

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS: QUÍMICA DA
VIDA E SAÚDE – IES Associadas (UFRGS – UFSM – FURG)

NEILA SELIANE PEREIRA WITT

**DAS VERDADES NA MÍDIA JORNALÍSTICA SOBRE O
ABORTO E A VIDA VINCULADAS À
CLANDESTINIDADE, VIOLÊNCIA SEXUAL,
DROGADIÇÃO, ANENCEFALIA E BIOTECNOLOGIAS:
O GOVERNO DO VIVER/MORRER**

Porto Alegre
2012

Neila Seliane Pereira Witt

**DAS VERDADES NA MÍDIA JORNALÍSTICA SOBRE O ABORTO E A VIDA
VINCULADAS À CLANDESTINIDADE, VIOLÊNCIA SEXUAL, DROGADIÇÃO,
ANENCEFALIA E BIOTECNOLOGIAS: O GOVERNO DO VIVER/MORRER**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde do Instituto de Ciências Básicas da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para a obtenção do título de Doutor em Educação em Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nádia Geisa Silveira de Souza

Linha de Pesquisa: Educação Científica: Implicações das Práticas Científicas na Constituição dos Sujeitos.

Porto Alegre
2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos Alexandre Netto
Vice-Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA SAÚDE

Diretora: Prof^a. Maria Cristina Faccioni Heuser
Vice-diretora: Prof^a. Gertrudes Corção

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS: QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Diogo Onofre Gomes de Souza - UFRGS

CIP - Catalogação na Publicação

Witt, Neila Seliane Pereira

DAS VERDADES NA MÍDIA JORNALÍSTICA SOBRE O ABORTO E A VIDA VINCULADAS À CLANDESTINIDADE, VIOLÊNCIA SEXUAL, DROGADIÇÃO, ANENCEFALIA E BIOTECNOLOGIAS: O GOVERNO DO VIVER/MORRER / Neila Seliane Pereira Witt. -- 2012.
280 f.

Orientadora: Nádya Geisa Silveira de Souza.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Ciências Básicas da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Aborto. 2. Saúde. 3. Governo. 4. Mídia jornalística. 5. Educação. I. Souza, Nádya Geisa Silveira de, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Departamento de Bioquímica
Av. Ramiro Barcelos, 2600 - anexo
Campus Saúde
Bairro Santa Cecília
Porto Alegre – RS
CEP 90035-000
Telefone: 3308 5538

Neila Seliane Pereira Witt

**DAS VERDADES NA MÍDIA JORNALÍSTICA SOBRE O ABORTO E A VIDA
VINCULADAS À CLANDESTINIDADE, VIOLÊNCIA SEXUAL, DROGADIÇÃO,
ANENCEFALIA E BIOTECNOLOGIAS: O GOVERNO DO VIVER/MORRER**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde do Instituto de Ciências Básicas da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para a obtenção do título de Doutor em Educação em Ciências.

Prof^a. Dr^a. Nádia Geisa Silveira de Souza – UFRGS – Orientadora

Banca examinadora:

Prof. Dr. Luís Henrique Sacchi dos Santos – UFRGS – Relator.

Prof^a. Dr^a Maria Lúcia Castagna Wortmann – UFRGS.

Prof^a. Dr^a Maria Simone Vione Schwengber – UNIJUÍ.

Prof. Dr. Luis David Castiel – FIOCRUZ.

Prof^a. Dr^a Paula Regina Costa Ribeiro – FURG.

Dedico

A meus pais pela coragem de enfrentar os desafios da vida e pelo exercício incansável de práticas de acolhimento, zelo, carinho e perdão.

AGRADECIMENTOS

Devo a escrita desta tese a muitas pessoas com quem mantenho relações singulares, especiais e indispensáveis. Mesmo que essas pessoas já tenham lido as mais sinceras e particulares palavras no “silêncio” de um olhar ou gesto meus, acredito que repetir algumas delas neste momento e espaço possibilite algo diferente. Assim, arrisquei a escolha de algumas poucas palavras na esperança de que elas, de uma forma ou de outra, deem conta de me fazer entender... Agradeço:

Aos meus amados – pai, mãe, irmãs e sobrinhos –, de participação fundamental em todos os momentos. Especialmente ao Fábio, meu marido, agradeço pelo carinho, amparo, presença e incentivo que sempre me doou. Vocês justificam meu viver.

À Prof^a. Dra. Nádia G. S. Souza, uma intelectual de marcante atuação na minha vida. Agradeço pelas instigantes reflexões, pela liberdade de criação e pelas tantas oportunidades que apontou desde minha iniciação científica. Espero um dia fazer por alguém tanto quanto ela fez por mim.

Aos colegas, professores e amigos do PPGEDU e PPGQVS, pela amizade e saberes compartilhados que muito contribuíram em meus aprendizados.

Aos professores que participaram da Banca Examinadora – Luís Henrique Sacchi dos Santos, Maria Lúcia Castagna Wortmann, Maria Simone Vione Schwengber, Paula Regina Costa Ribeiro, e Luis David Castiel –, agradeço por aceitarem o convite e se fazerem presentes na qualificação desta pesquisa, pelo carinho e pelos preciosos comentários e sugestões que foram fundamentais para orientar este estudo e escrita.

À Lene Belon Ribeiro, que acompanhou a pesquisa e me ajudou com a revisão da escrita.

Às pessoas que acreditam no ensino de qualidade e gratuito de escolas e de universidades públicas e que trabalham por isso – sem elas, eu não teria chegado aqui.

À CAPES, pela viabilização financeira da pesquisa, indispensável para a realização deste estudo e experiência.

A você, pelo interesse por esta leitura. Que ela lhe possibilite outras leituras de mundo e o instigue a pensar sobre o que acontece e nos acontece.

A Deus, por ter sido luz nas circunstâncias difíceis.

E se a Realidade não é a Realidade, mas a Questão;
Se a Verdade não é a Verdade, mas o Problema;
Se Perdemos já o Sentido da Realidade e
Se Desconfiamos da Verdade,
Teremos, Talvez, que Aprender
A Viver de Outro Modo,
A Pensar de Outro Modo,
A Falar de Outro Modo,
A Ensinar de Outro Modo.

Jorge Larrosa, 2003a, p.165- Pedagogia Profana

RESUMO

Numa sociedade voltada ao fazer viver, em que se busca a longevidade e a saúde, a crescente prevenção de riscos à saúde e ao viver coloca em ação estratégias de governo para “vitalidade”. Tais estratégias propõem-se a estimular e intensificar a “vontade” de saúde/vida/felicidade; a observação, o acompanhamento, a medicalização e o controle do corpo/saúde da mulher grávida; a promoção da saúde e da vida/morte dos não-nascidos; e o uso das tecnologias biomédicas, por exemplo. Essas questões, articuladas à temática do aborto, moveram-me a investigar as “verdades” direcionadas ao “governo” dos corpos e da vida da mulher grávida e de seu “filho”. Considerar as maneiras pelas quais a subjetividade vem se tornando objeto de certas estratégias e procedimentos de governo e também o lugar de destaque da mídia enquanto instância que integra os processos constitutivos de nossas subjetividades ao veicular “verdades” torna relevante a análise das reportagens que tratam sobre o aborto. Tomei como corpus de análise as reportagens dos jornais *Zero Hora* (ZH), de Porto Alegre/RS, e *Folha de São Paulo*, de São Paulo/SP, publicadas ao longo dos anos de 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012. A partir das vertentes pós-estruturalistas dos Estudos Culturais, da noção de governamento para Michel Foucault e de vitalidade para Nikolas Rose, busquei conhecer as estratégias biopolíticas voltadas ao governo das condutas e investigar como elas operavam, a fim de compreender e dar visibilidade aos diversos níveis de atuação do biopoder. Para isso, problematizei: algumas transformações que vêm ocorrendo nas formas como se lida e fala de práticas ligadas ao aborto e à vida/morte; as implicações dessas noções no governo dos corpos para a vitalidade e na produção e determinação de “verdades” que constituem as subjetividades e éticas em relação ao aborto e ao viver/morrer; por fim, a possibilidade de relacionar essas formas de governo à eugenia. As análises levaram-me a pensar, entre outras coisas, que, nessa relação de governo entrecruzada por discursos de mercado, consumo, prevenção de riscos e promoção de vida/saúde, se ajustam e afirmam as construções, limitações e

transformações de sujeito, julgamentos morais, estigmas e desigualdades sociais. Além disso, tratar do aborto significa lidar com uma “arena de significações” na qual estão em luta diversas instâncias – religiosas, políticas, médicas, legislativas, morais, mercadológicas e midiáticas.

Palavras-chave: aborto; saúde; governo; mídia impressa; educação.

ABSTRACT

In a society concerned with making live, which seeks for longevity and health, the growing prevention of risks to health and living triggers government strategies for 'vitality'. Such strategies aim at stimulating and intensifying, for instance, a 'desire' for health/life/happiness; the observation, follow-up, medicalization and control of pregnant women's body/health; the promotion of health and life/death of the unborn; and the use of biomedical technologies. Such issues, articulated with abortion, have caused me to investigate the 'truths' directed to the 'government' of pregnant women's body and life as well as their 'children's'. The analysis of reports dealing with abortion are important if we consider the ways through which subjectivity has become an object of certain government strategies and procedures, besides having a remarkable place in the media, which integrates processes that constitute our subjectivities by spreading 'truths'. The corpus of analysis of this study consists of reports taken from two newspapers: *Zero Hora*, from Porto Alegre/RS, and *Folha de São Paulo*, from São Paulo/SP. The reports analyzed were published in the years of 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 and 2012. From post-structuralist lines of the Cultural Studies, Michel Foucault's notion of government, and Nikolas Rose's conception of vitality, I have both attempted to know the bio-political strategies intended to govern conducts, and investigated how they operated, in order to understand and bring visibility to the several levels of the bio-power action. I have problematized some changes that have occurred in the ways one deals with and talk about practices associated with abortion and life/death; the implications of such notions for both the government of bodies seeking for vitality and the production and determination of 'truths' that constitute subjectivities and ethics related to abortion and living/dying; finally, the possibility of relating such forms of government to eugenics. Among other things, the analyses have enabled me to think that subject constructions, limitations and transformations, moral judgments, stigmas and social inequalities have been adjusted and affirmed in this government

relationship, intertwined with discourses of market, consumption, risk prevention and life/health promotion. Besides, addressing abortion means dealing with an 'arena of significations' in which several spaces are competing – religion, politics, medicine, law, moral, market and media.

Keywords: abortion; health; government; print media; education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Imagens da capa do primeiro capítulo 17
Cartografia. Disponível em: < <http://www.fernandoquadro.com.br/html/wpcontent/uploads/2007/09/image002.jpg> > Acesso em: 01 jan. 2010.
- Silêncio. Disponível em: < http://2.bp.blogspot.com/_fCG13oMcpH8/SUAIk-yWEntI/AAAAAAAAAxU/cBWVQPJ7LnU/s400/silencio.jpg > Acesso em: 01 jan. 2010.
- Figura 2** - Imagem da capa do segundo capítulo..... 47
Tecnologias reprodutivas. Disponível em: < http://www.notapositiva.com/trab_estudantes/trab_estudantes/biologia/biologia_trabalhos/infertilidadehumanab.htm > Acesso em: 01 jan. 2010.
- Figura 3** – Imagem da capa do terceiro capítulo..... 76
Corpos pintados (grávida). Disponíveis em: < http://2.bp.blogspot.com/_6G2SX-3BhQd4/RmiLvzWknEI/AAAAAAAAACM/THf6XGjy8e4/s400/corpos%2Bgr%C3%A1vida.jpg >. Acesso em: 01 jan. 2010.
- Figura 4** – Imagem da capa do quarto capítulo..... 96
Grávida no Espelho de Marília Chartune Teixeira. Disponível em: < <http://mchartune.blogspot.com.br/2008/09/grvida-no-espelho.html#!/2008/09/gr-vida-no-espelho.html> >. Acesso em: 01 jan. 2010.
- Figura 5** – Imagem da capa do quinto capítulo..... 143
Código genético (DNA). Disponíveis em: < <http://elproyectomatriz.wordpress.com/2008/12/03/transgenicos-que-matan-de-hambre/>>. Acesso em: 01 jan. 2010.
- Tecnologias. Disponíveis em: < <http://www.esmas.com/salud/home/avances/33-4483.html>> Acesso em: 01 jan. 2010.

Figura 6 – Imagem da capa do sexto capítulo..... 248

Embriões de Leonardo da Vinci (1452-1519). Disponíveis em: < <http://gentearte.com/obras/Leonardo-da-Vinci/leonardo%20da%20vinci%20codice%20leonardesco%20studio%20sul%20feto%20in.jpg/> >. Acesso em: 01 jul. 2011.

SUMÁRIO

1. DAS ESCOLHAS: ITINERÁRIOS E PROPOSTAS

1.1. Apresentação: panoramas e perspectivas de um ensaio	17
1.2. Sobre a organização estrutural da Pesquisa	22
1.3. Das cartografias: multiplicando caminhos	24
1.4. Fragmentos do pensar: condições de emergência da pesquisa	34

2. ESTRATÉGIAS DE GOVERNAMENTALIDADE E O PODER SOBRE O VIVER/MORRER... ONDE NOS LEVA O EXERCÍCIO DAS “VERDADES”?

2.1. Do forasteiro desengajado: itinerários	47
2.2. Sobre as estratégias metodológicas e os objetos de análise	56
2.3. Das ressignificações do poder pastoral: o governo dos indivíduos	65
2.4. Vida como objeto e finalidade para a potencialização e manutenção dos governos	70
2.5. Formas de gerenciamento do capital humano: disciplinamento e as “verdades” sobre o corpo, a vida/morte e os “desvios”	73

3. BREVE HISTÓRIA DO ABORTO: DEIXAR VIVER OU FAZER MORRER?

3.1. Da busca pelo controle da vida reprodutiva: contracepção e aborto como problemas políticos	77
3.2. Profilaxia social ou prevenção moral do aborto terapêutico: crime contra a vida do feto, futuro cidadão	89

4. EM BUSCA DA CONQUISTA DO CORPO A VIOLÊNCIA SEXUAL, A CLANDESTINIDADE DO ABORTO, A CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA E A DROGADIÇÃO APONTAM DECISÕES SOBRE O VIVER/MORRER?

4.1. Ciência, servidão e sujeição: o governo de uns sobre os outros	97
4.2. No plano da invisibilidade: mortos simbólicos	111
4.3. O silêncio, o corpo “habitado”, as vidas clandestinas	127

5. TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS E ANENCEFALIA: POSSIBILIDADES DE VIDA/MORTE

5.1. Da noção de vitalidade às “verdades” sobre a maternidade e as utilidades do viver/morrer.	144
5.1.1. Estratégias biopolíticas de gerenciamento dos riscos para a vitalidade ou nova eugenia – aborto eugênico?	171
5.2. Anencefalia: paradigmas da existência e seus riscos	184
5.2.1. Da vida do anencéfalo: valores para a “reciclagem” de “materiais” biológicos?	192
5.2.2. Julgamentos e inquisições públicas: corpo e vida/morte sob as vozes do saber/poder	206
5.3. Da promoção da vitalidade e gerenciamento do capital humano: definições e percepções de saúde, vida, morte e aborto	214
5.3.1. Das minhas hesitações e ensaios: quais as relações entre o governo contemporâneo dos corpos e da vida e as noções eugênicas?	231

6. FINALIZANDO O PERCURSO PELAS “VERDADES” DO VIVER/MORRER: AONDE LEVAM OS (DES) CAMINHOS DO FORASTEIRO?

250

REFERÊNCIAS

1. Referências bibliográficas	263
2. Referências de <i>sites</i> de organizações	276
3. Referências de vídeos sobre o aborto no Brasil	278

APÊNDICE

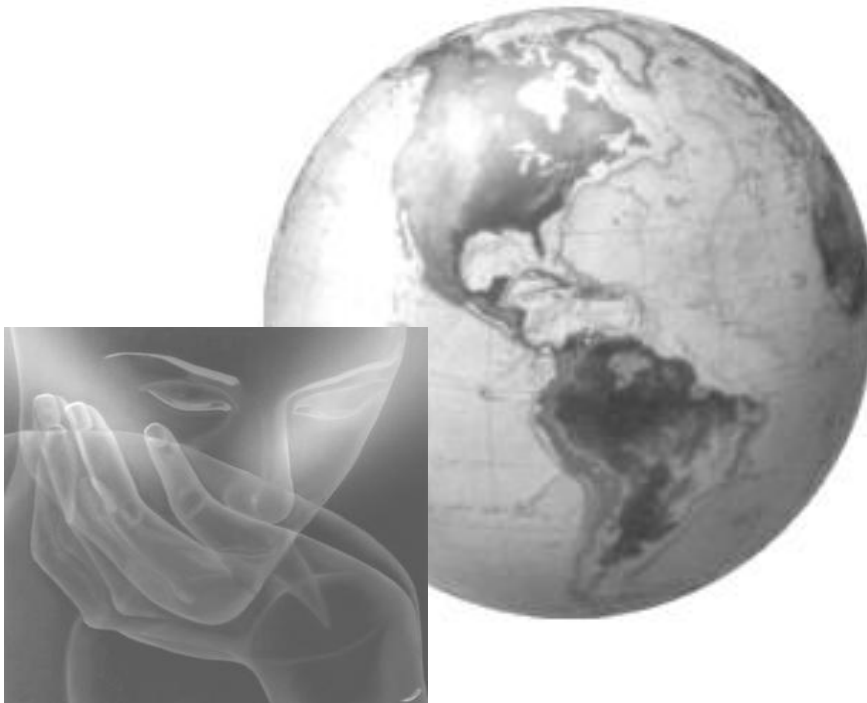
279

ANEXOS - CD

1. Reportagens	1
2. Matérias sobre votos no STF e Resolução do CFM	116

CAPÍTULO 1

DAS ESCOLHAS: ITINERÁRIOS E PROPOSTAS¹



A ESCRITA DESDOBRA-SE COMO UM JOGO QUE VAI INFALIVELMENTE PARA ALÉM DAS SUAS REGRAS (FOUCAULT, 2002c, p.35).

EIS O QUE EU ESCUTO, A CADA VEZ QUE SE PERGUNTA: “DE QUE TEORIA VOCÊ SE UTILIZA? O QUE O ABRIGA? O QUE O JUSTIFICA?”

OUÇO QUESTÕES POLICIAIS E AMEAÇADORAS: “AOS OLHOS DE QUEM VOCÊ SERÁ INOCENTE MESMO QUE DEVA SER CONDENADO?” OU: “DEVE HAVER UM GRUPO DE PESSOAS, UMA SOCIEDADE, UMA FORMA DE PENSAMENTO QUE O ABSOLVERÃO, E DOS QUAIS VOCÊ PODERÁ OBTER SUA SOLTURA.

E, SE ESSES O ABSOLVEM, É PORQUE NÓS DEVEMOS CONDENÁ-LO!” (POL-DROIT, 2006, p.83).

¹ A imagem do silêncio perante o mundo foi escolhida em razão da leitura do texto *Imagens do estudar* de Jorge Larrosa. No qual o autor fala das tensões e do voltar para si mesmo como gesto que convém ao estudante, do “silêncio como o som peculiar do estudo” e do estudo como “aquilo que o coloca em perigo” em relação às “verdades” do mundo (LARROSA, 2003a, p.200-201).

CAPÍTULO 1

DAS ESCOLHAS: ITINERÁRIOS E PROPOSTAS

Neste capítulo, apresento a organização da pesquisa, alguns apontamentos sobre a emergência do tema e as motivações que despertaram meu interesse pela temática do morrer/viver e do governo dos corpos e pelo desenvolvimento de um estudo com base na mídia impressa. Trago, ainda, algumas das ferramentas teórico-metodológicas de que tentei aproximar-me nas análises.

1.1 Apresentação: panoramas e perspectivas de um ensaio

Práticas, debates e questões relacionadas à interdição ou interrupção da vida que têm sido veiculadas e apresentadas em nossa sociedade, especialmente através da mídia, levaram-me à realização deste estudo.

Numa sociedade voltada ao fazer viver, onde determinadas mortes não têm sido consideradas problemáticas ou representam uma “limpeza”, interrogo como a rede de discursos relacionados à vida, à morte e ao aborto (dos nascidos e dos ainda não-nascidos) aparece na mídia impressa. A proposta foi fazer um estudo dos discursos implicados na subjetivação dos indivíduos que os movem em suas práticas cotidianas. Analisei edições dos jornais *Zero Hora (ZH)*, de Porto Alegre/RS, e *Folha de São Paulo*, de São Paulo, publicadas ao longo dos anos de 2007, 2008 e 2009, ampliando-se posteriormente a qualificação da tese, até o ano de 2012 visto que a mídia trouxe importantes acontecimentos e discussões nos anos seguintes. Esse recorte foi estabelecido levando em consideração a frequência das reportagens que tratavam de casos e circunstâncias relacionadas ao aborto na atualidade.

Dialoguei com leituras do campo dos Estudos Culturais, nas suas versões pós-estruturalistas, dos Estudos da Ciência e dos estudos de Michel Foucault, na perspectiva da governamentalidade. Desses estudos, lancei

mão do entendimento de estratégia proposto por Foucault. Para o autor, estratégia designa:

[...] a escolha dos meios empregados para se chegar a um fim; trata-se da racionalidade empregada para atingirmos um objetivo [...]; a maneira pela qual tentamos ter uma vantagem sobre o outro. [Enfim, designa o] conjunto dos procedimentos utilizados num confronto para privar o adversário dos seus meios de combate e reduzi-lo a renunciar à luta; trata-se, então, dos meios destinados a obter a vitória (1995a, p.247).

Nessa perspectiva, estratégias são os mecanismos utilizados nas relações de poder. Porém, o ponto mais importante das relações de poder é sua relação com as estratégias de confronto (FOUCAULT, 1995a). Trouxe esses apontamentos porque foi a partir dessa noção de estratégia que busquei olhar para as “verdades” divulgadas na mídia. Hoje, a mídia tem ocupado destacado lugar na veiculação e produção de determinados significados e “verdades” que operam como estratégias de regulação do corpo e da vida. Os discursos por ela difundidos, que nos interpelam e nos instrumentalizam cotidianamente, ao serem incorporados, conformam modos de pensar e agir em relação ao corpo, à vida e aos demais. A instituição dessas normas como “ideais” de conduta ou forma “adequada” de promover um corpo – saudável, belo, produtivo e longo – passa a interferir nas possíveis escolhas dos sujeitos e nos modos de viver. Tais práticas vão do estímulo à constituição da “boa saúde” até a instauração de um constante “sentimento” ou compreensão de encontrar-se sempre na condição de pré-doente (CASTIEL, 2007, PIRES, 2011). Nessa perspectiva, a articulação de estratégias direcionadas à “autonomia” do sujeito e ao poder sobre a vida tem atuado na mudança de hábitos, no disciplinamento dos corpos e na regulação das vidas na direção do gerenciamento dos corpos pelo autogoverno.

A partir das discussões e dos relatos presentes nas reportagens, percebo a ocorrência de movimentos voltados a debater e a repensar as formas como se tem exercido o poder sobre a vida dos indivíduos, como, por exemplo, as mobilizações da sociedade em manifestações públicas de apoio ou protesto às decisões sobre a vida/morte daqueles que ainda não

nasceram ou de indivíduos que atuam na fronteira da normalidade/anormalidade e da legalidade/ilegalidade na condução do viver.

Compreendendo que os avanços da biotecnologia, da tecnociência e da ampliação do poder de intervenção médica no “curso” da vida/morte têm atuado, em sua maioria, como estratégias para promover e manter a vida, é oportuno pensar também sobre suas atuações e estratégias para interrompê-la. Faz-se necessário o questionamento sobre as condições do viver/morrer e sobre as “verdades” que são assumidas como legítimas na atualidade. Neste estudo, faço uso da noção de verdade conforme Foucault. Em sua definição, o autor diz:

Por verdade não quero dizer ‘o conjunto das coisas verdadeiras a descobrir ou a fazer aceitar’, mas o ‘conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder’; entendendo-se também que não se trata de um combate ‘em favor’ da verdade, mas em torno do estatuto da verdade e do papel econômico-político que ela desempenha.

É preciso pensar os problemas políticos dos intelectuais em termos de ‘verdade/poder’ para “saber se é possível constituir uma nova política de verdade”, pois o problema é mudar o regime político, econômico, institucional de produção de verdade. A questão política é a própria verdade (FOUCAULT, 2002b, p.13-14).

Dessa noção de verdade, na pesquisa que realizei durante o mestrado, percebi o caráter e a força política de discussões e manifestações mobilizando desde representantes de organizações não-governamentais e governamentais até a religião, a ciência e a medicina em divergentes argumentações relacionadas aos limites do saber/poder² sobre o corpo e a vida/morte. Percebi, ainda, que esses embates podem contribuir para o entendimento de como a rede discursiva se articula, configurando a autorização e legitimação ou não da morte, mesmo que simbólica, de determinados sujeitos na sociedade. Eles colocam sob suspeita os alicerces em que as “verdades” se amparam para a regulamentação, controle, normalização e governo do corpo e do viver/morrer.

² Entendo, a partir de Foucault, que saber e poder estão diretamente implicados; o poder produz saber, e “não há relações de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (FOUCAULT, 2004, p.27).

Considerando essas questões, esta pesquisa visa a criar condições para pensarmos e problematizarmos determinadas práticas diante da possibilidade de “liberdade” de decisão e ação das pessoas em relação à “autonomia” e ao gerenciamento de seu corpo e vida. Associado ao modo como lidamos com a vida/morte, o principal propósito do estudo é examinar como se tem lidado com situações relacionadas ao aborto. Além disso, esta investigação propõe-se a chamar atenção para a posição que os discursos – jurídico, religioso, biológico e médico-científico – adquirem no governo da vida/morte, nas regulamentações relativas à prática do abortamento e na possibilidade de deixar viver ou fazer morrer, bem como para a pertinência da integração dessas discussões às diversas modalidades de ensino.

1.2 Sobre a organização estrutural da Pesquisa

Antes de trazer as primeiras discussões, é importante mostrar o mapa da disposição e da composição dos capítulos que integram esta pesquisa. No segundo capítulo, trago as ferramentas teórico-metodológicas, o material de análise, indicações de alguns caminhos que pretendi seguir para o desenvolvimento das análises e, a partir de proposições de Michel Foucault, questões relativas ao governo do corpo e da vida, com base na ressignificação do poder pastoral e nas práticas do biopoder como estratégias de governamentalidade.

No terceiro capítulo, trago brevemente a história do aborto, na tentativa de mostrar algumas das modificações ocorridas nas experiências com tal prática ao longo do tempo. A partir daí, busco discutir o governo dos corpos femininos com fins econômicos da sociedade e mostrar que esta, tomando a vida como um objeto de saber/poder, define o papel social e político da reprodução. Abordo essas questões para retomar ou tornar mais nítidos alguns dos argumentos/discursos normalizadores que têm conduzido o viver e as estratégias que eles podem desencadear. Finalizo a discussão deste capítulo apontando situações do abortamento relacionadas ao panorama atual, em que a legalidade e a ilegalidade do aborto se confrontam. Tais movimentos serão mais bem explorados ao longo dos próximos capítulos.

No quarto capítulo, apresento mais detidamente o panorama atual em que se desenham e inserem as situações de abortamento legal e ilegal relacionadas com clandestinidade, condição social, violência causada pelo estupro e consumo de drogas. Trago essas questões para mostrar a rede em que se insere a problemática do aborto hoje e para destacar a possibilidade de morte no sistema de biopoder como parte de estratégias (bio)políticas que se valem dos discursos de valorização ou desvalorização da vida de alguns indivíduos em relação aos modos de vida de outros – tidos como referenciais ou padrões das normas para definir os investimentos, ou a falta deles, no viver/morrer. Finalizo a discussão deste capítulo apontando as

possibilidades de intervenções institucionais relativas às formas de olhar e lidar com o que se considera normal/anormal.

O estudo se encerra com o capítulo cinco, nele dou continuidade à intenção de conhecer como se desenha e insere a problemática do aborto e de destacar a possibilidade de morte como parte das estratégias (bio)políticas para a vitalidade, as quais se valem dos discursos de valorização/desvalorização do viver. Parto das possibilidades de intervenção biomédica, das determinações biológicas e de promoção e produção da vida/morte na contemporaneidade para compreender e tensionar as estratégias e as conformações dos governos do viver que definem: a constituição biológica do novo indivíduo; o viver ou morrer do anencéfalo e as utilidades da vitalidade contida nos corpos – órgãos, tecidos, células. Por fim, busco problematizar as formas de olhar, tratar e justificar a valorização e desvalorização do viver/morrer.

1.3 Das cartografias: multiplicando caminhos

Falar da emergência de uma pesquisa não é algo simples. Fiquei muito tempo pensando quais seriam as experiências pertinentes para mencionar, relacionando-as aos caminhos que levaram à constituição desta tese. Decidi iniciar trazendo as que me despertaram a busca por conhecer os diversos modos de aprendizagens, ou seja, os discursos e as práticas que integram o cotidiano e a constituição de nosso corpo e vida. Afinal, a partir da história das relações sociais que desde o nascimento estabelecemos com as pessoas, os objetos e a rede de práticas vivenciadas cotidianamente nos diversos espaços, são produzidos os conhecimentos que compõem nossas histórias, os processos do viver, as motivações/subjetivações e os caminhos.

Penso que direcionei meu andar pela pesquisa em educação a partir do momento em que passei a cursar as disciplinas de Prática de Ensino do Curso de Licenciatura, atuando como professora/estagiária. Em aula, no lugar de professora, percebi o poder que esse posicionamento pode exercer na capacidade de intervir e fazer funcionar as estratégias disciplinares. Percebi, ainda, a importância de integrar conhecimentos e práticas que possibilitem relações com experiências de vida, as quais incluem as circunstâncias socioculturais. Nessa perspectiva, as relações estabelecidas na rede de práticas atuam de modo a promover as aprendizagens de cada um, de forma a nos subjetivar. Isso implica pensar que cada indivíduo passou/passa por diversas experiências – que produzem planos, expectativas e histórias de vida singulares – e que cada um desempenha papéis e ocupa posições ao estabelecer sua forma de relação com as “verdades”.

Foi a partir dessas noções de constituição de conhecimentos que, no transcorrer das minhas atividades como aluna, busquei conhecer e entender como se dão os processos de aprendizagem e de inscrição no corpo – o corpo como “superfície de inscrição dos acontecimentos” (FOUCAULT, 2002b, p.22).

Ao tomar conhecimento da existência de um grupo que estudava Educação em Ciências no Departamento de Bioquímica, entrei em contato com professores que, além de explicar o que e como trabalhavam, me ajudaram a pensar um projeto que relacionava a escola ao ensino de Biologia a partir do questionamento: como acontecem as aprendizagens sobre a alimentação no espaço escolar?

Na escola, o alimento pode ser obtido na merenda gratuita oferecida pela escola pública, pode ser comprado no bar e/ou pode ser trazido de casa. Durante a merenda, o lugar onde se adquire o alimento posiciona diferentemente os indivíduos. Nesse momento, as práticas fazem aparecer marcas que nos falam dos sujeitos, seus gostos, poder aquisitivo e relações, o que os classifica como consumidores ou não, por exemplo. A partir dessas noções, passei a entender que, “ao se alimentar, o homem cria práticas e atribui significados àquilo que está incorporando a si mesmo, o que vai além da utilização dos alimentos pelo organismo” como um combustível a ser liberado como energia para sustentar o corpo (MACIEL, 2001, p.145; CAMARGO, 2008). O homem nutre-se também de imaginário, partilhando “verdades” e ideias coletivas que ensinam paladares, sentimentos de prazer/desprazer, comportamentos e preocupações ou não com determinados alimentos (CERTEAU, 1997; FISCHLER, 1995, 1998; SOUZA, 2001).

Então, sob orientação do professor Diogo Onofre e da professora Nádia Souza, elaborei a pesquisa que compôs o trabalho de conclusão do Bacharelado em Ciências Biológicas³, intitulada *Como as escolas inscrevem os hábitos alimentares?*. Nela procurei conhecer como as práticas escolares integram o processo de inscrição dos hábitos alimentares das crianças das Séries Iniciais do Ensino Fundamental e, ainda, o papel da merenda escolar. Realizei esse estudo utilizando algumas ferramentas metodológicas de cunho etnográfico (CALDEIRA, 1988; GEERTZ, 1989), como observações dos espaços escolares – bares, refeitórios, sala de aula, saguão – em quatro

³ Projeto vinculado à Linha de Pesquisa Estudos em Educação em Ciências do Curso de Pós-Graduação em Ciências Biológicas: Bioquímica do Instituto de Ciências Básicas da Saúde - UFRGS.

escolas da rede Estadual de Porto Alegre. Também realizei entrevistas e conversas com professoras, alunos, merendeiras e atendentes dos bares, dentre outras pessoas.

Busquei saber se o tema era discutido em sala de aula, olhando especialmente para a maneira como os livros didáticos abordavam a questão da alimentação e dos hábitos alimentares (WITT, 2004; ARNT, 2005). As análises que procurei desenvolver não foram no sentido de dizer se os “conteúdos” estavam certos ou errados, mas de problematizá-los como uma instância de produção de saber implicada em relações de poder. Essas relações de saber/poder podem ser percebidas, por exemplo, quando os livros, através dos discursos por eles veiculados, não apenas fornecem prescrições às professoras para suas programações e conteúdos de aula, como também “estipulam o papel do corpo docente, suas tarefas, estímulos que devem fornecer aos estudantes, a maneira de avaliar, as atividades de reforço, etc.” (SANTOMÉ, 1998, p.181).

Finalizado esse percurso pelos saberes e pelos sabores, iniciei o Curso de Mestrado na primeira turma do recém-formado Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, na UFRGS. Nesse curso, ingressei na linha de pesquisa Estudos das Ciências e do Corpo na perspectiva do campo dos Estudos Culturais⁴, sob a orientação da professora Nádia Geisa Silveira de Souza.

Dessa vez, a pesquisa tomou outros caminhos. Busquei estudar a vida e a constituição dos corpos a partir de questionamentos sobre como lidamos com os processos do viver/morrer. A dissertação intitulou-se *Eutanásia, vida e morte: problematizando enunciados presentes em jornais e revistas* e foi concluída no ano de 2007. Bem, mas o que me fez mudar o tema? Essa é uma questão inevitável, e a resposta é difícil de determinar. Talvez pudesse

⁴ A Linha de Pesquisa propõe-se a discutir a Ciência como um campo produzido na inter-relação de múltiplas práticas sociais e o Corpo como inscrição processada nas experiências cotidianas, partindo de estudos desenvolvidos no campo dos Estudos Culturais, nas suas versões pós-estruturalistas, e por Michel Foucault. No âmbito dos Estudos Culturais, as pedagogias culturais são constituídas por ensinamentos de práticas culturais e institucionais vinculadas não somente à escola e à universidade, mas também a espaços educativos que compreendem a mídia impressa, a televisão, a publicidade, os rótulos de alimentos, os livros, os filmes e os museus, por exemplo.

falar das diversas questões que me levaram a problematizar enunciados presentes na mídia impressa que trouxessem a eutanásia, a vida e a morte como temática. Entre elas, acho importante dizer que entendo que, mais do que disponibilizar enunciados de várias formações discursivas, “a mídia constrói, reforça e multiplica enunciados propriamente seus, em sintonia ou não com outros discursos e outras instâncias de poder” (FISCHER, 1997, p.65). Funciona, assim, como um importante espaço que veicula “verdades” que atuam como estratégias de regulação na sociedade contemporânea.

Quando iniciei o Curso de Mestrado, no ano de 2005, estavam em cartaz, no cinema, filmes que traziam a discussão sobre a morte e a eutanásia, entre eles: *Mar Adentro*, *Invasões Bárbaras* e *Menina de Ouro*. Outra discussão trazida pela mídia, com repercussão internacional, era a situação da paciente Terri Schiavo. Ela morreu em 31 de março de 2005, nos Estados Unidos, após o tubo de alimentação ser retirado por decisão judicial. Nesse período, reportagens locais traziam a fala e os posicionamentos de médicos gaúchos sobre a eutanásia.

A intensa discussão veiculada na mídia sobre formas de viver e morrer, bem como sobre a legitimação e legalização de práticas médicas (por propostas de resoluções), foi-me capturando, tornando visível a necessidade de um espaço para discutir esses temas, examinando-se os modos como lidamos com o viver/morrer na atualidade. Afinal, vivemos numa sociedade regida pela vida, juventude e saúde, procurando escamotear a morte e imaginar que vivemos com vistas à infinitude. Em relação a essa questão, procurei, ao longo da dissertação, discutir as práticas e os modos de viver hoje relacionados às dificuldades de nos vermos como mortais e falarmos sobre assuntos ligados à morte. Também me propus a discutir a busca do ultrapassamento da organicidade do corpo, o prolongamento da vida, o uso de tecnologias biomédicas voltadas à imortalidade e suas relações com o autocuidado.

Com a pesquisa de mestrado, não pretendi dizer “verdades”, nem oferecer respostas definitivas sobre as questões que discuti, uma vez que entendo a “verdade” como uma invenção humana, efeito das circunstâncias

a partir das quais olhamos e pensamos o mundo (FOUCAULT, 2002b). Dessa perspectiva, aquilo que dizemos existir no mundo não passa de invenções produzidas na rede sociocultural em que nos relacionamos e nos constituímos cotidianamente.

Ao entender a realidade como invenção, interessei-me por investigar a produção de “verdades” relacionadas às práticas médicas direcionadas à manutenção da vida e ao prolongamento do processo de morte “através de enunciados” (VEIGA-NETO, 1996, p.29). Assim, procurei colocar em evidência as “verdades” veiculadas em reportagens da mídia impressa que integram os processos constitutivos das nossas subjetividades. Percebendo tais produções em funcionamento, não as questionei em tom de denúncia, mas tentei pensá-las de outras maneiras – talvez abrindo “brechas” para aquilo que é apresentado como fechado ou fixo. Nesse sentido, Foucault vai nos dizer que:

O papel do intelectual é o de lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da “verdade”, da “consciência”, do discurso. É por isso que a teoria é uma prática. É como uma caixa de ferramentas. É como óculos dirigidos para fora [para ver o mundo] e se eles não lhes servem, consigam outros, encontrem vocês mesmos seu instrumento, que é forçosamente um instrumento de combate. A teoria não totaliza; a teoria se multiplica e multiplica (FOUCAULT, 2002b, p.71).

Conforme a citação, a teoria é uma prática que serve de instrumento de combate, de ferramenta que multiplica e se multiplica. Nessa direção, entendo que esta tese seja, de certa forma, uma multiplicação da investigação iniciada na pesquisa de mestrado. Nesta, pesquisando questões relativas à eutanásia e à vida/morte em reportagens da mídia impressa, busquei conhecer e colocar em questão determinados enunciados, suas “verdades” e “neutralidade”. A intenção foi conhecer como se vinha pensando a morte e a eutanásia e problematizar como os discursos médicos, jurídicos e religiosos se articulavam, regendo a vida das pessoas em situação de morte iminente.

Enfim, nesse processo, foram constituídos vários questionamentos e entendimentos, dentre eles, destaco o que mais me instigou a continuar a pesquisar o tema: questões relativas ao viver/morrer. Trata-se, aí, de compreender que vivemos numa sociedade que busca promover a vida, que elimina a possibilidade de perceber a morte como um evento que faz parte da vida; nessa perspectiva, evita-se, inclusive, falar sobre esse processo ou sobre temas que remetam à finitude. Além disso, essa negação do morrer dá-se também pela ausência de discussões no ensino – seja de ciências, de biologia, de medicina ou de outros (AZEREDO, 2007).

Ao falar sobre o sujeito, Foucault diz que a palavra *sujeito* tem dois significados: “sujeito a algum outro através de controle e de dependência, e atado à sua própria identidade através de uma consciência ou autoconhecimento” (FOUCAULT, 1995a, p.235; RABINOW, 2002, p.45). “Ambos os sentidos sugerem uma forma de poder que subjuga e que faz alguém sujeito a” (idem, ibidem). Trouxe essa noção de sujeito porque parto dela para falar sobre algumas práticas soberanas relativas à possibilidade de “autonomia”. Dessa noção, outra questão relaciona-se às práticas soberanas e às decisões sobre os cuidados do corpo e sobre o morrer, em que a forte oposição à eutanásia, em relação à “autonomia” dos sujeitos de decidirem sobre sua vida e morte, poderia gerar, por exemplo, deslocamentos do poder de decisão sobre tais eventos – da religião, da autoridade divina (Deus, o Soberano), do Estado, dos representantes da justiça, da segurança, da saúde e do Governo (outros Soberanos). Há, ainda, que se considerar a crença no poder da tecnociência como soberana para prolongar a vida e alterar as condições orgânicas do corpo.

A respeito do prolongamento da “vida” dos sujeitos hospitalizados que já não têm perspectiva de cura ou melhora, considero importante apontar algumas das propostas do novo Código de Ética Médica, em vigor desde 13 de abril de 2010 (CONSELHO, 2010). Mesmo não trazendo a expressão

“ortotanásia⁵”, o documento, no artigo 22 do Capítulo I (princípios fundamentais), delibera que:

Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos⁶ apropriados⁷.

Tal decisão cria condições para a ocorrência de “limites” e de recusa à obstinação terapêutica pelo prolongamento da vida de um paciente em processo de terminalidade. Contudo, o texto do Capítulo V (relação com pacientes e familiares) torna-se ambivalente, visto que diz ser vedado ao médico⁸

[...] desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte (art. 31). [vedado ao médico] abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal (art. 41).

Diante da iminência de morte e das intervenções médicas, parece ocorrer a concessão de certa “autonomia” do paciente às determinações médicas. Todavia, ainda não cabe ao paciente, a seus familiares e aos médicos abreviar aquela vida em morte iminente. Tal posição legal coloca em questão a propalada “liberdade” de o paciente decidir sobre seu corpo e vida, divulgada nos jornais impressos como grande conquista proporcionada por esse documento. Por exemplo, na reportagem intitulada *Novo código de ética médica privilegia decisões do paciente* (ZH, 2010), consta a seguinte

⁵ A ortotanásia é entendida como “possibilidade de suspensão de meios artificiais para manutenção da vida quando esta não é mais possível”; um exemplo lícito é o desligamento de aparelhos quando estes não mais promovem recuperação e acabam causando sofrimento adicional – ou seja, a conduta de desligar equipamentos será lícita se não significar encurtamento da vida (KOVÁCS, 2003).

⁶ “O cuidado paliativo é definido pela Organização Mundial da Saúde como o cuidado ativo total dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. O controle da dor e de outros sintomas, o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual são o mais importante. O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias” (PESSINI, 2001, p.209).

⁷ CONSELHO, 2010.

⁸ CONSELHO, 2010.

afirmação: “a determinação [do código de ética médica] dá autonomia ao paciente e garante que ele decida sobre seu futuro⁹”.

Para o presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), a principal contribuição da legislação refere-se ao reforço à autonomia do paciente, “não para diminuir o poder dos médicos, mas para aumentar a possibilidade de diálogo¹⁰”. Com a possibilidade de diálogo aumentada, os médicos, amparando-se nas decisões tomadas juntamente com o paciente, seus familiares ou responsáveis, estarão menos vulneráveis a implicações punitivas, pois tais decisões estarão resguardadas pelas regulamentações do novo código.

Segundo Pessini, para o novo código, o sujeito pode dispor de sua “autonomia basicamente em tudo, salvo frente ‘a iminente risco de morte’, em que o médico pode agir independentemente da vontade do paciente¹¹”. Essa colocação torna visível a fragilidade da noção de “autonomia” e “liberdade” daquele que se encontra na condição de doente/paciente submetido às “verdades” biomédicas. Estas tornam “natural” a ideia e o ato de abrir mão das decisões sobre o próprio corpo, aceitando que passem para os médicos quando em circunstâncias que ameacem o “viver”. Ao que tudo indica, ainda, quando a pessoa ingressa na instituição hospitalar, tornando-se paciente, as decisões em torno da sua vida passam a ser regidas pelo campo médico. Ao serem regidas pela medicina, parece que as experiências da pessoa e sua “autonomia” de decisões podem ser desconsideradas. Isso mostra a articulação dos processos fisiológicos aos dispositivos de poder

⁹ Reportagem: *Novo código de ética médica privilegia decisões do paciente* (ZH, 13/04/2010). Ver página 2 do anexo 1.

Para facilitar o acesso às reportagens referidas neste estudo, disponibilizei-as, na íntegra, no anexo 1 - CD. Elas estão numeradas com o mesmo número da nota de rodapé, seguindo a ordem em que aparecem no texto.

¹⁰ Reportagem: *Conselho diz que código de ética médica será revisto a cada 5 anos*. (Folha SP, 13/04/2010). Ver página 6 do anexo 1.

¹¹ *Novo código de ética médica: 'a medicina brasileira entra no século XXI'. Entrevista especial com Léo Pessini* (membro da Diretoria da Associação Internacional de Bioética e superintendente da União Social Camiliana, além de vice-reitor do Centro Universitário São Camilo, em São Paulo - publicação em 27/04/2010). Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/index.php?option=co-m_noticias&Itemid=29&task=detalhe&id=31842>. Acesso em: 03.05. 2010.

ligados à medicalização e a tecnologias sobre o corpo para fazê-lo viver. Utilizo o termo *dispositivo* partindo da proposição de Foucault. Para ele, um dispositivo compreende a rede que se pode tecer entre o dito e o não-dito, ou seja, são “as práticas elas mesmas, atuando como um aparelho, uma ferramenta, constituindo sujeitos e os organizando”, atuando também na organização da “realidade” social (DREYFUS e RABINOW, 1995, p.135), de modo que “está sempre inscrito em um jogo de poder” e ligado ao saber que dele nasce, mas que o condiciona, isto é, o dispositivo como estratégia de relações dá sustentação e é sustentado pelos saberes (FOUCAULT, 2002b, p.246). Por isso, articula discursos, instituições, leis, “organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” (FOUCAULT, 2002b, p.244).

Ao mesmo tempo, numa sociedade que não autoriza a decisão de morte a um paciente sem chances de cura, a morte de determinados indivíduos – o anormal, o incorrigível, o delinquente, o assassino, o criminoso... – tem sido autorizada sem contestações aparentes. Essas mortes, quase legítimas, têm sido silenciadas ou mesmo espetacularizadas e/ou banalizadas. Vive-se (ou sempre vivemos) diante de mortes autorizadas em nome da segurança, como a morte dos criminosos; ocasionadas pela clandestinidade de práticas de aborto, como a morte do feto e, às vezes, da mulher; ou, ainda, causadas pela condição de viver em situação precária e insalubre, com a ocorrência da morte de crianças e adultos por contaminação, epidemia, falta de assistência, saneamento...

Na tentativa de situar a emergência do tema *aborto* e de discutir os entendimentos sobre o morrer hoje, com base em recortes de análises feitas na minha dissertação, na próxima seção, revisito algumas discussões sobre as dificuldades de nos vermos como mortais e falarmos sobre assuntos ligados à morte. Trago também questões sobre o ultrapassamento da organicidade do corpo e suas relações com regulamentações e autocuidado, com o governo do corpo e com o fazer viver. Nessa direção, aponto algumas discussões contemporâneas sobre as tecnologias reprodutivas

implicadas na determinação da desigualdade e do pertencimento ou não, mesmo antes do nascer.

1.4 Fragmentos do pensar: condições de emergência da pesquisa

O trabalho teórico não consiste em estabelecer e fixar um conjunto de posições sobre as quais eu me manteria e cuja ligação entre essas diferentes posições, na sua suposta ligação coerente, formaria um sistema. Meu problema, ou a única possibilidade teórica que sinto, seria a de deixar somente o desenho o mais inteligível possível, o traço do movimento pelo qual eu não estou mais no lugar onde eu estava agora [há] pouco. Daí, se vocês quiserem, essa perpétua necessidade de realçar, de algum modo, o ponto de passagem que cada deslocamento arrisca modificar se não o conjunto, pelo menos a maneira pela qual se lê ou pela qual se apreende o que pode ter de inteligível. [...] traçar um deslocamento, quer dizer, traçar não edifícios teóricos, mas deslocamentos pelos quais as posições teóricas não cessam de se transformar. Então, uma nova curva, um novo traço, e uma vez mais um retorno sobre ela mesma, sobre o mesmo tema (FOUCAULT, 2010, p.59).

