

Tópico 2
Correa MV. O processo de
medicalização. In: Idus
terolobus reprodutiva e limites
da biotecnologia ou biologia. Esse
limite?

1

O processo de medicalização

Como indicado na apresentação, as análises aqui desenvolvidas sobre as novas tecnologias reprodutivas e a apropriação do desejo de filhos e de reprodução por elas promovida têm como foco importante a questão da medicalização social. Como esta pode se referir a uma série muito diferenciada de fenômenos, quando se fala em medicalização é necessário especificar alguns aspectos que podem ser associados ao termo.⁵ Por um lado, ele foi amplamente utilizado, a partir da década de 1960, em estudos de análise e crítica do consumo médico. Nessa perspectiva, a medicalização pode ser entendida como a forma pela qual a continuada evolução tecnológica vem modificando a prática da medicina, por meio de inovações na área de métodos diagnósticos e terapêuticos, da indústria farmacêutica, de equipamentos médicos, evolução que tem como corolário um aumento exagerado no consumo de atos médicos e notadamente de medicamentos.

⁵ Um dos primeiros autores a realizar análises sociológicas sobre as relações entre doença, medicina, papel social do doente e do médico na sociedade contemporânea foi Talcott Parsons (1951). Para ele, a medicina ocuparia um lugar no sistema social, ligado não apenas ao valor atribuído à saúde, à vida e à morte, mas sobretudo a seu papel na divisão social de tarefas e funções entre as profissões. A medicina caberia a promoção da reintegração social do doente de modo a evitar que o benefício secundário da doença viesse prolongar o afastamento do indivíduo doente de sua participação na vida social e no trabalho. Apesar de se dever assinalar aqui a importância de sua contribuição a esse campo de conhecimento, sua abordagem não tem influência relevante no presente trabalho.

⁶ Embora, neste estudo, tecnologia médica esteja sendo entendida como novas formas de intervenção tais como fertilização *in vitro*, medicina preditiva de base genética, pesquisas e terapias gênicas,

Por outro lado, o termo medicalização é muito empregado também quando se quer fazer referência ao jogo de interesses envolvido na própria produção de atos médicos que implicam uma expansão de lucros na comercialização de serviços, equipamentos, produtos, em particular associada à proliferação tecnológica.

Outro aspecto ao qual pode se referir o termo medicalização social é a redefinição de eventos fisiológicos como gravidez, parto, menopausa, envelhecimento, assim como comportamentos sociais desviantes – alcoolismo, uso de drogas, inadaptação ao trabalho, agressividade, formas de exercício da sexualidade. Essa redefinição tem, circularmente, efeitos tanto sobre o consumo médico quanto sobre a produção de conhecimentos pela medicina e as representações comuns (aspectos que não podem, de fato, ser separados). Todos esses fenômenos submetidos à normalização médica discursiva acabam remetidos à intervenção de alguma prática especializada, sendo as novas tecnologias reprodutivas, com suas propostas de medicalizar a ausência de filhos, um dos exemplos mais recentes. Nesse último caso, estaria pressuposta uma norma – da maternidade e/ou da reprodução – cujo desvio viria a ser legitimamente corrigido por meio das propostas de intervenção tecnológica que resultam em bebês de proletera.

Sem dúvida, cada caso específico conduz a problemáticas particulares com conseqüências sociais diversas. Eles estão agrupados aqui com o intuito de assinalar o fato de a medicalização caracterizar-se, basicamente, pela possibilidade de ser ilimitadamente ampliada, de tal forma que qualquer aspecto da vida social e individual é passível de vir a ser redescrito em termos médicos.⁷

o termo tecnologia médica pode efetivamente ser aplicado a todo tipo de drogas, aparelhos, procedimentos médicos diagnósticos, cirúrgicos e até mesmo a um tipo de suporte organizacional na forma como o cuidado médico é administrado (Calnan e Williams, 1992).

