

# A Nova Economia Política do corpo: poder, saúde e cuidado na era da governamentalidade neoliberal

Pablo Ornelas Rosa\*

Marcelo Puzio\*\*

## Resumo

Esse artigo procura analisar como as tecnologias de poder que emergiram a partir da biopolítica se caracterizaram por promover a centralização da vida, algo que Foucault também denominou de *somatocracia*, ou seja, um tipo de operação que tinha como finalidade a intervenção e a administração não de territorialidades, mas a observação, intervenção e cuidado sobre o indivíduo, convertendo o corpo em objeto de um tipo de controle que ultrapassa as fronteiras do Estado na medida em que também atua por meio de governamentalidades. Desse modo, foi a partir da passagem das sociedades disciplinares para as sociedades de segurança e de normalização que a saúde pública acabou se tornando um dos principais campos de ação e efeitos da governamentalidade moderna, que como veremos no artigo tem como marco simbólico para Foucault o Plano Beveridge, que foi iniciado na Inglaterra na década de 1940, servindo de modelo à organização da saúde coletiva, em um momento posterior a Segunda Guerra Mundial. Assim, os ideais de bem-estar e saúde, passaram a se tornarem *slogans* de uma nova dinâmica das relações de poder entre o Estado e a sociedade, onde a medicina interviria sobre os indivíduos e a população não fundamentada em leis especificamente, mas em normas sobre o corpo. O objetivo deste artigo é mostrar como as tecnologias de poder que incidem sobre a vida passaram a complexificar suas atuações a partir do século XX, indo do trabalho ao lazer, da doença à saúde, procurando o gerenciamento da população e dos indivíduos simbioticamente.

**Palavras-chave:** Biopolítica; Governamentalidade Neoliberal; Saúde; Medicina; Corpo

---

\* Doutor em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Atualmente desenvolve pesquisa de Pós-Doutorado junto ao PPG em Sociologia na Universidade Federal do Paraná (UFPR) e é professor dos Programas de Mestrado em Sociologia Política e em Segurança Pública da Universidade Vila Velha (UVV).

\*\* Mestre em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

## The New Economy Politics of the body: power, health and care in the age of the neoliberal governmentality

### Abstract

This article looks for to analyze as the technologies of being able that they had emerged from the biopolITIC if they had characterized for promoting the centralization of the life, something that Foucault also called of *somatocracy*, that is, a type of operation that had as purpose the intervention and the administration not of territorialities, but the comment, intervention and care on the individual, converting the body into object of a type of control that exceeds the borders of the State modern in the measure where also it acts by means of governmentalities. So, the present article intends to show as the technologies of being able that they happen on the life had started to complexified its performances from century XX, looking to the management of the population and the individuals through a new economy politics of the body.

**Keywords:** Biopolitic; Neoliberal Governmentality; Health; Medicine; Body

### Uma Genealogia da saúde

As atribuições do Estado moderno referentes à proteção e à promoção tanto do bem-estar quanto da saúde das pessoas ocorrem já há algum tempo nas sociedades ocidentais, representando a consubstanciação de uma cadeia de considerações políticas, econômicas, sociais, culturais e éticas. Como os seres humanos constantemente se depa-ravam com problemas de saúde decorrentes de predicados e de carências de sua condição humana natural acabaram por reconhecer a importância da comunidade tanto no desenvolvimento da promoção da saúde quanto na prevenção e no tratamento das diferentes enfermidades que emergiam cotidianamente.

Grande parte dos problemas de saúde enfrentados pelos seres humanos no decorrer da história das civilizações esteve relacionado à localização da natureza da vida em comunidade, a exemplo dos controles de doenças transmissíveis, da provisão de comida e de água suficientes e com certa qualidade para a população, do controle e da melhoria do saneamento, da assistência médica, auxílio aos considerados desamparados e incapazes, dentre outros. No entanto, foi através da busca pela dissolução destas desagradáveis eventualidades, que variavam de acordo com o tempo e o espaço, que a chamada saúde pública acabou se desenvolvendo.

São muitas as evidências de atividades relacionadas à saúde comunitária encontrada nas mais antigas civilizações. Rosen (1994) mostrou que há cerca de quatro mil anos existia uma sociedade no norte

da Índia<sup>1</sup> que vivia em cidades planejadas, organizadas em blocos retangulares, com sistemas de esgoto, banheiros, ruas largas e pavimentadas, drenadas por escoamentos cobertos. O arqueólogo Flinders Petrie e sua equipe encontraram vestígios do período chamado de Médio Império do Egito (2100-1700 a.C.) nas ruínas da cidade de Kahun, construída por ordem de um faraó que fez com que a água fosse escoada por meio da implantação de uma calha de pedra produzida em mármore no centro da rua. A cultura creto-miscênica, localizada por volta de dois mil anos antes da era cristã, resolveu o problema do consumo de água encontrado nas comunidades mais populosas ao disponibilizar grandes aquedutos que forneciam suprimentos as pessoas. Em Tróia, por exemplo, em todos os lugares que existiam sistemas de abastecimento de água para beber, tratava-se também do destino dos dejetos através de um sistema de esgotamento. Em palácios como o de *Cnossos*, em Creta, a partir do segundo milênio pré-cristão, não havia somente magníficas instalações destinadas ao banho, mas também descargas para os lavatórios (ROSEN, 1994, p.32).

Como a enfermidade sempre foi inerente à vida, os seres humanos esforçaram-se ao longo da história em enfrentar as doenças da melhor forma possível. São muitos os estudos de paleontologia que mostram não só a antiguidade de doenças, mas suas ocorrências de forma bastante similar aos dias de hoje, tais como: infecções, inflamações, distúrbios do desenvolvimento e do metabolismo, traumatismos e tumores. Ao evidenciar a esquistossomose através dos rins de corpos com 3.000 anos de idade no Egito, por exemplo, pode-se diagnosticar a tuberculose da espinha em restos de esqueletos de índios pré-colombianos (ROSEN, 1994, p.33).

Com o objetivo de enfrentar doenças endêmicas ou epidêmicas, a maior parte das populações antigas agia a partir de alguns conceitos sobre a natureza da enfermidade geralmente relacionando-os ao sobrenatural, diferentemente da Medicina moderna que tenta entender as doenças através do estudo das estruturas e dos processos mórbidos no corpo, identificando-as e particularizando-as segundo sintomas fundamentados na localização das regiões em que ocorrem suas causas. No entanto, o conceito de doenças distintas é algo relativamente recente.

