

# Saúde Global e Biopolítica: Daly e Governamentalidade Neoliberal em Saúde

## *Global Health and Biopolitics: Daly and Neoliberal Governmentality in Health*

**David Mendes Dumaresq, Pablo Severiano Benevides  
Correio**

### Resumo

O presente ensaio tem por objetivo apresentar e discutir o indicador chamado *Disability Adjusted Life Years* (DALY), importante métrica dentro da avaliação econômica em saúde, relacionando-o com tendências de nossa governamentalidade neoliberal contemporânea. A tarefa principal será a de percorrer as veredas escolhidas no processo de concepção do indicador, aproveitando o ensejo para indicar alguns enunciados de justificação para essa concepção. Acreditamos que o DALY pode servir como uma espécie de farol sobre os caminhos que uma racionalidade neoliberal, que tem se mostrado dominante em nosso tecido social ocidental contemporâneo, tem tomado ao perspectivar a vida e a saúde a partir de um prisma da capacidade produtiva dos indivíduos. A partir de um viés que parte dos estudos foucaultianos, ao explicitar as escolhas tomadas na elaboração do indicador esperamos também apontar para mecanismos de saber-poder atuantes no final do século XX e começo do século XXI.

### Palavras-chave

DALY, biopolítica, governamentalidade neoliberal.

### Abstract

*This essay aims to present and discuss the indicator called Disability Adjusted Life Years (DALY), an important metric in health economic evaluation, relating it to trends in our contemporary neoliberal governmentality. The main task will be to go through the paths chosen in the process of the indicator's conception, taking the opportunity to indicate some statements of justification for this conception. We believe that the DALY can serve as a kind of beacon on the paths that a neoliberal rationality, which has proven to be dominant in our contemporary western social fabric, has taken when looking at life and health from a prism of the productive capacity of individuals. From a perspective based on Foucauldian studies, by explaining the choices made in the elaboration of the indicator, we also hope to point to mechanisms of knowledge-power operating at the end of the 20th century and beginning of the 21st century.*

### Keywords

*DALY, biopolitics, neoliberal governmentality.*

**David Mendes  
Dumaresq**

**Universidade Federal do  
Ceará**

Mestrando em Psicologia no  
Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia da UFC.

[dumaresq david@gmail.com](mailto:dumaresq david@gmail.com)

**Pablo Severiano  
Benevides Correio**

**Universidade Federal do  
Ceará**

Professor Adjunto do  
Departamento de Fundamentos  
da Educação da Faculdade de  
Educação da UFC (FACED/UFC).

[pabloseverianobenevides@hotmail.com](mailto:pabloseverianobenevides@hotmail.com)

## Introdução: sobre a biopolítica e a racionalidade governamental contemporânea

Não parece restar muitas dúvidas quanto ao fato de o conceito de biopolítica, tal como concebido por Michel Foucault em obras como “A Vontade de Saber”, “O Nascimento da Biopolítica” e “O Nascimento da Medicina social” (FOUCAULT, 1999; 2008a; 1984), ter crescido em escala galopante em diversas análises, inscritas nos mais distintos campos da saúde pública, coletiva e global (CASTIEL; FERREIRA; MORAES, 2014; KENNY, 2015; MELO; OLIVEIRA, 2017). Se este é, hoje, possivelmente, um dos conceitos mais importantes no campo da teoria política e da crítica social contemporânea, certamente também vem se mostrando como um operador analítico fundamental para compreendermos a inteligibilidade das novas práticas em saúde.

Como afirma Foucault (2008a), “a análise da biopolítica só poderá ser feita quando se compreender o regime geral dessa razão governamental [...] da verdade econômica no interior da razão governamental” (p. 30). Trata-se, todavia, de uma razão governamental específica, cuja análise deverá atingir seus mecanismos imanentes e fundamentais: “só depois que soubermos o que era esse regime governamental chamado liberalismo é que poderemos, parece-me, apreender o que é a biopolítica” (FOUCAULT, 2008a, p. 30). Portanto, se o objetivo deste é a compreensão da medida composta DALY como instrumento técnico de grande importância para a gestão calculista da saúde global, nosso entendimento é que esta gestão calculista – e, portanto, nosso objeto de investigação: o DALY – expressa, de forma singular e concreta, as diretrizes mais gerais desta racionalidade governamental referida por Foucault (2008). Assim, como movimento propedêutico de nossa análise, destacamos cinco características fundamentais da biopolítica como expressão da racionalidade governamental contemporânea, conforme indicado, em diferentes momentos, por Foucault (1984, 2008a, 2008b, 2010a).

- 1) A otimização, majoração e posituação da vida e de seus fenômenos correlativos, de modo a conectá-la aos circuitos de produtividade característico das sociedades capitalistas;
- 2) A substituição do aspecto decisório, arbitrário e agonístico que caracteriza a política para o domínio de uma gestão calculista colonizada por técnicos, especialistas, cientistas e experts;
- 3) A extensão de mecanismos de vigilância, monitoramento e controle próprios à gestão calculista da vida a amplos extratos populacionais – o que é processo correlativo e complementar à individualização disciplinar que converte o indivíduo em um “caso”, dada uma estrutura prévia de normalização
- 4) A formação de campos de saberes que sejam, imediatamente, campos de intervenção (do tipo ambiental) sobre a população – o que se faz graças a uma articulação fecunda entre a estatística e a demografia como práticas de governo;
- 5) O espraiamento da forma-empresa e das mais distintas modalidades de concorrência não somente como forma de produção e circulação do capital, mas como princípio de otimização da gestão pública.

