

A SAÚDE COMO DISPOSITIVO: APONTAMENTOS SOBRE BIOPOLÍTICA E A CONSTRUÇÃO DO SAUDÁVEL

Health as a apparatus: Notes about biopolitics and the construction of the healthy

Deyvid Santos Morais¹

RESUMO

Este trabalho busca apresentar como o conceito de dispositivo de Michel Foucault pode ser operacionalizado como um instrumento teórico-metodológico no campo da saúde coletiva. A partir disso, compreende-se como regulações e subjetividades são formadas em torno da saúde e da saudabilidade, condicionando condutas individuais e as percepções da relação com o corpo. Através de uma revisão teórica das transformações dessas práticas na modernidade, conclui-se que na contemporaneidade ser saudável mobiliza valores relacionados ao consumo, estilo de vida e autorresponsabilização dos indivíduos.

Palavras-chave: Saudável, Corpo, Saúde coletiva.

ABSTRACT

This paper aims to demonstrate how Michel Foucault's concept of dispositif can be operationalized as a theoretical-methodological tool in the field of collective health. From this perspective, it is understood how regulations and subjectivities are shaped around healthy, influencing individual behaviors and perceptions of the body's relationship. Through a theoretical review of the transformations of these practices in modernity, it is concluded that in contemporary times, being healthy mobilizes values related to consumption, lifestyle, and individual self-responsibility.

Key-words: Healthy, Body, Collective Health.

1. INTRODUÇÃO

As preocupações com o corpo, a saúde individual e a performance avançam nos dias de hoje em termos de popularidade e interesse contornadas por uma necessidade cada vez maior de diagnósticos, tratamentos e instrumentos que garantam uma aparente segurança diante dos processos de adoecimento. A saúde, em seu contexto mais amplo, adquire aspecto central nesse contexto, pois as transformações de seus sentidos e significados, atrelados aos investimentos institucionais e à propagação de modos de vida orientados pela saudabilidade, permitiram uma expansão dessas preocupações em várias áreas da vida. Ao condicionar um número variado de práticas, subjetividades

¹ Doutor em Sociologia, UFG, ydmorais@gmail.com

e discursos, busca-se apontar como a saúde pode ser compreendida como um dispositivo moderno na produção de uma ordem social específica. A partir de uma revisão bibliográfica, o objetivo deste trabalho, portanto, é apontar a noção de dispositivo como uma ferramenta teórico-metodológica útil para compreender as mudanças e os atos discursivos na construção do saudável e, com isso, mensurar como fenômenos relacionados as condutas individuais, avaliações de risco, aprimoramento do corpo e consumo – só para citar alguns –, se inserem nas práticas de saúde.

2. DISPOSITIVO, CORPO E PODER

Para uma conceituação do que seriam os dispositivos é necessário recorrer a obra do filósofo francês Michel Foucault (1979), responsável pela sua elaboração e repercussão dentro do campo das ciências humanas e da saúde. Para o autor, os dispositivos são ferramentas em que se dão os jogos de poder, alicerçadas na produção dos saberes, das verdades, gerando assim os efeitos nos sujeitos que estão submetidos a eles. Mais do que coisas concretas no mundo real, servem como estratégias de isolar e investigar determinados fenômenos e sua atuação nos processos de subjetivação. Esse escopo variado, permite uma definição ampla:

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos (FOUCAULT, 1979, p. 244).

Foucault ressalta a natureza dos dispositivos, existindo enquanto processos distintos que permitem justificar ou ocultar algo, não se trata apenas das intenções tornadas públicas de uma instituição, mas o jogo entre o que se apresenta e o que se faz, “entre estes elementos, discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes” (FOUCAULT, 1979, p. 244). E os dispositivos surgem em determinado tempo histórico para que respondam a uma urgência, permeada pelo controle, tendo, portanto, uma “função estratégica dominante” (FOUCAULT, 1979, p. 245). O recurso metodológico do dispositivo *foucaultiano* também pode tomar diferentes formas. Às vezes é usado para categorias gerais e em outros momentos para se referir a instituições específicas (prisão, hospital, convent [...]), desenhos arquitetônicos (o panóptico²), discursos e regulamentos que atuam diretamente nas formas de subjetividade (por exemplo, o dispositivo da sexualidade). Paul Veyne (2011), autor próximo a Foucault ainda em vida, aponta que o cuidado do autor a filiações teóricas fez com que recorresse a

² Espécie de Torre de Vigia das celas no centro de uma prisão. (FOUCAULT, 1987).

esta conceituação como um escape ao estruturalismo³, “a palavra dispositivo permite que Foucault não empregue ‘estrutura’, evitando qualquer confusão com essa ideia então na moda e bastante confusa” (VEYNE, 2011, p. 35).

