

cadernos  
**IHU**  
em **formação**  
ano IX nº 44 2013  
ISSN 1807-7862

**TECNOCIÊNCIA  
E SAÚDE**

# **Cadernos IHU em formação**

**Tecnociência e saúde**

**Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS**

*Reitor*

Marcelo Fernandes Aquino, SJ

*Vice-reitor*

José Ivo Follmann, SJ

**Instituto Humanitas Unisinos – IHU**

*Diretor*

Inácio Neutzling, SJ

*Gerente administrativo*

Jacinto Schneider

**Cadernos IHU em formação**

Ano 9 – Nº 44 – 2013

ISSN 1807-7862

*Editor*

Prof. Dr. Inácio Neutzling – Unisinos

*Conselho editorial*

Prof. Dr. Celso Cândido de Azambuja – Unisinos

Profa. Dra. Cleusa Maria Andreatta – Unisinos

Prof. MS Gilberto Antônio Faggion – Unisinos

Prof. MS Lucas Henrique da Luz – Unisinos

Profa. Dra. Marilene Maia – Unisinos

Dra. Susana Rocca – Unisinos

*Conselho científico*

Prof. Dr. Gilberto Dupas (†) – USP – Notório Saber em Economia e Sociologia

Prof. Dr. Gilberto Vasconcellos – UFJF – Doutor em Sociologia

Profa. Dra. Maria Victoria Benevides – USP – Doutora em Ciências Sociais

Prof. Dr. Mário Maestri – UPF – Doutor em História

Prof. Dr. Marcial Murciano – UAB – Doutor em Comunicação

Prof. Dr. Márcio Pochmann – Unicamp – Doutor em Economia

Prof. Dr. Pedrinho Guareschi – PUCRS – Doutor em Psicologia Social e Comunicação

*Responsável técnico*

Caio Fernando Flores Coelho

*Revisão*

Carla Bigliardi

*Projeto gráfico e editoração eletrônica*

Rafael Tarcísio Forneck

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

*Instituto Humanitas Unisinos*

Av. Unisinos, 950, 93022-000 São Leopoldo RS Brasil

Tel.: 51.3590 8213 – Fax: 51.3590 8467

**www.ihu.unisinos.br**

## Sumário

Apresentação .....	5
A dominância das dimensões médicas na sociedade <i>Entrevista especial com Luis David Castiel</i> .....	7
A maternidade sob o impacto da revolução tecnológica. Desafios e perspectivas <i>Entrevista especial com Marlene Tamanini</i> .....	14
O risco da biologização dos problemas sociais <i>Entrevista especial com Sandra Caponi</i> .....	24
A medicalização como um anúncio da qualidade de vida <i>Entrevista especial com Fábio Alexandre Moraes</i> .....	28
O filtro da medicalização para a produção da subjetividade <i>Entrevista especial com Ricardo Teixeira</i> .....	32
Imbricações entre as tecnologias de reprodução assistida e a cultura da maternidade <i>Entrevista especial com Marlene Tamanini</i> .....	35
Tecnobiociências. “Diante do menor risco, devemos parar” <i>Entrevista especial com Vera Lúcia Caldas Vidal</i> .....	42
A robótica, a biotecnologia e a nanotecnologia. O redesenho da forma humana e das formas da vida <i>Entrevista especial com Luiz Alberto Oliveira</i> .....	45
Reprodução assistida. A clínica como espaço de normatização social <i>Entrevista especial com Marlene Tamanini</i> .....	50
Tecnologia Terminator e o dilema brasileiro <i>Entrevista especial com Silvia Ribeiro</i> .....	55
O Desafio dos Ciborgues: multidimensionar o humano <i>Entrevista especial com Luiz Alberto de Oliveira</i> .....	59
A medicalização da vida faz mal à saúde <i>Entrevista especial com José Roque Junges</i> .....	64
“A autonomia diminui conforme aumenta a medicalização” <i>Entrevista especial com Charles Dalcancalle Tesser</i> .....	69
Ideologia do consumo da “saúde”: epidemia contemporânea <i>Entrevista especial com Rosângela Barbiani</i> .....	71
Medicalização do social: a relação entre a medicina e a escola <i>Entrevista especial com Maria Stephanou</i> .....	75
Saúde e tecnologia. A busca da imortalidade <i>Entrevista especial com Luis David Castiel</i> .....	78



## Apresentação

### **A saúde mergulhada nas tecnociências, mas com a cabeça para fora da água**

*Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio<sup>1</sup>*

Não produzimos saúde sem as tecnociências. Mas também não se faz saúde sem gente, ou melhor, sem encontro humano. Tudo leva a crer que não conseguimos mais nascer, crescer, viver bastante e melhor sem os recursos ofertados pelo desenvolvimento tecnológico. O melhor, neste caso, seria o viver por muitos anos e com menor quantidade de doenças possível. As tecnologias produzidas pelo conhecimento biomédico avançam sobre a vida em nome da preservação e do prolongamento da existência biológica humana. Uma noção de saúde (e da sua produção) fortemente incrustada na malha social. O velho e bom instinto de conservação da espécie vem se aparelhando, cada vez mais se sofisticando, se complementando, se aperfeiçoando, se ampliando ao ponto de, em certa perspectiva, já quase podermos configurar geneticamente as gerações futuras; conservar quem ainda não nasceu.

Equipamentos hospitalares, medicamentos, vacinas, instrumentos de precisão diagnóstica, órteses, próteses, insumos nanotecnológicos, protocolos técnicos, simuladores clínicos, manuais de procedimentos terapêuticos, prescrições preventivas e curativas; é imensa a lista dos insumos tecnológicos no campo da saúde. Ao mesmo tempo, as tecnociências constituem um imaginário. Instigam desejos, guiam vontades, alimentam imagens (de profissionais de sucesso, de consumo de eficientes ações e práticas), sustentam esperanças, respondem a necessidades-desejos e efetivam realidades

sanitárias. Prometendo longevidade sem dor e sofrimento, as tecnociências são um grande negócio! Nem sempre é tão fácil identificar quem é o dono, mas sem dúvida o empreendimento continua promissor; aspecto que nos lembra a constatação de Boaventura de Souza Santos sobre os mais de 200 anos de promiscuidade entre as produções da modernidade e o capitalismo.

Por outro lado, produzir saúde parece também depender do encontro humano. Sentir, pensar e agir sobre a própria vida segue sendo o eterno desafio da nossa condição demasiado humana. Na saúde, o que o profissional sente, pensa e faz ocorre no encontro com o outro que também sente, pensa e faz; mas não necessariamente as mesmas coisas. No contemporâneo, o encontro humano que pretende (e promete) produzir saúde é atravessado, tensionado, configurado, disputado pela diversidade humana e por *tecnosentimentos*, *tecnopensamentos* e *tecnoações*. Estes termos querem apontar para uma produção da saúde excessivamente dependente das práticas e dos saberes tecnológicos. Dizendo com outras palavras, os termos querem manter ética e politicamente a suspeita de que as tecnociências não conseguem (e talvez não devam) dar respostas para todas as dimensões da existência e que estão presentes na multiplicidade de condições e de sentidos de saúde. Por exemplo: qual a resposta das tecnociências para um jovem de 27 anos, que usa bastante *crack*, não tem família, prefere morar na rua desde os 12 anos de idade e não consegue ver, achar, inventar um sentido, uma razão, um motivo forte o suficiente para mudar seus modos de sentir, pensar e agir? Ou ao contrário, qual a resposta das tecnociências

---

<sup>1</sup> Docente do curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e Educador Físico do *Consultório na Rua* do Grupo Hospitalar Conceição.

para um homem de 33 anos, que há 12 vive na rua – sendo que nos últimos seis anos teve como seu único e fiel companheiro um cão sem raça definida – e que agora não quer mais morar na rua e, graças aos espartanos recursos sociais vigentes, conseguiu um lugar institucional para morar que não admite a entrada de animais? Qual a resposta das tecnociências para uma profissional do sexo que, após vários meses de conversa de convencimento, finalmente decidiu ir a um serviço de saúde investigar uma possível doença sexual, mas que, chegando ao ambiente, foi fortemente rechaçada pelas famílias que usavam tal serviço? A lista dos desafiadores encontros de saúde também é imensa.

É extremamente bem-vinda esta edição dos **Cadernos IHU** em formação, dedicada ao tema tecnociências e saúde. Produzir criticamente sentidos para a situação de imersão da saúde às tecnociências ajuda a manter a cabeça para fora da água; faz respirar! Luis David Castiel fala em seu texto, neste caderno, de uma necessária transformação da imaginação ético-política para operar nesta relação capturante das tecnologias junto às práticas sociais de saúde. Tecnociências e pensamento ético-político precisam andar juntos no campo da saúde; não necessariamente em equilíbrio estável.

## A dominância das dimensões médicas na sociedade

*Entrevista especial com Luís David Castiel*

“O saber médico se aproxima de uma forma de “religião” ao ocupar espaços cada vez maiores no cotidiano em rituais em que cada um de nós deve buscar e manter constantemente a condição de sãos (e salvos) mediante a crença e a prática dos enunciados do conhecimento biomédico vigente e que tende a ocupar um lugar todo-poderoso”, constata o médico, professor e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

“Embora o fenômeno da medicalização seja visto como a ingerência da medicina noutros campos do saber e, sobretudo, em questões essencialmente sociais, não é raro também ser relacionado à elevada dependência dos indivíduos e da sociedade da oferta de serviços e bens de ordem médico-farmacêutica e seu consumo cada vez mais intensivo. Pode-se dizer que a medicalização, hoje, envolve mais atores, instituições, empresas, interesses e práticas tanto curativas como preventivas, e reflete as transformações relativas aos modos como fenômenos de saúde, doença e risco têm sido produzidos, definidos, classificados, administrados e vividos”. A definição é do professor e médico Luis David Castiel, em entrevista concedida por e-mail para a **IHU On-Line**.

Para ele, a atual configuração social é bastante propícia para a indústria médico-cirúrgico-farmacêutico-cosmética oferecer produtos e intervenções para atender aos anseios de saúde e de boa aparência. “E, se for necessário, remediar os efeitos emocionais e estresses dos eventuais reveses na busca desgastante da felicidade na vida moderna. Em geral, esta noção de procura da felicidade (...) tende a se configurar em metas traçadas que implicam em gestão racional e respon-

sável de ações persistentes para, quiçá, atingir um resultado que seja considerado um êxito culturalmente legitimado. Em termos bem esquemáticos: ter perseverança (e saúde) para esta jornada e, se possível, obter o merecido retorno financeiro e o correspondente reconhecimento social no competitivo âmbito neoliberal contemporâneo”.

Dessa forma, continua ele, “o saber médico se aproxima de uma forma de ‘religião’ ao ocupar espaços cada vez maiores no cotidiano em rituais em que cada um de nós deve buscar e manter constantemente a condição de sãos (e salvos) mediante a crença e a prática dos enunciados do conhecimento biomédico vigente e que tende a ocupar um lugar todo-poderoso. Assim, é possível estabelecer nexos entre saúde e salvação”.

Luís David Castiel é graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, mestre em Medicina Comunitária pela University of London, doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, e pós-doutor pelo Departamento de Enfermaria Comunitária, Saúde Pública y Historia de la Ciencia da Universidade de Alicante, da Espanha. É pesquisador titular do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. É professor permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e do Programa de Pós-graduação de Epidemiologia em Saúde Pública.

Castiel esteve no Instituto Humanitas Unisinos – IHU, no último dia 15-04-2013, ministrando a palestra “Como restringir seu apetite naturalmente – Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar.” O evento integrou o I Seminário em preparação ao **XIV Simpósio**



**Internacional IHU: Revoluções tecnológicas, culturais, indivíduos e sociedades. A modelagem da vida, do conhecimento e dos processos produtivos na tecnociência contemporânea** a ser realizado em outubro de 2014.

Confira a entrevista.

**IHU On-Line – No âmbito da evolução mais recente do capitalismo, como podemos caracterizar “saúde” para compreendermos a lógica da sua medicalização?**

**Luis David Castiel** – Antes de tudo, penso que vale a pena tentar definir melhor a noção de medicalização. Apesar de não constar em consagrados dicionários da língua portuguesa, o vocábulo medicalização é recorrentemente empregado na literatura científica para se referir, grosso modo, à intervenção da medicina no tratamento de questões sociais. Peter Conrad – um estudioso do tema – descreve a medicalização como “o processo pelo qual problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças ou transtornos”. De outro modo, pode-se dizer que o processo de medicalização centra-se na biologização do social, o que não implica, porém, a aceitação da biologia e da sociologia como ciências mutuamente excludentes.

Trata-se de algo complexo, já que a compreensão de fenômenos, cuja multiplicidade de determinações e interfaces é tão vasta, impede, de antemão, qualquer tipo de simplificação ou de priorização de determinada ciência para sua explicação.

Por sua vez, uma importante contribuição acerca desse tema, a partir do âmbito da saúde mental, foi trazida por Thomas Szasz, cujo enquadramento conceitual é mais crítico ainda que o de Conrad.

Para eles, a distinção entre prática médica e não médica é de importância crucial, pois além de influir na atenção médica, no direito e nas políticas públicas, justamente por isso, interfere na vida das pessoas.

Em termos breves, para Szasz, a “medicalização” seria uma prática ilegítima de introduzir vocabulários, conceitos e práticas médicas no ter-

reno da vida pessoal ou social, considerando que esse processo não é apropriado. A medicalização constitui-se numa estratégia de atribuição de sentidos que modela práticas sociais, profissionais e formas de consciência e conduta.

### **Fora do controle racional**

A pressão exercida por essa perspectiva localiza-se no fato de que uma vez que alguém é considerado doente ou seu comportamento visto como resultado de patologia, tal comportamento é encarado como estando fora do controle racional das pessoas. Tais indivíduos tornam-se agentes morais e sociais deficitários.

Assim, eles podem ser vistos como irresponsáveis em relação a seus atos, passíveis de abordagens coercitivas por aqueles que se colocam no lugar de autoridades e experts. Passam, assim, a ser objetos de práticas e estratégias institucionais e especializadas concebidas para conduzir, “aconselhar” e, se for o caso, corrigir as pessoas.

Em geral, essa insidiosa invasão da medicina é inadvertidamente aceita pelas pessoas, a ponto de passarem a regular boa parte de suas vidas de acordo com prescrições de saúde. Comportamentos “de risco” são descritos e desaconselhados (quando não proibidos) no tocante à alimentação, atividade física, ou outras atividades que possam ser caracterizadas como maus hábitos.

Embora o fenômeno da medicalização seja visto como a ingerência da medicina noutros campos do saber e, sobretudo, em questões essencialmente sociais, não é raro também ser relacionado à elevada dependência dos indivíduos e da sociedade da oferta de serviços e bens de ordem médico-farmacêutica e seu consumo cada vez mais intensivo.

Pode-se dizer que a medicalização, hoje, envolve mais atores, instituições, empresas, interesses e práticas tanto curativas como preventivas, e reflete as transformações relativas aos modos como fenômenos de saúde, doença e risco têm sido produzidos, definidos, classificados, administrados e vividos.

O fenômeno da medicalização é interpretado especialmente como estando vinculado à disse-

minação do uso de medicamentos como principal estratégia para o tratamento de doenças e prevenção de riscos. Segundo a lógica biomédica, os medicamentos “consertam” ou “minimizam” as falhas nas “peças” da máquina humana, fazendo com que ela volte a funcionar satisfatoriamente. Ou seja, grande parte do processo medicalizador atende aos interesses da indústria farmacêutica que atua como um ator central nesse contexto.

### **Racionalidade do risco**

Por sua vez, a racionalidade do risco torna-se bastante adaptada para uma importante faceta medicalizadora contemporânea. São as proposições do autocuidado que veiculam o uso de recomendações epidemiologicamente justificadas e medicamente canceladas para que pessoas leigas, de alguma forma, tornem-se pacientes e assumam comportamentos saudáveis e diretrizes médicas em nome do tratamento preventivo de agravos à saúde. Caso ainda não tenham assumido este mandato da cultura hiperpreventiva, existe, assim literalmente definida, a “terapêutica de mudança de estilos de vida”.

É sempre possível estar-se à mercê de vários riscos à integridade física e mental, mesmo sem sintomas evidentes. Nestas circunstâncias, temos cada vez mais indivíduos em um estatuto ambíguo: simultaneamente não saudáveis e não doentes. Um exemplo: mais pessoas são diagnosticadas com pré-doenças, como pré-hipertensão e pré-diabetes. Nestas situações, o tratamento médico para ambas as doenças pode ser praticamente equivalente. Claro que a elevação do número de indivíduos sob tratamento se ajusta aos interesses de ampliação de mercados para novas drogas preventivas e outras intervenções.

### **Uma “nova consciência de saúde”**

O início da trajetória deste estado de coisas pode ser, de alguma forma, situado no começo dos anos 1970. Há autores que identificam neste período, nos Estados Unidos, um momento em que a saúde passa a ser vista como algo em rela-

ção a qual as pessoas deviam estar devidamente informadas para, em nome da liberdade de escolha e do direito de decidir autonomamente, tomarem as medidas supostamente mais acertadas. Neste quadro, a mudança de comportamento deslocou-se para o centro da experiência das classes médias. Como se houvesse a produção de uma “nova consciência de saúde” para indicar uma formação ideológica emergente que definia questões de saúde e suas soluções dentro dos limites do controle pessoal.

A dimensão da responsabilidade pessoal se desenvolveu em meio a práticas culturais com as quais essas classes médias há muito se identificavam. Constituía-se como uma espécie de referência moral central para as pessoas passarem a crer que a operação na esfera de si mesmo, através de um trabalho no próprio corpo, proporcionaria efeitos benéficos para a saúde.

As consequências ideológicas da redefinição do problema da saúde ligada ao estilo de vida e a solução para a responsabilidade individual é relevante. A nova consciência de saúde se tornou um modelo no qual a responsabilidade individual (ou sua falta) deveria também reproduzir a responsabilidade individual pelo bem estar econômico. Não é à toa que ambas operam com a categoria “risco”.

### **Contribuição para a ordem social neoliberal**

Olhando retrospectivamente, as práticas de saúde daquela época contribuíram para o crescimento da ordem social neoliberal. O sucesso das soluções privatizadas de mercado para problemas públicos deve ser entendido pela forma como a responsabilidade individual venceu a moralidade política baseada na responsabilidade coletiva para o bem-estar econômico e social, em meio a outros elementos, que não vêm ao caso agora.

Ainda em retrospecto, ficou claro que a responsabilidade individual pela saúde, mesmo com algumas resistências, se mostrou especialmente efetiva para determinar o “senso comum” dos princípios centrais do neoliberalismo em função de gastos sociais com saúde ao contrastarmos a

imagem de indivíduos autônomos, prudentes, autorresponsáveis com visões antagônicas de descuidados, imprudentes, irresponsáveis. Os cuidadosos pagariam impostos para proporcionar atenção médica para os que adotavam estilos de vida insalubres e, por isso, adoeciam. Falar de saúde se tornou falar de responsabilidade.

E, assim, estava traçada a fórmula da saúde como um valor elevado que participa na busca pessoal de bem-estar subjetivo. Tal “bem-estar” é dependente de perspectivas individualizadas da relação das pessoas com suas identidades. Estas devem estar modeladas, em grande parte, pela aparência somática, sobre a qual a opinião de outros e os valores culturais dominantes exercem grande influência e enfatizam a importância da imagem corporal e fisionômica na vida em sociedade.

Aqui, cabe mencionar conhecidos conceitos autorreferidos (como autoestima, autoconfiança, autossatisfação, autocuidado) que participam ativamente das dinâmicas subjetivas das pessoas. E há intervenções médicas que oferecem a possibilidade de obter alterações corporais desejáveis cuja carência teria o poder de impedir que a felicidade na vida fosse alcançada.

A meta principal é manter elevado nosso estado de autossatisfação em meio a um contexto capaz de produzir níveis consideráveis de insatisfação. É preciso que estejamos constantemente alertas e atuantes em relação à nossa saúde e à imagem que temos de nós mesmos, dispostos a adotar práticas, consumir produtos e serviços para impedir o movimento “inercial” da “autoestima”, que é diminuir.

Esta configuração é bastante propícia para a indústria médico-cirúrgico-farmacêutico-cosmética oferecer produtos e intervenções para atender aos anseios de saúde e de boa aparência assim configurados. E, se for necessário, remediar os efeitos emocionais e estresses dos eventuais reveses na busca desgastante da felicidade na vida moderna. Em geral, esta noção de procura da felicidade (ou popularmente: “correr atrás de seu sonho”) tende a se configurar em metas traçadas que implicam em gestão racional e responsável de ações persistentes para, quiçá, atingir um resultado que seja considerado um êxito cultural-

mente legitimado. Em termos bem esquemáticos: ter perseverança (e saúde) para esta jornada e, se possível, obter o merecido retorno financeiro e o correspondente reconhecimento social no competitivo âmbito neoliberal contemporâneo.

### **IHU On-Line – Quais os riscos da sedução das tecnologias de aprimoramento para produzir um projeto humano melhor para a humanidade? Aliás, o que seria um projeto humano melhor?**

**Luis David Castiel** – As tecnologias de aprimoramento são difundidas, em geral, como tendo o papel fundamental de ferramentas para produzir um projeto humano melhor, mais bem sucedido, de acordo com os valores dominantes. Mas a busca da felicidade como projeto humano se torna um tipo estranho de dever que demanda tecnologias de aprimoramento para garantir que a existência renda motivos para autossatisfação maximizada. Quem quer que seja infeliz ou perdedor (loser – como costumam dizer os estadunidenses) pode ser malvisto. Uma vez que a autossatisfação está atada ao sucesso na vida humana, ela pode se tornar uma desgastante responsabilidade pessoal para cada um que endosse essas proposições. Voltaremos ao final a esta questão.

Assim, talvez um projeto melhor para a humanidade fosse tentar estratégias coletivas em busca de alternativas ético-políticas que enfrentem a ideologia utilitarista que possui o poder retórico de se apresentar como o único caminho viável e que procura tornar natural o capitalismo que, dessa forma, se torna a realidade. Realidade que apresenta seus resultados de ganhos e perdas como se fossem meras questões de perspicácia, sorte e tirocínio num mercado regido por leis próprias de funcionamento e de busca de equilíbrio, sem contradições.

De certa forma, há um grande risco das tecnologias de aprimoramento não darem conta de produzir tal projeto em termos coletivos, caso as condições ético-políticas utilitaristas neoliberais se mantiverem presentes. De qualquer maneira, há a priori a questão de desigualdades de acesso a tais tecnologias que, inevitavelmente, têm o potencial de produzir efeitos eugênicos. Alguns poderiam desfrutar de suas possíveis vantagens, mas mui-

tos, os consumidores falhos (como diz Bauman), teriam muitas dificuldades para isso.

**IHU On-Line – Quais as implicações da medicalização da andropausa (reposição hormonal masculina), da calvície e da disfunção erétil?**

**Luis David Castiel** – Estes itens indicam a medicalização de aspectos relacionados a noções legitimadas de masculinidade – sob a influência dos vetores socioculturais dominantes, especialmente em certos setores da sociedade que seguem valores de aparência e desempenho atrelados a ideais de jovialidade, vitalidade, força física e potência sexual. Como se fosse desejável e necessário manter qualidades viris com o avançar da idade. De modo simplificado, a sustentação da ideia de masculinidade sob o ponto de vista do funcionamento corporal parece muito vigorosa na autoconcepção identitária dos homens. Há evidentes interesses da indústria farmacêutica nesse sentido e que entram em ressonância com tais questões.

Mesmo que os empreendimentos médicos e farmacêuticos tenham mercadorizado estas condições e oferecido tratamentos para a calvície e andropausa, não se define claramente se estas condições de fato são problemas propriamente médicos no sentido de tratar-se de patologias mensuráveis e tratáveis. Na verdade, não é absurdo indicar que talvez pertençam a um campo que costuma ser chamado de “medicina dos desejos e das vaidades”.

**IHU On-Line – Quais os riscos do uso de hormônio do crescimento em crianças de baixa estatura? Como se relaciona aqui a questão da altura como valor social?**

**Luis David Castiel** – Não pretendo tratar diretamente as questões do risco do uso hormônio do crescimento em crianças de baixa estatura. Mas, sim, dos possíveis aspectos relacionados à questão da altura como valor social, especialmente no âmbito masculino. O debate não se refere à questão da baixa estatura constituir-se como uma doença e os riscos médicos em relação ao tratamento, mas, sim, quão “ruim” é ser “baixinho” na vida adulta...

As discussões sobre o uso do hormônio do crescimento não são recentes. Desde meados dos anos 1980, nos Estados Unidos, partidários do seu emprego faziam questão de apontar que maior estatura masculina é vinculada a maior status social, atratividade física e sexual elevadas, sucesso profissional e, até, capacidade de melhor desempenho eleitoral. Meninos baixos sofreriam mais assédio moral por seus colegas e teriam mais dificuldades de encontrar esposas.

Parece que a grande preocupação de pais pertencentes a determinados estratos sociais com a capacidade de desempenho e com a aparência dos filhos na infância diz respeito mais à preparação nesta fase crucial para a vida adulta jovem, quando a intensa competitividade social pode trazer incertezas e dificuldades ao alcance de metas socialmente consagradas para atingir a felicidade, mediante, por exemplo, o sucesso em conseguir parceiros sexuais atraentes, casamentos satisfatórios e carreiras profissionais em trabalhos privilegiados, estáveis e bem remunerados. Enfim, trata-se de lutar com as melhores armas à disposição no mercado para ser bem sucedido na vida, levando em conta os critérios de êxito e status elevado socialmente estabelecidos.

**IHU On-Line – Como as tecnologias de aprimoramento interferem em relação aos males da cultura contemporânea, como a busca de longevidade e a redução/controlar dos processos de envelhecimento? Quais relações podem ser estabelecidas entre a medicalização e a ideia de “felicidade”?**

**Luis David Castiel** – Se levarmos em conta que a noção da felicidade vigente coloca a questão de “quanto” tal ideia está vinculada ao capitalismo consumista, não é despropositado afirmar que há um vínculo íntimo entre esta felicidade e o volume e qualidade do consumo. Pode-se até dizer-se que a nossa era moderna começou de fato com a proclamação do direito universal à busca de felicidade. Busca compulsória de felicidade, sobretudo, como autossatisfação em um exercício que vincula individualismo e capitalismo globalizado.

Os mercados alteram o sonho da felicidade como um estado de vida satisfatória para a busca infindável dos meios para se alcançar essa

vida feliz, que sempre parece escapar para adiante. Numa sociedade de consumidores, estamos felizes enquanto não perdemos a esperança de sermos felizes. Infelizmente, a obsolescência das mercadorias nos faz felizes de maneira fugaz. Há uma contradição interna importante em uma sociedade que estabelece para todos um padrão que a maioria não consegue alcançar.

A felicidade definitiva parece ser a de realizar o sonho humano de permanência terrena, longevidade infinita, eternidade do indivíduo. vale a pena comentar brevemente os tipos de ciências e tecnologias de aprimoramento dirigidas ao envelhecimento (e à finitude) através de uma proposta de classificação, mesmo tendo áreas de superposição:

1) **cosmética** – a) práticas cosméticas: botox, cirurgias plásticas, cremes antirrugas, etc.; b) regimes profiláticos: dietas, exercícios, estilos de vida saudáveis; c) técnicas compensatórias: medicamentos para disfunção erétil, hormônio do crescimento;

2) **médica** – a) medicina regenerativa: terapia com células-tronco; b) intervenções clínicas para doenças específicas do envelhecimento (câncer, artrites, doenças cardíacas); c) terapias médicas baseadas em mudança de estilo de vida: dietas e exercícios dirigidos a doenças degenerativas do envelhecimento;

3) **biológica** – a) pesquisas epidemiológicas: populações de centenários e genes; b) modelagem evolucionária: descobrir e superar os limites evolucionários da duração da vida; c) ciência dos processos celulares e de seu respectivo envelhecimento; d) ciência genômica: mapeamentos e sequenciamentos gênicos para verificar processos genéticos responsáveis pelo envelhecimento para desenvolver terapias genéticas que podem retardar interromper ou reverter processos de envelhecimento;

4) **imortalista** – meta redentora da medicina do aprimoramento definitivo: alcançar a imortalidade: a) mediante substâncias e dispositivos supostamente com poder de ampliar a longevidade, incluindo câmaras criônicas; b) programas científicos para a imortalidade biológica e/ou cibernética: projeto da “Singularidade Tecnológica” de Ray Kurzweil ou as “Estratégias

para uma Engenharia da Senescência Ínfima” de Aubrey de Grey.

**IHU On-Line – O que pode ser dito sobre a medicalização da comida a partir da concepção de que o alimento é cada vez menos considerado por seu sabor, mas cada vez mais por seu valor calórico (preferentemente baixo) de tal forma que assume o lugar de medicamento, como tratamento preventivo para os riscos das dietas não restritivas?**

**Luis David Castiel** – A questão atual relativa ao medo de engordar chama a atenção para as dimensões morais do problema, assim como faz a perspectiva da ansiedade excessiva diante do risco e das exigências de autocontrole na ingesta. De todas as formas, a relação da promoção da saúde alimentar com o ganho de peso tende a se inscrever no âmbito dos tratamentos morais que acompanham o mal-estar na civilização globalizada e a correspondente racionalidade contraditória na operação de suas estruturas normativas duais que simultaneamente estimulam e restringem. As pessoas, de um modo variável, podem não passar incólumes às precarizações e sofrimentos provocados por este panorama.

Há necessidade de análise crítica dos modos opressores produzidos pelos aspectos paradoxais do capitalismo que se naturalizam a ponto de serem considerados como a “realidade”. Isso ocorre, por exemplo, mediante o tratamento moralista dos riscos à saúde através da normatividade restritiva da promoção da saúde alimentar voltada para uma ideia exacerbada socioculturalmente de controle do peso.

**IHU On-Line – Gostaria de acrescentar mais algum comentário sobre o tema?**

**Luis David Castiel** – Para tentar fazer uma síntese, convivemos com uma dominância das dimensões médicas em nossa sociedade – algo que pode ser representado pelo processo de medicalização, que se sustenta em função da procura de saúde ter ocupado na nossa época o formato de busca preventiva de saúde sob a égide da segurança individualista. Algo que pode até chegar a assumir a finalidade fundamental da existência: ser longo com vitalidade.

E o saber médico passa a ter o papel não apenas da prevenção e da cura, mas também de fornecer significados a questões autoidentitárias do indivíduo em relação ao mundo social a seu redor e se estabelece também como moral e se institui como matriz comportamental para além dos domínios biológicos, determinando modos de se levar a vida. E é até capaz de gerar uma pedagogia do medo através das possibilidades de perda dos benefícios da vitalidade longa para aqueles que não se pautam por condutas preventivas preconizadas como sadias.

Dessa forma, o saber médico se aproxima de uma forma de “religião” ao ocupar espaços cada vez maiores no cotidiano em rituais em que cada um de nós deve buscar e manter constantemente a condição de sãos (e salvos) mediante a crença e a prática dos enunciados do conhecimento biomédico vigente e que tende a ocupar um lugar todo-poderoso. Assim, é possível estabelecer nexos entre saúde e salvação. É preciso seguir o catecismo preventivo proveniente das muitas recomendações médicas que exaltam as virtudes que levam a boas ações de saúde, se estendendo desde a carteira de vacinação na tenra idade (algo realmente benéfico) aos exames regulares de check-up a partir dos quarenta anos, evitando fumo, álcool, sedentarismo, dietas não balanceadas – maus hábitos de saúde, enfim. Com isso o indivíduo se candidata a ser atendido à benção da probabilidade mais elevada de não ser atingido pelo mal – a enfermidade, o sofrimento e a morte antes do prazo prometido pela expectativa de vida do contexto onde vive.

### **A carga das responsabilidades individuais**

Enfim, diante do exposto até aqui, aqueles que compartilham das críticas ao panorama do estado de coisas fragmentadamente descritas –

sobretudo por suas facetas de produção de sofrimentos e sustentação de desigualdades – têm uma importante tarefa no âmbito ético, qual seja, atuar na busca de outros compromissos ético-políticos que se afastem da perspectiva utilitária de agentes supostamente autônomos e racionais.

Todos estamos envolvidos em nossas missões de carregar esta carga excessiva de responsabilidades individuais que atuam como imperativo e modelo de referência em várias dimensões, não só da saúde como também da vida econômica e social. Como se fosse viável a obrigação de se produzir soluções pessoais para complexidades e paradoxos produzidos sistemicamente.

Todos somos, de alguma maneira, colocados na obrigação de lidar com propostas irrealistas de administração de supostos benefícios diante de custos estipulados a priori em um quadro de opções bastante restritas em termos de projetos humanos de felicidade afastados de perspectivas coletivas emancipatórias. Os projetos que apontam para uma ideia de felicidade disponível no mercado se confundem com autossatisfação e, infelizmente, para a maioria dos mortais, possuem um prazo de validade determinado.