Uma vez indicado, de forma estrategicamente genérica, os principais pontos de ancoragem desta racionalidade governamental contemporânea como solo fértil para a biopolítica, nosso trabalho pretende dar corpo concreto às cinco características acima mencionadas a partir de um recorte bastante específico. Trata-se, portanto, de uma análise da métrica composta DALY, como instrumento fundamental para a gestão em Saúde Global. Esperamos, com isto, nos aproximarmos desta racionalidade governamental

a partir de uma análise micropolítica daquilo que, sob nossa compreensão, se apresenta como um índice, um sinalizador, um termômetro – algo que nos permite ver de perto e ver em detalhes o funcionamento da biopolítica contemporânea como prática de gestão da vida a partir da conversão da vida em vida produtiva.

## A Saúde Global e o DALY

Dentre as inúmeras métricas concebidas e aplicadas no campo da saúde global, existe uma para a qual daremos um interesse especial, por enxergarmos nela um grande potencial para a análise de nossa configuração biopolítica contemporânea. Ela se chama “*Disability Adjusted Life Year*” (DALY ou, no plural, DALYs) e, na sua tradução para o português, “Anos de Vida Ajustados pela Incapacidade” (AVAI). O indicador DALY foi concebido ao fim do século XX, quando as preocupações em Saúde Global em evidência na época culminaram no estudo sobre a “*Global Burden of Disease*” (GDB), a “Carga Global de Doenças”, que, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), visava quantificar a carga da mortalidade prematura e da incapacidade decorrente do acometimento por doenças ou por grupos de doenças mais incidentes.

Segundo Murray (1994), um estudo da Carga Global de Doenças é importante por, pelo menos, quatro motivos: auxiliar no estabelecimento de prioridades nos serviços de saúde, auxiliar no estabelecimento de prioridades na pesquisa em saúde, ajudar a identificar os grupos mais desfavorecidos e os alvos das intervenções em saúde e, por fim, prover medidas comparáveis de resultados para intervenções, para programações e avaliações de setores. E isso seria feito a partir do uso de uma medida composta da saúde da população: o DALY.

Logo de saída, percebe-se uma série de termos pouco familiares ao campo das ciências humanas e sociais, termos advindos, em boa medida, do léxico pertinente aos campos da saúde pública/saúde global, bem como da economia da saúde. Estamos falando de termos como “carga econômica”, “mortalidade prematura”, “incapacidade” e “medida composta”, para darmos alguns exemplos. Demarcamos isso para indicar que nossos esforços intentarão, justamente, tornar o mais claro possível o que se enuncia com cada um desses termos a partir dos referidos léxicos. Com efeito, faz-se importante essa explicitação minuciosa, pois compreendemos que há, tanto nas equações intrincadas que compõem esses indicadores quanto no hermetismo dessa gramática, uma série de estratégias de saber-poder que agem de maneira sub-reptícia. Desta feita, começemos por entender o que seria uma “medida composta” da saúde da população, que tem esse nome exatamente pelo fato de reunir mais de uma informação sobre a saúde de uma população. No caso do DALY, as informações reunidas se relacionam tanto com a mortalidade quanto com a morbidade de uma população estabelecida.

Murray (1994), um dos estudiosos responsáveis pela criação do indicador DALY, indica que há um extenso debate sobre a criação medidas compostas, como as que sumarizam informações sobre mortalidade e morbidade. Contudo, para os propósitos do DALY, esse debate se resumiria a uma escolha básica entre valorações implícitas ou explícitas em saúde. Basicamente, quando aqueles que tomam decisões sobre a saúde optam por alocar recursos em um programa específico (em detrimento de outro), eles acabariam por escolher entre importâncias relativas de resultados em saúde diferentes, tais como redução de mortalidade ou, ainda, a prevenção de incapacidades (MURRAY, 1994). Como o dinheiro é uma medida unidimensional, essa distribuição de financiamentos entre iniciativas diferentes marcaria um conjunto de pesos relativos para esses diferentes resultados. A exceção, segundo Murray (1994), seria:

[...] em um mercado completamente livre para os cuidados em saúde, onde tais decisões entre programas de saúde competitivos não são feitas por uma autoridade central, mas por indivíduos, um problema de saúde de cada vez. <sup>1</sup>(p. 429, grifo nosso, tradução nossa).

