

22. Forte, B. *Op. cit.* p. 71.
23. Anjos, MF. Rumos da liberdade em bioética: uma leitura teológica. In: Pessini, L, & Barchifontaine, CP (orgs.). *Bioética e longevidade humana*. São Paulo: Loyola/S.Camilo. 2006. p. 129-140.
23b. Oliveira, M. A. *Desafios éticos da globalização*. São Paulo: Paulinas, 2001. p. 110.
24. Winnberg, J. *An aesthetics of vulnerability*. New York: Coronet Books, 2003.
25. Brasil. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos*. Conselho Nacional de Saúde 196/96. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. 2000.
26. Kahn, A & Lecourt, D. *Bioéthique et liberté: entretien réalisé par Christian Godin*. Paris: Presses Universitaires de France, 2004. p. 38.
27. _____. *Op. cit.* p. 40.

Recebido em 24/09/2006. Aprovado em 5/10/2006.

Artigos originais

Esta seção destina-se à publicação de artigos enviados espontaneamente pelos interessados

**A saúde é um direito ou um dever?
Autocrítica da saúde pública**

***Health is a right or an obligation?
A self-critical evaluation of public health***

Fermin Roland Schramm

Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, Brasil.
roland@ensp.fiocruz.br

Resumo: O artigo questiona, de forma introdutória, os aspectos biopolíticos e de biopoder inscritos nas práticas sanitárias atuais. Em particular, é indagada a hipótese de uma transição paradigmática da concepção da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado para aquela da saúde como um dever do cidadão e um direito do Estado. Para tanto é proposta uma análise conceitual da categoria vulnerabilidade, utilizada, sobretudo, na ética em pesquisa e tenta-se mostrar a necessidade de distingui-la da categoria vulneração; em segundo lugar, aborda-se o princípio de *proteção* e mostram-se os limites de sua aplicação; em terceiro lugar, tenta-se mostrar os aspectos biopolíticos implicados pelas atuais políticas de saúde; por fim, mostra-se a pertinência da categoria hospitalidade incondicional para evitar qualquer forma de discriminação de indivíduos e populações humanas que têm práticas consideradas não saudáveis pelo paradigma sanitário emergente.

Palavras-chave: Biopolítica. Hospitalidade incondicional. Proteção. Saúde pública. Vulnerabilidade. Vulneração.

Abstract: The article explores, in an introductory way, the biopolitical and the biopower aspects that are usually brought by the contemporaneous sanitary practices. The hypothesis of a paradigmatical transition from the conception of health as a citizen's right and a State obligation to the conception of health as a citizen obligation and a State's right is particularly taken here. A conceptual analysis of the category of vulnerability is proposed by this study, particularly related to ethics in research. This study also tries to show the need to distinguish the category of vulnerability from the category of vulneration; and in a second stage, it approaches the principle of "protection", showing

the limits of its application; in a third stage, it tries to show the biopolitical aspects of the contemporaneous health policies; and in a last stage, it shows the pertinence of the category of unconditional hospitality, to avoid any kind of individual or social human prejudice just because these people have practices that are considered as not healthy by the emergent sanitary paradigm.

Key words: Biopolicy. Unconditional hospitality. Protection. Public health. Vulnerability. Vulneration.

Este trabalho pretende analisar algo que faz parte do não dito da cultura sanitária e que pode ser formulado pela pergunta: a saúde é um direito ou um dever? Para começar a responder esta pergunta, aparentemente estranha por ser contra-intuitiva, abordar-se-ão os cinco conceitos-problema implicados na mesma: vulnerabilidade, vulneração, proteção, biopolítica e hospitalidade. Existem pelo menos três boas razões para abordar esta problemática.

A primeira razão tem relação com o objetivo de desconstruir aquilo que consideramos consenso, estabelecido a partir da crise do Estado de Bem-Estar. Isso consiste na concepção de uma suposta necessidade, e a conseqüente legitimidade, de pensarmos as políticas atuais de saúde não mais como fruto de um "pacto sanitário", sobre o direito do cidadão aos cuidados em saúde e um dever correspondente do Estado em garanti-las. Ao contrário, esse consenso pode ser entendido como um dever do cidadão de ser saudável e um direito do Estado de incentivar, controlar e, eventualmente, sancionar o comportamento do cidadão que, por ventura, tenha práticas denominadas "não saudáveis".