Enfim, vivemos numa época acelerada de riscos, prevenções e responsabilidades individuais em meio a impressionantes avanços tecnológicos que podem nos trazer longevidade, confortos, mas também desconfortos. Para terminar com certo humor, cabe a anedota de Carl Elliott no desfecho de seu livro referido acima, em função dos muitos estímulos que têm aqueles com poder aquisitivo para buscar autossatisfação através de tecnologias de aprimoramento para terem certeza existencial de usufruírem suas vidas ao máximo. O trem saiu da estação e não sabemos para onde está indo. O mínimo que podemos fazer é estarmos seguros que está fazendo a viagem sem problemas, sem atrasos, com boa velocidade.

## **A maternidade sob o impacto da revolução tecnológica. Desafios e perspectivas**

*Entrevista especial com Marlene Tamanini*

“Hoje, o nascimento de uma criança, no contexto da reprodução assistida, não é um acontecimento do desejo sexual, ou do acaso no intercurso de uma relação sexual, desde onde se pode, ou não, ter troca de prazeres sexuais. Este processo está nos caminhos da clínica e do laboratório”, constata a pesquisadora.

“O fato é que, pelo menos uma vez na vida, uma mulher devia ser mãe, ainda segue-se pensando que deva ser mãe, e, se não o for nunca, de alguma maneira, estará fora da representação”. A análise é da professora Marlene Tamanini, em entrevista concedida por e-mail para a **IHU On-Line**, em que reflete sobre as técnicas de reprodução assistida.

Segundo ela, no que diz respeito à biomedicina, “o útero, as diferenças entre os gametas e as representações segue-se apontando a necessidade de maternidade, como experiência fundante e imprescindível para uma mulher heterossexual, casada, que quer um filho”.

E continua: “as representações compartilhadas pelos casais resultam de uma interpretação híbrida entre a ideia de que um filho é um pouco da genética de cada um, e uma obra de arte de ambos, como resultado de um processo de conjugalidade e seu projeto. O filho aparece entre casais heterossexuais (...) como um capital narcísico e emocional e como a possibilidade de transcendência sanguínea e cultural”.

Baseada em suas pesquisas, Marlene Tamanini argumenta que “as tecnologias conceptivas são um campo de opções para as mulheres que escolhem a maternidade como um projeto de vida

e que têm dificuldades, ou que a desejam para mais tarde em seu projeto pessoal ou conjugal.

Concomitantemente, possibilitam o reforço cultural da ideia de que se eu não for mãe agora, o serei mais tarde. Se não der nesta relação vai dar na outra, se eu não puder ser com meus óvulos haverá uma doadora, ou um banco de óvulos. Frente a este conjunto de práticas, intervenções e representações profundamente engajadas na ordem simbólica da mãe, será preciso coragem para dizer não, e ou seguir com outros caminhos”.

Marlene Tamanini é professora na Universidade Federal do Paraná – UFPR. Ela fez o doutorado no Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas – DICH da Universidade Federal de Santa Catarina (2003) e doutorado sanduíche no Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS/França em 2003). É autora dos livros *Reprodução assistida e gênero: o olhar das ciências humanas* e *Livro didático da disciplina de Sociologia* (Florianópolis: UFSC, 2009).

“*Produções tecnológicas e biomédicas e seus efeitos reprodutivos e prescritivos nas práticas sociais e de gênero*” é o texto de Marlene Tamanini que acaba de ser publicado pelos **Cadernos IHU ideias**, no. 189.

Confira a entrevista.

**IHU On-Line – Em que medida as tecnologias de reprodução assistida interferem na cultura da maternidade?**

**Marlene Tamanini** – Existe uma rica e extensa literatura feminista que discute e analisa a experiência das mulheres com a maternidade. Esta

experiência se reporta a contextos e a temporalidades diversas e dá conta de mostrar que, mesmo frente à existência de múltiplas formas de vivê-la e exercê-la, a maternidade, ao longo do tempo, seguiu vinculada à gestação e ao parto e, por longos séculos, fundou-se na ideia de que a mãe é sempre certa, porque é aquela que dá à luz.

Para a paternidade, seguramente, este nunca foi um critério e, por mais esforço que as sociedades tenham realizado a fim de ligar o pai à criança, a maternidade sempre seguiu sendo a representação mais forte, mais incontestável, mais insondável nas representações e nas práticas sociais. Especialmente, porque as representações sobre a mulher como guardiã de sua mais importante e mais fundante qualificação: ser mãe, opera desde os primeiros segundos em que o embrião faz suas divisões celulares. Assim sendo, não há necessidade de grande esforço para que a maternidade seja estabelecida e, para que ela se traduza no entendimento de que as mulheres guardarão sempre, e de maneira mais forte, as crianças no seu coração porque elas as carregaram em seu útero.

A questão é desta ordem. Mesmo quando existem viagens mitológicas das cegonhas que trazem os bebês, representa-se sempre com a imagem de bebês felizes e grudados nos peitos de suas mães.

Além do mais, como ironicamente afirma Iacub (2004) nós somos mamíferos e junto aos mamíferos não se discute a maternidade, mesmo se algumas fêmeas matem, comam, ou abandonem seus filhotes. Nós acreditamos que não há povo ou nação, segundo a autora, que seja tão ignorante que não conheça essa realidade. Penso que mesmo quando afirmamos: “fulano não tem mãe”, acreditamos, ainda que inconscientemente, na existência de uma mulher não tão louvável como geradora desta criatura, que é frequentemente pensada como sendo infeliz por ausência de mãe.

No cristianismo, até mesmo a virgem deu à luz e muitas mulheres fizeram arranjos vários para ter seus filhos; ilustrativamente cito Agar e Sara, personagens bíblicas.

A maternidade, em seus diferentes contextos, nas representações e percepções que são

compartilhadas em grande parte de nossas relações sociais, aparece como um fato incontornável e nada será tomado como mais desnatural do que uma mãe que se desfaça de sua cria (criança), ainda se muitas mulheres em nossa história cultural e social tenham se desobrigado de seus filhos nascidos, ou abdicado da maternidade ao longo da vida. Nesse aspecto, os narrados não são recentes.

## A maternidade forjada

Percebo que há alguns elementos dos que estão mais amplamente envolvidos com o necessário conteúdo à formulação desta resposta, que eu não posso deixar de indicar. Assim, ressalto a imprescindibilidade de pelo menos três aspectos: O **primeiro**, já citado, diz respeito às questões de arranjos culturais e morais e suas representações, tal como em parte apresentei acima.

O **segundo** ponto diz respeito à história longa das práticas sociais e das representações biomédicas que forjaram a maternidade a partir do século XVIII, contexto em que o ato sexual e sua relação com a gravidez normalmente caminharam juntos, mesmo se houvesse bastante desconhecimento a respeito dos gametas e se muitas das discussões políticas e morais foram desenvolvidas sob a égide da diferença dos corpos, marcada politicamente por uma hierarquia e valoração desigual, que logo se transportava para um entendimento a respeito do caráter e do lugar social da mulher como de menor valoração. No iluminismo, a base epistêmica para prescrições sobre a ordem social foi o dimorfismo e a divergência biológica. Desde este lugar, fez-se todo um esforço para compor discursos, descrições, imagens, atributos aos corpos femininos e dentre eles, seguramente estava a maternidade.

Se o corpo da mulher torna-se misterioso diante das inúmeras manifestações que apresenta e se um dos maiores mistérios passa a ser sua histeria que se manifestava nos períodos de gravidez e na menstruação, se ele é um corpo instável, hipersensível e, apesar disso, é o espaço de procriação da humanidade, a feminilidade será nestes contextos observada em suas curvas, no



seu arredondado, nas ancas desenvolvidas e nos seios generosos, que também caracterizaram a maternidade. Assim, como na ordem natural das coisas, será a mulher mãe e produtora de muitas crianças em contextos de industrialização, de guerras e de escassez de nascimentos, sobretudo.

Segundo Rodhen (2001), os médicos, neste contexto, também forjavam suas bases científicas e interventivas no ideal de beleza para as mulheres, delineada pelas virtudes que lhes convinham e assim, a natureza fornecia à medicina boas evidências para orientá-la no modelo de mãe que deveria ser usado para produzir o equilíbrio físico, mental e moral da mulher. Desde este especulum, o que ia se revelando era uma representação centrada na tradicional divisão entre natureza e cultura e que remetia a mulher ao campo de uma linguagem a respeito de um ser biológico incapaz de transcender sua própria história.

O útero como seu órgão exclusivo torna-se o grande marcador da diferença e o grande condicionador do lugar social da mulher. Intimamente associado ao papel social de ser mãe, era confiado às mulheres, através desse órgão, a missão de gerar e de dar à luz. Ao mesmo tempo, ele era a expressão da tirania sobre as mulheres e sobre sua sexualidade porque comandava todo o seu corpo e suas emoções. (MARTINS, 2004).

## **A necessidade da maternidade**

Ainda se no século XIX começou-se a recorrer a outras experiências para as condições de vida da mulher e, se as relações foram se modificando e contradizendo, a definição dos papéis de mãe e esposa permaneceu fortemente arraigada, sendo retomada, em muitos momentos históricos e, para muitos contextos, no século XVIII; ainda se as mulheres comesçassem a fazer parte do número de trabalhadores empregados nas fábricas e se as mulheres das classes sociais mais altas mostrassem vontade de ter atividades fora do lar, a feminilidade e tudo o que a ameaçava permanecia sendo construída como um problema quando fora da maternidade. A educação às mulheres era restrita e o debate público, mesmo se permissivo ao casamento mais tardio, não se descolou das

ideias sobre a necessidade de maternidade para elas. Essas representações persistiram ao longo do século XX, mesmo com a entrada da contracepção. E o fato é que, pelo menos uma vez na vida, uma mulher devia ser mãe.

Ainda segue-se pensando que se deve ser mãe, e, se não o for nunca, de alguma maneira estará fora da representação. Em reprodução assistida este é um lugar de provocação, na medida em que estão imbricadas as questões de escolhas, de direitos e as práticas coercitivas. No que diz respeito à biomedicina, o útero, as diferenças entre os gametas e as representações, segue-se apontando a necessidade de maternidade como experiência fundante e imprescindível para uma mulher heterossexual, casada, que quer um filho. Também permanecem como marcadores da feminilidade e do lugar social da mulher, sobretudo da mulher em relação heterossexual.

O critério da sexualidade heteronormativa figura como fundador e mantém-se como base prioritária da intervenção biomédica. As representações compartilhadas pelos casais resultam de uma interpretação híbrida entre a ideia de que um filho é um pouco da genética de cada um, e uma obra de arte de ambos, como resultado de um processo de conjugalidade e seu projeto. O filho aparece entre casais heterossexuais por mim entrevistados, como um capital narcísico e emocional e como a possibilidade de transcendência sanguínea e cultural.

## **Filho: prova de amor mútuo**

Tanto no casamento heteronormativo quanto no homoafetivo, também aparece um desejo de que o filho complete um projeto de vida e que ele seja expressão de uma prova de amor mútuo. Porém, a ideia do instinto materno também é muito forte tanto para mulheres como para médicos, biólogos, embriologistas, geneticistas, técnicos de laboratório que entrevistei. E isso justifica as razões de muitas das intervenções biomédicas.

A ovodocção, embora possibilite melhores condições clínicas frente à idade avançada das mulheres, frente a não resposta ovariana, ou frente a uma enorme quantidade de problemas no pro-

cesso dos tratamentos. Reforça o valor da maternidade, acentuando sua essencialização na medida em que traz várias mulheres para a relação com a coleta, a preservação e a confecção de embriões.

Diferente é a perspectiva, na gravidez de substituição, mas ainda assim, trata-se do valor da maternidade. As tecnologias conceptivas são um campo de opções para as mulheres que escolhem a maternidade como um projeto de vida e que têm dificuldades, ou que a desejam para mais tarde em seu projeto pessoal ou conjugal. Concomitantemente, possibilitam o reforço cultural da ideia de que se eu não for mãe agora, o serei mais tarde. Se não der nesta relação vai dar na outra, se eu não puder ser com meus óvulos haverá uma doadora, ou um banco de óvulos.

Frente a este conjunto de práticas, intervenções e representações profundamente engajadas na ordem simbólica da mãe, será preciso coragem para dizer não, seguir com outros caminhos e encarar a maternidade como uma escolha pertencente ao campo da autonomia das decisões, da liberdade, do conhecimento e da ética de si.

### **IHU On-Line – Qual pode ser a ética fronteiriça entre estimulação ovariana para a reprodução assistida e a intervenção na sexualidade e na reprodução humana?**

**Marlene Tamanini** – Hoje, evidentemente que o nascimento de uma criança, neste contexto da reprodução assistida, não é um acontecimento do desejo sexual, ou do acaso no intercurso de uma relação sexual, desde onde se pode, ou não, ter troca de prazeres sexuais. Este processo está nos caminhos da clínica e do laboratório, e embora estas buscas sejam narradas como buscas dos caminhos do desejo e a espera, ou as expectativas e as respostas positivas sobre as gravidezes sejam intensamente celebradas, o desejo é por filhos que começam no laboratório. Começam nas provetas da fertilização in vitro, nas incubadoras para embriões, que são cuidados, alimentados, scaneados, biopsiados e estes fatos animam muitos empreendimentos em pesquisa também.

Evidentemente, este contexto impõe uma série de antigas e novas reflexões. Como aspectos preocupantes e fronteiriços talvez os mais importantes digam respeito a que se utiliza hoje, muita

doação de gametas porque esta prática está fora da relação sexual, e é controlada por procedimentos laboratoriais e clínicos que são também mercadológicos.

No momento em que ocorre a doação, não há como prever, imaginar ou antecipar sentimentos futuros, que poderão se colocar em um outro tempo da vida, considerando-se especialmente que a maior convocação à doação de gametas é dirigida aos jovens. Estes aderem como a uma causa considerada nobre, a de ajudar alguém. Esses/as doadores/as geralmente também não refletem muito a respeito de que esta não é uma doação de sangue e, portanto, faz um/a filho/a, e pode gerar processos de perfilhação, a depender da lei ou do país em questão. Dessa doação nascerá um novo ser humano com suas características genéticas.

Muitos afirmam que a genética está superada, e as clínicas utilizam este argumento para incrementar a doação, mas neste contexto exige-se que se coloque a pergunta: Por que tantos movimentos entre os nascidos do anonimato para saber sobre sua origem se a genética não conta? Seria porque esta cultura já está preparada para a multiparentalidade e revelar o doador não agride mais o pai?

Revelar a doadora não cinde as representações sobre a mãe? Isto porque elas estão focadas no parto e no dar a luz? Seguramente, no caso da mãe, estas representações têm muitos fundamentos, mas, no caso do pai, desestabiliza ainda mais os poucos existentes.

### **A questão do anonimato**

Por que em muitos países, não é o caso de outros, insiste-se tanto na regra do anonimato? É muito importante considerar que, ao contrário de uma barriga de substituição, ou de aluguel, as/os doadoras/es transmitem 50% da carga genética ao futuro bebê, e que, portanto, os requisitos na hora da seleção dos doadores devem ser rigorosos para as clínicas e seus especialistas, conforme me relataram. Mas penso que também deveriam ser mais bem discutidos os conteúdos da manutenção do anonimato.

Os especialistas me disseram, no caso de Barcelona (1) que as agências de doadoras contam com uma grande quantidade de perfis de todo tipo, assim como de múltiplas combinações inter-raciais para atender necessidades de diversos tipos de pessoas. Mas não falaram em momento algum que os participantes desses processos poderiam ser assumidos abertamente como coparticipantes, colaboradores, com funções diferentes da dos pais, e que se poderia considerar a multiparentalidade social e familiar, já que ela tem pressupostos fundados na troca de materiais genéticos, embora careça de reconhecimentos nas trocas sociais e legislativas. (THERY, 2009).

Eu diria que, para além disso, não estão sendo colocadas muitas questões sobre o futuro desses processos.

Quando perguntei a respeito da quebra do anonimato da doação, foram unânimes em dizer que o anonimato é uma condição de segurança em relação à filiação e ao futuro dessa relação no seio da família onde essa criança está nascendo. Perguntei se a doadora poderia reivindicar a maternidade, me disseram que toda mulher doadora assina um termo de compromisso de que não fará isso, não buscará saber onde foi parar o óvulo que doou.

O mesmo ocorre com o doador de sêmen. Essas mulheres entram nesta rede prestando um chamado serviço aos casais, ou às mulheres e/ou para homens em situações diversas. Elas fornecem diretamente materiais reprodutivos às clínicas, e estes materiais podem servir a outros fins, podem circular entre as clínicas também, e são vendidos em alguns países. De outro lado, em todos os casos, a relação que as doadoras estabelecem com este ato parece não estar inserida em representações sobre o seu próprio maternar, e sim dizem respeito ao maternar de outras. Dar algo de si, algo de que não precisam e ganhar algum dinheiro, conforme etnografia de Bestard e Orobitg, (2009).

### **Conflitos sobre as filiações no futuro**

Penso, porém, que para além dessas questões acima expostas, essas decisões sobre doar

gametas podem vir a se constituir em conflitos sobre as filiações no futuro, ou esta pessoa que doa na juventude pode vir a ser ela própria necessitada de recepção de gametas no futuro, em algum outro momento.

Nesse caso, a menos que se mude radicalmente a compreensão de família, e isso atinja muitas das esferas das percepções sociais, não se pode pensar que uma doação hoje, não tenha consequências amanhã. Sobretudo, se ocorrer que o nascido reivindique o direito a sua identidade genética, por exemplo, ou se o doador produzir alguma autorreflexão sobre seu caminho e suas novas necessidades, em outro momento da vida.

O anonimato, até o presente, tem sido utilizado como um importante sistema de reforço à doação de gametas, seja de óvulos seja de sêmen. Mas o fato é que, se as percepções de filiação não forem ampliadas para outros significados relativos aos vínculos de parentesco e com novos arranjos dos processos de filiação que contemplem vínculos sociais, afetivos, emocionais para além do fundamento biológico, ficará difícil resolver os conteúdos dos conflitos escondidos nos segredos.

Ainda, faz-se necessário considerar que a presença de um doador de espermatozoide esbarra em uma experiência de masculinidade do receptor, que é sexista, demasiado machista e que insiste em sua marca genética e que vive mal com a ideia da doação/recepção.

No caso brasileiro, nossas normativas são recomendações, generalistas demais; elas carecem de critérios mais específicos sobre a doação de gametas. Critérios que considerem melhor a exploração de doenças, um marco jurídico regulador da medicina que contemple com mais cuidado a doação de óvulos, seus conteúdos, o dinheiro, a gratuidade, as coações, as coerções, o engano, as mentiras e a finalidade.

Critérios de confidencialidade, de similitude fenotípica e imunológica entre a doadora e a receptora, o doador e o receptor. Não faltam dúvidas e suspeitas sobre os critérios de seleção do material, sobre quem faz, como se faz, em que circunstâncias se faz? Sob que pressões se faz? Quantos são os usos do mesmo gameta? Faltam registros nacionais, vigilância e controle. É preciso

estabelecer maior transparência sobre as formas de criopreservação e para que fins elas são realizadas: se são para a preservação da fertilidade, prevenção de esterilidade secundária em casos de doenças tais como câncer, quimioterapia, radioterapia, vasectomia, ausência da presença física do companheiro, ou outras práticas.

**IHU On-Line – Em que sentido a reprodução assistida se insere em uma biopolítica genereficada, altamente rentável, em conexão com os processos biotecnológicos e com a conformação entre desejo, ciência e tecnologias?**

**Marlene Tamanini** – A tecnologia funda-se na ideia sobre o quanto a natureza necessita de assistência. Ela pode ajudar a natureza a superar sua falha, isto é, a fazer o que ela não teria condições de fazer naturalmente. Este é um ponto central na mudança do significado cultural sobre a reprodução. Sua importância está na legitimação e na naturalização da assistência científica e tecnológica ao processo reprodutivo, preferencialmente heteronormativo.

Os problemas com a infecundidade são igualmente muito relevantes. Segundo informações da Organização Mundial da Saúde, havia, em 2006, de 60 a 80 milhões de casais inférteis pelo mundo. Hoje se fala de 70 a 80 milhões de casais. Vale ressaltar que em muitos países a infertilidade masculina superou a feminina. No Brasil estima-se que haja 2,5 mil (2) casais inférteis e que a infertilidade masculina esteja em torno de 1,2 milhões. Nos relatos encontrados em clínicas, 8% dos homens em idade reprodutiva procuram auxílio médico com queixa de infertilidade.

Em muitos sites de clínicas consultados por mim, e para uso neste texto, me reporto ao site da Sociedad Española de Fertilidad – SEF, como parte das fontes de dados coletados em 2010 e atualizados em 2012. A idade, o estresse, o álcool, a obesidade, o cigarro, os distúrbios emocionais são apontados como fatores que estão contribuindo para o aumento da incapacidade de conceber.

De outro lado, excluídos os fatores de interação externa ao corpo, a idade materna segue avançando e segue sendo apresentada com fre-

quência como um dos fatores epidemiológicos mais importantes. Combater estes fatores, por vezes, parece ser o mote assumido pelos especialistas.

**Um negócio internacional reprodutivo**

Outro aspecto a ressaltar é que se consolida um importante negócio internacional reprodutivo, não só visando as mulheres em conjugalidade heterossexual, mas também casais, homens, pais e mães homossexuais, solteiras/os, lésbicas e ou heterossexuais.

Estes dois últimos grupos compõem nos EUA em torno de 60% dos demandantes por práticas e materiais reprodutivos. Trata-se de um fenômeno que se ancora no anonimato, já que, com ele, pode-se manter a condição de compradores e consumidores. Permitem-se usar critérios ligados à aparência, ao nível educacional e à estabilidade emocional na seleção de material reprodutivo. Epidemiologicamente falando, somam-se critérios de faixa etária, que é estabelecida mais ou menos na mesma cronologia em todos os países. Seja entre 21 a 31 anos de idade, pode-se ser doador/a.

Este critério, idade cronológica, se junta à saúde comprovada, não uso de drogas, boa altura e livre de DSTs/HIV. Estudo realizado na Espanha, durante o ano de 2008 a 2009, percebeu que o perfil da mulher espanhola doadora de óvulo era de 27 anos, com nível de estudo médio e trabalhadora do setor de serviços. Solteira, com companheiro estável, sem filhos que tomava precauções na hora de manter relações sexuais.

Em geral, não bebiam álcool, nem consumiam drogas e baseavam seu gesto de doar em motivos altruístas, sobretudo em um sentimento de solidariedade. Normalmente tinham conhecidos com dificuldades para terem filhos, o que as motivava a doar óvulos; muitas já eram doadoras de sangue. Os homens tinham 29 anos, nível de estudo universitário, principal motivação era a econômica, solteiros, com companheira, sem filhos, usavam preservativos, não consumiam álcool nem drogas (3).

## Questões preocupantes

Na crítica a esta biomedicina formulada em várias esferas sociais, sobretudo entre aqueles/as que privilegiam a adoção frente aos desafios do controle e do estabelecimento de uma legislação, existem muitas questões preocupantes no que diz respeito à doação, recepção, preservação e circulação de gametas. Por exemplo, dos 675 bancos de esperma nos EUA, os doadores com graus mais elevados de material doado fazem mais dinheiro por doação, chegando até 500 dólares por ejaculação (4). Quem não tem curso superior recebe até 60 dólares. Dependendo da mobilidade do esperma e dos seus nadadores um doador pode fazer até 60 mil dólares durante dois anos que é o tempo máximo que as clínicas norte-americanas usam um doador.

A indústria em geral calcula 100 milhões anuais com a venda de esperma. Segundo a **ABC News** no final de 2005, EUA registrou os quatro bancos de esperma maiores do mundo e estes controlavam 65% do mercado global. Estes bancos usam critérios rigorosos de qualidade e de seleção de produtos e o FDA exige testes para a venda. Igualmente testa-se o histórico médico e da família em três gerações. De outro lado, a população americana é diversa e este é um fator propulsor porque possibilita o atendimento de mercados vários, também quase sempre se permite a opção pelo anonimato, o que faz com que outros países comprem dos americanos.

Por estes relatos e por outros conteúdos, a doação de sêmen, além de estar vinculada com o mercado, continua envolta em grandes desafios, como o é para a prevenção da fibrose cística.

Também o é para questões relativas às perguntas a respeito de um herdeiro biológico remoto que poderia querer uma declaração de paternidade contra um pai doador mais tarde, ou fazer reivindicações contra os ativos de patrimônio. Os tribunais americanos decidem estas questões em favor do melhor interesse da criança. Sobre como ter sido doador influencia-o mesmo quando ele decide ter sua própria família, seus filhos, e se essas crianças vão querer encontrar a tribo dos seus

meios-irmãos espalhados por aí é uma questão em aberto.

Para muitos doadores a tentação de saber o que a sua “loucura” produziu pode ser poderosa. Esta é uma indústria jovem e pode trazer dores no jogo do esperma. Estes problemas podem ser para a vida toda. O FDA não tem limites quanto ao número de descendentes que um doador possa ter, mas a maioria dos bancos diz que se limitam a 25 ou 30 crianças.

Existem evidências de que essas diretrizes podem ser frouxas e que um banco não tem maneiras de saber se um doador visitou várias clínicas ou vários bancos. Além disso, muitos indivíduos podem criar seu próprio negócio com doação gratuita. Em todo caso, o mapeamento genético pode fazer as coisas mais transparentes do que costumam ser, independentemente de quais sejam as regras do anonimato e de qual questão temporal, de quem sejam os doadores, os pais, e o que as crianças dos doadores e seus pais decidirem fazer com esta informação, que está ajudando a redefinir o conceito de família na aldeia global.

A tecnologia voltada à reprodução humana mudou significativamente nos últimos 15 anos. Essa tecnologia se expandiu e se reproduziu por meio de novos saberes, novas especialidades, novos protocolos, novas legislações, novos argumentos valorativos, novas práticas sociais sobre a família e a filiação, novas dinâmicas na idade reprodutiva, novas formas de obter materiais reprodutivos e de outros arranjos reprodutivos sociais e laboratoriais.

Desde esta dinâmica, não estou falando somente de casais, mas de técnicas, protocolos, saberes, materiais e embriões. De outra parte, são processos que também contam nas condições demográficas e políticas dos países, a quantidade de bebês nascidos destas tecnologias não é pequena. E as razões desses nascimentos, com esses processos de intervenção, estão conectadas com as práticas biopolíticas e bioeconômicas de como circulam materiais reprodutivos e maternidades. Também produzem relações com a economia, com os mercados, entre os países e suas legislações.

**IHU On-Line – O que os projetos de maternidade e paternidade propostos como felicidade para os casais e para o fazer modelos de família com filhos pode dizer sobre a cultura dos sujeitos contemporâneos?**

**Marlene Tamanini** – Esta pergunta exige pensar sobre uma série de conteúdos valorativos para as diferentes interfaces de um mesmo tema. Em primeiro lugar, devo dizer que indivíduos se engajam com aspectos da vida, ou no caso com as tecnologias reprodutivas, porque alimentam projetos e crenças. São indivíduos interessados e dispostos a dar uma nova ordem a sua vida, dentro de um rol de prioridades: ter bens e, em seguida ter filhos, quando os bens forem suficientes para tal.

Para estes indivíduos, sobretudo para estas mulheres, assumir uma reprodução assistida é buscar uma nova fonte de vitalidade e, em muitos casos, é a última tarefa importante que deverá ser cumprida para que a mulher se constitua como mulher e seu companheiro encontre seu lugar na relação. Isso é uma das tarefas importantes da razão pela qual o casamento existe neste contexto. Se este casamento não for fértil, muitas mulheres dizem que melhor seria buscar um filho do que um marido.

Em segundo lugar, devo ressaltar que estes indivíduos mulheres estão posicionados em uma relação umbilical com os mundos clínicos. E estes seguem demarcando experiências muito diferentes relativas ao corpo reprodutivo, sua temporalidade, seus processos de intervenção, de escolhas, de cuidados e de direitos. Muitas delas favorecem decisões biomédicas interventivas porque se conectam aos desejos. Terceiro, estes aspectos, cada vez que são apresentados na mídia, objetivam-se com os desejos e o imaginário sobre a vontade e as possibilidades que são vislumbradas pelos indivíduos, como sujeitos que são, de um exercício reflexivo de si, capaz de buscar informações e de recortar aquelas que mais lhes interessam, sem pesar necessariamente os riscos a respeito de suas decisões.

Esta atitude é mais fortemente encontrada nas mulheres quando se trata de fecundidade, reprodução e expectativas sobre filhos e tratamentos para tê-los. Isso se explica por que a

maternidade segue definindo-a, e a maternidade ocupa um lugar fundador do seu ser, que só desta maneira tem uma identidade reconhecida no cerne deste tipo de percepção. Esta se refere à ordem reprodutiva e, em reprodução assistida é a maternidade que a define, ainda que as circunstâncias atuais dos estudos tenham marcado importantes mudanças relativas à família e à sua organização. E ainda que as relações vinculadas à conjugalidade e ao parentesco se encontrem bastante mais inseridas nos valores democráticos da igualdade entre os sexos e, em muitas organizações sociais, políticas, econômicas, familiares, educacionais, de saúde, de direitos e de coparticipação na cidadania.

**IHU On-Line – Em que sentido podemos afirmar que fazer um filho nos diversos arranjos permitidos pela reprodução assistida significa produzir um remédio (o filho) para uma doença (a infertilidade) e para as muitas situações de anomalias sociais, pessoais, familiares?**

**Marlene Tamanini** – Este é um contexto de medicalização reprodutiva e, é por isso, que eu venho afirmando que filho é encarado como um remédio. Ele resolve parte dos estigmas a respeito da infertilidade ainda presentes. Faz corresponder às expectativas sociais em relação ao casamento fértil, estabelece redes de parentesco biológico e garante a classificação de uma mulher como mulher, sobretudo como hétero na ordem simbólica da mãe. Todo este esforço, desde a perspectiva de gênero, de onde eu falo, também se mostra paradoxal, na medida em que o interesse por gametas vem crescendo de maneira descolada do corpo reprodutivo.

Muitos são os estudos e as especialidades hoje que se voltam para os gametas, principalmente sobre o sêmen. Fala-se dele como um ser vivo por si mesmo. Diz-se dele como anda, como mexe, como têm falhas na cabeça, como tem uma cauda feia e pequena, que não se move, como é preguiçoso, como está parado, tem duas cabeças, é pequeno, cheio de vacúolos, é ruim, não existe ou é frágil. Costumo dizer que parece gente, este líquido.

São muitas as qualificações e, muito raramente, se procede, de fato, a uma abordagem sobre a infertilidade masculina, considerando seu sentido mais complexo, tal qual pode ser a trajetória afetiva, sexual e reprodutiva deste homem ao longo de sua vida. Se ele teve filhos, ou não, em outras relações, por exemplo. Isso poderia, em certas circunstâncias, indicar algo.

Essa situação não parece se apresentar assim focada no físico do gameta, no caso das mulheres. Seus óvulos são classificados como sendo dela, na qualidade de um sujeito portador de problemas. Seus óvulos são ruins, seu ovário não funciona, a culpa é de sua idade reprodutiva, é de seu estilo de vida, sempre voltado ao trabalho, e é por ter escolhido demais, por não ter buscado um casamento ou um companheiro mais cedo.

É de seu estresse ou de sua condição emocional, de sua incapacidade de viver com alguém. Ou, infelizmente, é considerada uma árvore sem frutos, sendo a responsável pelo infortúnio do marido que não pode ser pai. Elas estão sempre sob julgamento, inseridas no sistema de crenças e ritos como indivíduos morais. É sua índole, sua capacidade emocional, seu equilíbrio moral que está em questão, antes de suas células.

Ainda que do ponto de vista laboratorial sejam realizados muitos exames e que, literalmente, elas sejam viradas do avesso, com intervenções cirúrgicas e terapias hormonais, só são resgatadas moralmente quando mães. Assim, a maternidade é feita parte constitutiva de sua identidade, em um contexto, desde onde o entendimento de identidade é o de identificação, e desde este lugar as mulheres se subjetivam com este conteúdo, na ordem simbólica que compartilham muitas sociedades e grupos.

Frequentemente estas mulheres, passam a se sentirem doentes, se não forem mães. Penso, porém, que esta forma de identidade por identificação com a maternidade compulsória não deveria ser a norma, nem ser exercida sob coerção. A maternidade deveria ser parte de processos, de um campo de escolhas. Então, o sujeito mulher poderia escolher ou agir por subjetivação na norma, mas com a exata consciência de que outros caminhos são possíveis. E, neste caso, a escolha

se colocaria como uma inserção, e logo a subordinação cultural não seria sua força.