Dessa forma, o DALY, por ser uma medida composta de saúde, deixaria os valores sociais presentes nas escolhas entre diferentes programas e intervenções em saúde explícitos. Com isso, esperava-se instigar o debate público sobre as dimensões éticas envolvidas na medição das cargas de diferentes doenças e na análise de custo-efetividade das intervenções em saúde (MURRAY; ACHARYA, 1997). Na realidade, um dos fortes argumentos utilizados para a criação da medida se relacionava, exatamente, a uma tentativa de desvincular a avaliação epidemiológica de defesas apaixonadas por todo tipo de atores sociais – defesas essas que, sob o ponto de vista dos criadores da medida composta, não estavam ancoradas na realidade dos fatos. Por exemplo, um ativista pró-direitos dos portadores de HIV, não raro, aumentaria a quantidade de casos e/ou a gravidade dos casos de AIDS para que a opinião pública dedicasse mais atenção e energia para a causa defendida por ele. Ou, então, os movimentos feministas poderiam, visando chamar a atenção dos diversos estratos populacionais, contabilizar casos de homicídios contra mulheres decorrentes das mais diversas situações e contextos como feminicídios. Coletivos veganos ou ecológicos poderiam, indo na mesma linha argumentativa, superdimensionar os efeitos de certas ações humanas sobre a vida animal ou sobre o meio ambiente. Em síntese: a discussão em saúde pública, por ser tomada de cima a baixo pelo elemento político, só poderia, aos olhos dos especialistas e à sensibilidade da população, nos guiar para escolhas erradas enquanto sociedade. Este é um ponto de suma importância para compreendermos a transmutação do político no biopolítico – e, portanto, aquilo que, na formação de uma racionalidade neoliberal, consiste no que Foucault (2008) compreendeu como naturalização da prática governamental. Trata-se, em suma, da utopia de elisão do político e de conversão da intervenção social como intervenção puramente técnica.

As outras duas limitações estatísticas que o estudo “*Global Burden of Disease*” procurava sanar no cenário das avaliações em saúde no começo dos anos 90 eram: a) informações limitadas e parciais que, via de regra, falhavam em capturar os impactos de desfechos em saúde não-fatais; b) estatísticas tradicionais que, muitas vezes, falhavam em gerar informações que tornassem comparáveis a custo-efetividade de diferentes intervenções em saúde (MURRAY; LOPEZ, 1996). Para solucionar essas duas questões, então, são pensados mecanismos a serem incorporados no indicador que possam fazer com que ele tanto passe a englobar condições não-fatais dentro das avaliações dos estados de saúde, quanto que o indicador consiga mensurar doenças e lesões numa moeda que possa ser utilizada para avaliar a custo-efetividade das intervenções.

Seguindo esse raciocínio, temos que, para incorporar dentro do indicador os desfechos em saúde não-fatais, a opção dos estudiosos foi considerar as incapacidades experimentadas pela população a ser estudada. Segundo a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) de 1976, temos que:

[...] *impairment* (deficiência) é descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; *disability* (incapacidade) é caracterizada como as consequências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades; *handicap* (desvantagem) reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e da incapacidade. (FARIAS; BUCHALLA, 2005, p. 189).

## 1

Citação original: “(...) is in a completely free market for health care where such decisions between competing health programmes are not made by a central authority but by individuals, one health problem at a time.”.

O DALY, portanto, levaria em consideração a incapacidade, tal como presente na saúde da população, para além dos índices de mortalidade encontrados. No tocante à necessidade de uma moeda única para uma medida composta de saúde, seria preciso uma unidade mais genérica. Murray (1994) indica que o melhor candidato a esta moeda seria, precisamente, o tempo – descrito em anos ou em dias. O tempo, assim, se ofereceria ao método. Deste modo, os dados em questão agora reaparecerão como tempo vivido com alguma incapacidade e mortalidade prematura. Mas como, afinal, o tempo se oferece ao método para o cálculo do DALY?

## O cálculo do DALY

Considerando que o indicador em questão agrega dados sobre a mortalidade prematura da população e sobre o tempo vivido com incapacidades por ela, consideramos importante esclarecer do que se tratam esses termos. Começemos pela mortalidade prematura. Para o cálculo da mortalidade prematura ocorrida em uma população, após um debate sobre alternativas variadas para tal procedimento, a abordagem escolhida foi a de "anos potenciais de vida perdidos" (MURRAY, 1994). Em linhas gerais, a aferição da mortalidade prematura acontecia da seguinte forma: 1º - Estabelecia-se uma esperança de vida ao nascer padrão para ser utilizada como parâmetro na medição dos anos de vida perdidos por morte prematura; 2º - Comparava-se a idade em que a pessoa faleceu com esse parâmetro estabelecido; 3º - Da diferença entre o parâmetro ideal estabelecido e a idade de falecimento dos indivíduos se obtinha a quantidade de anos de vida perdidos por morte prematura. Sintetizando, temos que os "Anos Potenciais de Vida Perdidos" é um:

Índice que expressa o impacto relativo a problemas de saúde ou agravos por causas externas na sociedade, calculado a partir da soma dos anos de vida perdidos em consequência de mortes de jovens ou de falecimentos prematuros das pessoas de uma dada região ou de um país. [...] como falecimento prematuro entende-se aquele que ocorre antes de uma idade predeterminada, por exemplo, a expectativa de vida ao nascer. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 18)

Exemplificando: se temos uma esperança de vida padrão de 82,5 anos para mulheres e temos que uma mulher brasileira sofre um acidente de carro fatal aos 40 anos de idade, isso perfaz um total de 42,5 anos potenciais de vida perdidos que entrarão para o cálculo dos DALYs vinculados a acidentes de trânsito no Brasil. No caso, durante os 40 anos de vida anteriores ao acidente e falecimento, a mesma mulher pode ter vivido períodos com determinadas incapacidades que atrapalhavam suas atividades corriqueiras. Esses períodos também contabilizarão DALYs. E é precisamente a investigação dessa dimensão dos desfechos não-fatais em saúde que empreenderemos agora – e isto porque foi justamente para mensurar essa dimensão que foram propostos os "Anos de Vida Perdidos devido à Incapacidades".