A segunda razão tem a ver com o objetivo de reconstruir uma "ponte" entre dois tipos de saberes: o saber filosófico da bioética e o saber "científico" da saúde pública. Ambos apontam para uma questão que podemos considerar importante: a reconfiguração do espaço público e da democracia pluralista em crise, num contexto indicado como "mundo globalizado", cada vez mais caracterizado pelas temáticas do risco, do medo, da prevenção e da sanção; em suma, de um mundo da vulnerabilidade, considerada como característica universal do mundo vital. A questão é importante porque:

"... perguntar, hoje em dia, acerca do significado do conceito 'público' equivale a indagar as possibilidades de a política transmitir realmente algo comum e integrador, dando-lhe uma forma institucional, desde os governos locais até às articulações mais complexas da cena mundial" (1).

Isto significa considerar a possibilidade de uma "política construtivista" do âmbito da experiência social e, ao mesmo tempo, uma "instância de observação reflexiva graças à qual os membros de uma sociedade produzem uma realidade comum, para além de sua condição de [meros] consumidores", atualmente "dominada pelo imediato: a tirania do presente, a inércia administrativa, a falta de atenção com aquilo que é comum, a irresponsabilidade organizada" (1).

A terceira razão tem a ver com a identidade da bioética construída no Brasil. Desde seus primórdios, nos anos 1990, a bioética brasileira tem uma presença importante no campo sanitário e este tem fornecido vários casos ou exemplos de problemas morais a serem analisados pelas ferramentas da bioética. O principal deles talvez seja o que se refere à justiça sanitária ou, se quisermos ser mais precisos, o problema da injustiça social e de seus efeitos sobre a saúde e a qualidade de vida de indivíduos e populações humanas.

Um indício significativo desta primeira característica "sanitária" da bioética construída no Brasil, e da importância crescente das questões relativas à justiça sanitária para o debate bioético no cenário mundial foi a realização, no Brasil, do Sexto Congresso Mundial de Bioética da *International Association of Bioethics* (IAB), organizado pela Sociedade Brasileira de Bioética em 2002, e cujo tema central foi, justamente, "bioética, poder e injustiça" (2).

Devido à importância crescente da problematização ética da assim chamada globalização, que afeta populações inteiras e que implica, paradoxalmente, tanto formas de inclusão como de exclusão, pode-se acrescentar a questão da vulnerabilidade à pauta das prioridades "sanitárias" da bioética. A forma de saber conhecida como "saúde pública" implica um fazer que teve, historicamente, seus benefícios em termos de prevenção de "comportamentos de risco" e promoção de atitudes "mais saudáveis". Mas é justamente nesta importância adquirida pela saúde pública que podemos enxergar um problema

bioético, pois as políticas preventivas têm uma conotação biopolítica e efeitos de biopoder que configuram um espaço de conflitos.

Em outros termos, existe atualmente um conflito pouco visível, embora presente (pelo menos de forma latente), na reconfiguração do espaço público. Diz respeito às conseqüências biopolíticas decorrentes das próprias políticas públicas de saúde, pois estas podem implicar em redução das possibilidades de atuação legítima dos cidadãos, instados a escolher entre comportamentos ditos "saúdáveis" e "não saúdáveis", sancionados pelos dispositivos sanitários. Neste sentido, a dimensão biopolítica e seus efeitos em termos de biopoder tornam-se a outra face do *pharmakon* proposto aos cidadãos, e isso cria uma conseqüência aparentemente paradoxal na cultura sanitária, que deve ser esclarecida e problematizada, começando por mostrar aquilo que está – como se diz desde Lewis Carroll – "atrás do espelho".