Em geral, os antigos médicos não distinguiam as diferentes doenças uma vez que geralmente se preocupavam com os vários grupos de sintomas. As evidências de desordem na saúde eram comumente

---

<sup>1</sup> Segundo Rosen (1994), essas descobertas foram realizadas nas cidades localizadas na região norte da Índia, chamadas hoje Mohenjo-Daro, Harappa e Punjab.

explicadas através de teorias sobre a mistura de fluidos do corpo ou a partir de estados constrictos ou relaxados das partes sólidas do corpo.

Os primeiros relatos nítidos acerca de doenças agudas comunicáveis ocorrem na literatura da Grécia clássica. Tucídides narra uma epidemia, em Atenas, no segundo ano da guerra do Peloponeso. Curiosamente, no entanto, a maioria das doenças transmissíveis parecem ausentes nos escritos do Corpo Hipocrático. Não se mencionam varíola, ou sarampo, nem há referência segura a difteria, varicela ou escarlatina nem a grande peste de Atenas aparece. Mas, no livro conhecido como *Epidemias I*, existe uma inconfundível descrição clínica da caxumba. Nas obras hipocráticas, a atenção se concentra, mormente, em doenças endêmicas, entre as quais resfriados, pneumonias, febres maláricas, inflamações dos olhos, e várias moléstias não identificadas (ROSEN, 1994, p.35).

Na antiga Grécia, os grandes médicos que também eram filósofos naturais não buscavam apenas tratar dos problemas de saúde que ocorriam em sua época, mas ainda buscavam refletir sobre a constituição do universo e entender as relações entre os seres humanos e a natureza. Baseando-se no raciocínio filosófico e em observações decorrentes das necessidades práticas, os gregos desenvolveram concepções e explicações naturalistas acerca da doença, atribuindo saúde e doença à natureza; entendiam que a falta de saúde decorreria da desarmonia entre o homem e o ambiente. Não obstante, Nietzsche verifica que a saúde atua na doença e a doença na saúde, conforme averiguou Vieira (2000).

No entanto, a história da Medicina grega jamais se resumiu à ideia de cura. Mesmo compreendendo que os problemas de higiene mereciam bastante consideração, os antigos gregos entendiam que a manutenção da saúde era a tarefa de maior importância da sociedade. Para os médicos da antiga Grécia, a saúde traduzia a condição de harmonia entre as várias forças constituintes do corpo humano que em determinados momentos de perturbações resultaria em doença. Sendo assim, os fatores físicos e da nutrição sobre o corpo humano mereciam bastante atenção na medida em que os elementos externos facilmente comprometiam sua harmonia.

Mesmo não havendo muitas referências na antiguidade acerca dos benefícios que eram constantemente associados à Saúde Pública, era perceptível que os serviços públicos oferecidos à população da antiga Grécia variavam de acordo com o tamanho e a riqueza das

idades. Alguns funcionários executavam funções específicas garantindo o bem-estar da população como, por exemplo, o *astynomi*, responsável pela drenagem e suprimento da água. No entanto, foi somente no período helenístico que a administração pública grega tornou-se mais complexa, passando a empregar práticas similares àquelas utilizadas em Roma (ROSEN, 1994, p.40).

No início da república romana a medicina era praticada quase que exclusivamente por sacerdotes, salvo os insólitos casos em que era exercida pelos escravos, mas com o passar do tempo também passou a ser perpetrada por alguns homens livres. Por mais que não tenham realizado expressivas descobertas médicas do ponto de vista teórico e prático, os romanos trouxeram contribuições significativas para a organização dos serviços médicos. Como a Grécia possuía um grande prestígio nesta área, os médicos gregos que eram frequentemente requisitados pelos romanos acabaram migrando para Roma a partir do século III a.C. Contudo, o conhecimento e a técnica utilizados por esta medicina durante a República e o início do Império beneficiavam apenas os abastados, enquanto que os pobres confiavam na medicina popular e nos deuses.

Somente no século II d.C. que foi criado um serviço público romano designando médicos, conhecidos como *archiatri*, para tratar dos cidadãos pobres. A nomeação destes ocorreu por volta de 160 d.C., através de Antonino Pio que decretou o número máximo de dez médicos municipais para cada uma das grandes cidades, tendo os chamados *decuriones*, que eram conselheiros municipais, como responsáveis pela fiscalização do salário destes funcionários. Os médicos, além de serem estimulados a ensinar aos estudantes de medicina, acabavam tratando gratuitamente aqueles que não podiam pagá-los. Como existiam formas de assistência na Roma imperial além dos clínicos municipais, muitos dos médicos exerciam uma prática privada, além de grupos assalariados, daqueles ligados à corte imperial, às escolas de gladiadores ou aos banhos. Outros ainda ligavam-se as famílias abastadas que lhes pagavam durante o ano todo pelos atendimentos.

As salas de cirurgias, chamadas de *Iatreia*, eram bastante comuns entre os gregos bem como as lojas ou consultórios dos médicos individuais, no entanto, foi em Roma que surgiu no século I d.C. a chamada *valetudinaria*, que consistiam em enfermarias destinadas aos escravos e aos homens livres. Já a administração dos variados serviços públicos de saúde organizados em sistemas só ocorreu com o governo de Augusto que também criou uma câmara que procurava cuidar do suprimento de água. Além disso, a inscrição em uma moeda de prata

da época, *Mácius triumvir valetudinis*, pressupunha a existência de uma comissão de saúde, conforme observa Rosen (1994). Ainda havia oficiais que tinham como deveres a supervisão dos banhos públicos, dos aparelhos de aquecimento, de limpeza e do policiamento.

No período de Nero, criou-se a função pública dos chamados *aediles* que tinham a incumbência de supervisionar a limpeza das vias consideradas atribuições compelidas aos proprietários e residentes das casas, cabendo-lhes a responsabilidade sobre a planificação das ruas, o controle da higiene dos alimentos, a inspeção dos mercados e o direito de proibir a venda de produtos estragados. Devido à influência que exercia sobre os cidadãos que eram induzidos a intensificarem seus sentimentos de pertencimento a cidade, esse sistema público de saúde desenvolvido em Roma sobreviveu à ruína de seu Império (ROSEN, 1994, p.48).

