anatômico se tornou um objeto autônomo e o homem como vivente se converteu em epifenômeno. Em resumo, o moderno apagamento do corpo reforçou o dualismo cartesiano ao produzir um “corpo superficial” simultaneamente à valorização da *res cogitans* (LE BRETON, 2016b).

Entretanto, o desenvolvimento da fenomenologia trouxe uma nova compreensão do corpo frente à visão hegemônica biologicista e cartesiana tradicional. Com essa forma alternativa de pensar, a função da percepção ganhou nova importância e se tornou fundamento para um outro conhecimento sobre o corpo no qual esse ente deixa de ser um objeto entre os demais e se torna uma espécie de estado biológico complexo e contextualizado, abandonando a posição de intermediário entre consciência e mundo para tornar-se pivô do sujeito, um corpo próprio (NÓBREGA, 2008; MATHEWS, 2011; MERLEAU-PONTY, 2015a; ESPOSITO, 2016b; SANTOS, 2020).

Portanto, ao entender que o léxico das políticas públicas apresenta dificuldades em alcançar o cotidiano laboral dos trabalhadores em saúde, doravante se pretende problematizar o papel do ACS como um “trabalhador-sujeito” no âmbito da APS por meio de sua articulação ao desenvolvimento histórico da noção de corpo próprio e ao conceito ergonômico de trabalho real.

Do homem cósmico ao corpo próprio

O saber sobre o corpo é tributário do simbolismo geral da sociedade. Isto permite dar-lhe um significado conforme a visão de mundo a que pertença e indica o lugar do sujeito através de um sistema de valores. Apesar de sua evidência de dado indiscutível, o corpo é um inapreensível que obteve muitas concepções ao longo do desenvolvimento ocidental, o que foge ao escopo deste trabalho. Efetivamente, nosso propósito é alcançar a concepção fenomenológica de corpo próprio por meio de um delineamento sucinto de sua evolução conceitual desde as sociedades medievais e em seu aspecto de enraizamento, isto é, de integração do homem num tecido comunitário e cósmico (LE BRETON, 2016a).

Com efeito, o homem medieval era parte indistinta da comunidade e do cosmos e não possuía uma singularidade que o fizesse indivíduo na acepção moderna do termo. Indiscernível do corpo e do mundo, sua consciência de identidade estava atrelada ao enraizamento físico no interior de uma rede de correspondências que o ligava ao cosmo. Tal integração se esgarçou conforme a visão teológica da natureza e as tradições populares foram sendo abandonadas simultaneamente ao engendramento de um “retraimento em si” (LE BRETON, 2016a, p. 25) no espaço social que alterou o *status* do homem e transformou suas relações.

Por “retraimento em si” entende-se a repercussão sobre o pensamento renascentista de uma divisão ontológica entre corpo e homem, da primazia do *cogito* sobre o *cogitamus* e da transformação do corpo em objeto autônomo. Dessas três divisões simultâneas resultou a superação do homem cósmico por um corpo racional, o qual pressagiou as representações atuais do corpo à guisa de uma abstração mediante sua perda do enraizamento comunitário, seu afastamento do cosmo e sua conversão numa forma ontologicamente vazia (LE BRETON, 2016b).

Ademais, com o advento do mecanicismo europeu no século XVII, a *scientia activa* foi elevada ao *status* de conhecimento em detrimento da *scientia contemplativa*. Assim, a reflexão sobre a natureza perdia sua base religiosa e se emancipava das causas transcendentais, rejeitando as percepções sensoriais para eleger a abstração das fórmulas matemáticas (ARÁN; PEIXOTO JUNIOR, 2007; LE BRETON, 2016c). Logo, a natureza se dissociava de sua forma renascentista holística e viva, se transfigurando numa espécie de espaço geométrico absolutamente estranho às categorias corporais, composto por muitos objetos interrelacionados subordinados a leis intangíveis (LE BRETON, 2016c).

Já no âmbito dos saberes sobre o corpo, este último se tornou tanto um objeto anatômico útil à perscrutação e às exibições como uma ferramenta conveniente para estudos estéticos das proporções ideais, isto é, um corpo-máquina na metáfora mecânica cartesiana. Por conseguinte, a nova distinção entre corpo e homem inaugurava uma ontologia na qual o primeiro deslizava para fora da noção de pessoa numa ruptura axiológica onde um outro sistema dicotômico teve lugar (MARTIN, 1995).

Neste cenário, o corpo se tornou alvo das tecnologias políticas desenvolvida no século XVII e XVIII tais como a disciplina. Assim, no contexto de um registro anátomo-metafísico cartesiano somado a um registro técnico-político representado pelos regulamentos institucionais e procedimentos empíricos de controle e correção das operações corpóreas, o corpo-máquina emergiu como uma redução materialista da alma e uma teoria geral de adestramento (LE BRETON, 2016c). Contudo, esta noção não se sustentou

hegemonicamente na contemporaneidade e foi acompanhada pelo surgimento de visões alternativas como as desenvolvidas por Maurice Merleau-Ponty e Roberto Esposito.

Por certo, o advento da *Gestalt* no início do século XX trouxe uma compreensão do corpo contrária à visão tradicional. Ao entender a percepção a partir da noção de campo, esse novo saber se tornou fundamento para um conhecimento inédito sobre o corpo. Nele, este ente deixou de intermediar consciência e mundo para se tornar a base do sujeito. É no diálogo com essa abordagem que a compreensão merleau-pontiana do corpo foi idealizada (DENTZ, 2008; NÓBREGA, 2008; COSTA, 2015; SANTOS, 2020).

A fenomenologia merleau-pontiana se diferencia do empirismo sobretudo por não aspirar a nenhuma teoria do conhecimento visto que seu sujeito não é definido pela cognição como o sujeito cartesiano, é antes o eixo do mundo vivido (FURLAN, 2011; MATHEWS, 2011; SANTOS, 2020). Por considerar o ato de viver no mundo anterior ao ato de conhecê-lo, o corpo merleau-pontiano resgata parcialmente o antigo enraizamento descartado pelo saber moderno. Conseqüentemente, aquele sujeito da percepção identificado tradicionalmente como uma consciência ou um conhecedor categorial *a priori* dá lugar a uma posição subjetiva (SANTOS, 2020), isto é, a um vivente com habilidade para produzir uma história e caracterizado por suas capacidades e projetos: o corpo próprio (DENTZ, 2008; MATHEWS, 2011; SANTOS, 2020).

Este corpo próprio é uma “síntese corporal” resultante da relação corpo-outro-mundo que supera a concepção representacionista tradicional porquanto é entendido em termos de engajamento. Com efeito, longe de ser um “depósito” do espírito vassalo da percepção, o corpo próprio é a fonte perceptiva originária do mundo mediante a qual são produzidos os significados. Assim, ele se torna o modo mais importante de ajustamento do sujeito ao seu mundo. Um ajuste de caráter originário e antepredicativo que prescinde da mediação por ações mecanicistas e racionalizantes e que revela um modo integrado entre o eu e o mundo (MATHEWS, 2011; AZEVEDO & CAMINHA, 2015; COSTA, 2015; SANTOS, 2020).

Disto pode-se depreender que se perde o contato com o corpo próprio quando se passa a percebê-lo como “corpo objetivo” (COSTA, 2015). Logo, quando deixa sua posição subjetiva (SANTOS, 2020) e se torna uma representação tal qual a imagem do corpo da ciência e da política, o homem passa a existir numa generalidade que prejudica sua manifestação na qualidade de vivente (AZEVEDO & CAMINHA, 2015). É neste contexto que se pode dizer que o corpo humano transita entre os modos “pessoa” e “objeto” em sua relação com o outro e com o mundo (NÓBREGA, 2014; VERÍSSIMO, 2014; AZEVEDO & CAMINHA, 2015) e é neste ponto que o pensamento merleau-pontiano se articula às ideias

espositanas sobre a organização da experiência humana em sociedade por meio da separação dos entes em pessoas e coisas no mundo da vida, onde se assenta a nossa convicção naturalizada de que somos pessoas (ESPOSITO, 2016a).

Entretanto, quando se leva em consideração a dimensão do corpo no contexto dessa cisão pode-se constatar sua inadequação às duas categorias devido ao excesso (ESPOSITO, 2016b) expresso na ambiguidade de sua existência (COSTA, 2015; MERLEAU-PONTY, 2015b; SANTOS, 2020). Portanto, o corpo entendido como corpo próprio é uma permanência absoluta que fundamenta e estabiliza a permanência relativa dos outros corpos no espaço e o vínculo entre pessoa e coisa, isto é, ele é uma síntese (MERLEAU-PONTY, 2015b; ESPOSITO, 2016a). É a partir dessa síntese que o corpo próprio se revela como o modo de resgate da ligação perdida entre coisa e pessoa no pensamento ocidental dos últimos dois milênios (ESPOSITO, 2016b).

O corpo próprio do ACS enquanto trabalhador da APS

O corpo como representação apresenta um vínculo importante com a política moderna. Esta se deslocou das categorias jurídicas quando passou a converter a vida em seu objeto (ESPOSITO, 2016b). De fato, ao transformar o corpo dos indivíduos e das populações em objeto de interesse, a economia da verdade política se utilizou de metáforas para adequar a ordem estatal a uma dada sociedade. Foi assim por exemplo que a metáfora jurídico-política do corpo social se tornou útil à manutenção do poder soberano e ao desenvolvimento da biopolítica e da Saúde Pública. Neste sentido, é importante refletir sobre os contextos do saber e do poder aos quais o homem vem sendo submetido no domínio das políticas públicas, sobretudo no âmbito da Saúde Pública, particularmente na APS. Isto porque as ações em saúde na APS se dão predominantemente no corpo a corpo entre os usuários e seus trabalhadores, mormente no caso do ACS. Tal fato pode se revelar uma ferramenta útil para a abordagem do cotidiano desse trabalhador.