A questão conceitual

Na atual conjuntura da bioética internacional existem poucos consensos, e isso é provavelmente fruto tanto da "complexidade, contingência e intransparência da sociedade contemporânea", como de suas múltiplas representações às voltas com "problemas de legibilidade [devido à sua] intransparência irreduzível" (3).

Esta constatação fica patente quando se admite a existência de uma percepção laica e/ou pluralista dos valores morais na maioria das sociedades complexas e democráticas atuais. Logo, a existência e legitimidade de princípio de "várias bioéticas", inscritas em vários contextos particulares (4), nos quais algumas problemáticas serão mais pertinentes que outras: dependendo da percepção social vigente em cada sociedade particular; de seu dispositivo econômico; de seu nível científico e biotecnocientífico; e de sua posição estratégica no processo de globalização. Em suma: dependendo das condições objetivas de cada situação. Isso determinará a prioridade a ser dada às assim chamadas "questões persistentes" ou às "questões emergentes" (5), isto é, àquelas que dizem respeito à exclusão e à injustiça ou aquelas referentes ao uso das biotecnologias, ao "uso" do meio ambiente ou à pesquisa com seres humanos ou a uma combinação entre as duas.

Entretanto, e paradoxalmente, a intransparência e a incerteza vigentes nas sociedades complexas e democráticas contemporâneas se acompanham de um consenso entre bioeticistas sobre o sentido de determinados conceitos utilizados para caracterizar as práticas de indivíduos e populações, objeto da aplicação das ferramentas da bioética. Mas, este consenso pode ter efeitos criticáveis no plano pragmático, como é o caso do conceito de vulnerabilidade aplicado à condição existencial de indivíduos e grupos populacionais em determinadas circunstâncias de desamparo. Em outros termos, a aceitabilidade quase universal do termo vulnerabilidade por eticistas e bioeticistas, parece indicar que o sentido do conceito vulnerabilidade seja algo evidente, o que – de fato – não é. De fato, vulnerabilidade é uma categoria *sui generis* que pode ser aplicada a qualquer ser vivo que, enquanto tal, pode ser "ferido" (de acordo com o sentido da palavra latina *vulnus*), mas não necessariamente o será. Ou seja, a mera potencialidade inscrita no termo vulnerabilidade não pode ser confundida logicamente com aquilo que chamamos "vulneração", de acordo com uma distinção já estabelecida por Aristóteles entre potência e ato.

Parece uma mera questão de lógica e de semântica ou algum preciosismo de filósofos e lingüistas. Mas a questão extrapola a lógica e a semântica, pois o termo vulnerabilidade é utilizado nos principais documentos nacionais (como a Resolução CNS 196/96) e internacionais (como a *Declaração de Helsinque*) para indicar não condições potenciais e, sim, situações que podem ser atuais, como ocorre, muitas vezes, no caso das situações da pesquisa envolvendo determinados seres e populações humanas que, além da genérica condição de vulnerabilidade, apresentam características específicas de "vulneração".

Nesse caso, existe um mal-estar conceitual, uma insatisfação difusa frente à imprecisão conceitual do termo vulnerabilidade, pois a imprecisão conceitual pode ser o indicio da existência de uma "armadilha lógica" que acompanha a categoria potencialidade. Tal armadilha pode ser explicada visto que "um x potencial, ou em potência, não é um tipo de x mas, quando muito, uma coisa de tipo diferente que é suscetível de se transformar num x" (6).

Como sair deste desconforto conceitual? Nossa proposta consiste em distinguir vulnerabilidade e vulneração, considerando que a vulnerabilidade é uma característica universal de qualquer humano; dos

animais (sencientes ou não); e dos sistemas vivos como os ecossistemas e, eventualmente - de acordo com a hipótese Gaia - do "organismo" representado pelo Planeta Terra" (7). Portanto, utilizar a categoria vulnerabilidade para referir-se a sujeitos e populações que se encontram em situações concretas de "vulneração" constituiria um erro lógico, cuja consequência pragmática seria a confusão de realidades que não podem ser confundidas, sob pena do desconhecimento da pertinência de determinadas características em situações concretas.