⁷ O combate aos diversos aspectos da medicalização social teve grande expansão, sobretudo na década de 70, chegando a constituir focos de debate social, como ocorreu, por um lado, com a crítica às formas tradicionais de abordagem médica de desvios sociais; e por outro, com a denúncia do aumento progressivo do consumo médico implicado na expansão tecnológica da medicina, no combate à intensa farmacologização da prática clínica e à progressiva multiplicação de atos diagnósticos. Esse movimento crítico não conseguiu reverter tais tendências, mas conheceu um forte impacto social e foi em grande parte responsável pela modificação do mercado de oferta de serviços médicos, com o ressurgimento da homeopatia, da acupuntura e de todo um conjunto de práticas

O conjunto de recursos técnico-científicos voltado para a realização do "bem-estar físico e mental" do homem de que dispõe a medicina moderna tem, efetivamente, produzido medicalização. Isto é, de um lado, ampliação de atos, produtos e consumo médico; de outro, interferência da medicina no cotidiano das pessoas, por meio de normas de conduta e padrões que atingem um espectro importante de comportamentos individuais. Contraditoriamente, amplia-se o número de doenças para as quais os progressos da medicina não podem dar a resposta esperada pelos doentes. Esses progressos muitas vezes contribuem para aumentar o sofrimento que deveriam aliviar, prolongando tratamentos caros e debilitadores. O avanço da medicalização para toda e qualquer situação de vida, em seus casos-limite, tem negado de forma radical a relação entre medicina e cura, ao prolongar indefinidamente a vida, a ponto de impor-se a medicalização da morte, cogitada na problemática da eutanásia dentro da prática médica.

A afirmação de Foucault (1977: 59) no início da década de 1960 – "o leito do doente é fonte primeira e norma constante... Todas as revoluções da medicina foram feitas em nome desta experiência" –, ainda que entendida de forma mítica, fica definitivamente abalada com o tipo de desenvolvimento de base tecnológica que se deu e continua a se dar de forma sustentada na medicina. O "interesse do doente" que, como ideal, pode ter orientado e justificado a medicina em seus progressos, fica cada vez mais difícil de ser definido. As formas atuais de organização da medicina e a complexidade da tecnologia a elas associada complicam bastante o que possa ser medicamente delimitado como *interesse* pela cura ou pelo bem-estar e, em muitos casos, afastam ou aprofundam o afastamento das pessoas comuns das tomadas de decisão relativas ao próprio corpo, ao seu bem-estar e, no limite, ao destino de suas vidas.

A tendência de aprofundamento da "mistura" entre clínica médica e pesquisa não se dá sem problemas. Assim, é possível falar, ainda hoje,

que acabaram sendo identificadas como medicinas alternativas. Em outros casos, a crítica ao poder e intervencionismo médico teve repercussões políticas mais fundamentais, induzindo mudanças ou introduzindo tensões persistentes no discurso médico hegemônico, como no campo da saúde mental.

em uma cultura do atendimento e do cuidado, da relação médico-paciente, do enfrentamento da dor e do sofrimento dentro de tal relação, e numa outra cultura, a da pesquisa. Esses pólos, ainda que cada vez mais aproximados, não se confundem, e desconhecer seus limites pode trazer mais dificuldades do que soluções.

Tal tendência culminou, no campo da prática médica, no surgimento da figura do *expert* em bioética e de comitês onde ela é discutida – concebidos como a forma de melhor definir aquele interesse e de controlar nossa medicina atual. A criação dessa nova instância atesta não apenas a impossibilidade de a medicina, em seu estado atual de organização, propor ou definir, em seu cotidiano, a prática médica mais adequada à saúde, como aponta a necessidade de normalização e controle dos próprios atos médicos.⁸

Apesar desses fatos, é comum que certas terapêuticas ligadas às novas tecnologias médicas, mesmo tendo abandonado sua função de curar doenças, e independentemente de sua eficácia, apareçam como desejadas, e não sejam vividas pelos indivíduos como ameaças ou medidas de intervenção em suas vidas. Esse parece ser o caso da medicalização do desejo de filhos, com as propostas médicas de bebês de proveta, óvulos e espermatozoides doados e trocados, embriões congelados em laboratório etc. Isso pode ser entendido, em parte, em função do processo pelo qual a medicina se tornou um dispositivo de controle do comportamento social – notadamente na área da sexualidade e da reprodução –, em muitos pontos pressuposto nas atitudes relativas à reprodução assistida.