Sabe-se que a APS é um conjunto de ações em saúde desenvolvidas e organizadas para resolver as demandas de uma dada população. Pensada como o primeiro nível de atenção, sua importância está na resolutividade de problemas de saúde comuns no cotidiano. Efetivamente, os pontos de atenção representados pelas unidades básicas de saúde (UBS) funcionam como o primeiro contato dos usuários e, apesar de sua baixa densidade tecnológica, são essenciais para o funcionamento e organização do cuidado em toda RAS (BRASIL, 1997, 2006, 2010, 2017; ROSA & LABATE, 2005).

A importância das UBS reside sobretudo na incorporação da ESF como fundamento de gestão e das ações em saúde. Baseada na lógica da vigilância à saúde e centrada na promoção, na qualidade e na defesa da vida do cidadão, a ESF é uma alternativa ao antigo modelo assistencial tecnicista e hospitalocêntrico (BRASIL, 1997, 2017; ROSA & LABATE, 2005) e um campo fértil para a produção de novas formas de trabalho e da relação trabalhador-usuário (BRASIL, 1997, 2017).

É neste contexto que entra o ACS pelas características de suas atribuições. Com efeito, ele é o profissional da ESF mais propenso em interagir com os usuários em seus espaços de vida, conhecendo e identificando suas particularidades e idiosincrasias. Esta proximidade entre ambientes de trabalho e domiciliar, o papel de mediador e o elo entre o saber popular e o saber comunitário, expõem este trabalhador a uma dinâmica laboral peculiar que o torna suscetível a condições que podem influenciar sua qualidade de vida e impactar negativamente sua saúde (BRASIL, 1997; GOMES *et al*, 2009; WAY & CARVALHO, 2009; MASCARENHAS *et al*, 2013; HOPPE *et al*, 2017).

Grande parte dos ACS trabalha em circunstâncias de agravo à saúde da população que excedem suas responsabilidades profissionais e sua capacidade resolutiva. Exercendo suas tarefas numa posição paradoxal onde existe uma tensão entre as necessidades de saúde da população e as limitações técnico-administrativas que diminuem a efetividade de suas ações, ele se encontra numa situação geradora de sofrimento (ROSA *et al*, 2012). Efetivamente, seu cotidiano é atravessado por inúmeros desafios que, conjugados à pouca capacitação para resolutividade, excesso de atribuições e carga de trabalho, perda da especificidade de suas ações, exposição a riscos socioambientais, remuneração inadequada, instabilidade trabalhista e conflitos nos relacionamentos usuário-trabalhador, enriquecem o rol de fatores causadores de sofrimento (SANTOS *et al*, 2016; HOPPE *et al*, 2017). Em conjunto, estes fatores produzem um sentimento de insegurança no seu exercício profissional, sobretudo quando se leva em consideração as mudanças estruturais na PNAB propiciadas pela revisão de encargos e deveres dos profissionais de saúde na atual conjuntura política (BRASIL, 2017).

Ademais, sabe-se que o exercício profissional em saúde é caracterizado por uma alta demanda psíquica principalmente na realização de tarefas que exigem responsabilidade, decisão sob pressão e contato com situações estressantes. Podem-se citar vários trabalhos abordando a questão do sofrimento do ACS que demonstraram o seu desenvolvimento de quadros de ansiedade e depressão por fatores de ordem ocupacional (NASCIMENTO & DAVID, 2008; WAY & CARVALHO, 2009; ROSA *et al*, 2012; MASCARENHAS *et al*,

2013; ALCANTARA & ASSUNÇÃO, 2016; SANTOS *et al*, 2016; SANTOS; HOPPE; KRUG, 2018; PEREIRA *et al.*, 2018). Com efeito, a sobrecarga física e mental resultante da falta de limites entre o ambiente do trabalho, suas exigências e os problemas relativos ao local de moradia, como as situações crescentes de violência, a diminuição das condições de segurança, somadas à precarização salarial e dos direitos trabalhistas e à baixa disponibilidade de recursos em saúde influenciam negativamente a percepção de saúde do ACS (NASCIMENTO & DAVID, 2008; WAY & CARVALHO, 2009; MASCARENHAS *et al*, 2013).

Além disso, a natureza da atuação do ACS que aproxima sua vida e seu trabalho na mesma comunidade é um fator que impacta sua qualidade de vida, principalmente por corromper o espaço existente entre o labor e o viver, caracterizando uma fonte adicional de sofrimento (JARDIM & LANCMAN, 2009; WAY & CARVALHO, 2009; HOPPE *et al*, 2017). Neste contexto, vale ressaltar que seu trabalho requer certa autonomia para a resolução dos problemas locais e para a reflexão sobre o contexto nos quais tais problemas são produzidos. Apesar dessa autonomia ser um aspecto positivo para o processo de trabalho, quando somada à posição mediadora do ACS, pode se tornar fonte de sofrimento devido à falta de suporte necessário para a realização das ações em saúde, acrescida de possíveis conflitos entre seu saber tradicional e o saber científico por trás das ações.

Portanto, pode-se depreender que em termos gerais as políticas públicas falham em resguardar o ACS no contexto de seu trabalho. Em certo sentido, isto ocorre porque há uma defasagem inevitável entre o âmbito de seus discursos e o mundo vivido desse trabalhador. Em outros termos, o domínio do corpo próprio não é adequadamente alcançado pelo léxico das políticas públicas, o que pode contribuir para o distanciamento da implementação de práticas de gestão e das ações em saúde no cotidiano dos usuários e trabalhadores da saúde, como no caso do ACS.

Esse distanciamento é ainda reforçado pelos reflexos do apagamento ritualizado do corpo tanto no domínio das políticas públicas como na dimensão do trabalho, isto é, pela tendência à reificação do ACS e sua restrição enquanto “pessoa”. Em outros termos, tanto o trabalho do ACS como sua posição subjetiva (LE BRETON, 2016a) se “apagam” dentro do discurso oficial, o que poderia ser dirimido ao se articular a noção de corpo próprio ao conceito ergonômico de “trabalho real”. Por trabalho real entende-se a ação que escapa à esfera abstrata e genérica da concepção dos serviços e se revela quando os trabalhadores têm “poucas oportunidades de se posicionarem sobre as regras e experimentarem o processo para verificar as dificuldades ou problemas em sua operação” (ALONSO, 2017, p. 59). Logo, o

trabalho real não consegue ser alcançado pelo poder discursivo do enunciado oficial por consistir-se no conjunto de ações que ocorre num determinado momento visando um dado objetivo, mas que resiste ao registro normativo por ser pura ação (ALONSO, 2017).

Com efeito, estudo realizado analisando o trabalho real do ACS (ALONSO, 2017) revelou o desenvolvimento de sofrimento desse trabalhador manifestado em quadros de estresse nas situações em que vivenciou sentimento de impotência por falta de controle em um ou mais cenários laborais, devido ao excesso de demandas e de responsabilidades pouco definidas, a inexistência de espaço e investimento adequados para o desenvolvimento de suas capacidades, além do sentimento de insegurança no exercício profissional e no viver em áreas periféricas e de favelas (REGO, 1999; ALONSO, 2017). Ademais à falta de controle, a abordagem do trabalho real ainda revelou que o ACS experimenta a perda de significado do conteúdo de sua tarefa, bem como a correlativa sensação de inutilidade das suas ações devido principalmente à divisão do processo de trabalho na eSF e ao ritmo laboral intenso que o sobrecarrega e promove o auto-estranhamento e o isolamento social uma vez que rotineiramente surgem dificuldades para o trabalho coletivo. Incluem-se ainda nesse horizonte, os casos de assédio moral ou qualquer outro tipo de violência no trabalho, a necessidade de se contornar as situações do trabalho devido à falta de infraestrutura ou outros recursos adequados para sua execução minimamente satisfatória e a ausência de suporte da gestão ou de seus superiores ou parceiros (REGO & PALACIOS, 2020).

Sendo assim, em nosso entendimento a articulação entre o corpo próprio e o trabalho real poderia contribuir para a problematização do trabalho em saúde no âmbito das políticas públicas na APS. Efetivamente, tal articulação se revela uma ferramenta alternativa que poderia potencializar o alcance do cotidiano do cuidado produzido por trabalhadores como o ACS pelo léxico jurídico e contribuir para a abertura de horizontes de interpretação das políticas públicas em saúde, bem como fornecer subsídios para o debate político e institucional.

Considerações finais

A partir de um breve esboço do desenvolvimento ocidental da noção de corpo, pretendeu-se enfatizar seu caráter cultural através da explanação de suas definições no desenvolvimento das sociedades, salientando o desgaste de seu enraizamento simultaneamente ao engendramento institucional do retraimento em si e a redução do homem cósmico ao corpo racional. Tal fenômeno foi seguido pela transformação da natureza num modelo matemático e na conversão do corpo numa espécie de máquina dócil aos dispositivos políticos modernos.

Todavia, a noção mecanicista do corpo não se sustentou e visões alternativas como a noção de corpo próprio surgiram na primeira metade do século XX.

O corpo próprio substituiu a concepção representacionista do homem e possibilitou uma nova referência perceptiva e semântica do mundo, além de se tornar também útil como ferramenta no resgate da ligação perdida entre coisas e pessoas. Tal constatação favorece a compreensão dos contextos do saber e do poder aos quais o corpo humano vem sendo submetido no domínio da Saúde Pública e que estão envolvidos na produção de sofrimento em trabalhadores da saúde como o ACS, principalmente quando se considera sua proximidade com a população assistida, o que o expõe constantemente a situações às quais ele não dispõe de amparo legal e profissional adequados.