De fato, se todos são potencialmente (ou virtualmente?) vulneráveis enquanto seres vivos, nem todos são vulnerados concretamente devido a contingências como o pertencimento a uma determinada classe social, a uma determinada etnia, a um dos gêneros ou dependendo de suas condições de vida, inclusive seu estado de saúde. Em suma, parece razoável considerar mais correto distinguir a mera vulnerabilidade da efetiva "vulneração", vendo a primeira como mera potencialidade e a segunda como uma situação de fato, pois isso tem consequências relevantes no momento da tomada de decisão.

Vulneração, Bioética da Proteção, biopolítica e hospitalidade

Frente à distinção aqui proposta, pode-se, evidentemente, argumentar em favor da pertinência de se usar a categoria vulnerabilidade para todos os casos em exame, seja porque os principais documentos referentes à ética em pesquisa não fazem esta distinção, seja porque o uso teria consagrado este termo genérico. Pode-se argumentar ainda que, devido ao fato de vivermos em sociedades globalizadas e de risco estrutural para todos não seria mais possível distinguir claramente o que é potencial daquilo que é atual (8). Em particular, pode-se, por exemplo, argumentar que na situação "globalizada" atual não poderíamos mais distinguir as probabilidades de risco das certezas sobre os danos efetivos, nem o estado de exceção da norma jurídica e institucional, pois

"... um estado de emergência permanente (ainda que, eventualmente, não declarado no sentido técnico) tornou-se uma das práticas essenciais dos Estados contemporâneos, inclusive dos chamados democráticos (...) o paradigma de governo dominante na

política contemporânea (...) um patamar de indeterminação entre democracia e absolutismo" (9).

Esse "estado de emergência permanente" faria com que, em princípio, fôssemos todos ameaçados e potencialmente ameaçadores, visto que esta nova condição existencial "global" nos tornaria uma espécie com um destino comum a ser protegido no tempo e no espaço profundos, possivelmente com meios ordinários. Mas, se preciso, com meios extraordinários requeridos pela urgência da situação, o que pode, inclusive, "anular radicalmente todo estatuto jurídico do indivíduo" (10). Intuitivamente, o argumento é razoável, pois parece vir ao encontro das legítimas preocupações de quem se ocupa dos problemas do Mundo a partir de uma postura que podemos qualificar de *Ética Global*, mas que pode ser também a consequência da implementação de um estado de exceção consistente na "extensão dos poderes do executivo no âmbito legislativo por meio da promulgação de decretos e disposições". Isto é, na "progressiva erosão dos poderes legislativos do Parlamento, que hoje se limita, com frequência, a ratificar disposições promulgadas pelo executivo sob a forma de decretos com força de lei [que tem se tornado] uma prática comum" (11).

Em outros termos, o argumento contra a distinção entre vulnerabilidade e "vulneração", quando abordado no âmbito da crítica filosófica, não tem em devida conta uma série de implicações morais e políticas significativas, como aquelas resultantes do desejo de segurança, pois tal desejo pode tornar-se patológico por "manter todos num estado de insegurança latente [que] é também interior" (12).

O que fazer então? Em trabalhos anteriores abordamos a questão da vulneração e do papel de uma Bioética da Proteção, mas delimitando-a claramente e propondo que se referisse tão somente a pessoas e populações efetivamente "vulneradas" (13). Tentamos, também, justificar a proposta incluindo a referência ao princípio da equidade, entendido como a atualização concreta do princípio da justiça e consistente, seja em tratar igualmente os iguais e diferentemente os desiguais (antiga idéia aristotélica), seja em respeitar as capacidades pessoais necessárias para que todos e qualquer um tenham uma vida decente ou com qualidades (14). A delimitação do princípio de proteção ao âmbito dos "vulnerados" visava, essencialmente, dois

objetivos: a) definir, da maneira mais clara possível o âmbito de pertinência e da eventual legitimidade de uma Bioética da Proteção, ou seja, responder a uma preocupação de tipo metodológico; b) o outro objetivo, de natureza estratégica, consistia em antecipar uma possível objeção à proposta da Bioética da Proteção, isto é, em apontar os perigos paternalistas e autoritários das atitudes protetoras, visto que estas poderiam tornar-se instrumentos não legítimos de limitação do exercício da autonomia pessoal e, mais em geral, de cerceamento dos assim chamados "direitos fundamentais", cuja garantia é condição necessária da responsabilização moral do agente pelos seus atos.