Mesmo não dispondo de um sistema de saúde público tal qual ocorre atualmente em grande parte dos países tidos como democráticos, a comunidade medieval, que emergiu após os antigos períodos gregos e romanos apontados anteriormente, possuía alguns aparelhos administrativos destinados ao tratamento de enfermidades através das frequentes supervisões sanitárias que procuravam garantir proteção e saúde a toda comunidade. Como os médicos que atuavam em certos países europeus no início da Idade Média geralmente eram clérigos e tinham sua subsistência garantida pela igreja, recorrentemente deixavam de cobrar por suas ações curativas, sendo pagos pelos enfermos, na grande parte das vezes, com presentes.

A procura cada vez mais intensa de leigos pela formação profissional médica ocorreu somente a partir do século XI. Como estes aspirantes a médicos constantemente necessitavam de recursos materiais para sua sobrevivência, muitos deles passaram a aceitar o posto de assalariado pago pelos senhores ou pela própria administração das cidades. Assim, muitos acabaram se entregando às práticas privadas da medicina.

Durante a Idade Média houve um processo de diferenciação entre médicos e cirurgiões, estabelecendo certa hierarquia que situava os cirurgiões em um nível inferior, uma vez que, na condição de artífices, trabalhavam com as mãos e aprendiam o ofício com seus mestres. Como os clínicos e cirurgiões negligenciavam os doentes que só poderiam ser tratados através de cirurgias arriscadas, emergiu uma classe de empiristas itinerantes que realizavam operações difíceis e sérias, tais como: cataratas, redução de hérnias e retirada de pedras na bexiga. Mesmo não tendo o

mesmo prestígio que os médicos, os serviços destes profissionais da saúde acabaram se tornando imprescindíveis na sociedade.

O reconhecimento das necessidades referentes à saúde da população das cidades da Idade Média tanto no oriente islâmico quanto no ocidente cristão, culminou com a criação dos hospitais, baseados em motivos religiosos e sociais, considerados uma das grandes façanhas sanitárias daquele período. Foi no século IX que o califa Harun Al-Rachid ajudou a erguer o hospital de Bagdá, no oriente. Já no ocidente, os hospitais emergiram da igreja e das ordens monásticas. Nos mosteiros havia espaços destinados ao tratamento, farmácia e, em alguns lugares, hortas com plantas medicinais. Portanto, além de cuidar daqueles companheiros que compartilhavam sua condição de devoção a Deus, os monges também ajudavam os viajantes e os peregrinos que eventualmente passassem por perto dos mosteiros em que viviam, disponibilizando-se a socorrer aqueles indivíduos que, por ventura, necessitassem alimentos ou quaisquer espécies de tratamentos.

Esses hospitais monásticos tinham pouco em comum com as modernas instituições de mesmo nome, e muitas vezes não passavam de pequenas casas onde se oferecia alguma espécie de enfermagem. Em virtude da dualidade de sua natureza e de sua função, é difícil estimar o quanto realmente serviram para o cuidado dos doentes. É provável a existência desde enfermarias destinadas quase exclusivamente ao tratamento dos doentes, até simples alojamento. Em suma, porém, desde o século VIII e até o século XII, o hospital monástico representou quase a única instituição, na Europa, cuja função principal residia no cuidado do doente (ROSEN, 1994, p.67).

No final na Idade Média, as cidades participavam ativamente da fundação dos hospitais e das demais instituições de assistência médica e social. Enquanto os cidadãos mais abastados buscavam superar uns aos outros promovendo o bem-estar daquelas pessoas que viviam em suas cidades, os mercadores do século XII destinavam parte dos ganhos aos seus conterrâneos, criando hospitais, asilos e abrigos para homens, mulheres e crianças.

### **Economia política da medicina moderna**

Foi somente no século XVIII que o Estado começou a se incumbir do bem-estar físico dos cidadãos, tratando a saúde e a medicina como problemas econômicos que instauraram aquilo que Foucault

(2010) designou de economia política da medicina. Para o autor, recentemente nós presenciamos a ascensão não de uma teocracia, mas de uma *somatocracia* iniciada no século XVIII, que emergiu de um regime que tinha como finalidade a intervenção estatal fundamentada no cuidado do corpo, na saúde corporal, na relação entre as doenças e a saúde etc.

Com o descobrimento dos antibióticos, que ocorreu concomitantemente ao nascimento dos grandes sistemas de segurança social, possibilitou-se, pela primeira vez, uma luta ainda mais eficaz contra certas doenças infecciosas. Este progresso tecnológico proporcionou uma mudança política, econômica, social e jurídica da medicina, na medida em que foi a partir deste momento que se pôde constatar a manifestação simultânea de dois fenômenos: o avanço tecnológico, que desencadeou um progresso significativo na luta contra determinadas doenças, e um novo funcionamento político e econômico da medicina, sem necessariamente alterar o bem-estar sanitário, que, por mais que tivesse se desenvolvido intensamente, os seus benefícios decorrentes da emergência destas novas tecnologias da medicina e da saúde pública permaneceram estagnados para a maior parte da população.

Foucault (2010) reconhece que, pelo menos desde o século XVI-II, a medicina é uma atividade social. Como toda medicina é social a chamada medicina social inexistiu uma vez que a ela sempre foi uma prática social. Para o autor, até o momento em que proferiu esta aula, em 1974, não existia sequer uma medicina “não-social”, individualista, clínica, de colóquio singular. Ao criticar a obra intitulada “Medical Nemesis - The expropriation of health”, escrita, em 1974, por Ivan Illich, Foucault reconheceu que não era preciso esperar por este autor nem pelos antimédicos para saber que uma das propriedades da medicina é a capacidade de matar.

A medicina matava porque o médico era ignorante ou porque a própria medicina era ignorante; não era uma verdadeira ciência, mas apenas uma rapsódia de conhecimentos mal fundados, mas estabelecidos e verificados. A nocividade da medicina era avaliada em proporção à sua não cientificidade. Porém, o que aparece desde os começos do século XX é o fato de que a medicina pode ser perigosa não na medida de sua ignorância e falsidade, mas na de seu saber, na medida em que ela se constitui uma ciência (FOUCAULT, 2010, p.174).