De fato, há um descompasso entre o léxico das políticas públicas e a vivência do trabalho em saúde. Em parte, tal desalinhamento é reflexo da codificação jurídica moderna que apresenta uma tendência em reificar o vivente na posição de objeto de direito, o que pode ser corroborado pelas políticas públicas ao utilizarem o termo “ator” ou “agente social” para designar uma dada categoria de trabalhador da saúde. Aliás, o enfoque nas ações em saúde obtido pela primazia desses termos tende a se sobrepor ao trabalhador enquanto vivente e ao cotidiano do seu trabalho real que ficam subsumidos ao poder discursivo dessas políticas e pendem à abstração.

Neste sentido, tencionou-se articular a noção fenomenológica de corpo próprio ao conceito ergonômico de trabalho real visando uma reflexão sobre a figura do ACS como um “trabalhador-sujeito” no âmbito das políticas públicas dedicadas à APS. Isto porque entendemos que o discurso oficial não é capaz de alcançar o horizonte e a complexidade do cotidiano de seu trabalho, o que pode ser remediado quando se leva em consideração o ACS como “trabalhador-sujeito”, isto é, quando se resgata a dimensão do corpo próprio no contexto do seu trabalho real.

Por último vale ressaltar que este estudo não pretendeu apresentar uma revisão consolidada sobre o tema do corpo, mas apenas favorecer sua discussão e refletir sobre a figura do ACS na APS. Neste sentido, consideramos que essas linhas possam se constituir numa contribuição incipiente para a abertura de horizontes de interpretação das políticas públicas em saúde, bem como fornecer subsídios para o debate político e institucional em torno da articulação entre os atores envolvidos no cuidado, sua vida e seu trabalho. Efetivamente, esta estratégia se revela uma ferramenta auxiliar no acesso ao cotidiano dos trabalhadores de saúde.

Referências

- ALCANTARA, Marcus Alessandro de; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 41, e2, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100202&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020. Epub 22-Ago-2016. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000106014>.
- ALONSO, Carolina Maria do Carmo. **O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na concepção de Projetos Terapêuticos Singulares na perspectiva dos conceitos Mundos Profissionais e Mundo Comum**. 2017. 230 f. Tese (Doutorado em engenharia de produção) - UFRJ/COPPE, Rio de Janeiro, 2017.
- ARÁN, Márcia; PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 849-857, out. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020. Epub 04-Jun-2007. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000038>.
- AZEVEDO, Denis de Souza; CAMINHA, Iraquitan de Oliveira. Ser no mundo, mundo vivido e corpo próprio segundo Merleau-Ponty. **Dialektiké**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 15-37, jun. 2015. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/dialektike/article/view/3009>. Acesso em: 17 jul. 2020. doi: <https://doi.org/10.15628/dialektike.2015.3009>.
- BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Ministério da Saúde. [1997]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 9 jul. 2020.
- BRASIL. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF. [1999]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3189.htm. Acesso em: 21 jun. 2020.
- BRASIL. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. Brasília, DF. [2001]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.
- BRASIL. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF. [2002]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/atencao-asauade/arquivo/1398/normatizacoes>. Acesso em: 21 jun 2020.
- BRASIL. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, mar. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292003000100013>.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. [2006]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 8 mar. 2020.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. [2010]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 24 jun. 2020.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, DF. [2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 8 jul. 2020.

COSTA, Sâmara Araújo. O corpo como ser no mundo na fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty. **Pensar-Revista Eletrônica da FAJE, Belo Horizonte**, v. 6, n. 2, p. 267-279, 2015. Disponível em: <http://faje.edu.br/periodicos/index.php/pensar/article/view/3429>. Acesso em: 17 jul. 2020.

DENTZ, René Armand. Corporeidade e subjetividade em Merleau-Ponty. **Intuitio**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 296-307, nov 2008. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/intuitio/article/view/4238/3356>. Acesso em: 3 out 2020.

ESPOSITO, Roberto. Introdução. In: ESPOSITO, Roberto. **As pessoas e as coisas**. 1ª edição. São Paulo: Rafael Zamperetti Copetti Editor Ltda. 2016a. p. 1-13.

ESPOSITO, Roberto. Corpos. In: ESPOSITO, Roberto. **As pessoas e as coisas**. 1ª edição. São Paulo: Rafael Zamperetti Copetti Editor Ltda; 2016b. p. 84-124.

FURLAN, Reinaldo. Carne ou Afecto: fronteiras entre Merleau-Ponty e Deleuze-Guattari. **Dois pontos**, [S.I.], v. 8, n. 2, out. 2011. ISSN 2179-7412. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/doisPontos/article/view/21513>. Acesso em: 17 jul. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/dp.v8i2.21513>.

GOMES, Karine de Oliveira; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; MITRE, Sandra Minardi; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo . A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 744-755, dez. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000400017>.

HOPPE, Ariane do Santos; SANTOS, Amanda Corrêa dos; WEIGELT, Leni Dias; ALVES, Luciane Maria Schmidt; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. O contexto de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde: a relação do conteúdo do trabalho com variáveis sociodemográficas. **Revista Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 1, p. 60-73, jan. 2017. ISSN 2237-048X. Disponível em:

<https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/9301/6114>. Acesso em: 17 jul. 2020. doi: <https://doi.org/10.17058/rjp.v7i1.9301>.

JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, mar. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100011>.

LE BRETON, David. O inapreensível do corpo. In: LE BRETON, David. **Antropologia do Corpo**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2016a. p. 15-34.

LE BRETON, David. As fontes de uma representação moderna do corpo: o homem anatomizado. In: LE BRETON, David. **Antropologia do Corpo**. Petrópolis: Vozes, 2016b. p. 35-76.

LE BRETON, David. As fontes de uma representação moderna do corpo: O corpo-máquina. In: LE BRETON, David. **Antropologia do Corpo**. Petrópolis: Vozes; 2016c. p. 77-100.

MARTIN, DALE B. The Resurrected Body. In: MARTIN, DALE B. **The Corinthian Body**. New Haven, CT and London: Yale University Press, 1995. p. 104-136.

MASCARENHAS, Claudio Henrique Meira; PRADO, Fabio Ornellas; FERNANDES, Marcos Henrique. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1375-1386, mai. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500023>.

MATHEWS, Eric. **Compreender Merleau-Ponty**. 2ª edição. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011. (Série Compreender).

MERLEAU-PONTY, Maurice. O corpo como objeto e a fisiologia mecanicista. In: MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. 4ª edição. São Paulo, SP: Editora WMF Martins Fontes; 2015a. p. 111-132.

MERLEAU-PONTY, Maurice. O corpo como expressão e fala. In: MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes Ltda; 2015b. p. 237-278.

NASCIMENTO, Guilherme de Moraes; DAVID, Helena Maria Sherlowski Leal. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 550-556, 2008. Disponível

em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a16.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

NÓBREGA, Terezinha Petrucia da. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 13, n. 2, p. 141-148, ago. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2008000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2008000200006>.

NÓBREGA, Terezinha Petrucia da. Corpo e natureza em Merleau-Ponty. **Movimento (ESEFID/UFRGS)**, Porto Alegre, p. 1175-1196, maio 2014. ISSN 1982-8918. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/42753/31605>. Acesso em: 17 jul. 2020. doi: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.42753>.

OLIVEIRA, Arleusson Ricarte de; CHAVES, Ana Elisa Pereira; NOGUEIRA, Jordana de Almeida; SÁ, Lenilde Duarte de Sá; COLLET, Neusa. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, 8 abr. 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9511>. Acesso em: 17 jul. 2020.

PEREIRA, Amanda Maria; JUCÁ, Adriana Lobo; LIMA, Ivo de Andrade; FACUNDES, Vera Lucia Dutra; FALCÃO, Ilka Veras. A qualidade de vida do agente comunitário de saúde e possíveis contribuições da terapia ocupacional. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 784-796, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102018000400784&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1254>.

REGO, Marisa Palacios da Cunha e Melo de Almeida. **Sofrimento psíquico e trabalho: um estudo de caso sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores e suas relações com o trabalho de caixa em uma grande empresa estatal bancária**. 1999. 156 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) —Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

REGO, Sergio; PALACIOS, Marisa. Saúde mental dos trabalhadores de saúde em tempos de coronavírus. **Informe ENSP**. Rio de Janeiro, 30 mar. 2020. p. 1.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 17 jul. 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>.

ROSA, Alcindo José; BONFANTI, Ana Letícia; CARVALHO, Cíntia de Sousa. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n.1, p.141-152, mar. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100014>.

SANTOS, Renato dos. Anonimato e familiaridade: a ambivalência da existência segundo Merleau-Ponty. In: SILVA, Manuel Moreira da; SANTOS, Renato dos (Org). **Filosofia, Teoria da Consciência e Psicanálise** [Internet]. Porto Alegre, RS: Editora FI, 2020. p. 121-138. Disponível em: <https://www.editorafi.org/35psicanalise>. Acesso em: 12 mar 2020.

SANTOS, Francisca Aline Arrais Sampaio; SOUSA, Layne de Paiva; SERRA, Maria Aparecida Alves de Oliveira; ROCHA, Fabrício Augusto Chaves. Fatores que influenciam na qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 191-197, abr. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000200191&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600027>.

SANTOS, Amanda Corrêa dos; HOPPE, Ariane dos Santos; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280403, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000400602&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020. Epub fev 25, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280403>.

SILVA, Livia Gomes; ALVES, Marcelo da Silva. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 74-84, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14179>. Acesso em: 17 jul. 2020.

VERISSIMO, Danilo Saretta. Percepção e impercepção: a experiência sensível na tradição fenomenológica. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, p. 211-220, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472014000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1982-1247201400020010>.

WAI, Mey Fan Porfírio; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégia de enfrentamento. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 563-568, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a19.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2020.