Em outros termos, se existisse algo como um princípio moral da proteção, este se aplicaria tão somente a sujeitos que não estão em condições de exercerem sua autonomia ao fazer escolhas que dizem respeito às suas existências. Nesse caso de assimetria flagrante nas relações sociais, justificar-se-iam, em particular, medidas compensatórias como as ações afirmativas que, em última instância, visam garantir a justiça social de forma democrática, que só pode ser caracterizada desta maneira se implicar a atualização das capacidades pessoais ou capacitação.

Esta reflexão nos leva a pensar uma outra categoria: a biopolítica, cuja teorização foi iniciada por Foucault nos anos 1970 (15) e para quem o pensamento crítico contemporâneo devia reconhecer e analisar as novas formas de exercício do poder (chamado biopoder) sobre os seres humanos considerados como espécie. Historicamente, a biopolítica pode ser vista como a prática dos governos que visam garantir e incentivar a saúde coletiva pelo controle de determinados indicadores epidemiológicos (como natalidade, fecundidade e mortalidade); o controle das enfermidades endêmicas e epidêmicas; o controle dos eventos e fenômenos que incidem sobre a segurança e o funcionamento das sociedades, incluindo os aspectos ambientais, as políticas de assistência e bem-estar social, dentre outros.

Em outras palavras, a biopolítica é a forma do político que se refere às políticas públicas sobre o corpo social e que são supostamente justificadas pela análise das necessidades e atitudes humanas, por um lado, e as medidas razoáveis e *prima facie* corretas para enfrentá-las, por outro. Pode ser entendida, atualmente, e em sentido positivo, como estratégia global para restabelecer uma relação de compatibili-

dade entre a espécie humana e o ambiente biológico profundamente transformado e degradado. E tudo isso poderia ser visto como função protetora da biopolítica.

Entretanto, as formas atuais de biopoder, cujas condições de possibilidades são fornecidas em particular pelo saber da biotecnociência, fazem com que a bioética deva encarar os efeitos da biopolítica como um de seus objetos de pensamento legítimos e urgentes. Com efeito, a aplicação do saber biotecnocientífico ao campo da saúde e à "qualidade de vida global", implica um novo campo de intervenção sobre indivíduos e grupos que focaliza tanto portadores potenciais como portadores atuais de riscos, numa verdadeira visão globalizada do problema, que não está, entretanto, isenta de críticas de cunho ético e político, como tentamos mostrar aqui. Tais críticas se justificam porque a visão globalizadora não faz a distinção, logicamente necessária, entre objetos diferentes, tais como:

- os riscos que podem, em princípio, ser administrados com as biotecnologias (como os riscos genéticos) e aplicando o princípio *sui generis* da precaução (que serve tanto para agir como para não agir);
- outros riscos, referentes a indivíduos e grupos que têm determinados hábitos considerados incorretos, tais como fumar, beber demais, não fazer exercícios físicos ou praticar esportes radicais, não fazer dieta ou fazer dieta demais, dentre outros, como se tais hábitos tivessem inequivocadamente uma dimensão moral.

Mas isso está longe de ser evidente, pois tais hábitos podem muito bem ser vistos como hábitos referentes tão só à esfera pessoal e ao exercício das liberdades, inclusive aquela de não respeitar a própria saúde. Nesses casos, não se trata de objetos propriamente éticos, visto que estes só podem existir na presença de estruturas do tipo eu-outro e afins, de acordo com a caracterização do campo ético feita por Emmanuel Lévinas (16).