**IHU On-Line – A maternidade, como uma escolha pertencente ao campo da autonomia das decisões, da liberdade, do conhecimento e da ética de si das mulheres, ainda se coloca frente a atender a um processo de naturalização e essencialização, ou a ser uma escolha como parte de sua autonomia?**

**Marlene Tamanini** – Acredito que, em primeiro lugar, ainda será preciso encarar a maternidade como parte do trabalho da sociedade, tanto cultural como simbólico, metafórico e afetivo e colocá-la sob a ótica política, no sentido de que, com ela, a mulher exerce empoderamento. Esta posição poderia contribuir para desconstruir a insistência sobre uma determinada constituição do ser feminino e de sua compleição. Essa instância poderia estar fora da essencialização de uma vida e ocupando um lugar nas escolhas, nas possibilidades, mas nunca o da imposição.

Em segundo lugar, a reprodução assistida conta com dinâmicas da cultura e da sociedade em geral, com sistemas de representação, para envolver, seduzir, oferecer e permitir o tratamento de homens e de mulheres, embora ambos se encontrem em temporalidades e exigências culturais, relacionais e familiares muito diferentes. Assim, fazem-se necessárias pesquisas amplas e interdisciplinares para trazer à luz estas diferentes dinâmicas.

Terceiro, sobre a doação de óvulos, os problemas de saúde são em muitos países bem controlados durante todas as etapas até a coleta dos óvulos; mas isso não garante que essas mulheres não venham a ter algum problema mais tarde. Problemas causados pelos hormônios, ou de outra ordem. Essas questões são processos em aberto e sobre muitas delas nada sabemos. Portanto, é preciso pensar a respeito. Na América Latina, ainda aparece grande resistência à inseminação de mulheres solteiras e a família é pensada por referência ao pai.

As legislações não existem, e quando existem são pobremente informadas, ou são resoluções, como é o caso do Brasil. Elas contêm prin-

cípios generalistas e corporativistas. Existem hoje inúmeras práticas clínicas e tecnológicas; seus conteúdos, as disposições, a indicação de uso, as circunstâncias do uso, os processos de decisão sobre seu uso, seus riscos e suas consequências necessitam de legalização, visibilização e diálogo informado.

A sociedade precisa participar desta discussão e a interdisciplinaridade das perspectivas é fundamental. O conteúdo das práticas necessita de regramento, visibilidade, esclarecimentos e controles. Muitos conteúdos são desconhecidos do campo externo à medicina envolvida, e são em boa medida até negados, não são considerados como importantes, no sentido ético, pela sociedade. Esses aspectos acima trazem significativas dificuldades, tanto para os especialistas quanto para os usuários frente à tomada de decisões e às condições para fazê-lo. Reegrar as condutas biomédicas, amparar e esclarecer as decisões dos casais e das mulheres é uma necessidade, e esses conteúdos não podem seguir sendo tratados como casos isolados. Faz-se urgente uma legislação nacional.

## Referências

- ATLAN, Henry. *O útero artificial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 128 p
- BESTARD, Joan, OROBITG, Gemma. *Le paradoxe du Don anonyme. Signification des dons d'ovules dans les procréations médicalement assistées*. In: GENÉ Enric Porqueres I. (direction). *Défis contemporains de la parenté*. Paris: Éditions de L'École des hautes Études em Sciences Sociales. 2009. p. 277-301.
- IACUB, Marcela. *L'empire du ventre: pour une autre histoire de al maternité*. Paris: Fayard, 2004.
- MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino. A medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004
- ROHDEN, Fabiola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. RJ: Fiocruz, 2001.
- THERY, Irène. "El anonimato en las donaciones de engendramiento: filiación e identidad narrativa infantil en tiempos de descasamiento". *Revista de Antropologia Social*. Madrid: Universidad complutense de Madrid, v.18, p.21-42, 2009.
- WALDBY, Catherine. 'Oöcyte Markets: Women's Reproductive Work in Embryonic Stem Cell Research'. *Australia: University of Sydney, New Genetics and Society*, n. 2. v. 1, p. 19-31, 2008. Disponível em: <<http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713439262>>. Acesso em: 20 set. 2010.
- WALDBY, Catherine; COOPER, Melinda. *The female body and the stem cell industries*. *Feminist Theory*, University of Sydney, n. 11, v. 1, p. 3-22, 2010. Disponível em: <<http://www.sagepublications.com>>. Acesso em: 10 de jan 2011.

Por Graziela Wolfart



## O risco da biologização dos problemas sociais

*Entrevista Especial com Sandra Caponi*

Para Sandra Caponi, a postura de “curar” com medicamentos os comportamentos considerados indesejáveis representa uma perda imensa de reflexão sobre nossos problemas sociais

Na opinião da professora Sandra Caponi, muitos dos fatos sociais que são medicalizados fazem parte do que podemos chamar de sofrimentos cotidianos, do que seria próprio da condição humana: “nós sofremos, passamos pela condição de tristeza e isso é inevitável, lamentavelmente. Passamos por diversos lutos na vida, que pode ser o luto pela morte de uma pessoa querida, ou o luto por não conseguir trabalho. Cada uma dessas situações apresenta o seguinte desafio ético para cada um de nós: como vamos lidar com nosso próprio sofrimento? Pode ser de maneira isolada, ou criando laços sociais e redes de ajuda, ou consumindo medicamentos. Para a nossa modernidade, a opção privilegiada tem sido consumir medicamentos. Parece que, com eles, podemos sair de todas as situações de tristeza, dificuldades, ansiedade, estresse ou até dificuldades para concentração no trabalho. Às vezes, o medicamento é a última coisa que ajuda em um processo de construção da subjetividade, se estivermos falando de construção ética de si”. Na entrevista a seguir, concedida por telefone à **IHU On-Line**, Sandra percebe que a indústria farmacêutica entra nesse processo quando promete que vai resolver todos esses problemas com uma “bala mágica”, que seria o medicamento. “Assim, a pessoa não vai mais sofrer, nem se estressar, terá uma ótima concentração e não precisará mais refletir sobre o presente, nem mudar suas condições de vida. Apenas ingerir medicamentos”.

Formada em Filosofia na Universidad Nacional de Rosario (Argentina), Sandra Caponi é mestre e doutora em Lógica e Filosofia da Ciência pela Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Desde 1993 é professora no Departamento de Sociologia e Ciências Políticas da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Suas áreas de pesquisa são a Filosofia e a História da Medicina, tendo desenvolvido pesquisas, neste último caso, sobre a história da Clínica, da Psiquiatria, do Higienismo, da Microbiologia e da Medicina Tropical. Dentre seus livros publicados citamos *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada* (Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012).

Confira a entrevista

### **IHU On-Line – Quais os principais desafios envolvidos na medicalização da saúde mental em nossos dias?**

**Sandra Caponi** – Eu apontaria como um dos desafios a tentativa de começar a pensar na medicalização da saúde mental como um tema de saúde pública. O uso excessivo de medicamentos para problemas de saúde mental, que às vezes nem se manifestam como um problema, mas aparecem muitas vezes como um risco ou como um elemento preventivo para problemas futuros, pode vir a gerar problemas sérios de saúde pública. Um exemplo são os ansiolíticos, como o uso abusivo de um medicamento que se chama Rivotril. Existem grupos de ajuda a usuários de Rivotril, assim como existem grupos de ajuda aos alcoólatras. Já se comprovou, em vários casos, que existe o uso continuado, às vezes desnecessário, de um medicamento que provoca bastantes efei-

tos colaterais e que cria muita dependência, mas estão indicados para casos de ansiedade. Acontece que muitas situações de estresse, de pequenas ansiedades do nosso dia a dia, poderiam levar a indicar uma medicação. Mas acredito que, desse modo, se estaria contribuindo para a criação de uma dependência do medicamento de maneira desnecessária.

**IHU On-Line – Como podemos relacionar ética, saúde pública e indústria farmacêutica quando o assunto é a medicalização da vida?**

**Sandra Caponi** – Muitos desses fatos que são medicalizados fazem parte do que podemos chamar de sofrimentos cotidianos, do que seria próprio da condição humana: nós sofremos, passamos pela condição de tristeza e isso é inevitável, lamentavelmente. Passamos por diversos lutos na vida, que pode ser o luto pela morte de uma pessoa querida, ou o luto por não conseguir trabalho. Cada uma dessas situações apresenta o seguinte desafio ético para cada um de nós: como vamos lidar com nosso próprio sofrimento? Pode ser de maneira isolada, ou criando laços sociais e redes de ajuda, ou consumindo medicamentos. Para a nossa modernidade, a opção privilegiada tem sido consumir medicamentos. Parece que, com eles, podemos sair de todas as situações de tristeza, dificuldades, ansiedade, estresse ou até dificuldades para concentração no trabalho. Às vezes, o medicamento é a última coisa que ajuda em um processo de construção da subjetividade, se estivermos falando de construção ética de si. A aceitação do luto é algo que leva um tempo e, muitas vezes, esse tempo nós mesmos é que temos que estipular. Se isso se mede por um diagnóstico é muito provável que a pessoa seja medicada por um problema que poderia ser resolvido por si, com paciência, com tempo, com calma, criando estratégias éticas de cuidado.

Eu posso citar um exemplo pessoal, simples, que estou vivenciando, que é o luto. Minha mãe faleceu há 10 dias e muitas pessoas amigas me sugerem para tomar algum remédio que ajude a aplacar minha tristeza. Eu digo que estou triste sim, afinal era minha mãe. O que vou fazer? Tenho que elaborar esse luto da melhor forma

possível, porque ingerindo medicamentos não vou fazer com que minha mãe volte. Esse é um dos tantos problemas que enfrentamos no dia a dia. A indústria farmacêutica entra nesse processo quando ela promete que vai resolver todos esses problemas com uma “bala mágica”, que seria o medicamento. Assim, a pessoa não vai mais sofrer, nem se estressar, terá uma ótima concentração e não precisará mais refletir sobre o presente, nem mudar suas condições de vida. Apenas ingerir medicamentos.

**IHU On-Line – A partir de uma perspectiva histórica, o que pode ser dito sobre a medicalização dos sofrimentos e das anomalias comportamentais humanas?**

**Sandra Caponi** – Publiquei um livro que se chama Loucos e degenerados, no qual analiso o tema da medicalização do sofrimento desde o início da psiquiatria. Aqui, podemos pensar no tema retomando a história mais curta, mais recente, que é a história do DSM, que é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Hoje estamos utilizando o DSM IV-R (Revisado), onde estão todas as categorias, as classificações de diagnósticos de patologias mentais. Esse manual é utilizado por psiquiatras, médicos generalistas e é a partir dele que se fazem os diagnósticos das diversas patologias mentais. O DSM tem uma história que se inicia em 1952. E a história mais recente dos diagnósticos nos mostra que, durante os anos do pós-guerra até a década de 1950, os sofrimentos psíquicos eram pensados em termos éticos, subjetivos, pessoais, como algo que se tratava com o psicanalista e que se inseria em uma história de vida. O sofrimento psíquico era algo – como pensam os psicanalistas até hoje – sobre o qual se podia falar, que tinha significação na história do sujeito. Pouco a pouco o DSM foi adotando uma característica bem psiquiátrica. A partir de 1980, com o DSM III, aparecem análises que descartam totalmente tudo o que seria a escuta psicanalítica ou uma escuta mais atenta do sofrimento do indivíduo, para passar a ser um manual de diagnóstico de sintomas. O que interessa não é tanto como se insere esse sofrimento na vida do indivíduo, mas quais são os sintomas que aparecem. O que aconteceu nesse processo é que a história

do sujeito desapareceu. Não importa tanto o relato de como aconteceram as situações e nem por que elas estão produzindo o sofrimento, mas sim os sintomas. Para daí tratar com remédio. Esse diagnóstico que sairá então terá uma terapêutica quase sempre 100% farmacológica.

**IHU On-Line – Como os estudos sobre biopolítica da população de Foucault e Agamben e as reflexões de Canguilhem sobre as fronteiras difusas da normalidade podem contribuir para os debates contemporâneos a cerca da medicalização da saúde e da vida?**

**Sandra Caponi** – Foucault escreveu sobre sistemas da biopolítica no livro “História da Sexualidade I”, mas também em cursos que ele ministrou. A obra, mesmo que tenha sido escrita na década de 1970, é absolutamente atual e pertinente para pensar o que está acontecendo hoje. Todos esses processos de biologização de fatos e problemas sociais a partir do conceito de biopolítica em Foucault podem ser retomados para analisar questões de explicações genéticas atuais da criminalidade ou da sexualidade. Muitos casos que temos trabalhado, por exemplo, de assédio moral no trabalho ou de violência familiar e doméstica, que muitas vezes são problemas sociais reais, acabam sendo tratados como problemas neuroquímicos. Tanto Foucault quanto as reflexões de Agamben são atuais e importantes e trazem uma grade analítica muito rica para o presente. E é praticamente impossível deixar de situar Foucault no mesmo espaço de discurso que Canguilhem abre com a discussão sobre normalidade e patologia, os limites difusos entre uma e outra e como se estabelecem o normal e o patológico. É nessa matriz que Foucault vai trabalhar e criar todas suas reflexões sobre o nascimento da clínica, do hospital, da psiquiatria e do poder psiquiátrico.

**IHU On-Line – Quais as principais dificuldades implícitas na multiplicação e proliferação de novos diagnósticos psiquiátricos? O que representa, do ponto de vista social e cultural, a postura de “curar” com medicamentos os comportamentos considerados indesejáveis?**

**Sandra Caponi** – O que representa é uma perda imensa de reflexão sobre nossos problemas sociais. A primeira coisa que acontece é que os laços sociais clássicos, que tendem a reivindicar direitos, vão desaparecendo conforme surgem esses medicamentos, essas “balas mágicas” que prometem solução para todos os problemas. Como no caso do déficit de atenção com hiperatividade, que muitas vezes tem a ver com uma estrutura educativa que está falida, que não é pensada, com aulas muito numerosas, falta de preparação dos professores, enfim, e que acabam sendo pensados como se fossem uma falha de neurotransmissor da criança. Esse é um tipo de problema que exigiria intervenções sociais claras, mudar as relações sociais dentro da sala de aula, mudar as relações laborais, os vínculos de trabalho. A lista de diagnósticos de problemas mentais vem aumentando desde 1980 de maneira alarmante. A cada novo DSM é cada vez maior o número de patologias, de diagnósticos que aparecem. São muitas vezes problemas sociais pensados nessa perspectiva biológica.

**IHU On-Line – O que caracteriza o discurso da mídia no processo de medicalização da vida?**

**Sandra Caponi** – Há uma espécie de hiperinformação, que está vinculada a todos estes temas, que de alguma maneira muitas vezes tem a ver com a publicidade da própria indústria farmacêutica. É muito simples assistir na TV ou no jornal e nas revistas uma quantidade de notas em que se fala sobre uma nova patologia, sobre um novo medicamento, sobre formas de prevenção – e, para isso, utilizar medicamentos –, sobre a importância de tratar precocemente alguma indicação de uma futura patologia que virá. Todos esses são alarmes que passam pela mídia e fazem com que se banalizem e entrem no diálogo do dia a dia essas discussões que são técnicas e complexas. O que quero deixar claro é que, apesar de todas as críticas que fiz até então, precisamos ter em conta que existem pessoas que têm, de fato, depressão e outros distúrbios mentais. É claro que existem pessoas que sofrem com essas doenças e que precisam de medicamentos. Só que se banalizaram os diagnósticos, porque aparecem na mídia como

se fosse um creme para as rugas, como se todos tivessem que consumir esses medicamentos. O que não quero de forma alguma é negar que exista sofrimento ou que existam pessoas que padecem dessas patologias. Simplesmente meu trabalho é analisar como essas classificações foram construídas, se realmente são epistemologicamente sólidas as bases que possibilitam as diferentes classificações e qual é o papel que a indústria farmacêutica opera nelas. O que existe é um abuso, um excesso de diagnósticos para problemas que não constituem patologias.

**IHU On-Line – Pensando na mídia e na exposição de uma celebridade como Angelina Jolie, qual sua opinião sobre a decisão**

**dela, de retirar as mamas apenas tendo em conta uma projeção de uma possibilidade de, no futuro, desenvolver um câncer de mama?**

**Sandra Caponi** – Considerando que ela não tenha nenhum nódulo e tomou essa decisão apenas por uma análise genética, vejo isso como um ato completamente delirante. Não existe uma análise genética que pode dizer o que vai acontecer com cada um de nós no futuro. Não é possível saber isso com exatidão, porque existe toda uma interação entre nossos dados genéticos com o meio ambiente, o que fazemos, nossa vida, que faz com que o que aparece como uma pré-disposição se manifeste ou não. Isso é uma loucura, sinceramente. É algo muito radical.

## A medicalização como um anúncio da qualidade de vida

Por: Graziela Wolfart

“Criar a doença e o tratamento é uma invenção genial para uma sociedade que se sustenta na contínua produção de novas necessidades, que rapidamente entrarão no circuito do consumo”, comenta Fábio Alexandre Moraes

“A saúde tornou-se um bem de consumo, todavia, na perspectiva da doença. É a medicalização que anuncia a qualidade de vida”. A afirmação vem do professor e psicólogo Fábio Alexandre Moraes, na entrevista que concedeu por e-mail à **IHU On-Line**. A seu ver, a psicopatologia nunca é do sujeito em sofrimento, ela é do profissional que escuta. “Inventamos a psicopatologia tanto quanto inventamos a ideia de um determinado sujeito que a porta. Mas se vamos parar para efetivamente ouvi-lo (o seu discurso), e se ele ainda não estiver capturado pelo discurso do profissional, que circula por outros espaços, como na mídia, por exemplo, vamos perceber que distância essas coisas tomam”. Para Fábio, “formas de adoecimento e psicopatologia nada mais são do que discursos, e hoje, discursos do mercado, discursos da saúde como mercadoria”. No fundo, continua, “acalentamos o desejo da vida eterna e, principalmente, evitar o sofrimento e, como diria Freud, o mal-estar”.

Fábio Alexandre Moraes é psicólogo graduado pela Unisinos e especialista em Saúde Mental, pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, e em Psicologia Clínica. cursou mestrado em Psicologia Social e Institucional na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS com a dissertação *Abrindo a porta da casa dos loucos* (ou: para ativar a potência dos fluxos). Atualmente leciona na Unisinos e atua na área de saúde mental na Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo.

Confira a entrevista.

**IHU On-Line – Na última entrevista que nos concedeu, o senhor afirmou que “a sociedade capitalista e seu modelo de trabalho criam as condições para a doença mental”. Qual a contribuição que a mesma sociedade capitalista oferece ao processo de medicalização da saúde, principalmente pensando na saúde mental?**

**Fábio Alexandre Moraes** – Antes de responder, gostaria de frisar que o meu ponto de vista é crítico. O que não significa dizer que desvalorizo os avanços tecnológicos. Nem me coloco na insustentável resistência a eles. Entretanto, uma passiva aceitação do que o contemporâneo nos impõe, porque é “melhor” ou porque significaria “progresso”, não me agrada. É da índole do institucionalismo, perspectiva que tomo para respondê-la, desnaturalizar o que aos olhos da maioria seria natural, como nos ensina Gregório Barenblitt. Dito isso, vamos à resposta da pergunta. Penso que existe uma relação direta. Afinal, como me referi na entrevista anterior, a sociedade contemporânea, organizada como está, cria as condições para o sofrimento ou, como aponta o psicanalista Benilton Bezerra, produz novas formas de sofrimento. Logo, nada mais óbvio que também surgissem as condições para a produção das tecnologias que vão dar conta dessas patologias.

Criar a doença e o tratamento é uma invenção genial para uma sociedade que se sustenta na contínua produção de novas necessidades, que rapidamente entrarão no circuito do consumo. Nada mais propício para o consumo e ampliação dos lucros. Você já observou como funcionam os

“representantes dos laboratórios” na abordagem dos médicos? Com bastante frequência os vemos nas salas de espera dos consultórios e, mesmo sem permissão, nas unidades de saúde pública. Todos vestidos de forma muito parecida, sóbrios como recomenda a situação, com suas malas grandes e pretas, tendo no seu interior as últimas novidades da indústria farmacêutica. Intuímos que não são os médicos que, através das boas práticas clínicas e dos seus criteriosos estudos dos últimos artigos científicos, solicitam, mediante necessidades técnicas, os novos medicamentos. Esses representantes anunciam quais são os melhores remédios, os “de última geração”, explicam de forma objetiva os efeitos colaterais e, mesmo o médico dizendo que precisaria buscar informações mais criteriosas, rapidamente se vê diante de uma dezena de “amostras grátis” e, quem sabe, um convite para um seminário em Salvador, com as despesas pagas. Pronto! Quem resiste experimentar as novas maravilhas farmacológicas? E, mais adiante, a insistência, agora dos médicos, para incluir essas novas “descobertas” na lista do Rename (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais). Assim, a “novidade” passa a ser um “direito” do usuário-consumidor, que será paga com dinheiro público, obviamente. Tudo isso, até sabermos que aquela medicação não era tão boa assim, nem os estudos foram tão conclusivos. Agora, neste exato momento que conversamos, já tem outra medicação sendo apresentada pelos “representantes”, com suas malas milagrosas. O milagre mesmo, com certeza, é o lucro estratosférico dos laboratórios.

### **Produção de doença x terapêuticas x capitalismo: relação direta**

Então, pergunto como não haveria uma relação direta (contribuição) entre produção de doença, de terapêuticas e o capitalismo? É a mesma lógica, válida para qualquer outro produto. A saúde tornou-se um bem de consumo, todavia, na perspectiva da doença. É a medicalização que anuncia a qualidade de vida.

Penso que no campo da saúde mental esta questão fica mais evidenciada. Há muito tempo

que a psiquiatria, como instituição (necessariamente não me refiro aos psiquiatras, considerando que muitos compartilham dessas críticas), buscava o seu ingresso na medicina. Pode parecer estranho dizer isto, mas a psiquiatria foi a “filha enjeitada” da medicina, mesmo se considerarmos que ela sempre tomou a dianteira na organização da medicina como área de conhecimento, ou seja, no seu processo de institucionalização. Talvez até por isso mesmo, sem a “base científica”, que fosse se ocupar da institucionalização das práticas médicas. Esses argumentos podem ser encontrados nas análises de Foucault e em Jurandir Freire Costa, quando fala da psiquiatria brasileira. Assim, no momento em que temos um “boom” das neurociências e da psiquiatria biológica, a psiquiatria sente-se à vontade para abandonar a psicanálise, a fenomenologia e outras linhas teóricas e práticas que a sustentavam. Agora, ela faz parte da medicina. Têm instrumentos de avaliação e, o mais importante, um cabedal de medicações que lhe dão o status necessário para ser tomada como prática médica, exclusivamente médica. Agora, a psiquiatria também pode receber os “representantes e suas malas”, para o comércio da doença, dos diagnósticos e das terapêuticas. Há tempo, como diz um psiquiatra que conheço, não precisamos mais conversar tanto. Ouvem-se as queixas, organizamos os sintomas, etiquetamos e prescrevemos.

### **IHU On-Line – Qual o papel da sociedade capitalista em desenvolver as formas de adoecimento e as possibilidades de reconhecimento através da psicopatologia?**

**Fábio Alexandre Moraes** – Não conseguiria seguir por outro caminho que não por aquele que abri na resposta anterior. Ou seja, manter a análise na perspectiva institucionalista. Para tanto, demarco duas dimensões institucionais absolutamente atravessadas uma na outra. Visando maior clareza, vou transformá-las em questões: 1<sup>a</sup>) Como compreendemos o adoecimento? 2<sup>a</sup>) Como cristalizamos todas as possibilidades de compreendê-lo num conhecimento instituído como válido? Pense na transformação que Freud operou quando deixou de procurar as causas do adoecimento no cadáver, ou compreender a

doença, e passou a ouvir o sujeito vivo, ouvir sua história. Este movimento produziu outra maneira de se pensar a doença, o doente e as condições determinantes. É assim que compreendo e tento responder a questão: há condições objetivas, históricas, sociais e econômicas que nos dão as possibilidades de determinadas leituras, inclusive sobre o que compreendemos por psicopatologia. A psicopatologia nunca é do sujeito em sofrimento, ela é do profissional que escuta. Inventamos a psicopatologia tanto quanto inventamos a ideia de um determinado sujeito que a porta. Mas se vamos parar para efetivamente ouvi-lo (o seu discurso), e se ele ainda não estiver capturado pelo discurso do profissional, que circula por outros espaços, como na mídia, por exemplo, vamos perceber que distância essas coisas tomam.

Então, uma ideia me ocorre para sintetizar a resposta, e não é original, porque vem da tradição foucaultiana, quando nos ensina que “cada formação histórica vê e faz ver em função de suas condições de visibilidade, da mesma forma que ela diz tudo o que ela pode, em função de suas condições de enunciação”. Concluindo, “formas de adoecimento” e “psicopatologia” nada mais são do que discursos, e hoje, discursos do mercado, discursos da saúde como mercadoria.

### **IHU On-Line – Quais são os distúrbios físicos e mentais provocados pelo trabalho que são mais comuns de serem tratados com medicamentos?**

**Fábio Alexandre Moraes** – Infelizmente todos acabam sendo medicados, ou medicalizados. Qual a diferença? No primeiro caso trata-se do médico prescrevendo objetivamente uma medicação; no segundo, são todas as outras tecnologias, incluindo as tecnologias leves (relacionais), como diria Merhy, que também pode assumir a função individualizante dos medicamentos. Como? Bem, se o trabalho adocece, a mudança deveria ocorrer neste nível, o da organização ou dos processos de trabalho. Tratando o trabalhador e não o processo, estamos medicalizando as relações de trabalho. Percebe que nem precisa ser médico, basta olharmos para o “problema” e isolarmos ele das suas causas e contexto. Quantas vezes fazemos a pergunta, ao identificar significa-

tivos índices de adoecimento pelo trabalho: que condições estarão produzindo isto? Normalmente olhamos em direção do trabalhador e identificamos nele a desadaptação ou mesmo a “fraqueza”. Em seguida, demissão. Raramente vemos o processo de trabalho, a não ser quando é para aperfeiçoá-lo em direção ao aumento da produtividade. O sujeito raramente é a questão.

### **IHU On-Line – Qual sua opinião sobre o uso abusivo de psicofármacos contra os males da cultura contemporânea, aqui citando a busca de longevidade e a redução/controlar os processos de envelhecimento?**

**Fábio Alexandre Moraes** – Coincidentemente estou orientando um trabalho de conclusão de curso que trata deste tema. O título do trabalho é “Modos de envelhecer no contemporâneo”. Como o título indica, a proposta do trabalho foi a de cartografar os atuais modos de envelhecer, tentando localizar os movimentos instituintes, ou seja, onde é possível identificar a potência do velho, pela diferença, e não a resposta pronta que vai ao encontro das exigências como se jovem fosse. O texto da aluna procura fazer isto desde os eufemismos que muitas vezes impedem a velhice de se colocar como velhice, seja pela “terceira idade”, “melhor idade”, “idoso” ou mesmo a simples negação de que há um momento da vida em que temos que lidar com questões difíceis para o sujeito humano contemporâneo, que são o horror ao declínio físico, a doença e ao ter que se deparar com a morte. Então observamos, mais uma vez, a tecnologia anunciando os seus milagres, seja pela via da medicação (Viagra seria um bom exemplo), pela indústria da beleza ou das tecnologias que prometem o prolongamento da vida, através de intervenções cada vez mais sofisticadas. No fundo, acalentamos o desejo da vida eterna e, principalmente, evitar o sofrimento e, como diria Freud, o mal-estar. Entretanto, o mesmo Freud nos alertou: o mal-estar é constitutivo do ser humano, o que podemos fazer é a sua gestão.

### **IHU On-Line – Que relações podemos estabelecer entre a medicalização e a ideia de “felicidade” transmitida pela sociedade do consumo?**

**Fábio Alexandre Moraes** – A primeira ideia que me ocorre é justamente a que se origina da questão anterior. A sociedade de consumo nos promete a felicidade. Algum tempo atrás tive o trabalho de identificar e depois recortar para a confecção de um painel (que utilizo em aula) todas as matérias publicadas num intervalo de seis meses, numa única revista de tiragem nacional, sobre os avanços no campo da saúde, trabalho, lazer e beleza; considerando que esses campos têm afinidades e muitas vezes se confundem. Fiquei impressionado e destaquei duas questões que sintetizam o meu espanto: 1) em todas as semanas foram anunciados avanços tecnológicos que prometiam a total felicidade humana, subjugando a dor, a impotência e a infelicidade; 2) por envolver tecnologia e patentes, teremos que, num futuro próximo, pagar para que alguém nos forneça o produto ou o serviço prometido. Cada vez mais somos livres, entretanto, como nos ajuda a pensar Bezerra, mais uma vez, somos dependentes não mais do sacerdote, dos pais, da sabedoria dos avôs, mas dos especialistas. Delegamos poder para quem não conhecemos, para tecnologias e pesquisas que não temos a menor noção de quais os interesses que estão em jogo. A maioria acredita que é para a “felicidade humana e o progresso da civilização”. Penso que nós não temos o direito de ter tamanha ingenuidade.

**IHU On-Line – Gostaria de acrescentar mais algum comentário sobre o tema?**

**Fábio Alexandre Moraes** – Para terminar, só vou fazer uma pequena referência a um fato ocor-

rido recentemente e que me parece um excelente analisador do que vimos discutindo. Chamaria, como a própria mídia vem fazendo, o caso Angelina Jolie. Quando fiz aquele levantamento das matérias publicadas às quais me referi acima, este assunto foi tratado. Lembro que a matéria, trazida de uma publicação americana, levava o título de “Decisão Radical”. Também lembro que, ao ver isto no painel, os alunos em aula ficaram impressionados e se produziu uma excelente discussão. Na verdade deu o pano de fundo para o tema do desemprego humano. E, de tudo que foi falado, ficou uma ideia que achei absolutamente definitiva: não suportamos mais não saber e não ter ideia do que poderá nos acontecer no futuro. Desejamos controlar tudo, nossa vida e nosso destino. Bem, se há a menor possibilidade de evitar o câncer de mama, bem, que retiremos as mamas. Mesmo assim, continuamos desempregados. Parece que a Angelina teria 80% de chance de desenvolver um câncer, por conta de um gene que a predisporia ao desenvolvimento da doença. Podemos compreender a sua justificativa. Entretanto, parece que também temos uma grande chance de sermos atropelados ao atravessar uma rua. Então, não vamos mais sair de casa por conta deste risco. E as nossas chances de decepção no amor? Sim, vamos evitá-las também, basta deixar de amar. Além do medo, a “decisão” de Angelina, sob o meu ponto de vista, guarda uma pitada de arrogância. Além de matar o presente em função do futuro. Matar o devir, diria Deleuze.

*Por: Graziela Wolfart*



## O filtro da medicalização para a produção da subjetividade

*Entrevista Especial com Ricardo Teixeira*

Para Ricardo Teixeira, o tema da medicalização participa na produção dos nossos modos de viver de múltiplas formas.

“Produzir subjetividade é produzir um modo de afetar e ser afetado pelos fatos da vida. A subjetividade define, entre outras coisas, a maneira como eu percebo as coisas, o mundo, me percebo, auto-analiso as situações em que meu corpo se insere. E nesses fatos, a medicalização entra como uma espécie de filtro produzido a partir dos agenciamentos que esse corpo e essa subjetividade integram, que passa a perceber o mundo e agir nele segundo uma lógica ‘imposta’ pelo filtro da medicalização. E aqui medicalização seria todos esses elementos que entram nos agenciamentos de produção de subjetividade, isto é, de produção de si e do mundo, e que acabam mediando a relação com o mundo a partir de uma lógica médico-centrada”. A análise é do professor Ricardo Teixeira, na entrevista que concedeu por telefone à **IHU On-Line**. Ele deixa claro, no entanto, que a questão da medicalização abordada não envolve apenas a figura do médico, “mas o olhar advindo da centralidade que um certo saber médico sobre a vida tem na cultura contemporânea”.

Ricardo é professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP. Desde 1989 atua como médico sanitário da USP, desenvolvendo atividades de assistência, docência e pesquisa junto ao Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa (Butantã). Desde 2007, é consultor da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, coordenando, desde 2008, a Rede HumanizaSUS.

O professor esteve na Unisinos no último dia 14 de maio para falar sobre o tema “Agenciamentos tecnossemiológicos na produção da subjetividade em saúde”, durante a programação do I Seminário que antecede e prepara o XIV Simpósio Internacional IHU – Revoluções Tecnocientíficas, Culturas, Indivíduos e Sociedades – A modelagem da vida, do conhecimento e dos processos produtivos na tecnociência contemporânea, que ocorrerá de 21 a 24 de outubro de 2014, na Unisinos. Leia uma nota sobre a palestra dele, disponível aqui.

Confira a entrevista.