Murray (1994) aponta que a estratégia adotada pelo estudo "*Global Burden of Disease*" (Carga Global de Doenças) foi lidar mais diretamente com as questões que emergem quando se trata de medições de incapacidade, gerando uma abordagem prática que pode ser aplicada para mais de cem doenças e suas respectivas sequelas. Para isso, foi preciso lidar com quatro questões: definir classes de incapacidades, separar a duração da severidade, mapear doenças até suas sequelas incapacitantes e escolher diferentes pesos para diferentes classes de incapacidade.

Nesse momento da explicitação dos métodos, Murray (1994) faz a observação sobre o porquê de a escolha de aferir-se "incapacidade" e não

“desvantagem”. Para ele, a desvantagem é um conceito atrativo porque volta-se para o impacto na vida, dado o contexto particular do indivíduo. No entanto, ele pontua que a alocação de recursos para evitar desvantagens, em oposição às incapacidades, pode exacerbar as iniquidades. Para exemplificar tal questão, o autor cita um exemplo da própria Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens:

A subnormalidade da inteligência é uma deficiência, mas pode não levar a uma restrição apreciável da atividade; outros fatores além da deficiência podem determinar a desvantagem, pois ela pode ser mínima se o indivíduo vive em uma comunidade rural remota, ao passo que pode ser severa nos filhos de graduados vivendo em grandes cidades, dos quais se pode esperar mais. (ICDIH apud MURRAY, 1994, p. 438, tradução nossa)<sup>2</sup>.

Uma vez que o estudo optou por medir incapacidades, o desafio estava em capturar as várias dimensões do funcionamento humano em um esquema simples. Um espectro de 6 classes de incapacidades, então, foi estipulado entre os estados de perfeita saúde e de morte, sendo que cada classe progressiva indicaria uma perda maior de bem-estar ou uma severidade maior do que na classe anterior.

As incapacidades em cada classe podem restringir diferentes habilidades ou capacidades funcionais, mas seus impactos sobre o indivíduo são considerados como similares. [...] A capacidade limitada foi definida arbitrariamente como uma redução de 50% ou mais na capacidade<sup>3</sup> (MURRAY, 1994, p. 438).

As classes também são definidas operacionalmente, de maneira que uma classe é definida por o conjunto de sequelas incapacitantes presentes naquela classe. A distribuição final das classes foi submetida ao crivo de um grupo independente de especialistas.

Uma questão intrincada de se resolver para o estudo foi a separação entre a duração e a severidade de uma incapacidade, tendo em vista que a severidade pode vir em função do tempo também. "O homem pode suportar o sofrimento se a perspectiva de alívio estiver próxima" (MURRAY, 1994, p. 438). Para o DALY, contudo, a severidade, ou mesmo o peso de cada classe, não são uma função do tempo vivido em cada classe de incapacidade, mas apenas da própria classe. Nesse sentido, o peso destinado a uma das 6 classes de incapacidades não aumentaria gradativamente à medida em que o indivíduo permanecesse um período maior de tempo naquela classe. Com efeito, isso permite que o tempo vivido com incapacidades curtas ou longas possa ser comparado com o tempo perdido devido à mortalidade prematura. Teríamos, por exemplo, que 50 indivíduos onde cada um perdesse 1 DALY equivaleria a 1 indivíduo perdendo 50 DALYs, ou seja, feita a opção de não levar em conta o fator duração como afetando a severidade, tais comparações entre DALYs de diferentes indivíduos podem ser efetuadas sem maiores problemas.

Por fim, temos que, para operacionalizar a comparação entre o tempo vivido em uma das 6 classes de incapacidades e o tempo perdido devido a uma mortalidade prematura, um peso para cada classe necessitava ser estipulado (MURRAY, 1994). No artigo que tem sido usado como base para apresentar as opções metodológicas do DALY, Murray (1994) faz uma breve discussão sobre variados métodos para se eliciar preferências de estados de saúde para indivíduos.

A título de ilustração, apresentamos 3 dos métodos que poderiam ser utilizados no estudo preliminar para elaboração do estudo “*Global Burden of Disease*”: 1º - Estimacão de magnitudes (magnitude estimation): faz

## 2

Citação original: "Subnormality of intelligence is an impairment, but it may not lead to appreciable activity restriction; factors other than the impairment may determine the handicap because the disadvantage may be minimal if the individual lives in a remote rural community, whereas it could be severe in the child of university graduates living in a large city, of whom more might be expected."

## 3

Citação original: "Disabilities in the same class may restrict different abilities or functional capacities but their impact on the individual is considered to be similar. [...] Limited ability has been defined as a 50% or more decrease in ability."