Com isso, aparece o outro lado da biopolítica, que pode ser vista, em sentido negativo, como uma nova forma de discriminação dos portadores, reais ou potenciais, de doenças de origem genética ou agênes com hábitos considerados prejudiciais à saúde pessoal, como

acima respectivamente explicitado. Nesses casos, a biopolítica pode tornar-se liberticida em nome de uma suposta garantia da saúde e do bem-estar do corpo social (17).

Que fazer então? Para tentar responder esta pergunta introduzimos o último conceito aqui considerado: o conceito de hospitalidade, mais especificamente, o conceito de "hospitalidade incondicional". Tal conceito foi proposto por Jacques Derrida, como possível *pharmakon* contra um dos desdobramentos da biopolítica: a exclusão e a discriminação (18). A partir da sugestão de Derrida, pode-se considerar a hospitalidade incondicional como uma resposta ética e política adequada, ou, se preferirmos, uma forma de resistência necessária à biopolítica liberticida que se impõe num mundo globalizado pela economia política. Tal forma de resistência libertária opõe-se à virtualização do real pelas redes e pelas tentativas de estabelecer um "estado de exceção" permanente, baseado em supostas verdades epistêmicas que, por sua vez, seriam capazes de dar um fundamento normativo para o exercício do biopoder.

De fato, tais "verdades epistêmicas" são meras conjecturas probabilísticas muitas vezes apresentadas como verdades evidentes, cuja intenção principal é biopolítica. Por sua vez, mesmo que pudéssemos considerá-las, por experimento mental, "verdades epistêmicas", ainda assim não poderiam ser vistas como fundamentos normativos para a ação, pois estaríamos infringindo, de maneira desnecessária, a assim chamada *Lei de Hume* e confundindo, portanto, o que "é" e o que "deve ser".

Isso constitui sério problema para as liberdades individuais, pois o pressuposto não explicitado é a suposta legitimidade da medicalização da vida humana (já estigmatizada por Foucault), entendida num sentido particular, que podemos sintetizar da seguinte maneira: a saúde não é mais, em última instância, um direito do cidadão e um dever do Estado, mas, ao contrário, um dever do cidadão e um direito do Estado. Em outros termos, a hospitalidade incondicional seria uma resistência à instauração de uma biopolítica global baseada numa suposta necessidade de comportamentos individuais considerados saudáveis de acordo com o "paradigma" dominante do momento, mas que, de fato, é um modelo construído sobre uma confusão entre dados de um evento e probabilidades de um evento, e entre potencialidade e atualização.

Em suma, é bem possível que estejamos assistindo à emergência de um "imperativo sanitário" fundado em um saber questionável e à transformação da própria concepção de saúde, a qual - graças ao uso do saber sanitário e biotecnocientífico - estaria passando por uma transição paradigmática da concepção de saúde como um direito do cidadão para aquela de saúde como um dever de todos e de cada um, entendidos como pacientes, reais ou potenciais que sejam. As políticas de saúde baseadas neste imperativo sanitário, aliadas aos progressos da biotecnociência (como o acesso aos determinantes genéticos e a sua transformação) podem ser interpretadas como:

"... uma rápida conversão das liberdades em necessidade e dos direitos em deveres [pois] o indivíduo, que pode intervir sobre os riscos dos quais seria intrinsecamente portador, [tem] novas obrigações ético-políticas e jurídicas consigo e com os outros, (...) obrigações às quais ele deverá se sentir cada vez mais [instado] a responder, informando-se e informando, prevenindo [e] entregando-se com confiança ao novo saber-poder biopolítico" (17).

Mas isso não é evidente, pois existem razões de economia política que se impõem aos povos do mundo como razões da ordem da necessidade e que exigem, portanto, estratégias de intervenção sobre todo o corpo social, apoiando-se em critérios de efetividade, de maximização econômica e financeira. Em resumo: em razões que supostamente têm o *status* de verdades e que implicariam a necessidade de adaptar-se, sob pena de sofrer alguma sanção como a exclusão do acesso à assistência e aos cuidados; e a inclusão em grupos de risco que serão indevidamente estigmatizados e, eventualmente, excluídos e/ou punidos.