### **IHU On-Line – Como a medicalização interfere na subjetividade dos indivíduos de modo geral?**

**Ricardo Teixeira** – O tema da medicalização diz respeito às múltiplas formas como os saberes e práticas médicas participam da produção dos nossos modos de viver. Produzir subjetividade é produzir um modo de afetar e ser afetado pelos fatos da vida. A subjetividade define, entre outras coisas, a maneira como eu percebo as coisas, o mundo, me percebo, autoanaliso as situações em que meu corpo se insere. E nesses fatos, a medicalização entra como uma espécie de filtro produzido a partir dos agenciamentos que esse corpo e essa subjetividade integram, que passa a perceber o mundo e agir nele segundo uma lógica “imposta” pelo filtro da medicalização. E aqui medicalização seria o que conhecemos como todos esses elementos que entram nos agenciamentos de produção de subjetividade, isto é, de produção de si e do mundo, e que acabam mediando a relação com o mundo a partir de uma

lógica médico-centrada. Gostaria de deixar claro que a questão da medicalização não envolve apenas e necessariamente a centralização na figura do médico, mas o olhar advindo da centralidade que um certo saber médico sobre a vida tem na cultura contemporânea.

**IHU On-Line – Pensando em soluções para os problemas de saúde, como seria a proposta de uma inteligência coletiva e uma horizontalização das relações?**

**Ricardo Teixeira** – Colocar os problemas da saúde sob a ótica da inteligência coletiva significa admitir que eles convocam uma inteligência distribuída, no sentido de que são desafios não para apenas conhecimentos produzidos por um ou alguns, mas que imediatamente convocam uma resposta no plano da ação coletiva. Os problemas de saúde não prescindem de um saber e uma inteligência médica. Mas outra coisa é achar que eles estejam subordinados a uma lógica estritamente médica. O tema da horizontalização implica afirmar que, no campo dos desafios da saúde, não há a priori um saber que seja mais valioso do que os demais. É desse tipo de horizontalização que estamos falando.

A horizontalização confronta o tema da hierarquia do saber. A abordagem da inteligência coletiva não nega a hierarquia do saber. O que ela confronta é uma hierarquia a priori do saber, de que existiriam saberes mais valiosos do que outros a priori. Para a inteligência coletiva, o ponto de partida são os problemas a serem enfrentados. E é o problema que define, a cada vez, de forma intensamente contextual, qual é o saber mais importante naquela situação. Nem sempre em todas as situações de saúde o saber médico será hierarquicamente superior, do mesmo modo que em outra situação ele poderá ser. Não significa negar a hierarquia do conhecimento, mas afirmar que ela é intensamente contextual, ela se afirma perante os problemas concretos que se apresentam.

**IHU On-Line – Como o senhor define o relacionamento entre os profissionais da saúde e seus pacientes dentro da lógica da medicalização da saúde e da vida?**

**Ricardo Teixeira** – No encontro paciente/trabalhador da saúde esse mesmo tema da hierarquização pode se recolocar. O usuário ou paciente não é alguém destituído de saberes sobre questões de saúde. E o profissional de saúde, seja ele qual for, também possui um saber. É claro que na relação paciente/trabalhador da saúde essa questão tende a se apresentar, num certo sentido, a priori hierarquizada. No sentido de que há uma parte que procura o auxílio da outra parte, supondo, portanto, que seu saber é insuficiente para lidar com a adversidade que está enfrentando. Digamos que ao procurar ajuda, o paciente tem uma expectativa de que o saber do outro seja hierarquicamente superior ao seu. No entanto, não podemos esquecer que o paciente, até o fim desse processo, é portador de um conhecimento que só ele pode ter. Esse é um tipo de conhecimento que não está formalizado no plano da cognição, plano onde ela [a cognição] é separada dos afetos, de um conhecimento intensamente afetivo a respeito da sua própria situação. Mas quem detém o critério, o valor último de todo o conhecimento que será mobilizado nessa relação, é o paciente. Essa é a riqueza da clínica. O saber médico se formaliza muitas vezes no laboratório, na banca científica. Quando um patologista, no laboratório, examina um tecido e diz que ali há uma lesão, que é uma patologia, a rigor, não há nada no que ele está vendo que diga para ele, em si mesmo, que aquilo é patológico. Ele só pode falar que algo é patológico porque algum clínico que teve contato com o paciente, na beira do leito ou no ambulatório, disse para ele que alguém que é o dono daquele tecido sofria. Este conhecimento que informa que aquele tecido é patológico vem de um paciente que sabe que sofre. Que esse conhecimento permaneça sempre hierarquicamente superior na relação paciente/trabalhador da saúde, pode funcionar como um pequeno “antídoto” contra a medicalização.

**IHU On-Line – Qual a inspiração que a obra Ética, de Baruch Spinoza, pode oferecer aos desafios que se apresentam à sociedade medicalizada em excesso?**

**Ricardo Teixeira** – Spinoza é exatamente isso. Para ele, uma ideia é um afeto; um afeto é uma

ideia. Já de cara precisamos retomar sua teoria do conhecimento do que é um corpo que conhece, que não vai tratar o conhecimento e a própria razão como um fato cerebral, mas como um conhecimento que é do corpo. Na teoria de Spinoza, não se pode dissociar o pensamento do corpo, pois são dois atributos de uma mesma e única coisa. Nesse sentido, Spinoza é o anti-Descartes, pois põe em questão a separação corpo e mente. E essa indissociabilidade se expressa no ponto de vista de que não há uma ideia no pensamento que não seja, ao mesmo tempo, imediata e simultaneamente, uma afecção e um afeto do corpo, que não seja experiência da variação da potência (para mais ou para menos) desse corpo.

**IHU On-Line – Com a modificação dos corpos feita pela técnica e pelos remédios, podemos dizer que eles ainda continuam a constituir um corpo próprio?**

**Ricardo Teixeira** – O nosso corpo nos pertence? Entramos em agenciamentos coletivos e vários deles são partes de estratégias de governo de nossa própria vida. A ideia de produzirmos um

corpo cada vez mais livre, ou seja, a ideia de podermos cada vez mais entrar na posse da potência que é nosso corpo, é propriamente uma temática spinozana. Da mesma forma Spinoza questionou a problemática filosófica do livre arbítrio. Como esse corpo completamente governado pelo que está “fora”, pelo que não lhe pertence, poderia ser livre e fazer escolhas livres? Para Spinoza, achamos que nossas escolhas são livres porque somos conscientes que escolhemos, ainda que ignoremos o que causa nossas escolhas e a causa delas muitas vezes está no tipo de agenciamento que nosso corpo entra e participa. E Spinoza vai dizer que o único ser inteiramente livre seria Deus, porque só Ele não poderia ser determinado por nada que venha de fora, porque não haveria um “fora” de Deus. Já para todos os corpos que têm uma existência finita e limitada só poderíamos esperar alcançar um grau “proporcionalmente” maior de liberdade. Todas as técnicas que se acoplam ao nosso corpo deveriam, em termos spinozanos, ser arguidas dessa perspectiva.

*Por: Graziela Wolfart*

## **Imbricações entre as tecnologias de reprodução assistida e a cultura da maternidade**

*Entrevista Especial com Marlene Tamanini*

A Pesquisadora Marlene Tamanini participa do IHU Ideias e fará palestra no Instituto Humanitas Unisinos – IHU na quinta-feira

“Tomar maternidade como parte do trabalho da sociedade, tanto cultural como simbólico, metafórico, afetivo e político, poderia contribuir para desconstruir a insistência sobre uma determinada constituição do ser feminino e de sua compleição. Essa instância poderia estar fora da essencialização de uma vida, e ocupando um lugar nas escolhas como possibilidades, nunca o lugar da imposição”, avalia Marlene Tamanini, pesquisadora e doutora em sociologia da Universidade Federal do Paraná. Na próxima quinta-feira, 04-04-2013, a pesquisadora realizará uma palestra na Sala Ignacio Ellacuría e Companheiros, no IHU, abordando o tema das implicações tecnológicas relacionadas à reprodução assistida e seus impactos sociais, sobretudo relacionado à questão de gênero. Marlene Tamanini é professora na Universidade Federal do Paraná – UFPR – e foca seus estudos nas abordagens de gênero. Realizou doutorado no Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas – DICH pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003) e doutorado sanduíche no Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS/França em 2003). É autora dos livros *Reprodução assistida e gênero: o olhar das ciências humanas* e *Livro didático da disciplina de Sociologia* (Florianópolis: UFSC/Sc, 2009).

Confira a entrevista.

**IHU On-Line – Como interagem a tecnologia da reprodução assistida e a cultura da**

**maternidade como condição da felicidade feminina e da família?**

**Marlene Tamanini** – As tecnologias da reprodução humana deslocaram suas representações dos seus campos primeiros nas décadas de 1980 e 1990. Neles eram focados aspectos que falavam de estimulação ovariana com protocolos, dito simples. Falava-se em inseminação artificial, bebês de proveta e raramente se apontava para a fertilização in vitro, ou para o diagnóstico preimplantacional, já utilizado neste contexto. Havia muitas reservas sobre estas práticas, sobretudo da parte do movimento feminista, que era contrário à medicalização dos corpos das mulheres. A discussão a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos era bastante focada nos danos do uso dos hormônios e na separação entre sexo e reprodução, tanto para o campo dos direitos considerando-se a contracepção como para a pergunta a respeito de qual poderia ser a ética fronteira entre estimulação ovariana e a intervenção na sexualidade e na reprodução humana. Este discurso perdurou e perdura em muitos espaços. Nesse contexto demarcaram-se estudos importantes também sobre riscos para bebês e forjaram-se duas tensões entre as posições feministas: uma a de que as novas tecnologias conceptivas excluía as mulheres sozinhas, lésbicas, transexuais e homossexuais e promoviam a família nuclear heterossexual como modelo ideal de ambiente para uma criança; a outra era a que entendia essas tecnologias como possuidoras de um caráter demasiado experimental em suas intervenções sobre os corpos das mulheres e sobre o que podem significar para a sua

saúde e dos seus bebês. Hoje a alta complexidade dos procedimentos não diz respeito somente aos hormônios, ovários e úteros. Está focada no sêmen e nos embriões. Contam sobremaneira, a alta qualidade dos gametas, os melhores embriões e os melhores produtos laboratoriais e tecnológicos para se fazerem filhos. Essa dinâmica constata-se tanto em relação aos que desenvolvem tecnologia voltada à melhoria da qualidade e da morfologia dos gametas, a avaliação da mobilidade e das reações na presença de inibidores como no desenvolvimento tecnológico que se volta para os congelamentos, à manutenção e a maturação dos óvulos e dos espermatozoides. Ou ainda, nas tecnologias para testes, experiências, controles, intervenções, reconstituições, aberturas, quebras de resistências sobre os gametas e sobre o controle dos riscos nos processos de laboratório. Gametas, óvulos e embriões tornaram-se particularmente rentáveis, exigentes em termos de pesquisa, prazerosos em suas possibilidades investigativas e desafiadores à engenharia da reprodução. Essa dinâmica visibiliza a normatização de órgãos e células, mais do que dos corpos, e mais do que de relações sociais, insere-se em uma biopolítica generificada, altamente rentável, em conexão com os processos biotecnológicos e com a conformação entre desejo, ciência e tecnologias.

É esta conformação que faz uma profunda conexão entre a oferta de possibilidades a solução de problemas de infertilidade ou de infecundidade para casais homossexuais e a possibilidade de projetos de maternidade e paternidades propostos como felicidade para os casais e para o fazer modelos de família com filhos. Da parte médica, especialmente masculina, existe uma narrativa positiva a respeito da paternidade científica, da fabricação da ciência e da tecnologia; que resulta em um produto diferente, um ser vivo. A este aspecto agrega-se um elemento simbólico muito forte. Faz-se valer uma conexão com o processo criador que é experimentado de maneira intensa por especialistas e casais. Os especialistas encontram assim seu deleite a medida que falam e agem sobre embriões, óvulos, gametas, tecnologias e que extraem prazer do conhecimento, das trocas que fazem nos congressos, de onde relembram sobre como evoluíram desde as primeiras intervenções.

Este contexto que é tecnológico também é biopolítico e emocional e está na ordem da formação de noções sobre fazerem-se filhos e da produção de corpos férteis, como noções não apenas biológicas, mas também sociais e institucionais, ou do domínio dos desejos, das emoções e dos vínculos com os diversos aparatos biotecnológicos. O eu que deseja filhos, quando sua busca é por meio de reprodução assistida, está envolto em um ato de desejar que é compartilhado pelo entorno biomédico e que não se separa de um alto investimento, tanto no objeto de desejo, o filho, quanto em tecnologia, mercado e confiança em sistemas que são propostos por peritos deste campo, e que também dizem respeito à intimidade, às dores ocultas, aos desejos de autoidentificação, à vontade de cocriar e às carências.

Assim, fazerem-se filhos nesses diversos arranjos é produzir um remédio (o filho) para uma doença – a infertilidade – e para as muitas situações de anomalias sociais, pessoais, familiares. São condutas argumentativas cujo teor leva uma mulher, mais do que o casal, ao extremo em sua busca; até que ela não possa mais.

### **IHU On-Line – De que maneira as relações de gênero são marcadas por tais avanços tecnológicos na área da reprodução?**

**Marlene Tamanini** – Uma das áreas em que aconteceram importantes mudanças diz respeito ao sexo e à sexualidade. Hoje, como o foi no passado, o campo da maternidade continua ancorado na diferença dos corpos e dos gametas. Porém, em relação a sexo, este deixou de ser necessário à reprodução, embora grande parte da reprodução ainda necessite de gametas que se encontrem por meio de relação sexual. Dessa maneira, frente às relações de gênero relativas à reprodução, pode-se afirmar que, na medida em que esta dinâmica da biotecnologia dá entrada no campo da sexualidade reduzida ao seu aspecto reprodutivo, fica evidente um importante deslocamento de questões do imaginário do sexo para a esfera tecnológica. O sexo desaparece para dar lugar à ordem simbólica do tecnológico e de suas múltiplas possibilidades. Essa ordem de coisas, em reprodução assistida, articula argumentativamente e, para fins de aceitação dessas práticas, uma

sexualidade procriativa, com relações sexuais medicalizadas. Assim, os sentidos da sexualidade, as dimensões do afeto, as relações de amizade, o contexto mais amplo da vida em sociedade e do trabalho são reduzidos frequentemente ao sofrimento, ao esforço e ao desejo de busca por um filho. Essa dimensão torna-se tão abarcadora e tão incomensuravelmente prioritária que reduz em muito outra possibilidade para essas mulheres, para alguns casais também, embora reduza menos para os homens individualmente. Uma vez no campo e nas metas da reprodução com ajuda tecnológica, o sentido dela se modifica; já não é o que parecia antes, subsumindo o da sexualidade, em qualquer modelo heteronormativo; ele modifica-se. Agora frente a uma injeção intracitoplasmática de espermatozoide, uma capacitação espermática, ou a uma vitrificação de gametas e/ou embriões, distancia-se ainda mais do sexo e da sexualidade. Caminha-se em direção às biotecnologias e ao imaginário da clonagem ou das hibridizações celulares e embrionárias, da seleção de embriões com maiores capacidades de implantação e sem doenças genéticas, aspecto que se vincula ao diagnóstico preimplantacional também.

Desse modo, toda a discussão sobre as materialidades envolvidas em processos reprodutivos torna-se suporte para o desenvolvimento e a experimentação de outras práticas, cada vez mais distantes dos conteúdos que dizem respeito a experiência com o sexo reprodutivo. Essas se desenvolvem em uma arena de relações que atendem a fins comerciais e de políticas tecnológicas “dollyficadas”, expressão que utilizo em uma clara referência a ovelha Dolly nascida sem sexo. O sentido mais tradicional da sexualidade focado na diferença dos gametas; talvez siga quase intacto em relação à prática laboratorial e à referência genética reprodutiva em geral, e se apresente com mais força nas representações sobre menopausa e velhice. A maternidade é o último grito de um corpo em constituição como ação e experiência desejada e subjetivada; as mulheres se tornam coparticipantes e corresponsivas desses “grandes feitos”, um filho. Os homens nesse contexto não vivem normalmente o mesmo sentido reprodutivo, também porque não ouvem com frequência algum discurso sobre o seu envelhecimento

reprodutivo, sobre seu sêmen, ou sobre a baixa capacidade espermática de fecundar. Sequer eles se colocam na necessidade de ter um filho no projeto de sua vida desde a mais tenra idade. A representação da paternidade não os acompanha com igual força desde meninos, e não se coloca de imediato frente a perspectiva de um casamento. A ideia de ser pai começa a rondar seu entorno quando a mulher manifesta-se falando ou buscando entender por que ainda não engravidou, é então que ela pressiona seu relacionamento trazendo esse tema. Igualmente, a invenção deste relógio biológico feminino se inscreve no registro do “corpo útil” em vez de um registro sobre o “corpo inteligível”, expressões foucaultianas que não são do mesmo porte e nem cumprem igual função simbólica para o masculino. Desse modo, enquanto o corpo inteligível abrange representações científicas, filosóficas e estéticas, favoráveis à sexualidade masculina. O corpo útil só aparece como um conjunto de representações, de regras e regulamentos práticos para as mulheres referidos à maternidade e ao cuidado materno infantil.

Portanto, sexo só existe se reprodutivo. No caso da mulher, a maternidade segue-se definindo-a e ocupa um lugar fundador do seu ser, que só desta maneira tem uma identidade reconhecida no cerne deste tipo de abordagem. Esta se refere à ordem reprodutiva e, em reprodução assistida é a maternidade que a define, ainda que as circunstâncias atuais dos estudos tenham marcado importantes mudanças relativas à família e à sua organização. E, ainda que as relações vinculadas à conjugalidade e ao parentesco se encontrem bastante mais inseridas nos valores democráticos da igualdade entre os sexos e, em muitas organizações sociais, políticas, econômicas, familiares, educacionais, de saúde, de direitos e de coparticipação na cidadania; e embora em muitos países a mãe, paradoxalmente, segue ora sendo sujeito de direito e ora perdendo o que lhe foi um dia reconhecido. A maternidade, como uma escolha pertencente ao campo da autonomia das decisões, da liberdade, do conhecimento e da ética de si das mulheres, ainda segue titubeante frente a atender a um processo de naturalização e essencialização, ou a ser uma escolha como parte de sua autonomia. Encarar a maternidade

como parte do trabalho da sociedade, tanto cultural como simbólico, metafórico e afetivo, poderia contribuir para desconstruir a insistência sobre uma determinada constituição do ser feminino e de sua compleição. Essa instância poderia estar fora da essencialização de uma vida, ocupando um lugar nas escolhas, nas possibilidades, mas nunca o da imposição. Desse modo, a experiência com um corpo fora desse significado impositivo já não lembraria a dor, a depressão ou a “morte” social, que se traduz em ausência de reinserção social pela qualificação da mãe, pela ausência dos sinais externos referidos à gravidez, aos filhos e, no que tange ao vivido, como sendo a eminência de um processo intenso de envelhecimento, de perda de afetos e das redes de participação e reconhecimento social, especialmente quando não os tem.

**IHU On-Line – Como esse avanço científico resulta em uma cultura em que ter filhos se torna quase uma obrigação?**

**Marlene Tamanini** – A primeira questão a se considerar para responder a esta pergunta talvez diga respeito a uma outra pergunta: Seria o desejo de filhos sempre compulsório? Quando observo os conteúdos das falas de mulheres, tanto em situação de entrevista quanto em relação aos materiais coletados de sites de clínicas, estas clínicas que mantêm os depoimentos das mulheres a respeito de seus médicos e de seus tratamentos, ou ainda quando analiso os conteúdos de blogs de mulheres narrando sua experiência com a busca por filhos, observo que a maternidade é frequentemente tratada como um lugar da libido colonizada, expressão que tomo de empréstimo de Bensunsan (2006). Desde este lugar o filho ocupa um espaço tão vital na esfera do desejo que ele povoa todo o imaginário de quem o busca. Nesse contexto, portanto, o desejo é habitado por imagens, canções, poesias, sonhos, tais como os que retirei de alguns sites de clínicas espanholas e que as apresento recortadamente por meio dos títulos, isso para dar uma ideia aos que me leem de qual é o tipo de conteúdo que povoa o imaginário de quem faz da saga sobre como ter um filho grande parte do seu investimento biopsíquico-emocional, ex-

pressão maussiana, além da realização de grande investimento econômico.

As canções e as poesias falam de *Un muñeco de carne, mitad de mi, tu mitad yo, vientre de cuna, la dulce espera, milagro, cancion para mi bebe, para mi bebe que esta por nacer, carta para mí bebe, diário para mí bebe, carta de un bebe a su mamita, carta para mí hijo que aún no existe, dentre tantas outras*. Estas expressões são marcas de um desejo, um desejo compulsório, no sentido de que ele corresponde ao instituído e aos efeitos do processo de sua instituição com correspondência da vontade, sobretudo por parte das mulheres. Seja os discursos, as imagens, os sonhos vendidos, os sucessos relatados, acalentam esperanças e são parte de um contexto de significados produzidos por sujeitos. Apresentam-se como amparo à sua dor por ausência, ou como suporte à sua luta para ressignificar a relação pessoal com o mundo em que vivem, com seus contextos culturais, ou com sua relação conjugal.

Evidentemente, contextos heterossexuais e homossexuais parecem demarcar experiências que têm como pontos de partida e como desejos conteúdos diferentes a respeito da busca por reprodução assistida. Assim, a vontade de legitimar a relação por meio de um filho ou filha parece ser apresentada com mais frequência por mulheres em conjugalidade lésbica do que entre casais héteros, que parecem se voltar muito mais a sanar uma doença da infertilidade que, em muitos casos, terminam por transparecer ser uma exclusividade da mulher, aspecto que não se encontra em relações lésbicas, estudas por Amorim (2013), por exemplo, em que a busca é parte constitutiva de uma relação de duas pessoas que querem consolidar sua vida com filhos.

Ser mãe em casamento heterossexual – campo que eu investigo – é pensar-se dentro do que se compartilha pelo saber clínico, científico e social, como ser normal, ser como muitas mulheres o são, “ser mãe como minha mãe”, dizia uma entrevista no trabalho de Fitó (2009). Evidentemente, estes aspectos, além das questões vinculadas aos sentidos compartilhados nas representações que circulam pelas relações sociais, nas instituições, entre amigos, entre familiares, no trabalho, nas clínicas de ginecologia e obstetrícia, também

dizem respeito aos projetos pessoais e aos significados criativos dados à própria vida. Eu não os nego, e estes ganham força no campo dos avanços científicos na medida em que se conectam em muitas interfaces de saberes, poderes, discursos e possibilidades para se fazerem filhos. Portanto, quando se coloca a pergunta: “Como esse avanço científico resulta em uma cultura onde ter filhos se torna quase uma obrigação?”, eu deveria me reportar a uma história longa que diz respeito às práticas científicas sobre a reprodução e os muitos mitos e representações a relativos à fertilidade, infertilidade, bem como aos diferentes conteúdos que fazem este campo com suas datações. Na ausência de poder fazê-lo neste texto, me detenho a dizer que um conjunto de ideias vem sendo produzidas no que tange ao que eu costumo chamar de reprodução global. Isso que envolve fertilidade, infertilidade, quantos filhos ter, contracepção, queda de fecundidade, envelhecimentos da população, novos arranjos familiares, venda de produtos reprodutivos, tecnologias para gametas e embriões, circulação e doação de gametas e úteros, tudo o que constitui um investimento global em reprodução humana faz este campo e estes desejos. Desde os produtos dos corpos até os laboratórios e os grandes mercados conceptivos, com seus grandes sacerdotes que são os especialistas de diferentes e ampliadas perspectivas profissionais tais como: ginecologistas, bioquímicos, biólogos, embriologistas, técnicos de laboratório, endocrinologistas, psicólogos, pediatra, anestesiólogos, advogados, tradutores, administradores de empresas, geneticistas, andrologistas, urologistas. A ausência de filhos é um tema mais complexo que sua leitura como um problema de infertilidade física. A maternidade implica uma construção que se inicia muito antes de chegar a enfrentar-se com qualquer sentido de decisão para ser mãe.

**IHU On-Line – Que relações se estabelecem entre os interesses tecnológicos, de mercado, biomédicos e a necessidade da maternidade e paternidade biológicas?**

**Marlene Tamanini** – As representações e as imagens diversas em reprodução assistida encontram-se disponíveis para: Ilustrar tecnologias, informar so-

bre processos corpos e células, propor soluções clínico/médicas aos quadros de infertilidade, gerar esperança, vender ideias e emocionar. Além de servir para comparar possibilidades entre clínicas, países, profissionais, técnicas, materiais de cultivo em laboratório. Para produzir saberes, traduzir conhecimentos, envolver os compradores, instituir significados, organizar sentimentos. Assim escrutinar e persuadir. Dar impulso a narrativas de mundo, mais ou menos homogêneas sobre maternidades, paternidades, famílias, filhos por meio da tecnologia, das biotecnologias. As informações são sobre o corpo e as células, mas fazem uma identidade composta com células, órgãos, embriões que são tanto biológicas, tecnológicas, químicas, estéticas, midiáticas, e sentimentais, tanto quanto políticas. Propõe-se um desejo de maternidade, e como adendo a ele a paternidade, que pode ser o que é alienado de si, e que corresponde ao abandono de uma posição de sujeito como capaz de escolher. Porém, no discurso das mulheres, normalmente, não se põe de manifesto uma demanda por filhos tão monolítica, quanto o é, no campo das novas tecnologias reprodutivas. Em sua experiência mais ampla, o desejo de maternidade, não ocupa um campo tão puro. Elas falam também de seu lugar cocriativo, organizam um lugar para seu corpo, casamento, para as perguntas dos outros e um intenso trabalho de imaginação na construção de suas subjetividades.

**IHU On-Line – Quais os impactos que estas práticas têm nas adoções e como isso se reflete socialmente?**

**Marlene Tamanini** – É frequente que se escute a pergunta a respeito de por que os casais não adotam quando se fala em reprodução assistida. Estes conteúdos sobre adotar, ou ter filhos seus são de ordens diferentes. A questão da adoção, se choca frontalmente, com a decisão por reprodução assistida e muitos casais que buscam estes tratamentos já têm filhos adotados. Eles querem garantir semelhanças físicas e psíquicas e querem garantir continuidades genéticas, nem sempre reconhecidas nos adotados. Acreditam que com os seus, o futuro será menos incerto e que a semelhança consanguínea e psíquica fundamenta os processos de filiação. Nos casos de casamentos



lésbicos tem aparecido a relação de afeto, como uma relação que se amplia quando duas mulheres têm filhos e parece que a partir deste lugar esta relação é normatizada porque se restabelecem as hierarquias geracionais, mães, pais e avós. Os filhos as reinserem na família de origem segundo estudo de Amorim (2013). A reprodução assistida não parece impactar decisões sobre a adoção, em parte porque muitos casais em reprodução assistida já adotaram, em parte porque nem todos que adotam estão em condições de fazer reprodução assistida. Estas são experiências e decisões de ordens diferentes. Evidentemente envolvem valores de diversas complexidades que necessitam de análises. Desejo de filhos e desejo de maternidade, demanda por filhos podem estar em lugares diferentes, ao mesmo tempo que paradoxalmente juntos. A ausência de filhos é um tema mais complexo do que sua leitura como um problema de infertilidade física. A maternidade implica-se com uma construção que se inicia muito antes de chegar a enfrentar-se com qualquer sentido de decisão para ser mãe.

**IHU On-Line – Como esse discurso social sobre a maternidade ilustra valores patriarcais e como as ideologias de gênero aparecem neste contexto?**

**Marlene Tamanini** – No campo da reprodução assistida segue-se importante processo de essencialização da maternidade biológica. Para os médicos, filho ainda é percebido no contexto da representação sobre o instinto, como de base genética, portanto, considerado uma relação vital desesperada, que busca perpetuar a espécie. Desta falta de contexto e de relação histórica datada sobre a maternidade, demarca-se uma ordem de mundo que reproduz muitos processos de intervenções, mas com poucos questionamentos sobre a construção de outras possibilidades para a vida em família, mas sobretudo para o ser mulher. O modelo normativo segue sendo o heterossexual, ainda que já tenham entrado pessoas LGBTQTT nestes processos. A centralidade destes processos ocorrem sob a centralidade da mãe e a paternidade não tem sido discutida com o mesmo investimento simbólico e tecnológico. O homem infértil se torna pai na condição de marido, nem

sempre a paternidade é de fato intencional. O anonimato da doação de sêmen tem permitido a manutenção de mecanismos de proteção para crianças e para doadores, mas de outro lado, tem ajudado a protelar a discussão sobre a possibilidade de outras pessoas entrarem nos processos reprodutivos. O anonimato esconde o doador e reforça o pai biológico sob uma falta biológica. Se houvesse o aparecimento do doador, o estatuto do pai biológico sob o signo da falta sofreria um deslocamento para outras esferas, a do marido da mãe, ou do pai social, como já o é para adoção. Existem ainda silêncios e preconceitos que não atingem só as mulheres, mas que fazem com que o processo de subjetivação impeçam os homens de olhar para sua infertilidade sem que se penssem impotentes sexualmente. É comum que eles sintam que não podem demonstrar fraqueza sob pena de comprometerem seu dever de heteronormatividade. Eles devem eliminar dúvidas sobre a assimetria hetero e homo. Receber sêmen é confundir essas fronteiras e cair no vazio genético. A mulher do casal heterossexual não se localiza nesta fronteira. Receber óvulos lhe dá a condição de gestar e amamentar. O físico dá ao social uma prova e o anonimato resguarda o casal ao olhar do outro. Outro aspecto, dentre muitos outros presentes no discurso social da maternidade diz respeito a própria política de reprodução que carece de politização da maternidade. Não se tem considerado o cuidado para com os filhos, sequer as políticas de renda. Ausência de políticas que sejam facilitadoras de apoios aos cuidados e sem a administração equitativa do tempo do cuidar, no seu sentido amplo; não só da assistência à vulnerabilidade, ou as necessidades de pessoas que perderam sua autonomia, mas como preocupação e solicitude em direção as mudanças, e, na construção de estratégias de inserção das cuidadoras nas proteções que lhes devem ser devidas por parte do Estado. Necessita-se de uma compreensão de cuidado que envolva uma comunidade mais ampla, face às pessoas consideradas vulneráveis e necessitadas. Tomar maternidade como parte do trabalho da sociedade, tanto cultural, como simbólico, metafórico, afetivo e político, poderia contribuir para desconstruir a insistência sobre uma determinada constituição do ser femi-

nino e de sua compleição. Essa instância poderia estar fora da essencialização de uma vida, e ocupando um lugar nas escolhas como possibilidades, nunca o lugar da imposição.

*Por: Ricardo Machado*

## **Bibliografia**

- FITO Carme. Identidad, cuerpo y parentesco: Etnografía sobre la experiencia de la infertilidad y la reproducción asistida en Cataluña. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2010. 362 p.
- LAQUEUR, Thomas. La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Madrid: Ediciones Cátedra, 1994. p. 15 – 53
- \_\_\_\_\_. De sexo Cronometrado ao Casal infértil. GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene (org.). *Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas: Questões e Desafios*. Brasília: letras Livres, 2003. p. 123-136.
- \_\_\_\_\_. Tecnologias conceptivas: da intervenção tecnológica à moral do ter que fazer. In: MINELLA, Luzinete Simões; FUNCK, Susana (Org.). *Saberes e fazeres de gênero: entre o local e o global*. Florianópolis, 2006. p. 271-293
- \_\_\_\_\_. Tecnologias reprodutivas conceptivas: imperativo da maternidade? Ou outro lugar de fala? In: RIAL, Carmen; PEDRO, Joana Maria, AREND, Silvia Maria Favero. *Diversidades: dimensões de gênero e sexualidade*. Florianópolis: Editora mulheres, 2010. p. 209-231.
- TAMANINI, Marlene. Gendrificação, ciência e ética em contextos de experiência reprodutiva. *Rev. Pistis Praxis., Teologia Pastoral.*, Curitiba, PUC, v. 4, n. 1, p. 107-134, jan./jun. 2012.
- THERY, Irène. “El anonimato en las donaciones de engendramiento: filiación e identidad narrativa infantil en tiempos de descasamiento”. *Revista de Antropología Social*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, v.18, p.21-42, 2009.