APÊNDICE 4: Artigo 4. Reflexões bioéticas sobre vulneração e proteção do trabalhador em saúde

Resumo

Propõe-se refletir sobre o trabalho na atenção primária à saúde, especificamente o do agente comunitário de saúde, à luz do princípio de proteção. Para tanto, busca-se introduzir a noção de vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração tendo o conceito fenomenológico de corpo próprio como eixo de análise. Em seguida, pretende-se articular a ideia de corpo próprio à de proteção e vulneração no âmbito do trabalho na atenção primária à saúde mediante uma investigação bibliográfica alicerçada nos marcos teóricos de Kottow, Schramm, Esposito e Merleau-Ponty. Com base nessa articulação, intenta-se pensar como as características do trabalho do agente comunitário de saúde repercutem na sua vulneração. Em nosso entendimento, as particularidades e as demandas inerentes ao cotidiano laboral desse trabalhador incorrem na degradação de suas condições de vida e na produção de sofrimento, o que são requisitos relevantes para considerá-lo paciente moral em potencial no âmbito da Bioética de Proteção.

Palavras-chave: Temas bioéticos. Corpo humano. Saúde pública. Agentes comunitários de saúde.

Resumen

Se propone reflexionar sobre el trabajo en atención primaria de salud a la luz del principio de protección. Para eso, buscamos introducir la noción de vulnerabilidad, susceptibilidad y vulneración, y considerando el concepto fenomenológico del cuerpo propio como eje de análisis. Luego, se pretende articular la idea de un cuerpo propio aquella de protección y vulneración en el ámbito del trabajo en atención primaria de salud a través de una investigación bibliográfica basada en los marcos teóricos de Kottow, Schramm, Esposito y Merleau-Ponty. Con base en esta articulación, pretendemos pensar cómo las características del trabajo del agente de salud comunitario afectan su vulneración. A nuestro entender, las particularidades y demandas inherentes al trabajo diario de este actor conducen a la degradación de sus condiciones de vida y a la producción de sufrimiento, requisitos relevantes para considerarlo un paciente moral potencial dentro del alcance de la Bioética de Protección.

Palabras-clave: Discusiones bioéticas. Cuerpo humano. Salud pública. Agentes

comunitarios de salud.

Abstract

The aim of this article is to reflect on the work in primary health care based on the principle of protection. For this purpose, we introduce firstly the notion of vulnerability, susceptibility, vulneration and eventually the phenomenological concept of own-body as an axis of analysis. Then, we intend to articulate the idea of own-body to the conception of protection and vulneration in the scope of work in primary health care through a bibliographic investigation based on the theoretical frameworks of Kottow, Schramm, Esposito and Merleau-Ponty. Based on this articulation, we intend to think about how the characteristics of the community health agent's work affect their vulneration. In our understanding, the particularities and demands inherent to these worker's daily work incur the degradation of theirs living conditions and the production of suffering, which are relevant requirements to consider them as potential moral patients in the scope of the Bioethics of Protection.

Keywords: *Bioethical issues. Human body. Public health. Community health workers.*

Introdução

Em termos gerais, pode-se dizer que a bioética é uma disciplina nova surgida a partir da preocupação com os problemas emergentes na vida contemporânea e que não estão restritos à prática médica e aos cuidados em saúde, mas, sim, relacionados à concepção ampliada de saúde, o que inclui a preocupação com a vida em sentido amplo e com o meio ambiente. Portanto, a bioética se volta para a análise dos argumentos morais a favor ou contra determinadas práticas humanas que afetam direta ou indiretamente a qualidade de vida, o meio ambiente e o bem-estar dos homens e dos demais seres vivos com o intuito de se construir subsídios suficientemente cogentes para a tomada de decisão. Neste sentido, ela é um campo do saber que funciona como uma ponte para a superação das dicotomias entre o âmbito individual e o coletivo, bem como entre a clínica e a Saúde Pública^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}.

Apesar de ser uma disciplina nova, a bioética se divide em diferentes abordagens conforme os critérios utilizados por cada uma delas para fundamentar a tomada de decisão. Por este ângulo, e de acordo com os pesquisadores Miguel Kottow e Fermin Roland Schramm e com a Unesco em sua *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* de 2005, pode-se afirmar que há uma justificação razoável para a adoção da proteção como um princípio universal, isto é, como um critério ou um “princípio de proteção” apto a nortear

as análises e tomada de decisão em bioética^{7,8,9,10,11,12,13}.

Sendo assim, ao se levar em consideração uma bioética baseada no princípio de proteção torna-se importante salientar a distinção funcional entre noções tais como vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração. Por esta perspectiva, tem-se que a vulnerabilidade, como *conditio humana*, se vincula à justiça universal e tende a exigir a proteção de todos os cidadãos sem exceção^{10,12,14}, o que pode ser observado, por exemplo, na formulação e estabelecimento dos direitos humanos universais como uma expressão da reivindicação legítima dos cidadãos pela proteção da vulnerabilidade individual assegurada pelo Estado. Em princípio, estes direitos são garantias no âmbito político que formam uma espécie de barreira protetora¹⁵. Já na dimensão do cuidado, a proteção da vulnerabilidade orgânica é desempenhada pelas ações em Saúde Pública voltadas para o aumento da resistência humana aos danos corporais e para o desenvolvimento de ambientes físicos e sociais salutarres. Neste sentido, a principal tarefa da Saúde Pública está no esforço em desenvolver programas de prevenção e vigilância visando alcançar a todos os indivíduos com interesse de se preservar sua integridade, dignidade e reduzir a vulnerabilidade¹⁵.

No que concerne à suscetibilidade, vale ressaltar que é contada entre as virtudes sociais da conscientização e da percepção do dano, de modo que as ações sociais voltadas para sua remediação necessariamente demandam uma maior especificação. Em outras palavras, os seres humanos podem se tornar suscetíveis de modo variável e peculiar e em circunstâncias específicas, o que significa que existem determinados estados de privação que requerem uma sensibilidade diferenciada. Tal atitude ética toma a forma de ações baseadas nas virtudes sociais do cuidado e da assistência e que devem ser desenhadas e aplicadas no domínio da promoção da saúde e visando os indivíduos suscetíveis¹⁴.

Este também é o caso da vulneração, na qual o cuidado e a assistência são acionados de modo específico quando o cenário aponta para uma tal degradação nas condições de vida de um indivíduo ou coletividade que ameaça sua sobrevivência e prejudica o desenvolvimento de sua competência e capacidades de maneira a inviabilizar o alcance de uma vida objetiva e subjetivamente digna. Assim, há a necessidade da interferência externa por meio de ações protetivas que oportunizem o resgate da vulnerabilidade original^{7,12,16}.

Neste sentido, a doença é um modelo paradigmático para a compreensão da suscetibilidade e da vulneração; isto porque além de ser a forma mais frequente de suscetibilidade a afetar os indivíduos, é uma metáfora da obstrução à busca de outros bens e interesses, visto que o dano instalado tende a desencadear uma série de privações e predisposições a danos futuros. Assim, a partir da imagem do corpo enfermo é possível

compreender a realidade daqueles grupos humanos que apresentam sua vulnerabilidade “rebaixada”, isto é, que se encontram historicamente privados de direitos fundamentais e expostos a condições iníquas tais como a pobreza, desigualdade e exclusão¹⁵.

Destarte, é por meio da distinção relevante entre vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração que emerge uma exigência ética a reivindicar os direitos humanos universais na proteção das populações. Não apenas isto, mas também a pleitear a instauração de ações protetivas específicas que almejem cuidar dos indivíduos suscetíveis e dos que já se encontrem em situação de vulneração. Portanto, é no âmbito das práticas voltadas para a proteção dos indivíduos e grupos notadamente suscetíveis e vulnerados que foi pensada uma ética de responsabilidade social nos moldes da Bioética de Proteção.

A Bioética de Proteção e o corpo próprio do trabalhador em saúde

De modo geral, a Bioética de Proteção pode ser considerada um paradigma para a compreensão e resolução justificada dos conflitos morais na Saúde Pública, por meio da descrição e análise desses conflitos da maneira mais racional e imparcial possível e buscando resolvê-los de forma normativa mediante ferramentas capazes de ordenar comportamentos adequados e proibir aqueles considerados incorretos. Assim, as abordagens bioéticas assentadas no princípio de proteção pretendem garantir a proteção das coletividades *pari passu* à consecução de cada projeto de vida, o que demonstra sua relevância ao desafio de lidar com a tensão entre os contextos individual e coletivo na Saúde Pública^{8,12,16}.

Pode-se depreender então que a Bioética de Proteção se ocupa da proteção em dois níveis, ou em duplo sentido, ao pretender garantir o acesso a um padrão de assistência em saúde que seja razoável e disponível para todos e simultaneamente harmônico com o desenvolvimento das capacidades individuais. Em outros termos, a proteção da saúde de todos não deve excluir a garantia da proteção das liberdades fundamentais de cada um. Portanto, cabe à Bioética de Proteção compreender e analisar criticamente conflitos neste nível no intuito de fornecer argumentos pertinentes que subsidiem a legitimidade da prescrição ou proscrição das ações individuais, estabelecendo pontos de convergência entre a justiça social e as liberdades individuais^{8,12,16,17}.

Neste ponto, vale ressaltar que o campo da Saúde Pública também pode ser compreendido como uma “tecnologia científico-política” em constante tensão entre duas maneiras de operar fundamentalmente opostas, uma totalizante e outra individualizante¹⁸. Melhor dizendo, há uma tendência da dimensão política da Saúde Pública em subsumir-se nas práticas em saúde dos indivíduos viventes, uma vez que as ações preconizadas pela

Saúde Pública buscam resultados que tendem a coincidir com os parâmetros biológicos dos indivíduos para os quais elas se destinam^{18,19}. Por esse ângulo, pode-se inferir que há uma tendência de unificação entre a esfera política e a biologia por intermédio do corpo dos indivíduos²⁰.