O dispositivo se refere às redes que abrigam inúmeras formas em que o poder se manifesta. Gilles Deleuze (1990) entende que os dispositivos são como conjuntos constituídos por linhas de naturezas diferentes, de visibilidade, de enunciação e de força se tensionando e convergindo constantemente. Porém, sempre é possível distinguir três instâncias: o saber, o poder e a subjetividade. Pelo incremento da subjetividade é que a natureza desses dispositivos é uma recusa ao universal, “com efeito, o universal nada explica, é ele que deve ser explicado” (DELEUZE, 1990, p. 155).

As subjetivações modernas não se assemelham mais às dos gregos do que às dos cristãos, assim como a luz, os enunciados e os poderes. Pertencemos a certos dispositivos e neles agimos. A novidade de um dispositivo em relação aos anteriores é o que chamamos sua atualidade, nossa atualidade. O novo é o atual. O atual não é o que somos, mas aquilo em que vamos nos tornando, o que chegamos a ser, quer dizer, o outro, nossa diferente evolução. É necessário distinguir, em todo o dispositivo, o que somos (o que não seremos mais), e aquilo que somos em devir: a parte da história e a parte do atual (DELEUZE, 1990, p. 160).

Por sua natureza de transformação, os dispositivos são, portanto, históricos. Isso justifica o interesse de Foucault na constituição da sociedade moderna através de diferentes arranjos anteriores a esta, revelando como os mecanismos de saber e poder constituem esses dispositivos que universalizam verdades e promovem ou inibem comportamentos. Foucault dedicou boa parte de sua obra para compreender sobre o modo como a constituição do corpo do sujeito moderno é atravessado pelas mais variadas intervenções biomédicas – como mostra em sua obra *História da Sexualidade* (FOUCAULT, 1988), quando a relação entre corpo, verdade e o biopoder são configuradas em paralelo com a expansão da medicina social, especialmente no século XX.

É dentro de um conjunto de regulações da vida, conduzindo os sujeitos a determinados atos em relação ao próprio corpo, a saúde, suas subjetividades e a população como um todo que Michel Foucault (2008) entende a constituição de uma biopolítica. O biopoder permite refletir sobre como a sociedade moderna é atravessada pelos dispositivos, como os que produzem os efeitos da individualização, consumo e regulam a manifestação dos corpos, integrando-os em sistemas de controle específicos que, por sua vez, são enquadrados nas instituições, que forjam critérios de

³ Roger Pol-Droit (2006, p. 26) aponta como a relação de Michel Foucault com o estruturalismo foi marcada pela descontinuidade, alternando entre a aproximação e uma atuação independente. Contudo, admite-se que, pelo menos, seus primeiros livros, especialmente “*História da loucura*” e “*As palavras e as coisas*”, contribuíram com a consolidação do programa estruturalista na França.

indivíduos “úteis” e dos corpos saudáveis. Critérios racionalmente construídos e legitimados, de tal forma que o corpo sofre uma intervenção normalizadora em nome desta racionalidade, uma mediação forçada e institucional que revela um modelo de sociedade baseado em princípios de ordenamento, normatização e rejeição de algumas vidas. O biopoder faz classificações dos corpos, esquematizando-os e condicionando o comportamento e os diversos modos de interação social. O corpo é, nesta perspectiva, a origem do poder, uma vez que a história está incorporada nele, revelando as instituições e os modos de dominação que o atravessam, criam e o determinam.

A medicalização ganha destaque na obra do autor em “O nascimento da medicina social” (FOUCAULT, 1979), quando descreve as mudanças nas intervenções médicas ao longo do tempo, revelando duas faces desse fenômeno: a sanitização das cidades e a autoridade no controle dos corpos e da conduta por meio do saber médico. Na primeira, a higiene e a organização da medicina seriam instâncias de controle social e moral, relacionadas com a eliminação e o combate da proliferação das epidemias, criando disposições que também tornariam alguns corpos confinados, vistos com indiferença ou desconfiança, como os loucos ou doentes. Essa perspectiva aciona a segunda, ampliando seu objeto de intervenção do saber médico, agora o Estado, a cidade e a pobreza também seriam vistos como instâncias de ação ou controle. Esse ingresso da medicina sobre o campo social é o que Foucault denominou como o exercício biopolítico da medicalização.