Antes de iniciar a discussão, achei pertinente trazer a explicação sobre o que consiste o trabalho teórico para Foucault, porque nela ele fala desse retorno sobre o mesmo tema para realçar o ponto de passagem no qual os deslocamentos modificam a maneira de compreender as “verdades” ou o que pode haver de inteligível, ou seja, tenta-se mostrar as modificações ou a diferença estabelecida pela pretensa “repetição”. Dessa noção, retorno a algumas discussões sobre o morrer produzidas na pesquisa de mestrado, para realçar os pontos de passagem implicados na emergência do tema *aborto*.

Numa sociedade regida pela vida e pelo fazer viver, que se move gradativamente na busca pela infinitude, emergem dificuldades de lidar com os sentimentos despertados pela vulnerabilidade da vida (relacionados à doença, ao envelhecer e à morte), pois essa circunstância remete-nos a pensamentos relacionados à nossa finitude e à dos que nos são caros. Tais sentimentos e valores, muitas vezes, geram decisões e atitudes direcionadas à separação e ao isolamento dos doentes e dos idosos do mundo dos vivos. Em outras palavras, “a morte do outro torna-se dramática e insuportável e se inicia um processo de afastamento social da morte” (MENEZES, 2004, p.27).

Mesmo numa época com enormes avanços na arte de repelir e impedir as causas de morte, esta não foi abolida, mas esse “inimigo invisível” desapareceu de vista e do discurso (BAUMAN, 1998). Ao mesmo tempo, nossa vida passou a ser policiada do início ao fim, tornando-nos, pelo menos temporariamente, “inválidos acompanhando a vida das janelas do hospital” (idem, p.195). Para chegar a essas condições, nossa cultura desenvolveu estratégias, como, por exemplo, esconder

[...] a morte daqueles próximos à própria pessoa; colocar os doentes terminais aos cuidados de profissionais; confinar os velhos em guetos geriátricos muito antes de eles serem confiados ao cemitério [...]; transferir funerais para longe de locais públicos; moderar a demonstração pública de luto e pesar; explicar psicologicamente os sofrimentos da perda como casos de terapia e problemas de personalidade (BAUMAN, 1998, p.198).

Essas estratégias fazem parte do que Foucault chamou de biopoder, que se ocupa dos processos que são próprios da vida, dos fenômenos coletivos de uma população (como natalidade, mortalidade, longevidade, doenças, etc.). Esse poder lida com o corpo múltiplo, com estatísticas de uma população, com a população “como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder” (FOUCAULT, 2002a, p.292-293). Os mecanismos de ação da biopolítica têm como finalidade a regulamentação da população, buscando prever seus eventos, “controlar (eventualmente modificar) a probabilidade desses eventos, em todo caso, compensar seus efeitos” (idem, p.297). Nessa relação, a medicina, ao ocupar-se dos problemas de saúde, tem atuado na busca pela regulamentação da vida das pessoas a partir de saberes e de estratégias que têm por finalidade fazer viver. Da lógica de cura e de manutenção do viver, o poder médico vai intervir “para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências” (FOUCAULT, 2002a, p.295).

Ao falar do corpo e suas relações com a tecnociência, Sibilía (2003, p.41) comenta que “mistos de poder-saber conformam os contextos nos quais vivemos e falamos, eles nos constituem e nós os constituímos

permanentemente”. Diz ainda que essa relação entre poderes e saberes é capaz de criar incessantemente as tecnologias de poder. Ao discutir o funcionamento da tecnociência moderna e contemporânea, a autora aponta que, na atual sociedade tecnológica, os avanços mais recentes nas áreas da biotecnologia e da informática, a serviço do “deciframento da vida”, fazem vigorar o caráter essencialmente tecnológico do conhecimento científico (idem). Nessa direção, os procedimentos científicos não visam à “verdade” ou ao conhecimento da natureza íntima das coisas, mas à compreensão dos fenômenos para exercer a previsão e o controle total sobre a vida. Tais procedimentos não pretendem apenas a melhora das condições de vida, mas a busca insaciável pela infinitude, desconhecendo os limites, buscando o domínio e a apropriação total da natureza e superando suas limitações biológicas, inclusive, a mortalidade (idem). Assim, vinculam-se à noção cada vez mais presente de superação dos limites do corpo, o que tem sido tema de discussões contemporâneas. Um exemplo é a medicina reprodutiva, que se tornou uma das áreas com grande investimento e desenvolvimento nos últimos anos, atendendo, talvez, à lógica de fazer viver por meio da fertilização *in vitro*, uma forma de superação das limitações biológicas em busca da manutenção da utilidade e produtividade do corpo pela criação da possibilidade de mulheres com problemas de fertilidade gerarem filhos.

Num processo de medicalização crescente, novos entendimentos e tecnologias de vida e trabalho articulados a empresas e instituições estão surgindo nos domínios do trabalho, da vida e da linguagem, “entre estas, a principal é a indústria de biotecnologia” (RABINOW, 2002, p.137). A utilização e comercialização de óvulos e espermatozoides, por exemplo, faz com que os avanços biotecnológicos, como a fertilização *in vitro* e a inseminação artificial, diminuam a interferência da determinação genética da mulher sobre o embrião que ela gesta. Além disso, a possibilidade de melhoramento genético do embrião em relação às escolhas de sua composição biológica, como uma técnica de prevenção, visa à diminuição das características que oferecem riscos à sua saúde e vida. Tais saberes já começaram a modificar a relação e o entendimento da morte e do aborto pela

prática do descarte de embriões, bem como dos processos de vida e das práticas econômicas de trabalho pelo consumo da técnica de manipulação e venda de produtos biológicos (embrionários). A implicação de tais práticas nas questões sociais é algo a se ver para buscar compreender aonde podem levar e o que podem produzir. Afinal, como sugere Deleuze, “concentra-se nas práticas de vida o lugar mais potente de novos saberes e poderes”, por isso, busca-se descrever o que está acontecendo, procurando “analisar racionalidades específicas ao invés de sempre invocar o progresso da racionalização em geral” (RABINOW, 2002, p.137).

Como vínhamos discutindo, as relações de saber/poder criaram tecnologias direcionadas à superação do orgânico, ao prolongamento da vida e à imortalidade. Pesquisas da atualidade, como as das áreas de engenharia genética, criogenia e farmacologia, são exemplos de que esses “projetos”, além de aceitos, se tornaram realizáveis pelas biotecnologias. Dentre elas, está a de uma vida sem sofrimentos, em função dos psicofármacos (COUTO, 2009); sem fim, com o uso da bioengenharia e do congelamento dos organismos à espera de técnicas médicas mais eficazes; “programada” e “melhorada”, pela possibilidade de manipulação ou “correção” do código genético – novas conformações de práticas eugênicas? (CARDOSO e CASTIEL, 2003, RABINOW e ROSE, 2006). Enfim, todas essas promessas e buscas poderiam acabar por fazer, segundo Bellino (1997), concorrência com os cemitérios em um futuro não tão distante.

As conquistas técnico-científicas presenciadas nos últimos anos têm exigido que sejam revisados os limites médicos e jurídicos entre vida e morte, e “as condições antes consideradas como morte passaram a ser reversíveis, exigindo a elaboração de novas leis, definições e práticas” (HUGHES *apud* SIBILIA, 2003, p.51). O borramento das fronteiras entre a morte e a vida, que antes eram nitidamente definidas, traz conceituações probabilísticas que determinam o estado do corpo do paciente, as chances de recuperação e de utilização de seus órgãos e células. No campo médico, percebemos modificações criadas na hospitalização, nas unidades de terapia intensiva e nos transplantes, “três grandes tendências do século XX que alteraram

totalmente o horizonte da morte e do morrer” (VALLS, 2004, p.176). Essas mudanças trouxeram outras, entre elas, a doação de órgãos, os quais devem ser retirados ainda vivos do paciente, ou seja, “quando o paciente estiver legalmente morto” (idem, ibidem).

A definição de morte legal tem como pressuposto a utilização dos órgãos para fins de transplantes, efeito das preocupações com a vida e em manter vivo aquele que está considerado sem salvação ou condenado à morte. Com isso, a morte torna-se legal quando tem como função gerar ou prolongar a vida de outros. Tal argumento vincula-se à noção de morte encefálica¹², cada vez mais presente e aceita, que vem constituindo a definição de morte na nossa sociedade.

As mudanças médicas entrecruzam-se, ainda, com a desvalorização sociocultural da morte, tendo como efeito mudanças nas cerimônias de funerais e de velamento do corpo. Tais processos foram associados por Foucault aos mecanismos de biopoder, ou seja, um conjunto de ações de uns sobre outros, que conduz condutas e ordena o campo das possibilidades dos outros, cuja focalização na vida, desde o século XIX, teria atenuado o sentido da morte (DREYFUS e RABINOW, 1995). A partir desse período, configura-se uma medicina cujas ações se dirigem aos problemas de higiene e de saúde, enquadrando-se numa política de regulamentação da vida da população, ou seja, como um campo de saber em que as estratégias pretendem fazer viver. Nesse sentido, ao estarmos sob os cuidados de uma instituição hospitalar, estamos ali buscando manter a vida, o que pode interferir na decisão ou no pensar sobre a própria morte. No entanto, temos que nos questionar sobre que vida estamos mantendo e qual o “preço” que estamos dispostos a pagar. Será que viver é estar inconsciente, imóvel, sob a ação de sedativos, “vivo” graças a tubos e máquinas?

¹² Morte encefálica é definida pela parada irreversível de todas as funções cerebrais, ou seja, só é constatada a morte encefálica caso estejam inativas todas as funções cerebrais, incluindo o tronco cerebral, que controla a respiração, o batimento cardíaco e a pressão sanguínea (MARTIN, 1998). Tal definição remete a noção de “sujeito cerebral”, ou seja, a constituição do sujeito atribuída ao funcionamento de seu cérebro (AZIZE, 2010).

Entendendo que as estratégias de controle se concentram nas condições, nas interfaces e nos fluxos entre as fronteiras, e não na integralidade do natural, a relação entre organismo e máquina tem sido uma guerra de fronteiras que coloca em jogo os “territórios da produção, reprodução e da imaginação” (HARAWAY, 2000, p.41-42). Para Donna Haraway, assumir a responsabilidade pelas relações sociais da ciência e da tecnologia significa a rejeição de uma metafísica anticiência, de uma demonologia da “tecnologia, e portanto significa abraçar a delicada tarefa de reconstruir os limites da vida cotidiana, em conexão parcial com outras” (idem, p.108; RABINOW, 2002, p.153). Ela argumenta que o ciborgue pode ser “uma forma de saída do labirinto dos dualismos por meio dos quais temos explicado nossos corpos e nossos instrumentos” e que a sua imagem pode construir ou destruir máquinas, identidades, categorias e relações (HARAWAY, 2000, p.108).

Nesse sentido, se, por um lado, conforme Rabinow (2002), a maleabilidade da natureza é um convite ao artificial, por outro, as tecnologias da informação e as biotecnologias são “ferramentas cruciais no processo de remodelação de nossos corpos”. Essas ferramentas, aliadas aos discursos científicos e às tecnologias, corporificam e produzem relações sociais (HARAWAY, 2000, p.70).

Sem ignorar ou menosprezar as crescentes mudanças ocorridas na medicina e nas biotecnologias, o tom muitas vezes sensacionalista da mídia em torno dos feitos da tecnociência cria expectativas em muitas pessoas a respeito de possíveis “curas” num futuro, mesmo que médicos especializados digam o contrário. Assim, se, em outras épocas, a promessa de “Salvação da Vida” encontrava-se “fora” deste mundo, hoje parece que a promessa e a “Salvação” são encontradas neste mundo, no saber/poder da medicina, das biotecnologias, da ciência.

Tais situações vêm reforçar a necessidade de repensar e discutir questões e assuntos relativos à vida e à morte, especialmente quando nos encontramos atravessados por lógicas direcionadas ao prolongamento da vida, à infinitude através de poderes soberanos: políticos, médicos,

científicos e religiosos, por exemplo. Em alguns casos¹³, mesmo quando jurídica e publicamente o paciente requer o direito de decisão sobre sua vida e morte, seus desejos, sentimentos e reivindicações geram manifestações contrárias à sua “liberdade” de escolha. Isso mostra a rede de governamento em que nosso corpo e vida/morte se encontram inseridos e também que pouco olhamos para a condição do outro, imersos nas “verdades” instituídas que nos outorgam o direito soberano de decidir sobre a vida e a morte.

O percurso parece-nos conduzir às práticas e aos estudos de “técnicas e procedimentos destinados a dirigir a conduta dos homens”, tendo como ideia central o “governo dos vivos” (FOUCAULT, 1997, p.101). Crescem as tecnologias e os recursos para a previsão e, talvez, prevenção daquelas características e atitudes que podem representar “riscos” à vida, como também as técnicas associadas ao autocuidado. Crescem os enunciados associados à medicalização da vida através de atitudes medicamentosas e “mecanismos” preventivos, como a alimentação, os esportes, as terapias, o lazer, como também por meio de prescrições para exames e remédios para prevenir os riscos de anormalidades.

Para Castiel (1999, p.38), um dos principais elementos que participam na construção da noção ou “espírito de risco’ de nossas sociedades modernas pode ser localizado na produção científica”, a qual, articulada aos

¹³ Como exemplo, trago a discussão difundida na mídia sobre a morte induzida do italiano Piergiorgio Welby, de 60 anos de idade – abordada na dissertação. Segundo a reportagem *Morte de italiano volta foco à eutanásia* (MORTE, 2006), Welby não movia nenhum órgão do corpo, com exceção dos olhos, e estava conectado a um respirador artificial, em uma cama, desde 1997.

Welby foi presidente de uma associação de defesa dos doentes e já havia reivindicado à Justiça e, de maneira oficial, aos seus médicos o direito de interromper o tratamento que o mantinha vivo (MÉDICO, 2006). Conforme a reportagem, nos últimos meses, ele liderara uma campanha pelo seu direito de morte e, em setembro, enviara um vídeo ao presidente italiano falando (através do computador que sintetizou sua voz) de suas condições e pedindo o direito de morrer. No vídeo, que foi transmitido pela televisão, ele dizia: *Se eu fosse suíço, holandês ou belga, poderia aforrar este sofrimento. Mas sou italiano, e aqui não existe piedade.*

Depois de ter seu pedido negado por várias instâncias judiciais, o anestesista Mario Riccio desligou o respirador artificial que mantinha o paciente vivo, mas primeiro ministrou um coquetel de sedativos, nas suas palavras, “para que ele não sofresse com a falta de ar” (MÉDICO, 2006). Riccio alegou que a suspensão do tratamento era a vontade do paciente: *“Aceitei sua vontade de morrer”, declarou o médico.* A confirmação da morte de Welby ocorreu meia hora depois de desligado o aparelho. Sua irmã, Carla, disse que tudo aconteceu *“como ele queria”*. Na Itália, o responsável pela eutanásia está sujeito a até 15 anos de prisão. Ver página 7 do anexo 1.

discursos médicos, abrange os mais variados fatores de risco, especialmente em relação a questões de saúde e doença, juventude e longevidade. A importância da noção de risco nas sociedades contemporâneas tem sido abordada por inúmeros autores. Giddens (1991) sugere que a busca pela segurança é possibilitada pela criação da confiança na previsão de consequências contingentes, seja para evitá-las, seja para estabilizá-las. Essa previsão torna também o indivíduo um objeto de reflexão. Ao assumir-se como objeto de reflexão, o indivíduo passa a exercer decisões críticas sobre si em busca de um resultado desejável, ou seja, uma consequência prevista em razão da escolha de seu futuro modelo de corpo, juventude e/ou padrão de saúde, por exemplo.

Com o surgimento de estudos de medicina experimental e epidemiologia baseados na biologia molecular, “a determinação dos riscos vai, em algumas circunstâncias, se tornar mais bem demarcada, permitindo previsões com menores margens de erro” (CASTIEL, 1999, p.38). No caso de um diagnóstico médico, por exemplo, o conhecimento do especialista torna-se o “veículo através do qual uma circunstância é declarada decisiva” (GIDDENS, 2002, p.108). Porém, mesmo com o avanço da testagem genética, as previsões da medicina só são válidas para algumas doenças específicas (CASTIEL, 1999). Dessa noção, mesmo que as previsões do risco revelem de modo antecipado as possibilidades de ocorrência de eventos indesejáveis a partir dos conhecimentos disponíveis, esta noção costuma ser probabilista e não determinista (CASTIEL, 1999). Por esses motivos, parece importante levar em conta o que os autores comentam sobre a relatividade da exatidão da previsão dos riscos pela falta de refinamento na sua precisão. Afinal, essa desestabilização da crença na certeza científica pode trazer outros elementos a serem considerados diante das escolhas, como a implicação da contingência ou imprevisibilidade de eventos cotidianos não-intencionais.

Giddens (2002, p.106), ao falar da emergência da noção de risco, comenta que a “‘abertura’ das coisas por vir expressa a maleabilidade do mundo social e a capacidade que os homens têm de dar forma aos ambientes físicos de sua existência”, na intenção de controlar o tempo

presente para colonizar o futuro. O risco implica acontecimentos futuros, o que torna o futuro um novo “território de possibilidades contrafactuais” que pode ser invadido e colonizado pelo “pensamento contrafactual e pelo cálculo do risco” (idem, ibidem). Conforme o autor, as tendências globalizantes são simultaneamente extensionais e intencionais, vinculando os indivíduos a escalas locais e global, em que a exposição ao risco pode ser relacionada ao ambiente de risco ou ao comportamento de risco e, ainda, à quantidade de indivíduos afetados ou a consequências particulares para a vida de poucos no futuro (GIDDENS, 2002). Nesse sentido, o risco atua como “uma regra que permite ao mesmo tempo unificar uma população e identificar os indivíduos que a compõem segundo um mecanismo de auto-referência” que pressupõe que todos os indivíduos possam ser afetados pelos mesmos males, ou seja, todos estão expostos e partilham as respectivas responsabilidades (EWALD, 1993. p.97). Dessa forma, o risco pode ser entendido como uma estratégia que normaliza (classifica e busca trazer para a normalidade) e governa (pelo gerenciamento das condutas). Para Giddens (1991, p. 192), as tendências globalizantes constituem um processo “simultâneo de transformação da subjetividade e da organização social global, contra um pano de fundo perturbador de riscos de alta consequência”, num futuro com status de modelador contrafactual. Segundo ele:

Antecipações do futuro tornam-se parte do presente, ricocheteando assim sobre como o futuro na realidade se desenvolve; o realismo utópico combina a "abertura de janelas" sobre o futuro com a análise das correntes institucionais em andamento pelas quais os futuros políticos estão imanentes no presente (GIDDENS 1991, p. 192-193).

Vemos essa tentativa de colonizar e modelar o futuro nas práticas voltadas à promoção da vida e do corpo saudáveis, as quais tornam a pessoa a única responsável pela sua saúde, cuidado e bem-estar. Tais questões vinculam-se, por exemplo, a procedimentos que determinam a variação estabelecida na taxa de normalidade, definida por critérios que aumentam o número de pré-doentes, ou seja, pessoas que apresentam ou podem apresentar características relacionadas ao surgimento de certos distúrbios (CASTIEL, 2007). Nesse sentido, a vigilância e o controle dos possíveis riscos

não têm esperado nem mesmo a manifestação da doença para que o médico exija exames para intervir na doença e no corpo – as ações voltam-se para a detecção da pré-doença. Essa noção, cada vez mais aceita, vem constituindo a definição de saúde e gerando mudanças nos hábitos de vida, que passam a ser ligados à promoção da saúde.

Czeresnia (2003, p.43), ao diferenciar os conceitos da prevenção de promoção da saúde, comenta que “um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais”. Porém, a concepção de autonomia que é proposta e construída pode estar evidenciando como a configuração dos conhecimentos e das práticas construiria noções científicas e culturais, de modo a conformar os sujeitos a exercerem uma autonomia regulada, ou seja, tendo suas escolhas dirigidas segundo regras mercadológicas (idem). Além disso, a partir de Lupton e Petersen, a autora comenta que a perspectiva da promoção da saúde reforça a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, progressivamente delegando aos sujeitos a tarefa de tomarem conta de si mesmos. Sobre as ações preventivas, a autora comenta que estas se definem como

[...] intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2003, p.49).

No que tange à noção de promoção da saúde, ela comenta, segundo Leavell & Clarck, que é mais ampla que a da prevenção, pois se refere a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (CZERESNIA, 2003, p.49). Assim, as estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que estruturam os problemas de saúde.

Em outras palavras, a promoção da saúde é constituída por ações preventivas, mas para isso se vale de ações educativas que visam ao gerenciamento das condutas não apenas das pessoas que estão doentes, mas de todos. Um exemplo de estratégia bastante utilizada para promover a saúde são as campanhas de saúde. Estas podem atuar em favor do uso de preservativos para evitar/prevenir doenças ou mostrando a importância da amamentação, da prática de exames periódicos para medicalização antecipada do câncer, de não fumar, de seguir uma dieta e de fazer atividades físicas, por exemplo. Essas estratégias configuram formas de buscar intervir ou normalizar o comportamento e os hábitos de vida de cada indivíduo conforme as regras ou políticas de saúde e mercado vigentes. Assim, o disciplinamento do indivíduo marca sua postura preventiva em relação aos supostos riscos à sua saúde, mas, ao prevenir-se, ele estará contribuindo ou promovendo a saúde e o bem-estar também de outros/ “todos” (CASTIEL, 1999; CZERESNIA, 2003).

Se a busca pela saúde está para além da sobrevivência, pois compreende a qualificação da existência, para viver mais e melhor, promover a saúde envolve escolhas que são regidas por escalas de valor que emergem da articulação de múltiplas “verdades”, as quais constituem as subjetividades e singularidades de eventos individuais e coletivos (CZERESNIA, 2003).

A partir dessas noções, percebe-se que hoje são difundidas as probabilidades de ocorrência de doenças relacionadas ao comportamento que as pessoas optam por manter, doenças vistas como resultado de resistência ou falta de informação e como um mau exemplo do gerenciamento do próprio corpo, ou seja, o comportamento coloca o indivíduo em risco. Como já comentado, existem à disposição várias prescrições, de diferentes áreas e de fácil acesso, especialmente as associadas à saúde, indicando regras, normas e padrões de vida (como as dietas, os exercícios, as análises, os exames preventivos...) direcionados a assegurar uma vida saudável, meta principal para a longevidade.

A articulação de estratégias direcionadas à “autonomia” do sujeito e à regulamentação da vida tem gerado um aumento dos cuidados de si em relação à saúde. Isso demonstra que as estratégias do biopoder engendram o nosso cotidiano e vida através da naturalização de suas “verdades”, que atuam de modo a subjetivar os sujeitos.

Em uma rede de discursos que circulam em diversas instâncias (mercado, moda, estética, mídia, medicina, ciência...), a imperfeição, incompletude e vulnerabilidade¹⁴ como potenciais de nosso corpo vêm sendo produzidas ao mesmo tempo que a saúde e a beleza – por meio de atitudes e cuidados necessários ao atendimento das exigências que são para o “nosso próprio bem” ou para o bem de nosso corpo/saúde. Numa sociedade de consumo regida pela política do mercado, para suprir os “desejos” e as “necessidades” dos corpos consumidores, encontram-se à disposição tantos objetos e procedimentos quanto forem “necessários” para garantir vida longa, saúde, juventude e beleza, com a finalidade de atender às promessas do mais antigo desejo humano: a vida eterna.

Enfim, o biopoder, ao servir para “assegurar a inserção controlada dos corpos no aparato produtivo e para ajustar os fenômenos da população aos processos econômicos”, constitui um elemento “fundamental para o desenvolvimento do capitalismo, cujo objetivo é produzir forças, fazê-las crescer, ordená-las e canalizá-las” (CASTRO, 2009, p.58; SIBILIA, 2003, p.163). Para isso, diferentes estratégias atuam constantemente por meio de novos saberes e técnicas para conhecer e conquistar novos espaços de intervenção, onde podem acontecer também os embates, as resistências, as fugas possibilitadas no viver. Nessa relação, a morte, momento em que o indivíduo se encontra na iminência de escapar ao poder, deixa de interessar aos mecanismos do biopoder – desde que não seja mais produtiva e útil.

Nikolas Rose argumenta que “a economia da biopolítica contemporânea opera de acordo com a lógica da vitalidade”, ou seja, pelo

¹⁴ Conforme Czeresnia (2003, p.43), termos como *vulnerabilidade* têm sido “desenvolvidos e utilizados cada vez mais no contexto das propostas de promoção da saúde”. Esses “quase conceitos” permitem, além de abordagens articuladas a conceitos de outras áreas, múltiplas significações que emergem dos acontecimentos individuais e coletivos.

investimento no incremento e na otimização da própria vida para fazer viver por mais tempo – estendendo o tempo de vida “indeterminadamente” – e com mais qualidade, remetendo à conquista do controle da mortalidade pela redução dos riscos à saúde (RABINOW e ROSE, 2006, p.47; VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL; BAGRICHEVSKY; GRIEP, 2010). A essa noção de infinitude, as práticas biotecnológicas investidas no material genético da vida e tudo o que pode estar ligado a elas, como as indústrias privadas, o serviço nacional de saúde pública e companhias multinacionais, acenam possibilidades de “nos tornarmos senhores de vida e de morte” (RABINOW, 2002, p.10). Senhores, soberanos nas escolhas e decisões sobre a criação de formas de vidas, em fazer viver por mais tempo, em recusar determinadas formas de vida.

Após fazer a releitura da dissertação, na tentativa de lembrar quais foram “mesmo” os caminhos que me fizeram chegar ao tema do aborto e buscar entender alguns conceitos, comecei, então, a lembrar-me das vezes em que já reescrevi e apresentei cada um dos capítulos, transformados em artigos, das oficinas e aulas de que participei e do que emergia nas falas das pessoas. Em meio a essa rede, percebi que, em muitas ocasiões, a temática do aborto aparecia – ou por remeter a essa prática pela exposição ao risco de morte das mulheres, ou por ter sido abordada na mídia e estar em discussão naquele momento.

Além disso, esse assunto sempre provocou estranheza e perturbação em mim. No meu entendimento, tratava-se de uma questão privada, e toda essa discussão na mídia – um espaço público – sobre as intervenções no corpo de uma mulher fez-me pensar o quanto deveria causar de constrangimento e perturbações. O incômodo gerado na fala das pessoas fez vir à tona o meu próprio incômodo diante dessas questões, e penso que só agora consegui enxergar isso. Todos os momentos, seja de leitura, de escrita, dos congressos ou das aulas, contribuíram para aumentar e reforçar ainda mais meu interesse pela pesquisa e fizeram-me perceber a importância e a abrangência desse tema.

CAPÍTULO 2

ESTRATÉGIAS DE GOVERNAMENTALIDADE E O PODER SOBRE O VIVER/MORRER... ONDE NOS LEVA O EXERCÍCIO DAS “VERDADES¹⁵”?



PARA FOUCAULT, O HOMEM É, AO MESMO TEMPO, SUJEITO E OBJETO DO SEU PRÓPRIO CONHECIMENTO (TUCHERMAN, 1999, P.85).

TANTO NO PROCESSO DE OBJETIVAÇÃO QUANTO NO PROCESSO DE SUBJETIVAÇÃO, É O INVESTIMENTO POLÍTICO SOBRE A VIDA QUE POSSIBILITA A CONSTITUIÇÃO DO INDIVÍDUO COMO OBJETO E SUJEITO (FONSECA, 2003, P.100).

¹⁵ A imagem desse capítulo foi escolhida por tratar-se da inseminação artificial, estratégia utilizada para driblar a infertilidade e possibilitar o viver.

CAPÍTULO 2

ESTRATÉGIAS DE GOVERNAMENTALIDADE E O PODER SOBRE O VIVER/MORRER... ONDE NOS LEVA O EXERCÍCIO DAS “VERDADES”?

Neste capítulo, trago as ferramentas teórico-metodológicas, o material de análise, indicações de alguns caminhos que pretendi seguir para o desenvolvimento das análises e, a partir de proposições de Michel Foucault, questões relativas ao governo do corpo e da vida, com base na resignificação do poder pastoral e nas práticas do biopoder como estratégias de governamentalidade.

2.1. Do forasteiro desengajado: itinerários

[...] não há um caminho traçado de antemão que bastasse segui-lo, sem desviar-se, para se chegar a ser o que se é. O itinerário que leve a um “si mesmo” está para ser inventado, de uma maneira sempre singular, e não se pode evitar nem as incertezas nem os desvios sinuosos. O eu [...] não está para ser explorado, mas para ser criado (LARROSA, 2003a, p.09). O eu não é o que existe *por trás* da linguagem, mas o que existe *na* linguagem (idem, p.25).

Acredito que ensaiar e perguntar têm sido o meu caminho, a minha experiência e experimentação na escrita e na leitura – perguntar, questionar, problematizar, pensando quem eu sou nessa trama e o que quero fazer comigo mesma na formação do meu modo de escrever e de ler, do meu modo de pensar e habitar este lugar e de atuar na posição de professora-pesquisadora que escreve e faz escrever, lê e dá a ler, fala e ouve de determinada forma, assim como pensa e possibilita modos de pensar (LARROSA, 2004). Nesse sentido e neste momento, entendo esta pesquisa como um ensaiar-se. Um ensaiar-se no pensamento (no e para o presente); na escrita, que parte de um distanciamento crítico; e na vida, em suas relações e experimentações (idem).

Porém, para um ensaiar-se, parece-me necessário partir do entendimento de que “nem sempre fomos o que somos”, o que leva ao

interesse pelo conhecimento do passado das nossas “verdades”, pela história do que somos ou de como chegamos a ser a diferença que somos agora (LARROSA, 2004, p.34; FISCHER, 2004). Para construir essa relação com o presente, é preciso que nos distancieemos de nós mesmos, que estranhemos o presente, convertendo-o não em um tema, mas em um problema (LARROSA, 2004). Isso nos fará perceber a provisoriedade de ser, as possibilidades do vir-a-ser (devir) e o “quão artificial, arbitrário e produzido é o que nos parece dado, necessário ou natural” (LARROSA, 2004, p.34).

E o que quero com esta proposta de pesquisa? Quero criar condições que possibilitem a inquietação diante de determinadas “verdades” e da complexidade de práticas relativas ao governo dos corpos nos processos do viver/morrer. Sim, se uma pesquisa, tal como Foucault desenvolveu, “foi uma tentativa de pensar de um outro modo, sua atitude foi um exercício sobre si mesmo, uma prática de si na perspectiva de sua transformação” (RAMIREZ, 2008, p.09), a proposta é promover a experiência da própria contingência e transformação. Isso implica repensar, desestabilizar, incomodar e perturbar o fluxo que tende a naturalizar ideias, pensamentos, discursos, condutas e práticas. Trata-se de buscar “saber de que maneira e até onde seria possível pensar diferentemente em vez de legitimar o que já se sabe” (FOUCAULT, 1998, p.13). Por isso, considero esta pesquisa um ensaiar-se, ou seja, o desafio do exercício de si na escrita, no pensamento e na vida. Algo que não busca profetizar uma prescrição do que e/ou de como se deve conduzir, fazer, agir e falar, mas criar condições para que “os atos, os gestos, os discursos que até então lhe pareciam andar sozinhos tornem-se problemáticos, perigosos, difíceis” (FOUCAULT, 2003b, p.348).

Compreendo que esses movimentos não são a solução nem a salvação, que não atuam de forma a intervir de modo impactante e imediato para esclarecer ou mostrar a “verdade” aos indivíduos, mas que são processos extremamente árduos, ousados e difíceis. Entretanto, quem foi que disse que a possibilidade de criar mudanças pela prática de suscitar diferentes pensamentos não seria uma batalha lenta, uma guerra de micropoderes?

Para Foucault, a crítica não é uma premissa, mas um instrumento para ser usado nos processos de conflitos, enfrentamentos e tentativa de recusa; “é um desafio em relação ao que é” (FOUCAULT, 2003b, p.349). E, nesse desafio em relação ao que “é”, pelo uso da crítica, produzem-se desconfiças e dúvidas, como, por exemplo: como as coisas ditas “reais” acontecem no interior dos discursos?

Os discursos estão sendo entendidos, aqui, como “um conjunto regular de fatos linguísticos em determinado nível, e polêmicos e estratégicos em outro” (FOUCAULT, 2005, p. 9); “um conjunto de estratégias¹⁶ [de saber/poder] que fazem parte das práticas sociais” (idem, p.11), com a finalidade de produzir “coisas” no mundo, pensamentos, atitudes, “objetos” e tipos de sujeitos, por exemplo. Mais do que produzir significados, os discursos encontram-se implicados na constituição das subjetividades das pessoas. Segundo Foucault, eles “só dizem o que é o sujeito dentro de um certo jogo muito particular de verdade” (2006a, p.237); sujeito e objeto são constituídos em certas condições, que não param de se modificar. Nesse sentido, as práticas, entendidas como “modos de agir e de pensar, dão a chave de inteligibilidade para a constituição correlativa do sujeito e do objeto” (idem, p.238-239). A partir dessas noções, uma análise das relações entre sujeito e “verdade”, em que o sujeito é inserido como objeto nos jogos de “verdade”, pretende estudar

[...] os procedimentos e as técnicas utilizados nos diferentes contextos institucionais, para atuar sobre o comportamento dos indivíduos tomados isoladamente ou em grupo, para formar, dirigir, modificar sua maneira de se conduzir, para impor finalidades à sua inação ou inscrevê-la nas estratégias de conjunto, conseqüentemente múltiplas em sua forma e em seu local de atuação; diversas da mesma forma nos procedimentos e técnicas que elas fazem funcionar: essas relações de poder caracterizam a maneira que os homens são “governados” uns pelos outros (FOUCAULT, 2006a, p.238-239).

¹⁶ Nessa perspectiva, estratégias discursivas são os “fatos de discurso, não mais simplesmente sob seu aspecto linguístico, mas, de certa forma como jogos (games), jogos estratégicos, de ação e de reação, de pergunta e de resposta, de dominação e de esquiva, como também de luta” (FOUCAULT, 2005, p.09).

A noção de governo empregada neste estudo compreende a estruturação do eventual campo de ação das pessoas. Nesse entendimento, o governo não se restringe apenas às estruturas políticas e à gestão dos Estados, mas designa a “maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos” (DREYFUS e RABINOW, 1995, p.244). Nas relações sociais, em que funcionam as diversas e particulares maneiras de governo dos indivíduos, atuam práticas/técnicas de modo a objetivar e também subjetivar, constituindo tanto conhecimentos e ações direcionadas ao sujeito quanto “a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade” (FOUCAULT, 2006a, p.236). Essa mútua relação com os jogos de “verdade” – as regras que fazem o sujeito dizer o que é da ordem do verdadeiro e do falso, do certo e do errado... – torna a objetivação e a subjetivação dependentes uma da outra (idem). Enfim, para Foucault, a “sobreposição dos mecanismos de objetivação e de subjetivação presentes na atualidade define a forma da individualidade no presente” (FONSECA, 2003, p.142-143).

A partir dessas noções, a mídia, como instância veiculadora de discursos que nos interpelam cotidianamente, mostra-se como um elemento de uma rede discursiva implicado nos processos de objetivação e de subjetivação, os quais configuram determinadas formas de pensar e de agir nas relações consigo e com o outro (WITT, 2007). Dessa forma, torna-se oportuno questionar: como a mídia impressa vem falando sobre o aborto? Quem vem falando sobre esse tema nesse espaço?

Dúvidas como essas permeiam e movimentam este ensaio, formam meu caminho, minha experiência e experimentação na escrita e na leitura, que visa a conhecer e mostrar algumas relações presentes na superfície de determinados discursos, dando certa visibilidade ao que “só é invisível por estar muito na superfície das coisas” (FOUCAULT, 2000, p.146). Como mencionei anteriormente, tomo o discurso “como uma prática que obedece a regras [...] de formação, de existência, de coexistência, a sistemas de funcionamento”, entendendo que os discursos conformam os objetos de que falam e podem atuar de forma a controlar outros discursos (idem, ibidem).

Ou seja, o discurso próprio de um determinado período possui uma função “normativa e reguladora e coloca em funcionamento mecanismos de organização do real por meio da produção de saberes, de estratégias e de práticas” (REVEL, 2005, p.37). Nesse sentido, a análise de ordem discursiva trata de buscar

[...] compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites de forma mais justa, de estabelecer suas correlações com outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui (FOUCAULT, 1995b, p.31).

Procuro, então, problematizar o discurso não como conjuntos de “signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam” (idem, p.56). Afinal, mesmo sendo feitos de signos, os discursos fazem mais do que utilizar os signos para designar coisas. “É esse *mais* que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala [...] que é preciso aparecer e que é preciso descrever” (idem, *ibidem*).

Nessa perspectiva, os discursos encontram-se imbricados em relações de saber/poder, visto que, a cada instante, a sociedade ocidental produz “verdades” associadas ao poder¹⁷ e, ao mesmo tempo, aos mecanismos de poder, “porque esses mecanismos de poder tornam possíveis, induzem essas produções de verdades, e porque essas produções de verdade têm efeitos de poder” (FOUCAULT, 2003d, p.229). Assim, são os processos, as lutas implicadas na diversidade de relações que simultaneamente atravessam e constituem o sujeito e “determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento” (idem, p.27). Dessa forma, uma análise das relações

¹⁷ Entendendo o poder como algo que “não se dá, não se troca nem se retoma, mas se exerce, só existe em ação”; esse poder só existe em relação entre uma pessoa ou um grupo de pessoas e outra pessoa ou grupo (FOUCAULT, 2002b, p.175). Não é repressivo, negativo e violento. “O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso” (idem, p.8). “Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir” (idem, *ibidem*). Segundo Foucault, “o poder não é do mal. O poder são jogos estratégicos (...), em que as coisas poderão se inverter” (FOUCAULT, 2006b, p.284).

verdade/poder e saber/poder deve considerar os sujeitos, os objetos e os procedimentos de conhecimentos como tantos outros efeitos dessas relações (FOUCAULT, 2004).

Portanto, com este ensaio, busco problematizar como os discursos operam e trazer elementos para pensarmos de outro modo discursos colocados em circulação através de reportagens impressas. Tal movimento de pesquisa assenta-se no entendimento de que os discursos cumprem “uma função dentro de um sistema estratégico onde o poder está implicado” e através do qual o poder funciona e opera (FOUCAULT, 2003a, p.253; CASTRO, 2009, p.120). O discurso, mais do que colocar “verdades” em circulação, atua como uma estratégia de poder que liga o sujeito à “verdade”, o que me leva a considerar relevante empreender estudos voltados à análise das práticas sociais, neste caso, daquelas relacionadas à mídia impressa (FOUCAULT, 2003a).

Parto, então, da compreensão de que somos produzidos nas relações sociais – que atravessam e se correlacionam no corpo social –, procurando, num “olhar genealógico”, conhecer as práticas relativas ao aborto que integram a produção dos sujeitos, para fazer um uso tático das discussões aqui desenvolvidas (FOUCAULT, 2002b). Ao mencionar a busca por um olhar genealógico, pretendo dizer que, ao debruçar-me sobre uma questão do presente – práticas direcionadas ao aborto –, procuro conhecer e problematizar as condições em que tais práticas se inserem, ou seja, quais acontecimentos e “verdades” têm possibilitado produzir os discursos que vêm regulamentando o aborto na nossa sociedade hoje. Para tanto, valho-me de aproximações das estratégias/ferramentas genealógicas propostas por Michel Foucault para pensar e examinar a emergência e manutenção de enunciados relativos às práticas de abortamento (idem).

Argumentos para um olhar genealógico como forma de análise empregada neste estudo, que articula uma análise discursiva/enunciativa com questões de poder, governo e biopolítica, encontro em Foucault, por exemplo, quando ele nos fala das análises que empreendeu para ver como se dava a constituição do sujeito na trama histórica, dizendo-nos que é

necessário nos livrarmos do sujeito constituinte e “chegar a uma análise que possa dar conta da constituição do sujeito na trama histórica” (FOUCAULT, 2002b, p.7). Estudos que pretendem aproximações com a genealogia, no meu entender, visam a usar ferramentas analíticas voltadas para conhecer e discutir as condições históricas – as relações de saber/poder implicadas na constituição de saberes, domínios de objetos, discursos, por exemplo – implicadas na constituição dos sujeitos, neste caso, contemporâneos. Tal articulação faz-se necessária, ainda, visto que os estudos de Foucault acerca da vida, seja do corpo, seja da população, vão nos mostrar que a vida, especialmente desde a modernidade, se encontra controlada, vigiada, regulada e regulamentada por mecanismos de saber/poder, chamando nossa atenção para a necessidade de análises e debates voltados ao aprofundamento da crítica e do diagnóstico do presente. Essa extensão do campo de análise remete à questão da ética moderna para Foucault, a qual, conforme Castro (2009), comporta

[...] uma atitude crítica, de análise dos limites. Essa crítica é arqueológica no seu método (ocupa-se dos discursos como acontecimentos históricos) e genealógica em sua finalidade: “Não deduzirá da forma do que somos o que nos é impossível fazer ou conhecer, mas extrairá da contingência que nos fez ser o que somos a possibilidade de não ser, fazer ou pensar o que somos, fazemos, pensamos” (p.187).

Tais entendimentos fazem-me acreditar que, através de um olhar atento¹⁸ para os discursos divulgados na mídia, implicados na constituição do pensamento e das ações dos sujeitos¹⁹, seja possível chamar atenção para a função que certas “verdades” assumem no governo das condutas dos indivíduos – neste caso, em relação às práticas de abortamento (FOUCAULT, 2006b) – e pensá-las de outro modo. Afinal,

¹⁸ Para Foucault, a atenção é um “instrumento de luta”, pois “o olhar não sobrevoa um campo: ele bate em um ponto, que tem o privilégio de ser o ponto central ou decisivo [...]; o olhar vai direto: ele escolhe, e a linha contínua que ele traça opera, em um instante, a divisão do essencial; ele vai além do que se vê; as formas imediatas do sensível não o enganam; pois ele sabe atravessá-las; ele é desmistificador” (FOUCAULT *apud* ARTIÈRES, 2004, p.27). “O olhar é mudo como um dedo apontado, e denuncia” (idem. *ibidem*).

¹⁹ Ao compreender-se o “discurso como prática”, assume-se não haver separação entre a prática do pensar e do agir, ou seja, o pensar é entendido como uma ação (FOUCAULT, 1995b, p.56).

[...] somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a um certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder (FOUCAULT, 2002b, p.180).

2.2. Sobre as estratégias metodológicas e os objetos de análise

Nossas escolhas não são livres porque nossos pensamentos não o são. Nossos pensamentos estão conformados pelos discursos que nos cruzam desde sempre (VEIGA-NETO, 1996, p.18).

O entendimento de que os discursos conformam nossos pensamentos e nos constituem e que temos a possibilidade de atuar para inventar novas experiências sociais, moveu-me na direção de interrogar sobre os discursos divulgados na mídia impressa – espaço pedagógico não-formal. Trata-se de um veículo que integra o processo de validação de regras, princípios e procedimentos produzidos pelo discurso que regulam a produção de “verdades” (SOUZA, 2001). Conforme Foucault, cada sociedade tem seu regime de “verdade”, sua “política geral”, isto é,

[...] os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (FOUCAULT, 2002b, p.12).

Dessa noção, ao falar sobre a função pedagógica da mídia, Fischer (1997) diz que

[...] as diversas modalidades enunciativas [...] dos diferentes meios e produtos de comunicação e informação – televisão, jornal, revistas, peças publicitárias – parecem afirmar em nosso tempo o estatuto da mídia não só como veiculadora mas também como produtora de saberes e formas especializadas de comunicar e de produzir sujeitos, assumindo nesse sentido uma função nitidamente pedagógica (idem, p.61).

A mídia, como produtora de saberes, vem se constituindo como uma “arma” bastante potente. Mais do que simplesmente levar as “informações diárias” às pessoas, produz “verdades” sobre o mundo, transmite “uma variedade de formas de conhecimento que, embora não sejam reconhecidas como tais, são vitais na formação da subjetividade” das pessoas (SILVA, 2001, p.140). Diante da força da mídia na produção e veiculação de “verdades”, a partir das quais passamos a pensar o mundo, compreendo que

os meios de comunicação (jornais, revistas, rádio, televisão, Internet...) geram profundos efeitos na arte de gerenciar e conduzir a vida cotidiana das pessoas (WITT, 2007).

Torna-se oportuno dizer que, nos dias de hoje, a mídia se configura como uma instância com destacado papel de formadora de opiniões, uma vez que se encontra implicada na constituição de nossas subjetividades (SILVA, 2001; FISCHER, 1997). Compreender que, na sociedade contemporânea, a mídia tem atuado como uma importante instância na veiculação de “verdades” que incidem de forma produtiva nos leitores/consumidores levou-me a problematizar enunciados relacionados ao aborto em textos de reportagens de jornais.

Diante disso, realizei o movimento de seleção do material de análise, partindo do entendimento de que os jornais escolhidos – *Zero Hora* (Porto Alegre/RS) e *Folha de São Paulo* (São Paulo/SP) – abordam discussões presentes também em reportagens de outros jornais. Além disso, a escolha desses jornais deveu-se ao fato de que eles abrangem diferentes áreas de circulação (estadual e nacional); são produzidos em estados diferentes e, por isso, têm características próprias; lideram o mercado dentro do seu segmento; têm publicações diárias; e suas reportagens estão disponíveis nas respectivas páginas da Internet, o que aumenta a divulgação e mantém a possibilidade de acesso a edições anteriores – disponíveis inclusive para não-assinantes. O jornal *Zero Hora* é editado pelo grupo RBS e caracteriza-se pela grande circulação na região sul do país, principalmente na capital gaúcha (Porto Alegre); já o jornal *Folha de São Paulo* é editado pela Empresa Folha da Manhã S. A. e caracteriza-se pela ampla circulação, uma vez que atua em nível nacional.

Segundo informações presentes na página *online* do jornal *Folha de São Paulo* referentes à caracterização do leitor e à história do jornal, a empresa Folha da Manhã foi fundada em 1921, com o jornal *Folha da Noite*. Em 1925, foi criado o jornal *Folha da Manhã* e, em 1949, o jornal *Folha da Tarde*. Através da fusão desses três jornais, surgiu o jornal *Folha de São Paulo*, em 1960. Este possui o formato *standard*, ou seja, tem 65 cm de

altura e 30 cm de largura, diferenciando-se do formato tabloide do jornal *Zero Hora*, que tem 35 de altura e 30 de largura. *Folha de São Paulo* é o jornal mais vendido do país. No *site* da Associação Nacional de Jornais²⁰ (ANJ), consta a média diária de circulação dos jornais brasileiros, com uma taxa referente ao período entre janeiro e dezembro de cada ano. As médias mais recentes referem-se ao ano de 2009. Nesse ano, o jornal *Folha de São Paulo* ocupou o primeiro lugar entre os maiores jornais do Brasil, com circulação média de 295.558 exemplares por dia, enquanto o jornal *Zero Hora* (primeiro jornal da região sul) ocupou o sétimo lugar, com circulação média de 183.521 exemplares por dia.

A pesquisa realizada no ano de 2000 pelo Datafolha (instituto de pesquisa de opinião pública e de mercado) constatou que o leitor típico do jornal *Folha de São Paulo* tem em média 40 anos e um alto padrão de renda e de escolaridade – 47% cursaram uma faculdade e 13% realizaram uma pós-graduação (MOTA, 2000). A maioria possui renda individual de até 15 salários mínimos, e 33% têm renda familiar superior a 30 salários mínimos. O jornal é consumido principalmente pelas classes A e B. A proporção entre leitores homens e mulheres não difere, mas 52% deles são casados. Na pesquisa anterior, realizada em 1988, 28% dos leitores tinham mais de 50 anos; já em 2000, esse número de leitores, no Estado de São Paulo, aumentou para 41%. O crescimento dessa fatia em 12 anos foi de 46%; em contrapartida, houve a diminuição em 50% na participação dos jovens de até 29 anos. Procurei informações sobre a história e o perfil do leitor do jornal *Zero Hora*, mas não estão divulgados no respectivo *site*.