## **Tecnobiociências. “Diante do menor risco, devemos parar”**

*Entrevista especial com Vera Lúcia Caldas Vidal*

Nanotecnologias, Transgênicos, clones, genoma, genética modificada: até que ponto podemos interferir no meio ambiente para o bem do homem? Como relacionar ética, meio ambiente e filosofia? Hoje, vivemos um período de inconsistência epistemológica em relação ao conceito e ao desenvolvimento da bioética. Por isso, a união da filosofia e da ciência seja uma forma de repensarmos nossos avanços, a partir daquilo que fazemos com o meio em que vivemos. Questões como essas foram debatidas com a professora Vera Lúcia Caldas Vidal, na entrevista que segue, em que ela falou também da distância que por muito tempo manteve separadas a filosofia e ciência. Segundo ela, “diante do menor risco, devemos parar. Se não sabemos o impacto das sementes transgênicas nos próximos dois bilhões de anos, então devemos ter cuidado com o que estamos fazendo hoje”, afirmou Vera, durante o encontro com a **IHU On-Line**, nesta entrevista realizada pessoalmente.

Vera Lúcia Caldas Vidal é graduada e mestre em filosofia, pela PUC-Rio. Obteve doutorado, também em Filosofia, pela Universidade de Paris, na França. Atualmente, atua como pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz. É autora de *Os enunciados de identidade – Uma análise filosófica* (Rio de Janeiro: Gráfica da Puc-Rio, 1977). Confira a entrevista.

**IHU On-Line – A senhora une a ciência e a filosofia. No entanto, essas são áreas que, embora tenham surgido juntas, andavam afastadas. Com a biotecnologia e os avanços desta ciência em relação às pesquisas sobre a evolução do homem, qual é, hoje, a**

**importância de romper esse bloqueio e efetivar a união entre a ciência e a filosofia?**

**Vera Lúcia Caldas Vidal** – Bem, eu estudo a relação da Filosofia com as ciências da vida e da saúde. Desde os cientistas filósofos antigos, que eram uma coisa só, porque não havia diferença entre ciência e filosofia, o filósofo era amigo da sabedoria, um *sofho*, um sábio, isto é, aquele que se interessa em conhecer os significados das coisas que nos cercam, do próprio homem e sua relação com o homem, sob todos os aspectos, como o físico, metafísico, social etc. O filósofo era quem tinha interesse em ter essas respostas da forma mais global possível. Tanto que os filósofos antigos constroem sistemas de interpretação em que todas as questões básicas teriam a resposta para as diversas áreas da relação da filosofia com o mundo e com o homem, com a realidade social, entre outros elementos. Então, você pode dizer, que do início das reflexões do homem sobre si e sobre o mundo até propriamente o início da ciência moderna, no século XVII, a filosofia e a ciência eram a mesma coisa. A ruptura começou no século XVII, por meio das chamadas ciências experimentais, que começaram a desenvolver pesquisas, em que se começava a ter uma comprovação empírica, ou seja, não eram muitas teóricas, utilizando métodos mais ligados à realidade objetiva. Surgiu, pelo menos, o ideal de que o saber científico devia se basear na experimentação científica. Bom, nesse ponto começou a separação. As ciências humanas, a partir do século XVIII, começam a construir uma metodologia própria e a sair do campo da filosofia. Assim, vão surgindo os campos específicos: sociologia, psicologia, antropologia etc. No século XIX,

acontece uma bela ruptura geral, e cada saber irá desenvolver sua metodologia própria e querer ser independente, impondo limites ao seu campo. Isso ocorre porque nesse século os métodos elementares começam a se sofisticar por causa das tecnologias e seus avanços. O século XX começa assim com cada um em seu campo. A partir da metade do século XX, começa a se compreender que não é possível se trabalhar sozinho.

A partir dos anos 1970, 1980, inicia-se a grande moda da interdisciplinaridade, da transdisciplinaridade, da multidisciplinaridade e volta a se reunir os campos outra vez, surgindo áreas como a psicosociologia, a fossilbiologia, a psicobiologia. A partir daí, a filosofia começa a fazer uma reflexão sobre a ciência. Essa reflexão evolui com os neopositivistas, com o Círculo de Viena, por volta dos anos 1930, começando, dentro da filosofia, a ter uma partição. Assim, há aqueles que utilizam uma metodologia próxima do discurso da ciência e aqueles que são mais metafísicos e desenvolvem um discurso mais baseado nas argumentações, que não têm relação direta com a observação, isto é, que são mais especulativos. Cada vez mais, é possível perceber que as ciências da vida, as ciências da natureza, as ciências físicas em geral, estão procurando vir à filosofia para ajudá-la em determinados impasses que aqui se encontram na sua prática. Sobretudo, a biologia e as ciências da vida, o desenvolvimento das biotecnociências, a engenharia genética, o mapeamento do genoma humano, as clonagens, começam a levantar uma série de problemas filosóficos. Até onde levar a pesquisa científica? Quais são os limites dela? Qual é o grau de rigor que podemos esperar das nossas previsibilidades para, efetivamente, termos o direito de interferir na vida como estamos intervindo? Como podemos calcular os riscos? Como podemos acreditar nas nossas previsibilidades? As próprias ciências duras começaram a ficar meio inseguras quanto ao valor de verdade dos seus enunciados. Com isso, ocorre uma mudança em relação ao conceito de verdade.

Nós somos uma geração feliz, porque, tanto cientistas quanto filósofos, entramos no século XXI e temos consciências de que, mesmo que nossas teorias sejam uma descrição objetiva e fiel

da realidade, não sabemos será a mesma coisa no futuro, porque não temos como efetivamente provar se uma teoria corresponde realmente aos fatos. Temos como demonstrar logicamente, empiricamente, os dados, mas isso não garante que uma determinada informação será verdadeira para todo o sempre. Sob esse ângulo, a verdade absoluta já não é mais meta de nenhuma pesquisa científica. A nossa de verdade ficou muito mais *light* no século XXI. Hoje em dia, não há mais divórcio possível entre filosofia e ciência. Todos estão dentro do mesmo barco, conscientes da indeterminação das teorias diante dos fatos. Nenhuma teoria pode ser provada, apenas demonstrada, o que implica que eu posso revisar essa teoria um dia e até refutá-la, o que é uma marca do discurso científico, filosófico etc. As fronteiras, realmente, a cada dia, se dissolvem cada vez mais; estamos mesmo na Era de Aquarius. Atualmente, queremos, sobretudo, conhecer. Para isso, precisamos de inúmeras formas de argumentação e de leitura da realidade. Cada um vai apresentar um certo modelo de interpretação da realidade. Os modelos de interpretação podem conflitar, mas passarem bem nos testes empíricos.

### **IHU On-Line – A ética das ciências da saúde é totalmente filosófica?**

**Vera Lúcia Caldas Vidal** – Você tem uma ética que é filosófica, entre outras: ética médica, ética da veterinária, ética da odontologia etc. Então, você tem éticas que são específicas de cada saber, que são mais ou menos regras e códigos. Mas as especulações sobre o que é ser ético, sobre o bem, como decidir sobre a validade de uma determinada intervenção na vida, trazem questões mais filosóficas. Isso já envolve a ética filosófica. O que quero dizer, com isso, é nem toda ética é filosófica. Quando se fala em código de ética, isso não é filosófico: trata-se de um conjunto de regras daquele saber para nortear moralmente as suas ações.

### **IHU On-Line – Em sua opinião, que direito o homem tem para poder interferir no meio ambiente?**

**Vera Lúcia Caldas Vidal** – A minha teoria, e cada um terá a sua, pois não há uma teoria uni-

ficada, é de que caiu o mito de que o homem é um ser superior capaz de colocar a natureza a seu serviço. Isso é um mito construído, por exemplo, nas religiões, onde o homem é o principal ser e ele é valorizado. Um mito também da época do racionalismo exacerbado, em que o homem é considerado o único ser racional. Desse modo, você concede um poder ao homem por ele ser o único ser espiritual, ligado a uma transcendência, que seria Deus, daí o mito religioso. Os discursos científicos racionalistas irão valorizar o homem, porque ele é o único ser racional capaz de interpretar a realidade. Aí se criou o princípio filosófico de que, na medida em que o homem desenvolveu tecnologias, ele é capaz efetivamente de colocar a natureza a seu serviço. Na época antiga e medieval, o saber era usado para contemplar e não para interferir. A noção de interferência se deu a partir do século XVII, sobretudo com a revolução tecnológica, que deu o poder de interferir cada vez mais. A questão ética precisa ser debatida, portanto, muito seriamente. É preciso avaliar os argumentos e eu, pessoalmente, não vejo nenhum que possa justificar que o homem seja um ser superior, capaz de dominar, transformar, manipular a natureza em seu favor. Tudo isso precisa ser feito com muita consideração ética. Por exemplo, o homem tem o direito, por exemplo, de construir uma hidrelétrica e afetar gravemente o meio ambiente? Se não construí-la, fica-se sem luz e sem ela há um desconforto para ele. Como é que fica? É uma questão extremamente complexa para ser resolvida e, infelizmente, não acaba sendo resolvida em nível filosófico, mas sim nos

planos econômico e político. Para mim, diante do menor risco, devemos parar. Se não sabemos o impacto das sementes transgênicas nos próximos dois bilhões de anos, então devemos ter cuidado com o que estamos fazendo hoje. Penso, então, que é melhor estabelecer um limite.

**IHU On-Line – As áreas de humanas e biociências da saúde estão conscientes dessa interferência que o homem está fazendo na natureza e nas consequências que isso pode ter para a Ética Mundial?**

**Vera Lúcia Caldas Vidal** – Eu afirmo o seguinte: todos estão bastante conscientes, pois a mídia tem divulgado os problemas. Uma coisa nem é tanto divulgar o problema, e sim que tipo de teorias se pode desenvolver para atacar esse problema. Eu acredito que as áreas humanas, especialmente a filosofia, ainda apresentam reflexões precárias. Os cientistas de todas as áreas parecem não estar conscientes da necessidade de desenvolver uma sabedoria mais empírica, mais voltada para essas questões. Acaba ficando tudo excessivamente pragmático. Parece que os filósofos estão fora desse tipo de área. Parece implicar em temas menos nobres; eu não sei bem o que acontece. Mas, a bem da verdade, é muito difícil nós encontrarmos filósofos e cientistas humanos sociais que efetivamente sejam mergulhados profundamente nessa questão, tentando desenvolver metodologias de análise, argumentos, concepções que podem efetivamente ajudar a tratar essas questões num nível rigoroso, objetivo, demonstrável e tudo o mais.

## A robótica, a biotecnologia e a nanotecnologia. O redesenho da forma humana e das formas da vida

*Entrevista especial com Luiz Alberto Oliveira*

“No limite, o próprio trabalho humano se tornaria dispensável (ou inconveniente). Enfim, realizar-se-ia o sonho utópico da libertação do fardo do trabalho, mas com uma peculiaridade: a transferência da espécie portadora da força produtiva, dos organismos humanos para os robosistemas. O impacto deste asteróide econômico nos converteria em dinossauros mamíferos, irremediavelmente obsoletos, aguardando a extinção auto-produzida.” Esta é uma das conclusões da entrevista à **IHU On-Line**, realizada por e-mail, com o professor Luiz Alberto Oliveira.

Nesta conversa, o físico fala sobre questões relacionadas a seu artigo “*Sobre o caos e novos paradigmas*”. Por isso, ele reflete sobre como a Teoria do Caos mudou nossos conceitos de mundo, sobre uma possível hibridização entre homens e máquinas a partir das tecnociências e sobre a partir de quais paradigmas podemos pensar as sociedades futuras. Para ele, “o que se engendra em nossa pós-modernidade impelida pela aceleração tecnológica é a artificialização generalizada, que, ao diluir as fronteiras tradicionais entre natureza e cultura, sujeito e objeto, interioridade e exterioridade, começa a nos converter em híbridos de humano e inumano”.

Luiz Alberto Oliveira é formado em Física, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e possui mestrado pela mesma área, pelo Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas (CBPF), onde também obteve o título de doutorado em Cosmologia. Atualmente, é pesquisador do CBPF, no Rio de Janeiro, onde também atua como professor de História e Filosofia da Ciência.

Confira a entrevista.

### **IHU On-Line – De que forma inovações como as Teorias do Caos mudaram nossos conceitos sobre o mundo?**

**Luiz Alberto Oliveira** – Um dos avanços mais significativos das Matemáticas no século XX se deu com o estabelecimento das chamadas **Teorias do Caos**: resumidamente, a verificação de que diferenças minúsculas na configuração inicial escolhida para a evolução de um sistema dinâmico podem conduzir a estados finais vastamente distintos, o que implica que em longo prazo o comportamento do sistema se torna rigorosamente imprevisível – ou “caótico”. Tal incomensurabilidade entre passado e futuro é especialmente importante no caso de sistemas complexos, ou seja, compostos por muitos elementos capazes de fazer muitas ligações entre si, e que podem exibir diversos níveis de organização, hierarquicamente estruturados – como os organismos vivos e os agentes econômicos.

Com efeito, sistemas complexos são caracterizados por uma mediação – realizada pela hierarquia de modos de organização – entre o todo (o sistema) e a parte (os elementos). Assim, ademais das ações que exercem e sofrem sobre e desde o meio externo, esses sistemas podem auto-afetar-se, ou seja, seu comportamento pode alterar sua própria estrutura e remodelar sua própria evolução. Por exemplo: se uma espécie inteligente adquire a capacidade de manipular as cadeias moleculares que constituem os genomas dos organismos, surge a possibilidade – ou ten-

dência – de substituir-se a Seleção Natural como o operador da evolução biológica das espécies; uma neofinalidade tecnicamente administrada almeja deslocar a casualidade darwiniana. Se, por outro lado, o conjunto das atividades produtivas dessa espécie alcança uma escala planetária, a economia passa a ter por horizonte a ecologia, a produção torna-se contexto para a própria produção, e o mercado tem como limite a continuidade dele mesmo. Duplo dobramento, dupla indeterminação: a micro-inerência da técnica visando assegurar a realização da finalidade, a macroabrangência do capital visando assegurar a conversão do horizonte em ambiente. Em ambos os casos, por ambas as vias, apresentam-se as condições para um desenvolvimento caótico. Como reza a antiga maldição chinesa, viveremos tempos interessantes...

### **IHU On-Line – Como a Tecnociência engendra a perspectiva de uma futura hibridização entre homens e máquinas?**

**Luiz Alberto Oliveira** – Segundo a **Teoria dos Sistemas Complexos**, a Vida é uma matéria organizada que, aprendendo a modificar sua própria estrutura para responder a alterações do meio, passou a conectar os tempos infinitesimais das reações moleculares aos milhares de anos das transformações ambientais, aos milhões de anos das transformações geológicas, às centenas de milhões das transformações astrofísicas. A aceleração técnico-produtiva vigente na contemporaneidade superpôs um novo modo temporal a esta conexão entre os ritmos materiais e biológicos: o Prestíssimo característico das produções culturais. O aspecto crítico aqui é a condensação dos ritmos naturais em ritmos tecnológicos, transformação que corresponde à instalação de um novo patamar de ordenação do sistema complexo `Terra` e que justamente por este motivo instaura uma imprevisibilidade radical: doravante, o passado não nos servirá como guia, pois a história – quer da natureza, quer da cultura – não pode mais ser rebatida sobre o futuro como expectativa de continuidade. Não crise do que somos, mas mutação para o que viremos a ser. Pois o que se engendra em nossa pós-modernidade impelida pela aceleração tecnológica é a artificialização generalizada,

que, ao diluir as fronteiras tradicionais entre natureza e cultura, sujeito e objeto, interioridade e exterioridade, começa a nos converter em híbridos de humano e inumano.

De fato, as três grandes promessas de inovação tecnológica para o século XXI, a saber, a **Robótica** (a produção de sistemas capazes de comportamento autônomo), a **Biotecnologia** (a manipulação dos componentes dos seres vivos, inclusive seu código genético) e a Nanotecnologia (a fabricação de dispositivos moleculares), compartilham tanto um fundamento comum – a crescente capacidade de manipular objetos microscópicos – quanto a abertura de uma dupla possibilidade: a de engendrar novos tipos de “vida”, quer dizer, de sistemas capazes de replicar-se e evoluir, e a de incluir, como matéria-prima para a inovação técnica, nossos próprios corpos e mentes. Estamos a caminho de poder redesenhar a forma humana e as formas da vida. Esta virtualidade, desnecessário dizer, é inteiramente singular na história da cultura. Por exemplo, de um ponto de vista estritamente microfísico, não há diferença entre moléculas biológicas e inorgânicas, naturais ou artificiais. À medida que aumenta o poder de manipular objetos em escala molecular, a tendência seria ocorrer uma integração crescente entre componentes orgânicos, gerados biologicamente, e componentes eletrônicos, fabricados artificialmente. Sínteses de carbono e de silício: essa fusão se daria por uma real mescla de formas, pela interpenetração entre terminais nervosos orgânicos e semicondutores. A perspectiva então é a de que nosso devir, nosso futuro, seja nos tornarmos borgues, híbridos de células e chips. Essas conexões estão ainda em estágio muito rudimentar, neurônios inteiros postos em contato com condutores metálicos, mas brevemente será possível penetrar em um nível subneuronal, associando subestruturas dos neurônios a componentes eletrônicos. Nesse momento que não está longe veremos o nascimento de autênticos híbridos biotrônicos, veremos o nascimento de centauros cognitivos, e logo esses centauros seremos nós.

**IHU On-Line – Por que somos constantemente obrigados a rever as fundações de**

**nosso entendimento sobre o mundo, sobre a coletividade e sobre nós mesmos?**

**Luiz Alberto Oliveira** – Os mitólogos costumam chamar de Imagens de mundo certas estruturas simbólicas pelas quais, em todas as épocas, as diferentes sociedades humanas fundamentaram, tanto coletiva quanto individualmente, a experiência do existir. Ao longo da História, essas constelações de idéias foram geradas quer pelas tradições étnicas, locais, de cada povo, quer pelos grandes sistemas religiosos. No Ocidente, contudo, desde os últimos três séculos, uma outra prática de pensamento veio se acrescentar a estes modos tradicionais na função de elaborar as bases de nossas experiências concretas de vida: a Ciência. Com efeito, a partir da revolução científica do Renascimento as ciências naturais passaram a contribuir de modo cada vez mais decisivo para a formulação das categorias que a cultura ocidental empregará para compreender a realidade e agir sobre ela.

Mas os saberes científicos têm uma característica inescapável: os enunciados que produzem são necessariamente provisórios, estão sempre sujeitos à superação e à renovação. Outros exercícios do espírito humano, como a cogitação filosófica, a inspiração poética ou a exaltação mística poderão talvez aspirar a pronunciar Verdades últimas. As ciências só podem pretender formular verdades transitórias, sempre inacabadas. Ernesto Sábato assinala, com precisão, que todas as vezes que se pretendeu elevar um enunciado científico à condição de Dogma, de verdade final e cabal, um pouco mais à frente a própria continuidade da aplicação do método científico invariavelmente acabou por demonstrar que tal Dogma não passava senão... de um Equívoco (não há exemplo melhor deste tipo de superstição que o do estatuto da noção de raça no nazismo).

Os enunciados científicos, portanto, são inexoravelmente voláteis. Bem ao contrário de uma deficiência, porém, essa impermanência inevitável, essa perpétua readaptação, é que assegura às ciências seu caráter evolutivo – e sua extraordinária capacidade de descrever e transformar a Natureza. Em conseqüência, uma vez que a Ciência veio a adquirir o papel de co-geradora das Imagens de Mundo que a sociedade atual opera, somos continuamente convidados – na verdade,

impelidos, forçados – a reassentar em novas e novas bases nosso entendimento sobre os estados-de-coisas, sobre a coletividade, sobre os indivíduos e, sobretudo, nossos sistemas de valores. Vivemos, pois, na contemporaneidade, uma crise contínua, um espasmo interminável: em plena paradoxalidade, portanto. Este não é, não pode ser, um acontecimento indolor; a mídia do recente final de milênio nomeou esta conjuntura de ruptura incessante de crise da pós-modernidade.

**IHU On-Line – De que forma os estados caóticos podem imaginar organizações sofisticadas e comportamentos ricos em potenciais de evolução?**

**Luiz Alberto Oliveira** – Desde seu início, o século XX testemunhou a realização de uma série de experimentos decisivos e teorizações audaciosas que acabaram por demonstrar a inadequação da abordagem newtoniana ou clássica com respeito a fenômenos que ocorrem em escalas (de comprimentos, durações ou velocidades) inumanas, estranhas à nossa percepção habitual dos acontecimentos – como o comportamento dos componentes microscópicos da matéria (moléculas, átomos, partículas) ou a estrutura do universo astronômico (galáxias, grupos, aglomerados). Bilionésimos de segundo, quintilhões de quilômetros: o acesso a esses novos domínios de investigação terá uma implicação deveras notável – a Natureza deixa de ser monótona. A Revolução Científica contemporânea – para usar a bem conhecida denominação de Thomas Kuhn<sup>2</sup> – veio

2 Thomas Samuel Kuhn foi um físico estadunidense cujo trabalho incidiu sobre história e filosofia da ciência, tornando-se um marco importante no estudo do processo que leva ao desenvolvimento científico. Thomas S. Kuhn ocupou-se principalmente do estudo da história da ciência, no qual mostra um contraste entre duas concepções da ciência: Por um lado, a ciência é entendida como uma atividade completamente racional e controlada. Em outro lado, a ciência é entendida como uma atividade concreta que se dá ao longo do tempo e que em cada época histórica apresenta peculiaridades e características próprias. Este contraste emerge na obra *A estrutura das revoluções científicas*, e ocasionou o chamado giro histórico-sociológico da ciência, uma revolução na reflexão acerca da ciência ao considerar próprios da ciência os aspectos históricos e sociológicos que rodeiam a atividade científica, e não só os lógicos e empíricos, como defendia o modelo formalista, o qual estava a ser desafiado pelo enfoque historicista de Kuhn.



assim motivar toda uma nova compreensão acerca da realidade física básica.

Como resultado, a Cosmologia relativística nos revela um Universo dinâmico, histórico e ativo. A Microfísica quântica delinea uma matéria dessubstancializada, elusiva, eivada de indeterminação, configurando-se uma realidade não – “objetiva”, fundamentalmente incerta, em relação à qual o observador se torna um participante; e ainda, o estudo dos Sistemas Dinâmicos longe do equilíbrio conduz à concepção de estados caóticos marcados pela imprevisibilidade, mas aptos a engendrar hierarquias sofisticadas de organização bem como comportamentos ricos em potenciais de evolução. A noção quântica de metaestabilidade, por exemplo, permitirá conceber a proliferação de assimetrias temporais como propriedades coletivas de sistemas, desdobrando-se a partir de operações transdutivas, integrações díspares que têm por motor um acaso estruturante. Esta casualidade produtiva conduz a uma inteligibilidade paradoxal – todavia, apta a traduzir o engendramento de novas composições formais a partir de um Caosmos, correspondente em última análise ao próprio reino da complexidade. Múltiplas temporalidades, Acaso inventor, Caos cosmógeno: eis os elementos de um materialismo renovado. O mundo natural configura uma hierarquia complexa, uma pirâmide da complexidade (segundo a bela metáfora de Hubert Reeves<sup>3</sup>): das partículas elementares passamos aos núcleons, aos núcleos, aos átomos, às moléculas, às substâncias, às estrelas, às galáxias, aos aglomerados, ao Cosmos. A imagem de uma Natureza Inacabada: eis o novo âmbito no qual se poderá refletir sobre a constituição da matéria, o comportamento dos seres vivos, as formações psíquicas pessoais e coletivas,

e a elaboração de uma ética da – ou melhor, para a – complexidade.

### **IHU On-Line – Quais são os paradigmas que podemos pensar para o futuro das sociedades?**

**Luiz Alberto Oliveira** – Nossa espécie sempre foi hábil em produzir próteses de movimento, extensões das capacidades físicas não muito notáveis de nosso corpo que ampliaram em muito seu alcance de ação – tacapes, rodas, foguetes. A seguir, produzimos um extraordinário conjunto de próteses sensoriais – como os instrumentos de medida –, que estenderam nossos sentidos até a atual onipresença telemática. Mas ainda mais recentes – e espantosas – são as próteses de cognição, os recursos para controlar informação que principiamos a infundir em um sem-número de objetos. Com efeito, a capacidade de antecipar os desenvolvimentos futuros dos acontecimentos e de escolher diretrizes de ação com base nessas antecipações seria a característica principal da faculdade que denominamos de inteligência. Durante muito tempo, pensou-se que a posse do domínio simbólico necessário para exercer essa faculdade era exclusiva dos seres humanos (ou, pelo menos, que neles se manifestava de modo qualitativamente diferente dos demais animais superiores). Hoje, reconhecemos que o fator essencial das operações inteligentes é a habilidade de processar grandes quantidades de informação, e principiamos a elaborar dispositivos que incorporam funções de processamento altamente sofisticadas. Estima-se que, em vinte e cinco anos, os chips de computadores serão milhões de vezes mais poderosos que os atuais, tornando-se comparáveis em eficiência a setores do córtex humano. Assim, delineia-se no horizonte próximo a produção de artefatos dotados de autêntica **Inteligência Artificial**, fato que está confrontando os pesquisadores atuais com uma série de indagações sumamente intrigantes – acerca da natureza do pensamento, do grau de inteligência de outros seres vivos e de nossas próprias capacidades cognitivas. A pergunta decisiva é: o que é esta matéria (este corpo biológico, este dispositivo artificial) pensante?!

Uma especulação servirá para dar o tom dos problemas que teremos pela frente: com o

3 [Hubert Reeves é doutor em Astrofísica Nuclear. De 1960 a 1964, ensina na Universidade de Montreal e é conselheiro científico da Nasa. Em 1965, é professor convidado na Universidade Livre de Bruxelas. A partir de 1966, é diretor de pesquisas no Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), em Paris, e conselheiro científico no Departamento de Energia Atômica (CES) de Saclay (França). Escreveu diversas obras sobre a história do universo e sobre os grandes desafios ecológicos, das quais as mais célebres são *Patience dans l'azur*, *L'heure de s'enivrer* e *Poussière d'étoiles*.

desenvolvimento da **Inteligência Artificial**, a **Robótica** mudaria de enfoque, da automação para a autonomia. A simples automatização mecânica derivaria rumo à elaboração de sistemas industriais cada vez mais independentes e auto-suficientes, com capacidades abrangendo desde a aquisição de insumos até a distribuição dos produtos acabados. Robofábricas deste tipo poderão se revelar indispensáveis, por exemplo, no desbravamento de outros planetas. É difícil imaginar o grau de eficiência que uma tal entidade – auto-provedora, auto-reparadora e mesmo auto-reprodutora – poderia alcançar, mas parece

certo que nenhuma indústria calcada nos ‘velhos’ moldes poderia competir com um sistema assim. No limite, o próprio trabalho humano se tornaria dispensável (ou inconveniente). Enfim, realizar-se-ia o sonho utópico da libertação do fardo do trabalho, mas com uma peculiaridade: a transferência da espécie portadora da força produtiva, dos organismos humanos para os robosistemas. O impacto deste asteróide econômico nos converteria em dinossauros mamíferos, irremediavelmente obsoletos, aguardando a extinção auto-produzida. Seria esse o triunfo supremo do capital?!

## **Reprodução assistida. A clínica como espaço de normatização social**

---

*Entrevista especial com Marlene Tamanini*

As dimensões físicas, psicológicas, políticas e culturais da reprodução assistida no Brasil e no mundo são analisadas pela professora Marlene Tamanini na entrevista a seguir, concedida por telefone à **IHU On-Line**. A maternidade em laboratório tem crescido muito nos últimos anos. Questões relacionadas a este tema são discutidas pela professora. Desta forma, quando começou a estudar o assunto, uma das suas principais preocupações era entender os sentidos de paternidade, de maternidade e de filiação. Explica que o “contexto da maternidade em laboratório está trazendo uma insistência bastante profunda na ideia de que uma mulher só é feliz se for mãe. O laboratório constrói um lugar para essa mulher a partir dos óvulos, dos espermatozoides, da infiridade de materiais que circulam nesse espaço”.

A entrevista foi feita em parceria com o Centro de Pesquisa e Apoio aos Trabalhadores – CEPAT.

Marlene Tamanini é bacharel em Ciências Políticas e Sociais na Escola de Sociologia Política (ESP/SP). É especialista em Metodologia de Pesquisa Gênero Sexualidade e Saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Fez mestrado em Sociologia Política Universidade Federal de Santa Catarina e doutorado, pela mesma universidade, no Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas com um período na Centre National de la Recherche Scientifique. É pós-doutora pela Universitat de Barcelona. Atualmente, é professora na Universidade Federal do Paraná. É autora de *Reprodução assistida e gênero: o olhar das ciências humanas* (Florianópolis: UFSC, 2009).

Confira a entrevista.

### **IHU On-Line – Que aspectos influenciaram a escolha desse tema de pesquisa?**

**Marlene Tamanini** – Comecei com a tese de doutorado defendida em 2003. Quanto tive que definir um tema de tese, frente aos processos que começavam naquele momento, percebi que esse assunto ainda era muito incipiente no Brasil. Recém havia começado a aparecer na mídia e alguns poucos textos publicados no país sobre a temática. Além disso, tinha a necessidade de compreender melhor por que os casais faziam essa busca por meio de tecnologias, já que frequentemente se ouvia a pergunta: “Por que não adotar?”, ou mesmo: “Por que não ficam sem filho?”. Na época, não eram muito frequentes as clínicas também. Em Florianópolis havia uma clínica que fazia bastante procedimentos, mas era uma única e, normalmente, as pessoas iam para Curitiba, onde moro hoje, ou para São Paulo, e alegavam a necessidade de filhos do próprio sangue.

Na minha história pessoal, o caminho foi um pouco do contexto do aparecimento do tema, das pessoas com quem eu trabalhava dentro de uma reflexão do referencial analítico dos estudos de gênero. Como se tratava de um doutorado interdisciplinar, eu também buscava construir uma problemática de pesquisa que me oferecesse interface com várias áreas do conhecimento e que permitissem uma abordagem interdisciplinar frente às teorias feministas, aos campos da Antropologia, da Sociologia da Reprodução, da Bioética, da Sociologia da Família e, sobretudo, as minhas preocupações em entender os sentidos de paternidade, de maternidade e de filiação.

## IHU On-Line – Quais os principais aspectos que envolvem a maternidade e a reprodução global?

**Marlene Tamanini** – Primeiro, considero que o tema da maternidade é bastante político. Garantias de direitos às mulheres mães e ao cuidado dos filhos entram no caminho do Estado e nas garantias de recursos e estratégias sociais de intervenção nas relações estabelecidas. Além disso, o contexto da maternidade em laboratório está trazendo uma insistência bastante profunda na ideia de que uma mulher só é feliz se for mãe. O laboratório constrói um lugar para essa mulher a partir dos óvulos, dos espermatozoides, da infinidade de materiais que circulam nesse espaço. O interesse por trás disso está vinculado ao controlar, medicalizar e intervir nos corpos e/ou utilizá-los para fins políticos, demográficos, sanitários, higienistas e morais como se fez ao longo de muitos anos.



### Cultura da maternidade

No caso da reprodução assistida, essa maternidade se vincula, primeiramente, à vontade de intervenção com uma atitude cultural humana, que busca recuperar a condição de doença de infertilidade. A partir dessa ciência feita na época do Positivismo passou-se a dar um valor muito importante ao útero e visibilidade do óvulo. Então, constitui-se todo um saber médico sobre a questão da infertilidade. Hoje, a maternidade, em quase todos os campos, não só no Brasil, vem associada às práticas biopolíticas e bioeconômicas dos corpos. E aí existem estudos que mostram como as mulheres se constituem hoje doadoras não só de óvulos e de úteros, como também de tecidos vinculados às células-tronco e que são utilizadas para indústrias, para a prática de cos-

méticos. O volume de embriões humanos que se produz nesses centros de reprodução assistida é bastante importante porque circula em mercados de destaque, bem como em mercados não reconhecidos oficialmente.

*“Hoje o material reprodutivo que ela usava para ser mãe é utilizado para muitas outras práticas mercadológicas”*

Muito material humano é produzido por mulheres a partir dessa ideia de que ela é mãe, mas essa célula que é a retirada do corpo dela pode ser disponibilizada para outros usos. O cordão umbilical também, é um material importante que sai dos corpos femininos. Então, existe uma rede de trabalho vinculada a ideia de uma mulher que antes tinha as condições de ser mãe a partir do seu corpo e hoje o material reprodutivo que ela usava para ser mãe é utilizado para muitas outras práticas mercadológicas. São operações transnacionais de apoio a pesquisas bioeconômicas, cujo valor econômico de fato nós desconhecemos. Mas sabemos que já está implementada nessas redes de mercado e que são bastante rentáveis em termos bioeconômicos.

### Redes de maternidade

Outra característica da maternidade, hoje, também são as complexas e desconhecidas redes de valorização dessas atividades em tarefas que ampliam o conceito de mercado. Por exemplo: o trabalho transnacional feminino em termos de. Aí caímos em um dilema moral, de prostituição ou de redes de mulheres que são colocadas em faxinas, em trabalhos menos valorizados, que também não é pequeno. E essas dinâmicas se ampliam ainda mais quando nós pensamos o setor de serviços, educação, as redes de cuidados. Normalmente, essas dinâmicas migratórias estão muito vinculadas ao cuidado de crianças, ao cuidado de idosos, ao cuidado da casa, que é uma dimensão importante do ato de matinar e que, enquanto esse matinar não for politizado, nós não conseguimos entender o que, de fato, é essa maternidade presente no mundo hoje.