perguntas diretas sobre o valor relativo do tempo gasto em um estado em comparação com o outro (MURRAY, 1994). Assim, se a afirmação de um indivíduo de que ele está com a capacidade limitada para praticar esportes tem um peso de 0,3, numa escala que vai de 0 a 1, pede-se que estime qual seria o valor atribuído à necessidade constante de ser auxiliado na sua higiene pessoal em relação a esse valor previamente estabelecido. Colocando em outras palavras, a partir de uma comparação entre situações distintas de comprometimentos funcionais devido a agravos em sua saúde, o indivíduo deve hierarquizar os estados distintos, atentando também para a proporção existente entre eles: não apenas qual estado é “pior” ou “melhor” que outro, mas explicitar também o quão “pior” ou o quão “melhor” seria um estado de saúde em relação ao outro. 2º - Aposta padrão (*standard gamble*): pede aos indivíduos que escolham entre a certeza de viver com determinado estado de saúde ou a chance de reestabelecer a saúde a uma probabilidade  $p$  e a chance de morrer a uma probabilidade  $1 - p$  (MURRAY, 1994). Ou seja, o método visa a medir o grau de incapacidade de um estado de saúde ao observar a disposição em aceitar um risco de morte para evitar o referido estado. Exemplificando: você prefere a certeza de passar uma vida com limitações no âmbito ocupacional, ou prefere a chance de 90% de melhorar dessas limitações, sabendo que haveria 10% de probabilidade de você falecer no processo? 3º - *Person trade-off*: solicita-se aos indivíduos que escolham entre curar determinado número de pessoas em uma classe de incapacidade ou outro número em uma classe diferente (MURRAY, 1994). Um possível cenário seria: você prefere curar 100 indivíduos das incapacidades da Classe 1 (com as condições mais brandas) ou curar 10 indivíduos das incapacidades da Classe 6 (com as condições mais severas)?

Esses métodos, diz Murray (1994), têm o intuito de chegar ao ponto em que o indivíduo seja indiferente entre as duas escolhas que são dadas a ele e, a partir desse momento em que as escolhas parecem equivalentes, os pesos podem ser derivados daí. Os pesos específicos variam de acordo com os tipos de perguntas feitas, bem como com o grupo de respondentes. Assim, os pesos foram determinados por um grupo de especialistas que não estiveram envolvidos nas estimativas de incidência, duração e mortalidade para qualquer doença estudada no estudo “*Global Burden of Disease*”. Usando o método de estimação de magnitudes (magnitude estimation), os especialistas escolheram entre números de 0 a 1 para cada uma das 6 classes de incapacidades. Por fim, foi produzida a média de seus votos para que o peso final de cada uma das classes fosse estipulado.

Dessa forma, temos então que os DALYs, para um indivíduo, seriam, exatamente, a soma entre os anos perdidos devidos à mortalidade prematura e os anos perdidos devidos à incapacidade. Em uma palavra: um DALY equivaleria a um ano de vida saudável perdido (MURRAY; LOPEZ, 1996).

Dentro da argumentação feita no planejamento e criação do DALY, uma questão que emergiu foi a de que em todas as sociedades, segundo Murray (1994), os papéis sociais variam conforme a idade dos indivíduos, de maneira que os mais novos e, não raro, os mais velhos, dependessem do resto da sociedade para o apoio físico, emocional e financeiro. Dada essas diferenças de papéis e de dependência de acordo com a idade, “pode ser apropriado considerar valorizar de forma desigual o tempo vivido em uma determinada idade” (MURRAY, 1994, p. 434, tradução nossa). E o autor continua sua justificativa: “pesos maiores para um ano de tempo em uma idade específica não significa que o tempo vivido nessa idade é per se mais importante para o indivíduo, mas que, por conta dos papéis sociais, o valor social daquele tempo pode ser maior” (MURRAY, 1994, p. 434, tradução nossa).

Uma vez que foi estabelecido que a ponderação de diferentes idades seria uma opção metodológica dentro do indicador DALY, a solução

#### 4

Por não encontrarmos tradução adequada, optamos por manter o termo original em língua inglesa. Trade-off é o nome que se dá a uma decisão que consiste na escolha de uma opção em detrimento de outra.

#### 5

Citação original: “[...] it may be appropriate to consider valuing the time lived at a particular age unequally.”

#### 6

Citação original: “Higher weights for a year of time at a particular age does not mean that the time lived at that age is per se more important to the individual, but that because of social roles the social value of that time may be greater”.

encontrada foi a de efetuar um Método Delphi – método que tem por objetivo obter consenso de especialistas sobre previsões tecnológicas (CARDOSO et al, 2005) – modificado com um grupo de especialistas em saúde pública, para chegar aos valores para cada idade. De maneira geral, para a ponderação existe uma função de pesagem por idade que começa em praticamente 0 na época do nascimento do indivíduo e vai subindo em um ritmo acelerado até por volta dos 26 anos. A partir daí, ela vai descendo num ritmo mais lento com o avançar da idade.

Para além do elemento de ponderação das idades, com os regimes de justificação a ele correlatos, encontramos também um outro elemento importante de ser explicitado dentro das veredas percorridas para a elaboração e aplicação do DALY. Referimo-nos aqui ao conceito de “preferência temporal” (*time preference*). “no nível mais simples, a preferência temporal é o conceito econômico de que os indivíduos preferem benefícios agora do que no futuro. O valor de bens ou de serviços hoje é maior do que em um ou dez anos.” (MURRAY, 1994, p. 439). Dessa maneira, o especialista em economia da saúde segue argumentando que, ao se oferecer a opção entre receber 100 dólares hoje ou 100 dólares daqui a 1 ano, a maioria das pessoas optaria por receber 100 dólares hoje.

É prática padrão na avaliação econômica de projetos utilizar a taxa de desconto para descontar benefícios no futuro. O processo de desconto de benefícios futuros os converte em termos de valor presente que podem, então, ser comparados com os custos de projeto, também descontados se forem distribuídos por mais de um ano, para determinar a relação de custo-efetividade. (MURRAY, 1994, p. 439).