MEDICINA E INDIVÍDUO: NORMALIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO

Em trabalho anterior, que teve como ponto de partida o problema da percepção e da prevenção individual da Aids – em particular a trans-

⁸ O último modelo de medicina que vem sendo construído como hegemônico, propõe o reconhecimento de que sem a genética, sem a medicina genética, “muito pouco” pode ser feito pela saúde dos indivíduos. Para podermos vir a ser bem tratados, estaríamos aguardando a insulação definitiva dessa revolução da biomedicina (mais uma), que é a terapia gênica (ou genética). Paradoxalmente, aquela que seria a melhor das medicações – a genética – e portanto, a mais esperada, traz,

Stoums
- 1991 -

missão sexual dessa doença –, discutimos os desenvolvimentos do processo de intervenção na sexualidade realizada pela medicina, no qual, historicamente, a reprodução é referência fundamental. O problema do controle da transmissão sexual dessa doença nos levou a estudar modelos historicamente constituídos de medicalização da sexualidade. Evidencia-se um desdobramento do processo de medicalização, de um modelo centrado na reprodução e na categoria de população em um outro que tem como base a subjetividade e o individualismo, sendo este último, na verdade, uma versão “mais moderna”, resultante de prolongamentos do mesmo processo; os dois modelos coexistem contemporaneamente, ainda que alguns de seus traços possam, por vezes, ser conflitantes (Corrêa, 1991).

Algumas daquelas análises estão implicadas na presente discussão, na medida em que, para nós, a reprodução assistida é a manifestação mais recente desse processo de medicalização social que tem por base, atualmente, o primado da tecnologia e um forte apoio nas formas contemporâneas de comunicação de massa para a expansão do mercado de novas técnicas e serviços médicos.

Assim, pensar a medicalização implica, para além do consumo de serviços e de cuidados médicos, em considerar a interferência do discurso e da prática médicos, bem como de disciplinas medicamente coordenadas, como a psicologia e a biologia, na construção do sentido e da significação da própria idéia de vida e de processos vitais – corpo, saúde, doença, morte, prazer e sofrimento – que estão ligados e determinam aqueles outros aspectos da medicalização. Logo, a medicalização, definida como um processo pelo qual o modo de vida dos homens é normalizado pela medicina e por meio do qual os indivíduos se constituem, não se dá, nas sociedades modernas, separadamente daquele mais amplo e mais profundo, que é o processo de individualização, o que indica a necessidade de discutí-los de forma correlata.

junto de suas promessas, potencialidades ameaçadoras, e coloca, desde já, como exigência para seu funcionamento, a instalação de um tipo de controle como o representado pelo comitê de bioética e a profissionalização de seus membros.

⁹ Não sendo possível empreender uma discussão sobre a questão do indivíduo e do individualismo e sua relação com a medicina em uma extensão satisfatória no escopo deste trabalho, fica indicada

A medicina moderna, enquanto prática social, não encontra um indivíduo autônomo sobre o qual agir; ao contrário, ela é daquelas práticas – talvez a mais potente, uma vez que mobiliza questões como a imagem do corpo, a dor, a morte, além de historicamente ter sido fundamental na disciplinarização do corpo para o trabalho – pelas quais o indivíduo se constitui e constrói a valorização do cuidado de si, as normas de higiene, as necessidades em termos de saúde, o combate ao mal-estar e ao sofrimento causado pelas doenças.

Ao contrário, a medicina antiga postulava um princípio curativo da natureza, concebido como modo inato de relação do homem com o meio que conduz ao equilíbrio, princípio descrito como instinto dirigido para o bem e, conseqüentemente, para a saúde.¹⁰ Ao lado do *poder curativo da natureza*, o discurso médico que dominou a medicina até o século XVII dava grande destaque à questão do *regime*. Interessa ressaltar nesses dois princípios a idéia de que, para a conservação da saúde, não caberia o recurso a um discurso especializado nem a ajuda de especialistas. Qualquer um, com vistas ao alívio de seu sofrimento, poderia apreender e interpretar o instinto curativo da natureza. E na concepção dietética, mais do que isso, cada um deveria, numa relação consigo mesmo, realizar suas escolhas e conduzir-se com vistas à manutenção da saúde e à prevenção e cura das doenças.¹¹

uma bibliografia na qual essa discussão pode ser encontrada: Boltanski (1984); Costa (1978); Donzelot (1980); Foucault (1979); Muchenbled (1988); Sennet e Foucault (1981); Van Ussel (1980).