Para Foucault, desde o século XVIII testemunha-se um amplo processo de medicalização que se acirra e se reorganiza ao longo do século XX. Uma dessas primeiras investidas seria o objetivo da ação estatal em garantir a saúde dos indivíduos para que preservassem a força física, ou seja, sua força de trabalho e a capacidade de produção. É um investimento no qual o conceito de indivíduo saudável a serviço do Estado é “substituído pelo de Estado para o indivíduo em boa saúde” (FOUCAULT, 2010, p. 168). Como consequência dessa inversão das relações entre o indivíduo e o Estado, a preponderância do conceito de higiene na literatura e na administração médica do século XIX deixa espaço para o “direito de estar doente” e a interrupção do trabalho de forma legítima. Posteriormente, as despesas dedicadas à saúde, esses custos da interrupção do trabalho e o cálculo dos riscos que afetam o bem-estar físico dos indivíduos determinam um novo horizonte de preocupações que entram no campo da macroeconomia. Então, uma vez que a saúde é uma variável macroeconômica, ela também se torna um foco de lutas e debates políticos. Este último estágio se desenvolve após a Segunda Guerra Mundial e encontra seu núcleo na atuação do Estado no desenho das políticas de seguridade social.

Para Norbert Elias (1994) a modernidade é marcada por um processo civilizador, uma mudança a longo prazo da conduta dos indivíduos, gerando comportamentos sociais de boas maneiras, educação do corpo e dos instintos. Este processo histórico tem uma aplicação bem clara para as sociedades ocidentais, especialmente as europeias, partindo da coerção externa (penalidade, prisões, punições etc.) para solidificar a autocoerção (a exemplo da cortesia, higiene, civilidade [...]). Para Elias (1994), o aprimoramento está ligado, portanto, a um refinamento da conduta e do próprio corpo nesse processo. Tendo a contenção de si como seu principal objetivo, a tentativa é mimetizar a Sociedade de Corte e, posteriormente, a burguesia da época. É na conduta, desde o modo de andar, falar, sentar-se à mesa, que se revelavam as relações de ganhos e perdas de status e prestígio, bem como uma competição pelo poder.

[...] os costumes, comportamento e modas da corte espriavam-se ininterruptamente pelas classes médias altas, onde eram imitados e mais ou menos alterados de acordo com as diferentes situações sociais. Perdem assim, dessa maneira e até certo ponto, seu caráter como meio de identificação da classe alta. [...] Este fato obriga os que estão acima a se esmerarem em mais refinamentos e aprimoramento da conduta. E é desse mecanismo – o desenvolvimento de costumes de corte, sua difusão para baixo, sua leve deformação social, sua desvalorização como sinais de distinção – que o movimento constante nos padrões de comportamento na classe alta recebe em parte sua motivação (ELIAS, 1994, p. 110).

O avanço da racionalização das práticas do corpo, foram também historicamente vinculados aos valores de virtude, tanto por uma herança das práticas ascéticas quanto da reforma protestante. Ainda em consonância com a perspectiva do processo civilizador de Elias, Maria Moraes (2014) destaca como os tratados sobre higiene, saúde e bem viver se multiplicaram na aristocracia europeia dos séculos XVI e XVII. As normas de comportamento e prestígio fundamentalmente estiveram ligadas ao ato de controlar a si ou disciplinar-se. Assim, o cuidado com o corpo, renunciava não só a boa saúde, mas a resiliência e uma vida virtuosa de domesticação dos afetos e impulsos mais grosseiros, como aqueles agressivos e sexuais, indo ao encontro da moralidade cristã. A saúde naquele tempo era observada desde os gestos, com o prestígio das ações do corpo mais polidas e os males físicos e da alma (que abarcavam as paixões), como desvios dos preceitos eclesiásticos. Em tempos atuais, regular a alimentação, o sono e os prazeres seguem ainda, por tantas vezes, embasadas na crença de que as renúncias serão recompensadas. Pode-se ainda inferir que as tentativas de controle do corpo são expressões de uma disputa com o biológico enquanto limitador da vida – doenças, velhice, inaptidão e a própria morte.