Segundo ele, os atuais instrumentos utilizados por médicos e pela medicina em geral provocaram, em decorrência de sua eficácia, determinados efeitos, sendo alguns deles puramente nocivos e outros controláveis. O tratamento anti-infeccioso, por exemplo, ao mesmo tempo em que proporcionou a cura de algumas enfermidades, também provocou a redução da sensibilidade de certos organismos em relação aos agentes agressores; se por um lado o organismo soube e pôde se defender melhor, protegendo-se naturalmente, por outro, ele acabou ficando descoberto e exposto a riscos, na medida em que os estímulos utilizados em determinados tratamentos puderam provocar intensas reações de defesa. Portanto, o uso terapêutico de medicamentos pode não apenas proporcionar um efeito positivo, mas também pode produzir tanto perturbações quanto a própria destruição do ecossistema do indivíduo e da própria espécie humana, na medida em que a cobertura bacilar e viral, constituintes de riscos, sofre alterações decorrentes da intervenção, ficando sujeitos a ataques contra aqueles organismos que se encontravam protegidos anteriormente.

As consequências das manipulações genéticas efetuadas por meio de modificações de células vivas, bacilos ou vírus, segundo Foucault (2010), ainda são imensuráveis, uma vez que, por mais que os organismos humanos ainda possuam resistentes mecanismos de defesa, a fabricação de agentes agressores aos corpos produzidos na atualidade são tecnicamente capazes de destruí-los por completo. Foi partindo do pressuposto de que não seria nenhum absurdo considerar a possibilidade da criação de armas biológicas contra os seres humanos que os laboratórios estadunidenses se mobilizaram, solicitando a proibição de determinadas manipulações genéticas.

Partindo desta nova dimensão do risco médico, amparada na difícil junção dos efeitos positivos e negativos da medicina, Foucault (2010) pôde datar o momento em que um efeito positivo esteve acompanhado simultaneamente por consequências negativas e nocivas aos seres humanos. Para o autor, até a metade do século XVIII, o hospital era um local destinado àqueles indivíduos que estavam fadados à morte. Era uma instituição em que aqueles que nela ingressavam, permaneciam até seu falecimento devido ao fato de que as técnicas médicas utilizadas até aquele momento não permitiam que os indivíduos hospitalizados abandonassem o claustro com vida.

Outro exemplo acerca do progresso médico, que culminou com uma grande progressão da mortalidade, decorre da descoberta dos anestésicos e de certas técnicas de anestesia geral, originadas nos anos 1844-1847, que, ao conseguir anestésiar os indivíduos enfermos, proporciona-

ram o desaparecimento da barreira do sofrimento, possibilitando a execução de operações cirúrgicas. Foi no momento em que se possibilitou o adormecimento dos indivíduos por meio da anestesia que os médicos puderam desenvolver operações cirúrgicas de forma bastante entusiasmada. No entanto, o risco médico ainda permanecia presente, na medida em que concernia exclusivamente ao indivíduo, a possibilidade de morrer no exato momento em que estaria sendo curado<sup>2</sup>.

Para Foucault (2010), as técnicas disponibilizadas pela medicina na atualidade possibilitaram a modificação do equipamento genético das células que não incidiram apenas no indivíduo e em sua descendência, mas em toda a espécie humana, evidenciando a vida como um campo de ação e intervenção médica. Objetivando situar estes fenômenos circunscritos pela captura e controle dos indivíduos, o autor analisou o Plano Beveridge que, iniciado na Inglaterra na década de 1940, serviu de modelo à organização da saúde em um momento posterior à Segunda Guerra Mundial.

A data desse Plano tem um valor simbólico. Em 1942, em plena Guerra Mundial, na qual perderam a vida 40 milhões de pessoas, consolida-se não o direito à vida, mas um direito diferente, mais rico e complexo: o direito à saúde. Num momento em que a guerra causava grandes estragos, uma sociedade assume a tarefa explícita de garantir a seus membros não só a vida, mas a vida em boa saúde (FOUCAULT, 2010, p.167-168).

O valor simbólico desta data também está fundamentado em quatro pontos abordados pelo autor: o primeiro se baseia na ideia de que o Plano Beveridge, ao indicar que o Estado se encarregava da saúde, promoveu o direito dos seres humanos de manterem os seus corpos em boa saúde, na medida em que os converteu em objeto da própria ação do Estado. Assim, a noção de indivíduo em boa saúde para o Estado acabou sendo substituída pelo conceito de Estado para o indivíduo em boa saúde.

---

<sup>2</sup> Foucault (2010, p.177-178) constatou que “[...] na ausência da assepsia, não há dúvida de que qualquer operação não apenas constitui um risco, como, quase invariavelmente, será acompanhada da morte. Durante a guerra de 1870, por exemplo, um célebre cirurgião francês, Guérin, realizou amputações em vários feridos, mas só conseguiu salvar um dos operados; todos os outros morreram. Este é um exemplo típico da maneira como sempre funcionou a medicina, à base de seus próprios fracassos e inconvenientes, e de que não existe um progresso médico que não tenha pago o preço das diversas consequências negativas diretamente ligadas ao progresso em pauta”.

O segundo apontamento não tratou do Plano Beveridge a partir de uma inversão do direito, mas daquilo que foi designado por Foucault (2010) de moral do corpo, relacionada ao conceito de higiene como limpeza, o qual passou a ocupar um lugar privilegiado em todas as exortações morais sobre a saúde. Para ele, no final do século XIX começaram a aparecer em diversos países literaturas que tratavam da saúde e da obrigação dos indivíduos em garanti-la não apenas para suas famílias, mas para toda a sociedade. Eram recorrentes as publicações que impunham a higiene e a limpeza como condições necessárias para se ter uma vida permeada pela boa saúde. No entanto, foi somente na segunda metade do século XX que o direito de estar doente quando se desejasse e se necessitasse começou a ser reconhecido efetivamente, passando a ter mais significância do que a própria obrigação da limpeza, que caracterizava a antiga relação moral dos indivíduos com seus corpos.