¹⁰ A concepção hipocrática da saúde e da doença é correlata à visão de mundo segundo a qual o mundo é finito e ordenado: cada coisa no Universo tem seu lugar próprio segundo um valor, constituindo uma hierarquia perfeita. A física antiga se ocupava em descobrir a "tendência natural para o lugar certo" de todos os entes conhecidos. O naturalismo da medicina antiga pode ser visto como a transposição dessa concepção do mundo físico para os problemas do campo da saúde (Koyré, 1980). De fato, na medicina antiga e mesmo durante os séculos posteriores em que a teoria humoral dominou as interpretações sobre a saúde e a doença no Ocidente, a questão de intervenções eminentemente curativas, com exceção das que se poderiam considerar cirúrgicas, não tiveram papel proeminente na prática médica. O *Corpus Hippocraticum*, por exemplo, não tinha nenhum tratado farmacológico (Sigerist, 1981).

¹¹ Sobre a temática do "médico de si mesmo" que perpassou uma longa tradição na medicina ocidental até o século XVII, conferir Foucault (1977) e também Axixá-Shuster (1971). Essa questão foi discutida pela autora em trabalho já citado (Corrêa, 1991) e retomada posteriormente (Corrêa, 1994).

Em sua análise do tema do cuidado de si, Foucault (1985) indica a imbricação, no pensamento antigo, entre o conhecimento que se tem dos processos de saúde e de doença (medicina) e a dimensão ética da existência (filosofia). O regime não constituía um corpo de normas previamente estabelecidas a ser universalizado, nem implicava obediência ou subordinação ao saber de um especialista. A única regra universal para as escolhas individuais era a que prescrevia o uso da reflexão e da prudência na procura do estabelecimento do regime ideal de cada pessoa. Como as condutas não eram codificadas em termos de normalidade ou de anormalidade, não se colocava a necessidade de eliminação de uma ou outra forma de conduta considerada em si mesma patológica ou nociva à saúde. Em vez disso, valorizava-se uma prática reflexiva de cada indivíduo sobre seu próprio corpo no sentido de encontrar a forma de bem-viver em saúde, dentro de uma prática social mais ampla da "cultura de si".¹²

À amplitude da perspectiva filosófica presente na medicina até o século XVIII opõe-se uma base estreita de intervenção técnica, determinada por um limitado instrumental diagnóstico e terapêutico. O contraste mais importante com a medicina moderna, porém, não pode ser colocado em termos de aspectos como a eficiência, maior ou menor daquela medicina ou sua limitada tecnologia. A grande mudança do papel da medicina, com a ampliação de seu poder de normalização social, precedeu a expansão do conhecimento que viria possibilitar a cura mais eficiente de doenças. No quadro de transformações sociais e econômicas maiores, essa mudança se deu predominantemente via princípios de higiene, organiza-

¹² Ao dirigir sua discussão sobre o regime para a questão dos *aproveitamentos* ou uso dos prazeres, Foucault destaca a dinâmica entre o ato, os prazeres e o desejo: "A atração exercida pelo prazer e a força do desejo que tende para ele constituem uma unidade sólida com o próprio ato dos *aproveitamentos*. O que distingue os homens entre si, para a medicina como para a moral, não é tanto o tipo de objeto para o qual eles são orientados, nem o modo de prática sexual que preferem; é, antes de mais nada, a intensidade dessa prática" (1977: 41). No pensamento antigo, todo ato ligado ao prazer (como também é o caso da alimentação) instaura forças que demandam domínio. Sendo a continência o valor máximo em qualquer área da existência, devendo ser alcançada por meio de exercícios de domínio sobre si mesmo, a problematização da saúde segue o mesmo tipo de questionamento ético ligado ao bom uso dos prazeres.