Max Weber (2004) em “A ética protestante e o espírito do capitalismo” mostra como o protestantismo ascético formou bases para uma gênese das condutas no capitalismo, sobre valores nos quais o trabalho se torna uma prioridade até mesmo além das atividades eclesiásticas. Nesse

contexto, a perda de tempo ou a negação da produtividade eram condenáveis, ao tempo que a saúde era considerada uma virtude divina àqueles que seriam salvos, portanto, precisava ser mantida e cuidada em nome de Deus. Assim, todo o esforço no disciplinamento do corpo – renúncia aos vícios, aos prazeres e aos excessos – e o autoaperfeiçoamento no sentido da adoção dos hábitos regrados, eram vistos como estados de graça e de boa índole. Aspectos como preguiça, vadiagem, ócio e o sono em excesso, eram não só reprovados como indicavam a falta do estado de saúde enquanto dádiva.

3. O IMPERATIVO DO SAUDÁVEL

As incursões em torno do corpo saudável mostram a extensão contínua do protagonismo que a saúde e o saber médico adquiriram na sociedade moderna. Para Foucault (2010) um último grande estágio de transformação desse modelo ocorreram após a década de 50, o cuidado do corpo, a saúde física e a inquietação da doença foram especialmente decisivos. Os espaços em que a intervenção médica passou a ser aplicada não foram mais reduzidos a doenças ou desconfortos. Pelo contrário, a medicina passou a regular também atos de autoridade (por exemplo, com o requisito de exame admissional para um contrato de trabalho ou com o exame psiquiátrico para um infrator) e seu objetivo não seria mais apenas relacionado à doença, mas também um conceito de saúde amplo e difuso, basta notar como a intervenção médica ao longo da história volta-se para a sexualidade ou a classificação das “anomalias”. O que torna, nesse aspecto, o saber médico um “poder autoritário com funções normalizadoras que vão bem além da existência das doenças e da demanda do paciente” (FOUCAULT, 2010, p. 181). Esse saber torna-se um dos principais atores da invenção normalizadora da sociedade por concentrarem o poder de definir ou estigmatizar a conduta dos indivíduos.

Rafaela Zorzanelli e Murilo Cruz (2018, p. 722) apontam que esses dois aspectos fundamentais da medicalização operam não em contraposição, mas em complementariedade. A primeira fase, vigente especialmente no século XX, seria esta da medicina como prática de estudo, intervenção e normatização ampla sob os corpos coletivos, voltada ao contexto urbano e populacional e legitimada pelo Estado. Já a segunda fase, mais contemporânea e complementar à primeira, seria uma “medicalização indefinida”, quando o saber médico adentra, gere e busca explicar todos os fenômenos da vida cotidiana. Este processo contemporâneo de medicalização indefinida supõe a impossibilidade de encontrar um território externo aos códigos médicos, implicando, por sua vez, em uma mudança nas relações entre medicina e economia.

Se no século XVIII a medicina e a saúde emergiram como uma necessidade econômica que exigiria uma administração política dos órgãos que fornecem e garantem uma força de trabalho

adequada, no século XX, a medicina deixa de ser um mero instrumento do aparelho econômico para se tornar um dos seus componentes. Descobre-se que o medicamento produz riqueza por si só, uma vez que a saúde representa um desejo de alguns e um luxo para os outros (FOUCAULT, 2010). A saúde, então, é entendida como um bem de consumo. Isso significa que o extenso processo de uso biopolítico da medicina leva à incorporação de saúde e doença no mercado, com seus agentes de produção (laboratórios, farmacêuticos, médicos, clínicas, seguradoras) e com seus consumidores, tanto o doente real quanto o doente potencial que todos, inevitavelmente, passam a ser.

Essa outra face da medicalização após a segunda metade do século XX vai além da busca por salubridade, agindo em todo campo social e, especialmente, na constituição do corpo saudável como ideal.

Já não se fala somente da obrigação da limpeza e da higiene para gozar de boa saúde, mas de fenômenos da vida cotidiana que entram no campo de ação do saber médico. As práticas médicas estão em todos os lugares, à medida que a saúde se torna um objeto de desejo e de lucro. [...] Houve um deslocamento do sonho higienista de isolar e erradicar a doença para um modelo de responsabilidade individual pela saúde. Esse deslocamento é exatamente do que trata o conceito de medicalização hoje (ZORZANELLI; CRUZ, 2018, p. 724).

Ambas as fases, da expansão da medicalização da vida e da construção do saudável, ocorreram em paralelo com as grandes mudanças históricas que permitiram que essas práticas se estabilizassem no campo social, mas nunca representando uma ruptura ou superação completa de uma para a outra. A crise da pandemia do novo coronavírus iniciada em 2020, mostra como o aspecto biopolítico da medicalização não cessa. Fatores tais como corpos infectados, contágios e necessidade de imunização demonstram como as disposições de classe social e vários marcadores da desigualdade ainda são definidos a partir da ótica médica.