Com efeito, a concepção de corpo é cultural e continuamente reformulada e redefinida em suas fronteiras e seu significado simbólico, variando em relação aos contextos econômicos, históricos, políticos e sociais^{20,21,22}. Logo, a tensão entre o individual e o coletivo presente no campo da Saúde Pública reverbera diretamente na dimensão do corpo dos indivíduos. Isto pode ser constatado, por exemplo, nas campanhas de vacinação, sobretudo nos países em desenvolvimento, onde a cobertura vacinal da população tende a recair sobre a responsabilidade dos cidadãos de modo que a manutenção da saúde do corpo individual pende para um dever do sujeito e um direito do Estado, caso medidas protetivas não sejam aplicadas¹⁹.

Esta tensão entre o âmbito individual e coletivo também é encontrada na análise biopolítica espositana da origem etimológica das palavras comunidade e imunidade, onde o termo “*múnus*” indica o que deve ser dado, um encargo ou obrigação, isto é, uma “impropriedade” do indivíduo frente ao coletivo. Nesta perspectiva, *communitas* corresponde a grupos de pessoas ligadas por um débito ou um dever, ao passo que *immunitas* tem o sentido de isenção de obrigação ou do dever para com o outro²³. Em última instância, este dever para com o coletivo que está implícito na origem da palavra comunidade incide sobre o domínio do qual os indivíduos não são capazes de se esquivar, isto é, sobre seus próprios corpos. Isto reforça a alegação anterior de que o âmbito político da Saúde Pública acaba por se precipitar no contexto do corpo dos indivíduos^{18,19,20}.

Diante desse entendimento, torna-se relevante introduzir o conceito fenomenológico segundo o qual o corpo é a fonte perceptiva originária e referencial para o mundo: o corpo próprio. Isto é, um corpo antepredicativo que prescinde da mediação por ações mecanicistas e racionalizantes para a produção de significados e que manifesta a integração entre o eu e o mundo vivido^{24,25,26}. Em outras palavras, o corpo próprio é o corpo-como-sujeito ou o ser no mundo, uma existência na dimensão da experiência. Sob este ponto de vista, só há um sujeito na medida em que ele é um corpo, isto porque suas relações com o outro e com o mundo necessariamente são estabelecidas quando ele é corporeidade²⁷.

Por corporeidade se compreende a vinculação coextensiva entre corpo e mundo, ou melhor, o mundo como a extensão da experiência e a dimensão onde o homem existe através dos sentidos produzidos continuamente por seu corpo²⁸. Portanto, pode-se inferir que o corpo

próprio aponta para uma experiência que, longe de ser própria, é eminentemente comum ao homem. Em outros termos, a trivialidade do corpo próprio ultrapassa o sentido óbvio de que todo homem e mulher possuem um corpo e revela que o que é característico de seus corpos não é seu núcleo pessoal, mas, sim, seu aspecto de impessoalidade. Isto significa dizer que o corpo próprio, na qualidade de indivíduo, tem um valor ético que não só está além da categoria de coisa, mas também transcende a categoria de pessoa²⁹.

Portanto, há uma articulação entre o corpo dos indivíduos e o valor ético no campo da Saúde Pública que nos remete ao domínio da bioética. Como visto anteriormente, a bioética se volta para as questões morais que se propõe descrever adequadamente por meio de metodologias apropriadas e, posteriormente, prescrever as melhores condutas baseadas no ponto de vista do sujeito suficientemente racional e autônomo para tomar decisões. Esta proposição se baseia no pressuposto de que o sujeito racional é, em princípio, capaz de realizar julgamentos morais. Tal capacidade se desenvolve à medida em que as características e as oportunidades de sua interação com seu meio são ofertadas. De forma geral, isto significa dizer que há um desenvolvimento do julgamento individual que inicialmente se respalda em razões heterônomas com prioridade para interesses egoísticos, mas que é gradativamente substituído pelo julgamento alicerçado em razões autônomas baseadas em princípios éticos universais. Nesse movimento, as condições e oportunidades de interação do sujeito com o coletivo são determinantes para as mudanças que ocorrem no âmbito da vida cotidiana. Esta é uma das vias para a compreensão da bioética como estratégica para a detecção, análise e resolução dos conflitos morais provenientes da tensão entre a saúde do indivíduo e do coletivo, particularmente na esfera da atenção primária à saúde (APS)³⁰.

Assim, a existência de espaços que possibilitem o empoderamento dos sujeitos no âmbito do SUS, aliados às condições e oportunidades de interação do indivíduo com o coletivo são determinantes para as mudanças na vida cotidiana e imprescindíveis para os avanços na qualidade de serviços. Esta perspectiva é uma das intenções originais da Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada um campo propício para a transformação do modelo brasileiro de atenção à saúde³⁰.

De fato, uma das características que mais influenciam o trabalho na APS é sua proximidade com a população assistida, de modo que as ações em saúde oferecidas pelas equipes multidisciplinares da ESF se diferenciam da prática profissional nos demais pontos da rede de atenção em saúde (RAS). Efetivamente, esses profissionais vão ao encontro do usuário e de sua família para realizar e desenvolver, junto e com eles, o cuidado preconizado pela política nacional de atenção básica (PNAB). Isto significa dizer que a ESF busca

oferecer uma assistência integral, longitudinal, humanizada e de qualidade, a partir da reorganização das ações em saúde e com foco nas famílias adscritas a um determinado território referenciado por uma unidade básica de saúde (UBS). Além disso, a ESF reconhece tanto a importância de fatores ambientais e das relações sociais no processo de adoecimento quanto a necessidade de equidade no acesso à atenção em saúde, o que possibilita seus trabalhadores promoverem o envolvimento comunitário no desenvolvimento e organização das ações em saúde, especialmente através da atuação do agente comunitário de saúde (ACS) e do posicionamento das equipes de saúde da família (eSF) mais próximas às pessoas e a seus espaços de vida^{30,31,32,33,34,35,36}.

Por fundamentar a prática do cuidado em ações de saúde voltadas para o território, o ACS surge como um trabalhador essencial na ESF. De certa forma ele pode ser considerado seu ator mais importante devido às características de seu encargo e por ocupar um lugar de mediador entre essas equipes e o usuário, além de ter sua participação na comunidade anuída pelos próprios moradores, dado que frequentemente também vive no território. Com efeito, a posição ambivalente do ACS frente às eSF e à comunidade faz com que esse trabalhador tenha o desafio de lidar com demandas que ultrapassam suas atribuições normativas, configurando-se em exigências morais e em sofrimento^{31,37,38,39,40,41,42,43}.

Ademais, vale ressaltar que mesmo com os avanços na modificação da lógica de operar o campo da saúde no âmbito do SUS, ainda são mantidas estruturas baseadas no modelo biomédico tradicional, o qual restringe o processo de trabalho no cotidiano do sistema de saúde. Neste contexto, o SUS vem enfrentando um difícil processo de consolidação, além do fato de que outras dificuldades, como as relativas ao financiamento por exemplo, contribuam para o surgimento de diferentes níveis de problemas éticos geradores de tensões na organização da rede de saúde que tanto afetam quanto causam sofrimento nos usuários e nos trabalhadores da saúde³⁰. De fato, a maior parte dos problemas éticos na APS aparecem devido principalmente à continuidade de contato entre os profissionais de saúde e os usuários do SUS e habitualmente em situações de menor urgência, o que é frequente neste nível de atenção à saúde. Entretanto, apesar desses problemas apresentarem uma aparência dramática menor que as exigências morais que emergem nos demais níveis de atenção à saúde, como no ambiente hospitalar por exemplo, sua complexidade deve ser levada em consideração³⁰.

Ainda segundo Vidal e colegas (2014)³⁰, os principais complicadores identificados para a abordagem dos problemas éticos na APS são a sua própria invisibilidade para os profissionais envolvidos e as dificuldades teóricas na proposição de soluções para as questões observadas, o que invariavelmente se configuram como exigências morais que

repercutem no cotidiano de todos os trabalhadores da ESF. Quanto ao primeiro complicador identificado, qual seja, a invisibilidade das questões éticas surgidas no cotidiano de trabalho, os autores sugerem a implementação de espaços de educação permanente na ESF, nos quais haja a possibilidade de se discutir as exigências morais surgidas no desempenho das atividades laborais hodiernas com o propósito de se instrumentalizar os atores envolvidos, sobretudo os ACS, devido a sua posição intercessora entre os demais trabalhadores da saúde e os usuários, o que poderia contribuir para a diminuição do sofrimento. Já quanto ao segundo complicador, isto é, as dificuldades teóricas na proposição de soluções, sustenta-se que o uso de correntes bioéticas desenvolvidas originalmente como ferramentas para a interseção entre clínica e Saúde Pública, como a Bioética de Proteção, poderiam auxiliar no equacionamento dessas situações, particularmente quando é utilizada na formação técnica e ética profissional, o que também poderia favorecer na diminuição do sofrimento.

Ainda com relação aos problemas éticos surgidos no cotidiano laboral dos trabalhadores da eSF, eles frequentemente são exigências morais surgidas da tensão entre os âmbitos individual e coletivo que se refletem no seu viver cotidiano; portanto, no registro de seus corpos segundo a visão fenomenológica de corpo próprio^{21,22}. Em outros termos, pode-se inferir pelo que foi dito que a tensão inerente ao trabalho na APS, assimilada como um dever para com a comunidade²³, recai sobre os corpos dos trabalhadores na forma de exigências morais e sofrimento, isto é, o sofrimento como expressão possível do *mínus* é um dos modos como a tensão do trabalho se manifesta no corpo do trabalhador em saúde. Esta aproximação é oportuna ao se considerar que o corpo do trabalhador tem o mundo do trabalho como extensão de sua experiência e no qual o sujeito está imerso mediante os significados produzidos continuamente por seu corpo^{24,27,28,44,45,46}.