ção de hábitos cotidianos e desenvolvimento de regras morais ligadas ao trabalho.¹³

A instauração desses princípios, hábitos e regras no quadro da medicalização social das sociedades modernas constitui, entretanto, uma inflexão no modelo antigo de relação do indivíduo consigo mesmo e com seu corpo, tal como caracterizada por Foucault em suas análises da cultura de si e do autogoverno. Se os dois últimos estão presentes, em certa extensão, na base de constituição de uma doutrina médica como a do *médico de si mesmo* (Aziza-Shuster, 1971), a disciplinarização do corpo pela normalização médica após o século XVIII se dá por processo diverso.

No campo do conhecimento médico propriamente dito, o surgimento da medicina experimental no final do século XIX provoca grandes alterações nas relações entre a definição das doenças e a atuação dos médicos. Como indica Isambert (1987), com a medicina experimental de Claude Bernard,

o campo da fisiologia estende-se sem solução de continuidade sobre os fenômenos apreciados como normais e como patológicos. A patologia, contrariamente a uma nosologia concebida como história natural das doenças, não é outra coisa senão uma aplicação da fisiologia (*op. cit.*: 22).

De fato, desde o final do século XVII assistia-se à polêmica entre duas atitudes médicas opostas, orientadas por teorias da doença e éticas diversas. Uma medicina expectante – herdeira do princípio *vis medicatrix naturae*, cujos quadros nosológicos seguiam a classificação e a história natural das doenças – e uma medicina intervencionista, que buscava corrigir o “mau funcionamento” dos órgãos. Com a medicina experimental, uma série de unificações tem lugar entre, de um lado, a produção do conhecimento científico e o domínio dos fenômenos vitais e, de outro, a

¹³ Aquelas transformações maiores dizem respeito à urbanização, com a aglomeração de pessoas nas cidades, à progressiva laicização dos costumes e à instalação de uma moral burguesa ocorridas ao longo do processo de desenvolvimento do capitalismo – fatores macroestruturais conhecidos, nos quais não nos deteremos.

ação terapêutica; entre a curiosidade do cientista e o benefício que a prática médica deve promover. A separação entre uma ética voltada para a descoberta e uma ética orientada para a cura de cada doente se apaga com essa “penetração da clínica pelo laboratório” (Isambert, *op. cit.*). Nesse processo, o hospital, *locus* privilegiado de observação e nosografia desde o século XVIII, confirma-se em seu papel de oferecer “massas de pacientes uniformes”, grupos-controle etc., necessários aos futuros ensaios clínicos.¹⁴

Referindo-se ao mesmo fenômeno, ou seja, à vitória da forma (moderna) de medicina, Foucault fala do nascimento de dois mitos: o da profissão médica e o do desaparecimento total da doença da sociedade:

(...) um natrando de maneira positiva a medicalização rigorosa, militante e dogmática da sociedade, por uma conversão quase religiosa, e a implantação de um clero da terapêutica; o outro, relatando esta mesma medicalização, mas de modo triunfante e negativo, isto é, a volatilização da doença em um meio corrigido, organizado e incessantemente vigiado, em que finalmente a própria medicina desapareceria com seu objeto e sua razão de ser (Foucault, 1977: 39).

O segundo, como mito, encobridor da realidade que se expressa de forma oposta, ou seja, pela proliferação da medicalização que se retroalimenta e se expande num processo sem fim, como pode ser visto historicamente.

¹⁴ A unidade indissociável entre a fisiologia como ciência e a medicina como técnica acabaria, posteriormente, por consagrar uma forma de prática da medicina baseada nos chamados ensaios clínicos. Esses ensaios, que representam quase sempre a busca de uma verdade sobre efeitos (eficiência, inocuidade de medicamentos) mais do que sobre causas, situam-se como um “método empírico melhorado” e não exatamente como medicina experimental. Isambert comenta o desenvolvimento desse modelo dos ensaios terapêuticos com fármacos, as exigências de fases progressivas de testes – ensaios animais, estudos de toxicidade, uso inicial de pequenas doses, aplicação em voluntários em pequenos números, até estudos multicêntricos, vencidas essas ou outras etapas tecnicamente exigidas. Ele se refere a esse “dever de ensaio” como um “complexo ético-metodológico”, que vem servindo de base na experimentação com seres humanos que, do ponto de vista ético, orienta-se por um princípio utilitarista segundo o qual “um número reduzido de pacientes permite proteger todos aqueles que têm acesso ao mercado do medicamento” (Isambert, 1987: 22).