A introdução do corpo humano e da saúde como mercado de consumo produziu e produz uma série de reflexos. Primeiro, há uma demanda infundável e uma insatisfação latente por parte de seus consumidores, uma vez que o aumento da procura médica não significa necessariamente a melhoria de saúde, ao contrário do que é prometido. E é justamente isso que permite o desenvolvimento de áreas fronteiriças à medicina institucionalizada, campos diversos que prometem experiências de bem-estar físico, alternativas alimentares e outros modos de estilização corporal. Flávia Martins (2019) aponta como a gestão do risco por parte dos indivíduos torna-se um imperativo para viver mais e melhor. A cada avanço da medicalização, os chamados comportamentos de risco ampliam-se, vê-se o combate ao tabagismo, o sedentarismo, a obesidade que, se não representam uma ameaça imediata, tornam-se a ameaça futura. Tudo isso acompanha discursos da mídia e publicações científicas que

endossam a autorresponsabilização pela saúde e pela doença, embora essa separação torne-se cada vez mais difícil.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças em torno da saúde e, especialmente, o processo contemporâneo de autorresponsabilização acelera a busca por bens de consumo em um mercado da saudabilidade: produtos alimentares de baixa caloria, programas e instrumentos de condicionamento físico, treinamentos personalizados em academias, entre tantos produtos. Em outra ponta, o tratamento da saúde como objeto de consumo produz benefícios econômicos também atrelados ao mercado de bem-estar e principalmente para a indústria farmacêutica, não somente dos medicamentos vendidos como prevenção ao risco, os polivitamínicos e suplementos diversos, mas também aqueles que dependem a princípio da autoridade de circulação, como no caso das receitas médicas. Trata-se de uma rede de expectativas, sociabilidades e discursos que se relacionam com a noção de risco, prevenção e acesso a esses produtos. Assim, se concretiza uma subjetividade correspondente a esse imperativo do saudável, especialmente de modo individualizante e que reverbera na cultura contemporânea, na mídia e mesmo na formação profissional.

Nesse contexto a extinção das doenças não é o único objetivo, interessa também a minimização das incertezas relacionadas a saúde e a beleza, surgindo também o expressivo mercado da cosmética e das cirurgias estéticas. Surgem os tratamentos contínuos, ao tempo que presencia-se uma condição multiplicativa de novas doenças e preocupações a se ter com a saúde. Desse modo, a vida passa a ser condicionada a um determinado modo de vida que corresponde (ou não) os preceitos de saúde, o que acaba tornando secundários os debates sobre acesso a saúde, medicamentos e políticas públicas, para uma avaliação da trajetória de cada sujeito. Por fim, essa conjuntura se desenha também em processos problemáticos de decisão e liberdade individual sobre fenômenos de saúde coletiva, como por exemplo, negar-se a tomar vacinas ou não aderir a cuidados coletivos de saúde. Seria incorreto dizer, portanto, que a saúde é meramente individual, mas há uma ordem social vigente que reproduz subjetividades contrárias a essa afirmação, permitindo que se insista como verdadeira.

REFERÊNCIAS

DELEUZE, G. Que és un dispositivo? *In*: DELEUZE, G. **Michel Foucault**: filósofo. Trad. Wanderson F. do Nascimento. Barcelona: Gedisa, 1990.

ELIAS, N. **O processo civilizador**: uma história dos costumes. v.1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1994.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**. vol. I: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **O nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. Crise da Medicina ou Crise da Antimedicina. **Revista Verve**, v. 18, n.2, p. 167-194, 2010.

MARTINS, F. dos S. **A invenção do saudável**: práticas discursivas midiáticas sobre os corpos das mulheres. 2019. 308 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2019.

MORAES, M. R. C. **Autocuidado e gestão de si**: hábitos saudáveis na mídia impressa semanal. 2014. 325 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

POL-DROIT, R. **Michel Foucault** – entrevistas. São Paulo: Graal, 2006.

VEYNE, P. **Foucault**: seu pensamento, sua pessoa. Trad. Marcelo Jacques de Moraes. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

WEBER, M. **A ética protestante e o “espírito” do capitalismo**. São Paulo: Cia. das letras, 2004.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação [online], 22 (66), p. 721-731, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-954313>>. Acessado em: Set, 2023.