Murray (1994), assim, acaba por adotar a taxa de desconto para o indicador DALY. Ou seja, as iniciativas em saúde que terão impactos mais imediatos nos indicadores de saúde da população acabam por ter uma maior valorização quando a avaliadas por meio da métrica DALY, já que os benefícios de iniciativas visando a efeitos mais tardios terão essa taxa de desconto aplicada ao longo do tempo.

Gostaríamos, agora, de dar alguns passos para trás e nos voltarmos para alguns conceitos gerais que subjazem às escolhas feitas em seu projeto e elaboração, conforme o expresso pelos criadores. Pode parecer contraintuitiva a opção por apresentar tais conceitos depois de já explicitado as nuances de nosso objeto de estudo. Entretanto, esta é nossa orientação metodológica, de explícita inspiração foucaultiana: fazer com que os acontecimentos tragam a necessidade dos conceitos, ao invés de usar os conceitos como universais abstratos que configuram os acontecimentos à sua imagem e semelhança; e, da mesma forma, tomar a singularidade dos processos técnicos para, a partir deles, entender a discursividade que se forma em torno deles, ao invés de entender o processo técnico como mera consequência de um discurso, ideologia ou mentalidade de uma dada época.

## Do cálculo ao discurso: as formações discursivas em torno do DALY

Abordemos, agora, as formações discursivas em torno do DALY, bem como sua notável pertinência para o campo dos estudos sobre biopolítica. Essas formações discursivas – enunciados que apresentam certa regularidade, certa transversalidade e certo poder de exclusão de outros enunciados (FOUCAULT, 1997) – assumem, no caso do DALY, a forma de princípios (MURRAY; ACHARYA, 1997). Os autores começam explicitando que o enquadramento ético dado ao indicador é baseado em princípios que uma larga proporção da sociedade concordaria. Ele se inspiraria na noção

## 7

Citação original: “At the simplest level, time preference is the economic concept that individuals prefer benefits now rather than in the future. The value of goods or services today is greater than in one or ten years.”.

de valor comum, que deve ser entendida como um conjunto de valores que podem ser acordados como um ponto de partida para negociações e para as ações, permitindo, assim, o debate entre culturas diferentes (BOK, 1995 apud MURRAY; ACHARYA, 1997). Ao mesmo tempo, e num sentido bem diferente, o artigo coloca que, ao pensar os princípios que fundamentam as escolhas funcionais para o indicador, as preferências sociais foram respeitadas; contudo, essas preferências precisam ser “filtradas” (*laundering preferences*) com base em princípios ideais (GOODIN, 1986 apud MURRAY; ACHARYA, 1997). Pois bem, temos então, de saída, um aparente paradoxo, de maneira que as escolhas do indicador, aparentemente, estão firmadas em sólidas posições sociais – muitas das quais apresentadas como quase consensuais e socialmente intuitivas –, sendo que, por outro lado, tais posições ainda precisam passar por filtros ideais para que possam atuar, de fato, no tecido social.

Dessa feita, se temos os valores comuns e a questão dos princípios ideais como fundacionais do DALY, temos também outros dois princípios mais superficiais e que repercutirão bastante no formato adquirido pelo indicador. O primeiro deles: “a carga calculada para desfechos em saúde semelhantes deve ser a mesma<sup>8</sup>” (MURRAY; ACHARYA, 1997, p. 709, tradução nossa). Esse princípio apelaria à mais elementar noção de justiça, mas sua interpretação depende fundamentalmente do conjunto de informações utilizados para definir um desfecho em saúde semelhante. Os autores seguem apontando que há tipos distintos de variáveis, como aquelas que definem propriamente o desfecho em saúde – como etiologia, tipo, severidade, ou ainda a duração de uma incapacidade – e aquelas que são propriedades dos indivíduos – como sexo, idade, renda, formação educacional etc. Assim, se todas as informações possíveis, tanto as concernentes ao próprio desfecho quanto aquelas relacionadas aos indivíduos, fossem utilizadas, todo desfecho em saúde seria único e esse princípio perderia a razão de ser (MURRAY; ACHARYA, 1997). Ou seja, se o grande trunfo do DALY seria o de possibilitar a comparação entre diferentes estratégias para lidar com problemas em saúde, o indicador perderia sua razão de ser caso essas comparações fossem inviabilizadas pelo motivo de não ser possível a comparação entre desfechos de saúde tão singulares.

Então, temos que o segundo princípio serve como delimitador do primeiro, sendo ele: “as características não relacionadas à saúde dos indivíduos afetados por um desfecho em saúde que devem ser consideradas ao se calcular a carga da doença associada devem ser restritas à idade e ao sexo<sup>9</sup>” (MURRAY; ACHARYA, 1997, p. 709, tradução nossa). Eles apontam que alguns economistas do desenvolvimento defendem que indivíduos com maiores rendas, ou com melhor acesso a uma educação formal, deveriam estar associados a um peso maior do que os grupos com menores rendas ou com menos educação formal – isso tendo em vista que as pessoas com maiores rendas contribuiriam mais para a economia, para a acumulação de capital, para o crescimento futuro e, assim, para o bem-estar de toda a sociedade. Por outro lado, outras pessoas argumentariam que deveria ser dada maior importância a um mesmo desfecho em saúde ocorrido em pessoas em desvantagens sociais, uma vez que o fato de já contarem com menos recursos para lidar com a situação deveria colocá-los enquanto prioridades nas intervenções de saúde.