Esta tensão como dever, ou seja, como exigência moral e sofrimento, aparece, por exemplo, nas dificuldades relativas aos limites éticos e terapêuticos de atuação nos estilos de vida individuais, principalmente nos ruídos de comunicação entre trabalhador e usuário no domínio da 'tecnologia' relacional adotada para esse tipo de trabalho em saúde. Ademais, ela também se manifesta no exercício profissional do sigilo, da confidencialidade e da privacidade dos usuários. O que se quer dizer é que, neste contexto, a ESF tem uma conformação *sui generis* pelo fato de se orientar a partir do cuidado centrado no usuário e na família e considerando o ACS como morador do mesmo território. Deste modo, quando um usuário revela alguma informação ou quando aspectos clínicos são evidenciados nos exames por profissionais de saúde, o sigilo acontece na perspectiva da confidencialidade, da discrição, da lealdade e da fidelidade, para além da abordagem deontológica³⁰.

Além das tensões no âmbito das relações entre eSF e usuário, existem também exigências morais nas relações entre seus próprios trabalhadores que se traduzem em sofrimento, mormente pela falta de clareza sobre a autonomia e a responsabilidade de cada um dos envolvidos no cuidado. Ainda nesse âmbito, vale lembrar que o trabalho em equipe necessita da articulação intersetorial, principalmente quanto a situações como violência doméstica, drogadição, gravidez precoce entre outros³⁰.

Por fim, existem ainda as questões éticas no nível da intersetorialidade do sistema de saúde que se remetem à gestão do cuidado em saúde e das pessoas, e que impactam o cotidiano dos trabalhadores trazendo mais tensão e, conseqüentemente mais sofrimento, tais como a insalubridade associada à infraestrutura das UBS, a dificuldade para a realização das visitas domiciliares, a falta de apoio da gestão para discutir e resolver os conflitos no ambiente de trabalho e a própria limitação da rede de assistência à saúde municipal³⁰.

Especificamente em relação aos ACS, sabe-se que sua grande maioria trabalha em circunstâncias de agravo à saúde da população e que excedem suas atribuições profissionais além de sua capacidade resolutiva. Além disso, esses trabalhadores se encontram numa situação geradora de sofrimento ao exercerem suas tarefas em uma posição paradoxal na qual existe também uma tensão entre as necessidades de saúde da população assistida e as limitações técnico-administrativas que diminuem a efetividade das ações em saúde⁴³. Com efeito, seu cotidiano é atravessado por inúmeros desafios que, conjugados à pouca capacitação para resolutividade das demandas, excesso de encargos e carga de trabalho, perda da especificidade de suas ações, exposição a riscos socioambientais, remuneração inadequada, instabilidade nas garantias trabalhistas e conflitos nos relacionamentos com usuários e eSF, enriquecem o rol de exigências morais³⁰ e fatores causadores de sofrimento^{47,48}. Em conjunto, esses elementos trazem insegurança para seu exercício profissional, particularmente no que se refere às mudanças estruturais na Saúde Pública propiciadas pela atual conjuntura política³⁶.

Por este ponto de vista, pode-se depreender que o exercício profissional em saúde na APS é caracterizado por uma alta demanda psíquica, principalmente na realização de tarefas que exigem responsabilidade, decisão sob pressão e contato com situações estressantes. Isto se reflete na profusão de trabalhos produzidos na última década que abordaram a questão do sofrimento psíquico dos profissionais da ESF, particularmente do ACS^{43,47,49,50,51,52}. Eles têm demonstrado o desenvolvimento de quadros de ansiedade e depressão em ACS, principalmente devido a fatores de ordem ocupacional. Com efeito, a sobrecarga física e mental, resultante da falta de limites entre o ambiente do trabalho, as exigências morais e os

problemas relativos ao local de moradia, as situações crescentes de violência, a diminuição das condições de segurança, de lazer e de habitação, somadas à precarização salarial e dos direitos trabalhistas e à baixa disponibilidade de recursos em saúde influenciam negativamente na sua percepção de saúde e contribuem para o aumento do seu sofrimento^{49,50}.

Saliente-se que, sendo uma categoria profissional relativamente nova, o ACS sofre com a falta de reconhecimento do seu trabalho e de uma sensação de impotência diante das demandas em saúde com forte componente estrutural. Como demonstrado em parágrafo anterior, a forma de gestão do trabalho do ACS influencia no surgimento ou agravamento do seu sofrimento, isto somado ao seu desgaste junto ao usuário quando não consegue ser resolutivo ou quando depende de outros profissionais^{41,42,48,49,53}.

É ainda importante frisar que a natureza da atuação do ACS que aproxima sua vida e seu trabalho na mesma comunidade é um fator de complexidade relevante para sua qualidade de vida. Certamente esta dupla inserção, como trabalhador e como usuário, corrompe o espaço existente entre o labor e o viver, e é uma fonte adicional de exigências morais e de sofrimento^{48,49,54}. Efetivamente, seu trabalho requer certa autonomia para a resolução dos problemas locais e para a reflexão sobre o contexto no qual eles são produzidos. Apesar dessa autonomia ser um aspecto positivo para seu processo de trabalho, pode se tornar fonte de sofrimento e de exigências morais quando somada à sua posição mediadora, devido à falta de suporte necessário para a realização das ações em saúde e aos possíveis conflitos entre seu saber tradicional e o saber científico por trás das ações.

Por tudo isso, compreendemos que as condições relacionadas ao cotidiano laboral do ACS promovem a emergência de exigências morais e o aumento de seu sofrimento. Efetivamente, as condições de vida e de trabalho desfavoráveis que restringem o desenvolvimento de suas capacidades individuais contribuem para sua vulneração. Isto porque interpretamos que a vulneração é uma condição existencial na qual os indivíduos já se encontram feridos e expostos a situações de privação, mas que não encontram subsídios e ferramentas suficientes para que ascendam minimamente a uma condição de suscetibilidade ou, ainda melhor, para que resgatem a vulnerabilidade e se tornem suficientemente fortalecidos ao ponto de se fazerem capacitados para realizar seus projetos de vida^{7,16}.

Neste ponto, é importante recordar que o corpo próprio é considerado o próprio sujeito que existe num entrelaçamento com o mundo, em um enraizamento^{24,44,46,55}. Deste modo, os projetos do indivíduo são compreendidos no âmbito de sua historicidade e,

portanto, sua biografia é o produto da relação intrínseca e de reciprocidade entre ele e o mundo, o que, por fim, significa dizer que ele, existindo enquanto sujeito, é capaz de transformar as aptidões adquiridas em ferramentas de movimento da vida, isto é, de empoderamento²⁴.

No entanto, há situações em que o indivíduo é lançado numa existência generalizada com um forte poder de reificação, isto é, que o “coisifica”. Em outros termos, quando determinadas contingências restringem o corpo próprio, ele deixa de ser corpo expressivo e passa a existir em uma generalidade que prejudica sua manifestação enquanto sujeito^{24,25,55,56}. Logo, torna-se importante destacar que a transitoriedade existencial é mais uma das características fenomenológicas do corpo próprio que aponta para o fato de que, em certo sentido, o corpo orgânico também é o mediador entre pessoa e coisa^{24,29,55,56}.

No caso específico do trabalho da APS, tais contingências podem ser ilustradas principalmente por aquelas anteriormente citadas e relativas ao trabalho do ACS^{30,36,43,47,48} que, somadas à experiência de se viver em áreas periféricas e de favelas, contribuem para a manutenção das condições de iniquidade e a conseqüente reificação desse trabalhador. Portanto, pode-se depreender que na vivência de situações restritivas como a desigualdade, privação e assimetria, o ACS, como corpo próprio, tende a deslizar do modo “pessoa” para o modo “objeto” em sua relação com o outro e o mundo, isto é, em seu cotidiano laboral. Essa mudança de condição existencial pode ser compreendida também como um “rebaixamento” da vulnerabilidade essencial à dimensão da suscetibilidade ou, no caso em questão, à condição de vulneração⁷.

É neste ponto que o princípio de proteção entra em cena, dado que sua aplicação na perspectiva bioética visa os indivíduos e grupos que não dispõem de recursos, próprios ou institucionais, suficientes para saírem da vulneração e desenvolverem competências necessária à vida minimamente satisfatória. Sendo assim, ao se levar em consideração as condições existencial e de trabalho do ACS na ESF, torna-se crucial a interferência externa em seus processos de trabalho por meio do desenvolvimento e aplicação de ações protetivas sem as quais não há possibilidade do resgate da sua vulnerabilidade original, o que pode justificar o desenvolvimento de intervenções na óptica da Bioética de Proteção^{7,12,16}.

Considerações finais

A bioética pode ser compreendida como uma saída produzida para os desafios que emergem nos contextos da vida contemporânea, sobretudo àqueles relativos aos avanços biotecnocientíficos o domínio da saúde, às conquistas sociais bem como ao desenvolvimento

econômico, ao fenômeno da globalização, ao uso de recursos finitos e à própria compreensão da vida. Em resumo, ela pretende ser uma resposta coerente aos impactos da existência humana sobre a vida no planeta.

Por ter um caráter racional e pragmático, a bioética também é uma caixa de ferramentas cujo desenvolvimento é pautado na construção de subsídios suficientemente cogentes para a tomada de decisão em diversas conjunturas problemáticas do viver na atualidade. Para tanto, algumas de suas correntes teóricas se baseiam na justificação desses subsídios em um conjunto de princípios considerados fundamentais para a vida humana, tal como a vulnerabilidade^{14,15} dentre outros. Na verdade, a vulnerabilidade é uma *conditio humana*, isto é, um valor descritivo intrínseco da humanidade ao qual se encontram atreladas noções tais como a incompletude, o devir e a finitude. Neste sentido, ela é uma característica antropológica *qua* princípio universal à qual se vincula a proteção da vida humana como uma necessidade consolidada tal qual uma exigência ética, isto é, a vulnerabilidade implica a instauração da proteção como uma ação fundamental do Estado desde os primórdios de sua leitura hobbesiana. Portanto, em certo sentido pode-se depreender que a ideia de um princípio de proteção como norteador de tomada de decisão se remete à estruturação das sociedades modernas ao redor da noção de vulnerabilidade; daí sua relação com o valor da vida humana na contemporaneidade, o que demonstra sua relevância para a bioética.