Se esta hipótese está correta, a saúde pública pode tornar-se um dispositivo preventivo de biopolítica e biopoder, baseado em saberes e técnicas que se impõem às condutas individuais e de grupo, mas que não estão isentas de críticas tanto de cunho epistemológico como ético. De fato, se olharmos historicamente as relações entre políticas de saúde e práticas das liberdades, pode-se constatar - de acordo com os estudos de Foucault - que a saúde pública sempre teve uma tendência ao controle efetivo da sociedade para atingir uma máxi-

mização de suas potencialidades vitais por meio dos dispositivos da biopolítica e do biopoder. O problema é saber até que ponto isso é legítimo e suportável socialmente e aonde começaria uma espécie de "paranóia" sanitária.

Neste contexto, a hospitalidade incondicional pode ser entendida como medida ético-política para evitar qualquer tipo de estigmatização e de exclusão pelas mais variadas razões, as quais, entretanto, devem ser criticadas pelas possíveis conseqüências negativas em termos morais e políticos, ou seja, em termos de "vigiar", "prevenir" e "punir".

Para não concluir

Se olharmos não somente os aspectos criticáveis da saúde pública, como a medicalização do corpo social, mas também – e – dia-leticamente – seus aspectos positivos e razoáveis, as atuais estratégias biopolíticas não podem, sem mais, ser reduzidas à dimensão do autoritarismo biomédico aplicado aos estilos de vida de indivíduos, grupos e populações. Podem ser vistas, mais corretamente, como uma tensão dialética entre "uma medicalização do social e do individual" e "uma socialização e individualização da medicina, a qual, desta maneira, excede a si mesma e se transfigura de forma radical" (20).

Nesta abordagem dialética, as estratégias da Saúde Pública, na vigência do "imperativo sanitário" são simultaneamente totalizadoras e individualizantes; é nesta duplicidade que se inscreve o biopoder da biopolítica. Em outras palavras, a biopolítica é constituída por uma tensão constante entre uma limitação da subjetividade e uma criação das condições de possibilidade para a emergência de novas formas de subjetivação no interior do corpo social.

A ferramenta crítica, normativa e protetora, constituída pela bioética, deve permitir que surjam novas formas de subjetivação não necessariamente opostas às convergências e à cooperação interpessoal e coletiva em busca da verdade e da justiça com liberdade para todos e cada um. Mas, o que pode (e talvez deva) ser criticado é a forma de exercício do biopoder da biopolítica, supostamente legitimado pela crença, não necessariamente justificada, de que a assim chamada "sociedade de risco" tenha se tornado uma realidade inquestionável. Portanto, seria uma boa razão para a instauração de imperativos mo-

rais relativos aos comportamentos individuais, que podem prejudicar a saúde do próprio agente moral.

Existem formas tanto protetoras como liberticidas da biopolítica e do biopoder. Por isso, pode-se criticar a convicção segundo a qual o estado de exceção deva ser considerado a regra (outra armadilha lógica, pois implicaria algo como uma "regra de exceção") e que esta regra paradoxal seja necessariamente implicada por um suposto estado de necessidade global, contra o qual é preciso se defender com meios extraordinários. Isso implicaria dizer, também, que as supostas garantias contra a falta de segurança e o medo tenham um preço alto em termos de liberdades e de escolha, o que está longe de ser consensualmente desejável e moralmente aceitável.

Para concluir este ensaio (mas não a discussão), deve-se considerar que mesmo a alta probabilidade de prejudicar a saúde devido a comportamentos pessoais considerados errados do ponto de vista sanitário e que, supostamente, justificaria formas de biopoder liberticida, não é uma garantia contra a crítica, como tentamos esboçar aqui, ao estigmatizar polemicamente as implicações autoritárias da biopolítica aplicada ao campo da saúde, que está inscrita na transição paradigmática da saúde como um direito para a saúde como um dever. Afinal, existem bons argumentos para afirmar que ninguém é obrigado a ser saudável, embora seja obrigado a não prejudicar terceiros com seu agir.