Foi no terceiro apontamento sobre o Plano Beveridge que Foucault (2010) localizou a entrada da saúde no campo da macroeconomia, reconhecendo que as despesas advindas da saúde, da suspensão do trabalho e da obrigação de cobrir certos riscos estavam deixando de ser fenômenos solucionados por meio de pensões ou seguros mais ou menos privados, na medida em que também passaram a fazer parte dos orçamentos estatais, a partir do início do século XX. Para ele, as condições que permitiram que a saúde fosse assegurada aos indivíduos acabaram se convertendo em fontes de despesas, passando a serem tratadas por meio de políticas orçamentárias.

Como a redistribuição econômica estava sendo intermediada pela saúde, pelas doenças e pela maneira como eram cobertas certas necessidades de bem-estar asseguradas pelos sistemas de impostos embasados na equiparação de bens ou rendimentos, ela acabou deixando de depender exclusivamente dos orçamentos estatais, passando a ser incorporadas por meio de um sistema de regulamentação e de cobertura econômica que garantia a todos as mesmas possibilidades de tratamento e cura, uma vez que propunha corrigir parte da desigualdade de rendimentos. Assim, a saúde, a doença e o corpo passaram a fincar suas bases em certos processos de socialização na tentativa de equiparar determinadas desigualdades.

O quarto e último apontamento sobre o Plano Beveridge parte do pressuposto de que a saúde é um nítido objeto de luta política. Considerando que foi a partir do final da guerra e da eleição cujo partido trabalhista saiu vitorioso, em 1945, Foucault (2010) constatou que posteriormente a estes episódios não houve nenhum partido ou

campanha política em qualquer país considerado desenvolvido que não apontasse o problema da saúde sob um ponto de vista do comprometimento do Estado. Não apenas as eleições britânicas de 1945 devem ser consideradas exemplo deste fato, mas também as eleições francesas para as caixas de pensões, em 1947, que culminaram com o triunfo dos representantes da Confederação Geral do Trabalho, enfatizando a importância da luta política pela saúde. Talvez uma das principais contribuições deste autor que apontou relações da saúde e da medicina com a economia, instaurando uma verdadeira economia política da medicina, tenha o Plano Beveridge como um ponto de referência simbólica que passou a formular, por volta da década de 1940, um novo direito, uma nova moral, uma nova economia e uma nova política do corpo.

A meu ver, para a história do corpo no mundo ocidental moderno, deveriam ser selecionados esses anos 1940-1950 como datas de referência que marcam o nascimento desse direito, dessa nova moral, dessa nova política, dessa nova economia do corpo. Desde então, o corpo do indivíduo se converte em um dos objetivos principais da intervenção do Estado, um dos grandes objetos de que o próprio Estado deve encarregar-se (FOUCAULT, 2010, p.171).

Após reconhecer a divergência entre a cientificidade da medicina e a positividade de seus efeitos, diferenciando ainda o conhecimento de sua eficácia, Foucault (2010) apontou que aquele momento também se caracterizava pelo chamado fenômeno da “medicalização” indefinida, uma vez que foi século XX que esta área passou a atuar fora de seu campo tradicional. Foi por meio da definição decorrente da demanda do doente, de seu sofrimento, sintomas, mal-estar, etc., que a medicina, promovida pela intervenção médica, circunscreveu seu campo de atividades definido pelo domínio das doenças, aportando certo estatuto médico a esta demanda.

### **Autoridade médica e o governo das condutas**

É certo que a medicina atual tem ultrapassado as barreiras do domínio a qual se dispôs genuinamente, na medida em que ela vem cada vez mais se impondo aos indivíduos, doentes ou não, como um ato de autoridade. Hoje, por exemplo, é bastante difícil encontrarmos indivíduos que tenham alguma enfermidade tratada por meios que não estejam amparados em prescrições médicas e, portanto, supostamente científicas.

As atuais políticas de rastreamento de doenças na população que não respondem a quaisquer demandas dos doentes têm feito com que a medicina atual ultrapasse os domínios que havia se disponibilizado inicialmente, passando a operar em outras esferas que não dizem respeito aos conhecimentos específicos que detêm. Como sua legitimidade acabou se ampliando através do reconhecimento de sua autoridade conquistada no decorrer da história, a medicina passou a utilizar constantemente seu poder por meio de certas tecnologias de governo em diversas áreas. Um importante exemplo deste tipo de intervenção médica não proveniente da demanda do doente ocorreu na França do século XX, através da imposição do exame psiquiátrico a todo indivíduo colocado à disposição das autoridades no intuito de localizar eventuais transtornos mentais, conforme verificou Foucault (2010).

Outro aspecto que corrobora a afirmação de que a saúde se converteu em um objeto de intervenção médica diz respeito à sexualidade, ao comportamento sexual, aos considerados desvios ou anomalias sexuais que, desde o início do século XX, passaram a ser “medicalizados”. Tudo aquilo que garante saúde ao indivíduo, seja a qualidade da água, as condições da moradia ou o regime urbanístico, é hoje um campo de intervenção médica que já não está mais relacionado exclusivamente às doenças. Atualmente a medicina tem se apropriado e utilizado um poder autoritário com funções normalizadoras que vão além da existência das doenças e da demanda do doente; se os juristas dos séculos XVII e XVIII haviam criado um sistema social dirigido por leis codificadas, pode-se afirmar que, no século XX, os médicos inventaram uma sociedade fundamentada não na lei especificamente, mas na norma. Portanto, o que rege a atual sociedade não são apenas os códigos, mas a perpétua distinção entre o normal e o anormal, e o perpétuo empreendimento de restituir o sistema de normalidade.

Embora seja possível demonstrar que a intervenção médica se trata de um velho fenômeno social, Foucault (2010) demonstra que esta é uma das características atuais da medicina, pois é desde o século XVIII que ela tem se ocupado em tratar de assuntos que não lhes dizem respeito, ou seja, de questões para muito além da resolução de doenças e tratamento de enfermos, logrando certos desbloqueios epistemológicos fundamentados em verdades universalizantes. É interessante perceber que até 1750, as atividades dos médicos centravam-se exclusivamente na demanda dos doentes e suas enfermidades.

Como os resultados científicos e terapêuticos eram praticamente inexistentes na Idade Média, a medicina só começou a se emancipar deste momento de estagnação no início do século XVIII, quando pas-

sou a reconhecer a relevância de outros campos do conhecimento distintos dos doentes. Foi somente quando a medicina ampliou seus interesses por aspectos que iam além das doenças, deixando de ser essencialmente clínica na medida em que passava a ser social, que ela começou a se desenvolver intensificando cada vez mais seu domínio sobre os indivíduos não doentes.