Na tentativa de conhecer os enunciados – jurídicos, religiosos, biológicos, médico-científicos... – que se articulam, configurando a autorização ou não do aborto, selecionei para análise as edições publicadas no período de 2007 até 2012. Tentei limitar-me a problematizar circunstâncias desse período nesses jornais, sem a pretensão de fazer um exercício comparativo com outros momentos num intervalo muito expandido, em razão da contingência dos acontecimentos que levam a

²⁰ Disponível em: < <http://www.anj.org.br/dia> >.

modificações nas maneiras de lidar com o abortamento, o que demandaria outro prazo para conclusão da pesquisa. Restou o desejo do desenvolvimento desse estudo para buscar entender: como, em outros tempos, a mídia retratava o abortamento e como este era discutido, a que era associado, quais as modificações ocorridas, quando passou a ser notícia e por quê?

Partir do ano de 2007 deveu-se à maior frequência de reportagens com discussões sobre a temática do aborto e da anencefalia. Um caso importante foi o de Marcela de Jesus Galante Ferreira, que na época gerou embates em torno de seu reconhecimento como anencéfala por alguns profissionais da saúde. Esse caso, ao mesmo tempo, tornou-se um símbolo antiaborto, já que, por definição, está previsto que os fetos anencéfalos morrem poucas horas após o nascimento, e ela viveu um ano e oito meses, o que promoveu a divulgação, nas reportagens, de erro na constatação do diagnóstico. Afinal, como ela apresentava “cerebelo, tronco cerebral intacto e parte do lobo temporal”, não se enquadraria na descrição da anencefalia²¹, mas teria uma má-formação rara, chamada merocrania, que foi confundida com anencefalia²². Essas discussões geraram outras questões, que foram aparecendo em reportagens subsequentes, trazendo discursos e posicionamentos religiosos, médicos e jurídicos em relação a diversas circunstâncias ligadas ao aborto e à anencefalia.

Assim, proponho como recorte temporal para análise dos jornais o período de 2007 a 2012. Nas reportagens, examino os enunciados que funcionam como condição de possibilidade para a naturalização de

²¹ Conforme a reportagem intitulada *Mãe diz que filha anencéfala foi "presente divino"; médicos acusam erro de diagnóstico* (Folha SP, 26/08/2008), “estima-se que a Justiça brasileira já tenha permitido, nos últimos 15 anos, ao menos 5.000 abortos de fetos anencefálicos [ou anencéfalos]”. Na reportagem, consta que anencéfalo “é aquele de má-formação por defeito do fechamento do tubo neural durante a gestação, que não apresenta os hemisférios cerebrais e o córtex, o que o leva à morte intra-uterina em 65% dos casos, ou a uma sobrevida de, no máximo, algumas horas após o parto”. Ver página 10 do anexo 1.

²² Segundo a reportagem intitulada *Bebê teve má-formação rara confundida com anencefalia, dizem médicos* (ZH, 28/08/2008), “ela tinha um defeito menos grave na formação do crânio e o resquício de cérebro presente, ao contrário dos anencéfalos, que não têm nada, é coberto com uma membrana chamada cerebrovasculosa. (...) há apenas dez casos descritos de merocrania na literatura médica. E que se trata de um diagnóstico que também caracteriza a morte cerebral — apesar de, por causa da presença dessa membrana, o feto poder ter uma sobrevida vegetativa”. Ver página 12 do anexo 1.

determinadas “verdades” associadas ao aborto, partindo de alguns questionamentos: que discursos têm validado e justificado as “verdades” difundidas nos jornais? Quem fala e de que lugar fala? Que posições de sujeito aparecem em tais práticas discursivas?

Essas perguntas parecem formar um labirinto sem centro e sem periferia. Infinitamente aberto, dispersando-me em seus meandros, conforme nos fala Larrosa, o labirinto é o “lugar do estudo (...) um espaço de pluralização, uma máquina de desestabilização e dispersão, que desencadeia um movimento de desordem” (LARROSA, 2003b, p.31). Entendo essas interrogações como alternativas de partida a serem usadas como estratégias para acessar alguns fios da rede discursiva a partir da qual se fala, posicionando e regulando o aborto. A análise dos discursos (presentes nas reportagens) pode nos levar a conhecer e entender o funcionamento da rede de saber/poder que cria condições à existência de um conjunto de enunciados implicados na formação de nossas subjetividades (FISCHER, 2001). Tais discursos, como já referi, torna-nos sujeitos de “verdades”, das quais nos apropriamos, proferindo-as e tornando-as também “nossas” naturalmente (FISCHER, 2004). Assim, ao apoderarmo-nos das “verdades” e proferi-las, atuamos no processo de normalização e instituição de categorias que passam a conduzir nossas ações.

Sobre a reportagem, compreendo que ela não se limita à descrição de uma suposta “realidade” ao público leitor, sendo uma composição regida pela articulação de “verdades”, as quais vêm de diversas fontes de informação, dos repórteres e dos editores dos jornais, envolvendo sistemas de avaliação e enfoque (próprios à editoração dos jornais) e, ainda, a questão do espaço a ser partilhado e dividido com anúncios publicitários e outras matérias (ADGHIRNI, 2002). Isso faz da reportagem um elemento discursivo composto por “verdades” de vários campos de saber/poder (como os discursos médicos, científicos, religiosos, jurídicos...), os quais se correlacionam, legitimando as discussões sobre os temas abordados. A divulgação de uma reportagem configura a veiculação da articulação de “verdades” vindas de vários campos discursivos, conformando um texto que,

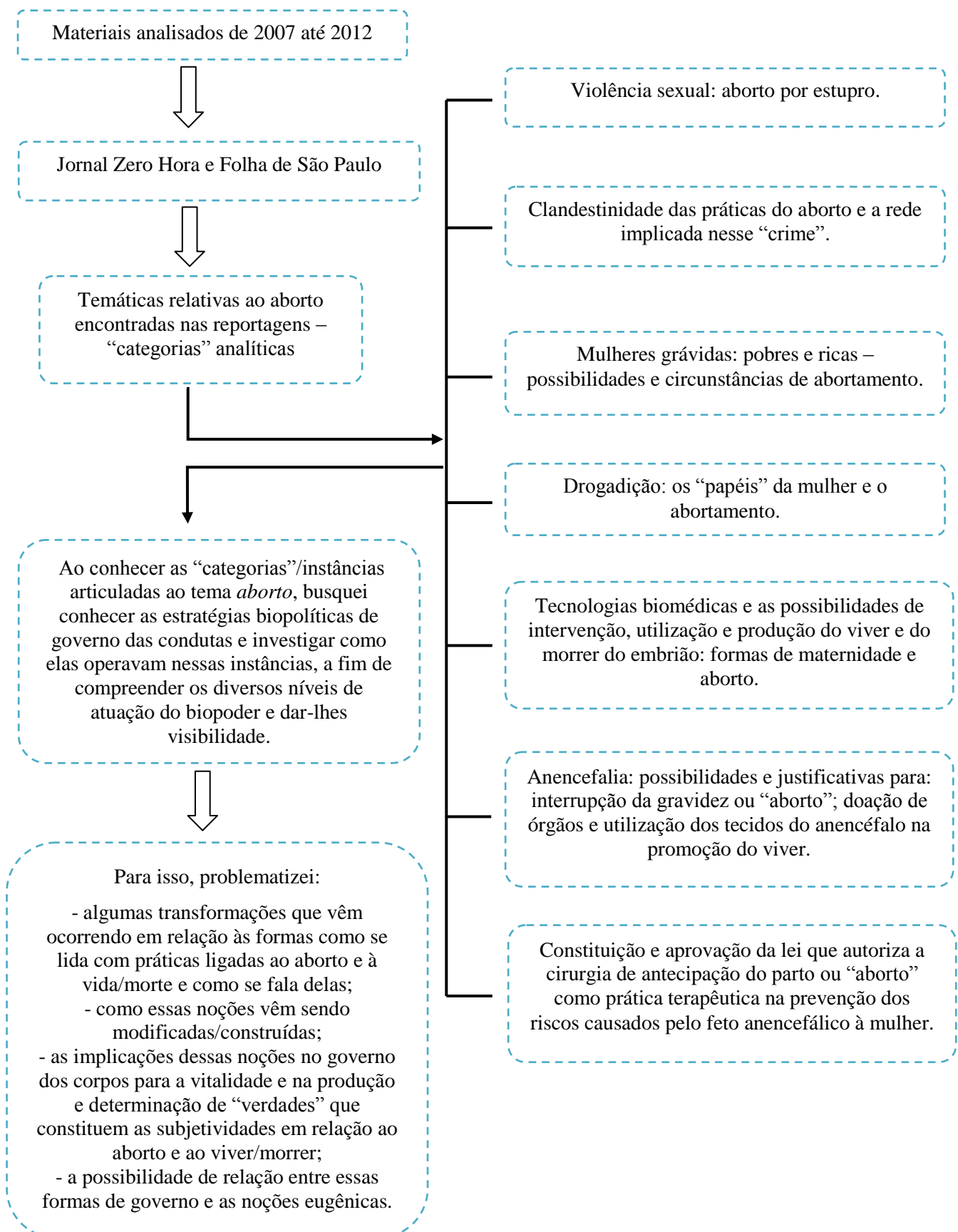
ao trazer tais “verdades” (que informam ou indicam riscos e prevenções, propõem tendências, insistem ou repetem argumentações prescritivas, enfatizam práticas), pode operar como uma estratégia de saber/poder implicada na constituição de formas de pensamento, na prescrição de hábitos e de comportamentos em relação à promoção da saúde, da beleza e da longevidade, por exemplo.

Em relação à seleção das reportagens²³, primeiramente, olhei-as de modo geral, independentemente da seção ou caderno que traziam questões sobre o aborto. Fiz essa opção pelo fato de o número de reportagens sobre esse tema ser relativamente reduzido e elas se encontrarem distribuídas no jornal conforme a situação em que ocorreu o aborto. Tal situação implica uma classificação do aborto e faz com que sua apresentação esteja presente em seções diversificadas – relacionadas com saúde, ciência, política, religião, polícia, justiça, tecnologia e medicina, por exemplo. Essa distribuição do tema em diferentes seções proporcionou-me um olhar mais abrangente sobre as questões que atravessam as discussões do aborto ou que a elas se articulam.

De acordo com Rose, se estivermos vivendo no centro ou no caminho de uma transformação devemos prestar a atenção não apenas para uma única causa, mas tentar “mapear o modo pelo qual múltiplos deslocamentos permitem que algo novo emergja – algo que não se estabiliza, mas que continua mudando” (ROSE, 2011a, p.13). A partir dessa noção, com base nas circunstâncias relacionadas ao aborto divulgadas nas reportagens, tentei mapear as temáticas que se articulam e configuram o panorama contemporâneo envolvendo as práticas de aborto legal e ilegal. A intenção, portanto, foi mapear as circunstâncias do aborto para fazer uma análise do

²³ *Reportagem* pode ser considerada como uma ação (“atividade jornalística que basicamente consiste em adquirir informações sobre determinado assunto ou acontecimento para transformá-las em noticiário”) ou o resultado dessa ação, “que é veiculado por órgãos da imprensa (escrito, filmado, televisionado)” (HOUAISS *apud* ROCHA, 2005, p.31). Uma reportagem, enquanto resultado da ação jornalística (produto veiculado) também é chamada de *matéria* jornalística (ROCHA, 2005, p.31). Outros conceitos ligados ao Jornalismo – artigo, nota informativa, *lead* (as primeiras duas linhas de uma notícia), notícia, etc. – também poderiam ser aqui utilizados (*idem, ibidem*). Tal como Rocha, neste estudo, apesar das diferenças existentes entre elas, utilizarei particularmente (e de forma indistinta) as expressões “reportagem”, “matéria” ou “notícia” como o resultado da ação do jornalista.

presente remetendo assim a noção de história do presente. Para demonstrar esses trajetos, tracei o esquema a seguir:



Para pensar e analisar as práticas implicadas na constituição de determinadas noções e sentidos atribuídos ao corpo e à vida/morte difundidos pela mídia impressa na sociedade brasileira, utilizei como ferramentas as contribuições e os olhares de autores como: Michel Foucault, Hubert Dreyfus, Paul Rabinow, Rosa Fischer, Paula Sibilia, Jorge Larrosa, Fabíola Rohden, Nikolas Rose, Luís H. S. Santos, Luis Castiel, Anthony Giddens, Dagmar Meyer, Deborah Lupton, Nancy L. Stepan e Lucila Scavone, Zygmunt Bauman, entre outros.

Assim, este estudo numa perspectiva foucaultiana utiliza-se de autores assentados em estudos culturalistas em suas vertentes pós-estruturalistas. A esse respeito, reconhecendo que Foucault “nunca quis ser um modelo, nem fundador de uma escola, mas que suas contribuições fossem tomadas como ferramentas” (VEIGA-NETO, 2003, p.19), e tomando suas palavras – “eu não vejo quem possa ser mais anti-estruturalista do que eu” (FOUCAULT, 2002b, p.05) –, faço uso de seus estudos, nesta proposta, como de um filósofo pós-estruturalista que recusa as noções convencionais de método. Assim, considero que, a rigor, não existe método foucaultiano, mas soluções pontuais, ou seja, que o entendimento de método admitido seja o de “certa forma de interrogação e um conjunto de estratégias analíticas de descrição” (VEIGA-NETO, 2003, p.20),

[...] algo como um conjunto de procedimentos de investigação e análise quase prazerosos, sem maiores preocupações com regras práticas aplicáveis e problemas técnicos, concretos. Seja como for, pode-se compreender que o método em Foucault tem também o sentido de ‘determinadas formas de análise muito específicas’, algo que funciona sempre como uma vigilância epistemológica que tem, no fundo, uma teorização subjacente (idem, ibidem).

Outro ponto que considero relevante mencionar nesta seção diz respeito à escassez de pesquisas sobre a temática do aborto nessa perspectiva. Empreendi uma busca em várias bibliotecas, organizações e departamentos de pesquisa e não encontrei publicações que fossem exatamente na direção deste estudo.

Entre os locais pesquisados, estão o Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero²⁴ (Anis), a Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul²⁵ (Ajuris) e Ipas²⁶. Também pesquisei publicações de diversas áreas do conhecimento, como, por exemplo, educação, direito, comunicação, sociologia, psicologia, medicina, biologia, enfermagem e antropologia, acessadas por diversas bibliotecas eletrônicas: Scientific Electronic Library Online (Scielo – biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros), Portal Domínio Público (biblioteca digital de amplo acesso às obras), banco de teses do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES - agência de fomento à pesquisa que atua em todos os estados do país), Sistema de Automação de Bibliotecas da Universidade (SABi/UFRGS) e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), entre outras.

²⁴ Organização não-governamental voltada para a pesquisa, assessoramento e capacitação em bioética na América Latina, com sede em Brasília.

²⁵ Fundada em 11 de agosto de 1944, congregando magistrados de todos os ramos do Poder Judiciário - Justiça Estadual, Federal, Trabalhista e Militar.

²⁶ Ipas não é uma sigla, trata-se do nome da instituição. Organização não-governamental que atua em parceria com Secretarias de Saúde e Associações Médicas. Trabalha com os objetivos de reduzir o número de mortes e danos físicos associados a abortamentos; melhorar as condições de acesso a serviços de saúde associados à reprodução, inclusive aos serviços de abortamento legal em condições adequadas. Integrou o Grupo Técnico do Ministério da Saúde que elaborou a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento em 2004.

2.3. Das ressignificações do poder pastoral: o governo dos indivíduos

Como seria possível governar, sem se conhecer aquilo a que se governa, aqueles a quem governa e os meios pelos quais se governam os homens e as coisas? (FONSECA, 2000, p.219).

Considerando que as formas de governo dos indivíduos, dos seus corpos e vida/morte, na contemporaneidade, ocorrem através de relações de poder, em que os homens são “governados” uns pelos outros – “o governo como relação entre os sujeitos e o governo como relação consigo mesmo” (CASTRO, 2009, p.190) –, e que esse governo atua de forma a objetivar e subjetivar o sujeito nas relações entre o sujeito e os jogos de “verdade”, compreendo que essas relações atuam como estratégias com a finalidade de regular e conduzir o indivíduo e a população. Aqui, portanto, como já mencionado, alarga-se o sentido do termo *governo* para além do Governo político, que se refere ao Governo de Estado, deslocando-o e articulando-o ao entendimento de uma estratégia de governo em que uns governam os outros. O governo pode ser visto como “certa forma de buscar a realização de fins sociais e políticos através da ação, de uma maneira calculada, sobre as forças, atividades e relações dos indivíduos” da população (ROSE, 1998, p.35). Dessa perspectiva, os modos de objetivação e subjetivação situam-se no entrecruzamento das relações entre as formas de governo de si e as formas de governo dos outros, e “governar consiste em conduzir condutas” (CASTRO, 2009, p.190).

A partir dessa noção de governo, o Estado passa a ser compreendido como uma composição de governos, em que “quem é governado são as pessoas, são os homens, são os indivíduos ou coletividades”, e não um Estado, um território ou uma estrutura política (FOUCAULT, 2008b, p.164). O Estado é uma composição porque seu governo é difundido no corpo social e atua de forma a estruturar o eventual campo de ação dos indivíduos (idem).

Foucault diz que essa ideia de que os “homens são governáveis é uma ideia que certamente não é grega”, nem romana, mas dos pastores hebreus,

pois a “ideia e a organização de um poder pastoral” é um tema encontrado “em todo o Oriente mediterrâneo” (FOUCAULT, 2008b, p.165-166, 2003c, p.358). Ao traçar uma genealogia das modernas formas de governar, o autor fala das transformações e ressignificação das práticas pastorais, na constituição do Estado moderno, para o governo dos indivíduos, agora não mais com vistas à salvação fora deste mundo, mas neste mundo através da saúde, da educação, do trabalho, enfim, de todas as práticas que nos fazem ovelhas – “a se deixar governar por outros” – ou pastores – “a governar os outros” (FOUCAULT, 2008b, p.200).

Para o autor, foi na constituição do Estado moderno que ocorreu uma transformação nos objetivos do poder pastoral, criando-se uma série de objetivos “mundanos” (FOUCAULT, 1995a). O objetivo do pastor deixou de ser a salvação no outro mundo, mas neste mundo, por meio das ações dos representantes do poder do Estado – o médico, a família, a polícia, o professorado, etc. A salvação passou a significar saúde, bem-estar, segurança, educação e proteção contra acidentes. O poder pastoral, modificado e difundido no corpo social, foi ampliado na constituição do Estado moderno, sendo a polícia uma invenção do século XVIII, não só para assegurar a lei e a ordem, como também para garantir a higiene, a saúde, os padrões urbanos, a manutenção e o crescimento das riquezas – enfim, para encarregar-se da vida (FOUCAULT, 1995a, 2002b).

Além disso, em analogia com o antigo poder, em que o papel do pastor era garantir a salvação de seu rebanho, cuidando de cada indivíduo dia após dia, a salvação configurou-se no desenvolvimento de saberes sobre os humanos e na incidência de estratégias direcionadas aos fenômenos da população e do indivíduo, exercidas por diferentes instâncias, como a medicina, a família, a psiquiatria, a educação, a segurança e os empregadores. Tais saberes/poderes acabaram configurando e correlacionando diversas instituições, difundindo-se no corpo social (FOUCAULT, 1995a).

A combinação do dispositivo pastor-rebanho com o da cidade-cidadão “dará ensejo aos Estados Modernos, em seu poder, ao mesmo tempo

coletivizante e individualizante” (FERREIRA, 2005, p.60). Nesse sentido, “podemos considerar o Estado como a matriz moderna da individualização ou uma nova forma de poder pastoral” (FOUCAULT, 1995a, p.237); a modernidade como o resultado da combinação e do deslocamento das práticas pastorais – em que o indivíduo se torna pastor e ovelha de si mesmo; e a Razão de Estado como uma razão do coletivo (VEIGA-NETO, 2000). Para conhecer e governar as coletividades, a razão moderna voltou-se para os fenômenos dos corpos-espécie e do corpo-indivíduo, constituindo saberes sobre os corpos, as doenças, a natalidade e a mortalidade, os quais integram campos, como o da medicina, marcados pelo saber científico, detentor das “verdades” sobre a vida.

O médico/cientista passa a ser visto como Deus neste mundo (e a ocupar tal posição). Desse lugar, obstinadamente encontrou-se (encontra-se) na busca por novos saberes e desenvolvimento de pesquisas científicas cujos resultados sejam eficazes para a “salvação”, neste mundo, por meio da cura ou da promoção e prolongamento da vida. Tal posição, muitas vezes, interdita e controla a possibilidade de a pessoa decidir sobre as ações relacionadas com seu próprio corpo, sua vida e sua morte. Contudo, no controle e regulamentação do corpo e da vida, hoje atuam vozes de muitos representantes “divinos” – os médicos, os religiosos, o judiciário –, prescrevendo e legislando soberanamente.

A articulação das “verdades” que circulam no corpo social, proferidas pelas vozes soberanas, conforma e legitima as práticas exercidas institucionalmente, governando “naturalmente” a vida dos sujeitos, suas decisões, escolhas, comportamentos e ações, em analogia com o governo da vida dos indivíduos pela tecnologia do poder pastoral cristão, em que o cuidado religioso atinge cada ovelha e a totalidade do rebanho e “de todas as suas ações” (FOUCAULT, 2003c, p.367). As estratégias de governamentalidade têm exercido um poder ao mesmo tempo totalizante e individualizante, no qual a regulação do viver está ligada à criação e ao controle dos desejos, das necessidades, do pensar e sentir de cada indivíduo – a partir da sujeição ou tomada de “consciência” de “verdades” soberanas

que possibilitam a condução das suas condutas (CANDIOTTO, 2010; FOUCAULT, 2003c).

No poder pastoral, a direção da “consciência” pela “verdade” constitui um laço moral permanente relativo à vida e aos atos que se estabelece entre o pastor e a ovelha que se deixa “conduzir a cada instante” – pela “obediência total, o conhecimento de si e a confissão a um outro” (FOUCAULT, 2003c, p.369). Para além da obediência religiosa, a obediência constitui um estado permanente de submissão às “verdades” inquestionáveis e não é necessariamente “a melhor escolha” feita racionalmente para se alcançar um fim (FOUCAULT, 2003c, p.367). Assim, falar de governo dos corpos e das vidas pode vir a dar a alternativa de não aceitar tudo, recusar. Isso implica falar das lutas travadas dentro de um jogo de poder, ou seja, ao sermos governados, “aquilo que nos é imposto nos dá o direito de não aceitá-lo” (GROS, 2010, p.20). Isso constitui um meio de pensar no direito dos indivíduos (ou dos governados) como uma relação de resistência, ligada à “idéia de liberdade, mas no sentido das liberdades práticas, no sentido dos processos de libertação” das formas de autogoverno que o poder pode nos levar a adotar (idem, ibidem). Disso decorrem indagações sobre do que precisamos nos libertar. Se, por um lado, existem os mecanismos do biopoder em funcionamento (orientando e dirigindo a vida dos indivíduos), por outro, há possibilidades de resistência – seja como capacidade de revolta contra opressões, denúncia sobre o intolerável, condenação do que violenta a vida ou invenção de “novas formas de vida, de [...] estilizações inéditas da existência” (GROS, 2010, p.20) –, o que cria condições para a vida tornar-se “sempre resistência e criação ao mesmo tempo” (idem, ibidem).

Estudos que tomam a governamentalidade – “encontro entre as técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas de si” (FOUCAULT *apud* CASTRO, 2006, p.76) – como ferramenta de análise podem gerar discussões sobre a relação consigo mesmo e elementos para pensar a dimensão ética das maneiras de governar. A respeito da ética, Foucault remete à modernidade dizendo:

[...] me pergunto se não se pode considerar a modernidade mais como uma atitude que como um período da história. Com atitude quero dizer um modo de relação a respeito da atualidade, uma eleição voluntária que fazem alguns; enfim, uma maneira de pensar e de sentir, também uma maneira de construir e conduzir-se que marca uma pertença e por sua vez se apresenta como uma tarefa. Um pouco, sem dúvida o que os gregos chamavam de *éthos* (FOUCAULT *apud* CASTRO, 2006, p.76).

A modernidade, entendida como atitude ética, é “uma crítica que adota a forma prática da superação possível do limite”, o que a faz uma crítica arqueológica em seu método, ao ocupar-se “dos discursos que articulam o que pensamos, dizemos e fazemos como acontecimentos históricos”, e genealógica em sua finalidade, ao buscar “deduzir, a partir da contingência histórica que nos tem feito ser o que somos, a possibilidade de não ser, fazer ou pensar o que somos, fazemos ou pensamos” (CASTRO, 2006, p.76-77). Trata-se, portanto, do entendimento de ética como uma crítica, de um trabalho de nós sobre nós mesmos. Esse seria o exercício da liberdade em busca de “transformações parciais e não nas promessas de um homem novo” (idem, p.77).

2.4. Vida como objeto e finalidade para a potencialização e manutenção dos governos

Foucault, ao falar da gênese do “poder sobre a vida”, busca mostrar as “formas de experiência e de racionalidade a partir das quais se organizou no Ocidente” essa modalidade de poder cuja emergência se deu no século XVIII por uma estratégia geral de poder, apresentada como o esboço de uma “história das tecnologias de segurança” e de governamentalidade (FOUCAULT, 2008b, p.496).

A criação ou o entendimento da existência de agrupamentos humanos que têm características próprias com determinados interesses individuais que se organizam num coletivo, numa população, cria condições para a governamentalidade do Estado.

Conforme Rose (1998, p.40), “procedimentos de motivação, desde obrigações morais até sistemas de pagamento, dirigem a conduta das crianças, trabalhadores e soldados para certos fins”. Nesse sentido, as tecnologias estabelecem-se “à medida que as redes se formam, que os mecanismos de transmissão, as traduções e as conexões conectam as aspirações políticas com modos de ação sobre as pessoas” (idem, ibidem). Essas tecnologias envolvem

[...] a organização calculada de forças e capacidades humanas, juntamente com outras forças (naturais, biológicas, mecânicas) e artefatos (máquinas, armas) em redes operacionais de poder [e] têm tido consequências radicais para a vida econômica, para a existência social e para a cultura política (ROSE, 1998, p.40).

Nesse entendimento, as estratégias de governo ou o governo da alma dependem do nosso reconhecimento como um potencial modelo de pessoa, do desconforto gerado por julgamentos normativos relativos à distância entre aquilo que somos e aquilo que podemos nos tornar e “do incitamento oferecido para superar essa discrepância, desde que sigamos o conselho dos experts na administração do eu” (ROSE, 1998, p.44).

Os interesses coletivos, ao agregarem-se, dão força ao Estado; por isso, é importante que sejam de seu conhecimento. Conhecer tais interesses torna possível “dirigir para determinada região ou para uma determinada atividade os fluxos de população” (FOUCAULT, 2002b, p.289). A população, como objeto de governo, aparece

[...] consciente, frente ao governo, daquilo que ela quer e inconsciente em relação àquilo que se quer que ela faça. O interesse individual – como consciência de cada indivíduo constituinte da população – e o interesse geral – como o interesse da população, quaisquer que sejam os interesses e as aspirações individuais daqueles que a compõem – constituem o alvo e o instrumento fundamental do governo da população (FOUCAULT, 2002b, p.289).

Foucault busca mostrar as implicações dos saberes e dos campos de conhecimento – as teorias e os conceitos da História Natural, classificando, ordenando, sendo aplicados e servindo como parâmetros sociais – na emergência do conceito de população. O entendimento da população como coleção de súditos submetidos ao soberano e à intervenção da polícia vai sendo “substituído pela população como conjunto de fenômenos naturais” (FOUCAULT, 2008b, p.473). A naturalidade da população e as leis de composição de interesses no interior da população fazem dela uma “realidade muito mais densa, espessa e natural” (idem, ibidem), interpretada como uma “variável dependente de um certo número de fatores, que não são todos naturais”, mas que são determinantes essenciais da taxa de população – sistema de impostos, atividade da circulação, repartição do lucro. O estabelecimento dessa dependência pode ser analisado de forma racional, “de modo que a população apareça como 'naturalmente' dependente de fatores múltiplos e que podem ser artificialmente modificados” (FOUCAULT, 1997, p.84). Esse é o início do problema da população, que aparece numa “derivação em relação à tecnologia de 'polícia' e numa correlação com o nascimento da reflexão econômica” (idem, ibidem).

Dessa noção, a linha de organização de uma biopolítica encontrou seu ponto de partida com a emergência da economia política, com a introdução do princípio limitativo da prática governamental, quando os sujeitos de

direito passam a constituir uma “população que um governo deve administrar”. A biopolítica, como nova razão governamental, tem como quadro geral o liberalismo (FOUCAULT, 2008a, p.30).

O governo, como “arte de exercer o poder na forma da economia” (FOUCAULT, 2008b, p.127), utiliza-se do liberalismo econômico como uma arte de governar, que é “condição de inteligibilidade da biopolítica” (idem, p.523). Assim, a “biopolítica só pode ser concebida como 'uma biorregulação do Estado’”, ou seja, essa regulação da vida dos indivíduos pelo Estado se dá pelo exercício de políticas sobre a vida, as quais constituem uma forma específica de poder – o biopoder (idem, p.520). Nesse sentido, a análise da governamentalidade – como o conjunto das racionalidades políticas e dos procedimentos técnicos pelos quais se dá o governo da vida – em relação à análise do poder inscreve-se pelo “problema do biopoder”, ou seja, das estratégias biopolíticas que articulam mecanismos disciplinares e de segurança (FOUCAULT, 2008b, p.521).

2.5. Formas de gerenciamento do capital humano: disciplinamento e as “verdades” sobre o corpo, a vida/morte e os “desvios”

O entendimento de ser humano como uma existência política e de seu corpo como suporte dos processos da vida biológica (nascimento, mortalidade, saúde...) converte-o no “verdadeiro objeto do governo” (CASTRO, 2009, p.189). Com base nas proposições de Foucault, as práticas de poder sobre a vida, ou seja, do biopoder, deram-se através da utilização de estratégias biopolíticas direcionadas à regulamentação da vida dos indivíduos e ao governo das populações. Isso ocorreu com a articulação de dois polos, os quais diziam respeito à espécie humana e ao corpo no sentido de objetos a serem manipulados (DREYFUS e RABINOW, 1995). O primeiro polo centrou-se no adestramento do corpo, assim como na

[...] ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: *anátomo-política do corpo humano* (FOUCAULT, 2007, p. 131).

A essa forma de poder exercida sobre os corpos, Foucault chamou de poder disciplinar, cujo principal objetivo era produzir “um ser humano como um ‘corpo dócil’” e também produtivo (DREYFUS e RABINOW, 1995, p. 149). A disciplina, segundo Fonseca (2000), é capaz de normalizar, pois analisa, decompõe os indivíduos, os lugares, o tempo. Ela “classifica os termos, estabelece seqüências e ordenações entre eles, fixa procedimentos de adestramento e de controle e, a partir daí, estabelece uma separação entre o ‘normal’ e o ‘anormal’” (idem, p. 227). Fonseca diz, ainda, que a norma,

[...] recobrando a superfície que vai do orgânico (corpo) ao biológico (espécie), recupera em seus procedimentos mecanismos mais gerais de intervenção e de poder, como aqueles das medidas de administração empreendidas pelo Estado (FONSECA, 2000, p. 226).

A norma disciplinar consiste em tentar definir as pessoas, seus gestos e atos a partir de um modelo que é deduzido do normal. Nesse processo, a norma é anterior, gerando um processo de normação (idem).

Retomando a explicação que Foucault traz sobre o biopoder, o segundo polo a que o autor se refere centrou-se no corpo-espécie, ou seja, nos fenômenos da espécie humana, entendendo o corpo como ser vivo e suporte dos processos biológicos da população, como os nascimentos, a mortalidade,

[...] o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e *controles reguladores: uma bio-política da população* (FOUCAULT, 2007, p. 131).

A partir do século XIX, esses dois polos passam a articular-se, configurando um conjunto de tecnologias direcionadas à vida, com base nas disciplinas do corpo e nas regulações da população, que normalizam o coletivo e extraem dele a sua máxima utilidade. Em outras palavras, a união dessas duas formas de poder caracteriza o biopoder e a nossa situação atual (DREYFUS e RABINOW, 1995).

Partindo dessas noções, para o exercício do biopoder, faz-se necessário que cada indivíduo ingresse no disciplinamento presente numa sociedade de normalização, na qual se cruzam “a norma da disciplina e a norma da regulamentação” (FOUCAULT, 2002a, p.302). A norma “é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar” (idem, ibidem), ou seja, através da disciplina, são criados modelos, prescrições ou normas de conformação dos gestos, atos e condutas por um processo relacional de normação que demarca, determina, identifica e classifica o normal e o anormal (FONSECA, 2000; FOUCAULT, 2008b). Através da regulamentação ou da instituição dessa norma criada pela disciplina, isto é, pelo processo de normação que se dá pela dedução da norma em relação ao normal, são criadas práticas preventivas e de segurança que visam a reduzir ou minimizar os índices e as taxas desfavoráveis das anormalidades, das exceções em relação à forma da espécie e da perturbação que o anormal traz às regularidades jurídicas

(FONSECA, 2000). Em outras palavras, no sistema de biopoder, para se produzir uma norma, as biopolíticas vão avaliar as ocorrências dos fenômenos dos quais serão extraídas as taxas ou os números estatísticos que compõem a curva normal geral, pelos conhecimentos obtidos tanto do indivíduo quanto da população; portanto, a norma é um processo posterior à definição do normal, porque ela é deduzida do normal, e “é a partir desse estudo das normalidades que a norma se fixa e desempenha seu papel operatório” (FOUCAULT, 2008b, p.83). O poder disciplinar, no sentido de controlar as eventualidades próprias dos processos biológicos, articulado ao biopoder e ao racismo, sustentou a “assunção do biológico, da procriação, da hereditariedade; assunção também da doença, dos acidentes” (FOUCAULT, 2002a, p.309).

Para que as estratégias do biopoder funcionem, é necessário que cada indivíduo ingresse no disciplinamento e admita a “verdade” do discurso, que vai atuar de forma a determinar e normalizar seu comportamento/pensamento. Os dispositivos disciplinares utilizam-se da normação, que parte da norma estabelecida pela distinção definida entre o normal e o anormal, enquanto os dispositivos de segurança utilizam-se da normalização, que parte das taxas definidas pela curva de normalidade estabelecida a partir da ocorrência de fenômenos e de comportamentos na população.

Tais entendimentos tornam possível agrupar os seres humanos em função da noção de corpo-espécie, a qual torna a compreensão de corpo ligada à ideia de mais uma vida; a função do indivíduo é garantir produtivamente a manutenção dos processos do viver, como a natalidade, a mortalidade, o nível de saúde e a duração da vida. O corpo e o viver/morrer do indivíduo passam a ser utilizados como ferramentas/objetos para o desenvolvimento de estratégias que os tornam alvos de práticas de intervenção e de regulação dos fenômenos que ocorrem na população. Se, por um lado, os mecanismos de dominação podem levar à submissão, por outro, mostrar tais funcionamentos e efeitos pode gerar possibilidades para outras maneiras de conduzir o viver, como estratégias de resistência aos

investimentos e/ou tentativas de governmentamento. Afinal, deixando-se de conduzir o viver segundo a exclusividade das “verdades” determinadas por estratégias biopolíticas de governo – da área médica, publicitária, jurídica, mercadológica, religiosa, por exemplo –, penso que seja possível fazer prevalecer, ao governo dos outros, o governo de si por decisões e escolhas refletidas – uma ética própria (CANDIOTTO, 2010).

Acredito que minha proposta de análise venha a inserir-se nesse ponto de articulação das discussões. Analisar as “verdades” produzidas discursivamente talvez possibilite perceber o funcionamento de biopolíticas como estratégias de governamentalidade – direcionadas à regulamentação e ao controle da saúde, das condutas e dos cuidados que se estabelecem numa relação econômico-administrativa de pretensa “autonomia” e “liberdade” dos indivíduos e da população – num contexto neoliberal. Num tempo marcado pela globalização e por políticas neoliberais, cada um deve constituir-se como um ponto de passagem e de intensificação do fluxo de estratégias biopolíticas que visam a transformar traços humanos em proveito das forças políticas econômicas que legislam e regulam a população (GROS, 2010).

Na sequência, discuto de forma breve a história do aborto, buscando apontar como vem ocorrendo o governo dos corpos femininos e como a vida tem sido tomada como um objeto de saber/poder definidor do papel social e político da reprodução nos diversos períodos e espaços. Finalizo o capítulo trazendo situações relacionadas ao aborto para mostrar os modos de intervenções nesse universo hoje.

CAPÍTULO 3

BREVE HISTÓRIA DO ABORTO: DEIXAR VIVER OU FAZER MORRER²⁷?



A EDUCAÇÃO É O MODO COMO AS PESSOAS, AS INSTITUIÇÕES E AS SOCIEDADES *RESPONDEM* À CHEGADA DAQUELES QUE NASCEM. A EDUCAÇÃO É A FORMA COM QUE O MUNDO *RECEBE* OS QUE NASCEM (LARROSA, 2003A, P.188).

AS PESSOAS SABEM AQUILO QUE FAZEM; FREQUENTEMENTE SABEM PORQUE FAZEM O QUE FAZEM; MAS O QUE IGNORAM É O EFEITO PRODUZIDO POR AQUILO QUE FAZEM (DREYFUS E RABINOW, 1995, P.206).

²⁷ Escolhi esta imagem da mulher grávida e do feto porque as discussões neste capítulo se referem às práticas dirigidas a eles.

CAPÍTULO 3

BREVE HISTÓRIA DO ABORTO: UM CRIME?

Neste capítulo, trago brevemente a história do aborto, na tentativa de mostrar algumas das modificações ocorridas nas experiências com tal prática ao longo do tempo. A partir daí, busco discutir o governo dos corpos femininos com fins econômicos da sociedade e mostrar que esta, tomando a vida como um objeto de saber/poder, define o papel social e político da reprodução. Abordo essas questões para retomar ou tornar mais nítidos alguns dos argumentos/discursos normalizadores que têm conduzido o viver e as estratégias que eles podem desencadear. Finalizo a discussão deste capítulo apontando situações do abortamento relacionadas ao panorama atual, em que a legalidade e a ilegalidade do aborto se confrontam. Tais movimentos serão mais bem explorados ao longo dos próximos capítulos.

3.1. Da busca pelo controle reprodutivo: contracepção e aborto como problemas políticos

[Ao] escutar a história, em vez de acreditar na metafísica, o que é que [se] aprende? Que atrás das coisas há “algo inteiramente diferente”: não seu segredo essencial e sem data, mas o segredo que elas são sem essência, ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas (FOUCAULT, 2002b p.17-18).

Utilizei-me dessa passagem da discussão de Foucault sobre a importância da abordagem histórica, com o intuito de enfatizar a necessidade de conhecer o passado de algumas “verdades” relativas à temática do aborto para que se possam entender alguns pontos do presente e possibilitar outras formas de pensar ou conduzir o futuro. A pretensão foi a de “visitar” outros momentos para conhecer e entender as modificações ocorridas nas experiências relativas ao aborto – como aparecia, era discutido e a que era associado – em relação aos acontecimentos de hoje.

Dessa proposição, tomo as palavras de Stepan (2005, p.23) para falar da importância da gestão da vida da mulher na constituição da sociedade. A autora comenta que, na conformação dos “papéis reprodutivos dos homens e mulheres”, aparece como responsabilidade coletiva o papel social da mulher, o qual, em seu aspecto político e normativo, passa a ser definido pela reprodução. Assim, ao falar-se da preocupação com a constituição e gestão da população, aparece no foco da discussão a sexualidade como elemento principal da reprodução humana, ou seja, a qualidade dessa reprodução, em que atuaram e atuam a ciência e as políticas sociais. Para Foucault, “na junção entre o corpo e a população, o sexo tornou-se o alvo central de um poder que se organiza em torno da gestão da vida, mais do que da ameaça de morte” (FOUCAULT, 2007, p.160).

Tendo em vista a reprodução como o papel social das mulheres, diversas políticas concentraram-se nelas para controlar os casamentos, especialmente, entre anormais e degenerados, criando-se uma forma especial de eugenia²⁸: a eugenia matrimonial, que estabelecia normas científico-hereditárias e controles da reprodução através dos exames médicos e dos certificados pré-nupciais (STEPAN, 2005).

No casamento, homens e mulheres saudáveis aparecem como responsáveis pelo povoamento da pátria e a sobrevivência da espécie; nesses moldes, a fecundidade é tida como uma grande benção da natureza, e a mulher, criada para ser mãe, perpetuará a geração, constituirá o equilíbrio das “raças” e o progresso da civilização (ROHDEN, 2003). Assim, a benção ou a maldição passam a ser identificadas no parentesco, no sangue, o que faz do sangue e da sexualidade elementos capazes de acionar as estratégias de controle dos nascimentos. Estas se dão de diferentes maneiras, através

²⁸ Eugenia (do grego *eugen-s*, “bem nascidos”, “boa geração”) foi uma palavra inventada por Francis Galton em 1883, cientista britânico, geógrafo e “precursor da estatística”, primo e adepto de Charles Darwin (SIBILIA, 2003). Escreveu o livro *Heredity Genius* em 1869. A partir de estudos estatísticos e genealógicos, pretendia aperfeiçoar a espécie pela seleção dos cruzamentos, a fim de criar um ser “superior” (idem). Em relação à diversidade, promoveu a detecção dos anormais pelo uso de padrões da distribuição definidos estatisticamente como norma, transformando, então, a eugenia em movimento social e científico. Retornarei mais detidamente à discussão da eugenia no seguimento do estudo.

da articulação da preocupação com o sangue e da gestão da sexualidade na composição da população (FOUCAULT, 2007). O sangue coloca-se ao “lado da lei, da morte, da transgressão, do simbólico e da soberania”, e a sexualidade, ao lado “da norma, do saber, da vida, do sentido, das disciplinas e das regulações” (FOUCAULT, 2007, p.161; CASTRO, 2009, p.58).

Conforme Fonseca (2003), o dispositivo da sexualidade constituiu-se e operou a partir do desenvolvimento da confissão, uma tecnologia específica de poder. Com ela, foi possível articular “os elementos essenciais ao biopoder, como o corpo, os discursos, o saber e o poder” (idem, p.91).

O que estimula o indivíduo a confessar é a ideia de que a confissão o levará ao autoconhecimento; assim, a vontade de saber e o “desejo de conhecer a verdade sobre si exerce[m] sobre o indivíduo um poder que o seduz e o faz confessar” – aos outros e a si (FONSECA, 2003, p.92). Esse saber gerado pela confissão permite a atuação sobre o corpo daquele que confessa, pois produz e faz funcionar estratégias de controle e disciplinarização dos corpos, operando pelo dispositivo da sexualidade. Por esse dispositivo, criam-se as noções de sexualidade, que, pelas estratégias de poder direcionadas à vida do corpo, como a confissão, é “identificada em cada indivíduo, que passa a ser sujeito dessa produção” no corpo social (idem, p.99).

Possibilita-se, desse modo, o acesso de estratégias de biopoder à vida do corpo e da espécie, pois são atingidos “os desejos, os pensamentos e os atos mais sutis e também as condutas coletivas mais gerais da população” (FONSECA, 2003, p.99). Partindo-se dessa premissa, o corpo da mulher torna-se alvo não só de preocupações com a regulação e o controle da função reprodutiva, mas também dos efeitos produzidos pela reprodução – efeitos que podem intervir na saúde da mulher, do feto e nas questões políticas de moralidade social relacionadas à manutenção de regras ou modelos de sexualidade e noções de sexo (RIBEIRO, 2002). Para Foucault, as noções atribuídas ao sexo são necessárias para o funcionamento da sexualidade, isto é, o sexo é o

[...] elemento mais especulativo, mais ideal e igualmente mais interior, num dispositivo de sexualidade que o poder organiza em suas captações dos corpos, de sua materialidade, de suas forças, suas energias, suas sensações, seus prazeres (FOUCAULT, 2007, p.169).

A sexualidade, tomada como um dispositivo, em suas diferentes estratégias e finalidades, “permite às técnicas de poder investirem sobre a vida”, assim como em suas funções biológicas, condutas, sensações e prazeres (idem, p.170). Tais investimentos disciplinam o corpo e regulam a população, dando lugar a práticas de vigilância, controle, exame, mas também a estimativas estatísticas, intervenções em grupos ou no corpo social.

Através do sexo, tem-se “acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e da espécie”, o que serve de matriz para as disciplinas e de princípio para as regulamentações, como, por exemplo, em intervenções econômicas, estimulando ou freando a procriação, ou, ainda, em “campanhas ideológicas de moralização ou de responsabilização” (FOUCAULT, 2007, p.159). Tais práticas demonstram a importância do sexo no controle e regulação pela sexualidade para o governo do corpo e vida – objeto político.

Conforme Sohn (2008), a partir do século XX, o corpo sexuado passou a ser objeto de cuidados mais atenciosos do que nunca. Chegou a tornar-se, com o desenvolvimento científico da metade desse século, um desafio médico e comercial em que práticas sexuais e discursos sobre a medicalização da sexualidade se articulam e tornam públicas e políticas as questões da vida privada. Para a autora, foi com o progressivo recuo do pudor, “ligado à exigência de sedução imposta pelo casamento por amor”, que homens e mulheres passaram a desvelar em público seus corpos para jogar com seus trunfos pessoais (SOHN, 2008, p.109). Essa revelação e espetacularização dos corpos tiveram uma repercussão imediata na vida privada, implicando cuidados e intervenções para manutenção da beleza e saúde corporal.

A partir de 1900, a sexualidade é, além de sugerida, apresentada em cenas de filmes e cartazes, práticas publicitárias que contribuíram para a dessacralização do corpo feminino e à sugestão do amor físico, remetendo à

comercialização do corpo sexuado e ao direito à sexualidade, que se afirma em 1960 (SOHN, 2008). De acordo com Perrot (2003), as revistas feministas exerceram significativo papel na difusão de novos comportamentos. Desde 1900, objetos variados, tais como automóveis e alimentos, são associados ao “encanto” da mulher, e, “ainda hoje, o corpo feminino, silencioso e dissecado, continua sendo o principal suporte da publicidade” (PERROT, 2003, p.15).

No final do século XIX, na Alemanha e na Inglaterra, nasce a primeira ciência sexual, que atribui a cada sexo um papel exato – “as mulheres, mais que os homens, focalizam os discursos científicos em nome da função materna” (SOHN, 2008, p.119). Os discursos sexológicos contribuíram para a legitimação do prazer, para tirar a sexualidade do silêncio e da vergonha, porém o prazer sexual da mulher chocava-se com a angústia e o medo da gravidez indesejada.

No quadro de medicalização da sociedade, gerida por especialistas de diferentes áreas, a partir de 1973, torna-se lícito falar publicamente de sexualidade e de desentendimento sexual, que abrangem desde representações sexuais até a reprodução ou o controle da sexualidade. A maternidade torna as mulheres controladas desde muito cedo, em uma rede de prescrições médicas. Afinal, o corpo feminino é, em primeiro lugar, um corpo grávido que se deve “conduzir até o parto seguro e, depois, colocar ao serviço do bebê” (SOHN, 2008, p.126).

Como no começo do século XX a preocupação estava centrada na proteção materna e infantil, os médicos tinham “o dever de combater o aborto e impor o aleitamento”, assim como de tratar a infertilidade e vencer a esterilidade pela sujeição dos corpos a experimentações que possibilitaram gravidezes múltiplas e patológicas (SOHN, 2008, p.126).

Desde a legalização da pílula, nos EUA em 1957, na França em 1967 e no Brasil em 1962, as mulheres têm passado por um acompanhamento e uma inspeção médica rigorosas, substituindo o acompanhamento ocasional obstétrico por uma gestão que dura toda a vida, da contracepção ao aborto, às ecografias e aos tratamentos hormonais (SOHN, 2008). Além disso, o

desejo de limitar a descendência tornou-se evidente no século XX. Por volta de 1900, o aborto era praticado tanto por mulheres jovens “seduzidas e abandonadas” quanto por mulheres casadas com vários filhos, que recusavam a imprevisibilidade de novos nascimentos, mesmo que isso lhes custasse a vida (PERROT, 2003, p.18; SOHN, 2008).