Mesmo admitindo a hipótese razoável da condição humana atual como sendo estruturalmente de risco, disso não podemos inferir, sem mais, a conclusão de que qualquer comportamento individual de risco implica, necessariamente, um risco para terceiros e, portanto, uma dimensão ética de tal comportamento individual "não saudável". Se isso deva ser considerado como "um ser para a morte" (como pretendia Heidegger) ou como uma forma de "empoderamento" libertário, no sentido de resistência a qualquer exercício de poder sobre terceiros, é uma questão que fica, por enquanto, em aberto para melhor juízo.

Referências

1. Innerarity, D. *El nuevo espacio público*. Madrid: Editora Espasa Calpe, 2006. p. 14.
2. Garrata, V & Pessini, L. (orgs.). *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003.
3. Innerarity, D. *La sociedad invisible*. Madrid: Editorial Espasa, 2004. pp. 14-17.
4. Neves, MCP & Lima, M. (orgs.) *Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2005.
5. Garrata, V & Porto, D. *Bioética, poder e injustiça: por uma ética da intervenção*. *Mundo da Saúde* 26(1), 2002. pp. 6-15.
6. Blackburn, S. *Potencial*. In: *Dicionário Oxford de Filosofia*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997. p. 306.
7. Lovelock, J. *Gaia. A new look at life on earth*. Oxford: Oxford University Press, 1979.
8. Beck, U. *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 1986.
9. Agamben, G. *Estado de exceção*. São Paulo, Boitempo, 2004.
10. _____. *Op. cit.* p.14.
11. _____. *Op. cit.* p. 19.
12. Innerarity, D. *Op. cit.* pp. 125-26.
13. Schramm, FR. *Información y manipulación: como proteger los seres vivos vulnerados? La propuesta de la Bioética de la Protección*. *Revista Brasileira de Bioética*, 2005 1(1). pp. 18-27.
14. Sen, AK. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
15. Foucault, M. *Naissance de la biopolitique*. Cours au Collège de France. 1978-1979. Paris : Gallimard/Seuil, 2004.
16. Lévinas, E. *Éthique comme philosophie première*. Paris: Rivages, 1992.
17. Marzocca, O. *Biopolítica*. In: Brandimarte, R. et al. (orgs.) *Lessico di biopolitica*. Roma: Manifestolibri, 2006. pp. 50-56.
18. Derrida, J. *Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar da Hospitalidade*. São Paulo, Escuta, 2003.
19. Marzocca, O. *Op. cit.* pp. 55-6.
20. Di Vittorio, P. *Salute pubblica*. In: Brandimarte et al. (orgs.) *Lessico di biopolitica*. Roma: Manifestolibri, 2006. pp.272.

Recebido em 15/09/2006. Aprovado em 27/10/2006.

Usuários dos Serviços de Saúde e os seus direitos

Users of the Healthcare Services and their rights

Lucília Nunes

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, Portugal.
lucilia.nunes@gmail.com

Resumo: Este trabalho propõe o desafio de refletir sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde, considerando o tema da vulnerabilidade à luz da Bioética em interface com a Enfermagem. Busca elucidar dois percursos sequenciais, ou, metaforicamente, fazer uma caminhada e construir pontes, partindo do conceito de pessoa em direção aos direitos humanos e dos direitos dos usuários aos deveres dos profissionais, dando particular enfoque à mediação que tem de atender – no sentido de dever - à vulnerabilidade dos usuários dos serviços de saúde.

Palavras chave: Vulnerabilidade. Usuários. Direitos Humanos. Direitos e deveres.

Abstract: This study proposes the challenge of reflecting about the rights of healthcare services users, taking the topic of vulnerability from the Bioethics point of view in its interaction with the Nursing field. It tries to elucidate two sequential paths, or, metaphorically, to take a walk and build bridges, starting from the concept of human being until human rights and users rights to the professionals duties, focusing particularly to the mediation that must (duty sense) attend the vulnerability of healthcare service users.

Key words: Vulnerability. Users. Human Rights. Rights and duties.