Segundo Foucault (2010) os quatro processos que caracterizaram a medicina do século XVIII foram: o aparecimento de uma autoridade médica como autoridade social que pode decidir sobre as cidades, bairros, comunidades, instituições, regulamento, etc.; a introdução de novos campos de intervenção da medicina distintos das doenças, a exemplo das águas, do ar, das construções, terrenos, esgotos, dentre outros assuntos que, a partir daquele século, se converteram em objetos da medicina; o aparecimento de um imprescindível aparelho de medicalização coletiva, chamado hospital; e, por fim, a inserção de mecanismos de administração médica decorrente da utilização de registros de dados, comparações, estabelecimento de estatísticas, etc. Portanto, foi por meio de todos estes procedimentos amparados no controle social que a medicina clínica passou a aderir novas dimensões, na medida em que passou a se converter em prática social.

A medicina, por mais que tenha passado a manter assuntos não médicos como algo medicalizável, só ultrapassou os limites dos doentes e das doenças no decorrer do século XIX, quando acabou concebendo a existência de práticas corporais, moralidades referentes à sexualidade, dentre outras técnicas ainda não controladas e normalizadas pela medicina. A Revolução Francesa exemplifica nitidamente como foram concebidos determinados projetos que tratavam da moral e higiene do corpo, que não deveriam estar sob o controle dos médicos, na medida em que se tratava de uma espécie de regime político fundamentado na gestão do corpo humano, na higiene, alimentação ou mesmo no controle da sexualidade.

Compreendendo que a higiene na atualidade seria fundamentalmente uma série de regras estabelecidas e codificadas por certo saber biologizado e médico, Foucault (2010) relatou que a dificuldade de sairmos dos tentáculos da medicalização se devia ao fato de que todos os esforços que possuíam este intuito certamente remetiam ao próprio saber médico. Foi através da constatação do predomínio atribuído à patologia que acabou se convertendo em tecnologias de governo por meio da regulação da sociedade, que o autor constatou que estamos vivendo sob a égide dos “Estados médicos abertos”, onde as extensões da medicalização passaram a ser ilimitadas.

A grande peculiaridade da situação contemporânea está fundamentada no pressuposto de que a medicina acabou se vinculando aos grandes problemas econômicos em decorrência de aspectos diferentemente dos tradicionais. Anteriormente, os efeitos econômicos produzidos pela medicina na sociedade ocorriam por meio da fabricação de indivíduos fortes e capazes de trabalhar arduamente, assegurando assiduidade à força de trabalho que resultaria no aumento da produção. No entanto, a medicina atual acabou se encontrando com a economia não por meio da redução da força de trabalho, mas porque conseguiu produzir diretamente riqueza, no momento em que a saúde começou a se constituir em objeto para uns e lucro para outros. Foi no momento em que passou a ser convertida em objeto de consumo produzido por laboratórios farmacêuticos, médicos, etc., consumido por possíveis doentes na atualidade, que a saúde conferiu sua importância econômica e se introduziu intimamente no mercado no intuito de garantir segurança à população por meio de receitas prescritas por médicos e psiquiatras.

Foucault (2010) demonstrou que o corpo humano se alocou no mercado em dois momentos distintos: primeiramente, através do assalariado, no momento em que o indivíduo se via obrigado a vender sua força de trabalho para poder subsistir; e o segundo, que por meio da saúde, acabou dispondo o corpo humano no mercado em decorrência das normalizações e do controle das doenças, da procura pelo bem-estar e quaisquer outras sensações e desejos considerados, do ponto de vista médico, benéficos tanto para a sociedade quanto para os indivíduos. Portanto, foi a partir do momento em que o corpo se inseriu no mercado intermediado pelo consumo de saúde que apareceram vários fenômenos que provocaram certas disfunções do sistema da medicina contemporânea.

A inserção do corpo humano e da saúde no sistema de consumo e de mercado não ampliou o nível de saúde correlativo e proporcional da população na grande parte dos países. A introdução da saúde em um sistema econômico que podia ser mensurado, calculado, quantificado e medido, acabou indicando que o nível de saúde não agia de forma efetiva como o nível de vida. Assim, enquanto o nível de vida passava a ser definido pela capacidade de consumo dos indivíduos, fazendo com que o crescimento do consumo aumentasse perceptivelmente, o nível de vida não proporcionou melhorias significativas do consumo médico.

A equiparação do consumo médico proveniente do seguro social passou a ser alterada em benefício de um sistema que intensificou as desigualdades oriundas da doença e da morte, que caracterizavam as

sociedades do século XIX. Atualmente esta suposta igualdade de direitos referentes à saúde passou a ser um mecanismo fundamental que foi paradoxalmente convertido em desigualdade na medida em que o lucro da saúde deslocou-se tanto para os seguros privados de saúde quanto para as indústrias farmacêuticas sustentadas pelo financiamento coletivo da saúde e da doença. Por intermédio de instituições de seguros sociais, estas empresas acabaram conquistando fundos decorrentes dos investimentos destes indivíduos que buscavam garantir sua proteção efetiva contra as doenças.

Por sua vez, os médicos passaram a se converter cada vez mais em meros intermediários que atuam entre a indústria farmacêutica e as demandas de clientes, procurando tratar de suas enfermidades, melhorar seus desempenhos no trabalho, minimizar seus sofrimentos cotidianos. Ao pressupor que estes profissionais da saúde, além de utilizarem certas tecnologias de governo estipulando o que deve ser tratado como normal e anormal na sociedade, converteram-se em meros distribuidores de medicamentos, é possível constatar que a medicina não apenas faz parte de um sistema histórico, como também é perpassada por interesses econômicos e relações de poder.

Siqueira (2010) constatou que a psiquiatria, por volta da década de 1990, centralizou suas análises a partir da normalização de uma série de comportamentos, condutas e hábitos considerados excessivos, descontrolados ou repetitivos, que acabou sendo designada de “década do Cérebro”. Naquele momento, ela buscava reelaborar seus saberes objetivando atender às demandas decorrentes da crise das sociedades disciplinares e ascensão das sociedades de controle.