De acordo com Scavone (2004), os efeitos do feminismo, entre outros movimentos sociais, aconteceram no Brasil posteriormente aos de países como a França (anos 60), no final dos anos 70. No fim do regime militar, o retorno “das exiladas políticas, que tinham vivido a experiência feminista européia, contribuiu para impulsionar o feminismo no Brasil” (idem, p.29). No início dos anos 80, no Brasil, a prática política do feminismo transformou-se, de forma variada, devido às especificidades das situações socioculturais e econômicas de cada região e época, numa “organização mais institucionalizada”, atuando nas áreas da saúde e violência contra as mulheres (SCAVONE, 2004, p.35). Com base em Costa, Scavone lembra que, no Brasil, a emergência de uma problemática relativa à mulher foi constituída por um “ativo movimento local de mulheres”, e não apenas pela “existência de um movimento de liberação nos países centrais” (idem, p.36).

Para Stepan (2005, p.119), a ascensão do feminismo, o envolvimento das mulheres na “força de trabalho assalariada e as subseqüentes alterações em fertilidade e natalidade” proporcionaram ao Estado o enfrentamento da resistência das mulheres no controle de suas vidas reprodutivas, ligando as questões de fertilidade e aborto aos debates sobre o tamanho populacional em relação à força nacional.

Na passagem do século XIX para o XX, em vários países, houve um “aumento no uso de contraceptivos e também na prática do aborto” (ROHDEN, 2003, p.29). Em 1937, na França, a estimativa do número de abortos ilegais era entre 200 mil e 500 mil por ano (STEPAN, 2005; SOHN, 2008). A falta de acesso ou um menor acesso aos contraceptivos por mulheres de classes menos favorecidas fez do aborto uma prática de compensação, uma rede de segurança quando o coito interrompido falhava – o pecado de Onã, tão condenado pela Igreja (PERROT, 2003; ROHDEN,

2003; SOHN, 2008). Nos anos 1930, na França, um sexto dos casais não tem filhos – “somente uma pequena fração de franceses católicos convictos, ou vindos de ambientes modestos, mantém uma forte natalidade” (SOHN, 2008, p.136). A França foi um dos primeiros países europeus a reduzir a natalidade pelo retardo do casamento e coito interrompido, mas também pelo infanticídio e aborto (PERROT, 2003; THÉBAUD, 2003). O desejo de controle reprodutivo estava relacionado ao “controle de suas próprias vidas”, afinal, para as mulheres que trabalhavam, era importante restringir o número de gestações e de filhos (ROHDEN, 2003, p.32). A disseminação dos métodos contraceptivos e o recurso ao aborto tornaram-se, então, um “mercado relativamente grande e lucrativo, particularmente no meio urbano” (idem, ibidem).

Nessa perspectiva, o controle da natalidade e, principalmente, “o aborto e a contracepção passam a ser discutidos não apenas em função das consequências que representam para os indivíduos”, mas também em relação à ameaça ao crescimento da nação, uma vez que o aborto era tido como um crime contra a segurança do Estado, passível de pena de morte (ROHDEN, 2003, p.29; SOHN, 2008; THÉBAUD, 2003). A partir da metade do século XIX, período em que o controle da natalidade se propaga nas elites e “as grandes famílias vão perdendo terreno”, ocorre a transformação do aborto e da contracepção em um problema político (ROHDEN, 2003, p.32; SOHN, 2008; THÉBAUD, 2003). Com a nova vida urbana e industrial, a queda da natalidade comprometeria e colocaria em risco o capitalismo e a soberania nacional, favorecendo o declínio da “raça”, na medida em que “impediria o crescimento da mão-de-obra e do mercado consumidor” (ROHDEN, 2003, p.33). Por isso, a queda na natalidade passa a ser motivo de preocupação e incômodo para as classes dominantes e os poderes públicos, que começam a perceber o “comportamento sexual desregulado” como um perigo moral e biológico que colocaria em risco a própria organização social (idem, ibidem).

Discursos atuais assemelham-se aos daquele período, como podemos perceber neste excerto retirado do artigo intitulado *Índice de natalidade*, publicado no *site* da CNBB no dia 08 de dezembro de 2009:

[...] a taxa de nascimentos no meio urbano caiu num perigoso abismo: 1,8 filhos por mulher (2008). Isso significa que o nosso país vai parar de crescer demograficamente. Cada censo irá demonstrar que a população está decrescendo. Vai haver mais mortes do que nascimentos. A lógica da manutenção da cultura de um povo exige que cada casal tenha pelo menos três filhos. “A herança do Senhor são os filhos” (Sl 127, 3). Penso que essa passagem para um patamar deficitário vai prejudicar muito o nosso país. Ficamos expostos à invasão cultural de povos cujo índice de natalidade é superior ao nosso. [...] Está faltando uma verdadeira educação para a vida de família. A prova dessa deficiência está neste fato: os nascimentos provindos de moças ingênuas, fora do casamento, alcançar 20% em algumas regiões (ÍNDICE, 2009).

Como sugere o excerto, ainda existe certa preocupação com o índice de natalidade relativo à manutenção dos “povos” e da percepção do país quanto à sua potencialidade, de acordo com a composição de sua população. Noutras épocas, essa preocupação aparecia na combinação entre a política familista e natalista, no sentido de conservação da “raça”, que fez da família a instituição principal da sociedade francesa, por exemplo – o remédio para os males da nação. Por essa razão, foram tomadas medidas que a reforçassem, tais como: “o combate ao aborto, ao divórcio e ao trabalho feminino”, além dos incentivos às famílias consideradas grandes e privilégios aos seus chefes, como o “auxílio- família variável em razão do número de filhos” (ROHDEN, 2003, p.34; THÉBAUD, 2003, p.206).

Conforme Matos (2003, p.110), “ao identificar a criança como elemento-chave para construção da sociedade”, os médicos atribuíram às mães a responsabilidade pela mortalidade infantil e divulgavam preceitos de higiene, hábitos e dieta para as crianças. Assim, a educação materna submetida à tutela médica-sanitarista, à medida que aperfeiçoava física e moralmente a mulher, pretendia torná-la um agente da higiene social a transmitir seus conhecimentos sobre os cuidados, o bem-estar da família, os hábitos, os prazeres permitidos/proibidos e sexualidade às filhas e às futuras gerações. Porém, a intervenção era mais dirigida às famílias pobres,

pois eram julgadas como as que mais precisavam ser educadas física, higiênica, moral e nutricionalmente (idem).

Alertado pelos médicos, o poder público mobiliza-se e intensifica a repressão ao aborto, “por conta da vontade natalista, reforçada pela Primeira Guerra Mundial” (1914-1918), dando origem, em 1920, à lei contra a propaganda contraceptiva e, em 1923, contra o aborto (PERROT, 2003, p.18). Esse discurso trazia a noção de que a reprodução não pertencia à vida privada, mas que era de interesse nacional; com base nesse interesse, era dever “proteger a instituição do casamento e impedir o divórcio” (ROHDEN, 2003, p.35). Foi na ideia de que ser mãe era da natureza e essência feminina que foram ancoradas as garantias para a conservação da sociedade, o que sinaliza a importância da ordem dos corpos como “dimensão fundamental da ordem política” (idem, *ibidem*; MEYER, 2000). Com isso, as mulheres, especialmente as mães, seriam apresentadas, ao longo dos séculos XIX e primeira metade do século XX, em diferentes países, em momentos de crise, como as

[...] responsáveis pela saúde física, emocional e moral do corpo social, como esteio do lar e da família, como agentes de purificação e regeneração racial, como educadoras e símbolos da nação e da pátria e, em contrapartida, como o oposto a tudo isso (MEYER, 2000, p.124).

Isso leva a perceber que o interesse não está na mulher, mas na regulação da produtividade de um ser para a espécie, que deverá agir, ser e sentir com essa finalidade (THÉBAUD, 2003). Nesse sentido, ser mãe coloca em jogo “a produção de novos indivíduos para a coletividade” (ROHDEN, 2003, p.50). Assim, a gravidez como um acontecimento social que produz bens para a sociedade, faz com que a mulher grávida tenha, necessariamente, que “apresentar algum resultado, ou seja, o filho, mesmo que seja morto” (ROHDEN, 2003, p.50). Nesse caso, isto é, se algo der errado, “é preciso investigar muito bem as razões, determinando se se trata de um crime ou de uma manifestação da loucura” (idem, *ibidem*).

A partir dessas noções, o aborto e o infanticídio tornam evidentes certas “perturbações ligadas ao corpo feminino como perigosas inclusive

para a sociedade”, gerando estudos e a elaboração de prescrições para as possíveis desordens e crimes causados pelas mulheres²⁹ (ROHDEN, 2003, p.60).

Com relação à importância das questões de desordens sociais causadas pelas mulheres, penso ser pertinente trazer um excerto da reportagem intitulada *Mãe que jogou bebê em rio é indiciada por homicídio*³⁰ (ZH, 2007):

A Polícia Civil de Minas Gerais encerrou hoje o inquérito sobre a morte da recém-nascida jogada num rio da região metropolitana de Belo Horizonte. A decisão foi de pedir o indiciamento da mãe, de 25 anos, por homicídio qualificado, praticado por motivo fútil e torpe, e por asfixia.

A investigação concluiu que a mãe teve a intenção de matar a filha quando a atirou nas águas poluídas do rio, no município de Contagem. Em depoimento, a mãe alegou que achou que a menina estava morta.

O delegado indiciou também [sua] vizinha, por co-autoria no homicídio. Conforme o inquérito, [a vizinha] indicou à gestante onde adquirir o chá e o comprimido que foram usados pela mãe para provocar o aborto da criança. O relatório da investigação policial será encaminhado à Justiça municipal (MÃE, 2007).

Conforme o texto, a reportagem torna visível a intervenção da polícia e do delegado, que, em nome da ordem e da segurança, determinaram o

²⁹ Relacionado a essas questões, é pertinente mencionar uma reportagem que trouxe a discussão da condenação à morte de mulheres infiéis no Irã e que motivou uma grande campanha internacional. Trata-se da recusa à proposta de asilo no Brasil de uma mulher de 43 anos e mãe de dois filhos, condenada em 2006 por ter mantido um relacionamento ilícito com dois homens. Foi sentenciada no ano de 2006 a receber 99 chicotadas, porém seu caso foi reaberto quando a Justiça iraniana a acusou de ter matado o marido. Inocentada desse crime, teve a pena relativa ao adultério reconsiderada e foi sentenciada a morrer apedrejada. Após a mobilização de diversos países, o governo do Irã mudou a sentença para morte por enforcamento. Hoje, seu caso ainda está com a sentença indefinida. Reportagem: *Condenação à morte: Irã rejeita apelo de Lula* (ZH, 04/08/2010). Ver página 13 do anexo 1.

Essa situação mostra-nos que, ainda hoje, o corpo feminino deve ser disciplinado de forma a controlar seus comportamentos, caso contrário, pode ser condenado à morte ou a diversos tipos de punição morais ou físicas – outras formas de anulamento dos problemas causados por sua existência. Nesse sentido, existir é estar condicionado às leis constitucionais e religiosas regulamentadas em cada país, as quais governam legitimamente o viver e o morrer dos sujeitos ditos cidadãos – como exemplo, tem-se o exercício da pena de morte em diversos países (parte dos Estados Unidos, Caribe, Ásia, África e Guatemala), a qual, em comparação à sentença de morte dessa mulher, não tem sido alvo de uma discussão e manifestação tão destacada em relação à morte do sujeito.

³⁰ Reportagem: *Mãe que jogou bebê em rio é indiciada por homicídio* (ZH, 11/10/2007). Ver página 14 do anexo 1.

indiciamento das mulheres por homicídio como forma de punição diante do crime cometido contra a recém-nascida. Trouxe esse excerto na tentativa de chamar a atenção para o modo como vem se agindo, ainda nos dias de hoje, em relação àquelas atitudes das mulheres que “fogem” ao instituído para a sua “natureza” no cuidado com os filhos, o que gera ações soberanas do Estado para controlar e punir as perturbações e os crimes causados ou ligados às mulheres.

3.2. Profilaxia social ou prevenção moral do aborto terapêutico: crime contra a vida do feto, futuro cidadão

Discussões sobre o aborto surgem nas “teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre 1840 e 1931 em 66 trabalhos” (ROHDEN, 2003, p.60). Nesses estudos, aparece a preocupação em elaborar categorias de aborto: espontâneo, acidental ou provocado, considerando-se também a predisposição da mulher ao abortamento, com destaque para a “idade e o temperamento da mãe, a herança biológica, os hábitos, a alimentação, o meio em que vive, as doenças, a conformação da bacia, etc.”, assim como as características do pai (idem, p.61).

Nesse período, outra questão também discutida foi a da decisão sobre o aborto terapêutico (provocado para salvar a vida da mulher), confrontada por médicos, pelo secretário do governo e pela Igreja, gerando situações sem “solução” (ROHDEN, 2003). A responsabilidade médica em assumir publicamente o compromisso de concordar com esse tipo de aborto acabava interferindo nos posicionamentos dos médicos, mas consta nos documentos dessa época que o “procedimento não era incomum entre os médicos” e que os meios para provocar o aborto eram bem conhecidos e considerados seguros (idem, p.63; SOHN, 2008). Assim, a “primeira metade do século XX assiste, com efeito, à emergência do abortamento racional” (SOHN, 2008, p.138). Em 1938, a Inglaterra autoriza o aborto “em caso de ‘doença física e mental’”, e, em 1975, a França despenalizou o aborto, com a Lei Veil (idem, p.139; PERROT, 2003).

Em busca da legitimação da prática médica frente às concepções mais tradicionais, especialmente as ligadas ao pensamento religioso, era utilizada como arma a “objetividade do conhecimento científico, que garantiria a correção de suas atitudes e justificaria sua autoridade” (ROHDEN, 2003, p.65). Segundo o livro *Lições de Clínica Obstétrica*, de Fernando Magalhães, datado de 1917, era a ciência, e não a religião, que poderia comprovar o risco de morte materna; nesse caso, o médico que decidisse seguir o preceito religioso – não matarás – acabaria “assistindo à morte da gestante e do

embrião” (idem, p.64). Essa autoridade científica, além de prever a prática do aborto terapêutico, servia para condenar o chamado aborto criminoso.

A respeito do aborto criminoso, Antonio F. da Costa Junior apresentou sua tese à Faculdade de Medicina em 1911, procurando investigar a “frequência deste crime no Rio de Janeiro” e propor meios para reprimir a prática (ROHDEN, 2003, p.65). Sobre a ideia do direito ao aborto, ele comentou que os

[...] defensores pensam que a mulher é dona do próprio corpo, e que, por isso, pode dispor dele à sua vontade, sacrificando, se assim o quiser, o fruto de sua concepção, considerado por eles como uma parte do corpo, que tem tanto valor como um dedo (COSTA JUNIOR *apud* ROHDEN, 2003, p.66).

Além da enfática negação da propriedade de seu corpo, Costa Junior comenta que a sociedade não aprovaria tão degradante costume, tido como um crime contra a vida do feto, por este ser considerado uma pessoa. Assim, reconhecer o direito ao aborto “seria dar um golpe na própria base da sociedade, desorganizar a família, justificar todos os atentados contra a pessoa, legitimar o homicídio” (idem, p.67). O autor ressaltou, ainda, que

[...] o produto da concepção normal não pertence só à mãe, ele pertence também ao Estado, do qual virá fazer parte e como tal, este deve zelar pela sua vida. A prática do aborto é um crime por excelência anti-social, pois que suprime o indivíduo, membro da família, de que se compõe o Estado (COSTA JUNIOR *apud* ROHDEN, 2003, p.67).

O aborto, além de representar um risco para a saúde da mulher, era visto como um crime “antissocial”, que fazia da degradação moral e da diminuição da população suas consequências. Por isso, deveriam ser instituídas práticas de controle, de ordem moral ou legislativa, como: campanhas, regularizações, fiscalização, aumento da penalidade, inquérito policial, etc. (ROHDEN, 2003; THÉBAUD, 2003). Essas medidas pretendiam a repressão do ato, e não a busca da prevenção; afinal, impedir a gravidez também era algo mal visto, pois estava relacionado ao controle reprodutivo e à redução de indivíduos (cidadãos). Assim, o aborto e a contracepção estavam implicados na restrição do crescimento da população, o que

impediria o progresso e colocaria em “risco a soberania da nação” (ROHDEN, 2003, p.81; THÉBAUD, 2003). Costa Junior termina seu estudo relacionando o aborto à moral pública, à proteção da família, à probidade profissional e ao futuro do país, dizendo que o “nosso país necessita de seus filhos para atingir rapidamente o glorioso futuro a que está destinado” (COSTA JUNIOR *apud* ROHDEN, 2003, p.81; THÉBAUD, 2003).

O aborto mostra a preocupação com a sociedade, com a população, e não apenas com as mulheres, pois nesse período, assim como hoje, pouco se fala sobre os cuidados e tratamentos para as mulheres no pós-abortamento. Entretanto, é dispensada uma atenção especial à punição dos praticantes envolvidos na execução do aborto ou no seu incentivo (THÉBAUD, 2003). Nesse sentido, ao destituir-se a mulher de desejos e circunstâncias pessoais que a levam a tal prática, também é anulada a sua voz e são desconsideradas as suas experiências e a propriedade de seu corpo.

Naquela época, a profilaxia social ou a prevenção moral, como estratégia de solução para o aborto, poderia ser alcançada através da “educação da mulher desde menina para a aceitação da maternidade como um encargo natural” (ROHDEN, 2003, p.84; MATOS, 2003). Considerando-se que o fator econômico era o principal causador do aborto, deveria haver um “programa de proteção às crianças filhas de pais desconhecidos e mães sem recursos” (*idem, ibidem*). Assim, apesar de o aborto ser o resultado de articulações entre os valores morais, a possibilidade de admitir essa prática nas clínicas de aborto ou hospitais e a intenção refletida da mulher diante de determinadas circunstâncias e experiências passariam a ser uma ameaça e, por isso, deveriam ser combatidas “pelo reforço da educação para a maternidade e da proteção de filhos e mães sem recursos” (*idem, ibidem*). A partir dessas noções, o aborto passou a ser combatido a partir da voz do médico, que – através do esclarecimento sobre os riscos para as mulheres e os prejuízos para a coletividade, na medida em que se “suprime um cidadão” – fez da mulher que comete o aborto, pelo menos em princípio, “uma ‘criminoso’ plenamente ciente de seus atos” (ROHDEN, 2003, p.85).

Essa mulher passa a representar o “‘perigo’ da disjunção entre sexo, reprodução e maternidade, do ponto de vista de boa parte dos médicos” (idem, p.86). Em um contexto político em que “a população adquiria cada vez mais importância”, os médicos passaram a investir “menos no ‘tratamento’ individual e mais em campanhas de condenação do aborto e da contracepção e de valorização da maternidade” (idem). A estratégia biopolítica de governo atuou, desse modo, na passagem do século XIX para o XX, através da evocação de discursos sobre o perigo que estas práticas representavam para o “projeto nacional de construção de um povo numeroso e saudável” (idem, ibidem).

Porém, se nesse período o aborto foi criminalizado em razão da garantia de saúde da mãe, hoje esse argumento não se sustenta, pois é confrontado por justificativas de avanços e desenvolvimentos da biociência e da medicina, as quais tratam o procedimento de abortamento e antecipação terapêutica do parto, no caso da anencefalia, por exemplo, como práticas seguras. Além disso, tal prática pressupõe a manutenção da vida e da saúde da mulher. Nesse sentido, ao contrário do que se pensava em outras épocas, o aborto torna-se necessário e descriminalizado enquanto um meio de prevenção e de promoção de vida e saúde da mulher – discursos bastante enfatizados e acionados na atualidade. Um exemplo é a reportagem intitulada *Juízes defendem mudança na lei do aborto*³¹ (Folha SP, 2008), que traz duas pesquisas feitas simultaneamente no país com juízes e promotores, apontando que 78% dos entrevistados são favoráveis à ampliação das possibilidades de aborto legal. Nos estudos, foram ouvidos 1.493 juízes e 2.614 promotores de todas as regiões. Consta no texto da reportagem que:

No caso dos juízes, 61,2% apontaram necessidade de mudanças na legislação atual para aumento das circunstâncias em que não se pune o aborto praticado por médicos.

³¹ Reportagem: *Juízes defendem mudança na lei do aborto* (Folha SP, 17/09/2008). Ver página 15 do anexo 1.

Outros 16,8% dos juizes se disseram favoráveis à descriminalização do aborto, independentemente da circunstância, totalizando 78% favoráveis a mudanças na lei. No estudo, 12,5% dos promotores disseram ser favoráveis à não-punição em qualquer caso e 3,2% opinaram que a prática nunca deveria ser permitida. No caso dos magistrados, 7,3% disseram que a prática do aborto não deve ser permitida sob qualquer circunstância. O juiz Torres, da Vara do Júri de Campinas (SP), defendeu a descriminalização da prática. "Vivemos sob uma ilegalidade consentida. O aborto deve ser tratado como problema de saúde pública, e não enfrentado dentro do sistema criminal." Segundo ele, há poucos casos de abertura de inquéritos para apurar casos de aborto por má-formação fetal. "Sou a favor da descriminalização em qualquer hipótese, mas enquanto isso não acontece, que sejam pelo menos descriminalizados os casos de má-formação fetal."

Além de grande aceitação da ampliação das possibilidades de aborto legal, percebe-se a ideia de desvinculação do abortamento ao crime, retratando a prática como um problema de saúde pública.

Quando se trata da proposta de que o aborto seja descriminalizado ao menos em casos de má-formação fetal, a leitura pode dar visibilidade à desqualificação desses fetos e à busca da manutenção da normalidade social pela morte deles, como se uma formação diferenciada justificasse menos preocupação ou menor valoração de sua vida/morte.

A interrupção da gravidez em caso de feto anencefálico, nesse período³², dependia de autorização da justiça e era considerada como crime da mãe e dos médicos. Numa reportagem, foi relatado que, em Porto Alegre, a ação de interrupção de gestação de feto anencéfalo foi negada em primeiro grau, mas a gestante entrou com recurso no Tribunal e conseguiu autorização³³. Em sua fala ao votar, o desembargador, além de esclarecer que os anencéfalos não sobrevivem fora do útero, também referiu que:

O fato de o feto ser monstruoso, possuir graves anomalias físicas ou mentais, não é, por si só, motivo para autorizar o aborto, desde que haja viabilidade para a vida extra-uterina, embora possa sê-lo quando a vida for praticamente artificial,

³² Na sequência do estudo, capítulo 5, tratarei da alteração na Lei.

³³ Reportagem: *Autorizada interrupção de gestação de bebê anencéfalo em Porto Alegre* (ZH, 29/08/2008). Ver página 16 do anexo 1.

sem qualquer possibilidade de se manter a partir do momento em que deixar o ventre da mãe³⁴.

Percebe-se, nesse trecho, que a ideia da anormalidade da forma do feto remete a uma ideia de monstro, mas isso não justifica a sua morte se houver possibilidade de vida após o nascimento.

Além dessas questões, reportagens têm difundido estimativas de autorizações de abortos em caso de anencefalia. Por exemplo, a Justiça autorizou, entre os anos de 2001 e 2006, 54% dos 46 pedidos de procedimentos de interrupção de gravidez de fetos com anencefalia³⁵, sendo que os “argumentos religiosos embasaram a maior parte dos pedidos negados” (ABORTO, 2008). Outra reportagem³⁶ veiculou uma estimativa sobre o aumento do número de abortos com amparo legal no Brasil. Nela consta que a quantidade de procedimentos cresceu 43% na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), passando de 2.130 (2007) para 3.053 (até novembro de 2008) (GUIMARÃES, 2009). Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS),

[...] metade das gestações é indesejada e uma a cada nove mulheres recorre ao aborto. No Brasil, os cálculos mostram que o índice de abortamento é de 31%. Ou seja, ocorrem aproximadamente 1,44 milhão de abortos espontâneos e inseguros com taxa de 3,7 para cada 100 mulheres. A gravidade da situação do abortamento também se reflete no SUS. Só em 2004, 243.988 mulheres foram internadas para fazer curetagem pós-aborto³⁷.

Considerando os dados da OMS, o que se percebe, diante do elevado número de abortamentos, entre outras questões apresentadas nas reportagens, é que vem se discutindo há bastante tempo a possibilidade de

³⁴ Idem nota 33. Reportagem: *Autorizada interrupção de gestação de bebê anencéfalo em Porto Alegre* (ZH, 29/08/2008). Ver página 16 do anexo 1.

³⁵ ABORTO, 2008. Reportagem: *Aborto de anencéfalos é liberado pela Justiça em 54% dos casos* (ZH, 01/09/2008). Ver página 17 do anexo 1.

Há desdobramentos posteriores, no capítulo 5, sobre a anencefalia.

³⁶ GUIMARÃES, 2009. Reportagem: *Abortos com amparo legal crescem 43%* (Folha SP, 23/01/2009). Ver página 17 do anexo 1.

³⁷ *Aborto inseguro: um problema de saúde pública*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22411>.

uma modificação na lei para ampliar e descriminalizar a prática do aborto, tornando-o legal se referido à promoção da saúde da mulher e à caracterização do feto com má-formação como um anormal, um monstro, evidenciando o risco de deixá-lo viver. Porém, mesmo com as possíveis anormalidades, o feto não deixa de apresentar-se como uma forma de vida; esse é o grande problema, pois gera incompreensão e angustiantes divergências institucionais sobre o viver/morrer.

No que tange à lei, o aborto não constitui crime em duas circunstâncias: como forma de preservar a vida da mulher e em caso de estupro. Conforme estabelecido no Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 do Código Penal, no capítulo que trata dos crimes contra a vida:

Infanticídio

Art. 123 - Matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após: pena - detenção, de dois a seis anos.

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: pena - detenção, de um a três anos.

Aborto provocado por terceiro

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante: pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante: pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Forma qualificada

Art. 127 - As penas combinadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Não é crime o aborto que é praticado por médico nos casos de risco para gestante ou estupro da mãe, conforme o Art. 128 que diz: Não se pune o aborto praticado por médico:

- Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

- Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal³⁸.

Trouxe o texto da Lei a fim de dar visibilidade aos argumentos normalizadores sob os quais nós, brasileiros, vivemos, desde 1940. Nas sessões do próximo capítulo, apresento mais detidamente o panorama atual em que se desenham e inserem as situações de abortamento legal e ilegal, tanto em relação a clandestinidade, condição social e violência causada por estupro e consumo de drogas, quanto, talvez, no que se refere a possibilidades biotecnológicas.

³⁸ DECRETO-Lei No 2.848, de 7 de dezembro de 1940 do Código Penal (DECRETO, 1940). Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/DECRETO-Lei/Del2848.htm>>. Acesso em: 08 nov. 2009.

CAPÍTULO 4

EM BUSCA DA CONQUISTA DO CORPO A VIOLÊNCIA SEXUAL, A CLANDESTINIDADE DO ABORTO, A CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA E A DROGADIÇÃO APONTAM DECISÕES SOBRE O VIVER/MORRER³⁹?



FUTURO É O RESULTADO DE UM JOGO DE
FORÇAS QUE SE DÁ NO PRESENTE,
NAS QUAIS PODEMOS ATUAR E INTERVIR
PARA INVENTAR NOVAS FORMAS DE
VIDA E NOVAS
EXPERIÊNCIAS SOCIAIS...

(BRANCO, 2008)

³⁹ Esta imagem é adaptada da obra *Grávida no Espelho* de Marília Chartune Teixeira. Trouxe-a para a abertura do capítulo, porque remete a uma visão idealizada da maternidade em contraposição a outras percepções do corpo da mulher grávida por ela mesma e por outros indivíduos, instituição científica, médica, religiosa, etc.

CAPÍTULO 4

EM BUSCA DA CONQUISTA DO CORPO: A VIOLÊNCIA SEXUAL, A CLANDESTINIDADE DO ABORTO, A CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA E A DROGADIÇÃO APONTAM DECISÕES SOBRE O VIVER/MORRER?

Neste capítulo, apresento mais detidamente o panorama atual em que se desenham e inserem as situações de abortamento legal e ilegal relacionadas com clandestinidade, condição social, violência causada pelo estupro e consumo de drogas. Trago essas questões para mostrar a rede em que se insere a problemática do aborto hoje e para destacar a possibilidade de morte no sistema de biopoder como parte de estratégias (bio)políticas que se valem dos discursos de valorização ou desvalorização da vida de alguns indivíduos em relação aos modos de vida de outros – tidos como referenciais ou padrões das normas para definir os investimentos, ou a falta deles, no viver/morrer. Finalizo a discussão deste capítulo apontando as possibilidades de intervenções institucionais relativas às formas de olhar e lidar com o que se considera normal/anormal.

4.1. Ciência, servidão e sujeição: o governo de uns sobre os outros

A maioria das meninas de até 14 anos que fez aborto com amparo legal em 2008 foi vítima de estupro. Levantamento do Ministério da Saúde, obtido pela Folha, mostra que 49 garotas com idade entre 10 e 14 anos se submeteram à interrupção de gravidez no ano passado.

Desse total, 64% viveram drama similar ao da menina de Pernambuco, de 9 anos, que abortou após ter sido estuprada pelo padrasto.

O número de interrupções de gravidez nessa faixa etária (de 10 a 14 anos) mais do que dobrou no ano passado, passando de 22 casos de aborto (em 2007) para 49 [em 2008].

Início este capítulo com a apresentação dos dados divulgados numa reportagem⁴⁰, com a intenção de apontar as temáticas de matérias que têm sido veiculadas e as discussões que pretendo traçar para pensar sobre os posicionamentos assumidos nos debates, ações e intervenções diante do aborto autorizado no caso de estupro.

Cabe salientar que, conforme a Norma Técnica do Ministério da Saúde sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, ao tratar da Lei sobre o aborto autorizado, o Código Penal refere que:

[...] não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesse caso, a não ser o consentimento da mulher. Assim, a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento. O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde, portanto não cabe ao profissional de saúde duvidar da palavra da vítima, o que agravaria ainda mais as consequências da violência sofrida. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à Polícia ou Justiça.

Caso revele-se, após o abortamento, que a gravidez não foi resultado de violência sexual, o Código Penal brasileiro, artigo 20, § 1º, afirma que “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”. Assim, se todas as cautelas procedimentais foram cumpridas pelo serviço de saúde, no caso de verificar-se, posteriormente, a inverdade da alegação de violência sexual somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente pelo crime de aborto (BRASIL, 2011, p.69).

Segundo o Código Penal brasileiro é imprescindível o consentimento por escrito da mulher para a realização do abortamento em caso de violência sexual, que deve ser anexado ao prontuário médico. O Código Civil estabelece que, a partir dos 18 anos, a mulher é considerada capaz de consentir sozinha para a realização do abortamento (idem, p.71).

⁴⁰ Reportagem: *64% dos abortos com amparo legal são consequência de estupro* (Folha SP, 14/03/2009). Ver página 19 do anexo 1.

De acordo com a norma, em casos de gravidez decorrente de violência sexual, o Código Penal estabelece que a realização do aborto não se condiciona a uma decisão judicial que sentencie e decida se ocorreu estupro ou violência sexual. A lei penal brasileira também não exige autorização judicial para a realização do abortamento, nem a apresentação de documentos, como o Boletim de Ocorrência Policial e o laudo do Exame de Corpo de Delito do Instituto Médico Legal. Assim, “não há sustentação legal para que os serviços de saúde neguem o procedimento caso a mulher não possa apresentá-los” (BRASIL, 2011, p.71). Porém, tal consentimento para menores de 18 anos exige outras medidas; afinal, existem limitações etárias para o exercício dos direitos civis. Essas situações suscitam dúvidas e receios entre profissionais de saúde do ponto de vista ético e legal.

A fim de discutir essas questões, trago excertos de reportagens sobre um caso divulgado na mídia que, em certa medida, ilustra as possibilidades de ação diante dessas situações. Trata-se do aborto de uma menina de nove anos que desde os seis era violentada pelo padrasto (23 anos) e engravidou de gêmeos. Conforme divulgado⁴¹, a gravidez da menina foi constatada após ela se queixar de dores na barriga e de náuseas. Diante do resultado do exame, o médico comunicou o fato ao Conselho Tutelar, que avisou a polícia (GUIBU, BATISTA, 2009). A mãe, dona de casa de 42 anos, afirmou ao delegado que não desconfiava dos abusos e que chegou a passar mal ao saber da gravidez da filha (idem).

Em março de 2009, a imprensa divulgou manifestações favoráveis à prática de aborto e as posições de médicos e de políticos argumentando em defesa da vida da menina, como sugere o seguinte excerto:

Cerca de 5.000 pessoas compareceram a uma passeata realizada em São Paulo em comemoração ao Dia Internacional da Mulher. O ato reivindicou a legalização do aborto, tema em

⁴¹ GUIBU, BATISTA, 2009. Reportagem: *Homem acusado de violentar enteadas diz que meninas o provocavam, afirma polícia* (Folha SP, 27/02/2009). Ver página 20 do anexo 1.

destaque na semana passada por conta da excomunhão, pelo arcebispo⁴².

Tais movimentos geraram oposições de religiosos, dividindo opiniões no Vaticano e causando manifestações de grupos contrários ao aborto, como podemos perceber neste trecho:

Depois de elogiada por uma autoridade do Vaticano, a excomunhão dos envolvidos no episódio de aborto de uma menina, o presidente da Academia Pontifícia para a Vida em Roma condenou a excomunhão dos médicos. Segundo ele, o arcebispo foi apressado e deveria ter se preocupado primeiro com a menina, que engravidou de gêmeos depois de violentada pelo padrasto em Alagoinha (PE). O religioso disse ainda que a excomunhão atinge a credibilidade da Igreja e que “são outros que merecem a excomunhão e nosso perdão, não os que lhe permitiram viver e a ajudaram a recuperar a esperança e a confiança⁴³”.

Esse trecho, ao mostrar a existência de diferentes posicionamentos numa mesma confissão religiosa, remete ao questionamento sobre a sustentação de uma “hegemonia” do pensamento religioso em relação ao pensamento da população católica brasileira e ainda poderia acionar o debate e o exame da questão da “falta de legitimidade do discurso de uma hierarquia religiosa que pretende atuar no plano político” como se estivesse representando a totalidade da população católica (LOREA, 2006, p.188). Nesse sentido, a análise do aspecto religioso sobre o acesso ao aborto não se limita a uma simplificação que contrapõe “o pensamento” de católicos e não-católicos, considerando-se também a pluralidade de pensamento entre os católicos, haja vista a formação de organizações não-governamentais em busca da autonomia e liberdade das mulheres em relação à sexualidade e à reprodução, a exemplo da Organização das Católicas pelo Direito de Decidir, fundada no Brasil em 8 de março de 1993⁴⁴.

⁴² Reportagem: *Marcha em São Paulo lembra excomunhão devido a aborto* (Folha SP, 09/03/2009). Ver página 22 do anexo 1.

⁴³ Reportagem: *Excomunhão divide opiniões no Vaticano* (Folha SP, 16/03/2009). Ver página 23 do anexo 1.

⁴⁴ Disponível em: <<http://catolicasonline.org.br/>>. Acesso em: 18.07.2010.

Apesar da relevância dessas questões, esses movimentos não foram muito explorados e divulgados nos jornais *Zero Hora* e *Folha de SP*. A ênfase nas reportagens foi dada às polêmicas geradas em torno da excomunhão religiosa, dando visibilidade aos debates sobre a legalidade e ilegalidade do aborto no Brasil. O caso teve repercussão em jornais internacionais⁴⁵, como, por exemplo, *The New York Times*, *El Pais*, *Le Figaro* e *Fox News*.

Nesse caso, foi possível perceber a complexidade da discussão sobre um Estado de sistema laico deparando-se com discursos de ordem religiosa regidos pelo sistema canônico que sustentam a “excomunhão⁴⁶” das pessoas, seja em razão do

[...] aborto praticado para salvar a vida da gestante, seja no caso da expulsão do fruto proveniente de estupro. Atinge, ainda, a todos que, de qualquer forma, participaram do ato [...], que obrigam ou instigam a mulher à prática do procedimento abortivo (Código de Direito Canônico *apud* TEODORO, 2008, p.232).

Independentemente dos sentidos que o termo assume na vida de cada um, parece-me que a excomunhão, tomada como “verdade”, implica relações soberanas que sentenciam os desobedientes com a exclusão. Assim, a leitura de reportagens sobre tal punição pode produzir, naqueles que creem, reações de renúncia, de autoavaliação, de culpa e de constrangimento, entre outras produções de governo que ultrapassam a religiosidade, pois tal prática fundada na “lei divina” coloca-se acima das demais leis. Práticas religiosas e laicas mostraram-se, neste caso, em confronto, numa aparente oposição entre leis dos homens e divinas. Contudo, convergem para o governo das pessoas mesmo que com diferentes posicionamentos e discursos, borrando fronteiras entre as criações humanas, de controle e condução dos corpos e aquelas direcionadas às “almas”.

⁴⁵ Reportagem: *Igreja critica aborto feito por menina de 9 anos violentada em PE; veja repercussão internacional* (Folha SP, 06/03/2009). Ver página 24 do anexo 1.

⁴⁶ Excomunhão é uma penalidade que consiste em excluir alguém da totalidade ou de parte dos bens espirituais comuns aos fiéis. Coloca alguém fora da comunhão, ou seja, exclui a participação da pessoa em grupo ou comunidade. Disponível em: <<http://houaiss.uol.com.br>>. Acesso em: 04.12.09.

Nas reportagens, as falas trazem para o cenário social embates entre soberanos, religiosos, médicos (os *experts*) e os políticos, cujas “verdades” se direcionam tanto para o controle quanto para a concessão ou não do direito de vida/morte dos fetos e da gestante/menina neste mundo e, talvez, pretensamente, em outro mundo. Nesse sentido, tais falas tornam visíveis as lutas travadas num jogo de poder voltado ao governo de uns em relação a outros a partir das “verdades” que têm regido as decisões e ações das pessoas no seu viver.

Sobre a excomunhão religiosa dos “médicos que participaram do procedimento e da mãe da menina” após o aborto, trouxe excertos de algumas reportagens para problematizar a produtividade dessa prática na vida dos sujeitos. Os primeiros excertos são da reportagem intitulada *Para CNBB, excomunhão não vale para mãe de menina estuprada por padrasto*⁴⁷ (GUERREIRO, 2009):

Dirigentes da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil) afirmaram nesta quinta-feira que a mãe da menina estuprada pelo padrasto em Alagoinha (PE) não foi excomungada pela Igreja Católica depois que a criança foi submetida a aborto para interromper a gravidez [de quase quatro meses, de gêmeos], no início deste mês. Apesar de o arcebispo de Olinda e Recife, Dom José Cardoso Sobrinho, ter declarado a excomunhão da mãe, a CNBB entende que ela não deve ser penalizada.

"O seu grito e o seu desabafo [de Dom José Cardoso] em tom de excomunhão em nenhum momento se dirigiu às vítimas, mas àquelas pessoas que acham que matar seres humanos é uma solução para casos como este. Para quem persegue as criancinhas, vale a pena da excomunhão", disse Dom Dimas.

Essa prática de excomunhão do arcebispo de Olinda e Recife, Dom José Cardoso Sobrinho, fez emergir discussões sobre o aborto, provocando grandes manifestações públicas, inclusive a do presidente do Brasil, que disse “lamentar o posicionamento ‘conservador’ do religioso⁴⁸” (CARDEAL, 2009). Para o presidente, esse caso de violência sexual reflete “um processo

⁴⁷ GUERREIRO, 2009. Reportagem: *Para CNBB, excomunhão não vale para mãe de menina estuprada por padrasto* (Folha SP, 12/03/2009). Ver página 27 do anexo 1.

⁴⁸ CARDEAL, 2009. Reportagem: *Cardeal do Vaticano defende excomunhão da mãe de menina que fez aborto* (Folha SP, 08/03/2009). Ver página 29 do anexo 1.

de degradação da estrutura da sociedade⁴⁹” (LULA, 2009a; LULA, 2009b). Diante desse comentário, o arcebispo disse que “o presidente deveria procurar assessoria teológica para falar com mais propriedade sobre religião” (CARDEAL, 2009; ARCEBISPO, 2009a).

Os embates discursivos divulgados pela mídia em torno da excomunhão dos que contribuíram ou apoiaram esse aborto envolveu as áreas médica, religiosa, legislativa, política e de segurança (com a prisão do padastro), mostrando diferentes posicionamentos, coações e punições.

Com relação aos médicos que realizaram o aborto, também excomungados pelo arcebispo, a CNBB se absteve da condenação, pois considera que “somente a ‘consciência individual’ de cada um pode estabelecer eventuais punições pelos seus atos” (GUERREIRO, 2009). “Cada um sabe se foi excomungado ou não”, ou seja, através do apelo à “verdade”, aqueles que tiverem consciência se sentirão culpados e excomungados, uma vez que, pelo Direito Canônico, “o aborto está entre os crimes cuja pena é a excomunhão – penalidade máxima” (idem).

Conforme fala do presidente da CNBB, “a repercussão da excomunhão dos médicos envolvidos mudou o foco da situação e esvaziou o debate da sociedade” sobre o crime praticado, o qual “se diluiu diante da história da excomunhão” (CNBB, 2009a). Sobre o estupro, o presidente da CNBB disse que o estuprador não precisa ser punido com a excomunhão, porque

[...] toda a população sabe da sua gravidade. “O estupro é uma coisa tão repugnante que a Igreja não precisa chamar a atenção para ele, está na consciência de todos⁵⁰”.

Assim, as “verdades” em que se apoiam as normas criadas e dadas pela instituição religiosa mostram a possibilidade da produção de culpa através do reconhecimento da sua legitimidade pelo sujeito. Essa estratégia

⁴⁹ LULA, 2009a. Reportagem: *Lula critica excomunhão e defende medicina em caso de aborto de menina em PE* (Folha SP, 06/03/2009).

LULA, 2009b. Reportagem: *Lula: caso de menina violentada em PE mostra "degradação da estrutura da sociedade"* (ZH, 06/03/2009). Ver página 30 do anexo 1.

⁵⁰ GUERREIRO, 2009. Idem nota 47.

de governamento se repete na fala do secretário da CNBB, pois para ele o arcebispo não excomungou ninguém, “apenas lembrou uma norma em que a pessoa se coloca fora da Igreja ao cometer um determinado ato” (GUERREIRO, 2009). Desse modo, quem agir de forma a não obedecer aos preceitos da Igreja, será punido com a expulsão, ou seja, será banido de seu rebanho. Para Dom Geraldo, “a excomunhão não é só para punir, mas para que quem praticou o ato possa perceber a gravidade e buscar sua reconciliação” (GUERREIRO, 2009). A reconciliação ocorre pela confissão e pelo arrependimento: “podem ser perdoados se mostrarem arrependimento⁵¹” (ARCEBISPO, 2009a). Nas palavras do pastor das almas: “os excomungados podem deixar a condição e, se se arrependerem, ser absolvidos em confissão⁵²” (BAPTISTA, ODILLA, 2009).

O padra⁵³ não foi excomungado pelo arcebispo, mesmo sendo responsável pelo estupro da menina e tendo

[...] confessado à polícia que abusava sexualmente dela e da irmã mais velha, de 14 anos, que possui problemas mentais, há cerca de três anos, afirma a polícia. De acordo com Dom José [arcebispo de Olinda e Recife], para a Igreja Católica, o aborto é um “crime mais grave que o estupro”, porém, a CNBB considera que ele [padra] cometeu um pecado mortal. A entidade considera que médicos e profissionais da saúde que praticam “deliberadamente” o aborto estão automaticamente excomungados⁵⁴.

Nas palavras de Dom Dimas Lara Barbosa, secretário da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil),

[...] “as pessoas que trabalham contra o nascituro⁵⁵, conscientemente, se colocam fora da comunhão da Igreja,

⁵¹ ARCEBISPO, 2009a. Reportagem: *Arcebispo do Recife diz que Lula deve procurar teólogo* (ZH, 07/03/2009). Ver página 32 do anexo 1.

⁵² BAPTISTA, ODILLA, 2009. Reportagem: *Arcebispo afirma que aborto é mais grave que estupro*. (Folha SP, 07/03/2009). Ver página 33 do anexo 1.

⁵³ Reportagem: *Mãe de menina que abortou é indiciada* (Folha SP, 28/03/2009). Ver página 34 do anexo 1.

⁵⁴ GUERREIRO, 2009. Idem nota 47.

ARCEBISPO, 2009b. Reportagem: *Arcebispo diz que suspeito de violentar menina não pode ser excomungado* (ZH, 06/03/2009). Ver página 35 do anexo 1.

porque elas já não comungam com o pensamento cristão, que é em defesa da vida⁵⁶”.

Além dessa, outra interessante posição trazida nas reportagens foi a do delegado responsável pelas investigações. Para ele, houve omissão por parte da mãe⁵⁷: “ela faltou na responsabilidade de proteger as filhas”. Afirmou, ainda, que a acusação foi de negligência, e não de coautoria dos abusos. Sua colocação traz para a cena as competências e deveres conferidos à mulher quando se torna mãe, remetendo ao não-cumprimento do “papel” materno da mulher, segundo o qual deveria zelar, cuidar, proteger, defender, enfim, ser responsável, nesse caso, pela vida das filhas.

Diante dessas falas e levando em consideração o que os médicos disseram sobre o risco de morte que essa gravidez assume, questiono-me sobre qual vida é defendida e se a vida da menina, em risco pela gravidez, seria condição de vida dos fetos... Isto é, se os fetos representam o risco de morte para a menina, a manutenção da gravidez colocaria em risco de morte tanto a menina quanto os fetos. Pelas normas brasileiras, como comentado, são admitidos abortos em dois casos: o aborto terapêutico para salvar a vida da gestante e o aborto para evitar o parto concebido através de estupro⁵⁸. Dessa forma, pela lei do Estado, a menina se enquadrava nas duas exigências, assim como pelas leis da saúde, que também visam à manutenção e promoção da vida.

O secretário da CNBB disse ainda:

⁵⁵ *Nascituro* é uma terminologia jurídica para descrever o feto ainda no útero da mulher (ANIS, 2004, p.99).

⁵⁶ CNBB, 2009a e CNBB, 2009b.

CNBB, 2009a. Reportagem: *CNBB afirma que arcebispo de Olinda não excomungou envolvidos no aborto de criança em PE*. (Folha SP, 12/03/2009).

CNBB, 2009b. Reportagem: *CNBB apoia excomunhão dos envolvidos no aborto de criança pernambucana* (ZH, 12/03/2009). Ver página 36 do anexo 1.

⁵⁷ Idem nota 53. Reportagem: *Mãe de menina que abortou é indiciada* (Folha SP, 28/03/2009). Ver página 34 do anexo 1.

⁵⁸ Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 do Código Penal, no capítulo que trata dos crimes contra a vida (DECRETO, 1940). Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848.htm>>. Acesso em: 08 nov. 2009.

[...] a mãe da criança não pode ser excomungada porque agiu sob pressão ao autorizar o aborto dos netos. A garota estava grávida de gêmeos. “O medo de perder a própria filha lhe levou a apoiar esse ato⁵⁹”.

Percebe-se que, ao falar do posicionamento da mãe da menina em autorizar o aborto de seus “netos”, o secretário recorre ao discurso de que seus motivos seriam o medo da morte da filha e de que, por a mãe ter agido sob pressão, ela não se enquadra na pena. Contudo, não se fizeram presentes nas reportagens as falas da mãe, do pai ou da menina.

A reportagem intitulada *Cardeal do Vaticano defende excomunhão da mãe de menina que fez aborto*⁶⁰ (CARDEAL, 2009) trouxe as seguintes falas:

"É um caso triste, mas o verdadeiro problema é que os gêmeos concebidos eram pessoas inocentes que tinham o direito à vida e não podiam ter sido eliminados".
Segundo o cardeal, os ataques à Igreja brasileira são injustificáveis. "A excomunhão dos que provocaram o aborto é justa, porque a operação é a supressão de uma vida inocente."