A proposição de que devemos excluir informações sobre renda, educação ou outros aspectos do status social de um indivíduo ao se estimar a carga devida um desfecho em saúde é claramente um meio-termo entre estes dois pontos de vista. Imagine uma situação onde dois pacientes chegam em um quarto de emergência, ambos em coma decorrente de meningite, mas há antibiótico suficiente apenas para tratar um deles. Os dois pacientes são totalmente idênticos em todos os aspectos, com a exceção de que um é rico e o outro pobre. (...) Através da proposição de informações restritas, nós

## 8

Citação original: “The burden calculated for like health outcomes should be the same”.

## 9

Citação original: “The non-health characteristics of the individual affected by a health outcome that should be considered in calculating the associated burden of disease should be restricted to age and sex.”

devemos ser completamente indiferentes ao tratamento de um sobre o outro. [...] Como a sobrevivência e, em maior âmbito, boa saúde são necessários para todas as outras formas de bem-estar, poucos indivíduos estão dispostos, após deliberação, a discriminar por status socioeconômico. (MURRAY; ACHARYA, 1997, p. 710, tradução nossa)<sup>10</sup>

Ao defenderem-se das críticas apresentadas ao conjunto de informações restritas proposto para o indicador DALY, os dois autores indicam que uma objeção problemática posta pelos estudiosos foi a de que as consequências de um desfecho de saúde em um indivíduo dependerão de muitas características individuais. Seguindo esse raciocínio, teríamos que uma parcela dos indivíduos poderia ser dotada de uma capacidade de adaptação maior para lidar com determinadas adversidades, tanto por conta de fatores culturais como de respostas sociais individuais. A argumentação de Murray e Acharya (1997), todavia, é de que a opção de contar determinado desfecho em saúde como mais importante (importante no sentido de contribuir mais para o montante de DALYs e, por consequência, para a carga de doenças) em um indivíduo que possui uma menor capacidade de adaptação psicológica do que em um que possua uma maior capacidade é algo manifestamente injusto.

Assim, temos que no entrecruzamento entre as duas noções mais latentes de valores comuns e da “lavagem de preferências” (*laundering preferences*) e as duas noções de superfície de considerar desfechos em saúde similares como iguais e a de considerar um conjunto restrito de informações sobre os indivíduos – apenas idade e sexo – o indicador DALY teria um forte traço igualitário, segundo Murray e Acharya (1997). Portanto, o DALY teria a dupla vantagem de, por um lado, explicitar que valores sociais terminam por guiar seus direcionamentos metodológicos, diferente de outros processos decisórios em saúde onde esses detalhes estariam elididos; e, por outro lado, efetuar escolhas que dão um caráter alegadamente igualitário e justo ao indicador.

Desde sua primeira aparição no contexto do “*World Development Report: Investing in Health*” de 1993, feito por meio de uma parceria entre o Banco Mundial e Organização Mundial de Saúde (OMS), o indicador aqui escrutinado já passou por muitas reformulações. Mesmo durante os anos iniciais de introdução e aplicação do indicador, já existiam estudos que optavam por seguir caminhos operacionais distintos daqueles sugeridos pelos criadores do indicador. Com efeito, dois grupos de pesquisa, trabalhando com os mesmos dados sobre uma população, a depender das escolhas metodológicas que façam, podem chegar a resultados consideravelmente diferentes sobre as estimativas de DALYs (CHEN et al, 2015).

Caminhando para o final de nosso estudo, não poderíamos deixar de indicar, de forma explícita, o motivo pelo qual consideramos o DALY como um dos exemplos mais claros, mais fortes e mais pertinentes daquilo que Foucault, em tantos momentos distintos, chamou de biopolítica.

Primeiro ponto: a biopolítica consiste numa racionalização da prática governamental e, portanto, em um conjunto de processos sistemáticos de cálculos, de testes e de intervenções tateantes com o objetivo de conduzir a conduta da população em um determinado sentido (FOUCAULT, 2008a). O DALY indica, de forma ímpar, o grau de empenho na tentativa de operar uma gestão calculista da vida.

Segundo ponto: trata-se, sempre, da vida e dos fenômenos próprios à vida. Entretanto, de uma sobrecondição da vida como vida produtiva a partir da maximização das forças que atuam nas sociedades capitalistas modernas: o poder se desloca de sua função de fazer morrer e deixar viver para sua função de fazer viver e deixar morrer (FOUCAULT, 1999). Mais

uma vez: o DALY expressa veementemente essa reversão do poder soberano para as biopolíticas ao esquadrihar a vida e os fenômenos que lhes são próprios no sentido de otimizá-la.

Terceiro ponto: a racionalidade governamental que anima a biopolítica possui um parentesco significativo com a fisiocracia, o utilitarismo e o liberalismo no ponto em que, como afirma Foucault (2008b), desloca o centro da prática governamental no sentido de compreender certa naturalidade ou regularidade presente no comportamento dos governados, ao invés de impor, de cima abaixo, um conjunto de prescrições, ordens e comandos. O DALY é já, em si mesmo, o resultado de uma profunda tentativa de buscar certas regularidades para que, sobre elas, se possa intervir não de modo a impor uma ação avessa à população, mas de forma a modificar sutilmente hábitos de vida, práticas de saúde e formas de subjetivação.