Chamados genericamente de compulsões, estes comportamentos do excesso ressaltaram a incidência de antigas ‘neuroses’, até então consideradas raras e praticamente desconhecidas, consolidaram a prática psiquiátrica no tratamento de ‘vícios’ e são responsáveis pela inclusão de ‘novos transtornos’ nos manuais de classificação e diagnóstico psiquiátrico. Compostas por um grupo heterogêneo de transtornos, as compulsões assinalam o rumo dos saberes *psi*: flexibilizar as rígidas categorias diagnósticas, tão pertinentes às sociedades disciplinares, apostando na criação de dimensões ou fluxos de transtornos, que propiciam a inclusão ilimitada sob seu governo de outras populações, para além dos considerados ‘doentes mentais’ (SIQUEIRA, 2010, p.149-150).

As compulsões, sobretudo, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), os Transtornos do Controle de Impulsos (TCI) e os Transtornos de Uso de Substâncias estão presentes no DSM IV-TR, que é a quarta edição revisada do “Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais”, produzido pela Associação Americana de Psiquiatria que, desde 2002, tem realizado diversos encontros entre os seus membros e convidados influentes de diversas nacionalidades, no intuito de elaborar uma nova edição do DSM, prevista para 2013. Para grande parte dos psiquiatras, compulsões são transtornos relacionados à ação e à violação, ou seja, são distúrbios em que a capacidade de agir e de desejar do indivíduo acabam sendo comprometidas na medida em que coloca em risco tanto a saúde mental e física, quanto a qualidade de vida de seus portadores.

Ao se interessar por questionamentos referentes ao entendimento sobre ações voluntárias, racionais e, portanto, suscetíveis ao controle, preocupando-se também com os comportamentos automáticos, impulsivos e descontrolados, o saber psiquiátrico acabou demonstrando sua verdadeira face controladora e normalizadora de comportamentos que, a princípio, não eram patologizáveis. Siqueira (2010), ao apresentar uma genealogia das compulsões, constatou que tanto a literatura psiquiátrica quanto as revistas direcionadas ao público em geral tratam das compulsões como “pequenas” alterações do comportamento que são observadas nas mais singelas condutas cotidianas dos indivíduos nas atuais sociedades como, por exemplo: limpar, comer, beber, fazer sexo, praticar exercícios físicos, comprar, conectar-se a internet, usar aparelhos celulares. Ao constatar a emergência de certa patologização de ações cotidianas, o autor verificou que determinadas atividades habituais contemporâneas passaram a ser tratadas como “versões de patologias” através de denominações que são atribuídas a estas compulsões da vida moderna.

Siqueira (2010) ainda constatou que na década de 1990 surgiram duas gerações de saberes sobre as compulsões que reuniam em uma dimensão de transtornos, os Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo. A primeira destas gerações, que se desdobra em conhecimentos decorrentes do TOC, pressupõe que as compulsões sejam respostas comportamentais à ansiedade gerada por imagens ou pensamentos intrusivos e repetitivos, chamadas de obsessões, podendo parecer algo absurdo ou ridículo inclusive para aquele que a porta, a exemplo daquelas pessoas que lavam suas mãos inúmeras vezes ao dia de maneira descontrolada. Pressupondo que estes “incontroláveis” lavadores de mãos ajam desta forma por receio de se contaminarem com alguma bactéria ou vírus, que possivelmente provocará alguma doença, este

saber psiquiátrico presume que estes comportamentos individuais se baseiem em aversões a riscos.

Em meados daquela mesma década, aparece nas clínicas psiquiátricas uma população de indivíduos em busca de tratamento para as compulsões que não eram exatamente iguais às descritas no TOC, principalmente por não serem condutas voltadas para se evitar riscos. Estes comportamentos compulsivos relatavam sofrer psiquicamente devido à incapacidade de controlar suas condutas excessivas que os impeliam a executar ações para a satisfação de prazer, as quais, com o passar do tempo, criavam diversos problemas nos âmbitos pessoal, familiar e econômico. Assim, tornaram-se mais comuns os jogadores patológicos e compradores compulsivos, cujas dívidas acumuladas ameaçam a saúde de sua vida econômica, ou então, de compulsivos sexuais, cuja busca desenfreada por sexo os colocava mais próximo de contraírem doenças sexualmente transmissíveis ou colaborava para o fracasso do casamento e de outras relações (SIQUEIRA, 2010, p.152).

Na segunda geração de compulsões apontadas pelo autor, os comportamentos repetitivos e excessivos acabaram prescindindo da existência de obsessões na medida em que foram relacionados determinados impulsos como fatores desencadeadores de tais condutas. Foi a partir daquele momento que se estabeleceu uma compreensão e descrição das compulsões como forma especial de dependência. Enquanto que nas dependências mais antigas e tradicionais o indivíduo manifestava sintomas de tolerância e de abstinência por meio do controle ou descontrole no consumo de substâncias psicoativas como o álcool e outras drogas, nas compulsões teorizadas como não-químicas, estas dependências não estão atreladas necessariamente a estes produtos, mas sim a comportamentos e condutas que também trazem gratificações em forma de prazer, como sexo, exercícios físicos, compras, etc.

As diferentes nomenclaturas, ora denominadas compulsões, ora dependências ou impulsividades, atribuídas nas últimas décadas a aqueles comportamentos tidos como excessivos, demonstram nitidamente como os saberes sobre este assunto foram elaborados tanto a partir do modelo do TOC e das dependências, quanto do TCI. Portanto, a grande importância deste tipo de trabalho apresentado por Siqueira (2010) talvez não seja apontar necessariamente qual a maneira mais

adequada de classificar as compulsões, mas sim refletir sobre a imprecisão em que este campo de conhecimento está imerso.

Entendemos que esta abordagem não promove apenas uma reflexão sobre a imprecisão do saber psiquiátrico, como expõe claramente as dificuldades e, muitas vezes, a impossibilidade de realizar diferenciações entre sentimentos de obrigação, impulsos ou dependências, que fazem com que o indivíduo repita de forma “excessiva” e “descontrolada” determinados comportamentos, objetivando não apenas aliviar certas insatisfações como encontrar o prazer.