## IHU On-Line – Como a ideia de “ser mãe” está presente na reprodução assistida?

**Marlene Tamanini** – Do ponto de vista da reprodução assistida, há uma insistência bastante grande na ideia de que, primeiro, uma mulher precisa ser feliz se for mãe. Segundo, é importante que ela seja mãe numa situação de conjugalidade estável e, especialmente, numa situação de conjugalidade de perspectiva heteronormativa, de heterossexualidade. Isso eu sinto que é mais forte no Brasil. Em Barcelona, na Espanha, onde estive em 2010 durante o pós-doutorado, está reconhecido legalmente a possibilidade de as mulheres solteiras adentrarem com um pedido de processos de intervenção para a construção de embrião com um doador de sêmem para terem um filho. No Brasil se faz isto; mas não é algo que se faz com tanta tranquilidade e com tanta frequência porque também se pensa que o ideal de família, onde uma criança deve nascer, deve ser formado por pai e mãe.



E aí nós temos também uma dificuldade bastante grande para imaginar a família que não é hétero, que é formada somente por um gênero: só homens ou só mulheres. No caso da Espanha, a maternidade entre casais homossexuais femininos, mulher mãe numa relação de conjugalidade homo foi considerada pela lei foi aprovada. Uma das razões pelas quais foi aprovada é que o valor da maternidade é bastante importante, na região que estudei da Catalunha, e se diz que duas mulheres, duas mães nunca são demais na vida de uma criança. E a mãe que gera, no caso a mãe uterina, tem uma visibilidade importante porque o útero cresce e as pessoas reconhecem que ela, afinal de contas, é agora feminina. E a outra mulher da relação de conjugalidade, normalmente entra com a doação dos seus próprios óvulos, fazendo com que se constitua essa gravidez. E, assim, ela vai ter que construir sua relação com a maternidade ao longo da relação com a criança e publicizando para os outros que ela é mãe porque cuida. Porque, ainda que ela não vá ter o útero participando para dar visibilidade ao corpo dela

“grávido”, vai participar geneticamente e depois com a construção pública que ela fizer desse ato.

*“Duas mães nunca são demais na vida de uma criança”*

Isso nos países tem conjugações legais diferentes. Não é todo lugar que funciona assim, uma vez que cada país foi construindo sua forma de entendimento legal sobre esse tipo de prática. No caso dos homens, pensando na Espanha, eles não tiveram o direito reconhecido de paternidade pela lei, quando estão em conjugalidade homossexual, porque é proibido o aluguel do útero, como é proibido no Brasil. Aqui existe hoje uma resolução que saiu em 2010 segundo a qual uma mulher pode gestar para outra mulher desde que ela seja aparentada com a mãe, quer dizer, com a mulher do casal, ou um casal pode ter um filho e a mãe da mulher da relação de cônjuges, ou a irmã, ou alguém aparentado até segundo grau gerar para eles.

## Barriga de aluguel

O que o Brasil faz, nesse caso, é a barriga de substituição, que também vai acabar por constituir uma rede de mulheres bastante importante nesse caso brasileiro de parentesco, vinculado à mãe. Em 2004, em Belo Horizonte, uma sogra gerou uma criança no seu útero com o óvulo da esposa do filho. São arranjos que a sociedade vai construindo.

Quando penso a maternidade, estou tentando ampliar esse conceito. Imagino-a nos diferentes contextos e em diferentes interfaces. Percebo essa rede de materiais reprodutivos vinculada a ideia de colaboração na construção de um filho para outra pessoa; ela tem uma mesma ordem simbólica. Hoje, o número de transferências embrionárias é feito em mulheres com mais de 35 anos de idade. Geralmente, isso está imbricado em razões sociodemográficas. Nós esperamos mais tempo para decidir a respeito de se seremos mães ou não. Aí temos mais um espaço para a entrada da reprodução assistida, que é o único caminho para essas mulheres, e isso significa uma

demanda por tecnologia da reprodução que tende a aumentar, como ocorre nos países europeus.

**IHU On-Line – Quais as dimensões físicas que podem ser destacadas num contexto de busca pela reprodução assistida?**

**Marlene Tamanini** – Se nós fôssemos falar do ponto de vista médico, será a infertilidade constatada a partir de exames. Não têm muitas coisas para discutir quanto à dimensão física. É pensar a idade num sentido cronológico que, então, ganha uma dimensão física, depois que passa dos 35 anos, pois aí nós temos uma queda acentuada da possibilidade de óvulos. O resultado é que vai precisar de intervenção de alguma maneira – ou de hormônios ou de acompanhamento de ciclos de ovulação através de hormônios ou o uso da tecnologia.

Para o homem o problema é a baixa produtividade de espermatozoide e isso é provocado por vários problemas e que só podem ser constatados clinicamente. Essa ideia da infertilidade é construída a partir da ausência de gametas, e isso é uma dimensão física importante. A leitura biomédica sobre a idade das mulheres está sendo feita a partir da ideia do útero e do ovário reprodutor. Ocorre que a idade cronológica não é a única forma de pensar a idade de uma mulher. A sua idade depende muito mais do seu contexto, das questões ambientais. Por exemplo, um médico me disse uma vez, numa entrevista em Barcelona, que uma mulher de 20 anos que fuma tem um ovário de 40 anos. Aí entra a relação com o meio ambiente, a relação com o uso de álcool, de fumo e de estilo de vida para a constituição de uma fertilidade ou de uma infertilidade, da possibilidade de imaginar um ovário ou um útero adequado. No caso do homem, esses fatores também são muito importantes: a relação com o meio, o nível de estresse, a condição do uso de drogas e alimentação têm sido apontados como um fatores importantes, hoje, em relação à infertilidade.

**IHU On-Line – Quais são as dimensões clínicas e o ponto de vista biomédico?**

**Marlene Tamanini** – O médico, quando olha o processo de infertilidade, está pensando na ciência biomédica. Agora ele pode dizer: “Que bom,

tem um campo em expansão, têm muitas tecnologias surgindo, tem a entrada de novos profissionais e novas redes de especialidade”. Do ponto de vista clínico, já não se pode falar mais de “o médico” intervindo na reprodução assistida, porque ele já não é o único profissional do campo. Tem um processo de atividades administrativas e de técnicos de laboratórios que também está se constituindo e alargando esse olhar.

Outro aspecto importante é que o gerenciamento dessas atividades, na maioria das clínicas que passei em Barcelona, são majoritariamente femininas. Então, eu acabei por concluir que a reprodução assistida está crescendo sempre mais na direção do feminino para a intervenção, para a ação, assim como o gerenciamento, o estabelecimento de protocolos e dos valores nesse quadro.

Por outro lado, os médicos têm que conhecer, numa razão de complementaridade, quais são as melhores técnicas. Esse diálogo é intenso e existe uma implicação de decisões entre essas especialidades, o que faz com que a clínica se amplie para muitos outros campos. Isso muda totalmente a relação com a clínica; possibilita que ela passe a interferir e oferecer condições para as pessoas decidirem coisas diferentes sobre a sua idade reprodutiva e também interferir nas decisões, com o poder escolher ser mãe mais tarde. Gosto de pensar também a clínica como um espaço de normatização social. Isto porque, à medida que essa reprodução assistida se expande, você começa a compartilhar uma outra representação de mundo.

**IHU On-Line – Como fica a construção da feminilidade e da masculinidade, quando a questão é a reprodução assistida?**

**Marlene Tamanini** – Vamos pensar a partir da ideia de paternidade para pensar a masculinidade. No caso da reprodução assistida, quando o companheiro da mulher está numa relação heterossexual, o primeiro aspecto que vai aparecer é a dimensão física. Ele vai formar uma consciência sobre a própria infertilidade, o que não é fácil para o homem, porque normalmente quem está em tratamento, em processo de infertilidade, é a mulher. Pelas médias dos estudos que fazemos, percebemos que a mulher normalmente já está em

tratamento há 5 ou 6 anos, quando o companheiro é chamado para um simples espermograma.

A clínica também tem dificuldade. O médico, o psicólogo, a enfermeira têm dificuldade de diminuir esse processo. Ainda que exista tecnologia hoje para usar, buscar o gameta através de cirurgia, os médicos têm que trabalhar com a ideia de que o homem possui muita dificuldade para aceitar que é infértil. Embora estatisticamente eles apresentem uma infertilidade bastante alta, os homens têm dificuldade de aceitar essa condição.

Quando você coloca que o homem precisa se tratar, insere na situação uma crise bastante importante. Isto porque nas representações modelares não são as únicas, mas as que foram tomadas hegemonicamente. Dizer a um homem que é infértil soa como chamá-lo de impotente. O homem confunde infertilidade com impotência. Ele passa a viver a experiência da incapacidade reprodutiva vinculada a um imaginário, que é social e cultural, de impotência sexual. Entrar com o seu corpo para um processo de tratamento não é expor a infertilidade para ele, mas sim expor a impotência. Claro que estou falando de um homem numa perspectiva mais tradicional, de um modelo de masculinidade que se chama, em vários estudos, de hegemônica.

Outra questão que precisa ser pensada, no caso da masculinidade, é a dimensão social. A infertilidade masculina só ganhou visibilidade recentemente. Ela era silenciada na história, tanto pela biomedicina quanto pela sociedade. A biomedicina não tinha tecnologia para tratar o homem antes da injeção intracitoplasmática de espermatozoide. Então, mantinha-se em silêncio e o homem também ficava numa relação de ostracismo, separado por falha. Ele era considerado não

participante, porque as mulheres buscavam o tratamento, buscavam os filhos, cuidam dos filhos, apareciam em público com os filhos e eles não.

### **IHU On-Line – Quais são os principais desafios enfrentados pelos casais homossexuais?**

**Marlene Tamanini** – Pensando a Espanha e países que aprovaram a reprodução assistida para casais homossexuais femininos, as mulheres vêm enfrentando menos desafios, porque elas têm o útero, e ele ainda é a base sobre a qual se faz uma gestação. As mulheres têm a possibilidade que a companheira que não entra com o útero doe o óvulo, elas buscam facilmente o sêmen em um banco. Não existem impedimentos legais para elas fazerem isto em muitos países, como na Espanha, por exemplo.

No Brasil, estamos lutando para reconhecer a **Lei da Conjugalidade Homossexual**, e então nós vamos ter que pensar como vai se realizar a prática da reprodução assistida. Nós temos hoje vários casos de mulheres que fizeram inseminação artificial com doador anônimo e que tiveram seus filhos e estão os criando. A reprodução assistida é percebida no Brasil nas descrições legais como prioritariamente para casais heterossexuais. Porém, não diz nada oficialmente proibindo a inseminação ou fertilização *in vitro* para casais de mulheres e homens homossexuais. No caso, as mulheres têm como fazer, mas os homens não. Eles não têm útero; possuem dois espermatozoides e não podem, com a nova resolução, ter um útero aparentado, porque foi definido a gravidez em substituição pelo útero de referência a mulher do casal. Portanto, eles não são mulheres. Eles não tem a irmã, eles não podem, eles não têm ninguém que possa oferecer o útero para eles. Ficou inviabilizado todo este processo.

## Tecnologia Terminator e o dilema brasileiro

*Entrevista especial com Silvia Ribeiro*

Apesar de o Convênio de Diversidade Biológica das Nações Unidas – CDB ter adotado uma moratória global contra a experimentação e o uso da tecnologia Terminator dez anos atrás, tramita no Congresso Nacional brasileiro dois projetos de lei que pretendem liberar o uso dessas sementes no país. As iniciativas são “extremamente preocupantes” e propõem a criação de uma “lei que é contra a soberania alimentar”, declara Silvia Ribeiro à **IHU On-Line**.

De acordo com a pesquisadora, a tecnologia **Terminator** foi desenvolvida pela empresa Delta & Pine, propriedade da Monsanto, em parceria com o Departamento de Agricultura dos Estados Unidos. “Trata-se de uma tecnologia transgênica para fazer sementes suicidas: são plantadas, dão fruto, mas a segunda geração torna-se estéril, para obrigar os agricultores a comprar sementes novamente em cada estação”, explica.

Atualmente, seis transnacionais controlam as sementes transgênicas plantadas no mundo. Dessas, cinco “têm patentes do tipo **Terminator**” e três “detêm mais da metade do mercado global de sementes (53%)”, informa. Na entrevista a seguir, concedida por e-mail, Silvia critica os projetos de lei (PL) de autoria da senadora Kátia Abreu (DEM-TO) e do deputado Cândido Vaccarezza (PT) e enfatiza que, se o Brasil aprová-los, estará “entregando a possibilidade de decidir sobre a sua própria alimentação”.

Silvia Ribeiro é pesquisadora e coordenadora de programas do Grupo ETC, com sede no México, grupo de pesquisa sobre novas tecnologias e comunidades rurais. Ela tem ampla bagagem como jornalista e ativista ambiental no Uruguai, Brasil e Suécia. Silvia também produziu uma série

de artigos sobre transgênicos, novas tecnologias, concentração empresarial, propriedade intelectual, indígenas e direitos dos agricultores, que têm sido publicados em países latino-americanos, europeus e norte-americanos, em revistas e jornais. Ela é membro da comissão editorial da *Revista Latino-Americana Biodiversidad, sustento y culturas*, e do jornal espanhol *Ecología Política*, entre outros.

Confira a entrevista.

### **IHU On-Line – O que é a tecnologia Terminator?**

**Silvia Ribeiro** – Trata-se de uma tecnologia transgênica para fazer sementes suicidas: são plantadas, dão fruto, mas a segunda geração torna-se estéril, para obrigar os agricultores a comprar sementes novamente em cada estação. Ela foi desenvolvida pela empresa Delta & Pine (agora propriedade da Monsanto) com o Departamento de Agricultura dos Estados Unidos.

Cinco das seis transnacionais que controlam as sementes transgênicas plantadas em nível mundial têm patentes do tipo Terminator. A Syngenta é a que tem o maior número dessas patentes. As empresas que desenvolveram a tecnologia Terminator a chamaram de “Sistema de Proteção da Tecnologia”, porque ela serve para promover a dependência e impedir o uso de sementes sem lhes pagar royalties pelas patentes. Em seus primeiros folhetos de propaganda, elas asseguravam também que é para que “os agricultores do terceiro mundo deixem de usar suas sementes obsoletas”.

Nesse momento, elas mostravam claramente as suas intenções: acabar com as sementes camponesas e com o irritante fato de que a maioria



dos agricultores do mundo (campeiros, indígenas, agricultores familiares) usam suas próprias sementes em vez de comprá-las no mercado.

**IHU On-Line – Por que o Brasil tenta aderir à semente Terminator se, no ano 2000, o Convênio de Diversidade Biológica das Nações Unidas – CDB adotou uma moratória global contra a experimentação e o uso da tecnologia Terminator?**

**Silvia Ribeiro** – A tecnologia Terminator é uma panaceia para as transnacionais de sementes, porque lhes permite aumentar de forma exponencial a dependência dos agricultores, já que estes estariam obrigados a comprar sementes delas a cada ano, porque as sementes se tornam estéreis depois da primeira colheita. Não é como os híbridos, que, na segunda colheita, dá menos quantidade ou uma qualidade diferente, mas é uma semente que “suicida”; ela se torna totalmente estéril.

Por isso, as multinacionais tentaram, desde a aprovação da moratória internacional no ano 2000, por diversas vias eliminá-la. Agora, isso se manifesta mais claramente no Brasil, onde existem duas propostas para acabar com a proibição do Terminator hoje existente.

Se isso for obtido, o próximo passo será o de que o Brasil tentará mudar a moratória em nível internacional, porque se não o fizer, ao aplicar a Terminator, violará a moratória. Por isso, a discussão sobre esse tema no Brasil tem uma relevância mundial.

**IHU On-Line – Quais são as implicações das sementes Terminator para a agricultura?**

**Silvia Ribeiro** – A Terminator impede um ato que é a base de 10 mil anos da agricultura: cultivar e selecionar sementes da própria colheita e replantá-las para a próxima. As sementes são a chave para toda a rede alimentar. Quem controla as sementes controla a cadeia alimentar.

Por isso, as transnacionais químicas têm tentado fazer isso nas últimas três décadas, monopolizando o mercado global de sementes, comprando a maioria das empresas de sementes. Hoje, somente três empresas transnacionais, cuja origem é a produção de tóxicos químicos e agrícolas

(Monsanto, DuPont, Syngenta), detêm mais da metade do mercado global de sementes (53%) e, entre as 10 maiores, controlam 73% do mercado global de sementes comerciais.

Apesar desses números tão alarmantes, a grande maioria das sementes do mundo continua nas mãos dos camponeses e dos agricultores familiares, que usam suas próprias sementes ou as misturam ocasionalmente com sementes comerciais.

Além disso, os grandes agricultores, nas variedades que dão bom resultado, continuam usando parte de sua colheita como sementes para replantio. Por isso, as empresas querem usar medidas tecnológicas que lhes garantam maior dependência e controle.

A consequência de usar a Terminator é que um punhado de fabricantes tóxicos transnacionais irá decidir o que vai ser plantado e o que todos os demais irão consumir.

**IHU On-Line – Que ameaças de extinção e de modificação as sementes Terminator podem causar à biodiversidade?**

**Silvia Ribeiro** – Todas as variedades que comemos hoje em dia em todo o mundo estão baseadas na criação, seleção, ressemeadura e intercâmbio de variedades entre agricultores/as e indígenas, processo que continua vivo e atuante. As diferentes culturas, gostos, situações geográficas e climáticas, a pequena escala e a necessidade de prevenir as condições mutantes criaram uma enorme diversidade agrícola, que também maneja e interage com a biodiversidade natural circundante. Isso significa uma grande resiliência com variedades que resistem melhor ao frio ou ao calor, à umidade ou à seca, além dos diferentes gostos e propósitos.

As Terminator são sementes uniformes que vão acabando com a diversidade à medida que são aplicadas. Em parte, porque elas se baseiam em algumas poucas variedades selecionadas pelas empresas centralmente para todo o globo ou para grandes regiões. A uniformidade produz uma enorme vulnerabilidade e mais demanda de tóxicos, o que serve ao lucro das empresas.

Mas, além disso, a tecnologia é tão complicada (se baseia na ativação de uma cadeia de

genes, com a aplicação de um tóxico externo antes de cultivá-la) que, se for aplicada, certamente falhará em parte. Isso significa que os cultivos adjacentes que forem contaminados com pólen com a Terminator vão morrer (alguns), e outros continuarão levando o gene sem ativá-lo, que poderia continuar cruzando até que um químico ou alguma condição ambiental (como maior frio, calor, umidade) desate a cadeia e os esterilize.

Embora os que promovem a Terminator digam que ela é para a “biossegurança”, na realidade ela multiplica os riscos: algumas plantas se tornarão estéreis, e outras continuarão se cruzando, disseminando a ameaça.

### **IHU On-Line – As sementes Terminator são usadas em algum lugar do mundo?**

**Silvia Ribeiro** – Não, em nenhuma parte do mundo. O Brasil seria o primeiro país a aplicar essa tecnologia tão perigosa e imoral.

### **IHU On-Line – Por que o México apoiou o fim da moratória contra a semente Terminator em 2006?**

**Silvia Ribeiro** – A Terminator não é aplicada no México atualmente. Depois da assinatura do Tratado de Livre Comércio do Atlântico Norte com os EUA e o Canadá (Nafta, em sua sigla em inglês), as transnacionais se apoderaram de quase todo o mercado comercial de sementes e insumos agrícolas no México e têm enorme peso sobre o governo.

O México, nas negociações de biossegurança, fala muitas vezes em nome dos interesses não do seu país, mas das multinacionais e dos Estados Unidos, que não fazem parte do Convênio de Diversidade Biológica, onde está a moratória da Terminator. Por isso, ele também permitiu experimentos com milho transgênico, mesmo sendo o centro de origem do milho, apesar da oposição da população, dos agricultores e dos consumidores.

### **IHU On-Line – Como você analisa a posição do Brasil com relação às sementes Terminator e o Projeto de Lei de Cândido Vacarezza (PT) para liberar essas sementes?**

**Silvia Ribeiro** – Acredito que é extremamente preocupante, já que o partido é do governo e está

promovendo uma lei que é contra a soberania alimentar, tanto no Brasil como no resto do mundo. Se o Brasil a aprovar, estará entregando a possibilidade de decidir sobre a sua própria alimentação. Além disso, a proposta de Vacarezza argumenta que a Terminator é necessária para poder fazer plantas transgênicas “biorreatoras”, isto é, que produzam substâncias industriais e farmacêuticas etc. Isso, por si só, apresenta enormes riscos ambientais e de saúde por causa da provável contaminação das redes alimentares.

A proposta de Vacarezza, que foi redigida por uma advogada da Monsanto, propõe que a Terminator seria para a “biossegurança”, porque evitaria a contaminação provocada por essas plantas de alto risco e de outras, como árvores transgênicas.

Mas, como expliquei antes, a Terminator nunca é uma medida de biossegurança, mas sim o contrário. Isso quer dizer que a proposta apresenta um risco triplo: que sejam cultivadas plantas que poderiam ser tóxicas para a saúde se contaminarem outras; que a Terminator seja aprovada (que, sem dúvida, será usada em todas as plantas, não só nessas, porque esse é o verdadeiro interesse das empresas); e que se incentive o uso de monocultivos de árvores transgênicas, que, a todos os problemas dos monocultivos, somarão o da contaminação transgênica e a esterilidade.

Sobre o processo, organizações brasileiras que acompanham o tema o descreveram assim: “Atualmente, a Lei de Biossegurança proíbe “a utilização, a comercialização, o registro, o patenteamento e o licenciamento de tecnologias genéticas de restrição do uso” (art. 6º, Lei 11.105/05). Mas, mesmo sob o peso da moratória internacional e diante da atual proibição nacional, dois Projetos de Lei no Congresso tentam liberar as sementes Terminator no Brasil. Um é o PL 268/07, originalmente apresentado pela hoje senadora Kátia Abreu (DEM-TO), e atualmente de autoria do deputado Eduardo Sciarra (DEM-PR). E, em 2009, o deputado Cândido Vacarezza (PT-SP), que nunca atuou no campo da agricultura, apresentou o PL 5575/09, que prevê a liberação das sementes Terminator no Brasil. Em 2010, a Campanha Por um Brasil Ecológico e Livre de Transgênicos fez uma denúncia informando que o arquivo que está disponível no sítio da Câmara dos Deputa-

dos com a proposta do PL tem como origem o computador de uma das advogadas da empresa Monsanto! Esse Projeto de Lei foi muito questionado na sua tramitação na Câmara, mas, apesar disto, foi criada uma comissão especial para agilizar sua tramitação. Quando se cria uma comissão especial, o PL tramita em regime de prioridade, ou seja, diminui das 40 sessões da Tramitação ordinária para 10 sessões apenas!”.

Em junho de 2011, a **Jornada de Agroecologia da Via Campesina** no Paraná, com mais de quatro mil participantes, se pronunciou massivamente contra essas novas propostas de permitir a Terminator. O Seminário Internacional Cúpula dos Povos da Rio+20 Por Justiça Social e Ambiental, com cerca de 500 participantes, que foi realizada no Rio de Janeiro em julho de 2011, também se pronunciou.

As demandas ali propostas, para os poderes Executivo e Legislativo federais, foram:

- que o governo brasileiro mantenha o texto da Lei de Biossegurança (Lei 11.105/05) que proíbe a utilização de qualquer tecnologia genética de restrição de uso;
- que o governo brasileiro tenha uma posição firme e clara na Convenção sobre Diversidade Biológica para manter a moratória internacional às tecnologias genéticas de restrição de uso (GURTs), garantindo, como Estado-Parte da CDB, que a moratória também se aplica no Brasil;
- que o Congresso Nacional rejeite os PLs 5575/09 e 268/07 que tramitam na casa e que os senhores deputados Cândido Vaccarezza (PT-SP) e Eduardo Sciarra (DEM-PR) arquivem esses PLs da pauta do Congresso, respeitando a moratória internacional à tecnologia Terminator e

garantindo a soberania nacional em relação ao uso e reprodução das sementes, à segurança e soberania alimentar dos povos, e aos direitos dos agricultores, povos indígenas, povos e comunidades tradicionais, ao livre uso da biodiversidade e da agrobiodiversidade.

**IHU On-Line – Como você recebeu a notícia de que Graziano da Silva assumiu a direção da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação – FAO?**

**Silvia Ribeiro** – Acredito que Graziano da Silva deve afirmar claramente a mesma posição que o diretor anterior da FAO, ou seja, de condenação da tecnologia Terminator por ser uma ameaça direta à soberania alimentar.

**IHU On-Line – Qual a sua expectativa com relação à Rio+20, que acontecerá no Brasil no próximo ano?**

**Silvia Ribeiro** – Seria uma enorme contradição e uma vergonha internacional que um país que, pela segunda vez, será anfitrião de uma conferência sobre meio ambiente e desenvolvimento esteja, ao mesmo tempo, adotando uma tecnologia como a Terminator, que traz consigo grandes riscos para o meio ambiente e para a biodiversidade, e é rejeitada por todo o resto dos governos do mundo.

E que, além disso, para se ajustar aos interesses de três, quatro empresas transnacionais de sementes, tente romper a moratória internacional, algo que poderia ter consequências devastadoras sobre a biodiversidade e a soberania alimentar, não só do Brasil, mas também de tantos outros países muito mais vulneráveis, que agora estão protegidos pela moratória internacional.

## **O desafio dos ciborgues: multidimensionalizar o humano.**

*Entrevista especial com Luiz Alberto Oliveira*

Quando o humano passa a ser apenas um ingrediente para a construção de outras formas de vida, estamos nos encaminhando para uma sociedade pós-humana. Essa é a afirmação do doutor em Cosmologia Luiz Alberto Oliveira. Nesta entrevista concedida por telefone à **IHU On-Line**, Oliveira salienta que o humano não terá, necessariamente, que deixar de existir, mas, ao contrário, será diversificado, multiplicado, pluralizado. “Acréscimos serão feitos àquilo que até agora chamamos de humano”, afirma. Comparando esse avanço com a passagem da infância para a maturidade, o cosmólogo explica que a sociedade está passando para um outro patamar, no qual a capacidade técnica é capaz de estender os limites do que era reconhecido como humano.

Com o avanço das nanotecnologias e do domínio de escalas bilionésimas, o pesquisador do Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas explica que se poderá também modificar as bases de cada organismo. “Isso significa que o que conhecíamos e o que estamos habituados a lidar, a fazer, a reproduzir, começa a ficar relativizado”, destaca. Daí advém o grande temor que essas inovações produzem na sociedade.

Segundo Oliveira, a principal causa desse medo é concreta, pois já estaríamos assistindo as nossas próprias ações a se rebater sobre nós mesmos. “Estamos sendo não apenas os usuários, mas estamos também sendo usados pelos objetos técnicos”, analisa. “Isso significa que a forma humana está em vias de ser redesenhada para alguma coisa que nunca experimentamos. Esse temor do inédito, me parece, é a marca que faz com que todos se interroguem, com grande dúvi-

da e incerteza, acerca das novas tecnologias e das potencialidades enormes que elas estão abrindo para nós”, resume.

Luiz Alberto Oliveira é formado em Física, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e possui mestrado pela mesma área, pelo Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas (CBPF), onde também obteve o título de doutorado em Cosmologia. Atualmente, é pesquisador do CBPF, no Rio de Janeiro, onde também atua como professor de História e Filosofia da Ciência.

Na semana passada, mais precisamente no dia 28 de maio, quarta-feira, ele proferiu a conferência “CiberCentaurus (a possível hibridização entre homens e máquinas)” no *Simpósio Internacional Uma sociedade pós-humana? Possibilidades e limites das nanotecnologias*.

Confira a entrevista.

### **IHU On-Line – Como podemos pensar as sociedades futuras, a partir da Teoria do Caos e da tecnociência?**

**Luiz Alberto Oliveira** – A tecnociência é a associação entre o conhecimento da natureza e o desenvolvimento de meios de transformá-la, de extensões das nossas habilidades e de nossas capacidades para fazer com que qualquer atividade humana transforme a natureza e transforme a si própria. Desde a Revolução Industrial, há aproximadamente 150, 200 anos, ela se tornou o principal motor da atividade econômica. A economia se tornou cada vez mais vinculada e associada à potencialização técnica dos meios de produção. À medida que avanços científicos e do conhecimento básico da natureza se convertem em desenvol-

vimentos técnicos, ou seja, em desenvolvimento de objetos, de meios, de instrumentos, ferramentas, utensílios pelos quais o trabalho humano é potencializado, a economia foi se tornando cada vez mais tecnocientífica. Então, os avanços da ciência passaram a repercutir cada vez mais e começaram a ser as diretrizes pelas quais os entendimentos econômicos passam a se guiar e a operar. Nos últimos 50 anos, um dos principais avanços, tanto de conhecimento básico sobre processos naturais quanto de um grande número de aplicações, foram as chamadas teorias do caos. Essas teorias nos dizem, basicamente, que a grande maioria dos sistemas de natureza não é suscetível de ser controlada, pelo fato de que pequenas causas, pequenas variações nas condições iniciais de um sistema, podem resultar em grandes efeitos. O controle que se exerce sobre o ponto de partida do comportamento do sistema não é suficiente para garantir que esse comportamento seja o previsto ao longo do desenvolvimento do próprio sistema. Então, essas tecnologias permitem prever uma sociedade fundada não em uma previsibilidade absoluta, mas, ao contrário, em uma indeterminação, que equivale a uma abertura. É como se cada vez mais fosse possível acumular, no presente, muitas linhas de futuro, muitas linhas de abertura para o inédito e o inovador. Essa é uma situação revolucionária. Só que não é mais uma revolução que sucede num momento de crise, num momento de espasmo. Ao contrário, é uma revolução que se tornou constante. Essa é a nossa crise atual, a crise de uma mutação.

**IHU On-Line – O senhor fala em três grandes promessas com a inovação tecnológica: a robótica, a biotecnologia e a nanotecnologia. Como o ser humano será transformado a partir dessas inovações?**

**Luiz Alberto Oliveira** – O que esses três grandes domínios de avanço têm em comum é o fato de todos eles operarem a partir das escalas fundamentais de estruturação dos objetos materiais. Ou seja, operar com escalas bilionésimas, com o domínio do bilionésimo do metro, do trilionésimo do segundo, que são as escalas nas quais sucedem os fenômenos fundamentais de organi-

zação e estruturação dos sistemas materiais, vivos e cognitivos. Se estamos sendo, hoje, capazes de engendrar artefatos, de infundir idéias e diagramas em substratos tanto materiais quanto biológicos, cognitivos e neurológicos, por exemplo, então estamos sendo capazes de engendrar formas, dispositivos e sistemas, de fato entidades, nas quais essas capacidades da matéria, da vida e do pensamento estão começando a ser administradas e pré-engendradas. Esses três ramos implicam que tudo aquilo que entendíamos que era o mundo, a vida, a sociedade e o indivíduo começa a entrar em uma rota de indeterminação. Ou seja, nós agora somos capazes de intervir nas próprias bases que nos definem enquanto seres materiais, seres vivos e seres cognitivos.

**IHU On-Line – Com as possibilidades previstas por esses três ramos, os conhecimentos que até então tínhamos do que e como funciona a natureza e o homem serão desprezados?**

**Luiz Alberto Oliveira** – Ao contrário. Nosso problema é a enorme valorização do conhecimento da natureza. Esse conhecimento é que está nos permitindo operar nessas dimensões com esses modos inéditos. Ao contrário de uma impossibilidade e uma incapacidade, nós temos uma compreensão acerca desses modos de funcionamento dos quais não dispúnhamos anteriormente. Foi só o desenvolvimento de avanços matemáticos muito significativos e dos computadores que nos permitiu lidar com sistemas que têm esse comportamento imprevisível e indeterminado. É indeterminado e imprevisível, mas possui padrões, e podemos reconhecê-los e operar sobre eles. Hoje, podemos intervir lá no nível molecular básico, no qual todos os sistemas materiais, vivos ou não-vivos, cognitivos ou não-cognitivos, se estruturam. As formas até agora engendradas pelos processos ditos naturais serão suplementadas por outros processos materiais. Essa artificialização profunda dos sistemas do mundo é a grande inovação do começo do século XXI.