Quarto ponto: a biopolítica, sob o solo do neoliberalismo, pretende converter a política em economia política, ou seja, elidir o componente arbitrário, pessoal ou decisório da política (FOUCAULT, 2008a). A pretensão de objetivação, mensuração e formação de consenso está presente na utopia de uma dalyficação da saúde global, de modo que as decisões de alocação de recursos não mais estivessem travadas pela dissensualidade própria à política. Por fim, a biopolítica implica em uma relação estreita entre saberes como a demografia, a estatística e a medicina social de modo a bem conjugar práticas de assistência e práticas de controle – o que Foucault (1984) como sendo a capilarização do modelo da medicina inglesa.

Se, em nossa exposição, primamos pela apresentação do DALY em seus detalhes, em suas minúcias e até mesmo nos debates que envolvem sua elaboração e colocamos de forma mais lateral a apresentação sobre biopolítica isso se deve – o leitor talvez possa adivinhar – pelo fato de que estamos, assim acreditamos, primando pela apresentação de um instrumento pouco conhecido, pouco estudado e pouco analisado. Dedicar longas páginas à explicitação do que é específico à biopolítica nos parece pouco fecundo diante do grande farol, do grande sinalizador, do grande termômetro que acreditamos ter em mãos para bem compreender o modo concreto de ação das práticas biopolíticas: o DALY.

## Considerações finais

“Tornar difíceis os gestos fáceis demais” – isto Foucault (2003, p. 180), de forma um tanto surpreendente, assinalou ser o ímpeto próprio da crítica. O trabalho ora empreendido buscou, assim como alguns outros, preencher o usual hiato entre a crítica e a análise. A recusa à transcendência da crítica nos joga na imanência própria da superfície do visível e do enunciável e, ainda, na imanência própria da profundidade do não-visto e do não-enunciável (DELEUZE, 2005). Isto porque esta profundidade é tão somente o efeito das dobras da superfície, do segredo de que não há segredo, da devolutiva das palavras e das siglas entronizadas à crueza, à baixeza e ao ordinário de suas existências e funções. A análise do DALY – como forma de desdobrar e devolver a profundidade à superfície e como forma de absorver (como um anti-caleidoscópio) as luzes que parecem vir de tantos cantos e de tanta distância – é ao mesmo tempo uma crítica ao DALY. E, por seu turno, a crítica só pode ser uma forma de recusa. Isso porque há qualquer coisa na análise do poder da verdade que funciona, ainda, como recusa ao poder da verdade – gesto esse que Foucault (2010b) chamou de anarqueologia.

Sabemos como as considerações finais, por vezes, funcionam como freio, anteparo, moderação e reterritorialização súbita e por tantas vezes forçosa da argúcia e acidez analítica que nos permitimos nos ápices que, usualmente, habitam o meio dos textos, dos ensaios, dos artigos. Seguimos,

todavia, na crítica; seguimos na imanência entre análise e crítica; e, indo além, seguimos no gesto que liga a análise, a crítica e a recusa. Em uma palavra: permaneçamos. Não no “difícil”. Permaneçamos no “tornar difícil”.

## Sobre o artigo

**Recebido:** 21/03/2024

**Aceito:** 20/04/2024

## Referências bibliográficas

CARDOSO, L. R. de A. et al. Prospecção de futuro e Método Delphi: uma aplicação para a cadeia produtiva da construção habitacional. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 63-78, 2005.

CASTIEL, L. D.; FERREIRA, M. S.; MORAES, D. R. de. Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar: moralismo, biopolítica e crítica parresiasista. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 5, p. 1523-1532, 2014.

CHEN, A.; JACOBSEN, K. H.; DESHMUKH, A. A.; CANTOR, S. B. The evolution of the disability-adjusted life year (DALY). **Socio-Economic Planning Sciences**, [S.L.], v. 49, p. 10-15, 2015.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p.187-193, 2005.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: Machado R, organizador. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, p. 79-98, 1984.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro, Graal, 1999.

FOUCAULT, M. “Então é importante pensar?” - Entrevista com Didier Eribon. In: **Ditos e Escritos IV: Estratégia, Poder-Saber**. Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária, 2003.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica. Curso dado no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**. Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2010a.

FOUCAULT, M. **Do governo dos vivos: Cursos no Collège de France, 1979-1980 (excertos)**. São Paulo: CCS-SP/Achiamé, 2010b.

GOODIN, R. E. 9 - Laundering Preferences. In: ELSTER, J.; HYLLELAND, A. (ed.). **Foundations of social choice theory**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 132-148, 1986.

KENNY, K. E. The biopoliticality of global health: life and death in neoliberal time. **Journal Of Sociology**, [s.l.], v. 51, n. 1, p. 9-27, 2015.

MELO, L. P. de; OLIVEIRA, A. L. Living through Health Projects: health education's practices in Brazil. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v.42, n.3, p. 961-980, 2017.

MURRAY, C. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. **Bulletin of the World Health Organization**. v.72, n. 3, p. 429-445, 1994.

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. (ed.). **The Global Burden of Disease: a comprehensive assesment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020**. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

MURRAY, C. J. L.; ACHARYA, A. K. Understanding DALYs. **Journal Of Health Economics**, [S.L.], v. 16, n. 6, p. 703-730, 1997.