Nossa intenção ao utilizar uma genealogia das compulsões, a partir do trabalho desenvolvido por Siqueira (2010), para tratar de uma genealogia das drogas se deve ao fato de que creditamos na convergência destas duas pesquisas que têm em comum um interesse político fundamentado no mapeamento de novas tecnologias que emergem paulatinamente, no intuito de governar a vida nos seus mínimos detalhes. Noções contemporâneas como qualidade de vida, desenvolvimento sustentável, economia solidária são exemplos destas tecnologias minuciosas de governo que demonstram a normalização e o controle que vão do trabalho ao lazer, da doença à produção de uma saúde e um corpo perfeito, ou seja, do *controle dos outros* ao *controle de si*.

### Considerações finais

A moral biocientífica, ao mesmo tempo em que tem gerado fascínio e adesão às diferentes formas de (auto)controle, também reforça práticas de equilíbrio e moderação, uma vez que se apresenta amparada em saber que não visa necessariamente recompensas espirituais, mas resultados positivos referentes à saúde mental e à qualidade de vida; entendidas por Siqueira (2010) como tecnologias de poder decisivas para o efetivo governo das condutas dos seres humanos. Estas novas tecnologias de governo, diferentemente do poder disciplinar que distinguia o normal do anormal a partir de processos de normalização, conforme apontou Foucault (2008), procedem, segundo Passetti (2007), sucessivas normalizações do normal, buscando aproximar as distintas distribuições de normalidade a um limite admissível.

Siqueira (2010) situa a emergência dos saberes psiquiátricos sobre as compulsões na expansão daquilo que Foucault (2008) nomeou de governamentalidade neoliberal, que passou a difundir do campo econômico para o social o modelo do *homo œconomicus*, caracterizado pelo empreendedorismo de si mesmo. Ao reconhecer que no pre-

ponderante neoliberalismo estadunidense, todos os indivíduos são transformados em sujeitos-empresa, inscritos na lógica da concorrência, Foucault (2008) constatou a existência de certa sujeição ao aprimoramento das qualidades inatas ou adquiridas que deveriam ser utilizadas na maximização de suas potencialidades, gerando rendas decorrentes do capital humano que possuem. Se do ponto de vista macro, o neoliberalismo procurou restringir a razão do Estado no intuito de eliminar eventuais excessos de governo, do ponto de vista individual, ele instaurou uma racionalidade firmada no autocontrole, regulado por tecnologias de governos de condutas que buscavam administrar os possíveis excessos dos impulsos.

Os teóricos do capital humano, sobretudo, Gary Becker, que, segundo Foucault (2008), é o autor neoliberal mais radical desta vertente estadunidense, afirmam que os comportamentos e condutas dos indivíduos devem ser tomados como elementos primordiais nas análises econômicas. Assim, a chamada conduta racional, enfatizada por Becker, pressupõe que todo comportamento deve visar à otimização de recursos, sendo sensível a modificações de variáveis dadas pelo meio. No entanto, a relação entre as variáveis do meio e as condutas dos indivíduos assinaladas pelos teóricos do capital humano também são os pilares da teoria comportamental desenvolvida por Burrhus Skinner, criador do Behaviorismo Radical, que defende a tese de que o controle de fatores ambientais constitui uma nova tecnologia que poderá produzir indivíduos extremamente funcionais à sociedade.

Não é por acaso que a Psicologia Comportamental viria a se tornar, nos anos 1990, uma aliada inseparável da psiquiatria biológica, como se verifica nos tratamentos para as compulsões. Ambas atenderão às exigências colocadas pela governamentalidade neoliberal para as quais o indivíduo deve administrar suas condutas com vistas a conquistar ganhos em saúde mental e qualidade de vida. Por meio dos saberes psiquiátricos sobre as compulsões, observa-se que o atual estágio do capitalismo não requer a formação de subjetividades que sejam apenas avessas a riscos (como os colecionadores patológicos e os maníacos por limpeza) ou então apenas predisposta a eles (como os jogadores patológicos ou os pródigos em compras). O neoliberalismo exige dos indivíduos o reconhecimento dos sinais ambientais emitidos pelos contextos em que estão imersos. Eles são indispensáveis para o cálculo de riscos e para a elaboração das 'melhores'

condutas a serem desempenhadas. Tal como faz uma empresa, o indivíduo precisa de análises de conjuntura para determinar sua ação (SIQUEIRA, 2010, p.161).

Certamente um dos aspectos mais intrigantes da governamentalidade neoliberal se deve ao fato dela atribuir aos indivíduos à responsabilidade de administrar não apenas as aparentes “liberdades” criadas por eles, mas também suas limitações, coerções e controles. Foucault (2008) não foi o único a chamar a atenção para o fato de que o neoliberalismo só governa com veemência por meio do consumo de liberdades. Deleuze (2008), ao tratar das sociedades de controle, também reconheceu sua capacidade aparentemente paradoxal de criar sentimento de liberdade e infinitude, ao mesmo tempo em que multiplica certos mecanismos de controle.

Foi a partir desta perspectiva de Deleuze (2008) que Siqueira (2010) concluiu que os compulsivos emergem nas sociedades de controle também por meio da relação aparentemente contraditória entre a produção de liberdades e o controle exercido sobre elas, entendendo que é exatamente este jogo que caracteriza o neoliberalismo na perspectiva de Foucault. Assim, quanto mais estas liberdades se difundiam no século XX, mais surgiam dietas, regimes, profilaxias, conselhos, recomendações e demais protocolos de condutas e de comportamentos que visavam administrar e controlar quaisquer tipos de relações e condutas.

## Referências

- DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Rio de Janeiro: 34, 2008.
- FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve**, São Paulo, n.18, out. 2010, p.167-194.
- PASSETTI, Edson. Poder e anarquia: apontamentos libertários sobre o atual conservadorismo moderado. **Verve**, São Paulo, n.12, 2007, p.11-43.
- ROSEN, George. **Uma História da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SIQUEIRA, Leandro A. Uma Genealogia da compulsão. **Verve**, São Paulo, n.18, out. 2010, p.149-166.

VIEIRA, Maria C. A. **O Desafio da grande saúde em Nietzsche.**  
Rio de Janeiro: 7 Letras, 2000.

Pablo Ornelas Rosa  
pablorosa13@gmail.com

Marcelo Puzio  
marcelopuzio@hotmail.com

Recebido em 12 jul. 2013  
Aprovado em 29 ago. 2013