A penetração do espaço médico no espaço social cria “uma consciência médica generalizada, difusa no tempo e no espaço, aberta e móvel, ligada a cada existência individual, mas também à vida coletiva da nação” (Foucault, *op. cit.*: 34). Cada prático da medicina deverá acrescentar, à sua atividade, uma atividade de ensino, de modo que “a consciência de cada indivíduo esteja medicamente alerta” (*idem*). Essa nova característica da medicina moderna constitui a diferença mais importante a ser ressaltada com relação aos modelos anteriores ao século XVIII: a função de cura do médico se agrega à sua figura, à função política de criação e transmissão de normas.

Esse processo de medicalização social traz transformações que atingem não apenas o papel social do médico e da medicina, mas a própria construção das doenças (dos quadros nosológicos) e o corpo médico que virá a organizar-se como grupo social específico dentro de um campo social especializado, típico da profissionalização moderna. Um dos primeiros movimentos desta é a separação dos charlatães, realizada, principalmente, pela consolidação do ensino de tipo universitário. Este garante ao mesmo tempo a competência técnica e um código moral que regula a atividade técnica. Além disso, a constituição de corporações e associações, mais ou menos controladas pelo Estado, e, sobretudo, a autonomia, conferem ao corpo médico o perfil de uma profissão, tal como conhecemos no século XX: uma prática universalista, adquirida por uma longa formação, cujas atividades seriam racionalizadas, orientadas para o interesse coletivo e afetivamente neutras. Esses elementos conferem à medicina o monopólio legal do discurso sobre o corpo, a saúde, a doença, o sofrimento, a dor – não só do discurso mas também da intervenção – e a exclusão, em maior ou menor grau, de outros agentes e praticantes.¹⁵

¹⁵ A análise de Bourdieu (1974) sobre o processo de autonomização de um campo de saber (o que não pode ser identificado com as análises sociológicas clássicas das profissões) se aplica perfeitamente à medicina. Como indica o autor, a autonomia de um campo é medida pelo grau em que se mostra capaz de funcionar como mercado gerador de um tipo particular de raridade e de valor irredutíveis ao aspecto econômico dos bens em questão, quais sejam, a raridade e o valor propriamente simbólicos e culturais. Outros fatores presentes na autonomização de um campo são: a existência de um público de consumidores, um corpo de produtores ou agentes que buscam

No bojo dessas mudanças no papel e no lugar social da medicina, a *sexualidade* virá, tardiamente, interessar o discurso médico científico, de forma sistemática dentro da psiquiatria: num primeiro modelo, a partir da segunda metade do século XIX, a medicina do sexo terá por referência a *reprodução*, entendida num sentido que ultrapassa a reprodução biológica.¹⁶ Um segundo modelo, referido às *experiências de prazer* – já articuladas naquele primeiro pela medicina das perversões no século XIX apenas como desvios da sexualidade reprodutiva – incluirá, com a psicanálise e outras práticas discursivas sobre o sexo (sexologia, bioenergética), as noções de desejo, subjetividade, auto-expressão, complexificando e introduzindo tensões nas relações entre medicina, sexualidade e reprodução.

MEDICINA, SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO: UMA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA VIDA

O contexto no qual a medicina e o corpo médico passam a se ocupar do sexo e da reprodução é o das sociedades disciplinares modernas. Como analisado por Foucault (1979a, b), nessas sociedades a prática e o discurso de saberes como a pedagogia, a psicologia e a própria medicina, entre outras, atuam pela regulação das condutas cotidianas e dos comportamentos individuais, baseadas em enunciados científicos que descrevem o normal e o anormal e são, sobretudo, produtoras de individualidade.