**IHU On-Line – Em outra entrevista à IHU On-Line, o senhor diz que estamos a cami-**

**nho de poder redesenhar a forma humana e as formas de vida. Como isso acontecerá? Que mudanças teremos a partir da hibridação de células e chips?**

**Luiz Alberto Oliveira** – Surge aí algo que irá possuir o que nós chamamos de humano como um componente, mas que não é mais determinado exclusivamente por essas características do humano. Ou seja, é como se estivéssemos começando a explorar potencialidades de sistemas nos quais o humano – células humanas, DNA humano, tecidos humanos, comportamentos humanos, padrões de pensamento humanos – entram como ingredientes, como um componente, mas são como que extensões do humano. Nesse sentido é que me parece legítimo falar que nos encaminhamos para uma sociedade pós-humana. Não que o humano terá deixado de existir, mas, ao contrário, será diversificado, multiplicado, pluralizado. Acréscimos serão feitos a isso que até agora chamávamos de humano. É como se tivéssemos, da mesma maneira de quando há a passagem de um bebê para uma criança – o bebê engatinhava, a criança começa a andar –, ou quando passamos da criança para o adulto – o adulto é quem reproduz e tem capacidades que, na criança, estavam apenas em gérmen, passando para uma sociedade na qual nossa capacidade técnica agora é capaz de estender os limites do que era reconhecido como humano.

**IHU On-Line – Se não há diferença entre moléculas biológicas e inorgânicas, naturais ou artificiais, por que o ser humano tem tanto medo da hibridação entre homens e máquinas ou pelo menos trata do tempo com cautela?**

**Luiz Alberto Oliveira** – Porque nunca houve nada parecido com isso. Todas as vezes em que intervimos sobre o mundo natural foi sempre de fora. Quando queremos mais lã, promovemos o cruzamento de exemplares de uma certa espécie de ovelha de modo a que tenha, cumulativamente, geração após geração, essa característica de mais lã e lã de qualidade. Mas estamos operando de fora, sobre o organismo. Agora, vamos operar de dentro, sobre as bases de cada orga-

nismo, sob a regra pela qual cada organismo é um organismo e é aquele organismo. Isso significa que o que conhecíamos, com que estávamos habituados a lidar, a fazer, a reproduzir – e já transformamos bastante a natureza e temos um imenso poder de transformação –, começa a ficar relativizado. E, na verdade, o grande temor é porque estamos vendo que as nossas ações estão começando a se rebater sobre nós próprios e que não somos mais apenas os gerenciadores dos objetos técnicos. Estamos sendo não apenas os usuários, mas estamos também sendo usados pelos objetos técnicos. A técnica agora é capaz de operar sobre nós. Somos matéria-prima dessa ação técnica. Isso significa que a forma humana está em vias de ser redesenhada para alguma coisa que nunca experimentamos. Esse temor do inédito, me parece, é a marca que faz com que todo o mundo se interrogue, com grande dúvida e incerteza, acerca das novas tecnologias e das potencialidades enormes que elas estão abrindo para nós.

**IHU On-Line – Alguns estudiosos dizem que já somos ciborgues. O senhor concorda?**

**Luiz Alberto Oliveira** – Eu acho que somos pré-ciborgues. Me parece que somos plataformas adequadas para um engendramento de ciborgues. Por um lado, desde que existe a obturação de dentes, já somos ciborgues. Estou fazendo essa pequena caricatura para dizer que o uso de extensões das capacidades do corpo e a mescla de componentes têm uma longa tradição. Na verdade, toda a técnica já é alguma coisa “ciborguizante”. À medida que se passa a operar com objetos técnicos, começamos a conviver com extensões materiais, mecânicas e técnicas do corpo. O fato de agora haver uma mescla desses componentes e domínios é alguma coisa que sempre esteve latente, e agora nós temos os meios de realizar. Até, agora, podemos fundir células humanas com células animais ou fundir células humanas com componentes eletrônicos, nanotécnicos. Isso significa essa abertura, essa extensão dos limites do que era o humano.

**IHU On-Line – O senhor diz que vamos nos converter em dinossauros mamíferos, irremediavelmente obsoletos, aguardando a extinção autoproduzida. Poderia nos explicar melhor essa teoria? Se assim for, não deveríamos combater as nanotecnologias para evitarmos a nossa auto-destruição?**

**Luiz Alberto Oliveira** – Eu estava me referindo à seguinte possibilidade: vamos imaginar que desenvolvamos um sistema robótico, e esse sistema ganhe autonomia. Ou seja, que ele seja capaz de se reparar, de manter a sua composição, a sua estrutura, as suas capacidades, e de tomar decisões frente às circunstâncias inovadoras, como nós fazemos. Um dispositivo como esse, uma fábrica auto-regulada, pode ser indispensável para se empreender a colonização de Marte, por exemplo. Então, se lança essa fábrica em Marte, ela faz outras fábricas, e o resultado da ação delas será, por exemplo, mudar a atmosfera de Marte, uma Terra-formação de Marte – em nível de especulação. Uma entidade como essas, num certo sentido, reproduz nossas capacidades e as amplia. Então, é como se o ideal do capitalismo de produção absolutamente ilimitada e de conversão de toda a ação em produção viesse a ser realizado, mas dispensando a presença humana. Foi nesse sentido que falei que o desenvolvimento de sistemas robóticos autônomos como esse teria como figura, no horizonte, nos converter em dinossauros mamíferos. Ou seja, entidades cujas capacidades técnicas, cognitivas, produtivas, são superadas por sistemas que nós mesmos engendramos.

**IHU On-Line – Mas, se assim for, não deveríamos combater as nanotecnologias para evitar a nossa autodestruição?**

**Luiz Alberto Oliveira** – Eu entendo o contrário. Não se trata de autodestruição, mas sim de transformação. Essa transformação tem ocorrido desde que nós nos tornamos humanos. E, no momento, o que está sucedendo é uma aceleração disso que já é uma inerência nossa. Já nos estendemos e nos ampliamos cada vez que fazemos cultura, literatura, arte, ciência, filosofia. Em cada um desses momentos, já estendemos a natureza, inovamos algo que não estava presente na natu-

reza. Então, da mesma maneira, essa suplementação técnica do nosso corpo, na nossa forma de reproduzir, de viver, é algo que expressa a nossa natureza. Entendo que seria contrário até a nós mesmos tentar restringir esse desenvolvimento que sempre foi nosso. A diferença é que agora também somos parte da matéria-prima da pintura, também somos parte da nota da música. Mas se trata, da mesma maneira, de uma invenção.

**IHU On-Line – O senhor fala que os ciborgues poderão substituir as grandes jornadas de trabalho humano. Entretanto, com a criação desses seres, não estaria o homem e o grande capital utilizando do seu poder para explorar o próximo? Até que ponto isso pode ser visto como algo positivo?**

**Luiz Alberto Oliveira** – De fato, uma série de problemas vai surgir na medida em que o desenvolvimento desses novos sistemas autônomos, replicativos, auto-mantenedores e principalmente cognitivos for surgindo. Vamos imaginar que tenhamos alcançado o desenvolvimento de uma inteligência artificial tal que sejamos obrigados a reconhecê-la como outro, ou seja, como outra espécie inteligente, como um alien, como um extraterrestre, que, em vez de descer do disco voador, nós produzimos e fabricamos. Precisaremos conceder a essa entidade o mesmo estatuto de ser “sentiente” e consciente, como fazemos a nós mesmos. Vamos precisar reconhecê-lo como tendo um patamar de igualdade, um outro ramo de humanidade, ao mesmo tempo em que teremos de lhe conferir alma, sensibilidade, razão, que irão diferir das nossas. E o nosso problema é como vamos lidar com essa “outra idade”, com essa alteridade. O que pretendemos fazer com esses dispositivos? Se for simplesmente escravizá-los, ou seja, reproduzir o que fizemos conosco mesmos durante milênios, não me parece viável que isso possa persistir, pelo simples fato de que essa mescla de humano com não-humano contém germens de capacidades que mal estamos começando a suspeitar. A cada vez que procurarmos, simplesmente, transpor, transportar ou rebater sobre o futuro as histórias e as memórias que temos do passado, é como se tentássemos aprisionar as

expectativas, restringir as possibilidades. E muitas vezes não seremos capazes de fazer isso. Não sei se uma “revolta dos escravos” é algo previsível no horizonte, mas talvez simplesmente o modelo escravista não seja o melhor para se aplicar nessa situação. Na verdade, se tomarmos como exemplo o planeta Terra hoje, gerenciado por nós, humanos, homo sapiens, sem qualquer ciborguização acentuada, apenas no caminho da ciborguização, vemos que não temos feito um serviço tão bom assim. Possivelmente, esses nossos filhos

espirituais, esses nossos primos, os ciborgues, reconhecerão que alguma coisa precisa ser feita no sentido de horizontalizar a produção, a distribuição, solidarizar, coletivizar, ao invés de privilegiar esse indivíduo empreendedor e consumidor que cada um de nós passou a ser obrigatoriamente. Ou seja, multidimensionalizar o próprio humano. E identificar que esse modelo predatório do capital, especialmente do capital financeiro, não é horizonte, não é sustentável, nem para nós, acredito eu, nem para os ciborgues.



## A medicalização da vida faz mal à saúde.

*Entrevista especial com José Roque Junges*

A partir da obra de Ivan Illich, o pesquisador pondera que a medicalização torna a saúde e a doença realidades heterônomas, uma vez que retira a responsabilidade e o protagonismo do processo da cura e da qualidade de vida do usuário para entregá-lo à expertise técnica.

“A medicina está sendo reconfigurada e ressignificada a serviço dessa grande revolução biopolítica-econômica-cultural de apropriação da vida. A medicalização da vida só é compreensível em sua profundidade e amplitude, tendo presente esse contexto científico cultural com suas crescentes repercussões bioeconômicas, possibilitadas pelo mercado das biotecnologias”. A afirmação é do filósofo e teólogo José Roque Junges na entrevista que concedeu por e-mail à **IHU On-Line**.

Ele destaca que para Ivan Illich a melhoria da saúde não depende da medicina, mas da melhoria da alimentação e do saneamento. “As intervenções médicas só aparecem em terceiro lugar e ligadas mais à cura da doença do que verdadeiramente à promoção da saúde”, adverte.

E acrescenta: “Níveis melhores de saúde na população não dependem primordialmente de intervenções médicas, mas de outras ações intersectoriais que criam as condições ambientais para a reprodução social da vida e para a potencialização de uma vida com qualidade. Illich diria que a medicalização da vida e o excessivo poder médico fazem mal à saúde, porque impedem que as pessoas assumam com autonomia e autocuidado apoiado a sua situação, já que saúde significa essencialmente capacidade de reação e os terapeutas estão a serviço dessa capacidade reativa de autocuidado”.

José Roque Junges, jesuíta, é graduado em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, possui mestrado em Teologia pela Pontifícia Universidad Católica de Chile e doutorado em Teologia Moral pela Pontifícia Universidade Gregoriana de Roma, Itália. Tem experiência na área de Teologia, Filosofia e Ética, com ênfase em Bioética. Entre seus livros publicados citamos *Bioética: perspectivas e desafios* (São Leopoldo: Unisinos, 1999); *Ecologia e Criação: resposta cristã à crise ambiental* (São Paulo: Loyola 2001); *Ética ambiental* (São Leopoldo: Unisinos, 2004); e *Bioética: hermenêutica e casuística* (São Paulo: Loyola, 2006). Atualmente é professor e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unisinos. Confirma a entrevista.

**IHU On-Line – De modo geral, quais os desafios quando pensamos no processo atual de medicalização da vida? O que implica do ponto de vista social, a apropriação dos modos de vida do homem pela medicina?**

**José Roque Junges** – Niklas Rose, em sua obra *Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century* (Princeton University Press, 2007), afirma que a vida está atravessada por cinco grandes mutações científico-culturais que determinam na contemporaneidade a concepção da saúde e da vida e a sua consequente apropriação pela medicina:

**1) a molecularização da vida**, segundo a qual ela é entendida como processos moleculares e não mais molares, permitindo a sua transformação e manipulação;

**2) otimização da vida**, pois as intervenções moleculares permitem o seu melhoramento biológico e a sua excelência vital;

**3) subjetivação da vida**, possibilitada pelas intervenções de otimização, oportunizando que a vida seja configurada pelos desejos da subjetividade e fazendo surgir uma ética somática e uma cidadania biológica;

**4) a necessidade da expertise somática** (de geneticistas, especialistas em reprodução humana, terapeutas de células tronco, aconselhadores genéticos e bioeticistas) para assessorar essa otimização e subjetivação da vida; por fim a economia da vitalidade, porque a vida adquire um biovalor, configurando um biocapital que move uma crescente bioeconomia representada pelas grandes corporações farmacêuticas e biotecnológicas.

A medicina está sendo reconfigurada e ressignificada a serviço dessa grande revolução biopolítica-econômica-cultural de apropriação da vida. A medicalização da vida só é compreensível em sua profundidade e amplitude, tendo presente esse contexto científico cultural com suas crescentes repercussões bioeconômicas, possibilitadas pelo mercado das biotecnologias. A medicina não pode esquecer que ela é hoje atravessada por esses processos que são ao mesmo tempo científicos, culturais e econômicos de apropriação da vida com suas imensas possibilidades terapêuticas, mas ao mesmo tempo com suas grandes possíveis patologias, responsáveis pela crescente sensação de desumanização da medicina.

### **IHU On-Line – Qual a contribuição específica de Ivan Illich<sup>4</sup> aos estudos do termo medicalização?**

**José Roque Junges** – Illich demonstrou que a melhoria da saúde da população não dependeu da medicina, mas da melhoria da alimentação e do saneamento. As intervenções médicas só apa-

recem em terceiro lugar e ligadas mais à cura da doença do que verdadeiramente à promoção da saúde. Esse fato aponta, segundo Illich, para as contradições do orçamento em saúde que em geral mede a melhoria da saúde pelo número de procedimentos médicos e de leitos hospitalares que são criados, determinando, por isso, as opções de gastos que são privilegiadas pelo gestor municipal. Níveis melhores de saúde na população não dependem primordialmente de intervenções médicas, mas de outras ações intersetoriais que criam as condições ambientais para a reprodução social da vida e para a potencialização de uma vida com qualidade.

Illich diria que a medicalização da vida e o excessivo poder médico fazem mal à saúde, porque impedem que as pessoas assumam com autonomia e autocuidado apoiado a sua situação, já que saúde significa essencialmente capacidade de reação e os terapeutas estão a serviço dessa capacidade reativa de autocuidado. Numa transição epidemiológica para situações onde imperam as condições crônicas e não mais tanto os eventos agudos essa constatação é fundamental. Só assim poderá ser efetiva a tão propalada educação em saúde, porque deixará de ser prescritiva e castradora para tornar-se agenciadora da potência de vida do usuário.

### **IHU On-Line – Que ferramentas conceituais Illich oferece aos movimentos contestatórios à medicalização?**

**José Roque Junges** – Uma ferramenta central da concepção de Illich é o conceito de doença iatrogênica, que é a patologia que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão médica recomendam. Engloba todas as condições clínicas, das quais os medicamentos, os profissionais e os hospitais são os agentes patogênicos. Essa doença é provocada pela iatrogênese clínica, que é a multiplicação dos efeitos secundários, mas diretos da terapêutica aplicada que expropria o detentor da sua saúde, entregue ao total domínio do médico, medicalizando a vida e despotencializando o usuário de sua energia vital.

Essa iatrogênese clínica produz uma iatrogênese social, que são os efeitos socioculturais dessa

<sup>4</sup> Ivan Illich (1926-2002): pensador e polímata austríaco. Foi autor de uma série de críticas às instituições da cultura moderna. Escreveu sobre educação, medicina, trabalho, energia, ecologia e gênero. Pensador da ecologia política, foi uma figura importante da crítica da sociedade industrial. Confira a edição 46 da revista **IHU On-Line**, de 09-12-2002, intitulada Ivan Illich, pensador radical e inovador.

medicalização, criando um imaginário social no povo de total dependência e incapacidade de usar os recursos terapêuticos que a sua própria cultura sempre ofereceu e que tinham uma força simbólica de cura, para entregar-se totalmente à empresa médica que o destituiu culturalmente de sua capacidade de autonomia reativa e de autocuidado. Essa análise aponta para aquilo que Illich chamou de iatrogênese estrutural, identificada com a colonização médica da saúde humana que é a causa da crescente medicalização da vida.

**IHU On-Line – Como podemos compreender a abordagem de Illich sobre a hipertrofia da medicalização na modernidade? Em que medida ela interfere na redução da autonomia dos sujeitos?**

**José Roque Junges** – Para Illich, a saúde supõe a capacidade de assumir a responsabilidade pessoal diante da dor, da infelicidade e da morte. Portanto saúde é autonomia para se autorrefazer a partir de recursos do seu ambiente de vida. Nesse sentido, a saúde está essencialmente ligada à cultura, identificando-se com a capacidade do grupo de reagir diante da fragilidade e enfrentar o seu meio. Cultura é o casulo que permite situar-se no nicho para sobreviver.

Toda cultura é uma das formas possíveis de viabilidade humana. Cultura é o regulamento da luta para sobreviver. O código cultural serve de matriz para o equilíbrio externo e interno da pessoa. Cria um quadro de referência para situar-se e encontrar sentido para as manifestações de fragilidade. Portanto, a cultura possibilita e serve de base para a autonomia.

Para Illich, esse poder gerador de saúde, inerente a toda cultura tradicional, está ameaçado pela mentalidade criada pela medicalização que expropria as pessoas dessa capacidade de encontrarem recursos simbólicos em sua cultura autóctone para lidar com tudo o que ameaça o seu equilíbrio existencial. A medicalização torna a saúde e a doença realidades heterônomas porque expropria a responsabilidade e o protagonismo do processo da cura e da qualidade de vida do usuário para entregá-lo à expertise técnica.

**IHU On-Line – O que representa para um sujeito o fato de as instituições médicas assumirem a responsabilidade de cuidar da sua dor, transformando seu significado íntimo e pessoal em um problema técnico?**

**José Roque Junges** – A instituição médica prega a eliminação da dor, das anomalias e da morte por meios técnicos, não permitindo uma superação autônoma pela trans-significação. O ritual médico e o mito correspondente da saúde perfeita constituem atualmente a Simbólica, produtora de sentido para superar qualquer limite ou sofrimento, mas ela acontece pela técnica heteronômica, não permitindo um trabalho interior de ressignificação autônoma. Nas culturas tradicionais, a sua função higiênica está na capacidade de sustentar cada ser humano confrontando-o com a dor, o sofrimento e a morte.

A instituição médica assume a gestão da fragilidade, mutilando e paralisando a possibilidade de interpretação e reação autônoma do indivíduo em confronto com a precariedade da vida. O servilismo crescente em relação à terapêutica, incentivado pela medicalização da vida, afeta o estado de espírito coletivo. Perde-se a confiança na força própria de recuperação o sentimento de ser responsável por essa força e a confiança na solidariedade do próximo. O resultado é uma regressão estrutural do nível da saúde.

**IHU On-Line – Qual a peculiaridade da abordagem de Foucault sobre a medicalização a partir da noção de biopoder e de governamentalidade?**

**José Roque Junges** – Foucault deu origem ao conceito de biopoder, entendido como gestão da vida, fenômeno político que teve o seu início no final do século XVIII e durante o XIX. Nessa época o Estado começou a se preocupar com a saúde da população, inaugurando a medicina social em suas duas vertentes: a anátomo-política de disciplinamento do corpo a serviço do rendimento no trabalho, como uma exigência do sistema capitalista e a biopolítica de regulação da população referida ao corpo-espécie pelos controles do nascimento, mortalidade, longevidade e saúde da população, assumidos pelo biopoder do Estado.

As disciplinas do corpo e as regulações da população são as duas estratégias de biopolítica desenvolvidas pelo poder sobre a vida. Assim, a função do poder do Estado não é mais matar, como acontecia antes dos tempos modernos, mas investir sobre a vida. A velha potência da morte do poder soberano é substituída pela administração dos corpos e a gestão calculista da vida. Passou-se da disciplina ascética dos corpos dentro de instituições de ordenamento como escola, prisão, manicômio para uma regulação sanitarista que atinge a inteira sociedade pelo controle da população. Essas primeiras análises de Foucault aparecem na obra *Historia da sexualidade* (volume I), onde biopoder e biopolítica são praticamente sinônimos e expressam disciplinamento e controle.

### Normatização interior

Numa obra posterior, intitulada *Nascimento da biopolítica*, Foucault refina mais o conceito pelo qual biopoder e biopolítica não são mais sinônimos. O primeiro continua tendo o sentido de estruturas de poder sobre a vida, mas biopolítica expressa dinâmicas políticas de governamentalidade, desenvolvidas pelo biopoder, para o bem da população. Aqui não se trata mais de um disciplinamento exterior, mas de uma normatização interior, que a própria população termina por introjetar como saúde e assume como sendo um valor. Em outras palavras, o biopoder que não é apenas o Estado, mas também o poder econômico das biotecnologias que desenvolvem políticas de normatização a serviço de uma melhoria e otimização da saúde. Mas biopolítica significa também as dinâmicas de potencialização da vida que os próprios usuários e cidadãos inventam e empregam para fugir dessa normatização.

Nessa perspectiva, pode-se dizer que a medicalização da vida é consequência de uma biopolítica de apropriação e de normatização da vida pelo poder médico, propalada como produtora de saúde e de qualidade de vida. A crescente proliferação das terapias alternativas apresenta-se também como dinâmica biopolítica, contra essa medicalização e normatização da saúde que é

propagada pelos agenciamentos semiotecnológicos das biotecnologias.

### IHU On-Line – Em que sentido as reflexões de Canguilhem<sup>5</sup> sobre as fronteiras entre o normal e o patológico podem contribuir para os debates contemporâneos a cerca da medicalização da saúde e da vida?

**José Roque Junges** – Para **Canguilhem**, o normal em saúde é a flexibilidade de uma norma que não é universal, mas se transforma em relação às condições individuais de cada um. Por isso o limite entre o normal e o patológico é impreciso para indivíduos considerados universalmente, mas perfeitamente preciso para um único indivíduo. O normal, apesar de normativo, pode ser patológico em situações diversas, pois têm normas diferentes, dependendo do indivíduo. Portanto, o estado patológico ou anormal não é consequência da ausência de qualquer norma, porque a doença também é uma norma de vida, embora inferior. A pessoa doente está normatizada em condições bem definidas e perdeu a capacidade normativa para diferentes situações.

Saúde, para Canguilhem, é justamente a capacidade de estabelecer a norma para um indivíduo, isto é, de definir o que é normal para essa pessoa, e a doença é a diminuição dessa capacidade, mas o enfermo não deixa de estabelecer a sua norma em condições diminuídas. Assim, normal e patológico não são condições antagônicas num indivíduo, porque a norma, e consequentemente o normal, é justamente definida em relação ao que desequilibra patologicamente nessa situação particular. Em outras palavras, cada um

5 Georges Canguilhem (1904-1995): filósofo e médico francês. Especialista em epistemologia e história da ciência, publicou obras importantes sobre a constituição da biologia como ciência, sobre medicina, psicologia, ideologias científicas e ética, notadamente *Le normal et le pathologique* e *La connaissance de la vie*. Discípulo de Gaston Bachelard, inscreve-se na tradição da epistemologia histórica francesa e terá uma notável influência sobre Michel Foucault. Sua tese principal é de que a vida não pode ser deduzida a partir de leis físico-químicas, ou seja, é preciso partir do próprio ser vivo para compreender a vida. Assim, o objeto de estudo da biologia é irreduzível à análise e a decomposição lógico-matemática.

define para si o que é normal, tendo presente a singularidade da sua condição.

A medicalização da vida ao propor uma normatização universal impede que o indivíduo tenha a capacidade de definir o normal para sua situação particular. A busca de medicamentos individualizados a partir de pesquisa genética pretende responder a essa crítica, mas ela está baseada numa visão redutiva, porque restringe a doença e a saúde a denominadores biológicos e

genéticos, esquecendo que o ser humano é essencialmente biocultural. A capacidade de definir a norma de saúde para si mesmo, seguindo a trilha de Canguilhem, é um processo biopsico-simbólico, apontando para a sua complexidade. A medicalização normativa da vida é uma simplificação que faz mal à saúde.

Nota: A fonte da imagem que ilustra esta página é <http://migre.me/eJvcN>

## Mais medicalização, menos autonomia

*Entrevista especial com Charles Dalcanale Tesser*

Não dá para dizer que os profissionais de saúde sejam os principais atores ou molas propulsoras da medicalização, mas de qualquer forma tendem a ter uma ação pró-medicalização, constata o médico e professor da UFSC.

Ao comentar sobre os desafios que surgem a partir da hegemonia político-epistemológica da biociência e da disputa mercadológica atual no campo da saúde, o médico e professor Charles Tesser considera que esse é um dos dramas atuais na área da saúde, porque, segundo ele, “a tendência da especialização e as dificuldades da sociedade contemporânea, em função do capitalismo, cada vez mais vão acirrando o ambiente de competitividade e de disputa”.

Na entrevista que concedeu por telefone à **IHU On-Line**, esclarece que existe na área da saúde uma competição entre as categorias profissionais, dos especialistas, pelas fatias do mercado. “Afim, as pessoas querem se estabelecer, trabalhar, ter um lugar na sociedade, com reconhecimento e remuneração. Isso é algo que tende a acirrar o processo de medicalização, no sentido de que as pessoas e as corporações querem abocanhar pedaços de técnicas, procedimentos, de fazeres como sendo seus”.

Tesser fala na importância de resgatar a autonomia do sujeito diante do enfrentamento da vida, no combate à medicalização desnecessária. De qualquer forma, continua, “temos um processo histórico que vem desde o fim do século XX, que é uma tendência de, na atuação profissional, exigir submissão, pouca autonomia; a gente faz e intervém. O médico dá o remédio, opera e a pessoa só cumpre ordens. Isso é frustrante, medicalizante e funciona muito mal”.

Charles Dalcanale Tesser é médico formado pela Universidade Estadual de Campinas – Uni-

camp, com residência em Medicina Preventiva e Social pela mesma instituição. Tem especialização em Homeopatia pela Associação Paulista de Homeopatia e mestrado e doutorado em Saúde Coletiva pela Unicamp. É professor da Universidade Federal de Santa Catarina. Dentre outros, é organizador do livro *Medicalização social e atenção à saúde no SUS* (São Paulo: Hucitec, 2010).

Confira a entrevista.

### **IHU On-Line – O que podemos entender por medicalização social?**

**Charles Tesser** – A medicalização não tem uma definição muito simples ou fácil. Mas podemos pensá-la como um processo de múltiplas dimensões que envolvem duas características principais. A primeira consiste no fato de que ocorre um processo de transformação de eventos, de características, de aspectos das pessoas e de suas vidas em problemas que passam a ser objeto da ação profissional da área da saúde.

Ou seja, ocorre a transformação de aspectos relativos a experiências da vida das pessoas em problemas médicos, que até recentemente não eram consideradas como tal. É um processo que está avançando desde a década de 1960, principalmente em função do avanço tecnológico e da medicina. Uma segunda característica do processo de medicalização é o fato de esse processo gerar cada vez mais dependência das pessoas de profissionais de saúde ou de médicos, ou de tecnologias especializadas que são dominadas por profissionais de saúde, para tocarem sua vida.

### **IHU On-Line – Como a questão da medicalização social afeta o Sistema Único de Saúde no Brasil?**

**Charles Tesser** – O SUS está tentando se organizar, com muita dificuldade, como algo que ainda está incompleto, pela metade, e que sofre as consequências da medicalização. Ele não só sofre as consequências, porque se gera uma demanda infinita por profissionais de saúde, como também está diante de algo não resolvível, porque é muito frustrante atribuir um tratamento a coisas da vida com remédios ou cirurgias.

Por outro lado, os próprios profissionais de saúde que trabalham no SUS tendem, por sua formação, pela tendência das práticas, a reforçar a medicalização. Isso é um tiro no próprio pé. Não dá para dizer que os profissionais de saúde sejam os principais atores ou molas propulsoras da medicalização, mas de qualquer forma tendem a ter uma ação pró-medicalização.

### **IHU On-Line – O que faria parte de um processo de pluralização terapêutica das instituições de saúde?**

**Charles Tesser** – A ideia de pluralização dos cuidados ou pluralização terapêutica não é algo novo e nem surgiu aqui no Brasil. É uma ideia de reconhecimento que foi feita por outros pesquisadores, normalmente sociólogos e antropólogos da saúde, de que, na sociedade em geral, as pessoas e grupos sociais recorrem a diversos tipos de cuidado, incluindo o cuidado médico e científico. Além desse, há uma procura crescente, nos últimos 40 anos, de outros tipos de cuidado. Diante disso, o sistema de saúde reconhece que ele mesmo pode se pluralizar também.

### **IHU On-Line – A que outros tipos de cuidado o senhor se refere?**

**Charles Tesser** – Posso citar alguns exemplos, como as medicinas orientais, dentre as quais a acupuntura. Há outros tipos de tratamento já reconhecidos pela sociedade, como a homeopatia, práticas corporais, como a yoga, meditação, relaxamento.

### **IHU On-Line – Quais os desafios que surgem a partir da hegemonia político-epistemológica da biociência e da disputa mercadológica atual no campo da saúde?**

**Charles Tesser** – Esse é um dos dramas, porque a tendência da especialização e as dificuldades da sociedade contemporânea, em função do capitalismo, cada vez mais vão acirrando o ambiente de

competitividade e de disputa. Temos, na área da saúde, uma competição entre as categorias profissionais, dos especialistas, pelas fatias do mercado. Afinal, as pessoas querem se estabelecer, trabalhar, ter um lugar na sociedade, com reconhecimento e remuneração. Isso é algo que tende a acirrar o processo de medicalização, no sentido de que as pessoas e as corporações querem abocanhar pedaços de técnicas, procedimentos, de fazeres como sendo seus.

### **IHU On-Line – O que deve ser levado em conta quando se fala de autonomia em saúde-doença?**

**Charles Tesser** – A maior parte do que as pessoas fazem em relação à própria vida e à saúde é por conta própria, ou seja, em um ambiente de cuidado doméstico, familiar, na sua rede de relações sociais. Uma parte das ações para se cuidar foi introduzida na cultura pelos próprios profissionais de saúde. No entanto, a autonomia diminui conforme aumenta a medicalização. E conforme aumenta a medicalização, se dissemina nas pessoas e nas populações uma sensação de insegurança e de incompetência para fazer as coisas que costumam fazer para enfrentar a vida: pequenos problemas, pequenas dores não necessariamente precisam gerar demanda de um profissional de saúde.

A ideia hoje é muito explorada em todo mundo, até nas próprias profissões acadêmicas da saúde, é que, dado o aumento da longevidade e a proeminência de doenças crônicas, deveríamos tentar trabalhar para incrementar, resgatar, valorizar ou estimular a autonomia das pessoas em geral, seja para terem mais segurança, tranquilidade e mais conhecimento, senso crítico e bom senso para se cuidarem por conta própria, seja para participarem dos cuidados que transcendem a esfera da competência leiga e que necessitam de um curador, um profissional de saúde.

De qualquer forma, temos um processo histórico que vem desde o fim do século XX, que é uma tendência de, na atuação profissional, exigir submissão, pouca autonomia; a gente faz e intervé. O médico dá o remédio, opera e a pessoa só cumpre ordens. Isso é frustrante, medicalizante e funciona muito mal.

**Nota:** A fonte da imagem que ilustra esta página é <http://migre.me/eIDIO>

## Ideologia do consumo da “saúde”: epidemia contemporânea

*Entrevista Especial com Rosangela Barbiani*

Para Rosangela Barbiani, na esteira dos grandes avanços da ciência biomédica e da biotecnologia, o século XXI protagoniza uma nova forma de relação entre a saúde e a doença

“Transitamos da cultura do combate às doenças à vigilância eugênica, onde o controle sobre a saúde e a doença estende-se ao controle da própria vida, não só na forma de geri-la, mas na forma de concebê-la e prolongá-la. A saúde passa a ser um produto que se adquire por meio de diversos dispositivos, resultado de um conjunto de investimentos físicos, espirituais e, sobretudo, materiais sobre um corpo social cada vez mais amedrontado com a finitude humana e seus enigmas. No mercado de oferta de serviços e mercadorias, a medicina clássica divide espaço com as ‘novas tecnologias’ que analgesiam o sofrimento humano, propagam a ‘felicidade’ e a vida longa, quiçá eterna. Os corpos que antes eram necessários para a tarefa civilizatória de erguer uma nação, hoje são cultuados como objetos de consumo para o mercado e mediatizados pela sociedade enquanto veículos da vida humana. No motor dessa nova sociabilidade imposta pelo capital está a indústria do consumismo”. A reflexão é da professora Rosangela Barbiani, da Unisinos. Na entrevista a seguir, concedida por e-mail para a **IHU On-Line**, ela explica que “para todos os males há um ‘remédio’ e para evitá-los basta seguir com disciplina e fé as profecias dos programas propagandeados na mídia televisiva, jornalística, eletrônica, radiofônica. No círculo que se estabelece, observa-se a posição dos sujeitos como seres-pacientes cada vez mais dóceis e receptivos às prescrições e prognósticos provenientes de complexos aparatos diagnósticos, hospitalares e de drogas quimicamente manipuladas”.