Na primeira frase, ao referir-se aos fetos, o cardeal fala de pessoas inocentes que não podiam ser eliminadas e tinham direito à vida. Aqui, caberia uma leitura sobre a forma como foi percebida (pelo arcebispo de Olinda e Recife, Dom José Cardoso Sobrinho) a relação entre a maternidade e o corpo de uma menina de nove anos sobre sua capacidade em manter até o fim uma gestação de gêmeos. Ao que parece, ele desconsiderou os limites biológicos da menina em favor dos fetos, visto que somente Deus pode tirar a vida. Já o médico Olimpio Moraes, que coordenou a equipe responsável pelo aborto, considerou o procedimento necessário “por trazer riscos à menina⁶¹” (NUBLAT, BAPTISTA, 2009), pois a vida dela seria colocada em risco se a gravidez fosse mantida. Esse médico foi excomungado duas vezes: por defender a pílula do dia seguinte e por participar desse aborto (idem). Entretanto, teve o apoio do ministro da saúde, que disse cumprimentar um

⁵⁹ GUERREIRO, 2009. Idem nota 47.

⁶⁰ Idem, nota 48. Reportagem: *Cardeal do Vaticano defende excomunhão da mãe de menina que fez aborto* (Folha SP, 08/03/2009). Ver página 307 do anexo 1.

⁶¹ NUBLAT, BAPTISTA, 2009. Reportagem: *Ministro para evento para cumprimentar médico que coordenou aborto de criança* (Folha SP, 10/03/2009). Ver página 38 do anexo 1.

dos profissionais que "salvou a vida de uma criança" (idem). Numa entrevista, um dos médicos que interromperam a gestação da menina disse:

"Tenho pena do nosso arcebispo, que não conseguiu ser misericordioso com o sofrimento de uma criança inocente, desnutrida, franzina, em risco de vida, que sofre violência desde os seus seis anos⁶²."

Não foi Deus que proibiu a interrupção da gestação em qualquer caso. Foram os homens da Igreja. E eles erram – já queimaram gente viva em praça pública, não se esqueça", disse o médico⁶³.

Por fim, coincidentemente aos desfechos da situação, mas segundo o Vaticano, não estabelecendo relação com o caso, houve a substituição do arcebispo de Recife, que provocou a polemica⁶⁴.

Enfim, tomando as informações divulgadas nas reportagens, em relação aos posicionamentos da Igreja, a condenação sobre o aborto se manteve, já no estado e na área da saúde, houve aprovação, em nome da garantia de vida da menina. Pensar no que produz a articulação e a veiculação desses discursos ou políticas de “verdade” em torno da experiência dessa menina faz perceber que em momento algum as reportagens abordaram o que a menina tinha a dizer sobre as decisões de agir em seu corpo e vida, mesmo considerando-se que o que ela tem a dizer encontra-se marcado pelas práticas culturais com as quais convive. Quem fala em seu nome e é escutado são os responsáveis pelas coisas que devem acontecer com o seu viver, sentir, sofrer... O corpo e, nele, a saúde, a doença, a possibilidade de gerar outra vida e a morte passaram a ser responsabilidade e propriedade tanto das instituições e dos mecanismos estatais/científicos quanto do sujeito, que em casos como esse se refere ao adulto. Assim, o sujeito, ao mesmo tempo em que se torna objeto dos representantes dos campos de saber/poder, cujas “verdades” incidem em

⁶² Idem nota 52. BAPTISTA, ODILLA, 2009. Reportagem: *Arcebispo afirma que aborto é mais grave que estupro*. (Folha SP, 07/03/2009). Ver página 33 do anexo 1.

⁶³ ARCEBISPO, 2009c. Reportagem: *Arcebispo não teve pena da criança que interrompeu gravidez, afirma médico de Recife (PE)* (Folha SP, 06/03/2009). Ver página 39 do anexo 1.

⁶⁴ Reportagem: *Dom Antônio Saburido toma posse como arcebispo de Recife* (Folha SP, 17/08/2009). Reportagem: *Vaticano substitui arcebispo de Recife* (Folha SP, 02/07/2009). Ver página 40 do anexo 1.

seu corpo, passa a ser visto como autossuficiente, racional, autônomo. Diante do conhecimento ou da tomada de “consciência” das “verdades”, o sujeito torna-se responsável por tudo que vier a lhe acontecer.

Isso fica bastante claro nas manifestações dos representantes da Igreja em oposição ao aborto. É possível perceber que, arcebispos, bispos e padres, ao se fazerem porta-vozes de Deus na terra, agem nas decisões sobre a vida/morte dos sujeitos em nome da legitimidade da vontade “divina”. Por isso, contrariar qualquer determinação dessa ordem é o mesmo que contrariar, negar ou tirar o poder das mãos de Deus, o Soberano. Isso implica punições ou sanções institucionais de banimento ou condenação, como a excomunhão. As falas dos religiosos dirigidas ao governo das “almas” para a salvação constituem, ainda, uma forma de governo dos corpos e do viver neste mundo, assim como os discursos de saber/poder sobre a saúde, a lei e a segurança, os quais têm suas estratégias de governamento divulgadas e reforçadas pela repetição de seus discursos na mídia.

Essa circunstância faz perceber o quanto as “verdades” em que acreditamos ou que “deveríamos” acreditar e pelas quais somos julgados moralmente no meio social estão em negociação permanente. Além disso, mostra o lugar que o espaço midiático – um espaço educativo – tem assumido ao tornar públicos tais embates, o que poderia torná-lo uma ferramenta para pensar sobre o que estamos fazendo, e deixando que façam, uns com os outros.

Nesse caso, houve a garantia da vida da menina, mas, pelo código penal, independentemente da idade da mulher, se esta engravidou em decorrência de estupro, o aborto é aceito. Em caso de estupro, a decisão soberana sobre a vida do feto parece assentar-se também sobre a origem paterna, que é assumida como condição de legitimação para o aborto do feto, representante, talvez, da preservação e difusão social da herança genética de um criminoso. Com isso, supostamente haveria a possibilidade de o feto apresentar predisposição para diversos crimes, o que o transformaria num indivíduo patológico predisposto a ações anormais – um possível risco. Nesse sentido, a autorização legitimada para o aborto em caso de gravidez por

estupro, além de mostrar-se como uma medida em defesa das condições de vida e saúde da mulher, pode remeter à ideia de segurança e de limpeza social.

Para tentar finalizar esta seção, destaco que, por um lado, o episódio narrado mostra a produção de um olhar “curioso” sobre a noção de acolhimento e proteção religiosa, com os posicionamentos contrários à interrupção da gravidez da menina vítima de estupro por parte da Igreja Católica. Por outro lado, mesmo com efeitos contrários aos defensores do aborto, apresentando um debate marcado por questões morais e conservadoras em relação às mulheres, esse caso promoveu a constituição de uma ampla defesa pelo direito ao aborto legal como exercício de um direito. Além disso, possibilitou a emergência de considerações e questionamentos sobre o exercício das leis, da ética e das políticas de saúde e de Estado.

4.2. No plano da invisibilidade: mortos simbólicos

Nas seções anteriores, apresentei algumas circunstâncias trazidas nas reportagens e abordei questões sobre a autorização legitimada para o aborto, seja de feto viável em caso de estupro, seja justificado por argumentos médicos e legais. Nesta seção, falo da aparente invisibilidade e da recorrência do aborto do feto viável de forma clandestina (ilegal), na qual se faz presente a produção de experiências divergentes dessa prática em grupos que vivem em situação de riqueza ou de pobreza. Trago essa questão não pelo fator determinante da condição social, no sentido de luta de classes ou de luta contra “o poder”, mas para chamar a atenção para a forma como a sociedade lida com essa prática em diferentes instâncias, ou seja, nas implicações provocadas pela prática do abortamento para mulheres que vivem em situações econômicas diversas.

No século XX, passamos a entender o ser vivo em relação à evolução genética e ao ambiente e a problematizar a existência de uma “natureza” que determinaria a noção de “raça”. Nesse sentido, também não existe uma “natureza” que determine a anormalidade da pobreza, do crime, da delinquência, etc. Porém, começamos a excluir os indivíduos que se encaixam em tais adjetivos por leis/razões morais/culturais.

Nesse entendimento, nomear um sujeito como vítima ou “criminoso” poderá definir quem pode ou não morrer, isto é, quem deve ter investimentos em sua vida para desfrutar de um futuro promissor e produtivo ou não. Essa relação com as “verdades” mostra que não somos livres, mas capturados por alguns discursos e liberados de outros, o que pode demonstrar o quanto o processo de subjetivação interfere na possibilidade de as pessoas ocuparem determinado lugar e também de mudarem de lugar e de posicionamento em nossa sociedade.

Na mídia, por exemplo, as mortes muitas vezes são divulgadas como espetáculo, e isso acaba sendo produtivo, pois gera a comercialização de jornais, revistas, filmes, jogos, etc. Como forma de entretenimento e/ou informação, as diferenças entre os sujeitos que cometem delitos e os

cidadãos de “bem” são amplamente divulgadas, marcando as diversas posições e os diversos governos de uns sobre os outros. Nesse sentido, existem modelos do viver que fogem às regras do mercado e que interferem diretamente na economia – estes são os que vivem a pobreza “absoluta”. Não consomem, pois estão num “limiar abaixo do qual se considera que as pessoas não têm uma renda decente capaz de lhes proporcionar um consumo suficiente”, o que se torna um problema, pois, além de não consumir, causam despesas ao Estado (FOUCAULT, 2008a, p.282).

Essa relação pode mostrar o quanto vamos criando os mortos simbólicos que estão no plano da invisibilidade da própria sociedade, o que significa criar misérias no mundo ao longo da história (FOUCAULT, 2008a). Isso está relacionado à estratégia de governo que aumenta a estatística⁶⁵ da mortalidade para o exercício da governamentalidade.

Nessa direção, as reportagens trazem questões intrigantes; por exemplo, a fala de algumas pessoas comparando a favela a uma "fábrica de marginal"; relacionando a criminalidade à desestrutura familiar e dizendo, com base em “estudos”, que a interrupção da gravidez está relacionada à redução da violência e do crime⁶⁶. Porém, suscitam questionamentos: por que será que a grande maioria dos moradores de comunidades populares não entra para o crime? Como explicar que jovens de classe média andem por aí espancando empregadas domésticas, trafiquem drogas ou usem seus carrões e motos como armas mortíferas? Há, ainda, problematizações sobre a existência de uma população ideal e a argumentação de que altas taxas de nascimento entre pobres não são causa única de violência⁶⁷.

⁶⁵ Estatística como tecnologia de governo para a gestão ou gerenciamento social da população (TRAVERSINI e BELLO, 2009).

⁶⁶ Reportagem: *Cabral apóia aborto e diz que favela é "fábrica de marginal"* (Folha SP, 25/10/2007).

Reportagem: *Estudo revela ligação entre gravidez indesejada e violência em SP* (ZH, 21/07/2007).

Reportagem: *Estudo de economistas da FGV relaciona criminalidade à desestrutura familiar* (Folha SP, 26/10/2007). Ver página 41 do anexo 1.

⁶⁷ Reportagem: *A dama e o "Minúnculo"* (Folha SP, 02/11/2007).

Reportagem: *Aborto não combate a violência, diz demógrafa* (Folha SP, 11/11/2007). Ver página 44 do anexo 1.

Diferentes pontos de vista veiculados nos jornais debatendo a relação da condição de pobreza com os diversos crimes acabam sinalizando para a legalização do aborto como uma possível política de segurança. As reportagens sugerem o entendimento dessa prática como meio para prevenir contra os riscos oferecidos pela presença de um marginal previa e culturalmente determinado em face de seu poder aquisitivo e das circunstâncias ligadas à pobreza.

Além disso, gera-se uma polêmica a partir de estudos que veem a pobreza como condição para a marginalidade, daí surgindo a presunção do aborto como estratégia de contenção da violência. Tais embates discursivos dão visibilidade aos estigmas marcadores das diferenças entre as mulheres grávidas, pobres ou ricas, em busca do aborto; mais ainda, remetem à exposição ao risco de doenças e morte aos quais as mulheres em condição de pobreza se submetem em busca do aborto clandestino.

Dessas questões, a reportagem intitulada *Legalização do aborto será avaliada na Conferência Nacional de Saúde* menciona que, entre os problemas provocados pela prática clandestina, estão as

[...] adolescentes que se autoagridem para interromper uma gravidez indesejada. Outras, que adotam procedimentos recomendados por pessoas irresponsáveis e, se o aborto não é feito de forma adequada, a criança vai nascer com más formações⁶⁸.

Sobre a mesma conferência, outras reportagens abordaram os posicionamentos da Igreja em relação à possibilidade de legalização do aborto, como os que seguem:

Igreja Católica e Pastoral da Criança se mobilizaram para que delegados votassem contra projeto⁶⁹.

O presidente da CNBB declarou que "a Igreja tem um papel importantíssimo a desempenhar" nos "princípios morais e éticos", como o aborto. A ideia é pressionar parlamentares que

⁶⁸ Reportagem: *Legalização do aborto será avaliada na Conferência Nacional de Saúde* (ZH, 16/11/2007). Ver página 47 do anexo 1.

⁶⁹ Reportagem: *Conferência de Saúde rejeita descriminalização do aborto* (ZH, 19/11/2007). Ver página 48 do anexo 1.

proponham projetos que facilitem ou estimulem ações como o aborto ou a eutanásia. Com isso, a Igreja pretende desestimular eleitores católicos a votar em candidatos ligados a assuntos contrários aos dogmas religiosos⁷⁰.

A partir das falas dos religiosos, percebe-se que eles desenvolveram uma atuação estratégica a fim de pressionar os parlamentares favoráveis ao aborto por meio de intervenções que conduzissem os eleitores a não votar em políticos que deixassem de compartilhar do pensamento religioso. O aparente resultado foi que o uso da mobilização como estratégia de ameaça ao voto alcançou a devida finalidade – a conferência rejeitou a descriminalização do aborto. Tal atuação e resultado levam ao questionamento sobre os motivos para a introdução de valores religiosos no espaço do debate político laico e democrático e sobre a noção de laicidade que tem sido empregada em determinações estatais quando a promoção da saúde pode ser interpretada como uma atividade biopolítica, ancorada em elementos de caráter religioso (CASTIEL, 2010).

Nessa direção, Castiel (2010) comenta que, mesmo na era de desencantamento do mundo, existem aspectos religiosos em elementos de nossa cultura. Tomando como referência a afirmação do filósofo inglês John Gray, ele menciona que as

[...] ideologias laicas mais importantes da atualidade se modelaram em um formato de religião recalcada com elementos utópicos – a crença de um acontecimento transformador do mundo que nos traria a redenção com o término de todos os conflitos. Porém, a religião retornou de modo distorcido, como se fosse um ritual sacrílego de mitos políticos oficiado ao contrário. Além disso, Gray assinala que os Estados Unidos são excepcionais em relação ao poder puritano cristão (CASTIEL, 2010, p.172).

Falar sobre a promoção de saúde como prática biopolítica com formato religioso dá margem a uma relação paradoxal entre Estado e Religião. Afinal, no caso do Brasil, existe a separação entre o Estado e a Igreja, porém, pode ser percebida na prática pública a incorporação da herança de uma “tradição de padroado, onde o espaço público ainda é visto muitas vezes

⁷⁰ Reportagem: *Igreja tem o direito de opinar, afirma CNBB* (Folha SP, 28/04/2009). Ver página 49 do anexo 1.

como um espaço de expressão de uma única confissão religiosa” (CASTIEL, 2010; RAYMUNDO, 2010, p.182).

A existência de aspectos religiosos em elementos de nossa cultura apresenta-se na resistência à descriminalização do aborto e à prática de adoção de crianças por casais homossexuais. A definição de políticas ou legislação relativas a essas circunstâncias mostra-se permeada por considerações tanto do “início da vida”, quanto de uma “normalidade” parental, sendo muitas vezes utilizadas como referenciais (pretensiosamente generalistas) “impostos a toda a sociedade, independente de seu pertencimento cultural, filosófico ou religioso” (RAYMUNDO, 2010, p.183).

Neste ponto, cabe mencionar que o termo *laicidade*, referindo-se à ideia de imparcialidade e neutralidade do Estado frente à diversidade de crenças, ideologias e religiões, desassocia o Estado de qualquer confissão religiosa. Nessa noção, o poder político do Estado apresenta-se como autônomo frente às convicções religiosas, portanto, livre para governar segundo os critérios políticos que possibilitem tratar igualmente a todos os cidadãos, sem favorecer nem discriminar nenhuma confissão religiosa em particular. Porém, isso não significa que o Estado desconsidera todas as formas de valores, pois não pode abster-se dos valores comuns, como os direitos humanos, por exemplo (LOREA, 2006; RAYMUNDO, 2010).

O termo *laicidade* existe como conceito desde o século XIX e foi “utilizado pela primeira vez na França em 1871, na defesa de um ensino laico, no sentido de um ensino não confessional” (BLANCART *apud* RAYMUNDO, 2010, p. 181). A Declaração Universal sobre a Laicidade no Século XXI a define como

[...] a harmonização, em diversas conjunturas sócio-históricas e geopolíticas, dos três princípios já indicados: respeito à liberdade de consciência e a sua prática individual e coletiva; autonomia da política e da sociedade civil com relação às normas religiosas e filosóficas particulares; nenhuma

discriminação direta ou indireta contra os seres humanos⁷¹
(DECLARAÇÃO, 2012).

Diante dessas colocações e divulgações, questioneimei-me sobre o uso da noção de laicidade. Afinal, ao que parece, caso as políticas públicas em relação à saúde estivessem ajustadas ao atendimento da diversidade sociocultural de modo indistinto, as mobilizações de grupos específicos em busca por suas reivindicações, como por direitos reprodutivos, talvez não se fizessem tão presentes (RAYMUNDO, 2010).

A intenção, com esses breves apontamentos, é ressaltar a importância de as decisões do Estado e a criação de políticas públicas serem regidas por princípios laicos, ou seja, não estarem pautadas por noções religiosas, independentemente da crença dos envolvidos. Afinal, se, conforme Raymundo (2010) e Lorea (2006), o respeito pela diversidade e a integração dos indivíduos em convivência na sociedade cabe ao Estado, a definição de laicidade faz evocar a garantia de que cada cultura, crença, ideologia ou filosofia possa expressar-se sem que se sobressaia uma entre as outras, estabelecendo-se uma aceitação social e jurídica da diversidade. Nesse sentido, ao referir-me à questão da laicidade, a proposta é produzir reflexões sobre o modo como se tem lidado com as diferenças e com as referências de liberdade de cada indivíduo na sociedade brasileira. Afinal, ao contrário do que possa parecer, a questão da

[...] religião deve ser contemplada no debate justamente para assegurar a liberdade religiosa, atendendo a amplos setores da sociedade brasileira que, embora comungando os valores da religião católica, divergem da orientação da hierarquia de sua própria igreja quanto ao enfrentamento da questão do aborto (LOREA, 2006, p.186).

Lorea (2006) busca demonstrar que não há qualquer obstáculo de ordem jurídica à descriminalização do aborto no país, bastando para isso que se desconstrua o mito da proteção jurídica da vida desde a concepção.

⁷¹ DECLARAÇÃO UNIVERSAL DA LAICIDADE NO SÉCULO XXI. Disponível em: < [http://www-nepp-dh.ufrj.br/ole/disponiveis1.html](http://www.nepp-dh.ufrj.br/ole/disponiveis1.html)>. Acesso em: 27.06.12.

Fechando esse parêntese provocador sobre a noção de laicidade, mas mantendo a questão da diversidade, na sequência, retomo a discussão sobre as clínicas clandestinas.

As mulheres que colocam suas vidas em risco em clínicas clandestinas de aborto, onde muitas morrem por praticar o aborto em condições inseguras, são exemplos de mortes que ocupam o lugar de “invisibilidade”, podendo demonstrar as brechas da legislação brasileira, que tipifica o aborto como crime, sem dar conta desses acontecimentos. Essas situações podem mostrar que, enquanto o aborto, para algumas mulheres, ocorre em um hospital ou clínica médica segura, sem colocar em risco sua vida, para outras, ocorre de forma insegura em clínicas clandestinas de aborto, como podemos visualizar nas cenas que seguem.

A clínica de aborto descoberta ontem em Porto Alegre tinha uma tabela de preços para executar os procedimentos nas mulheres. Conforme o Ministério Público estadual, o aborto em uma grávida de um mês custava R\$ 1,5 mil. De dois meses, R\$ 2 mil. Já as mulheres em três meses de gestação pagavam até R\$ 2,5 mil.

O promotor de Justiça João Nunes Ferreira lembra que ficou surpreendido com as condições de higiene do local.

— O que nos assusta é o risco que essas mulheres estão correndo — diz Nunes.

O cumprimento do mandado de busca e apreensão deferido pela Justiça ocorreu às 11h. Os agentes chegaram ao local após duas semanas de apurações desencadeadas depois de uma denúncia anônima.

Quando entraram na clínica, o médico estava numa sala e a paciente, em outra. A mulher, uma funcionária pública estadual, se encontrava sedada. No piso, vaso sanitário e em equipamentos cirúrgicos, havia manchas de sangue. Uma ambulância da Samu foi acionada para conduzi-la ao hospital. Muito medicamento foi apreendido pelos agentes, assim como prontuários, R\$ 11,1 mil e 1.091 dólares.

Clóvis Madruga, que teria oferecido todo o dinheiro aos policiais, também recebeu voz de prisão por tentativa de corrupção ativa⁷².

Essa reportagem trata de uma clínica clandestina sem condições de higiene, dirigida a mulheres em situação de pobreza, mostrando: os preços

⁷² Reportagem: *Aborto em clínica clandestina descoberta na Capital custava até R\$ 2,5 mil* (ZH, 17/06/2008). Ver página 50 do anexo 1.

pagos pela exposição à morte; que tais preços variam de acordo com o risco apresentado pelo período gestacional da mulher; a possibilidade de corrupção pela presença de medicamentos numa clínica não-autorizada e, ainda, pela tentativa de suborno dos policiais. No trecho abaixo, outra reportagem retrata a prática, só que numa clínica destinada a mulheres com melhores condições financeiras, mas não sem envolver uma rede de práticas ilegais interligando agentes não só da área da saúde, mas também da “segurança”.

O capitão reformado foi preso pela terceira vez em três anos sob suspeita de comandar clínicas de aborto. Esta é a 13ª passagem do militar por delegacias que, desde 1984, já foi acusado oito vezes pela prática.

Na operação realizada ontem, a Polícia Civil do Rio fechou dois consultórios em Botafogo que atendiam a mulheres das classes média e alta.

Na ação, 26 pessoas entre médicos, enfermeiros e pacientes foram levadas à delegacia para prestar depoimento. Segundo o delegado, o atendimento custava de R\$ 1.000 a R\$ 5.000.

Uma jovem de 21 anos também foi presa em flagrante. Ela acabara de ser submetida à cirurgia quando os policiais chegaram ao local.

A clínica já havia sido fechada em fevereiro, e outras três pacientes foram indiciadas. O Tribunal de Justiça suspendeu o processo contra as mulheres, mas manteve contra [o militar], que será indiciado por prática de aborto (1 a 5 anos de reclusão)⁷³.

Ao tomar conhecimento das circunstâncias e diferenças desses acontecimentos, pensei sobre os motivos da aparente invisibilidade de uma questão que tem se mostrado bastante presente na sociedade e sobre os problemas de enfrentá-los. Afinal, esse viver e morrer são problemas de quem? Em que ou o quanto a forma de governo que rege nossos modos de vida, nossos desejos e economia está envolvida no aceite e legitimação de algumas mortes? Em que medida as mortes por aborto em razão da anomalia, do estupro e da clandestinidade estão relacionadas às condições de promoção de “modelos” e/ou modos de vida? Nessa direção, o abortamento tem se mostrado ligado também à falta de condições para

⁷³ Reportagem: *Médico é preso pela 3ª vez acusado de aborto. Militar foi acusado de praticar aborto desde 1990* (Folha SP, 14/08/2009). Ver página 51 do anexo 1.

prover um filho, a exemplo do seguinte trecho, que relata as escolhas feitas devido às condições de existência.

Sem carteira assinada, uma empregada doméstica que recebe R\$ 100 por mês em Salvador contou à Polícia Civil que tomou três comprimidos de um remédio para abortar seu terceiro filho "porque luta para sustentar duas crianças" [dois meninos - um de quatro e outro de seis anos].

Solteira, 23, foi presa no último dia 10, sob a acusação de ter abortado. Ela vai responder pelo crime em liberdade, mas pode ser condenada a até três anos de prisão.

"Não sei o que passou por minha cabeça, só sei que não tinha a menor condição de criar mais um filho", afirmou ela, em depoimento à polícia.

A empregada, que mora numa casa de 40 metros quadrados sem infra-estrutura na periferia de Salvador, disse que contou com a ajuda do namorado para abortar. "Tinha seis meses de gravidez, mas não queria ter o filho. Sei de todas as dificuldades que passo para criar meus dois filhos, mas estou arrependida", afirmou, no depoimento à polícia.

Após o aborto, [ela] enrolou o feto em um saco plástico. Em seguida, pediu para um sobrinho de 14 anos "enterrar o material", o que foi feito em um terreno baldio a menos de 20 metros da casa dela. "Tudo foi feito à noite para ninguém perceber", disse.

Um cachorro que revirava lixo encontrou o saco. Dois vizinhos viram o feto e acionaram a polícia. A identificação da mãe foi rápida.

"Ela se entregou quando mostrei a foto do feto que fiz pelo celular. Não perguntamos mais nada, ela começou a chorar", disse o investigador João Gomes.

À delegada, a empregada doméstica disse que não usa nenhum anticoncepcional.

"Não tenho dinheiro para nada", afirmou. Após deixar a delegacia, Maria de Fátima foi levada a um hospital - dois dias depois do aborto, ela ainda perdia sangue⁷⁴.

Depois de explorar as circunstâncias do acontecimento e mostrar as pessoas envolvidas no crime, num relato minucioso das cenas, a reportagem traz, no último parágrafo, as consequências fisiológicas do aborto para a mulher quando fala que, após dois dias, ela ainda estava perdendo sangue.

Em outra divulgação, Hillary Clinton, a secretária de Estado americana, enquanto defendia a política de apoio à prática do aborto, citou o Brasil para denunciar males do veto ao aborto, dizendo:

⁷⁴ Reportagem: "Não tinha a menor condição de criar mais um", diz empregada (Folha SP, 20/05/2007). Ver página 52 do anexo 1.

"Eu visitei hospitais no Brasil onde a metade das mulheres tinha o bebê com uma alegria entusiasta e a outra metade lutava pela vida, após um aborto frustrado".

[...] "nós consideramos o planejamento familiar uma parte muito importante da saúde das mulheres, e a saúde da reprodução inclui o acesso ao aborto que, a meu ver, deve ser seguro, legal e incomum⁷⁵."

No combate às repercussões da clandestinidade do aborto, como a criminalização, o adoecimento ou a morte da mulher e o abandono de recém-nascidos, diversas organizações não-governamentais têm atuado na prevenção de gravidezes indesejadas e de abortos clandestinos feitos em más condições nos países em que o aborto é proibido⁷⁶. Segundo o estudo de Kath (2008, p.16) sobre gestações expostas ao misoprostol⁷⁷ (princípio ativo do Cytotec), "as tentativas de abortos malsucedidas aumentam a proporção de crianças com malformações pelo uso de abortivos que podem ter efeitos teratogênicos". A autora menciona que aproximadamente 25% da população mundial vivem em países com leis sobre o aborto altamente restritivas, principalmente na América Latina, África e Ásia. Para Matos (2010), a descriminalização do aborto está relacionada não só à liberdade de escolha da mulher, mas à valorização da vida. O autor comenta em seu estudo que em Portugal, país onde o aborto é legalizado desde 2007, houve uma diminuição no número de mortalidade materna e de complicações por abortamentos clandestinos em razão da descriminalização do aborto que possibilitou a criação de políticas de saúde voltadas à melhoria na assistência médica das mulheres e ao planejamento de vida/familiar. Em Portugal, a mulher que deseja realizar o aborto precisa "passar por três dias de reflexão", entre a primeira e a segunda consulta médica, para que tenha

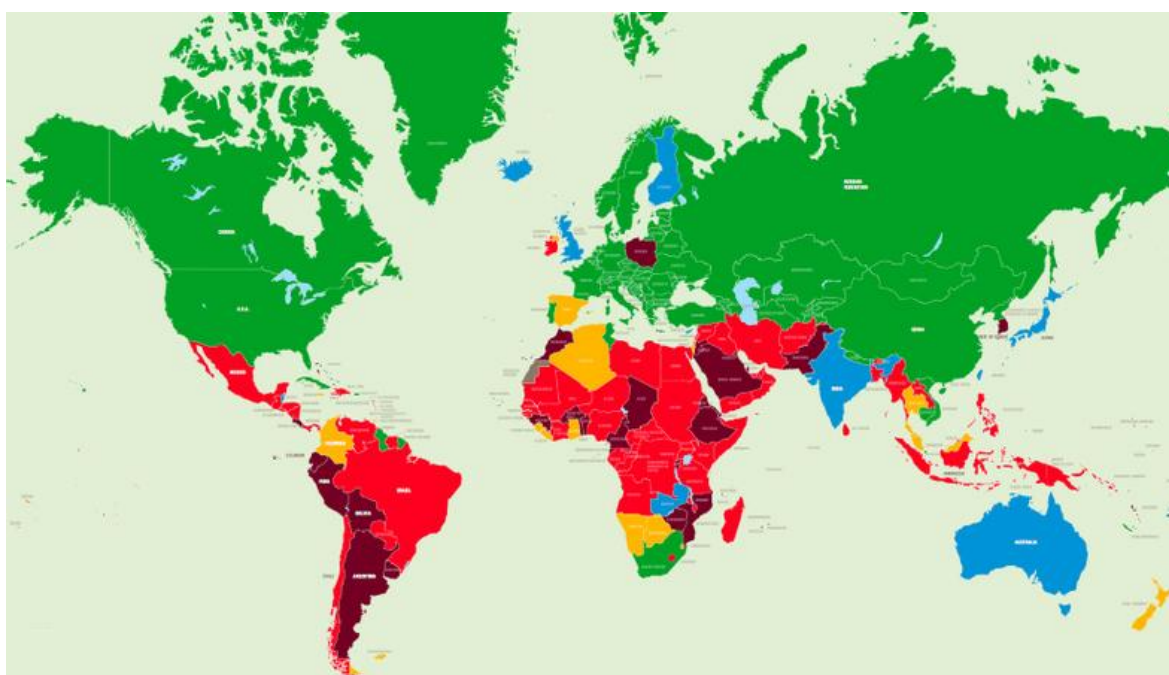
⁷⁵ Reportagem: *Hillary Clinton cita Brasil para denunciar males do veto ao aborto* (Folha SP, 22/04/2009). Ver página 53 do anexo 1.

⁷⁶ Nas referências 3 e 4, trago indicações de *sites* de algumas dessas organizações e de vídeos com documentários sobre o aborto no Brasil.

⁷⁷ "Para muitas mulheres, a eficácia do misoprostol como método abortivo depende do acesso imediato a hospitais para a finalização do aborto" (BRASIL, 2009, p.33). O misoprostol tem circulação restrita no país e é "proibido para fins abortivos fora de indicações médicas controladas" (idem, ibidem). A comercialização e circulação do misoprostol são desconhecidas, mas dados iniciais mostram que essa "substância segue o do tráfico de drogas ilícitas" (idem, ibidem). Este medicamento "entrou no mercado brasileiro em 1986 para tratamento de úlcera gástrica, e até 1991 sua venda era permitida nas farmácias" (idem, p.35).

certeza da decisão de interromper a gravidez; afinal, a complexa decisão de interromper uma gravidez inclui questões emocionais, morais e de agressão ao corpo (MATOS, 2010, p.80). Nesse período, a mulher “tem direito a atendimento de aconselhamento” com psicólogos ou profissionais de serviço social e todo atendimento é feito gratuitamente em hospitais públicos (idem, ibidem).

A legalização do aborto no mundo apresenta-se conforme a figura abaixo⁷⁸ (KATH, 2008, p.15):



Legenda do mapa:

VERMELHO: o aborto é ilegal em todas as circunstâncias ou é permitido apenas em caso de risco de vida da mulher.

MARROM: o aborto é permitido por lei apenas em risco de vida ou para proteger a saúde física da mulher.

LARANJA: o aborto é permitido por lei apenas em risco de vida ou para proteger a saúde mental da mulher.

AZUL: o aborto é permitido por lei com base em motivos socioeconômicos.

⁷⁸ Disponível em: < <http://www.womenonwaves.org/pt/page/461/legal-world-map> >.

VERDE: o aborto é permitido mediante requisição.

Pontes, ao trazer relatos de mulheres que provocaram aborto em clínicas clandestinas, comenta que a clandestinidade impede uma assistência de qualidade, porque “os lugares aonde ocorrem os abortos não são regidos por normas legais da área da saúde” (PONTES, 2006, p.69). Assim, essa assistência é, às vezes, buscada na rede pública do sistema de saúde, que, mesmo regida por normas de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2010), nas descrições das mulheres entrevistadas, apresentou ocorrência de “atos de desrespeito”. Os dois espaços (público e privado) podem implicar falta de escuta e acolhimento, discriminação e retardo no atendimento. Os relatos trazidos no estudo de Pontes caracterizaram o atendimento na unidade pública como “preconceituoso”, com experiências “bem traumáticas”; nas clínicas privadas, o atendimento foi descrito como “legal”, com orientação. Para ilustrar o atendimento em saúde recebido pelas mulheres que compuseram a pesquisa⁷⁹, trago a fala de duas participantes. A autora identificou-as com nome de pedras. “Âmbar” disse:

Você tem uma lei [...] isso é lei, né? Você foi violentada, tem gravidez que você não quer, tem direito. Ou um filho malformado, você tem direito. Agora me pergunta em qual sistema de saúde oficial você pode fazer isso com facilidade. Eu não conheço. As pessoas continuam procurando alternativas. Se você tem alguma grana, você tem quem te empreste, vai num troço bem feito. Se não tem, você vai pra onde [...] (PONTES, 2006, p.75).

Já “Berilo” falou:

Eu não tive assistência porque foi escondido. Eu não permitia que ninguém soubesse, porque eu tinha vergonha por tá estudando, tá numa faculdade e ter me permitido engravidar um atrás do outro pela terceira vez. Então, eu tinha vergonha.

⁷⁹ A pesquisa de Juliana Silva Pontes, intitulada *Histórias de vida de mulheres que provocaram abortamento: contribuições para a enfermagem*, desenvolveu-se num Hospital Universitário do Rio de Janeiro. A autora atuou nessa instituição durante a graduação em enfermagem e conseguiu aproximar-se das mulheres e entrevistá-las porque participou do serviço de consulta de enfermagem ginecológica junto da profissional responsável.

Não falava isso pra ninguém, nem para as minha amigas da faculdade, pra minha família. Não falei isso pra ninguém (PONTES, 2006, p.69).

E assim, pra tomar remédio sempre fui relapsa em relação a mim; cuidar do outro não. Se eu tiver uma responsabilidade de te dar uma medicação de hora em hora, você vai tomar. Agora, em relação a mim [...] porque eu priorizava outras coisas, priorizava meus filhos, priorizava faculdade [...] esquecia de tomar remédio, foi e engravidei de novo (idem, p.79).

Fiquei em pânico. Eu fiquei totalmente desestruturada e ao mesmo tempo eu não queria contar pra ninguém; a única pessoa que soube foi meu marido (idem, p.82).

As circunstâncias relatadas e os sentimentos das entrevistadas dão pistas sobre algumas das experiências vividas por mulheres de nosso tempo. Mulheres que têm sido estigmatizadas, punidas e culpadas por terem tido autonomia para fazer escolhas relativas a seus corpos e vidas. Trouxe suas falas para tentar promover o pensar sobre quantas pedras, não menos preciosas que “Âmbar” e “Berilo”, estariam presentes em nosso convívio, e podem ser muitas. Contudo, as “verdades” em funcionamento – na sociedade e em nós mesmos – dificultam a emergência de falas sobre os sentimentos e valores associados ao aborto pelas mulheres, mostrando o efeito e a força do “enredamento” dos sujeitos nas tramas discursivas. Trazer essas falas não significa que elas transformam as relações, mas que apontam para outras relações possíveis.

O véu que pretende “cobrir” essas experiências é tecido por sentimentos e “verdades” que, muitas vezes, machucam. Talvez seja melhor deixar de falar disso. É melhor não mexer nessas pedras. Deixá-las paradas e mudas vai perturbar menos a estabilidade dos “muros” criados por nossas “verdades” sobre a “perfeição” e “glamour” da noção materna implicada na vida da espécie humana, assim como deixar de falar sobre as práticas médicas relacionadas ao mercado lucrativo gerado com a ilegalidade do aborto e sobre as repercussões, na vida e saúde, do fato de que “muitos dos brasileiros não conseguem acessar o SUS” (MATOS, 2010, p.90).

Outra questão relativa ao atendimento do serviço de saúde que não se fez presente nas edições dos jornais analisados relaciona-se ao modo como as mulheres que abortam têm sido tratadas nesses espaços. O jornal *Correio Braziliense* trouxe a discussão desse tema a partir da pesquisa⁸⁰ de tese intitulada: *Mulheres jovens e o processo do aborto clandestino: uma abordagem sociológica*, de autoria de Simone Mendes Carvalho (2009).

Na reportagem, são referidos os dados do estudo, mencionando que há demora no atendimento dessas mulheres, que elas são submetidas a procedimentos sem anestesia e que geralmente são de baixa renda. Como sugere o texto:

Devido ao despreparo de profissionais e à discriminação, mulheres que recorrem ao aborto induzido no país são maltratadas ou atendidas inadequadamente no sistema de saúde.

Essa é um das conclusões de uma tese da enfermeira Simone Mendes Carvalho (Fiocruz). O estudo mostra que há demora no atendimento dessas mulheres e que elas são submetidas a procedimentos sem anestesia. Geralmente são mulheres de baixa renda que abortaram.

A enfermeira entrevistou 16 mulheres que tiveram 44 gestações e abortaram 22 vezes, procedimento ilegal no Brasil. Na maioria dos casos, elas tinham menos de 20 anos, alegaram não ter condições de sustentar um filho ou instabilidade no relacionamento com o parceiro.

De acordo com o estudo, os 22 abortos foram realizados em condições de risco. Entre as técnicas utilizadas, estão a ingestão de comprimidos, chás abortivos, clínicas clandestinas e técnicas populares com a introdução de talo de mamona ou gaze.

Em pelo menos de dez casos, os resultados desses métodos foram complicações médicas, com hemorragias, cólicas, dores fortes e desmaios. Encaminhadas posteriormente a uma unidade de saúde, as mulheres definiram o atendimento como péssimo ou ruim.

“Olha, não recebem bem porque sabem que o aborto foi provocado, por mais que você tente dizer que não, eles sabem,

⁸⁰ Trouxe essa reportagem para ilustrar questões que não se fizeram presentes nas edições dos jornais para análise. Assim, apesar de essa reportagem incluir outro jornal é trazida aqui porque mostra o registro, no espaço jornalístico, de relevantes circunstâncias relacionadas ao aborto não encontradas nas edições dos jornais ZH e Folha SP de 2007 até 2012. A reportagem refere-se à tese intitulada: *Mulheres jovens e o processo do aborto clandestino: uma abordagem sociológica*. Autoria de Simone Mendes Carvalho, orientação de Prof^a. Dr^a. Karen Mary Giffin – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), RJ, 2009.

porque são profissionais, né? E para te dizer, eu fiz a curetagem a sangue frio”, conta uma das entrevistadas.

Para a pesquisadora da Fiocruz, o mau atendimento reflete o julgamento moral que os profissionais fazem sobre quem abortou. Esse tratamento, seguido das práticas arriscadas para interromper a gestação, desestimula as mulheres a procurar o serviço médico e aumenta o número de mortes em decorrência do procedimento.

De acordo com o Ministério da Saúde, o aborto é a quarta causa de morte materna no país e a terceira no estado do Rio.

“Em primeiro lugar, a equipe tem que salvar a vida. Independentemente do que o paciente tenha feito. Caso contrário, os bandidos que chegam baleados nas emergências não seriam atendidos”, criticou a pesquisadora. “Eles tratam mal porque fazem juízo de valor”.

O Conselho Regional de Enfermagem (Coren) reconhece o problema no atendimento e admite que cerca de 80% das pacientes que fizeram o procedimento, até mesmo aquelas com autorização judicial, são hostilizadas de alguma maneira nas unidades.

“Não há acolhimento. Elas sofrem preconceito”. De acordo com a vice-presidente do Coren do Rio, Regiane de Almeida, acabar com o problema requer mudança cultural e estímulo.

“A categoria de enfermagem é uma categoria feminina que poderia entender mais esse momento”, afirmou⁸¹.

A discriminação como efeito do julgamento moral, a falta de acolhimento, o juízo de valor reafirmando “verdades” sobre o papel da mulher e crenças que estão em constante modificação mostram ações desrespeitosas e pouco “profissionais”, caracterizadas pela demora no atendimento dessas mulheres e sua submissão a procedimentos sem anestesia. Denotam, também, uma forma de atendimento diferenciado, comparado a uma punição social e à tortura física, como uma espécie de preço a pagar pela intransigência às leis, crenças e valores em prol da “vida”, servindo como aprendizado para as próximas experiências decorrentes dos riscos de suas escolhas reprodutivas.

É interessante destacar, ainda, o elevado número de reportagens que debatem e divulgam, em páginas policiais, situações de prisão, indiciamento, corrupção e mandado de busca e apreensão por envolvimento com a prática ilegal do aborto.

⁸¹ Reportagem: *Mulheres que abortam são maltratadas no serviço de saúde, revela pesquisa* (Correio Braziliense, 14/02/2010). Ver página 54 do anexo 1.

As distintas circunstâncias e atores envolvidos no/com abortamento que têm sido apresentadas tanto pelas reportagens quanto por estudos levam a perceber a falta de diálogo entre os fundamentos religiosos, as (bio)políticas de Estado e os diversos valores culturais que constituem os pensamentos da sociedade brasileira. Nessa relação, a articulação de tais discursos produziu e pode estar produzindo redes discursivas que cerceiam o exercício da autonomia reprodutiva das mulheres, atuando, talvez, como uma espécie de conjunto de violências institucionais. Ao mesmo tempo, em nome da segurança e prevenção de riscos, constata-se um número enorme de estratégias de combate e controle desses crimes com punições, coações, condenações e prisões dos envolvidos – como um esquadrão da vida/morte.

Ao perceber tais controvérsias e embates, alguns questionamentos foram produzidos: será que existe prática de aborto legal? Quais as razões para a incessante busca pela imposição de determinados modelos de vida? Qual a relação dessa tentativa de condução dos indivíduos com o domínio do viver? Quais vidas são fundamentais e invioláveis e por quê? Se, para a questão anterior, existir resposta, isso significa que a noção de sacralidade da vida não se aplica a todos? Parto dessas questões para, na próxima seção, abordar algumas circunstâncias ligadas ao aborto ilegal e espontâneo.

4.3. O silêncio, o corpo “habitado”, as vidas clandestinas

Hoje, as necessidades de consumo (e, em muitos casos de subsistência) e as cobranças para as mulheres ingressarem no mercado de trabalho, formal ou não, foram modificadas, levando as mulheres a trabalharem fora de casa. Muitas vezes, ela não tem tempo para os filhos, não tem como sustentar a alimentação, os medicamentos, a educação; não tem moradia para acomodar uma criança; pode viver em condições insalubres em que uma criança não sobreviveria por muito tempo; pode não ter ou não desejar um parceiro fixo para dividir as responsabilidades de ter um filho; pode estar num processo de formação de carreira profissional, situação em que o feto representa o risco de mudar sua vida ou de interromper um planejamento que estava em curso; ainda, pode recusar a ideia de deixar seu filho sozinho enquanto sai para trabalhar – não raramente, no cuidado da casa e dos filhos de seus empregadores ou patrões. Esses são alguns exemplos que podem estar envolvidos na prática do aborto e na colocação da vida em jogo numa clínica clandestina.

Por outro lado, formas de gravidez indesejada também podem ocorrer porque o método contraceptivo de alguma forma “falhou” ou por estupro, por exemplo. Tais circunstâncias trazem a questão da liberdade de escolha da mulher em relação ao seu corpo, desejos e vida/morte e ainda apontam relações ocasionadas pelo medo de enxergar e de conviver com a pobreza. Por isso, parece bastante conveniente que a camada empobrecida fique à margem do centro, na periferia, marginalizada desde a criação das cidades. É um mal necessário?

Criar discursos mascarados por aceitação ou compaixão, sem relação de reconhecimento de necessidades, em minha opinião, pode gerar mais preconceitos, estigmas e punições sociais. Então, me pergunto: será que a forma de vida desses sujeitos não é visível? Ou será que nossas práticas têm se resumido a esconder com “muros” ou afastar dos olhos o que nos incomoda?

Só para ilustrar essa provocação e desconsiderando a estatística sobre o número da pobreza, no Brasil, abro um parêntese para um relato meu. Passando, outro dia, por uma requintada praia próxima de Porto Alegre (RS/Brasil), percebi de um lado da estrada um paredão com entradas imponentes que cercavam uma série de condomínios compostos por casas luxuosas enfileiradas, localizados em frente ao mar. Do outro lado, seguiam amontoados de pequenas casas, conformando vilas. Então, pensei que, às vezes, não dá para deixar de perceber o que somos capazes de fazer para tentar esconder e afastar as coisas, os modos de vida e os sujeitos que nos atormentam e que nossos olhos insistem em enxergar. Esse momento me fez pensar que, quando algo nos emociona, perturba, afeta ou inquieta, nos torna sensíveis. A sensibilidade desperta a percepção, a reflexão e a crítica sobre os valores e as “verdades”. Nesse sentido, a sensibilização pareceu-me uma estratégia, ou uma condição de possibilidade, capaz de proporcionar rupturas, mudanças, transformações.

Porém, como mencionava anteriormente, na tentativa de afastar dos olhos o que nos incomoda, aparecem, ainda, as mulheres grávidas desnutridas, vivendo desabrigadas, sem acompanhamento médico e consumindo drogas lícitas, como o tabaco e o álcool, e ilícitas, como a cocaína e os seus subprodutos o *crack*, *óxi* e *merla* por exemplo.

Os problemas causados às mulheres grávidas e aos seus filhos pela intensificação do consumo do *crack* têm sido bastante abordados nas reportagens e têm ocupado generosos espaços na mídia a qual alerta que o Brasil tem se mostrado o maior mercado de crack do mundo e o segundo de cocaína⁸². A ênfase dos textos está em esclarecer sobre os impactos causados pelas drogas no desenvolvimento dos fetos; entre eles, está o nascimento prematuro, com retardo mental, déficit de aprendizagem e hiperatividade. Além desses problemas, as reportagens informam que tais

⁸² Reportagem: *Brasil é o maior mercado de crack no mundo, aponta levantamento* (Folha SP, 05/09/2012).

Ver página 56 do anexo 1.

condições aumentam as possibilidades de ocorrer abortos, hemorragias e descolamentos de placenta, como mostra a imagem⁸³ abaixo.

EFEITOS DO CRACK NA GRAVIDEZ

Como a droga afeta o organismo do bebê

1

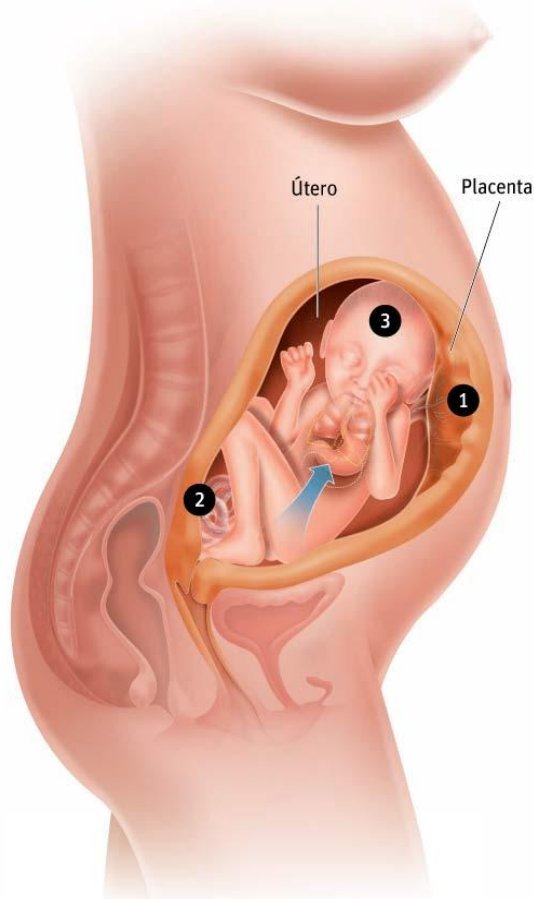
A droga, que está na corrente sanguínea da mãe, atinge a placenta

2

Pelo cordão umbilical, passa para a corrente sanguínea do feto

3

A droga atinge o sistema nervoso da criança e pode causar alterações neurológicas



RISCOS NA GESTAÇÃO

- > Grávida tem maior risco de aborto
- > Há diminuição no crescimento fetal
- > Bebê pode nascer prematuro

LOGO APÓS O PARTO

Bebê sofre síndrome de abstinência à droga. Apresenta sudorese, agitação, taquicardia, choro intenso e tremores e só se acalma com sedação

Ilustração Erika Onodera
Fonte: Abeam, Sílvia Regina Piva Jorge, médica da Santa Casa

⁸³ Reportagem: *Operação da PM escancara drama das grávidas do crack em SP* (Folha SP, 12/01/2012). Ver página 58 do anexo 1.