Nesse sentido, a sexualidade e sua normalização não podem ser separadas da produção de saberes que a descrevem e delimitam, ficando anulada a possibilidade da existência, num momento hipotético inicial, de uma sexualidade em estado livre ou natural que, ao desviar, demandaria ser conhecida e corrigida. As apreciações técnicas da medicina, psicologia

soluções eminentemente técnicas, como aquelas reservadas a profissionais altamente qualificados, e instâncias de consagração. Análises da profissão médica nesse modelo de Bourdieu podem ser conferidas nas teses de Jaisson (1994 e 1988) orientadas por aquele autor.

¹⁶ A primeira grande síntese médica sobre o tema enquadrou toda a variedade do exercício da sexualidade em entidades patológicas. A *medicina das perversões* postulou um instinto sexual dirigido à conservação da espécie em relação ao qual foram descritos e classificados os desvios sexuais do objetivo reprodutivo: homossexualismo, exibicionismo, fetichismo etc. O principal autor dessa construção da sexualidade foi Krafft-Ebing, e sua obra paradigmática *Psychopathia Sexualis* data de 1893. Conferir, por exemplo, Corrêa (1992 e 1998).

e biologia sobre o sexo e a sexualidade não só conduzem a uma diferenciação e a uma especificação em termos de práticas, desejos, comportamentos, sensações (conforme o caso), como detêm a chave e o poder da decifração de toda a manifestação nesse âmbito.

A medicalização do sexo teria, historicamente, privilegiado, nas palavras de Foucault (1979), "quatro conjuntos estratégicos": o corpo feminino, pela sexualização do processo reprodutivo e a conseqüente divisão das mulheres entre mães e nervosas, num mecanismo que o autor denominou *histerização do corpo da mulher*; o sexo das crianças, devido ao reconhecimento da presença de uma força na sexualidade infantil que demanda observação e controle; a regulação das populações por meio da *socialização das condutas de procriação*: o controle da fecundidade e a responsabilização dos casais pela realização ou não dos interesses coletivos nessa questão; e a *psiquiatrização dos prazeres não reprodutivos ou perversos* a partir do surgimento da categoria de instinto sexual (com seus desvios e anormalidades).¹⁷

O sentido do investimento no sexo por práticas discursivas disciplinares está indicado pelo eixo que o orienta: a idéia de que a vida constitui uma riqueza, o bem máximo a ser preservado, produzido e reproduzido, fazendo da reprodução individual e coletiva uma questão política, e tornando a sexualidade uma problemática de interesse público, um instrumento importante no controle da ordem social pela medicalização.

A ordem de um corpo social no qual cada indivíduo está em "vigilância" quanto à promoção da vida e de sua saúde segue uma lógica que gira em torno da reprodução (social e da própria espécie humana). No controle dos nascimentos, da morbidade, da esperança de vida, da mortalidade, dos casamentos e da fecundidade, está implicado um investimento político na preservação da vida, perspectiva que ficou conhecida como biopolítica, ligada à instauração de uma bio-história e do biopoder.¹⁸

¹⁷ Como diz Foucault (1979), ao sexo conjugal do casal legítimo e procriador teria sido resguardado o direito a um silêncio e a uma discução bem maiores do que àquelas *sexualidades periféricas*.

¹⁸ Foucault indica diferentes representações dessa riqueza ligada aos fenômenos da vida, a ser mantida e acumulada: em torno da questão da força de trabalho (modelo inglês), do problema da organi-

Embora a questão dos contingentes populacionais se colocasse também nas sociedades antigas, é somente a partir do final do século XVIII que, para Foucault, a *população* e a *reprodução* constituem objetos a serem regulados por mecanismos novos e específicos das sociedades modernas, que incluem o nível individual – o comportamento sexual, o desejo, os prazeres etc., característicos da biopolítica. A importância assumida pelo sexo como foco de disputa política decorreria exatamente do fato de ele possibilitar a articulação entre esses dois eixos – o dos interesses da coletividade e o dos prazeres individuais. A preocupação com a conduta sexual "das populações" representa uma novidade no sentido de que

é a primeira vez que, pelo menos de uma forma constante, uma sociedade afirma que seu futuro e sua fortuna estão ligados, não somente ao número e à virtude dos cidadãos, não apenas às regras de casamento e à organização familiar, mas à maneira como cada qual usa seu sexo (Foucault, 1979: 28).