Contudo, por ser um atributo essencial da espécie humana, a vulnerabilidade incorre na tendência generalizante de aplicação do princípio de proteção indiscriminadamente em toda a população e a consequente perda de eficácia das ações protetivas, principalmente pelo fato de que existem indivíduos e grupos populacionais previamente feridos e que estão expostos a condições acidentais e específicas que demandam um outro modo de proteção, isto é, uma outra categorização. Em outros termos, é razoável dizer que a proteção implica em ações que tendem a reduzir a vulnerabilidade humana num primeiro momento, mas isso é apropriado quando se considera que os humanos sob seu resguardo estão em um mesmo “nível existencial”; entretanto, essa avaliação ignora a diversidade de contingências a afetarem os sujeitos enquanto seres mortais, que, enquanto tais, são vulneráveis. É neste contexto que a Bioética de Proteção surge reafirmando o amparo como um princípio ético de conservação da vida ao mesmo tempo em que lança luz sobre a degradação das condições de vida nos cenários de pobreza, desigualdade, exclusão e sofrimento frequentemente encontrados nos países em desenvolvimento, particularmente nas sociedades latino americanas.

Logo, a dimensão existencial da desigualdade e da privação nesses países se tornou

ponto de inflexão para a formulação da Bioética de Proteção. Isto porque a iniquidade como realidade concreta do viver nessas sociedades pressionou o desenvolvimento de um arcabouço teórico e pragmático específico capaz de descrever, analisar e propor soluções para as situações onde os grupos humanos já se encontravam feridos ou rebaixados em suas vulnerabilidades por gerações, em particular, aqueles historicamente suscetíveis ou vulnerados.

Em resumo, a Bioética de Proteção promove o deslocamento do foco em ações generalistas e niveladoras amparadas no princípio da justiça e dirigidas para a vulnerabilidade dos grupos humanos, buscando o desenvolvimento de ações orientadas pelo princípio de proteção e especificamente direcionadas para os indivíduos ou grupos previamente suscetíveis e vulnerados. Estes últimos, em especial, são aqueles desprovidos de determinadas capacidades e que, por esse motivo, não são capazes de enfrentar as situações adversas em que foram lançados por uma série de condições prejudiciais. Assim, por estarem de antemão submetidos a danos ou carências concretas que não conseguem enfrentar, a Bioética de Proteção preconiza a necessidade do desenvolvimento e da implementação de ações protetivas voltadas especificamente para os vulnerados.

Sob o ponto de vista fenomenológico, a vulnerabilidade é concebida como constitutiva de cada homem e mulher e expressa a condição humana em um modo de ser no mundo, isto é, na dimensão do corpo marcado pela inexorabilidade do fim e a obrigatoriedade de se saber mortal. Já a vulneração também é um modo de ser no mundo, mas em uma existência prejudicada de tal forma que sua abertura ao mundo se encontra excepcionalmente diminuída. Em outros termos, compreende-se o corpo vulnerado como factualidade restritiva ao devir e a suscetibilidade e a vulneração como ameaças e entraves ao florescimento humano. Sendo assim, pode-se depreender que os corpos vulnerados na concepção fenomenológica de corpo próprio são aqueles homens e mulheres rebaixados em sua condição humana por se encontrarem subordinados a relações assimétricas e reificantes mantidas ao longo do tempo por forças históricas, sociais, econômicas, políticas ou culturais as mais diversas. Tais corpos são frequentemente identificados com os doentes, os marginalizados, os indigentes, os excluídos, os estigmatizados, bem como aqueles compreendidos no horizonte de certas ocupações e classes de trabalhadores.

Efetivamente, apesar de se constatar uma diversidade na origem e na distribuição dos corpos vulnerados no âmbito de uma sociedade qualquer, eles podem ser reunidos sob uma mesma perspectiva de degradação das condições de vida. Em termos fenomenológicos, as condições de vida se referem ao enraizamento humano em toda sua extensão e profundidade,

isto é, representa o complexo de circunstâncias em que a vida acontece e que naturalmente incluem as condições de trabalho. Neste contexto, é possível deduzir que a degradação das condições de vida que coligem os corpos vulnerados são aquelas situações de desigualdade, privação e assimetria, ou melhor, os contextos de iniquidade nos quais a existência como corpo próprio de um indivíduo tende a deslizar do modo “pessoa” para o modo “objeto”, em um rebaixamento de sua vulnerabilidade essencial ao estado de suscetibilidade e vulneração.

Mediante o exposto, as atenções se voltam para o trabalho do ACS na APS, caracterizado por acontecer em circunstâncias onde existe excesso de demandas e de responsabilidades pouco definidas, inexistência de espaço e investimento adequados para o desenvolvimento de suas capacidades, além do sentimento de insegurança no seu exercício profissional e no viver em áreas periféricas e de favelas. Tudo isso pode ser compreendido sob a perspectiva da degradação das condições de vida porquanto tais características contribuem para a emergência de cenários iníquos e do sofrimento dessa classe de trabalhadores, isto é, para a instalação do fenômeno de vulneração e a conseqüentemente necessidade de ações protetivas.

É neste ponto que o princípio de proteção é evocado uma vez que sua aplicação se direciona particularmente para os indivíduos e grupos que não dispõem de recursos, próprios ou institucionais, suficientes para saírem da vulneração e desenvolverem as competências necessárias para o exercício de uma vida razoável. Portanto, e se a aproximação for oportuna, pode-se dizer que a utilização da Bioética de Proteção no âmbito do trabalho do ACS é compreendida como uma tentativa de resposta a uma política sanitária que tende a ser uma política *sobre* a vida através do desenvolvimento de formas de resistência ao modo de um “sujeito de revolta”. No tocante à fenomenologia, isto significa dizer que o ACS em seus modos de existir no mundo pode ser sujeito de revolta quando consegue manter, resgatar ou desenvolver a necessidade de inventar sua própria história como garantia permanente de ser pessoa. Entretanto, para que isso seja efetivo há a necessidade de se apostar no desenvolvimento de suas capacidades e na oferta de condições e oportunidades de sua interação tanto com seu meio social quanto com seu meio de trabalho, o que é determinante para as mudanças que ocorrem no âmbito da sua vida cotidiana, além de ser fundamental para que haja avanços na qualidade de seus serviços.

Por fim, vale lembrar que a aposta na capacitação dos profissionais, trabalhadores e usuários do sistema de saúde é uma das intenções originais da ESF. Neste sentido, pode-se depreender que é no horizonte de uma política pública de saúde aos modos de uma “política *da* vida”, e não de uma “política *sobre* a vida”, que se pode apostar no investimento em

práticas de gestão e de trabalho que favoreçam o desenvolvimento das capacidades necessárias para transformar as situações adversas bem como resgatar a vulnerabilidade perdida dos trabalhadores em saúde, em particular do ACS. O que significa dizer que a alternativa de se pensar o ACS como um ator/ser no mundo na formulação de políticas públicas em APS pode abrir para esse trabalhador a possibilidade de transformar suas competências adquiridas em ferramentas de movimento da vida. Logo, essa é uma das vias possíveis para a aplicação das ferramentas da Bioética de Proteção, ou seja, para a análise, descrição e desenvolvimento de soluções voltadas para o empoderamento e a melhoria das condições de vida e trabalho do ACS, pensando-o *prima facie* na acepção do corpo próprio na APS.

Referências

1. Schramm FR. Nihilismo tecnocientífico, holismo moral e a 'bioética global' de V. R. Potter. Hist. cienc. saúde-Manguinhos [Internet]. 1997 Jun [citado 2020 Abr 21]; 4(1):95-115. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000100006&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000100006>.
2. Hottois G. Bioética. In: Hottois G, Missa JN. Nova enciclopédia da bioética. Medicina, ambiente, biotecnologia. Lisboa: Deboek & Larcier S.A., 2001. p.109-115.
3. Durand G. Emergência e situação da bioética. In: Durand G. Introdução geral à bioética: História, conceitos e instrumentos. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo & Edições Loyola, 2003. p.19-63.
4. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2005 Mar [citado 2020 Abr 21]; 10(1):129-142. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100020&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100020>.
5. Schramm FR. Liberdade obrigatória como *phármakon* do humano demasiado humano. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2005 Set [citado 2020 Abr 22]; 10(3):544-546. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300011&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300011>.
6. Schramm FR; Anjos MF; Zoboli ELCP. A questão das tendências epistemológicas ou de fundamentação. In: Anjos Marcio Fabri & Siqueira José Eduardo (Org.). Bioética no Brasil: tendências e perspectivas. Brasília: Ideias & Letras, 2007. p. 29-56.
7. Schramm FR. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Rev. Bioét. [Internet]. 2009 [citado 2020 Abr 22]; 16(1):11-23. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/52/55.

8. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Bioética: Histórico e Conceitos. In: Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Bioética para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. P. 13-38. [Coleção Temas em Saúde].
9. Oliveira ILVAC. Estratégia saúde de família na perspectiva de Foucault e Deleuze: Sobre controles, capturas biopolíticas e a bioética como antídoto. Niterói. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Universidade Federal Fluminense; 2017.
10. Schramm FR, Kottow MH. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2001 Ago [citado 2020 Abr 21]; 17(4):949-956. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400029&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400029>.
11. Pontes CAA, Schramm FR. Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2004 Out [citado 2020 Abr 19]; 20(5):1319-1327. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500026&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500026>.
12. Schramm FR. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias?. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 Mai [citado 2020 Abr 19]; 22(5):1531-1538. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501531&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.04532017>.
13. Silva JM, Augusto LGS, Santos MO, Mendes JM, Schramm FR. Implicações bioéticas para o licenciamento ambiental de grandes empreendimentos no Brasil. Saúde soc. [Internet]. 2017 Set [citado 2020 Abr 19]; 26(3):811-821. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000300811&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170185>.
14. Kottow MH. The vulnerable and the susceptible. Bioethics (Oxford) [Internet]. 2003 [citado 2019 Mai 22]; 17 (5-6):460-471. Disponível em: <https://onlinelibrary-wiley.ez68.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/1467-8519.00361>.
15. Kottow MH. Vulnerability: What kind of principle is it?. Med Health Care Philos [Internet]. 2005 [citado 2019 Mai 21]; 7(3):281-287. Disponível em: <https://link-springer-com.ez68.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s11019-004-6857-6>. <https://doi.org/10.1007/s11019-004-6857-6>.
16. Schramm FR. A bioética de proteção é pertinente e legítima?. Rev. Bioét. [Internet]. 2011 [citado 2020 Abr 19]; 19(3):713-724. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/673/705.
17. Gaudenzi P, Schramm FR. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública. Interface (Botucatu) [Internet]. 2010 Jun [citado 2020 Abr 21]; 14(33):243-255. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200002&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200002>.
18. Schramm FR. Saúde Pública: biotecnociência, biopolítica e bioética. Saúde debate [Internet]. 2019 Dez [citado 2020 Fev 18]; 43(especial 7):152-164. Disponível em:

<http://cebes.org.br/publicacao/saude-em-debate-v-43-n-especial-7-ciencias-sociais-e-saude-coletiva-dialogos/>.

19. Lessa SC, Schramm FR. Proteção individual versus proteção coletiva: análise bioética do programa nacional de vacinação infantil em massa. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Jan [citado 2020 Fev 26]; 20(1):115-124. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100115&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.14882013>.
20. Rodrigues CAB, Schramm FR. Corpo e paradigma da imunização: reflexões sobre território, saúde e gênero a partir da metáfora do sangue. *Saúde debate* [Internet]. 2019 Dez [citado 2020 Fev 20]; 43(especial 7):114-125. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao/saude-em-debate-v-43-n-especial-7-ciencias-sociais-e-saude-coletiva-dialogos/>.
21. Le Breton D. O inapreensível do corpo. In: Le Breton David. *Antropologia do Corpo*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2016. p. 15-34.
22. Ferrando F. The body. In: Ranisch Robert, Sorgner Stefan Lorenz. *Post- and Transhumanism: An Introduction*. Frankfurt: Peter Lang Publisher; 2014. p. 213-226.
23. Radomsky GFW. Roberto Esposito: comunidade, biopolítica e imunização. *Política & Sociedade, Florianópolis* [Internet]. 2017 [citado 2020 Fev 25]; 17(35):459-473. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2017v16n35p459/34253>.
24. Azevedo DS, Caminha IO. Ser no mundo, mundo vivido e corpo próprio segundo Merleau-Ponty. *Dialektiké* [Internet]. 2015 Jun [citado 2020 Abr 19]; 1(2):15-37. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/dialektike/article/view/3009>. <https://doi.org/10.15628/dialektike.2015.3009>.
25. Costa SA. O corpo como ser no mundo na fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty. *Pensar-Rev. eletrônica FAJE, Belo Horizonte* [Internet]. 2015 [citado 2020 Abr 19]; 6(2):267-279. Disponível em: <https://faje.edu.br/periodicos/index.php/pensar/article/view/3429>.
26. Merleau-Ponty M. O corpo como objeto e a fisiologia mecanicista. In: Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da Percepção*. 4ª edição. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2015. p. 111-132.
27. Santos R. Anonimato e familiaridade: a ambiguidade da existência segundo Merleau-Ponty. In: Silva MM, Santos R, organizadores. *Filosofia, teoria da consciência e psicanálise* [Internet]. Porto Alegre, RS: Editora FI; 2020. p. 121-138 [citado 2020 Mar 12]. Disponível em: <https://www.editorafi.org/35psicanalise>.
28. Silveira AL, Cambuzzi RCS, Costa MPR, Hertiwig RSV. Corporeidade e existência: notas de uma perspectiva fenomenológica sobre a condição da pessoa com deficiência física. *Rev. abordagem gestalt. (Goiânia)* [Internet]. 2012 Jun [citado 2020 Abr 11]; 18(1):30-36. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100005&lng=en&tlng=pt.

29. Esposito R. *Corpos*. In: Esposito R. *As pessoas e as coisas*. 1ª edição. São Paulo: Rafael Zamperetti Copetti Editor Ltda; 2016. p. 84-124.
30. Vidal SV, Motta LCS, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2014 Ago [citado 2020 Abr 11]; 22(2):347-357. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200017&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222016>.
31. Brasil. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Ministério da Saúde. Brasília, DF. [Internet]. 1997 [citado 2020 Abr 22]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf.
32. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2005 [citado 2020 Abr 22]; 13(6): 1027-1034. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>.
33. Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. [Internet]. 2006 [citado 2020 Abr 19]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf.
34. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. [Internet]. 2010 [citado 2020 Abr 21]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
35. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, DF. [Internet]. 2012 [citado 2020 Abr 19] (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
36. Brasil. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. [Internet]. 2017 [citado 2020 Abr 19]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
37. Brasil. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. [Internet]. 1999. Seção 1. [citado 2020 Abr 21]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3189.htm.

38. Brasil. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. Brasília, DF. [Internet]. 2001 [citado 2020 Abr 22]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>.
39. Brasil. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. [Internet]. 2002. Seção 1. [citado 2020 Abr 21]. Disponível em: <http://www.cntsscuto.org.br/sistema/ck/files/agentes/leis%20dos%20agentes%20comunitarios%20%20.pdf>.
40. Brasil. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [Internet]. 2003 Mar [citado 2020 Abr 11]; 3(1):113-125. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000100013&lng=pt.
<https://doi.org/10.1590/S1519-38292003000100013>.
41. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Siqueira-Batista R. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. Saúde soc. [Internet]. 2009 Dez [citado 2020 Abr 18]; 18(4):744-755. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400017&lng=en.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000400017>.
42. Oliveira AR, Chaves AEP, Nogueira JA, Sá LDSá, Collet N. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. REE [Internet]. 2010 Abr [citado 2020 Abr 21]; 12(1). Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9511>.
<https://doi.org/10.5216/ree.v12i1.9511>.
43. Rosa AJ, Bonfanti AL, Carvalho CS. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. Saúde soc. [Internet]. 2012 Mar [citado 2020 Abr 21]; 21(1):141-152. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100014&lng=pt.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000100014>.
44. Dentz RA. Corporeidade e subjetividade em Merleau-Ponty. Intuitio [Internet]. 2008 Nov [citado 2020 Abr 19]; 1(2):296-307. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/intuitio/article/view/4238/3356>.
45. Nóbrega TP. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. Estud. psicol. (Natal) [Internet]. 2008, vol.13, n.2 [citado 2020 Abr 19]; 13(2):141-148. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2008000200006&lng=pt&nrm=iso.
<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2008000200006>.
46. Matthews E. Compreender Merleau-Ponty. 2ª edição. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011. (Série Compreender).
47. Santos FAAS, Sousa LP, Serra MAAO, Rocha FAC. Fatores que influenciam na qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. Acta paul. enferm. [Internet]. 2016 Abr [citado 2020 Abr 18]; 29(2):191-197. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000200191&lng=pt.
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201600027>.

48. Hoppe AS, Santos AC, Weigelt LD, Alves LMS, Krug SBF. O contexto de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde: a relação do conteúdo do trabalho com variáveis sociodemográficas. *Revista Jovens Pesquisadores (Santa Cruz do Sul)* [Internet]. 2017 Jan [citado 2020 Abr 19]; 7(1):60-73. Disponível: <https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/9301/6114>.
<http://dx.doi.org/10.17058/rjp.v7i1.9301>.
49. Wai MFP, Carvalho AMP. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2009 [citado 2019 dez 3]; 17(4):563-568. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a19.pdf>.
50. Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 [citado 2020 Abr 22]; 18(5):1375-1386. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500023&lng=en&nrm=iso.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500023>.
51. Alcântara MA, Assunção AA. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. *Rev. bras. saúde ocup.* [Internet]. 2016 [citado 2020 Abr 21]; 4: e2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100202&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000106014>.
52. Pereira AM, Jucá AL, Lima IA, Facundes VLD, Falcão IV. A qualidade de vida do agente comunitário de saúde e possíveis contribuições da terapia ocupacional. *Cad. Bras. Ter. Ocup. (São Carlos)* [Internet]. 2018 [citado 2020 Abr 19]; 26(4):784-796. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2065>. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1254>.
53. Nascimento GM, David HMSL. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2008 out/dez [citado 2018 Dez 10]; 16(4): 550-556. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a16.pdf>.
54. Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009 [citado 2020 Abr 22]; 13(28):123-135. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100011&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100011>.
55. Nóbrega TP. Corpo e natureza em Merleau-Ponty. *Movimento* [Internet]. 2014 jul/set [citado 2020 Abr 19]; 20(3):1175-1196. Disponível: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/42753/31605>. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.42753>.
56. Veríssimo DS. Percepção e impercepção: a experiência sensível na tradição fenomenológica. *Psicol. pesq.* [Internet]. 2014 Dez [citado 2020 Abr 21]; 8(2):211-220. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472014000200010&lng=pt&nrm=iso.