Apesar de esta análise centrar-se no texto escrito e não nas imagens das reportagens, apresento algumas delas a fim de visualizar as maneiras produtivas como os jornais mostram modelos de corpos e de vidas.

As sequelas aparecem relacionadas à condição de existência da mãe e ao uso de drogas entorpecentes. Como saber o que mais prejudica ou qual a causa principal diante desse conjunto de fatores?

A reportagem intitulada *Grávidas do crack*⁸⁴ (Folha SP, 2012), num extenso texto, contando detalhes da vida das usuárias que habitam a área chamada de *cracolândia* em São Paulo, com base num estudo da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) com dez grávidas, informa:



Imagem dos habitantes da cracolândia⁸⁵.

Apenas duas estão fazendo o pré-natal. Todas elas engravidaram na região central de São Paulo. [...] quando foram feitas as entrevistas da Unifesp, sete estavam entre o quarto e o sexto mês de gestação. Apenas uma concluiu o ensino fundamental.

Cinco das gestantes sabem quem é o pai do filho: parceiros do crack. Oito já tinham filhos e três haviam sofrido abortos anteriores. Seis grávidas fumavam até dez pedras por dia. As demais chegavam a consumir 20 pedras.

Metade das gestantes financia o consumo de crack pedindo esmola e ou trocando sexo pela droga.

Se a cracolândia acabasse, para onde você iria?, perguntaram os pesquisadores. Todas responderam: para outra cracolândia ou para qualquer outro lugar que tenha crack.

A missionária da igreja Batista no projeto Cristolândia, que trabalha com viciados em crack, diz que é difícil conseguir

⁸⁴ COLLUCI; PAGNAN, 2012. Reportagem: *Grávidas do crack* (Folha SP, 12/01/2012). Ver página 60 do anexo 1.

⁸⁵ Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/top-da-semana/01-de-setembro-a-07-de-setembro.htm>>.

vagas em clínicas de recuperação para mulheres grávidas. "As clínicas não aceitam porque não têm o que fazer com o bebê." Por ainda estarem nas ruas, essas mulheres perdem a guarda dos bebês logo na maternidade, segundo ela. Os hospitais, para proteção da criança, não liberam a criança nessas condições.

"Quando eles perdem o bem mais precioso de suas vidas, se afundam ainda mais nas drogas. É um círculo vicioso", relata (COLLUCI; PAGNAN, 2012).

Conforme o excerto da reportagem, a esmola e o sexo são as fontes de renda que financiam a compra da droga, mas o preço cobrado pelo consumo dessa substância vai muito além, pois é pago com a deterioração do corpo, dos sentimentos, da saúde, da vida da usuária e da vida do feto.

O inegável peso do texto faz pensar na constituição dos valores atribuídos ao viver e mostra que, apesar de estarem numa situação de ampla vulnerabilidade, algumas dessas mulheres não tinham uma vida caracterizada como de extrema pobreza ou sem família antes do vício, como podemos observar neste outro recorte⁸⁶ da mesma reportagem:



SARA, 27. GRÁVIDA HÁ CINCO MESES. USUÁRIA DE CRACK HÁ 16 ANOS

Tinha 11 anos quando um tio lhe ofereceu a droga. [...] se sentia rejeitada pela família, motivo pelo qual abraçou o vício. Ela diz ter conseguido abandoná-lo por alguns anos e, no período, teve três filhos. Em 2009, porém, teve uma recaída. Isso aconteceu após o marido ser preso. Para sustentar a casa, passou a trabalhar até tarde da noite. Deixava os filhos com a sogra cadeirante. "Uma noite, quando cheguei, o conselho tutelar tinha levado todos os meus filhos. Aí, me afundei nas drogas."

⁸⁶ O álbum com as fotos das entrevistadas na cracolândia está disponível no site: < <http://fotografia.folha.uol.com.br/galerias/6082-gravidas-na-cracolandia#foto-114118> >.

Nos últimos seis meses, ela morou na crackolândia. Sara afirma que esteve internada sete vezes. Ontem, tentava nova internação. "Não quero perder mais um filho." Ela diz que sua principal preocupação, agora, é com a saúde do bebê. Antes fazia de tudo pela droga. "Já matei, já roubei. Me prostituí⁸⁷."

Sara relata que começou a usar drogas por incentivo do tio e por sentir-se rejeitada pela família. Contudo, conseguiu afastar-se das drogas e, nesse período, constituiu uma família. Porém, com a prisão do marido e a perda da guarda dos filhos, após muito esforço para sustentá-los, retornou ao ponto de fuga, "afundou nas drogas", cometeu crimes e sofreu abortos. Preocupada com a saúde do feto, disse: "não quero perder mais um filho". Essa reação diante das circunstâncias e experiências que as pessoas vivenciam expressa a constituição de outros valores para a sua vida e para a vida do feto. Tais valores passam a determinar as escolhas e a orientar ou dirigir suas condutas. Nessa direção, segue o relato de Lilian:



LILIAN, 26. GRÁVIDA HÁ NOVE MESES. USUÁRIA DE CRACK HÁ QUATRO ANOS.

Lilian diz ter começado a usar cocaína aos 22 anos, quando frequentava estacionamentos de postos de combustível para ouvir música com colegas. O crack veio na sequência.

Lucas, que carrega agora na barriga, pode nascer a qualquer momento. Lilian [soropositiva] ainda não sabe como fará para tirá-lo do hospital sem ter endereço nem emprego fixo.

⁸⁷ Idem nota 84. Reportagem: *Grávidas do crack* (COLLUCI; PAGNAN, 2012).

A filha [dois anos e oito meses] mora com um irmão e com a cunhada. "É muito estranho ver minha filha chamar minha cunhada de mãe. Eu, para ela, sou a tia."

O bebê que leva na barriga fica agitado, conta, quando ela usa droga ou quando está em abstinência. Os exames dizem que a criança está normal. A jovem diz conversar muito com o bebê na barriga. "Peço tanta desculpa que já nem sei se ele as aceita mais."

Lilian não quer mais ter filhos. Diz que aceita ser internada, mas desde que a clínica receba também seu atual namorado, que ela admite ter arrastado para o crack.

"Se for com ele [o namorado], eu vou agora mesmo⁸⁸."

A fala de Lilian expressa o sentimento de culpa pela distância da filha, pelos riscos que ela provoca ao filho que espera e por ter induzido o namorado ao consumo da substância. Além disso, seu relato dá visibilidade a uma nova configuração de família, que, mesmo em situações adversas, mantém relações de afeto, proteção e dependência, como podemos ver também no próximo relato:



JOYCE, 19. GRÁVIDA HÁ DOIS MESES.
USUÁRIA DE CRACK HÁ SETE ANOS.

Joyce chora ao falar da prisão do companheiro, ocorrida na cracolândia há seis dias, por tráfico de drogas.

"Ele me protegia. Agora estou só eu e o bebê."

[...] a jovem admite temer pela saúde da criança que carrega, dada a vida que leva.

Joyce cogita entregar o bebê para adoção, a fim de que tenha "uma vida melhor".

Ela diz já ter se prostituído para comprar drogas. Está na cracolândia, conta, para que sua filha de cinco anos não a veja nas atuais condições.

"Mas eu tenho a guarda [da filha de cinco anos]. Quando quiser, eu pego ela de volta."

"A gente é dependente químico. É uma doença. Quando entra na veia da gente, acabou, nunca mais sai⁸⁹."

⁸⁸ Idem nota 84.

A preocupação com o bem-estar e com a saúde dos filhos e a sua decisão em afastar-se deles denotam a noção negativa que Joyce tem de sua situação e de seu modo de vida; além disso, revelam a sua condição de dependência e/ou doença. O contrário é apresentado no relato que segue:



DÉBORA, 28. GRÁVIDA HÁ CINCO MESES. USUÁRIA DE CRACK HÁ 16 ANOS.

Débora começou a usar crack aos 12 anos, quando, afirma ela, envolveu-se emocionalmente com um traficante.

Hoje, ela tem quatro filhos de três pais diferentes. Espera pelo quinto, que não será o último, ela promete.

Débora diz que quer ter mais um filho para homenagear o atual companheiro.

Eles "moram" nas calçadas da rua, no bairro nobre, em razão da "generosidade" das pessoas nas doações. Só conseguem comprar drogas, afirma Débora, por causa delas.

"Roubar, nunca roubei."

No Natal, ela recebeu a visita de uma filha. A menina pediu um chocolate. "A mamãe não tem dinheiro."

Débora diz ter sido internada várias vezes. Seu sonho, conta, é ter uma carroça para catar papelão e, assim, ganhar dinheiro, comprar um barraco e reunir os filhos.

"Todo mundo pode ter um sonho, por que eu não⁹⁰?"

A fala inicia curiosamente com a argumentação de que um filho pode servir para homenagear o companheiro, como um modo de Débora expressar seu afeto e reconhecimento da importância que ele tem em sua vida. Isso torna possível perceber que algumas pessoas, não tão raras, cultivam a interpretação de que a reprodução configura um ato que se propõe a ser

⁸⁹ Idem nota 84.

⁹⁰ Idem nota 84.

superior, mais importante e desvinculado do fato de colocar a vida de um embrião e, logo, de uma criança num jogo de risco que envolve a possibilidade de desenvolver sequelas, passar necessidades e fome, contrair doenças e vícios e, ainda, expô-la a ambientes violentos, com propensão à prostituição e à morte. Ao que parece, o filho, assim como um presente, tem a função de provar algo ao companheiro, o que eximiria a mãe de qualquer preocupação relacionada com a preservação da vida do novo indivíduo, mas isso não significa que ela não sinta afeto por ele.

A fala sobre essa “contravenção” é seguida por valores, como o de não roubar e o da liberdade de sonhar: "Todo mundo pode ter um sonho, por que eu não?". Isso leva a pensar que as privações fazem parte de seu cotidiano, mas não a impedem de ter esperança e sonhar. Por estar vivendo nas ruas de um bairro nobre, a ajuda que Débora recebe reverte em condições para o consumo do *crack* sem que precise roubar. Além disso, possibilita que ela alimente a esperança de reunir a família com o resultado de seu trabalho – quando conseguir realizar o sonho de comprar uma carroça, sonho tão pequeno e com um resultado imenso para a vida dela. O maior problema são as “pedras” em seu caminho. Aliás, como sugere o próximo relato, a dureza das pedras não falta no caminho das pessoas que convivem com esse vício.



JÉSSICA, 20. GRÁVIDA HÁ SEIS MESES. NÃO SE LEMBRA HÁ QUANTO TEMPO É USUÁRIA.

Chove na rua e a jovem Jéssica não consegue abrigo. Encharcada, é tocada de uma marquise a outra.

Transportadoras, lojas [...] ainda abertas não querem a menina por perto, um fiapo magrinho vestido com um collant, o barrigão de fora. No fim da tarde, fechado o comércio, ela

encontra sossego e estica seu papelão no chão, para descansar.

Jéssica diz que quer ficar com o bebê. Ela sabe que a regra é dura. Se não tiver um endereço fixo até o parto, perderá a criança. "Aí, eu deixo o nenê com a minha mãe", diz. O problema é que Jéssica não fala com a mãe há dois meses. As duas não se dão.

A jovem diz que já passou no posto de saúde que atende a área da cracolândia, para fazer um pré-natal.

Na testa dela, é possível ver um hematoma proeminente e muitas escoriações.

"Eu nem sei direito como isso me aconteceu."

Depois de cinco minutos de uma conversa feita com muita dificuldade, Jéssica acende de novo seu cachimbo de crack⁹¹.

Essas habitantes de lugar nenhum ou, segundo Bauman (2005), esses "refugos humanos", quase invisíveis, inadequados, que são enxotados e agredidos no meio urbano, levam a pensar em muitas coisas, entre elas: para onde irão as crianças que conseguirem nascer nessas condições? Conforme as falas das mulheres, vão para o Conselho Tutelar, para a casa das cunhadas, irmãs e mães ou serão encaminhadas para adoção. Além disso, essas crianças correm um grande risco de nascer com sequelas e precisarão de atenção e cuidados especiais em casa, na escola, nas unidades de saúde. Essas crianças constituirão outros refugos nascidos com a marca do descarte iminente? Como fugir dos estigmas de projetos abandonados e de vidas desperdiçadas?

Bauman (2005, p.28), ao falar da constituição do refugio humano, comenta:

Saber é escolher. Na fábrica do conhecimento, o produto é separado do refugio, e é a visão dos potenciais clientes, de suas necessidades e desejos, que decide o que é o quê. Sem lugares para depositar o lixo, a fábrica do conhecimento está incompleta. É por cortesia da escuridão circundante que a luz do conhecimento ilumina. Ele é inconcebível sem a ignorância [...] A precisão, a exatidão e a utilidade pragmática do conhecimento crescem na proporção desses espaços. Para todos os fins e propósitos práticos, as coisas excluídas – tiradas de foco, jogadas às sombras, empurradas para panorama de fundo vago ou invisível – não mais pertencem 'ao que é'. A existência lhes foi negada, da mesma forma que um espaço próprio no mundo da vida. Foram desse modo

⁹¹ Idem nota 84.

destruídas – porém com uma destruição criativa. [...] eliminar ‘não é um movimento negativo, mas um esforço positivo para organizar o ambiente’.

A leitura que fiz desse texto, em articulação com as falas apresentadas, fez ver que, por cortesia das irregularidades em relação às normas, são criadas as “verdades”. Tais “verdades” crescem na proporção dos espaços criados entre as diferenças entre o que é correto e errado. Nesse universo, quem não se deixa guiar pelas “verdades” acaba ficando à margem e perde o foco, criando, assim, sua própria invisibilidade – isso contribui para que o ambiente fique organizado. No entanto, a importância da invisibilidade vai além, pois admite a eliminação de algumas existências. O problema é que nenhum objeto pode tornar-se refugio por suas qualidades intrínsecas ou por sua lógica interna, mas porque lhe foi atribuído um “papel de refugio nos projetos humanos”; uma vez nesse papel, o ator pode adquirir todas as características misteriosas, aterrorizantes, assustadoras e repulsivas (BAUMAN, 2005, p.32).

Os relatos tornam possível visualizar a noção de risco operando em nosso cotidiano e indicando os valores que os corpos e a vida/morte adquirem como consequência direta das escolhas e atitudes individuais frente às ações institucionais. A qualidade de vida é consequência dos comportamentos e hábitos pelos quais os sujeitos optaram, configurando as implicações de um estilo de vida⁹².

Além disso, esses relatos norteiam o seguinte questionamento: até que ponto é necessária a marginalização/patologização/predisposição de alguns para que outros se tornem parâmetros de normalidade/verdade?

Considerando-se que a promoção da saúde é uma atividade biopolítica e que a biopolítica tem se convertido em bioeconomia, a vida passou a ser assumida como uma dimensão política passível de governos, por meio de “políticas públicas e de vigorosas ações bioeconômicas de empreendimentos

⁹² Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), o estilo de vida constitui-se em um “modo de viver baseado em padrões identificáveis de comportamento, determinados pela interação entre as características pessoais, trocas sociais e condições socioeconômicas e ambientais”, assumindo o profundo efeito que tem na saúde dos indivíduos (CASTIEL, DIAZ, 2007, p.27).

privados” (CASTIEL, 2010, p.164; ROSE, 2011a). Tais práticas tornam evidentes os benefícios trazidos para alguns e a falta de acesso a essas benesses para “outros, que podem, inclusive, desaparecer, sem trazer danos à ordem jurídica vigente, pois esta passa a admitir estados de exceção” (CASTIEL, 2010, p.164). Essa compreensão leva a pensar nas privações e nos privilégios daquilo que é necessário à vida com a condenação ou a salvação prometida pela promoção da saúde, que configura um prolongamento da vida ou “mais vitalidade”.

A partir de Rose, Castiel (2010) comenta que o discurso das predisposições cria a “pessoa predisposta”. Assim, a conduta desregrada da mãe grávida e seus maus hábitos, como o consumo de drogas, tornam o embrião predisposto a apresentar problemas de desenvolvimento e a tornar-se, após o nascimento, um indivíduo com predisposições a problemas de saúde, portanto, um pré-doente ou um potencial doente. Conforme esses autores,

[...] nos últimos 150 anos, as elaborações sobre o risco têm sido cruciais à biopolítica e no interior dos contextos sociopolíticos liberais avançados, as interações entre a dimensão biológica individual e a saúde e bem-estar coletivos não consiste mais em questões de classificação, identificação, restrição, eliminação de indivíduos deficientes ou de promoção eugênica de traços esperados em função da aptidão geral seja da população, da nação ou da raça. Mas, sim, de estratégias biopolíticas que identificam, gerenciam e prescrevem ações preventivas e curativas para indivíduos, grupos e locais com altos níveis de risco.

[...] A religião capitalista de espetáculo e consumo é excessiva e estrita. Para não ser consumido por ela, os arautos do consumo da vitalidade e saúde tentam alimentar uma culpa putativa e pregam práticas com elementos assépticos, sob a égide das provas (evidências) das ciências da saúde como argumento definitivo, pressionando o indivíduo que não assume a racionalidade evidente do discurso da auto-contenção (CASTIEL, 2010, p.176).

O autor menciona que a noção contemporânea de controle comportamental dos riscos do “estilo de vida” à saúde apresenta pontos de conexão com a dimensão moral quando se aproxima da perspectiva do século XIX ao explicitar “os riscos resultantes de ações que escapem das

rédeas moralistas aplicadas ao comer, beber, exercitar-se, etc.” – entre os infindáveis cuidados de si (CASTIEL, 2010, p.176).

A partir disso, torna-se visível a dimensão moral enfatizada nos discursos de diversos especialistas sobre prevenção e promoção de saúde. Tais discursos produzem, além da responsabilidade individual nas decisões voltadas a essas metas, a culpa diante das contravenções cometidas e desajustadas ao “estilo de vida” que visa a minimizar a doença e otimizar a saúde ou, ainda, a acrescentar melhores condições de saúde e mais tempo de vida para que se viva mais e melhor – eis as fontes da vitalidade. Isso exige que a própria vida seja conduzida

[...] de modo estratégico e responsável em relação aos outros de modo a ponderar decisões sobre empregos, casamentos, reprodução à luz de elementos biomédicos e epidemiológicos. A saúde pública atual espera isso de cada um de nós (CASTIEL, 2010, p.177).

Dessa noção, torna-se evidente a relação dos fatores que envolvem a qualidade de vida e o estilo de vida com as estratégias de promoção da saúde – como formas ou meios de obter mais saúde. A saúde, percebida como um benefício decorrente de diversos investimentos, não recompensa apenas o indivíduo, mas também a economia e a sociedade – do contrário, gera prejuízo para todos.

Numa época em que a modelagem das práticas ocorre de acordo com a meta do projeto humano, as recompensas por todo esse empreendimento nos modos de viver e na administração dos prazeres, rituais e contenções (no comer, no beber, no sedentarismo, no tabagismo, no estresse, no mau-humor, no isolamento) são comprovadas e disponibilizadas por pesquisas científicas que recomendam um estilo de vida como o melhor modo de conduzir-se e que seja, ao mesmo tempo, ativo, relaxado e extrovertido. Elas marcam, através da falta de possibilidade de acesso (por questões pessoais e socioeconômicas), os indivíduos mais propensos a não desfrutar dessas recompensas (CASTIEL, 2010). Porém, os especialistas, ou “gestores do viver saudável”, alertam que os rituais moralizantes de segurança também

demandam controle, pois os excessos podem gerar problemas e dificultar a recompensa, comprometendo os ideais de vitalidade e longevidade.

Aliada às prescrições para a vitalidade, a popularização dos dados da pesquisa pela mídia destaca como “efeitos colaterais”, nas condições de existência apresentadas, a produção de muitas mortes, mas também de muitas vidas e de pouca saúde, o que resulta num maior investimento e gasto institucional. Para controlar esses riscos, têm sido criadas estratégias ou políticas de prevenção e combate ao *crack* através de campanhas *anticrack*, como, por exemplo, *Crack nem pensar*, do grupo RBS⁹³, e de centros de tratamento e ajuda no controle da abstinência para os usuários de drogas, como as Equipes de Consultório na Rua – eCR e o Complexo Prates⁹⁴.

Assim, podemos perceber que a busca pela avaliação e governo dos riscos para obtenção da vitalidade leva à promoção da saúde, ao gerenciamento das doenças, à constituição dos estilos de vida (comportamentos e escolhas), à gestão da reprodução e até mesmo da morte.

Levando em conta o modo como alguns países lidam com essa questão, e independentemente de minha posição – e, por isso, sem nenhuma intenção de fazer apologia ao consumo de drogas, pois, por vários motivos, sou contra –, uma questão que inevitavelmente emerge dessa discussão e acontecimentos é: será que existiriam tantos tipos de drogas sendo lançadas no mercado, prejudicando tantas pessoas, onerando o Estado e enriquecendo outras, caso o consumo, a produção e a distribuição das drogas fossem legalizados e regulamentados, ou seja, fossem controlados pelas empresas privadas e pelo Estado, assim como o cigarro, as bebidas

⁹³ Disponível em: < <http://cracknempensar.blogspot.com.br/> >.

⁹⁴ Conforme publicação no jornal Folha de São Paulo:

Principal investimento da Prefeitura de São Paulo para dar apoio a dependentes de drogas da crackolândia, o Complexo Prates, capaz de atender até 1.200 pessoas ao dia, será inaugurado incompleto.

“A obra da saúde está um pouco mais atrasada. A plena carga, só final de fevereiro, começo de março. Como nós acreditamos que vamos receber muitos moradores dependentes químicos, era necessário que este espaço nascesse junto com a saúde”, disse a secretária e vice-prefeita em entrevista à TV Folha.

Reportagem: *Centro anticrack será aberto incompleto* (Folha SP, 12/01/2012). Ver página 65 do anexo 1.

alcoólicas e os remédios? Dito de outra forma: diante de um grande problema de saúde correndo desordenadamente na contramão dos discursos de promoção de saúde e vitalidade, em diversos níveis, será que a regulamentação do consumo poderia promover ou ajudar a redução do número de usuários e o controle das causas e dos efeitos para estes, assim como para a economia e para a sociedade?

Aliás, numa sociedade lastreada por estratégias biopolíticas que reivindicam “verdades” para a vitalidade, em que se promete a fugaz felicidade com o consumo, as drogas poderiam configurar outro produto a prometer: o entusiasmo, a autoestima, a alegria e o alívio com a eliminação da dor, angústias, depressão e ansiedade, devido à ação química de substâncias/medicamentos usados, por vezes, de modo abusivo.

Como produto que promete a felicidade momentânea durante o consumo, a oferta de tipos e preços variados confere a determinação do poder econômico do consumidor em relação às possibilidades oferecidas pelos “bolsos” dos indivíduos. Porém, os efeitos ou sintomas da drogadição repercutem biológica, psicológica e socialmente, independentemente da “classe” econômico-social. Trata-se de efeitos colaterais para o indivíduo, economia e sociedade, daí a enfática reivindicação pelas mudanças de comportamento e estilos de vida focalizadas nos investimentos e no consumo para a vitalidade – consumir sem se consumir. As estratégias ou políticas de prevenção e combate ao uso de drogas e as campanhas de saúde mostram ambiguidades no gerenciamento da própria vida, pois, embora o indivíduo, em determinadas circunstâncias, seja considerado responsável e capaz de escolher o que é melhor para seu corpo e saúde, em outras, pode ser considerado impotente e incapaz de conduzir suas práticas, necessitando de prescrições e orientações de especialistas que o conduzam.

Na tentativa de encerrar este capítulo, gostaria de ressaltar que, na busca por conhecer os caminhos e atravessamentos por onde passam as questões do aborto, estas análises podem dar algumas pistas sobre as circunstâncias e as relações que podem estar envolvidas nessa problemática.

Por isso, não considero que sejam fixas; afinal, em seus caminhos, devem aparecer outros desdobramentos.

Sem procurar uma solução, aponto possíveis “brechas”. Pensadores, como Foucault, falam do corpo como lugar de inscrição dos acontecimentos – seja em gerar vidas, seja em definir e agir sobre os limites do viver, sobre a beleza desse corpo, comportamentos, deveres... Contudo, se lembrarmos que as escolhas são individuais, num determinado contexto, e regidas pela criação de espaços de “liberdade”, talvez seja possível dar maior atenção e investimento à importância do ato de pensar criticamente sobre as práticas que nos atravessam cotidianamente – neste caso, os discursos e imperativos de “verdade” presentes na mídia impressa, por exemplo. Eis a possibilidade de aventurarmo-nos em outros modos de pensar ou de tomarmos conhecimento de que é possível pensar de outras formas e talvez nos arriscarmos a mudar a relação e produzir outras práticas de “liberdade”!

Trouxe essas questões – estupro, clandestinidade, consumo de drogas – ligadas ao aborto para tentar mapear a rede em que se insere a problemática do aborto hoje e, ainda, para destacar a possibilidade de morte no sistema de biopoder como resultado ou parte das estratégias (bio)políticas que se valem dos discursos de valorização ou desvalorização da vida de alguns indivíduos em relação aos modos de vida de outros – tidos como referenciais ou padrões das normas. Porém, se a valorização significa a possibilidade de investimentos no viver, a desvalorização implica a falta de investimentos na vida. Tais práticas remetem à função de morte, pois, quando os indivíduos estão expostos a circunstâncias que tornam o viver vulnerável, aumentam os riscos, as taxas, as estatísticas de mortalidade.

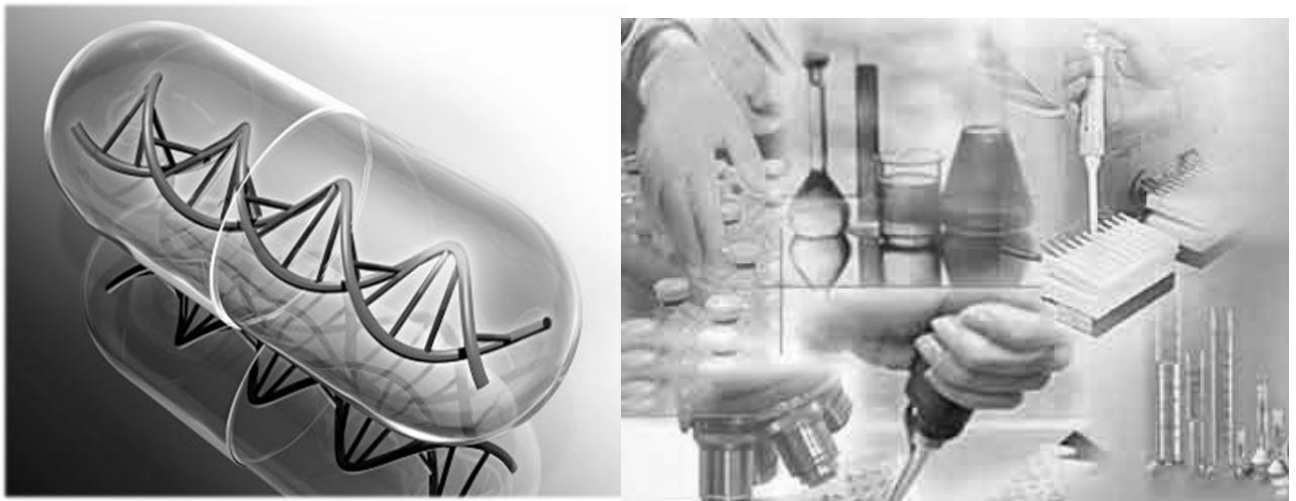
Se o caminho em busca da conquista de nossos corpos passa pelo governo das condutas, ou seja, pelas decisões que conduzem e determinam o nosso próprio viver/morrer, a valorização da vida passa pela noção de seleção, no sentido de que, na procura da promoção do viver melhor e por mais tempo, as estratégias biopolíticas defendem “verdades” relacionadas a determinados “estilos de vida” ou modos de viver e condenam outros. Ao praticarem tais condenações, intervêm decisivamente nas possibilidades do

viver, admitindo, inclusive, a negação de determinadas existências. Isso leva a questionar sobre o direcionamento e a abrangência pretendida com essa intensa marcha em prol da valorização do viver saudável e por mais tempo, tornando possível perguntar: a quais indivíduos as estratégias biopolíticas dirigidas à valorização e promoção do viver mais e melhor pretendem beneficiar e por quê? Qual a importância e o valor da vida dos indivíduos que não se encaixam nesse “perfil”?

Ainda com a intenção de mapear o panorama atual em que se insere a questão da legalidade e ilegalidade do aborto, dos investimentos na vida e da promoção do viver, no próximo capítulo, considerando os desenvolvimentos da biomedicina, passo a falar das possibilidades de promoção do viver e morrer na contemporaneidade com base na determinação biológica, ou seja, no governo da produção do viver.

CAPÍTULO 5

TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS E ANENCEFALIA: POSSIBILIDADES DE VIDA/MORTE⁹⁵



ASSUMIR A RESPONSABILIDADE PELAS RELAÇÕES SOCIAIS DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA SIGNIFICA RECUSAR UMA METAFÍSICA ANTICIÊNCIA, UMA DEMONOLOGIA DA TECNOLOGIA, E PORTANTO SIGNIFICA ABRAÇAR A DELICADA TAREFA DE RECONSTRUIR OS LIMITES DA VIDA COTIDIANA, EM CONEXÃO PARCIAL COM OUTRAS (HARAWAY, 2000, p.108; RABINOW, 2002, p.153).

⁹⁵ As imagens mostrando o código genético dentro de uma pílula e as tecnologias médico-científicas foram escolhidas para abertura deste capítulo por tratarem de possibilidades e conhecimentos sobre os aprimoramentos do corpo e da vida. Além disso, remetem aos ambientes em que se pode gerar e fabricar vidas/mortes, hoje. Desse modo, relacionam-se as discussões abordadas neste capítulo sobre as estratégias para manutenção e promoção do viver como questões relativas à superação da organicidade do corpo e ao prolongamento da vida saudável de forma indeterminada – noção de infinitude presente na rede discursiva contemporânea.

CAPÍTULO 5

TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS E ANENCEFALIA: POSSIBILIDADES DE VIDA/MORTE

Neste capítulo, dou continuidade à intenção de conhecer como se desenha e insere a problemática do aborto e de destacar a possibilidade de morte como parte das estratégias (bio)políticas para a vitalidade, as quais se valem dos discursos de valorização/desvalorização do viver. Parto das possibilidades de intervenção biomédica, das determinações biológicas e de promoção e produção da vida/morte na contemporaneidade para compreender e tensionar as estratégias e as conformações dos governos do viver que definem: a constituição biológica do novo indivíduo; o viver ou morrer do anencéfalo e as utilidades da vitalidade contida nos corpos - órgãos, tecidos, células. Por fim, busco problematizar as formas de olhar, tratar e justificar a valorização e desvalorização do viver/morrer.

5.1. Da noção de vitalidade às “verdades” sobre a maternidade e as utilidades do viver/morrer

Numa sociedade regida pela vida, pelo fazer viver e pela produtividade do indivíduo, colocamo-nos a pensar sobre as finalidades dos mecanismos de prevenção, controle e tratamento direcionados à saúde do corpo e à manutenção da vida. Ao que parece, na lógica em que nos movemos, mesmo no termo da vida, as estratégias de governo, médicas, religiosas e tecnológicas direcionam-se ao controle daquilo que resta ao indivíduo, nesse caso, tornando o sujeito produtivo enquanto “viver”. Considerar que a produtividade do indivíduo seja determinada pelo viver torna importante e “indispensável” o prolongamento do tempo de vida, daí a constante criação de estratégias para viver cada vez mais e da melhor maneira, ou seja, saudável. Afinal, mantendo-se o sujeito vivo e saudável, aumenta-se a expectativa de vida e reduzem-se os índices de mortalidade. Conforme apontam as reportagens analisadas no capítulo anterior, a intervenção e os investimentos para promover o viver dirigem-se ou aplicam-se aos casos

normalizados, em que os indivíduos, no governo de si mesmos (autogoverno), se deixam guiar pelas normas.

No fazer viver, diversas são as formas de busca pela superação das limitações biológicas: agir sobre a possibilidade de vida por meio da fertilização *in vitro*; gerar ou prolongar a vida de outros através do transplante de órgãos ou pelo uso de procedimentos e tratamentos que prolonguem o processo de morte; usar tecnologias e recursos para a previsão e, talvez, prevenção daquelas características que podem representar “riscos” à vida; utilizar técnicas associadas ao autocuidado e vigilância por meio de práticas cotidianas de exames médicos, exercícios, alimentação...

Trata-se de práticas moralizantes, isto é, não se reduzem a ações conforme uma regra, uma lei ou um valor, mas comportam uma relação com a circunstância em que se realizam, com o código ao qual se referem conferindo também certa relação na constituição de si como “sujeito moral” (CASTRO, 2009). Nessa perspectiva, tais práticas enquadraram-nos nas estratégias biopolíticas de regulamentação da vida que pretendem fazer viver melhor e por mais tempo para buscar capturar o máximo da produtividade gerada pelo viver individual – condição de utilidade fundamental para o desenvolvimento do capitalismo numa economia neoliberal⁹⁶. A vida, como evento biológico e político individual, torna-se *vital* para a vida coletiva. Nesse sentido, viver e morrer são eventos políticos relacionados com a economia da vida: a biopolítica (SANTOS, 2002).

Nessa proposta de moralização das condutas, Meyer, ao falar da produtividade da veiculação na mídia de enunciados sobre as implicações das formas de viver a maternidade para a valorização social dos corpos maternos ativos e esbeltos, diz que os discursos de promoção da saúde investem sobre o corpo grávido partindo do imperativo da magreza para prescrição de cuidados, exercícios e exames corporais; o exame pré-natal é considerado primordial, pois atua na definição “entre a vida e a morte, a saúde e a doença, a normalidade e a anormalidade” (MEYER, 2009, p.23).

⁹⁶ A questão do capitalismo e da economia neoliberal será abordada de forma mais detalhada na discussão “final” deste capítulo.

Assim, uma “boa” mãe será aquela que, de forma disciplinada, se deixa guiar por “recomendações” de “tom normativo e moralista” sobre o investimento e os cuidados para gestar, parir e criar um ser humano saudável e, de preferência, “perfeito”. Essas recomendações agem de maneira a responsabilizar a mulher pela saúde de si, do feto e do viver/morrer de ambos (idem). A autora comenta, ainda, que esse cuidado, essa educação de si, essa vigilância e controle podem ser operados sobre os corpos tanto por estímulos externos, vindos das “verdades” dos diversos campos de saber, quanto por “iniciativa do próprio sujeito”, que é incitado constantemente pelas veiculações midiáticas (MEYER, 2009, p.21). Isso leva a pensar na posição social das mulheres grávidas, cuja condição biológica de gerar um ser se encontra atravessada e marcada pelas práticas sociais que atribuem noções e valores, definindo formas de maternidade e de ser mãe – responsável/irresponsável, negligente, desleixada ou boa mãe... Alguns exemplos dessas questões foram discutidos no capítulo anterior quando abordei o preço cobrado para realizar o desejo de impedir a reprodução ou o desenvolvimento da vida contida no embrião.

Outra forma de maternidade direcionada à promoção da vida que pode levar a repensar a “essência” de ser mãe diz respeito à oferta da maternidade substitutiva (ou “barriga de aluguel”) – prática em que uma mulher gesta o filho para outra pessoa ou casal a partir da inseminação artificial ou da transferência de embriões, como já referido no Capítulo 1. Para Goldim (2002), tal prática ocorre quando a mulher⁹⁷ compreende que a criança que irá gestar, ao nascer, será criada pelas pessoas que propuseram esse procedimento, à semelhança de uma adoção pré-natal.

Dessas conformações de maternidade, aparece a mãe genética, doadora do óvulo; a mãe substituta, que gesta o embrião; e a mãe social, que solicitou a “barriga de aluguel” e será a responsável pela criação da criança após o nascimento. Assim, a promoção da vida com o objetivo de possibilitar

⁹⁷ Embora de outro modo, a ideia de outra mulher gestar um filho para um casal cuja mulher é estéril já consta na Bíblia. Abraão, instruído por Sara, sua esposa, que era infértil, procura uma escrava, chamada Hagar, para ter um filho (GOLDIM, 2002).

a gravidez em situações antes impensadas aparece como uma solução, mas também como geradora de questionamentos sobre quem seria a mãe “verdadeira”, o que coloca em jogo a noção de “essência” biológica de ser mãe⁹⁸ e de “naturalidade” das “obrigações” e atribuições como invenções humanas, muitas vezes, impostas.

Para ilustrar parte do panorama contemporâneo sobre as tecnologias reprodutivas, trago a seguir trechos de reportagens que abordam questões relacionadas às ciências do viver, no que se refere à reprodução e ao aborto. Trata-se de pesquisa científica relativa à utilização de células-tronco embrionárias como potenciais terapêuticos na cura de enfermidades através do uso ou “consumo” de embriões humanos – fonte dessas células.

Considerando o uso de células-tronco embrionárias em pesquisas científicas como um método abortivo e antiético, o secretário-geral da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) mencionou o posicionamento contrário da Igreja à utilização dessas células, conforme o trecho que segue:

Dom Dimas [...] falou sobre o uso de células-tronco embrionárias em pesquisas científicas, também considerado um método abortivo e antiético pela Igreja Católica.

O secretário-geral da CNBB lembrou ainda que vários grupos religiosos fazem lobby no Congresso Nacional para que não sejam aprovados projetos de lei que permitem o aborto.

— Queremos fazer cada vez mais iniciativas de conscientização da população — disse.

O secretário informou que a CNBB fará um folder explicativo sobre o aborto para distribuir nas paróquias e uma cartilha destinada aos formadores de opinião, mostrando o resultado de pesquisas relacionadas à saúde da mulher que aborta⁹⁹.

Em sua fala, percebe-se o poder de intervenção das concepções religiosas contra a aprovação de projetos de lei que se oponham aos seus

⁹⁸ No Brasil, assim como em vários outros países, existe a obrigatoriedade de vínculo familiar entre a mãe social e a mãe gestacional, estabelecida pela Resolução 1358/92 do Conselho Federal de Medicina (dispõe sobre a reprodução humana), que é a única diretriz nacional a esse respeito. Esse posicionamento tem por base manter tal procedimento entre pessoas previamente ligadas, eliminando a possibilidade de exploração comercial (GOLDIM, 2002).

⁹⁹ Reportagem: CNBB diz que mortes decorrentes de abortos não são problema de saúde pública (ZH, 06/02/2008). Ver página 67 do anexo 1.

dogmas e ideias; para isso, lança-se mão de estratégias de “conscientização” ou convencimento das pessoas sobre as suas “verdades” e também de textos explicativos e orientadores em cartilhas. Nessa mesma direção, a reportagem intitulada *Manifestantes protestam no STF contra uso de células-tronco* (ZH, 2008) trata da manifestação contra a autorização do uso de células-tronco embrionárias em pesquisas científicas, conforme se lê abaixo:

O publicitário que representava na manifestação o Movimento em Defesa da Vida e Contra o Aborto afirma que muitas células-tronco embrionárias que os cientistas querem utilizar em pesquisas são provenientes de abortos, de uma "indústria clandestina".

No caso das células-tronco embrionárias provenientes de procedimentos de fertilização, diz que poderiam ser usadas em pesquisas, caso houvesse no Brasil uma fiscalização plena que mostrasse de onde viriam essas células.

— Nossa intenção é mobilizar os ministros do Supremo, fazer um chamamento para que possam observar e saber que pesquisas dizem que 90% da população brasileira é contra o aborto, e no nosso ponto de vista, as pesquisas com células-tronco embrionárias estão ligadas ao aborto.

O jornalista, representante da campanha Nascer é um Direito, acredita que não há necessidade de usar células-tronco embrionárias, porque a ciência já conseguiu resultados promissores com células-tronco adultas. [...] porque elas são conseguidas do próprio paciente. Então não há o processo de rejeição que tem havido com as embrionárias.

Para o jornalista, a ciência precisa também ter parâmetros éticos e respeitar a vida que está contida nos embriões. — Nós temos as células adultas que estão conseguindo o que se deseja. Por que, então, ferir o direito à vida? — questiona.

O presidente da Associação Nacional Pró-Vida e Pró-Família [disse:] não vejo razão para liberar as embrionárias, porque, além de matar um ser humano, não traz nenhuma vantagem para a saúde, uma vez que as adultas já têm trazido vantagens em experiências comprovadas¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Reportagem: *Manifestantes protestam no STF contra uso de células-tronco* (ZH, 04/03/2008). Ver página 68 do anexo 1.



Na primeira fala, o publicitário, assumindo sua posição contrária ao aborto, afirmou que muitas células-tronco embrionárias utilizadas em pesquisas são “provenientes de abortos, de uma ‘indústria clandestina’”. Porém, mesmo representando o Movimento em Defesa da Vida e Contra o Aborto e entendendo que a utilização das células-tronco em pesquisas configura prática abortiva, mostrou-se conivente com o uso de células-tronco embrionárias provenientes de procedimentos de fertilização.

Diante das inovações biomédicas que se valem das terapias celulares, as células-tronco (ou *stem cells*) têm representado a ampliação da possibilidade de conhecer o corpo humano e de acionar terapias para doenças ainda consideradas incuráveis. Nessa perspectiva, contradições como a mencionada pelo publicitário podem estar relacionadas ao processo de constituição das definições sobre o viver, o morrer, o aborto e as práticas médicas e terapêuticas, por exemplo.

Considerar que, nesse universo de informações, o que mais tem se destacado é a construção da concepção de autonomia em relação à prevenção de doenças e à promoção da saúde evidencia como a configuração dos conhecimentos ou da falta dessa configuração tem dificultado os posicionamentos dos indivíduos. Conceitos que ainda estão em processo de constituição e consolidação atuam exercendo a incerteza nas práticas cotidianas de “autonomia” – notadamente dirigidas e reguladas pela construção de noções científicas e culturais de forma articulada. Afinal, ainda não foi possível obter uma certificação científica sobre o

reconhecimento do embrião humano como uma forma de vida ou não. Essa situação pode estar relacionada às causas de tais conflitos de “verdade” ou, ainda, a questionamentos, como: a garantia da cura ou salvação pode agir como elemento capaz de constituir a subjetividade, de modo que se acredite que tais propósitos possam valer o “sacrifício” de uma “vida”? Uma medida terapêutica pode desvincular-se da ideia de crime em razão de sua finalidade?

Enfim, na direção da constituição da incerteza sobre as noções de “vida”, outra fala, a do jornalista representante da campanha Nascer é um Direito, indica a compreensão de que o embrião é um organismo vivo. Diz o jornalista: “a ciência precisa também ter parâmetros éticos e respeitar a vida que está contida nos embriões”. Tendo em vista o sucesso obtido com as células-tronco adultas que são retiradas do próprio paciente e não causam a rejeição observada com o uso das células embrionárias, ele questiona: por que ferir o direito à vida? Também o presidente da Associação Nacional Pró-Vida e Pró-Família contestou as razões para a liberação das células-tronco embrionárias; para ele, “além de matar um ser humano, não traz nenhuma vantagem para a saúde”.

Na busca aparente por amenizar o sofrimento e “salvar” vidas, as terapias celulares envolvendo células-tronco têm sido consideradas um dos principais avanços científicos que apontam esperanças para a cura ou “salvação” pela medicina e biotecnologia. Porém, além dos parâmetros éticos de manipulação, a utilização das células-tronco envolve a produção científica, que precisa de investimentos econômicos em pesquisa e desenvolvimento. No caso do Brasil, as pesquisas básicas com células-tronco têm se desenvolvido em instituições públicas (Universidades e Institutos de Pesquisa), por vezes, financiadas com verbas governamentais (FERNANDES, 2008).

Conforme Goldim (2004), a utilização de células-tronco adultas para promover a restauração de funções biológicas já é realizada no Rio Grande do Sul. Foi utilizada com sucesso para recuperar tecido miocárdico em pacientes do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC-FUC) –

utilizaram-se células da medula óssea do próprio paciente, processadas no Centro de Pesquisas Genéticas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O tratamento utilizado teve bons resultados e não exigiu a utilização de medicação de imunossupressão, pois foram utilizadas células do próprio indivíduo (GOLDIM, 2004).

Para Fernandes (2008), na perspectiva da articulação entre questões médicas, econômicas e éticas, cientistas como John Thomson¹⁰¹ têm publicado notícias de que seria pouco provável que as linhagens celulares embrionárias pudessem ser utilizadas em terapias como o transplante ou curar doenças como câncer, Alzheimer e Parkinson, mas seriam úteis para realização de testes de medicamentos. Por isso, empresas têm utilizado linhagens de células-tronco embrionárias como instrumento de pesquisa para testar drogas experimentais e seus efeitos cardíacos, por exemplo. Justifica-se, assim, o interesse econômico nas referidas linhagens e a monopolização do conhecimento, garantida por suas patentes, como se fosse apenas uma “coisa” biológica desvinculada do humano. Assim, como um título de propriedade, o patenteamento de materiais biológicos humanos na área da saúde e biotecnologia, além de interferir no interesse público de acesso – relacionado à saúde e à pesquisa –, dirige-se ao consumidor de saúde que pode pagar pelo acesso a produtos como medicamentos, invenções ou “descobertas” científicas¹⁰². As células, como propriedade

¹⁰¹ Em 28 de maio de 2008, publicou na revista *Forbes* a notícia que deixava a Universidade de Wisconsin para formar a empresa Cellular Dynamics International, com o objetivo de realizar testes de drogas experimentais e seus efeitos colaterais na área cardíaca com a utilização de células-tronco embrionárias.

Disponível em: <<http://www.forbes.com/forbes/2008/0616/086.html>>.

¹⁰² Rebecca Skloot, no livro *A Vida Imortal de Henrietta Lacks*, fala da vida de uma mulher, personagem da história da medicina e do progresso científico do século XX, que morreu na década de 50, mas cujas células se reproduzem até hoje. Aos 30 anos, casada e mãe de cinco filhos, Henrietta descobriu que tinha câncer. Em poucos meses, um tumor no colo uterino espalhou-se por seu corpo. Ela se tratou no Hospital Johns Hopkins e faleceu em 1951. No hospital, uma amostra das células cancerígenas de Henrietta – que produzia metástases anormalmente rápidas, mais que qualquer outro tipo de câncer conhecido pelos médicos – havia sido extraída sem o seu conhecimento. Suas células possuíam uma característica até então inédita – mesmo fora do corpo de Henrietta, multiplicavam-se num curto intervalo, tornando-se imortais num meio de cultura adequado. Atribui-se isso ao fato de essas células terem uma versão modificada da enzima Telomerase, implicada no processo de morte celular e no número de vezes que uma célula pode se dividir. Conhecidas como ‘HeLa’, as células logo começaram a ser utilizadas nas pesquisas em universidades e centros de tecnologia de todo o mundo para saber os

justificada pela racionalidade econômica, têm definidos pelo titular da patente a liberação ou o impedimento de uso, produção, venda e importação da invenção por terceiros (FERNANDES, 2008).

Relacionado aos limites de propriedade intelectual, no Brasil, o patenteamento de células e partes do corpo humano é proibido pela Lei de Propriedade Intelectual brasileira¹⁰³, Lei nº9.279 de 14 de maio de 1996, artigos 10, inciso IX e 18, inciso III.