Colocado dessa forma, o modelo da biopolítica deixa entender que a *população* seria escassa em relação à atividade produtiva. Entretanto, essa relação vai ser historicamente alterada, às vezes invertida, sem que a normalização social via práticas disciplinares deixe de existir ou venha a ser negada como um todo.

De fato, não se pode deixar de pensar neste modelo quando nos deparamos com os desenvolvimentos atuais da medicina genética, da medicina preditiva e suas associações com a reprodução assistida. Essas novas formas de medicina representam um extraordinário aprofundamento da vontade de saber e de domínio sobre os processos biológicos e corporais, e até mesmo sobre o que, para elas, define o caráter dos indivíduos, tal como apontam as pesquisas neste campo.

zação de um corpo urbano homogêneo e coerente (modelo francês), ou ainda da necessidade de fortalecimento do Estado por uma prática médica efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população (modelo alemão). O fato é que a medicalização, na bio-história, visando à vida, à espécie, à raça e aos fenômenos de população torna a ordem biológica, mais especificamente o corpo e a sexualidade, um dos mais importantes objetos de investimento político (Foucault, 1979b).

A medicina preditiva dirige-se muito claramente a todos os cidadãos, na qualidade de pessoas doentes potenciais, e na busca de uma resposta para tudo, nisso que em cada um visaria a acabar com o sofrimento humano. A todos enquanto gestores, ela imputa uma responsabilidade radical, tomar em mãos o destino de si e de seus descendentes. Nós vamos saber tudo, vamos liberar a humanidade das doenças genéticas, melhorar, curar os outros, aperfeiçoar a espécie. A palavra chave que perpassa é **qualidade da vida**, aliás mais freqüentemente sinônimo de vida a mais longa possível, à condição de bem gerir seu patrimônio genético (Higgins, 1990: 431, em negrito no original).

Entretanto, na gestão do patrimônio genético pela medicina preditiva, um nascimento pode ser suspenso antes mesmo de sua concepção. Com ela atribui-se aos médicos, mas particularmente aos pais, não apenas um poder de vida, mas também de morte, já que devem tomar decisões frente aos riscos de o futuro indivíduo ser portador ou transmissor de genes supostamente defeituosos ou indesejáveis. Na verdade,

as probabilidades apresentadas aos "decisores" não convidam nem acolhem qualquer elaboração consciente ou inconsciente. As verdades científicas e técnicas apresentadas aos sujeitos são de fato imposições de um poder que se impõe sem anunciar-se (*op. cit.*: 433).

As novas tecnologias reprodutivas, medicamente definidas como "tratamentos" da infertilidade, teriam sido desenvolvidos em função de uma demanda preexistente: desejo de filhos, de continuidade pela reprodução, portanto de uma demanda dirigida à vida. De fato, sem desejo de filhos não há infertilidade. Não querer ter filhos anula a possibilidade de vir a ser ou não medicamente confirmado, ou mesmo apenas interrogado, um estado de in/hipofertilidade. Correlativamente, desejar ter filhos – por quê, quantos, quando – é algo que responde a normas sociais, diferentes segundo países, regiões, classes, a posição familiar dos indivíduos, época histórica etc., e cujo significado simbólico varia igualmente, não tendo

sido sempre tão dependente da intervenção médica e de considerações biologizantes sobre o processo reprodutivo. Logo, a demanda criada por um desejo de filhos no contexto das novas tecnologias reprodutivas não teria as próprias tecnologias como um de seus principais protagonistas simbólicos? Dito de outra maneira, não seriam as novas tecnologias reprodutivas criadoras de um novo desejo do desejo de filhos?

Antes de nos determos nessas questões, contando para discuti-las com outros elementos mais especificamente ligados à reprodução assistida, é interessante realizar uma breve discussão sobre a intervenção médica no processo reprodutivo humano e apresentar um panorama da saúde reprodutiva no Brasil, no qual as novas tecnologias reprodutivas vieram incluir-se.