Rosangela Barbiani possui graduação e mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Atualmente é professora nos cursos de mestrado em Saúde Coletiva e mestrado profissional em Enfermagem e no curso de graduação em Serviço Social da Unisinos. É membro do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de São Leopoldo, na qualidade de representante da Universidade.

Confira a entrevista.

### **IHU On-Line – Como podemos definir o conceito de medicalização social?**

**Rosangela Barbiani** – Segundo a definição de Tesser, Poli Neto, Campos (2010) trata-se de um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários. Há ainda uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença.

### **IHU On-Line – Como a medicalização da vida social se relaciona com a indústria do consumismo?**

**Rosangela Barbiani** – Na esteira dos grandes avanços da ciência biomédica e da biotecnologia,



o século XXI protagoniza uma nova forma de relação entre a saúde e a doença. Transitamos da cultura do combate às doenças à vigilância eugênica, onde o controle sobre a saúde e a doença estende-se ao controle da própria vida, não só na forma de geri-la, mas na forma de concebê-la e prolongá-la. A saúde passa a ser um produto que se adquire por meio de diversos dispositivos, resultado de um conjunto de investimentos físicos, espirituais e, sobretudo, materiais sobre um corpo social cada vez mais amedrontado com a finitude humana e seus enigmas. No mercado de oferta de serviços e mercadorias, a medicina clássica divide espaço com as “novas tecnologias” que analgesiam o sofrimento humano, propagam a “felicidade” e a vida longa, quicá eterna. Os corpos que antes eram necessários para a tarefa civilizatória de erguer uma nação, hoje são cultuados como objetos de consumo para o mercado e mediados pela sociedade enquanto veículos da vida humana. No motor dessa nova sociabilidade imposta pelo capital está a indústria do consumo. Entre os vários ramos que a compõem está a indústria farmacêutica. No seu projeto expansivo, além de “vender a saúde” e de prescrever as novidades “revolucionárias” para seus clientes médicos, controla os contextos clínico-hospitalares e os ambientes de pesquisa. Os produtos sob forma de “promessas milagrosas” veiculam de forma silenciosa e permanente os valores da cultura consumista, penetrando no imaginário coletivo e nas relações sociais mais íntimas, agudizando o individualismo, a supervalorização do prazer, dos padrões massacrantes de beleza e saúde. Nessa lógica, a família também se torna um objeto de intervenção do mercado, um meio para facilitar o acesso a esses artefatos que prometem a cura e/ou a felicidade. No desempenho dessa função torna-se, ao mesmo tempo, uma incubadora de indivíduos movidos por essa cultura do consumo desenfreado.

**IHU On-Line – A partir da lógica do consumo e do mercado, quais são as necessidades de saúde da sociedade?**

**Rosângela Barbiani** – As necessidades da sociedade passam a ser aquelas que podem ser “saciadas” pelo mercado. Há aí uma lógica perversa

que inverte os sentidos das noções de demanda e necessidade. As necessidades que são por natureza produtos do viver no coletivo, no âmbito dos determinantes sociais da saúde e que remetem à discussão sobre desenvolvimento social e econômico são transmutadas para a ordem do individual, no nível de demandas por um determinado produto ou serviço. Assim, nossas “necessidades” passam a ser vigiadas e tuteladas pelo mercado, que invade nossa intimidade utilizando-se da pedagogia do consumo para nos convencer a resolver nossos problemas, comprando soluções. Para todos os males há um “remédio” e para evitá-los basta seguir com disciplina e fé as profecias dos programas propagandeados na mídia televisiva, jornalística, eletrônica, radiofônica. No círculo que se estabelece, observa-se a posição dos sujeitos como seres-pacientes cada vez mais dóceis e receptivos às prescrições e prognósticos provenientes de complexos aparatos diagnósticos, hospitalares e de drogas quimicamente manipuladas.

**IHU On-Line – O que podemos entender pela pedagogia da medicalização?**

**Rosângela Barbiani** – Utilizo este termo para chamar à atenção sobre o caráter histórico e educativo sobre qual os processos civilizatórios se constroem no tempo. As discursividades e seus mecanismos ideológicos incidem diretamente sobre nossos padrões culturais de vida e de consumo. São apreendidas socialmente, seja por transmissão ou por internalização, isto é, passam a ser instituídas e naturalizadas nas práticas sociais e nos comportamentos individuais como legítimas. Um exemplo disso é a automedicação e a proliferação do recurso aos medicamentos como a forma mais eficiente e rápida de resolver e até prevenir qualquer tipo de mal-estar. Essa prática, antes predominante na população idosa e adulta, agora é naturalmente disseminada entre os jovens e as crianças. Outra evidência dos tempos de medicalização da vida social está na geografia dos nossos bairros: ricos ou pobres são invadidos por farmácias, salões de beleza e, mais recentemente, por academias esportivas. Se o mercado se expande é porque há consumo. Se há consumo, um dos mecanismos que o move é a pedagogia da medicalização.

**IHU On-Line – Quais as características do processo de medicalização da família brasileira? Como entram aqui nessa questão o Estado, a higiene e a moral?**

**Rosângela Barbiani** – Quando analisei o processo de medicalização da família brasileira, encontrei o fenômeno “enraizado” em um curso civilizatório alicerçado em cinco configurações sócio-históricas:

a) na própria história da sociabilidade brasileira, onde a “família” é educada e moralizada de acordo com os ícones da “higiene cidadã”, impulsionadores do modo capitalista de pensar;

b) na contextualização histórica de como essa cidadania foi sendo produzida, ou seja: na forma como higiene, saber médico e controle social foram emoldurando perfis de infantes e jovens aptos à civilidade societal;

c) na forma como a ciência se legitimou nesse modelo biologizador do social e na produção de conhecimentos ratificadores da ordem posta; e por fim

d) na história da criação e operacionalização das políticas sociais, especialmente às de saúde e educação, como dispositivos estratégicos de afirmação da ideologia hegemônica de regulação pela via da medicalização da vida social;

Essas configurações determinaram a convergência de um cenário propício à intervenção na família colonial brasileira onde três fenômenos se associaram: a emergência da categoria infância “desvalida”, isto é, à mercê de uma família sem competências ao cuidado e proteção; a união estratégica das disciplinas educação e saúde, como instrumentos de combate à ignorância e doenças e, na sequência, a medicina e seus agentes como guardiões da proteção social na vigilância higiênica e sanitária. Na mediação política dessa rota civilizatória, estava o Estado, alinhando a ideologia higienista, não só com o seu apoio político, como na instituição de políticas e legislações correlatas. Essa ordem social atravessa os séculos, sofrendo mudanças, porém subsistindo no tecido social sua lógica e racionalidade.

**IHU On-Line – Que ideias a senhora apresenta no trabalho “A medicalização do fracasso escolar e a infância (mal)tratada”?**

**Rosângela Barbiani** – Abordo as relações entre a saúde e a educação no processo brasileiro de higienização dos costumes instaurado no início do século XX, quando o Brasil assume a identidade republicana. As escolas nascem incorporando um modelo de ciência e de educação em que os indicadores de desempenho escolar individuais foram se constituindo em mecanismos seletivos e definidores do sucesso e do fracasso dos alunos. A classificação dos comportamentos na relação binária normal-anormal, herdada com a invenção da infância moderna, produz a gestão controlada da exclusão, um dos mais graves mecanismos de violação de direitos. No passado recente, os alunos que não preenchiam os critérios de normalidade na aprendizagem eram objeto de tratamentos especializados, geralmente realizados por profissionais do campo da saúde. Seus diagnósticos: débeis, retardados, instáveis, emotivos, tímidos, deprimidos, tarados, desconfiados, perversos, fatigáveis, neuropatas e psicopatas, desajustados, desatentos, hipostênicos, adenoideanos, precoces, entre muitas outras designações. Hoje, com o vocabulário renovado, nomeamos nossos infantes de crianças e adolescentes “problemas”, colcha de retalhos, despaternalizados, agitados, agressivos, violentos, cacos, trapos, hiperativos, mal-educados, desinteressados, debochados, infratores, enfim, alunos “incomodativos”. Essas expressões, extraídas de encaminhamentos das escolas, aos serviços de saúde que analisei em uma pesquisa revelam a presença do fenômeno, reatualizado.

A medicalização da saúde escolar endereça as dificuldades dos alunos no processo de ensino a dificuldades exclusivamente pessoais (neurológicas, visuais, auditivas, de fala, psicológicas e/ou nutricionais) ou familiares. A noção de comportamento disfuncional é repassada à família, seja por sua forma de manejo “ao problema”, seja por sua autoridade em resolvê-lo. Entretanto, as famílias contemporâneas ressentem-se de um saber que já não é mais seu, na condução do tratamento às suas necessidades de saúde. O poder-saber é propriedade dos especialistas e dos mecanismos diagnósticos e terapêuticos disponíveis no mercado. Nessa lógica, as drogas do bom comportamento como o ritalin passam a ser desejadas e

ministradas como um antídoto ao fracasso escolar. Eis o impasse civilizatório a ser enfrentado: a infância (mal)-tratada!

**IHU On-Line – Gostaria de acrescentar mais algum comentário sobre o tema?**

**Rosangela Barbiani** – Vivemos uma epidemia contemporânea que podemos nomear de ideologia do consumo da “saúde” irradiada no seio da família, sendo seus efeitos ainda ignorados do

ponto de vista civilizatório. Nesse sentido, na dialética das rupturas e continuidades, a regularidade na qual a medicalização social se reconfigura é a silenciosa permanência da ideologia eugênica, nesse tempo alinhada à pedagogia do consumo, a serviço da avidez da sociedade do capital, forjada lado a lado à constituição de nossa formação social.

*Por: Graziela Wolfart*

## Medicalização do social: a relação entre a medicina e a escola

### *Entrevista Especial com Maria Stephanou*

Maria Stephanou defende que a medicalização da saúde e da vida não está ligada apenas a solucionar problemas de saúde, como as doenças, mas também a oferecer respostas para nossa satisfação com o corpo e com a qualidade de vida.

Ao refletir sobre os processos históricos da medicalização da saúde e da vida, a professora Maria Stephanou não acredita que a medicina tenha uma melhor resposta ou a mais acertada para as questões contemporâneas. “Mas dada a complexidade dos problemas que vivemos, ela tem sido frequentemente reconhecida como uma voz de autoridade entre outras”, explica, na entrevista que concedeu à **IHU On-Line** por telefone. E continua: “Não podemos perder de vista a dimensão histórica, porque isso não foi sempre assim. Talvez o xamanismo, o cristianismo ou outra religião possa ter tido um valor muito mais importante para responder aos dramas humanos em outros momentos. O importante é que não naturalizemos essa situação”. Segundo Maria, “para o campo da história da educação, medicalização é o processo crescente em que os saberes da medicina vão sendo utilizados ou atravessam as decisões, as práticas, as políticas e os processos educacionais e sociais. Isso se chama a medicalização do social”.

Graduada em História pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Maria Stephanou é mestre e doutora em Educação também pela UFRGS. Realizou seu pós-doutoramento na França (Paris) junto ao Service d’Histoire de l’Éducation do IFÉ – Institut Français de L’Éducation. É professora e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Educação da

UFRGS. Dentre outros, organizou *Histórias e memórias da educação no Brasil. Séculos XVI-XVIII* (Com Maria Helena Camara Bastos. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2011).

Confira a entrevista.

### **IHU On-Line – Pensando nos processos históricos da medicalização da saúde e da vida, o que mais mudou nos últimos anos?**

**Maria Stephanou** – A importância da medicina, desde a Modernidade até nossos dias, é fundamental. O campo médico se consolidou como um campo de saber e, portanto, passou a exercer um poder fundamental na história ocidental. O conjunto de saberes produzido pela medicina, como estão relacionados ao que consideramos a vida, o cuidado e as alternativas da vida frente à morte, foi adquirindo paulatinamente um reconhecimento, uma legitimidade, que é central até os dias de hoje. Até porque atualmente, diferentemente do passado, a medicina como um campo de saber e de poder continua nos oferecendo respostas para o que constituímos a cada momento da nossa história como dramas humanos, por exemplo, o envelhecimento ou nosso sentimento subjetivo de autoestima, que está relacionado às transformações que podemos promover no nosso corpo. A medicina não nos protege apenas da doença, mas pode nos dar uma satisfação pessoal em relação ao que ela é capaz de fazer com o nosso corpo. Então, a medicalização da saúde e da vida não está ligada apenas a solucionar problemas de saúde, como as doenças, mas também a oferecer respostas para nossa satisfação com o corpo e com a qualidade de vida. Essa é uma explicação importante para entender a proeminência para

várias questões que vivemos na contemporaneidade, em que uma autoridade ligada ao campo da medicina invariavelmente é chamada para tentar dar explicações. Vivemos situações de violência em que a mídia televisiva chamará alguém do campo da medicina, aqui pensado em sentido muito amplo, envolvendo a medicina mental, social, do corpo, clínica, psicologia, psiquiatria, todas essas derivações. Não é fácil que o cidadão comum constatare que para vários problemas, seja de ordem educacional, da violência urbana ou do ascenso de algumas epidemias, são chamadas autoridades, especialistas de um saber que consideramos legítimo, que é o saber da medicina.

**IHU On-Line – Essa necessidade de buscar explicações na medicina como um campo de saber para vários fenômenos do cotidiano é parte da tendência do ser humano que pende cada vez mais para a racionalização da existência?**

**Maria Stephanou** – Não sei explicar. Ao mesmo tempo em que os saberes médicos que são indiscutivelmente, no nosso momento histórico, reconhecidos como saberes científicos, acompanhamos a ascensão de outros campos que não são considerados como ciência. Nunca as pessoas procuraram tanto os procedimentos alternativos, holísticos, esotéricos. A própria medicina reconhece aquilo que antes não reconhecia como científico, tendo muita importância para isso que chamamos de atenção integral ao indivíduo, seja do ponto de vista emocional, psíquico ou do ponto de vista biológico e físico. Saberes e conhecimentos como o da acupuntura ou da homeopatia, ou mesmo saberes populares que antes não eram valorizados, em muitos casos, são reconhecidos por profissionais que tiveram uma formação essencialmente científica e pragmática como necessários para encontrar respostas aos dramas humanos de seus pacientes ou de uma coletividade. Não creio que a medicina tenha uma melhor resposta, ou a mais acertada. Mas dada a complexidade dos problemas que vivemos, ela tem sido frequentemente reconhecida como uma voz de autoridade entre outras. Não podemos perder de vista a dimensão histórica, porque isso não foi sempre assim. Talvez o xamanismo, o cristianismo

ou outra religião possa ter tido um valor muito mais importante para responder aos dramas humanos em outros momentos. O importante é que não naturalizemos essa situação. Nós nos deparamos com explicações, às vezes, de um psicólogo ou de um psiquiatra, ou de um historiador para um acontecimento na mídia e ficamos em dúvida. Muitas vezes o cidadão comum pensa: “mas essa é uma das explicações possíveis dentre outras. Ela não me basta”.

**IHU On-Line – Como a senhora analisa a proliferação de discursos médicos tematizando as relações da medicina com a educação? Como aparece aí a questão da medicalização?**

**Maria Stephanou** – A escola é uma ambiência que traz uma diversidade incrível. As crianças em grande número se reúnem nas escolas e, portanto, todas as questões das nossas diferenças na vida, na sociedade, também aparecem lá. Desde o século XX, o campo da medicina formulou um conjunto de discursos em que se sustentava que o campo da pedagogia não possuía um conhecimento científico das crianças. Por exemplo, agrupava as crianças por idade em vez de fazê-lo segundo suas capacidades; não sabia interpretar determinados distúrbios porque os pedagogos não tinham uma formação científica. Com isso, foi crescendo a legitimidade dos discursos médicos para explicar os fenômenos do campo da escola, da educação. Os anos 1930 são muito ilustrativos para falar disso. Vários estudos mostram não apenas a questão da higienização, que vai progressivamente ser superada, mas a ideia da apropriação pela pedagogia dos testes para ver qual o índice de desenvolvimento intelectual de uma criança, para classificar as dificuldades de determinadas crianças que não se enquadravam no modelo de “aluno ideal” da escola. E a presença dos médicos foi muito forte nesse contexto. Eles não apenas examinavam as crianças e os professores, mas propunham currículos com os temas ligados à saúde, à higiene, à sexualidade, propunham disciplinas para serem desenvolvidas na escola e estavam presentes também nos cursos de formação de professores. Hoje talvez a presença da medicina se faça por outros caminhos,

embora a escola sempre seja o lugar mais apropriado para encontrar crianças, fazer campanhas de conscientização, de difusão de determinadas práticas que se consideram mais saudáveis.

**IHU On-Line – Qual a relação entre a medicina social preventiva e a educação? E como a medicina preventiva se contrapõe à lógica da medicalização da vida?**

**Maria Stephanou** – Primeiramente, é preciso deixar claro que eu não entendo a medicalização como sinônimo de medicar alguém. Para o campo da história da educação, medicalização é o processo crescente em que os saberes da medicina vão sendo utilizados ou atravessam as decisões, as práticas, as políticas e os processos educacionais e sociais. Isso se chama a medicalização do social. Quando falamos em medicalização do campo da educação, estamos nos referindo ao processo que levou a que o campo da educação pensasse e produzisse várias ações, campo este informado e pautado pelos saberes da medicina. Não existe nenhum cientista social que se colocará contra a atuação da medicina no campo da prevenção, pois ela é fundamental. Se eu tenho um conjunto de conhecimentos produzido e que diz para a sociedade que, se ela não modificar seu modo de viver, seu estilo de vida, sua alimentação, ela aumentará sua exposição e vulnerabilidade à morte precoce, então a prevenção está aí. O problema é quando achamos que vamos solucionar todas as questões que enfrentamos como sociedades humanas apenas recorrendo a um determinado campo de saber ou a um conjunto de discursos, como muitas vezes se acredita que a medicina seja a nossa única salvação.

**IHU On-Line – Quais os riscos da chamada “medicalização do fracasso escolar”?**

**Maria Stephanou** – Uma das dimensões da discussão sobre o fracasso escolar é tributar o insucesso ao indivíduo. Há uma grande carga de culpabilização do indivíduo com relação àquilo que chamamos de fracasso escolar. Esse fracasso pode ser o insucesso na escola, mas também podemos pensar na expulsão da escola, por não conseguir acompanhar e evadir da instituição. Essa também é uma forma de fracasso e não só do indivíduo, mas da escola também. O que leva uma criança a fracassar, do ponto de vista do insucesso escolar, da reprovação ou da evasão, é um conjunto muito variado de causas, de motivos. O problema da medicalização é atribuir o insucesso a uma deficiência do indivíduo. Hoje sabemos que o primeiro princípio é o de que todos são capazes de aprender. Minha preocupação é quando nós tributamos a culpa e constituímos o sujeito como alguém que tenha uma patologia e, portanto, deve ser medicalizado. E daí nos eximimos do nosso papel como educadores de formular estratégias adequadas a esse sujeito e delegamos a que um medicamento ou um tratamento médico irá solucionar o problema da criança. Pode haver situações assim, mas elas não podem ser tomadas como regra. Quando elas começam a aumentar, quando a solução passa a ser recorrentemente essa, temos que dar um grito de alerta. Não é possível que todas as crianças que fracassam na escola sejam doentes e precisem ser medicadas.

*Por: Graziela Wolfart*

## Saúde e tecnologia. A busca da imortalidade

*Entrevista especial com Luis David Castiel*

“A saúde é uma condição desejada, mas que também se apresenta como um estado prescrito, uma posição ideológica e a instituição de preceitos morais”, diz o médico.

Apesar de os avanços tecnológicos serem visíveis nas práticas biomédicas, é importante “referir que há uma sedução específica das tecnologias de aprimoramento como instrumentos para supostamente produzir um projeto humano melhor para a humanidade”, adverte Luis David Castiel em entrevista concedida à **IHU On-Line** por e-mail.

Segundo ele, na tentativa de controlar a vida, estamos vivendo “sob o regime da ética utilitarista onde todo o indivíduo tem direito a seus próprios prazeres e benefícios, arcando com seus custos. Há indícios que mostram a coexistência da responsabilidade pessoal com o consumo das tecnologias de aprimoramento em um contexto de riscos e incertezas. Assim, isso demanda que cada um deva ser planejador e gerente de sua vida (e, claro, de sua saúde) de maneira que, pelo menos em parte, devemos idealmente ser todos responsáveis pelo sucesso ou fracasso na vida”.

O uso das tecnologias na área da saúde, assinala, tem aspectos negativos e positivos, pois “não necessariamente se sujeitam ao que queremos que façam, até porque interferem com nossa subjetividade”. E acrescenta: “Mesmo correndo o risco de exagerar e cair numa caricatura, em muitos casos, parece que, para deixar seu mau estilo de vida, as pessoas podem ter de passar por um processo de conversão de um estado pecaminoso para um virtuoso, em busca de se redimir de suas falhas e fraquezas morais e se tornar outra pessoa – melhor”.

Luis David Castiel é graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, mestre Medicina Comunitária pela University of London, doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, e pós-doutor pelo Departamento de Enfermeria Comunitaria, Saúde Pública y Historia de la Ciencia da Universidade de Alicante, da Espanha. É pesquisador titular do Departamento de Epidemiología e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. É professor permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e do Programa de Pós-graduação de Epidemiologia em Saúde Pública.

Castiel estará hoje, 15-04-2013, no Instituto Humanitas Unisinos – IHU, às 17h, ministrando a palestra *Como restringir seu apetite naturalmente – Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar*. O evento integra o I Seminário em preparação ao **XIV Simpósio Internacional IHU** a ser realizado em outubro de 2014.

Confira a entrevista.

**IHU On-Line – Desde quando e por que a saúde passou a ser vista como um “produto de compra e venda”?**

**Luis David Castiel** – Antes de tudo, cabe caracterizar que o termo “saúde” está repleto de complexidades que envolvem juízos de valor, hierarquias e pressupostos não explicitados. Na situação em foco, em termos esquemáticos, trata-se de encarar a saúde como mercadoria/serviço que se produz e se consome historicamente de diversas formas através de diferentes agentes, práticas e instituições públicas e privadas no âmbito da evolução mais recente do capitalismo. Nesse caso,

importa especificar que o contexto atual do campo da saúde está marcado, seguindo a pesquisadora holandesa Annemarie Mol, pelas questões geradas pela tensão entre a lógica da escolha do consumidor e a lógica do cuidado de quem adoece, em tempos de neoliberalismo, ciência empiricista, práticas de gestão racional e eficácia instrumental. Para ela, tal tensão entre a lógica do cuidado e a lógica da escolha do paciente como consumidor se situa dentro do cânone neoliberal do direito supostamente autônomo de decidir e a liberdade de escolha no mercado quanto ao que consumir em nome da saúde.

**IHU On-Line – O senhor afirmou recentemente que a saúde está se tornando o local de uma nova moralidade. Pode nos explicar essa ideia?**

**Luis David Castiel** – A saúde é uma condição desejada, mas que também se apresenta como um estado prescrito, uma posição ideológica e a instituição de preceitos morais. Como exemplifica Jonathan Metzl, estes aspectos são passíveis de se apresentar, por exemplo, quando vemos alguém fumando um cigarro e assumimos o julgamento consagrado médica e epidemiologicamente de que “fumar faz mal à saúde”. Isto se pode vir também acompanhado de outro juízo: “quem fuma pode não ser uma boa pessoa”. Isso porque, mesmo sabendo que faz mal, não consegue escolher o correto para ela – que é parar de fumar. A partir daí, pode-se atribuir esta recalcitrância a alguma fraqueza de caráter, falta de força de vontade. Ou mesmo uma vez que se estabelece que o fumante sofre de um transtorno de adicção, deve ser tratado medicamente com antidepressivos específicos.

Sem considerar situações importantes de falta de opções à atenção de saúde ou formas restringidas por planos de saúde, as decisões que as pessoas que podem atuar como agentes consumidores tomam em relação às formas de levar suas vidas em termos de saúde, hoje, em dia devem levar em conta sua liberdade de escolha e seu direito de decidir livremente no mercado – mas satisfazendo as premissas de **a)** poder atuar como agentes de consumo supostamente autônomos; e **b)** tomar decisões bem informadas pelos conhecimentos científicos disponíveis no sentido

de manter a saúde e, mais adiante, a longevidade com vitalidade.

Seguindo o raciocínio anterior de Annemarie Mol, importa enfatizar que a lógica do consumidor simplifica a relação entre fins e meios. Se você escolher para onde ir e tiver condição de compra, as tecnologias são capazes de levá-lo a um lugar tecnologicamente definido. Para o bem e para o mal. Isso porque as tecnologias podem ser estranhas, pois não necessariamente se sujeitam ao que queremos que façam, até porque interferem com nossa subjetividade. Mesmo correndo o risco de exagerar e cair numa caricatura, em muitos casos, parece que para deixar seu mau estilo de vida, a pessoa pode ter de passar por um processo de conversão de um estado pecaminoso para um virtuoso, em busca de se redimir de suas falhas e fraquezas morais e se tornar outra pessoa – melhor...

Na lógica do consumidor, a boa decisão depende do balanço adequado de custos e benefícios dos cursos de ação – dentro de um modelo contábil, racional, calculável de prós e contras, ganhos e perdas. Na lógica do cuidado, o balanço é importante, mas não como custos e benefícios a partir de variáveis fixadas, controláveis, pois, em certa medida, neste caso, as variáveis são variáveis, não exatamente controláveis para cada caso. Algo acontece para além da planilha das contabilidades da saúde. Pergunta do lado da lógica do cuidado: como incluir tratamentos escolhidos criteriosamente para sua vida cotidiana particular sem afetar (muito) outras coisas que são particularmente singulares e importantes para cada pessoa? Ou será que o que realmente importa para cada um sofre inapelavelmente a influência poderosa dos valores da cultura contabilista racional dominante? É difícil responder a estas indagações. Mas elas se colocam se considerarmos que na lógica do consumidor, escolher implica que há responsáveis pela escolha, ou seja, existe a possibilidade de culpabilização pela falha – há uma esfera moral conjugada a ela. Já a lógica do cuidado não impõe culpa, convoca à dedicação insistente; a ação não provém de uma decisão moral. E importante: a lógica do cuidado não possui esfera moral separada.



**IHU On-Line – Hoje se fala muito em propostas de prevenção à saúde, como alimentação saudável, prática de exercícios etc. Trata-se de uma boa maneira de evitar problemas de saúde futuros ou tais propostas apenas alimentam uma lógica mercantilista de saúde?**

**Luis David Castiel** – Diante da pergunta formulada, creio que uma forma de conduzir a resposta para um rumo consequente é focar a questão crucial para a ideia de saúde que é posta pela nossa finitude. Segundo Zygmunt Bauman, as preocupações com longevidade e imortalidade são sintomas do medo primordial da morte como manifestações do espírito da época e que servem à mercadorização deste medo. Simplificadamente, as estratégias conhecidas para que se lide com o conhecimento da finitude seriam: **a)** construir pontes entre vida e morte através da promessa de vida eterna da alma; **b)** encenação cotidiana de mortes de pessoas desconhecidas (banalização), perdas dolorosas de pessoas próximas (com variação de vínculos afetivos) e, também há a morte metafórica pela separação amorosa; e **c)** mudança do o foco da atenção para vigilância e controle das causas de morte (riscos) e consumo de práticas que acenam para a longevidade que aparentemente parecem garantir mais tempo de vida terrena, que vamos nos deter.

Para além das fórmulas consideradas não racionais de vida celestial (pela virtude, através da alma imortal), de permanecer para a ‘posteridade’ (fama individual) – por atos heroicos ou reconhecimento público de outra ordem, agora existem narrativas morais que indicam que a razão tecnocientífica e o mercado poderão adiar o sofrimento e a morte ou, mesmo, nos salvar. A morte é desconstruída, sintonizada com o espírito da modernidade através da fatorização e vigilância constante em busca da prevenção integral dos riscos. Missão que tende a falhar diante dos seus inevitáveis limites – não é possível a prevenção efetiva de todos os riscos que possam vir a nos afetar. Possivelmente, nem mesmo de grande parte deles. Talvez, quem sabe, segundo alguns visionários, em um futuro não tão distante, seja possível que a tecnologia permita que nos fusio-nemos com artefatos e tecnologias de inteligência

artificial e assim alcancemos uma peculiar forma de imortalidade... Claro, desde que possamos ar-car com os custos deste empreendimento.

**IHU On-Line – Quais os desafios postos à área da saúde diante da revolução tecnológica? Diante da revolução tecnológica, quais os ganhos e perdas para a área da saúde? Quais são as potencialidades e riscos da tecnociência contemporânea?**

**Luis David Castiel** – No campo da saúde, são obviamente inegáveis as vantagens dos avanços tecnológicos nas práticas biomédicas. Em termos sintéticos, os recursos diagnósticos, clínicos, cirúrgicos e terapêuticos disponíveis são impressionantes e garantem efeitos benéficos para aqueles que têm acesso a eles.

Mas considero importante dizer que há uma sedução específica das tecnologias de aprimoramento (por exemplo, através da engenharia genômica, da farmacologia, das cirurgias plásticas, das neurociências) como instrumentos para supostamente produzir um projeto humano melhor para a humanidade. Mas qual seria este projeto? Os que tentam ocupar o lugar de consumidores têm a tendência de se ver situados como gestores de projetos de vida que são configurados, organizados, escolhidos, comparados com outros projetos e, enfim, devem ser vividos em sua imaginada plenitude em termos de autossatisfação. Isso talvez até seja uma possibilidade de interpretação realista quanto ao real significado subjacente à expressão popular “correr atrás do seu sonho”...

Estamos sob o regime da ética utilitarista, onde todo o indivíduo tem direito a seus próprios prazeres e benefícios, arcando com seus custos. Há indícios que mostram a coexistência da responsabilidade pessoal com o consumo das tecnologias de aprimoramento em um contexto de riscos e incertezas. Assim, isto demanda que supostamente cada um que possa deva ser planejador e gerente de sua vida (e, claro, de sua saúde) de maneira que, pelo menos em parte, devemos idealmente todos ser responsáveis pelo sucesso ou fracasso na vida (e na extensão de nossas vidas). Algo que pode trazer um grande peso cotidiano sobre as costas de cada um de todos nós e,

eventualmente, consideráveis doses de mal estar para serem geridas ao longo da vida.

**IHU On-Line – Em entrevista recente, o senhor disse que o papel mais importante da saúde pública é enfrentar e criticar o poder econômico altamente concentrado sob a forma de corporações que produzem medicamentos, equipamentos e alimentos. Como mudar essa lógica?**

**Luis David Castiel** – Essa é uma pergunta que não cessa de se apresentar, muitas vezes trazendo implicitamente as enormes dificuldades de escapar desta lógica hegemônica. Em termos populares, representada pela expressão: “é assim e não tem jeito”. Para poder encaminhar a resposta diante das dificuldades de pensar em alternativas, vamos partir de um comentário do psicanalista e filósofo S. Zizek quando diz que, a rigor, dentro desta lógica temos pouquíssimas escolhas e que nossas sociedades nunca foram mais fechadas nelas mesmas do que hoje. Somos assediados com escolhas a (nos) consumir o tempo todo. Mas, na verdade, temos pouquíssimas opções reais. O cardápio está definido e não há alternativas fora dele. É pegar ou largar. Diante de nós, vale repetir, o grande modelo é o do sujeito liberal que se interessa por sua autossatisfação, que deve ser

acompanhada por uma conduta de pura sobrevivência, sem qualquer senso de compromisso histórico. Neste momento, se coloca a necessidade de confrontar as obscenidades e cinismos naturalizados deste capitalismo global que se transformou na realidade que nos rodeia e define nossas categorias de análise, além de influenciar nossa subjetividade. Então, aqui, importa pensar numa transformação da imaginação ético-política. Um empenho neste sentido é o de politizar a ética de modo a problematizar e procurar reduzir o vigor naturalizante da padronização normativa dual hegemônica que gera uma tensão paradoxal entre poderosas demandas e pressões no sentido dos imperativos das exigências de autossatisfação pré-moldada. E, ao mesmo tempo, tendo que lidar com a insistência das múltiplas narrativas de autocontrole, moderação, restrição – que sustentam o “sonho-meta” da ampliação ao máximo que as tecnologias podem proporcionar atualmente em busca da longevidade com vitalidade. Infelizmente, esta expectativa aumenta consideravelmente os teores cotidianos de ansiedade a este respeito. Paradoxo revelado com senso de humor por Woody Allen: “você pode viver para chegar aos cem anos se você desistir de todas as coisas que fizeram você querer viver até os cem anos.”

*Por: Graziela Wolfart*