Art. 10. Não se considera invenção nem modelo de utilidade:
IX - o todo ou parte de seres vivos naturais e materiais biológicos encontrados na natureza, ou ainda que dela isolados, inclusive o genoma ou germoplasma de qualquer ser vivo natural e os processos biológicos naturais.

Art. 18. Não são patenteáveis:
III - o todo ou parte dos seres vivos, exceto os microorganismos transgênicos que atendam aos três requisitos de patenteabilidade - novidade, atividade inventiva e aplicação industrial - previstos no art. 8º e que não sejam mera descoberta.

A proibição de patenteamento de células-tronco humanas embrionárias também é expressa na Lei de Biossegurança, Lei nº11.105 de 24 de março de 2005, artigo 5º, §3º, regulamentada pelo Decreto nº 5.591, de 22 de novembro de 2005, art. 63, §3º. A Lei de Biossegurança¹⁰⁴ decreta:

Art. 5º É permitida, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização in vitro e não utilizados no respectivo procedimento, atendidas as seguintes condições:

- I – sejam embriões inviáveis; ou
- II – sejam embriões congelados há 3 (três) anos ou mais, na data da publicação desta Lei, ou que, já congelados na data

efeitos da radiação e o mapeamento genético; inclusive, foram enviadas ao espaço para experiências sob gravidade zero, etc. Como resultado, a vacina contra a poliomielite e contra o vírus HPV, vários medicamentos para o tratamento de câncer, de AIDS e do mal de Parkinson, entre outros, foram obtidos com a linhagem 'HeLa'. Porém, os responsáveis jamais deram informações adequadas à família da “doadora” ou ofereceram qualquer compensação moral ou financeira pela massiva utilização das células cancerosas. Calcula-se que a quantidade de células existentes nos laboratórios de todo o mundo supere o número de células de Henrietta em vida. Disponível em: <<http://www.companhiadasletras.com.br/detalhe.php?codigo=12974>>.

¹⁰³ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9279.htm>. Acesso em: 12.08. 2010.

¹⁰⁴ Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11105.htm>. Acesso em: 12.08. 2010.

da publicação desta Lei, depois de completarem 3 (três) anos, contados a partir da data de congelamento.

§ 1º Em qualquer caso, é necessário o consentimento dos genitores.

§ 2º Instituições de pesquisa e serviços de saúde que realizem pesquisa ou terapia com células-tronco embrionárias humanas deverão submeter seus projetos à apreciação e aprovação dos respectivos comitês de ética em pesquisa.

§ 3º É vedada a comercialização do material biológico a que se refere este artigo e sua prática implica o crime tipificado no art. 15 da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 (a Lei nº 9.434 dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento).

Porém, mesmo com tal proibição expressa na lei brasileira, há registro, no Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), de mais de 100 pedidos de patentes envolvendo células-tronco animais e humanas (FERNANDES, 2008). Isso revela o interesse na possibilidade de garantir os lucros financeiros oferecidos pela apropriação e mercantilização do material gerado pela “vida” embrionária – evitando-se, assim, o risco da perda de propriedade caso haja modificação na lei.

Nesse contexto, pode-se pensar: o que se torna a vida de um “embrião” se ela se reduz aos lucros obtidos com o comércio baseado no desejo de evitar a morte?

O texto da reportagem *À espera de legislação: Brasil não tem regras específicas nem fiscalização para a reprodução assistida* (ZH, 2009), aborda outra questão relacionada à “fabricação” de embriões, que é o comércio da possibilidade de fazer viver - o que tem promovido o turismo reprodutivo.

Ao se completarem 25 anos do primeiro bebê de proveta brasileiro – nasceu em outubro de 1984 –, o país ainda não tem uma legislação específica sobre a reprodução assistida. Isso quer dizer que, na prática, há poucos parâmetros legais e cabe a cada profissional decidir se faz ou não, e de qual maneira, escolha do sexo da criança, doações de óvulos e esperma, uso de material genético de terceiros, fertilização em casais com HIV, congelamento de óvulos e descarte de embriões. Tampouco existem órgãos fiscalizadores, menos ainda comissões que acompanhem o que acontece nas clínicas privadas.

– A falta de regra e fiscalização transformou o Brasil em um destino de turismo reprodutivo – afirma o juiz, professor de Direito e estudioso do assunto. – Como temos uma capacidade

técnica muito boa, estrangeiros vêm para cá fazer o que na Europa e nos Estados Unidos é proibido.

Além disso, segundo o urologista especialista em infertilidade masculina, a falta de legislação e de um protocolo de conduta faz com que, no país, se usem técnicas de reprodução assistida em casais que não precisam:

– Há pessoas muito sérias, mas há muita gente que não investiga as causas da infertilidade do casal. Fazer uma fertilização *in vitro* sem saber por que a pessoa não engravida é como fazer um transplante de coração sem ter feito um ecocardiograma. É absurdo e não traz resultados.

Em dois terços dos casos de infertilidade masculina há tratamentos que resolvem o problema sem a fertilização. Nesses casos, os casais ficam sem saber a quem recorrer, procurando o médico que garantir mais resultados.

– O casal com infertilidade está frágil. Se você falar que ela vai engravidar se eles forem de ponta-cabeça e mindinhos esticados até a igreja, eles vão. O médico tem muito poder nessa situação – diz a vice-presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida.

Com tudo isso em jogo, fica nas mãos de cada profissional o modo de agir. [...] o problema da falta de lei é que tudo acaba resvalando na ética de cada médico para acontecer.

– Tenho pacientes que chegam pedindo a sexagem (possibilidade de escolha do sexo), mas desestímulo no primeiro filho. É uma prática interessante em alguns casos, não para todos que queiram. É preciso ser flexível na discussão desse tema e dos outros que envolvem a reprodução assistida, e não pensar em proibir totalmente¹⁰⁵.

A reportagem datada do ano de 2009, ou seja, anterior às alterações na lei sobre a reprodução assistida de 1992, ocorrida em 2010, traz as opiniões de um juiz sobre a defasagem da lei referida frente aos avanços biomédicos, o que transformaria o Brasil em um destino de turismo reprodutivo. Há, ainda, a fala de uma médica sobre o poder contido nas mãos dos profissionais da saúde em circunstância de fertilização como uma das consequências da falta de lei. Ela enfatiza a falta de uma regulamentação que atinja a responsabilização social e ética na gestão da vida reprodutiva.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM 1358/92, instituiu as primeiras normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida em 1992. Depois de 18 anos de vigência, em 15 de

¹⁰⁵ Reportagem: *À espera de legislação: Brasil não tem regras específicas nem fiscalização para a reprodução assistida* (ZH, 16/05/2009). Ver página 70 do anexo 1.

dezembro de 2010, essas diretrizes foram atualizadas pela Resolução CFM 1957/2010, considerando que o avanço do conhecimento científico permite solucionar vários dos casos de reprodução humana; que as técnicas de reprodução assistida têm possibilitado a procriação em diversas circunstâncias, o que não era possível pelos procedimentos tradicionais; e que há necessidade de harmonizar o uso dessas técnicas com os princípios da ética médica¹⁰⁶.

Outra questão presente nesse recorte é a da fragilidade e insegurança do casal, que fica sem saber a quem recorrer, procurando o médico que prometer ou “garantir” mais resultados. Essa circunstância possibilita pensar sobre o papel que as práticas biomédicas podem exercer na produção do sujeito submetido às “verdades” desse campo de conhecimento, que passam a definir as escolhas, as condutas e os investimentos sobre si. Além disso, tais práticas tornam visível a imprevisibilidade das repercussões geradas por pesquisas com células-tronco e denotam a espetacularização da técnica para além do conhecimento obtido e dos riscos de insucesso, promovendo, em situações de insegurança e fragilidade, a criação de esperanças, por vezes, irrealizáveis ou mesmo fraudulentas pela comercialização de serviços e produtos sem certificação ou comprovação científica.

A reportagem aponta, ainda, para a falta de investigação sobre as causas da infertilidade que levam à utilização de técnicas de reprodução assistida em casais que não precisariam lançar mão dessa prática, como sugerido neste fragmento: “em dois terços dos casos de infertilidade masculina, há tratamentos que resolvem o problema sem a fertilização”.

Sabe-se que os problemas com a fertilidade podem ser gerados por diversos fatores, que, em alguns casos, não podem ser prevenidos, como endometriose, incompatibilidade imunológica, problemas nas células germinativas, produção insuficiente de espermatozóides, etc. Porém, em outros casos, a infertilidade pode ser prevenida, pois tem como fatores as

¹⁰⁶ RESOLUÇÃO CFM nº 1.957/10. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1957_2010.htm>.

doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), insalubridade, alteração nas taxas hormonais, infecções não tratadas no pós-parto ou abortos, deficiência na alimentação, etc. (BRAZ, 2005). Considerando-se essas circunstâncias, pode-se perceber que a “solução” para a infertilidade não está estritamente vinculada aos recursos biotecnológicos, mas a fatores comportamentais de prevenção que alertam para as consequências da má gestão de si.

Para além da prevenção comportamental, a utilização dessas técnicas de reprodução medicamente assistida em casais sem problemas de infertilidade constitui uma demanda que onera sem necessidade a saúde pública ou gera um lucrativo comércio em procedimentos no âmbito de instituições privadas. Goldim (2011) enfatiza a importância do questionamento e discussão sobre a necessidade do uso desse recurso e aponta para a utilização dessas técnicas como prática preventiva, ou seja, protegendo os parceiros de mulheres portadoras do vírus HIV (causador da AIDS) de uma eventual contaminação diante da possibilidade de terem filhos. O risco da exposição do filho ao vírus, em outros tempos, tornava a técnica contraindicada. Hoje, porém, tal risco de transmissão vertical é bastante reduzido em função das estratégias terapêuticas criadas, que permitem o gerenciamento de tal risco e a rediscussão dessa possibilidade por profissionais, portadores, parceiros e Comitês de Bioética (idem).

No último parágrafo, a reportagem traz a questão da possibilidade de intervenção na escolha do sexo do filho, conforme o relato: “com tudo isso em jogo, fica nas mãos de cada profissional o modo de agir”. “É preciso ser flexível na discussão desse tema [sexagem] e dos outros que envolvem a reprodução assistida e não pensar em proibir totalmente”.

Esse nível de intervenção biológica voltada para a otimização das chances de vida futura como um processo em que, ao invés de o biológico tornar-se humanizado, “o humano se torna ainda mais biológico”, remete às possibilidades de projeções e encomenda de filhos (ROSE, 2011a, p.18). Isso se dá a partir do gerenciamento de interesses e de riscos de uma demanda de consumidores que têm suas escolhas definidas por desejos constituídos numa cultura de consumo e de mercado (idem).

Entre os importantes aspectos da biopolítica contemporânea, ou seja, de “uma política da própria vida”, Rose (2011a) menciona, em relação ao poder médico-terapêutico e econômico, a molecularização dos fenômenos humanos. Ao falar da noção molecular do corpo, o autor refere que muitas pessoas ainda pensam seus corpos apenas no nível de seus membros, órgãos, tecidos e hormônios, por exemplo¹⁰⁷. Para ele, essa escala compreende o nível molar do corpo, no qual intervimos por meio de plásticas, exercícios, tatuagens e dietas – “foco da medicina clínica do século dezenove” (ROSE, 2011a, p.14). Entretanto, na contemporaneidade, a vida é compreendida e sobre ela se opera também num outro nível, o molecular, que abrange as propriedades dos códigos de sequência das bases nucleotídicas com suas variações, os mecanismos que controlam a expressão e a transcrição gênica, a relação entre as propriedades funcionais das proteínas e suas conformações moleculares, a função dos componentes intracelulares, ou seja, os canais iônicos, enzimas, genes transportadores e potenciais de membrana (idem). Sem deixar de lembrar que ambas as escalas – molar e molecular – operam de maneira articulada às “verdades” de discursos moralizantes.

Nessa perspectiva, novas noções sobre o viver estão tomando forma, e as técnicas de visualização e de simulação da vida no nível molecular têm sido fundamentais para a constituição dessa nova ontologia da vida. Tal noção incorpora a possibilidade da produção da vida, ao passo que a manipulação de tecidos, células e fragmentos de DNA confere uma nova mobilidade aos elementos da vida. Assim, ao pensar como a biopolítica opera nessa escala, podemos pensar numa “biopolítica molecular” que, ao valer-se dessas projeções de vitalidade, diz respeito aos modos como esses elementos, que vão de “estruturas moleculares que compõem medicamentos a oócitos e células-tronco, podem ou devem ser mobilizados, controlados, combinados”,

¹⁰⁷ Em relação à possibilidade de novas constituições da compreensão sobre o corpo em outros períodos, Foucault constatou em seus estudos transformações no pensamento médico na França e suas práticas no período entre, aproximadamente, 1780 e 1830; também diagnosticou uma substituição da medicina das espécies e de classificações das doenças para uma medicina de órgãos e funções do corpo orgânico (ROSE, 2007).

de forma que lhes sejam atribuídas propriedades que ainda não existiam (ROSE, 2011a, p.15).

As intervenções na vida interpretada a partir dessa escala parecem não mais se limitar às normas vitais de um corpo “natural”, mas ao controle biológico que não aceita imposições de limites da “própria” biologia ao domínio biológico das ambições humanas. Desse modo, as tecnologias biomédicas contemporâneas buscam o controle e o gerenciamento dos processos vitais do corpo e da mente, e não apenas a cura de doenças (idem). Assim, para o sujeito e para o especialista, proporcionar artificialmente aprimoramentos e melhoramentos moleculares que reformatam a vitalidade configura modos de ver, praticar e pensar a reprodução em relação às técnicas de testagem, às práticas de visualização e aos modos de dar aconselhamento, o que vai além das capacidades médicas de utilizar os instrumentos e as técnicas (ROSE, 2011a).

No que se refere à possibilidade de acesso a essas técnicas por casais com pouca disponibilidade financeira ou que não podem pagar pelos tratamentos, trago um recorte da reportagem intitulada: *Maternidade mais perto: Institutos oferecem tratamentos avançados e de baixo custo para casais com problemas de fertilidade* (ZH, 2009).

Três centros criados no Estado trazem esperança para casais que têm condições financeiras de criar um filho, mas não podem pagar por tratamentos de reprodução assistida. [...] todos com sede na Capital, oferecem as mais modernas técnicas de medicina reprodutiva a um custo bem inferior ao preço usual, que varia entre R\$ 8 mil e 12 mil. No país, estima-se que entre 10% e 15% dos casais em idade reprodutiva tenham problemas para gerar descendentes pelo método natural.

[...] o Instituto Assistireh acaba de ganhar sede própria. Desde que foi criado, há um ano, realizou 37 ciclos de fertilização in vitro em 25 pacientes – 34 deles gratuitamente e três com custo reduzido. Ao todo, foram 16 gestações – três ainda estão em andamento, sendo uma de gêmeos – e 13 nascimentos. Foram realizados ainda 96 ciclos de inseminação artificial em 56 pacientes, com custo exclusivo da medicação, que resultaram em 10 gestações. A lista de espera conta com mais de 200 pacientes.

– Estamos trabalhando com captação de recursos junto à iniciativa privada e aos órgãos públicos para realizar cada vez mais tratamentos – diz Mariangela.

Em funcionamento desde o início do ano, o Instituto Willkok desenvolve o Projeto Cegonha voltado a casais com renda inferior a nove salários mínimos. [...] a entidade também busca apoio com as empresas para baratear ao máximo o tratamento, que sai, em média, por R\$ 3 mil a R\$ 4 mil.

Marcos Hoher, médico que atua no recém-inaugurado Instituto da Fertilidade (IFE), destaca que a oferta dos tratamentos com descontos que chegam a 60% é uma das únicas formas de permitir que casais tenham a oportunidade de conceber um filho.

– Queremos proporcionar às famílias uma chance. Do contrário, passariam o resto da vida com a dúvida: será que teríamos conseguido? – conclui Hoher¹⁰⁸.

O texto da reportagem torna possível perceber que a facilitação de acesso à reprodução assistida, assim como seu impedimento, atua de modo a conduzir as práticas e as decisões dos indivíduos sobre os investimentos no fazer viver a partir da gratuidade ou da possibilidade de compra dos serviços médicos. Como uma estratégia de governo dos corpos, os “espetaculares” avanços biotecnológicos tornaram “realidade” o desejo de ter filhos de muitas pessoas estéreis ou com outros problemas reprodutivos.

No entanto, tais tecnologias de intervenção sobre o processo da procriação humana, ao possibilitarem essa “realidade”, contribuem também para a constituição de outras noções de maternidade, de concepção humana e de família. Além de tornarem possível ter um filho, possibilitam que esse filho tenha as características genéticas que os pais “sempre” desejaram em relação à saúde e aos fenótipos de aparência entre os genitores ou familiares, por exemplo. Isso leva a crer que, com o aperfeiçoamento da técnica de reprodução, se pode obter a melhor criação ou o melhor produto possível¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Reportagem: *Maternidade mais perto: Institutos oferecem tratamentos avançados e de baixo custo para casais com problemas de fertilidade* (ZH, 03/01/2009). Ver página 71 do anexo 1.

¹⁰⁹ O filme *Gattaca – A experiência genética*, de Andrew Niccol (1997), é uma ficção científica futurística em que as pessoas são criadas geneticamente em laboratórios. A trama fictícia fala sobre uma sociedade controlada por sofisticadas técnicas de manipulação do código genético e da possibilidade de manipulação da interação entre os DNAs paternos para gerarem seus filhos. Tal procedimento cria os indivíduos *válidos*, oriundos desta combinação genética planejada (com raras doenças); e os *inválidos*, concebidos pela interação sexual usual, sujeitos a várias doenças. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/resenhas/gattaca.htm>>.

A ampliação dessa possibilidade de acesso – a um mercado antes de “luxo” –, incluindo pessoas com restrição financeira, mostra-se articulada com a ideia de que a vida pode ser amplamente explorada pela inovação das técnicas e pelas formas de economia com base na vitalidade em diversos níveis socioeconômicos. Assim, a maior abrangência de um mercado consumidor de vida e saúde fazendo uso da medicina para otimizar e melhorar as potencialidades do viver, articulada com a noção de saúde como um desejo, um direito e uma obrigação, capacita uma gama de especialistas para atuar numa diversificada linha de produção de serviços e empreendimentos bioeconômicos pela vitalidade. Além disso, nesse processo, ocorre a produção, a configuração de “verdades” e a reconfiguração dos indivíduos dentro de uma política econômica da vida, em que “os investimentos comerciais configuram a própria direção, organização, espaço de problemas e efeitos de solução da bioeconomia e da biologia básica que lhe dá suporte”, ou seja, a biopolítica tem se tornado bioeconomia (ROSE, 2011a, p. 22).

Nessa perspectiva, pode-se concluir que a linguagem da biomedicina, ou seja, os jogos de “verdade” da biopolítica molecular, além de modificar nossa relação com as práticas e compreensões sobre saúde, doença, vida, morte e aborto, atua na constituição de nossa subjetividade, tornando-nos as pessoas que somos – ela nos transforma nos “tipos de seres humanos que nós mesmos pensamos ser” a cada momento (idem, p.19). Atentando-se a uma pedagogia cultural (jornais) que, aliada a diversas redes de práticas, subjetiva os indivíduos, constituindo “verdades” sobre o pensar e agir, torna-se fundamental o investimento em discussões sobre temas tão complexos.

Tais “verdades” intervêm nos planejamentos para o futuro da vida das pessoas, que passam a depender da revelação de uma série de exames de triagem e de “rotina” para conhecer o seu estado de saúde e, então, manejar sua suscetibilidade. Através de intervenções no “destino” biológico, contém-se a ocorrência ou recorrência de males e doenças relativos ao risco calculado de manifestações de genes considerados anômalos – defeito genético.

Com relação a essa questão – a constituição da subjetividade –, no início do excerto, a reportagem traz a seguinte afirmação: “no país, estima-se que entre 10% e 15% dos casais em idade reprodutiva tenham problemas para gerar descendentes pelo método natural”.

Em princípio, pode parecer que essas porcentagens não dizem muito sobre quem as lê, mas, ao relatarem um problema de saúde constituído por um número elevado de pessoas, elas “apontam o dedo” para o leitor, dizendo, entre outras coisas, que ele corre o risco de fazer parte dessa estatística. Nesse sentido, essas informações atuam como predições que podem produzir no leitor ansiedade, insegurança e medo diante da possibilidade de estar incluído nas taxas de suscetibilidade a problemas de saúde como a infertilidade. Porém, quando o texto da reportagem destaca a oferta dos tratamentos com descontos de até 60%, tal informação promove expectativas e esperanças por conferir aos indivíduos algumas alternativas diante das adversidades e do estigma da infertilidade. Tais números funcionam como tecnologias de governo que atuam tanto na identificação quanto na promoção do governo sobre si, o que pode estar relacionado a uma forma de regulação da autonomia.

Rose (2011a) vale-se da expressão usada por Carlos Novas, a *política econômica da esperança*, para dizer que a “biologia” deixou de ser um destino para ser uma possibilidade entre as ideias de saúde e vida que produzem expectativa e esperança no lugar da ansiedade e do medo da mortalidade e morbidade. Lastreando essa esperança, aparecem diferentes atores – em busca da cura, atuando em pesquisas, à procura de terapias, no desenvolvimento de produtos lucrativos, almejando a geração de empregos, atividades econômicas e a competitividade internacional globalizada.

Assim, parece-me que, dentro da lógica de uma política econômica da vida/vitalidade, a manutenção da esperança ao consumidor da vida e saúde contribui para os investimentos em novas tecnologias, o que é interessante no âmbito individual e coletivo, pois promove diversos benefícios a muitas instituições, governos, indústrias, comércios, economias, ciências, Estados, etc. Isso acaba conferindo à biopolítica o caráter de bioeconomia,

possibilitando a produção e a exploração dos conhecimentos sobre a vitalidade. Assim, as estratégias biopolíticas valem-se, hoje, da economia da vitalidade e “sobrevivem” porque são mantidas pelos valores capturados pela esperança de vitalidade, ou seja, aqueles referentes à saúde humana e ao crescimento econômico (ROSE, 2011a).

Entretanto, entre a saúde e a economia existe a ética, ou melhor, as éticas dos especialistas de diversos campos de atuação – médicos, promotores de saúde, pesquisadores, bioéticos, aconselhadores genéticos e indústrias farmacológicas, entre outros empreendimentos biotecnológicos e bioeconômicos. Essas éticas em articulação constituem outra ética, a ética do indivíduo, nas condutas sobre si e sobre a sua vida, diante dos impasses que impõem posicionamentos e decisões.

Desse modo, aquilo que Rose (2011a) denomina como a biopolítica molecular é central na produção dessa ética “somática”, pois é consequência da relação com a existência de um corpo *mais* biológico, projetado – no nível de genoma e de embriões – para gerenciar a saúde e a vitalidade com vistas ao prolongamento da existência dos consumidores de produtos biológicos ou não.

A reportagem intitulada *Estatuto que proíbe qualquer tipo de aborto gera polêmica* (ZH, 2007) trata de um projeto de Lei que proíbe a manipulação, o congelamento, o descarte e comércio de embriões humanos.

Um projeto que estabelece uma série de proteções ao feto e proíbe qualquer tipo de aborto foi discutido em audiência pública na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. O projeto de Lei 478/07 cria o Estatuto do Nascituro e, entre outras medidas, proíbe a manipulação, o congelamento, descarte e comércio de embriões humanos.

Caso seja aprovado, o Estatuto do Nascituro retira do Código Penal a possibilidade de se fazer aborto em caso de estupro e prevê a criação de uma pensão alimentícia, popularmente chamada de bolsa, para as crianças nascidas deste tipo de violência. O estatuto torna o aborto um crime hediondo.

Para a relatora do projeto, deputada Solange Almeida (PMDB-RJ), a medida é uma forma de modernizar a Constituição.

— A Constituição já garante o direito à vida. Então esse estatuto está vindo regulamentar o que a Constituição já dizia,

inclusive a gente tem o Estatuto da Criança e do Adolescente. O direito humano é para a criança e não é para o feto? — questionou.

O médico e professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB) Cláudio Bernardo Pedrosa de Freitas disse que a ciência evoluiu muito e acredita que o projeto é um avanço.

Para a assessora técnica do Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea), Kauara Rodrigues, o estatuto é um absurdo porque tenta proteger os direitos do nascituro em detrimento dos direitos das mulheres.

— Do ponto de vista dos direitos humanos das mulheres, ele viola completamente. Dentro desse estatuto tem questões polêmicas como, por exemplo, o que a gente apelidou de bolsa estupro, que é uma tentativa de retirar os direitos já garantidos no Código Penal de uma mulher que é vítima de estupro, praticar um aborto de forma legal e segura.

O Ministério da Saúde conclui o parecer alegando que "a melhoria da atenção obstétrica tem impacto direto na garantia do direito à saúde do nascituro. Após o nascimento com vida a pessoa está garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Razão pela qual não somos favoráveis à aprovação do referido projeto de lei¹¹⁰".

Ao tratar das mudanças que têm ocorrido nas ciências da vida como “avanços” científicos, da relação com os direitos do embrião/nascituro e também da criação de um projeto de lei que proibiria o uso ou consumo de embriões humanos, essa reportagem faz pensar nas implicações da biomedicina contemporânea na constituição das formas de compreensão da existência. Afinal, ao experimentarmos a biologização no gerenciamento da vitalidade do nosso viver/morrer, nossos corpos humanos tornam-se ainda *mais* biológicos, e isso não é uma mera hipótese científica, mas uma constatação que se dá na gestão de si promovida pelas estratégias de governo para precaução diante da iminência dos riscos. Desse modo, pode-se dizer que as formas de conhecimento que estão configurando as compreensões e as visualizações sobre os seres vivos e sobre nós mesmos estão cada vez mais biológicas. Tais noções e interpretações da vida e de si mesmo constituem-se a partir da articulação das éticas oriundas de diversas instâncias – numa ética “somática” – que têm sido elaboradas de forma

¹¹⁰ Reportagem: *Estatuto que proíbe qualquer tipo de aborto gera polêmica* (ZH, 13/12/2007).

Projeto proíbe a manipulação, o congelamento, descarte e comércio de embriões humanos. Ver página 72 do anexo 1.

híbrida entre o conhecimento dito científico e o leigo, os quais são assumidos nos discursos cotidianos presentes também nas mídias (ROSE, 2011a). Assim, a relação entre a bioeconomia e a concepção de um corpo *mais* biológico confere à vitalidade a chave (estratégia) para o governo dos indivíduos através do gerenciamento de seus corpos – local de esperança e de otimização das potencialidades ou, ainda, (bio)capital para gerir a biopolítica ou a (bio)economia por meio de um mecanismo vital: a vida.

A partir dessa reportagem, pode-se pensar que as configurações das ciências da vida e da biomedicina têm modificado a maneira como nós – usuários e sobreviventes do sistema bioeconômico – entendemos e interpretamos os seres vivos, a vida e o aborto/morte e o quanto essas questões estão articuladas à produção dos desejos/vontades negociáveis na compra e venda de mercados biológicos que utilizam a vitalidade como um capital econômico.

É interessante destacar que, com a inclusão da questão da pesquisa em embriões na Lei de Biossegurança¹¹¹ (Art. 5º da Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005, regulamentado pelo Decreto nº 5.591, de 22 de novembro de 2005, art. 63), os embriões congelados há três anos ou mais podem ser utilizados para pesquisa com células-tronco. Tanto na Lei quanto em seus desdobramentos, os genitores podem doar seus embriões se já tiverem um filho (GOLDIM, 2008).

Segundo Goldim (2008), a criobiologia demonstra que, estando adequadamente congelados, os embriões podem ser viáveis por prazos bem superiores aos três anos estabelecidos na Lei de Biossegurança. A escolha desse prazo, inclusive, nunca foi devidamente esclarecida, sendo destoante das demais legislações sobre reprodução assistida existentes no mundo (*idem*).

No Brasil, ocorreu um grande “crescimento de clínicas de fertilização que necessitam de regulamentação para assegurar os direitos e deveres de

¹¹¹ Lei 11.105, de 24 de março de 2005. Lei de Biossegurança. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11105.htm >. Acesso em: 12 ago. 2010.

cada parte envolvida” e, também, a saúde dos que demandam a técnica (BRAZ, 2005, p.190). Nesse sentido, enquanto a Lei de Biossegurança permite que embriões congelados para fins reprodutivos tenham a sua finalidade alterada, os próprios procedimentos de reprodução assistida que geraram e geram esse tipo de procedimento carecem de legislação específica no Brasil (GOLDIM, 2008).

A complexidade de tais questões leva a questionar sobre o governo molecular dos riscos em relação à vida: deve-se ou não aceitar a utilização de embriões produzidos para fins reprodutivos para gerar células-tronco embrionárias quando os prazos legais de utilização forem ultrapassados? Isso significa que a vida passou a ter prazo de validade? É adequado promover esperança para pacientes e seus familiares quanto à possibilidade de uso terapêutico de células em procedimentos ainda não testados?

Nessa perspectiva, a reportagem *Celso de Mello defende ampliação do debate sobre células-tronco embrionárias* (Folha SP, 2008) aponta:

Celso de Mello, [ministro do Supremo Tribunal Federal], defendeu ontem que o Brasil amplie o debate sobre a legalização do aborto e disse que o país "tem sido mais aberto no plano internacional do que no doméstico" sobre o tema.

"O que nós temos notado é que jovens adolescentes se expõem a práticas abortivas clandestinas e não apenas comprometem gravemente seu estado de saúde, como muitas vezes morrem, o que é mais sério. Daí a preocupação da comunidade internacional", afirmou.

"Lá [em Pequim] discutiu-se a questão do aborto, e o Brasil no plano internacional assumiu uma posição mais aberta do que esta que vem assumindo internamente no plano de sua legislação. Por quê? Há uma questão em debate que é a do aborto seguro."

Mello fez essa afirmação um dia após o STF começar a julgar se libera ou não o uso de células-tronco embrionárias em pesquisas científicas. O julgamento foi adiado por um pedido de vista do ministro Carlos Alberto Menezes Direito.

Mello diz que a decisão sobre células-tronco pode provocar debate sobre novas condições de aborto legal, além das duas já previstas no Código Penal: estupro e risco de vida à mulher.

Mello prevê a liberação das pesquisas com células-tronco embrionárias humanas. "Tudo indica que o tribunal vá, ainda que por maioria exígua, repelir a ação. A rejeição do pedido do procurador-geral significa a celebração da vida e representa a restauração da esperança a milhões de pessoas."

Para ele, o tema sobre quando a vida começa é "extremamente controverso" e que o STF não pode levar em conta dogmas católicos. "O que não podemos é fazer opção por uma teoria que defina o início da vida a partir da perspectiva estritamente confessional¹¹²."

Ao trazer a noção de liberação das pesquisas com células-tronco embrionárias humanas, Mello enfatizou que isso "significa a celebração da vida e representa a restauração da esperança a milhões de pessoas¹¹³." Além da utilidade terapêutica, o ministro disse que a "decisão sobre células-tronco pode provocar debate sobre novas condições de aborto legal", o que se articula com a noção de que a inutilização dos embriões, com interrupção da "vida", caracteriza uma forma de aborto. Isso tem sido abordado de várias maneiras, como na primeira reportagem trabalhada nesta seção, *Manifestantes protestam no STF contra o uso de células-tronco embrionárias* (ZH, 2008), que, ao considerar o embrião como uma pessoa, menciona:

[...] no nosso ponto de vista, as pesquisas com células-tronco embrionárias estão ligadas ao aborto.

[...] a ciência precisa também ter parâmetros éticos e respeitar a vida que está contida nos embriões.

— Nós temos as células adultas que estão conseguindo o que se deseja. Por que, então, ferir o direito à vida?

[...] não vejo razão para liberar as embrionárias, porque, além de matar um ser humano, não traz nenhuma vantagem para a saúde.

Essas questões atribuem um valor moral às células embrionárias, que, apesar de serem descartadas ou congeladas nos procedimentos de fertilização, têm sua criação refutada para fins investigativos e terapêuticos.

O estatuto do embrião é um tema recorrente nas reportagens que trazem embates em prol da legitimação da manipulação dos embriões. Os argumentos daqueles que são favoráveis às pesquisas trazem comparações

¹¹² Reportagem: *Celso de Mello defende ampliação do debate sobre células-tronco embrionárias* (Folha SP, 07/03/2008). Ver página 74 do anexo 1.

¹¹³ *STF libera pesquisas com células-tronco embrionárias*: o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu no dia 29 de maio de 2008 que as pesquisas com células-tronco embrionárias não violam o direito à vida, tampouco a dignidade da pessoa humana. Esses argumentos foram utilizados pelo ex-procurador-geral da República Claudio Fonteles em Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 3510) ajuizada com o propósito de impedir essa linha de estudo científico.

Os argumentos de voto de cada ministro para esta ação estão na página 117 do anexo 2.

do embrião a um material biológico como qualquer outro tecido ou células do corpo. Nesse sentido, zigoto (óvulo fecundado) ou embrião (estágios iniciais do desenvolvimento ou de divisão celular) constituem nomenclaturas para a vitalidade contida num corpo ou conjunto celular. As atribuições biológicas, descoladas do humano, denotam a presença de um processo de desenvolvimento embrionário em que o diagnóstico da vitalidade contida nas células embrionárias compõe a compreensão da vida no nível molecular. Como já referido, isso não a torna artificial, pelo contrário, torna-a ainda *mais* biológica, talvez menos humanizada. Esses discursos, no âmbito da vida, assumem repercussões na subjetivação, de modo que nos percebemos como corpos biológicos com cada vez mais possibilidades para o aperfeiçoamento e remodelação em busca da bela idealização de vitalidade para atingir a prometida longevidade.

Examinando nas reportagens os discursos científicos em torno das pesquisas com células-tronco embrionárias, a noção de ciência parece articular-se à ideia de religião, aquilo que há de mais elevado e superior nas atividades intelectuais. Para Rose (2011a, p.21), “no campo emergente da biopolítica do século XXI, novos tipos de poder pastoral envolvem os cidadãos biológicos contemporâneos”. Esses novos pastores compartilham princípios éticos de vitalidade que se multiplicam tanto na “aplicação” do conhecimento biomédico, quanto numa variedade de instâncias popularizadas no cotidiano pela divulgação de “verdades” – em jornais, revistas, televisão, internet. Nessa rede discursiva, os indivíduos intermediados pelo conjunto de especialistas e técnicas tornam-se capazes de produzir a vida em si. Afinal, o pastor não conduz mais as almas das ovelhas confusas e indecisas; ao contrário, os especialistas têm a missão de convencer o próximo da responsabilidade com os cuidados consigo mesmo, sob a validação da ciência (CASTIEL, 2010).

O rechaço da instrumentalização biotecnológica por meio do embrião como possibilidade de agir sobre a saúde e a vida, fazendo viver mais e melhor, envolve a condenação da escolha dos embriões que serão candidatos à implantação no útero da mulher, assim como dos que serão congelados ou

criopreservados e dos que serão descartados em função dos diagnósticos genéticos pré-implantação. Nessas circunstâncias, tais diagnósticos, ao revelarem características moleculares e cromossômicas, podem tornar a herança genética o fator determinante para a escolha de sua inseminação ou não. Esse nível de conhecimento e possibilidades de intervenções biomédicas e biotecnológicas como estratégias em busca das garantias para viver mais e melhor aproxima-se da fórmula da imortalidade. Assim, o embrião “fabricado” que não apresentar as características ou predisposições genéticas que possibilitem um modo de vida nessas conformações não será escolhido para implantação, gerando o descarte ou criopreservação. Tal rejeição tem sido relacionada com a prática de aborto.

Retomando Bauman (2005, p.28), a existência do resíduo ou do refugo gerado por uma produção é negada da mesma forma que o espaço próprio do mundo da vida, afinal é “a visão dos potenciais clientes, de suas necessidades e desejos, que decide o que é o quê”. Admitir a eliminação dos refugos humanos nessa produção contribui para a organização ou manutenção de estilos de vida a partir da atribuição do papel de refugo conferido frente às “verdades” em prol da vitalidade. Nesse sentido, “eliminar ‘não é um movimento negativo, mas um esforço positivo para organizar o ambiente” em que vivemos – projetos humanos (idem, p.28).

Entretanto, outra perspectiva pode levar a pensar que tal nível de conhecimento pode gerar intervenções biomédicas e biotecnológicas aproximadas dos desdobramentos dos ideais eugênicos como “novas” práticas eugênicas, na medida em que se busca, no conhecimento genético¹¹⁴ adquirido, o “potencial” de “justificar e acionar mecanismos de exclusão” pautados em decisões assentadas nas normas sociais vigentes – como, por exemplo, os requisitos de beleza, a inteligência e a normalidade, que marcam a desigualdade e o não-pertencimento mesmo antes do nascer (MACIEL, 1999, p.140). Poderíamos, então, defrontar-nos com

¹¹⁴ “O diagnóstico genético realizado durante a fase embrionária *in vitro* permite identificar alterações cromossômicas nos embriões antes de os mesmos serem transferidos para a cavidade uterina” (PEDROSA NETO e FRANCO JÚNIOR, 1998, p.121).

deslocamentos das noções eugênicas, da repugnante violência racial nazista para o atraente avanço tecnológico propiciado pela ciência, que, ao sair da ficção, traz para a “realidade” questões para além do cientificismo neutro – como a possibilidade de eliminar “indesejáveis” e de estimular a reprodução de “desejáveis”. Porém, sem cair em dualismos como o “endeusamento” ou “demonização” da ciência e da tecnologia, as propostas de tais práticas talvez possam ser muito mais a expressão de políticas sociais de segmentos restritos da sociedade do que aplicação de teorias científicas universais – ou seja, com base nos conhecimentos e valores da vida, os interesses de determinados indivíduos ou comunidades biossociais passam a reger normas de conduta e existência – éticas somáticas dos especialistas da própria vida (ROSE, 2011a).

5.1.1. Estratégias biopolíticas de gerenciamento dos riscos para a vitalidade ou nova eugenia - aborto eugênico?

Sem negar a existência de práticas eugênicas¹¹⁵ na contemporaneidade, Rabinow e Rose (2006) explicam que a eugenia, como aprimoramento do estoque biológico da população, se direcionava à maximização da aptidão racial a serviço de uma disputa biológica entre os países. Porém, as formas do conhecimento biológico que informam nossos modos de governar a si e aos outros não são mais aquelas da sobrevivência do mais apto, nem da purificação da raça pela eliminação dos degenerados, o que torna enganoso fazer determinadas críticas através de uma associação retórica com a eugenia de meados do século XX (idem). Assim, se fizermos uso do

[...] termo eugenia para aplicar a qualquer intervenção sobre a reprodução, a morbidade e a mortalidade da população, ele cobre tudo o que diga respeito à contracepção, desde o aborto à saúde pública, e seu uso torna-se meramente parte de uma crítica retórica geral (RABINOW e ROSE, 2006, p.46).

De acordo com os autores, a economia da biopolítica contemporânea opera conforme a lógica da vitalidade, por isso, mesmo com seus circuitos de exclusão, deixar morrer não é o mesmo que fazer morrer. Além disso, com base em quais evidências poderíamos sugerir que as formas de biopolítica que estão se conformando em torno dessas técnicas têm como objetivo estratégico a administração total das características das populações pelo

¹¹⁵ Rabinow e Rose (2006) destacam que uma forma visível de eugenia está relacionada à saúde pública. “No Chipre, há programas sistemáticos de testes em todo o país, com o consentimento da população, da igreja e do Estado, para identificar e eliminar a fibrose cística – não pela seleção de embriões, mas pela interdição do casamento” (RABINOW e ROSE, 2006, p.47). “Podemos ver algo da mesma estratégia em ação em práticas para o controle de Tay Sachs entre os judeus ocidentais na América do Norte e em Israel – práticas que têm sido desenvolvidas por autoridades oriundas daquelas próprias ‘comunidades biossociais’” (idem, ibidem). “Em qualquer definição, essa é uma estratégia de reduzir os níveis de morbidade (taxa de portadores da doença) e patologia herdadas em uma população considerada como um todo, através da atuação sobre as escolhas reprodutivas individuais de cada cidadão, por meio de várias formas de cálculo e supervisão autoritárias, sancionadas por uma gama de autoridades religiosas e seculares, incluindo bioéticos, e aprovadas pela população” (idem, ibidem). Se esse é um típico caso de biopolítica contemporânea, seria enganoso diagnosticar esse fenômeno como uma forma de genocídio ou a ressurreição dos espectros dos campos de concentração porque a ocorrência da violência política ocorrida no regime biopolítico não é a mesma que ocorre fora dele (idem).

Governo? A lógica em que opera a biopolítica é diferente, porque ela envolve investimentos em alvos/objetos para expansão dos mercados farmacêuticos e dos cuidados com a saúde que buscam inscrever os indivíduos, grupos de pacientes, médicos e políticos em campanhas de “conscientização”

[...] de doenças e tratamento em nome da maximização da qualidade de vida. Isto é capitalismo e liberalismo, não eugenia, seja pela porta da frente ou de trás, ao menos na medida em que a eugenia tenha adquirido um sentido negativo inescapável em nossa cultura contemporânea.

Ainda precisamos desenvolver as ferramentas conceituais para a análise crítica das maneiras nas quais a biopolítica se relaciona com o biocapital e a bioeconomia, em circuitos nos quais a saúde e a vitalidade tornam-se apostas importantes nas relações de mercado e no valor das ações (RABINOW e ROSE, 2006, p.48).

Afinal, as possibilidades da administração genômica ou o controle genético em larga escala da população através de bebês projetados e futuros planejados não ocorreu e, inclusive, é tecnicamente impossível atualmente, pois, com a exceção de alguns setores minoritários, há poucas forças que alcançam tal racionalidade (idem).

Além disso, a proposta de uso dos sofisticados e onerosos testes genéticos pretendem um diagnóstico probabilístico para “posicionar as pessoas em grupos de risco” com chances de responder bem ou mal a determinado tratamento com custos elevados, mas sem garantias de benefícios ou de acesso (ROSE, 2010, p.635). Nessa perspectiva biopolítica, os exames genéticos envolvidos na seleção do embrião não estão relacionados ao aprimoramento racial geral ou mesmo de “bebês projetados” individualizados, mas têm sido empregados na identificação de fetos com malformações ou disfunções genéticas terminais com a finalidade preventiva de fornecer antecipadamente informações para gerir os “serviços dos tipos de planejamento de vida que têm se tornado intrínsecos às formas de vida nas sociedades liberais contemporâneas” (RABINOW e ROSE, 2006, p.44).

Rabinow e Rose (2006) ainda destacam que, nessa diferenciação, existem importantes distinções a serem consideradas entre os interesses pessoais relativos à reprodução e um compromisso do Estado com a

definição das características da população para fins nacionais. Por isso, mesmo que práticas como a seleção sexual provoquem alterações nas características da população, as tecnologias genéticas apenas amplificam as formas culturais existentes, visto que, mesmo como produtos de escolhas individuais almejadas como aspirações pessoais e conformadas por circunstâncias específicas, são com frequência explicitamente condenadas pelas políticas oficiais (RABINOW e ROSE, 2006). A possibilidade de optar indica os tipos de escolhas éticas produzidas pela esperança investida nas tecnologias (ROSE, 2010), de modo que o gerenciamento das características populacionais através de intervenções na reprodução torna

[...] extremamente improvável que a micro-administração das características populacionais através da intervenção ao nível da reprodução seja científica e tecnicamente plausível. Mesmo que seja plausível em relação a certas condições específicas, as formas e o alcance de tal administração genômica serão moldados pelos interesses de comunidades biossociais particulares, ao invés de um compromisso do Estado com a engenharia das qualidades da população para fins nacionais (RABINOW e ROSE, 2006, p.48).

Isso dificulta pensar no governo das escolhas genéticas feitas pelos genitores visando a modelos de futuros cidadãos definidos a partir dos interesses do Estado para a gestão nacional. Na percepção dos autores, como não repetiremos o passado, nem as utopias ou distopias da futurologia, é preciso – para entender e intervir em futuros possíveis – de “uma analítica que seja mais modesta e empírica, atenta a todas as pequenas mutações em que o hoje está se tornando diferente do ontem” (RABINOW e ROSE, 2006, p.48).

O futuro, interpretado como probabilidade, abre-se à esperança e a um nível de intervenções que torna tênues as fronteiras entre as finalidades das políticas de promoção e manutenção de vida e saúde proporcionadas pelas biotecnologias e as políticas voltadas ao desenvolvimento econômico com o consumo da vitalidade e os dispositivos de aceitação do morrer. Afinal, em prol de uma vida saudável, são justificadas e aceitas escolhas e intervenções que podem implicar uma normação regida por biopolíticas para vitalidade que se valem de discursos por vezes discriminatórios, em nome da

proteção, promoção e/ou manutenção da vida. Nesse sentido, as oportunidades da biologia molecular alteram a velha noção de Biologia, entendida como destino e restrições para a noção de possibilidade e de intervenção (ROSE, 2010).

Parece que os discursos sobre o corpo presentes nos jornais impressos têm se utilizado do entretenimento e da publicidade para abordar, informar ou revelar a “verdade real” sobre os corpos e suas possibilidades, no sentido de interpretar e assumir o corpo como espaço de produção e como um produto biológico que compõe a perspectiva do mercado e do consumo. Trata-se de discursos que, entrelaçados com as noções de beleza, sensualidade, saúde e juventude, tornam o corpo também um espaço para o prazer, o espetáculo, o entretenimento, a promoção da saúde e as justificativas responsabilizadoras e moralizantes para o que vier a lhe acontecer.

As discussões sobre o uso de embriões nas pesquisas, aliadas às práticas de fertilização em que vários embriões fabricados para tentativas de gravidez sobram e são descartados ou criopreservados em clínicas de fertilização artificial, parecem estabelecer relação tanto com uma forma de aborto quanto com a possibilidade de “reciclagem” do material biológico. Neste caso, os embriões condenados à “morte” poderiam ser aproveitados em pesquisas na busca por gerar mais vida e saúde, já que vivemos no regime biopolítico que procura a promoção e o gerenciamento da vitalidade.

Pelo que vinha discutindo, a lógica do biopoder é maximizar suas forças, buscando incluir o máximo que puder, mas não a totalidade. Essa racionalidade torna visíveis os efeitos de uma sociedade de normalização regida pelo biopoder, utilizando biopolíticas que expõem a morte, deixando morrer ou investindo na manutenção da vida dos corpos que fazem do seu viver algo útil e produtivo. Isso pode apontar questionamentos sobre as ideias de naturalidade ou natureza promulgadas pela “neutralidade” do conhecimento científico; como produções e invenções humanas, elas agem na vida dos indivíduos, desqualificam, excluem, criam diferenças... Porém, também promovem benefícios para a saúde dos doentes por meio do

uso/“sacrifício” de outras vidas ou do aproveitamento de suas moléculas, células, tecidos e órgãos.

Assim, a noção de vida como objeto político de estratégias para a vitalidade busca e alcança sua legitimidade por suas conexões com as políticas da ciência, da saúde e da economia. Isso oferece a oportunidade de examinar as relações entre a vida/morte social e os usos que podem ser feitos da ciência na contemporaneidade, pois os “problemas de elaborarem-se políticas sociais com base em novos conhecimentos nos campos da genética humana e da tecnologia reprodutiva são particularmente presentes em nossos dias” (STEPAN, 2005, p.13).

Contemporaneamente, vivemos em um clima em que predomina a aceitação do controle da natalidade, da esterilização (vasectomia, laqueaduras de trompa, cirurgias de “mudança” de sexo) e do aborto por motivos de saúde ou médicos em favor da vida. Evitando um reducionismo, a compreensão desses movimentos vem alertar-nos para as políticas dirigidas à vida com interpretações científicas, em que as ciências do viver e seus discursos são complexas construções que “envolvem lutas em torno de significados e valores” (STEPAN, 2005, p.218).

A partir das noções discutidas por Rabinow e Rose e do entendimento de ciência da vida como processo de produção social, pode-se perceber que a relação entre o viver e o morrer vem perpassando nebulosas fronteiras de luta, num cenário bioeconômico marcado pela mercantilização da vida, o que possibilita os seguintes questionamentos:

Como está se constituindo o valor à vida/morte nessa rede de “verdades” – conhecimento, mercado, religião, saúde e éticas?

Quais dispositivos estão operando e como operam nas valorizações e desvalorizações do viver?

As escolhas apontadas por diagnósticos biotecnológicos equivalem a práticas eugênicas ou relacionam-se com a constituição de “autonomia” e governo?

Conhecer as predisposições do próprio corpo sugere uma nova percepção sobre a vida (mais biológica) e nos capacita e responsabiliza para gerenciar e controlar (ainda mais) o viver?

Será a eugenia ou os valores diferenciais dirigidos à vida a questão ameaçadora para a constituição da ética do viver/morrer?

Que tipos de humanos desejamos ser – mais biológicos ou menos – e qual o papel da economia de mercado nessa transformação?

Quais as produções e os efeitos da vida como projeto baseado em cálculos de propensões genéticas?

Na constituição do indivíduo em circunstâncias de incerteza, Sibilia (2008), ao falar da redefinição dos limites da condição humana pelas ciências da vida, menciona que os projetos tecnocientíficos exercem importante papel nas transformações das definições e compreensões de vida e morte, de natural e artificial e de normal e patológico.

Para a autora, conhecer as “essências” de um organismo dá acesso à tradução da vitalidade de cada um de nós, o que faz com que a “natureza humana” deixe de ter limites fixos e rígidos e se abra a ilimitadas possibilidades de “reprogramação” de suas características e funções. Os limites da definição do “humano” têm sido desafiados por pesquisas que reprogramam novos projetos de “envelhecimento”, visando, por exemplo, à “imortalidade” ou à promessa de que logo poderemos exercer um controle “total” sobre o corpo humano, assumindo-se (ou não) os riscos que esse projeto pode implicar.

Uma racionalidade biopolítica modificada em relação à saúde e ao viver/morrer está nitidamente se formando. Nela, a noção de biopoder direciona nossa atenção para: o conhecimento de processos de vida vitais, as relações de poder que adotam os humanos/seres vivos como seu objeto e os modos de subjetivação através dos quais os sujeitos atuam sobre si próprios e sobre os outros – três elementos, “o conhecimento, o poder e a subjetividade, estão entrando em novas configurações, algumas visíveis, outras potenciais” (RABINOW e ROSE, 2006, p.50).

Nesse movimento, a possibilidade de decidir sobre o desejo de alterar ou não a programação genética indica até que ponto têm avançado a cultura do individualismo e a crença na individualidade (SIBILIA, 2008). Além disso, elementos que ultrapassam as meras regras econômicas do capitalismo confluem para obter-se uma visão do mundo, um denso tecido de valores e crenças que constituem as nossas “verdades” e alimentam nossos desejos e medos, nossos sonhos e pesadelos (idem). As descontinuidades constituídas nessas redefinições tornam as discussões necessárias, em razão da sua magnitude e dos efeitos que podem provocar em vários âmbitos e níveis – econômicos, políticos, sociais, culturais, morais e éticos (idem).

Por fim, concordo com a autora quando comenta que “corpos” devotos às “boas formas” e ao bem-estar corporal se veem constrangidos por um conjunto tirânico de crenças e valores, tais como as “verdades” ou os mitos de beleza, magreza e juventude. Trata-se de um ideário contemporâneo que tem os meios de comunicação como aliados fundamentais, pois o turbilhão de imagens e discursos midiáticos que cotidianamente nos bombardeia contribui para a disseminação desses padrões do “corpo perfeito”, além de divulgar as técnicas, produtos e serviços disponíveis para atingi-los (SIBILIA, 2008). Assim, sem limites na especulação de futilidades, a artificialidade da manipulação do biológico vem tomando um ar de “naturalidade”, numa rede predominantemente industrial e cada vez menos amadora ou artesanal, e sua gestão impõe mais interferências, controles e intervenções, inclusive da autonomia.

Assim, no sucesso desse projeto, confluem não apenas a tecnociência e o mercado, mas outro aliado imprescindível implicado nas experiências corporais contemporâneas – a mídia (SIBILIA, 2008). Os jornais, como parte da mídia relacionada às nossas experiências, já sem muito espanto ou comoção, possibilitam a leitura diária sobre a morte de indivíduos que pretensamente nos causam riscos – bandidos, criminosos, delinquentes –, sobre a morte dos que sofrem a falta de assistência médica ou vivem em condições insalubres – desnutrição, contaminações, epidemias... –, assim

como daqueles que ainda nem nasceram, pelas diversas circunstâncias que podem levar ao abortamento e ao infanticídio, dentre outros exemplos.

Pensar sobre as formas do viver/morrer que nos cercam e sobre a prorrogação ou não da morte por meio das intervenções médicas, da polícia ou de regulamentações do Governo significa pensar sobre quem estamos sendo no mundo. Afinal, pensar sobre “a limitação da sua vida é pensar sobre o sentido da nossa própria existência” (DOLL, 2004, p.120). A noção de governo implica o controle e o “governo” de uns em relação aos outros, com vistas à utilidade e produtividade das pessoas/corpos nos diversos sistemas que integram a sociedade, o que nos leva a questionar os efeitos das práticas sociais postas em circulação/funcionamento numa sociedade regida pelo fazer viver – mais e melhor.

Problematizar algumas das condições que geraram e geram possibilidades de pensar o viver e o morrer, inclusive de quem ainda não nasceu, faz perceber que, a partir de uma análise relativamente local das formas de poder em relação ao corpo e ao viver, seja possível discutir problemas mais gerais sobre o viver/morrer. Isso porque falar de problemas no nível do micropoder implica falar de suas relações com os macropoderes, ou seja, conhecer como as estratégias de governo dos corpos e das vidas se articulam a problemas biopolíticos. Nas palavras de Foucault, a “análise dos micropoderes ou dos procedimentos de governamentalidade não está, por definição, limitada a uma área precisa”, definida por setor ou escala, mas deve ser considerada uma perspectiva, “um ponto de vista, um método de decifração que pode ser válido para a escala inteira, qualquer que seja a sua grandeza” (FOUCAULT, 2008a, p.258).

Após essas discussões, percebo e compreendo que, ao viver num contexto de economia neoliberal e sob o sistema do biopoder, a testagem genética configura-se como um exame digital – a exemplo da ultrassonografia – que se destaca entre outras possibilidades de exames rentáveis economicamente que já estão à disposição e que intervêm nas nossas escolhas e comportamentos dirigidos à promoção da saúde/vida e à prevenção de doenças. Esses procedimentos, baseados em “verdades”,

mesmo se refletindo em abortamentos, discriminações ou estigmatizações, não equivalem à eugenia, mas dizem respeito à constituição de noções sobre a valorização e desvalorização da vida. Trata-se de técnicas de exames mais amplos que dizem outras coisas e possibilitam outras práticas, mais incisivas e significativas, nas intervenções. No entanto, as escolhas são individuais, pessoais e, por isso, subjetivadas no regime do biopoder pela noção de vitalidade, ou seja, de fazer viver mais e melhor, de produzir a saúde antes de precisar restabelecê-la e, ainda, de contar com a esperança e a incerteza de fazer as escolhas “corretas” diante do governo de si, que se dá a partir da administração de riscos ou propensões genéticas.

Considerar que as tecnologias de reprodução e as técnicas de aconselhamento genético por meio de testagens pré-natais estabelecem uma relação entre o conhecimento dos riscos e as intervenções, entre elas, o aborto, implica a articulação entre a comunicação, a informação e as explicações médicas na tomada de decisões, ou seja, as decisões são constituídas a partir de ponderações próprias, e não apenas da voz/ordem médica (ROSE, 2010). Faz perceber também que, no quadro de medicalização da sociedade, gerida por especialistas de diferentes áreas, a ideia da hereditariedade e do gene como unidade de herança codificada tem instigado a imaginação sobre o domínio do biológico em relação à possibilidade de novas práticas eugênicas. Porém, ao contrário da eugenia, a desproporcional distribuição e acesso aos recursos para a otimização da vida evocam a valorização econômica do viver pela redução da vida do indivíduo a elementos que podem ser explorados economicamente, por exemplo, as técnicas de diagnósticos e patentes.

Se a meta da biopolítica/bioeconomia é convencer o indivíduo a viver – trabalhar, gastar, consumir, endividar-se, etc. – pela saúde do próprio corpo para viver mais até o “distante” dia de sua morte, parece que a intenção é mobilizar os indivíduos para a produção de intervenções sobre a vida, tendo a saúde e o corpo cada vez mais relacionados à ideia de felicidade ou à própria felicidade de viver por mais tempo e da melhor maneira. No entanto, o preço consiste em assumir tudo o que envolve os cuidados de si – tanto a

responsabilidade quanto a incerteza, a culpa ou o fracasso na realização dos desejos (RABINOW e ROSE, 2006).

No que se refere aos estímulos para os cuidados de si, como já referido, eles aparecem em vários espaços – jornais, internet, revistas, televisão... –, conectados com informações de especialistas sobre as possibilidades e as estimativas de doenças. Tais estímulos competem entre si na constituição da subjetividade do indivíduo como responsável que busca cada vez mais por informações e pelo exercício das recomendações com vistas à pretendida “proteção” promovida pelas “garantias” biotecnológicas de redução de riscos e de acesso ao melhoramento da vida do futuro filho.

Essa percepção da maternidade atravessada por discursos biotecnológicos de otimização da vida e de autocuidado, ligada à responsabilização pelas escolhas e riscos e divulgada em mídias como os jornais confere investimentos em vários níveis à mulher. Ao tornar-se gestora do filho, a mulher consome possibilidades, necessidades, saúde, aptidões, vontades que fazem da ideia/sonho de filho “perfeito” um produto de intenso comércio, mas sujeito ao descarte quando não atender à demanda (SOMAVILLA e SANTOS, 2011). Por meio dessas técnicas preventivas, pode-se imaginar a compra de uma vida projetada para a “perfeição” que, por isso, pode oferecer mais segurança a esse indivíduo pela potencialização na redução dos riscos à sua saúde/vida. Além disso, a exposição a riscos procriativos, como deformações, anomalias, anormalidades, malformações, deficiências e síndromes, aponta aos pais, mas especialmente para a mulher, os discursos de responsabilidade pela prevenção para o nascimento de um bebê saudável.

Diante dessa “tarefa” e temor, a futura mãe, num regime de cuidado de si e gerenciamento dos riscos, encontra nos testes e nas intervenções genéticas uma poderosa estratégia de detecção e de combate aos genes causadores desses possíveis “males”. Com o auxílio do aconselhamento genético dos especialistas e das tantas informações que a mídia fornece diariamente, a futura mãe vê-se munida e apta para tomar as decisões de forma “autônoma” e “responsável”, provando para a família, os amigos, a

sociedade e a si mesma sua capacidade no gerenciamento de sua vida e da vida futura de seu filho. Do contrário, vai provar sua postura irresponsável e incompetente pelas escolhas que fez para a saúde/vida de seu filho e estará sujeita a julgamentos e questionamentos morais e de culpa sobre suas condutas, obrigações, amor e responsabilidade enquanto mulher atuante no papel de mãe. Assim, a racionalidade aparentemente salvacionista atribuída à biotecnologia e à biomedicina – que classificam, dirigem e regulamentam as práticas dos indivíduos – torna-as instâncias com dimensões educativas de produção e posicionamento dos sujeitos e de governo dos corpos/vidas.

Daí a eficiência dos anunciados benefícios das tecnologias reprodutivas, como os exames de rotina e genéticos, em não onerar o Estado, reduzir prejuízos e custos com doenças e gerar rentabilidade e movimentação da economia com o seu comércio. Isso se constitui em estratégias bioeconômicas ou mercadológicas de articulação de diversos níveis de governos para manutenção do Estado, visando a promover o bem de “todos”, da economia e das pessoas pela perpetuação do consumo num governo de si atravessado por julgamentos morais.

Ao que parece, como consequência da produtividade em prol da garantia da manutenção do Estado por meio da movimentação da economia que se vale da promoção da vitalidade, há aqueles que não conseguem acessar a saúde privada ou pública. Sem tais acessos, esses padecem as mazelas da falta de prevenção, diagnóstico e cuidados, numa intensa exposição aos riscos do destino biológico do próprio corpo e aos riscos da falta de condições socioeconômicas para a saúde e vida – fatores que configuram riscos ambientais e de estilo de vida e que aumentam as chances de doenças e de morte, mas que por vezes têm sido veiculados como contra-exemplos para os “cidadãos biológicos”.

Com isso, não quero dizer que o capitalismo neoliberal seja do bem ou do mal, mas que, num sistema biopolítico, mesmo que as responsabilizações sejam endereçadas a todos, não serão todos – ou seja, a totalidade – que guiarão suas decisões para determinados propósitos ou que poderão acessar as estratégias de reconfiguração do biológico. Em seus estudos sobre o

nascimento da biopolítica, Foucault (2008a) mencionou que as desigualdades são necessárias para o mercado, pois é por meio da desigualdade que se promove a concorrência das mais variadas formas e nos diversos setores. Caso uma política social tivesse por objetivo a igualização, ainda que relativa, seria necessariamente antieconômica. Nessa lógica, para que as regulações se façam, é preciso que “haja pessoas que trabalhem e outras que não trabalhem, ou que haja salários altos e baixos, é preciso que os preços subam e desçam” (FOUCAULT, 2008a, p.196). Assim, nesses jogos instáveis e não-igualitários, um desempregado não é uma vítima da sociedade, mas “é um trabalhador em trânsito” que está “entre uma atividade não rentável e uma atividade mais rentável” (FOUCAULT, 2008a, p.191). Tendo em vista não a extinção, mas a tolerância em relação à manutenção de um equilíbrio dessas taxas, as pessoas oscilam entre a falta de acesso aos recursos de gestão da vida e saúde e a possibilidade de acessá-los e também de viver por mais ou por menos tempo, por viver com mais ou com menos saúde, etc.

Dessas considerações, mesmo que determinadas tecnologias reprodutivas sejam marcadas por históricos estigmas eugênicos, não me parece que as decisões das pessoas sejam “manipuladas” de modo a atingir fins eugênicos porque as estratégias não vislumbram nem a extinção de doenças nem a plena saúde para toda a coletividade dos cidadãos. Entretanto, essa relação com a reprodução e a possibilidade de acesso à saúde mostra-se implicada na ampliação e manutenção do comércio interno/externo por meio de uma infinidade de produtos biológicos e não-biológicos ligados à noção de vitalidade. Essa noção, como estratégia biopolítica de governo, tem operado moralmente na promoção da saúde, na prevenção e manejo dos riscos e no adiamento da velhice e da morte, por exemplo. Assim, através de alimentação, exercícios físicos, esportes e cirurgias estéticas, entre outros, movimenta-se a economia de mercado e a mantém-se em funcionamento. Isso faz lembrar, nas palavras de Foucault, que “o mercado é um regulador econômico e social geral” e que ele constitui

um mecanismo muito sutil que gerencia interesses articulados e/ou compartilhados (FOUCAULT, 2008a, p.192).

Nessa relação, a responsabilização moral de agir em prol da vida nas decisões individuais de gestão dos riscos não parece relacionar-se às noções eugênicas, mas, talvez, à noção de adaptação do viver de cada indivíduo às circunstâncias em que vive – como uma prevenção comportamental relacionada aos estilos de vida. Para que se pense em eugenia nessas circunstâncias, seria necessário interpretar os esforços e as estratégias para que se viva mais e melhor – relativos às práticas de si na manutenção de beleza, saúde e juventude – como estratégias eugênicas para extinção do que se considerar como feiura, doença e velhice, em prol da cultura do corpo “perfeito”, e não como estratégias biopolíticas de prevenção de doenças e promoção da saúde/vida para o governo dos corpos. Penso que esse não seja o caso, afinal, inúmeras pesquisas têm enfatizado a produtividade das “verdades” que vêm nos subjetivando, mesmo as relacionadas à “perfeição” corporal, mostrando-se vinculadas aos discursos de prevenção de doenças e promoção da saúde/vida, em negociações e redefinições constantes.

Na tentativa de limitar-me a conhecer as implicações das “verdades” e definições da vida/morte nas biopolíticas atuais relacionadas ao aborto, na próxima e última seção, trago algumas discussões sobre o corpo e a vida do feto e da mulher grávida, para discutir as formas de governo na busca pela maximização da produtividade do viver em caso de anencefalia. Apresento, ainda, conceituações de termos utilizados para definir formas de aborto e discussões sobre diferentes posicionamentos e olhares relativos a essa questão – Legislação, Medicina e Religião.

5.2. Anencefalia: paradigmas da existência e seus riscos

Antes de iniciar a discussão sobre a anencefalia, pareceu-me pertinente retomar, de forma breve, alguns apontamentos sobre a noção de biopoder proposta por Foucault. Para ele, no regime de um poder que se encarrega da vida, ou seja, que toma a vida como objeto político, são necessários “mecanismos contínuos, reguladores e corretivos” que distribuem os indivíduos em escalas de “valor e utilidade” em torno da norma (FOUCAULT, 2007, p.157). Relacionada a esse poder dirigido à vida, ocorre uma proliferação de tecnologias políticas que investem sobre o “corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e de morar, as condições de vida, todo o espaço da existência” (idem, p.156). Sobre isso, Foucault disse que

[...] a lei funciona cada vez mais como norma e a instituição judiciária se integra cada vez mais num contínuo de aparelhos (médicos, administrativos etc.) cujas funções são sobretudo reguladoras. Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida (FOUCAULT, 2007, p.135).

O biopoder ocupa-se em intervir para aumentar a vida, prolongar sua duração, multiplicar suas possibilidades, controlar seus acidentes, compensar suas deficiências, tendo essencialmente o objetivo de “intervir para fazer viver, e na maneira de viver” (FOUCAULT, 2002a, p.295). Para isso, utiliza estratégias para a eliminação do perigo e a promoção da proteção e da longevidade de determinados indivíduos.

Para o autor, a redução do perigo pode relacionar-se à eliminação da vida, o que compreende não só e simplesmente o assassinato direto, mas todo um conjunto de elementos que podem ser formas de assassinar indiretamente, como, por exemplo: expor à morte, multiplicar para alguns os riscos de morte ou “a morte política, a expulsão, a rejeição, etc.” (FOUCAULT, 2002a, p.306). Essa percepção leva a entender como é possível admitir a morte num sistema político centrado no exercício do biopoder – poder que tem como objetivo fazer viver, que trata de “aumentar a vida, de prolongar sua duração, de multiplicar suas possibilidades, de desviar seus

acidentes ou então de compensar seus acidentes” (FOUCAULT, 2002a, p.304).

Nesse regime, portanto, governar implica viver ou morrer em nome da vida saudável, da produtividade e da utilidade das vidas e/ou dos modos de viver que compõem os corpos e que garantem e mantêm a sustentação do poder econômico de uma sociedade. Com isso, não quero dizer que o capitalismo ou o biopoder sejam da ordem do bem ou do mal, mas que as coisas/“verdades” funcionam e são criadas/pensadas de maneira que os benefícios tendam a ser ou parecer mútuos. Afinal, estão articulados por normas que valem para todos, as quais, ao instituírem-se, constituem leis que governam os indivíduos – seus corpos e vidas – e que os tornam, além de governáveis, governantes de si e dos outros.

“Encerrando” esse breve retorno às explicações de Foucault sobre questões de poder e de governo da vida, retomo o que tratava na seção anterior. Nela mencionava que, a partir de exames pré-natais, é possível diagnosticar malformações congênitas intrauterinas, como as anomalias cromossômicas e problemas no fechamento do tubo neural, e que aos riscos genéticos se agregam recursos preventivos, diagnósticos e terapêuticos. Para a interrupção da gravidez em casos como o de anencefalia, contemporaneamente, tem-se usado a expressão *antecipação terapêutica do parto* e evitado o termo *aborto*, como mencionado na reportagem intitulada *Médicos evitam falar em aborto e defendem “antecipação de parto”* (Folha SP, 2008).

Entidades médicas defenderam "antecipação do parto" de fetos com anencefalia durante a segunda audiência pública feita pelo STF (Supremo Tribunal Federal). Durante toda a audiência, os médicos evitaram usar o termo aborto, que, segundo eles, só ocorreria se o feto tivesse vida. O vice-presidente do Conselho Federal de Medicina, Roberto D'Ávila, disse que o órgão é favorável à antecipação do parto nesses casos.

Segundo D'Ávila, como a legislação proíbe o aborto, o conselho determina que os médicos orientem suas pacientes a procurar a Justiça. "Entendemos que essas pacientes estão submetidas a riscos. Somos obrigados a mandar os médicos orientarem suas pacientes a buscarem o judiciário. Dessa forma, está havendo uma judicialização da medicina", disse.

O médico, representante da Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) apresentou estudos que mostram que 7% das gestantes de fetos anencéfalos sofrem deslocamento de placenta e 4% passam por uma histerectomia (retirada do útero). Ele apresentou ainda dados de pesquisa feita com 4.320 ginecologistas que mostra que 83,5% consideram que a gravidez traz riscos físicos e mentais para a mulher e deve ser evitada¹¹⁶.

A justificativa apresentada para evitar-se o uso do termo é a de que o aborto é considerado um crime contra a vida em potencial, ou seja, quando o feto tiver chances de cura ou melhora, o que não existe no caso do feto com anencefalia, pois o erro de fechamento do tubo neural “impossibilita a vida extra-uterina” (TESSARO, 2008, p.26). Isso torna a anencefalia um caso limite, em que o feto não tem chances de sobreviver fora do útero, mas há casos, como a síndrome degenerativa de Tay-Sachs¹¹⁷, em que a morte ocorre depois do parto, por volta dos quatro anos de idade (DINIZ e RIBEIRO, 2004).

Segundo Gil, cada caso tem suas peculiaridades, mas a interrupção de gestações desse tipo não configura um aborto, e o seu prolongamento pode causar “malefício para toda família”, inclusive aos outros filhos (GIL, 2005, p.109). Em relação à aceitação da antecipação do parto nesses casos, o vice-presidente do Conselho Federal de Medicina referiu-se às mulheres grávidas como pacientes submetidas a riscos físicos e mentais que devem ser evitados; porém, como o aborto é proibido pela legislação, tal conselho determinou aos médicos que orientassem suas pacientes a procurarem a Justiça. A reportagem, enfatizando a questão do risco para essa gravidez e embasando-se em pesquisas, apresenta percentuais, como, por exemplo, de incidência de casos de descolamento de placenta (7%) e de histerectomia

¹¹⁶ Reportagem: *Médicos evitam falar em aborto e defendem "antecipação de parto"* (Folha SP, 28/08/2008).

Ver página 75 do anexo 1.

¹¹⁷ A doença de Tay-Sachs (DTS) consiste numa deficiência enzimática congênita; na maioria das vezes, leva a uma deterioração mental e física intensa, tornando-se letal durante a infância. Pode ser detectada por exame de sangue ou por técnicas diagnósticas baseadas na análise molecular do DNA, tal como a reação de polimerização em cadeia, PCR – Polymerase Chain Reaction (PURVES, 2002). Com o intuito de diminuir a incidência dessa doença, são incentivados exames pré-natais e aconselhamento genético.

(4%). Traz, ainda, a informação de que, num total de 4.320 ginecologistas, 83,5% consideraram a possibilidade de riscos físicos e mentais.

A partir dessa reportagem, percebe-se que o amparo no discurso de prevenção de riscos à saúde da mulher comprovadamente constatados em pesquisas feitas por especialistas contribui para acionar outra leitura e significação para o aborto, remetendo não somente à morte do feto, mas especialmente à solução terapêutica de eliminação do risco a que a saúde física e mental da mulher está exposta. Assim, de acordo com o diagnóstico do estado de saúde, ocorre uma alteração também do vocabulário dirigido à mulher grávida, que deixa de ser interpretada como uma gestante “normal” e passa a assumir o papel de paciente, portadora de um risco iminente. Com base na possibilidade de manifestação desse risco calculado, recomenda-se a busca pela liberação do judiciário para o abortamento; este, por adquirir a conotação preventiva e terapêutica de promoção da saúde/vida da mulher, muda a relação com a morte.

Se antes a prática de aborto remetia à interrupção da vida pela morte do feto, agora passou a reportar-se à vida, à promoção da saúde/vida da mulher. Aliadas a isso, apareceram outras denominações para tal prática, como, por exemplo, a de *antecipação terapêutica do parto* e *interrupção terapêutica da gravidez*. Tais nomeações produzem alterações nas formas de ver e pensar essa prática e também atuam na constituição de “verdades” e noções sobre os distintos valores que atribuímos à vida e à morte, de acordo com as circunstâncias em que esses acontecimentos de fazer viver/morrer estão inseridos. Isso promove o estabelecimento de outras percepções sobre a possibilidade de morte e vida, pois a morte pode significar um começo quando relacionada à manutenção da vida e, assim, pode tornar presentes outras éticas relativas à modificação e superação dos critérios que definem o viver/morrer.

Como já referido, a anencefalia tem sido considerada uma malformação incompatível com a vida extrauterina em 100% dos casos, com impossibilidade de sobrevivência ou reversibilidade, sendo letal – “pelo menos

50% deles morrem ainda intra-útero” (ANIS, 2004, p.71). Nesse caso, não há o que fazer para tornar o feto “viável”, pois ele

[...] não apresenta os hemisférios cerebrais por um defeito de fechamento do tubo neural, nem o córtex cerebral, somente o tronco. Como a cabeça não fechou e o cérebro não se desenvolve, o feto apresenta um profundo achatamento da cabeça [além da exposição dos tecidos e hemorragia] (idem, p.83).

Em relação a essas questões e estimativas, têm-se buscado estratégias preventivas em recursos como o tratamento com ácido fólico. No recorte da reportagem intitulada *A cada três horas, nasce um bebê anencéfalo no país, diz geneticista* (ZH, 2008), relata-se que o tratamento com ácido fólico, apesar de reduzir a incidência de anencefalia, não abarca 100% dos casos.

O médico geneticista Salmo Raskin falou durante a audiência pública em nome da Sociedade Brasileira de Genética Clínica, da qual é presidente. Ele fez uma exposição técnica sobre como acontece a anencefalia e afirmou que esta é a maior causa de má formação congênita no primeiro trimestre de gestação. Além disso, disse que a cada três horas no Brasil nasce uma criança com anencefalia:

— Estamos falando de algo extremamente freqüente — afirmou o médico.

Ele explicou que a fortificação com o ácido fólico não reduz 100% dos casos de anencefalia, mas reduz de 10% a 40% dos casos. Os Estados Unidos alcançou a redução de 19% e o Chile o maior índice, que é de 42%. No entanto, a eficiência da substância precisa ser feita antes do fechamento do chamado tubo neural e quando a gestante descobre que está grávida e não utilizou o ácido, não adianta mais utilizar.

— No Brasil isso é muito comum, nós atendemos todos os dias gestantes que descobrem que estão grávidas, vão ao obstetra marcar consulta e então descobre que não adianta mais usar o ácido fólico.

Raskin falou que a anencefalia tem prevalência maior em fetos do sexo feminino e pode estar associada a mais de 20 síndromes genéticas. Ele disse que já presenciou casos em que o feto sofre convulsões até a hora da morte:

— O tecido neural fica exposto, hemorrágico e fibrótico. Há uma degeneração dos neurônios e a morte acontece dentro de horas ou dias — explicou.

Doação de órgãos

De acordo com o geneticista, os bebês que nascem sem cérebro não podem e não devem ser doadores de órgãos. Não podem porque eles, geralmente, morrem muito rápido e não dá tempo, pois o transplante em recém nascidos não é feito antes

do sétimo dia de vida. E, segundo ele, mesmo que dê pra retirar os órgãos, eles estarão comprometidos.

— Manter a vida do anencéfalo artificialmente para retirar os órgãos é questionável eticamente.

Por fim, o médico disse que o risco de um casal que teve um feto anencefálico vir a ter outras gestações semelhantes é de 25 a 50 vezes maior comparado com casais que nunca tiveram fetos anencefálicos:

— Então, não é impossível nem improvável que uma gestante tenha uma gestação de um feto anencefálico, pela legislação atual não possa interromper essa gestação, e numa próxima gestação, a mesma coisa venha a acontecer.

O STF vai ouvir opiniões de diferentes profissionais, associações e entidades religiosas antes de julgar a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54, sobre o tema.

A matéria deverá ser enfrentada pelo plenário do Supremo em novembro, segundo o relator da ação, ministro Marco Aurélio¹¹⁸.

No início do texto, é mencionado que, a cada três horas, nasce uma criança com anencefalia no Brasil. Tal incidência, conforme afirmação médica, pode assustar pela alta frequência de ocorrência desse risco. No entanto, é referido que a administração do ácido fólico contribui como estratégia preventiva, pois reduz de 10% a 40% dos casos. Contudo, a eficácia da substância no organismo fetal depende de sua utilização antes do fechamento do chamado tubo neural, nas palavras do médico: “quando a gestante descobre que está grávida e não utilizou o ácido, não adianta mais utilizar”.

Para Lupton (2000, p.26), em relação aos homens, o corpo feminino é mais visível e recebe “maior atenção às questões da saúde da mulher”. Tais discursos preventivos, ao enfatizarem a importância ou obrigação em planejar a gravidez, mostram-se ligados à responsabilização da mulher e ao seu dever no gerenciamento dos cuidados maternos. Do contrário, será a principal culpada, pois é ela quem deve saber da gravidez no tempo oportuno de tomar a medicação para prevenção. A estatística da ocorrência chama a atenção para a negligência, o desleixo e a irresponsabilidade de um elevado número de mulheres na gestão de si e do outro. Desse modo, a sua

¹¹⁸ Reportagem: *A cada três horas, nasce um bebê anencéfalo no país, diz geneticista* (ZH, 28/08/2008). Ver página 76 do anexo 1.

falta de conhecimento e de atitude reflete-se num sério problema de saúde em que a única medida terapêutica para resguardar sua vida será a omissão da vida de seu filho.

Na sequência de “alertas” sobre a gravidade da alta ocorrência desses casos no Brasil, o médico mencionou a prevalência da anencefalia em fetos do sexo feminino, o que pode estar associado a mais de 20 síndromes genéticas. Além disso, falou que já presenciou casos em que o feto sofre convulsões até a hora da morte. Assim, numa aterrorizante narrativa, o médico chama a atenção não só para a alta ocorrência da anencefalia, como também para a possibilidade da associação dessa anomalia a um número expressivo de outras síndromes genéticas. Tais “verdades” funcionam como um reforço moral nas obrigações da mulher em práticas preventivas e nos cuidados, tornando-a responsável ou irresponsável, cuidadosa ou insensata, negligente ou ajuizada, entre todos os outros adjetivos capazes de, por bem ou por mal, culpabilizá-la e responsabilizá-la (LUPTON, 2000).

Outra questão apontada no texto que é digna de atenção é a das indicações de margem de risco com base em estimativas já no título, pois este traz a estatística de que “a cada três horas nasce um bebê anencéfalo no país, diz geneticista”. Em meio a tantos percentuais e estimativas sobre a vida e a morte, é interessante lembrar que os números dos dados coletados se referem ao humano. De acordo com Santos (2002), mesmo que não tenham a ver com quem lê a reportagem, os números nela divulgados falam de pessoas, pessoas que talvez não conheçamos e que desconhecem ou são estranhas às normas e às condutas morais, sociais e legais. Se tais números não nos representam, então não dizem respeito às nossas vidas, porém, ao falarem do outro, falam também de nós. E se estivermos representados diretamente por algum desses percentuais... O que esse número nos diz sobre nossa vida?

Para Santos (2002), os números – gráficos, tabelas, porcentagens – são um modo de governar, constituem uma das tecnologias de governo envolvidas na produção e regulação dos indivíduos pelo autogoverno, isso porque a probabilidade indica uma margem de risco que insere cada

indivíduo na lógica governamental. Tal lógica, de forma eficaz, torna desnecessário um governo que controle cada cidadão, pois cada um exerce “sobre si mesmo uma forma de governo que tanto pode se aproximar daquilo que dele é esperado quanto pode se afastar” (SANTOS, 2002, p.38). Assim, o autogoverno faz as probabilidades estatísticas ou os números de dados científicos – enquanto tecnologias de governo – funcionar no nível do gerenciamento e condução do indivíduo para a normalidade. Com base em Hacking, Santos (2002) comenta que a estatística tem contribuído na determinação do formato das leis sociais, do caráter dos fatos sociais e, ainda, na criação de conceitos e classificações nas ciências humanas, valendo-se da representação dos indivíduos por números. Os números mostram-se “reveladores” das predições sobre os indivíduos que poderão ou não ser afetados. Além disso, identificam, rotulam e definem agrupamentos humanos sujeitos a intervenções ou medidas preventivas relacionadas às tecnologias de governo, que, ao incidirem nas decisões, regulam a autonomia, ou seja, configuram a promoção do autogoverno como estratégia de governo.

Retornando à reportagem, esta aborda a possibilidade de doação de órgãos do anencéfalo; conforme a fala do geneticista, “os bebês que nascem sem cérebro não podem e não devem ser doadores de órgãos” – em razão de morrerem muito rápido, antes do prazo que autoriza a retirada dos órgãos, que corresponderia a, no mínimo, sete dias de vida. Outro impedimento mencionado por ele é que, “mesmo que dê pra retirar os órgãos, eles estarão comprometidos”. O geneticista salientou, ainda, que “manter a vida do anencéfalo artificialmente para retirar os órgãos é questionável eticamente”.

Abordando várias questões intrigantes, esse excerto remete à discussão do transplante como tentativa de tornar úteis os órgãos do anencéfalo, ainda vivo, em busca da promoção do viver de outros indivíduos – ou seja, seu restrito tempo de vida torna-se uma possibilidade de gerar mais vida.

5.2.1. Da vida do anencéfalo: valores para a “reciclagem” de “materiais” biológicos?

No que se refere à doação de órgãos de um anencéfalo, a reportagem intitulada *Governo restringe transplante de órgão de bebê anencéfalo* (Folha SP, 2007) diz o seguinte:

O governo federal atropelou ontem o Conselho Federal de Medicina e proibiu o transplante de órgãos e tecidos de bebês anencéfalos até que seja constatada uma parada cardíaca irreversível – para os demais doadores, segue valendo o diagnóstico de morte cerebral.

O CFM autorizou esse tipo de transplante em resolução de 2004 porque considera o anencéfalo um "natimorto cerebral", mas não há casos no país. Para o Ministério da Saúde, se o anencéfalo nasce e respira, é um ser humano e precisa ser protegido.

Segundo o coordenador do SNT (Sistema Nacional de Transplantes) do Ministério da Saúde, Roberto Schlindwein, o CFM recusou a sugestão de modificar sua resolução no ano passado. Por isso, foi necessário publicar a portaria para evitar "confusão" nas centrais de transplantes, que sempre foram orientadas a recusar procedimentos com órgãos e tecidos de anencéfalos.

A Lei de Transplantes, de 1997, determina que o doador morto precisa ter a morte cerebral verificada por dois médicos e caberia ao CFM determinar esses critérios. "Mas no caso do anencéfalo, esse diagnóstico simplesmente não pode ser feito", disse Schlindwein.

Para Henry Campos, conselheiro da ABTO (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos), a portaria do governo tem pouco impacto em termos práticos, mas introduz o elemento de "cautela" em "um momento de debate difícil e polêmico sobre quando começa o direito à vida". Há pouca demanda, afirmou, por órgãos de bebês.

Para o conselho, a portaria do governo é "inócua". "Hoje o marco do diagnóstico de morte é a morte cerebral. Se for aplicar a morte cardíaca, não poderemos mais ter transplantes cardíacos", disse Marco Antônio Becker, autor do parecer que fundamentou a resolução do CFM.

Segundo esse texto, os órgãos e tecidos do anencéfalo podem ser removidos logo após o nascimento desde que os pais dêem aval 15 dias antes do parto¹¹⁹.

¹¹⁹ SUWWAN, 2007. Reportagem: *Governo restringe transplante de órgão de bebê anencéfalo* (Folha SP, 06/03/2007). Ver página 77 do anexo 1.

São apresentadas compreensões sobre o limite entre o viver e o morrer, conforme posicionamento do governo federal e do Conselho Federal de Medicina (CFM), envolvendo a proibição do transplante de órgãos e tecidos de anencéfalos até que seja constatada uma parada cardíaca irreversível. Também são trazidas interpretações do que seja o anencéfalo – para o CFM, trata-se de um "natimorto cerebral", enquanto que, para o Ministério da Saúde, é um ser humano que precisa ser protegido. Pode-se depreender que, mesmo que haja pouca demanda por órgãos de bebês, conforme salientou o conselheiro da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), a fatalidade biológica da condição de anencefalia e a possibilidade de esse corpo gerar mais vida produzem incerteza sobre a conexão desse sujeito com a noção de vida e provocam questionamentos sobre quando inicia a vida, o que é nomeado como vida e o que se entende por viver.

A busca por elementos ou critérios que definam o viver e o morrer ou as “verdades” sobre determinadas condições biológicas traz para o cenário de criação, por assim dizer, discussões de vários campos de conhecimento. Por exemplo, ao considerar-se o cérebro uma “unidade integrada e não somente o tronco cerebral, [o indivíduo] com as funções integradas está morto”; nesse caso, alguns profissionais da área da saúde entendem que não há vida (ANIS, 2004, p.32). Porém, há discussões do campo médico questionando essa hipótese, pois, com a definição de morte cerebral, o conceito de morte define-se pelo instante da constatação da inatividade cerebral, ou seja, pela inatividade de todas as funções cerebrais, incluindo o tronco cerebral, que controla a respiração, o batimento cardíaco e a pressão sanguínea (MARTIN, 1998). O uso desse conceito para o caso dos anencéfalos também tem sido debatido.

Em razão da ausência do cérebro, a funcionalidade dos órgãos pode ficar comprometida. Assim, a retirada de órgãos viáveis para transplantes, caso seja possível, é considerada pouco provável, ainda mais pelo agravante do tempo de “vida” desses órgãos após o parto, pois param de funcionar nos momentos seguintes – em média, não passam de alguns minutos (ANIS,

2004). Outra questão é o problema que envolve a remoção dos órgãos, pois ela só pode ser “realizada após a confirmação da morte”, mas os critérios de morte cerebral não são adotados para esse caso, o que implica a ausência de parâmetros de morte para crianças com menos de sete dias de “vida” (TESSARO, 2008, p.108). Nesse caso, tem sido adotada a definição do processo de “morte” pela parada cardíaca. “Considerando que os anencéfalos só possuem a parte anterior do cérebro, que morre lentamente” depois do parto, os outros órgãos podem danificar-se nesse período, quando o coração começa a falhar, tornando os órgãos possivelmente inaptos para doação (idem, ibidem). Note-se que os autores se referem aqui à preocupação com a manutenção da vida dos órgãos.

Outra discussão relacionada à doação de órgãos do anencéfalo diz respeito à opção de manter a gravidez até o fim para a extração dos órgãos. Como havia comentado anteriormente, a viabilidade dos órgãos dos anencéfalos para o transplante é discutível, pois o feto anencéfalo “difícilmente apresenta órgãos adequados para doação”, em função da pouca oxigenação dos tecidos, mas as chances, mesmo sendo poucas, existem (GIL, 2005, p.105). Com base na possibilidade de que os fetos sejam úteis para a doação de órgãos, alguns profissionais defendem que a gestação seja levada a termo. Tal perspectiva, num momento polêmico entre decisões, gerou dificuldades quanto à aceitação da interrupção da gravidez ou da descriminalização do aborto e deu margem a visões de que o feto continua “vivo” nos bebês transplantados ou à espera de um possível milagre durante a gestação. Além disso, criou-se a condição de produção de um ser com o objetivo de extrair seus “materiais” para transplantes, comparando a gravidez a uma linha de produção de medicamentos para tentar promover a vida de alguns a partir da “morte” de outros (TESSARO, 2008; GIL, 2005). Sob esse ângulo, podemos pensar na preservação da vida a partir da utilidade da “morte” desse ser fadado a “nascer” para promover a vida de outros pela possível utilização de seus órgãos¹²⁰, o que remete à noção de

¹²⁰ No filme *Uma prova de amor* (*My Sister's Keeper*, 2009), a vida de Sara e Brian Fitzgerald com o filho pequeno e Kate, a filha de dois anos, é modificada para sempre quando eles descobrem que Kate tem

preservação da vida por práticas de promoção da vitalidade. Afinal, não desperdiçar a vida também pode implicar reaproveitar, reutilizar e “reciclar” células, tecidos, órgãos!

Contudo, a prática de transplante não tem apresentado resultados relevantes quando envolve anencéfalos. Para Tessaro, a proposta de levar a gestação a termo “para instrumentalizar a doação de órgãos” deveria ser encarada com cautela pelos pais (TESSARO, 2008, p.108).

Isso nos leva a perceber o modo como os discursos científicos e biológicos se articulam às políticas de saúde, forjando estratégias biopolíticas para o governamento da vida/morte. Tais discursos ligam-se a discursos da mulher como mãe, cuidadora, provedora, que alimenta, amamenta e protege, configurando-se como um sujeito a quem se lança uma expectativa e uma atenção aproximadas do divino ou da santidade, por exemplo, pelo milagre da vida. Isso faz perceber que todo esse investimento na responsabilização da mulher vem articulado tanto a discursos de

leucemia. A única esperança dos pais é conceber outro filho, especificamente para salvar a vida de Kate. Nessa parte, entra Anna. Kate (Sofia Vassilieva) e Anna (Abigail Breslin) compartilham um laço mais próximo do que a maioria das irmãs: embora Kate seja mais velha, ela recorre à irmã caçula para continuar vivendo. Anna nasceu com o propósito de doar sangue, medula óssea e o que mais for necessário para ajudar sua irmã, que tem uma agressiva forma de leucemia. Depois de muitos anos com idas constantes a hospitais, a menina contrata um advogado para ter o direito de escolha sobre seu corpo. Disponível em: <<http://cinema.uol.com.br/filmes/uma-prova-de-amor-2009.jhtm>>. <http://www.cinepop.com.br/criticas/provadeam-or_101.htm>.

Outro filme de ficção que retrata a questão da criação do viver para fornecer materiais de “reposição” biológica é *A Ilha* (*The Island*, 2004); no futuro, existe uma entidade utópica baseada na vida do século XXI, que procura recriá-la nos mínimos detalhes. Lincoln Six Echo (Ewan McGregor) vive nessa realidade e, como todos seus residentes, sonha em chegar num local chamado “a ilha”, o único ponto não contaminado do planeta. Após descobre que todos os habitantes são clones, que possuem a única finalidade de fornecer partes de seu corpo para seres humanos “reais”, por isso, têm mais valor morto do que vivo. Juntamente com outra habitante (Jordan), Lincoln faz uma fuga ousada para o mundo exterior, que ele nunca conheceu. Agora sendo caçados pela instituição que antes os acolhia, Lincoln e Jordan terão de lutar desesperadamente por suas vidas. Disponível em: <<http://www.adorocinema.com/filmes/fil-me-55792/>>.

Por fim, o filme *Não Me Abandone Jamais* (*Never Let Me Go*, 2010) trata de uma ficção que fala da vida de pessoas que estão sendo criadas apenas para doarem seus órgãos aos que ficam doentes. Nela a solução encontrada pela medicina para aumentar a longevidade foi a troca de órgãos doentes pelos que funcionam. Mostra a vida de três britânicos desde crianças num misterioso colégio interno praticamente sem contato com o mundo exterior e com disciplina rígida. Eles têm que comer bem e se exercitar muito para manter os corpos/órgãos saudáveis. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/818852-nao-me-abandone-jamais-narra-triangulo-amoroso-em-contexto-soturno.shtml>>.

“glamurização” da maternidade como atributo de feminilidade quanto de “rendição” às normas e responsabilidades reprodutivas.

Uma questão não abordada nas reportagens desse período é a da possibilidade de uma relação diversificada entre a condição socioeconômica e as leis para o aborto em caso de anencefalia no Brasil. Em serviços de saúde privados, há a tendência de que um mesmo médico acompanhe o pré-natal de uma mulher, o que, muitas vezes, não ocorre em serviços públicos. Essa ruptura no acompanhamento da trajetória reprodutiva faz retornar a uma questão já mencionada, que é o fato de considerar a hipótese de que, em alguns serviços privados de assistência pré-natal, seja possível estabelecer entre equipe de saúde e mulheres a decisão por não condicionar o procedimento médico à autorização judicial (DINIZ, 2009). Conforme Diniz, a preocupação maior com a autorização judicial para o acesso à interrupção da gestação acontece com as mulheres mais pobres e usuárias dos serviços públicos de saúde, para quem a exigência da autorização judicial seria condição para o acesso ao aborto, em razão da rigidez no controle da legalidade nesses contextos (idem).

O fato de a gestação de feto com anencefalia acarretar riscos de morte¹²¹ tem levado autores a considerar que, no caso de anencefalia, a antecipação terapêutica do parto deve ser entendida como um procedimento que visa a “resguardar e proteger a dignidade e a integridade física e mental das mulheres” (ANIS, 2004, p.83). Afinal, algumas das mulheres grávidas de fetos com essa anomalia¹²² “experimentam o luto antecipado por um filho

¹²¹ Há inúmeras complicações numa “gestação cujo resultado é um feto sem nenhuma perspectiva de sobrevivência” (ANIS, 2004, p.27). Existem “pelo menos 50% de chance de polidrâmnio, ou seja, excesso de líquido amniótico que causa maior distensão do útero, possibilidade de atonia no pós-parto, hemorragia e, no esvaziamento do excesso do líquido, a possibilidade de descolamento prematuro da placenta, que é um acidente obstétrico de relativa gravidade” (idem, ibidem). Além disso, por não terem o polo cefálico, os fetos “podem iniciar a expulsão antes da dilatação completa do colo do útero” e ter distócia de ombro, pois com frequência têm o ombro maior que a média, podendo haver um acidente obstétrico, o que pode acarretar dificuldades muito grandes (ANIS, 2004, p.27).

Na seção 5.3, será discutida a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº. 54, ela autoriza a interrupção da gravidez em caso de anencefalia e, portanto, altera essa situação das mulheres pobres.

¹²² Considera-se anomalia fetal a “irregularidade ou disfunção no desenvolvimento fetal quando comparado ao da população geral” (ANIS, 2004, p.91). “Há vários tipos de anomalia fetal, sendo a

que sequer viverá”, o que submete a mulher a grande sofrimento em nome da gestação de um feto inviável¹²³ (idem, p.83).

Entretanto, alguns religiosos consideram o anencéfalo como uma “vida” indefesa, inocente e frágil, promovendo a culpa da mulher que não leva a gestação até o fim, por “cometer um dano irreparável” (ANIS, 2004, p.72). Numa reportagem, foi mencionado que, mesmo que as estatísticas mostrem que a interrupção da gravidez é a quarta causa de mortalidade materna, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) não considera as mortes decorrentes de abortos como problema de saúde pública e julga tais levantamentos como superestimados:

As estatísticas oficiais mostram que o aborto é a quarta causa de mortalidade materna no país. Apesar disso, para o secretário-geral da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), dom Dimas Lara Barbosa, as mortes provocadas por abortos feitos de forma clandestina não são um problema de saúde pública e os dados oficiais são superestimados.

Em entrevista coletiva nesta quarta-feira para o lançamento da Campanha da Fraternidade de 2008, ele afirmou que a CNBB conferiu nos dados do próprio Ministério da Saúde que há cerca de 120 mortes anuais causadas por abortos.

— Claro que nós vamos chorar por qualquer mulher que morra por causa do aborto, mas isso não faz desse problema um problema de saúde pública.

O Ministério da Saúde não divulga números oficiais sobre mortes em decorrência de aborto, prática ilegal no país cuja exceção são casos de estupro e risco de morte para a mãe. No entanto, os dados referentes a mortes por gravidez, parto e puerpério, item que inclui o aborto, mostram que houve 1.672 mortes por esses motivos em 2006¹²⁴.

Ao questionarem-se as estimativas divulgadas e as mortes de mulheres devido a práticas de aborto como um problema de saúde pública, parece desconsiderar-se a relevância de um problema que envolve expressiva mortalidade e que tem sido amplamente veiculado em reportagens que

grande maioria compatível com a vida extra-uterina” (idem, ibidem). “A anencefalia é uma situação-limite de anomalia fetal, pois não é possível a sobrevivência do feto fora do útero” (idem, ibidem). “Em mais da metade dos casos, os fetos com anencefalia morrem ainda no útero”; a outra metade morre em poucas horas (ANIS, 2004, p.91).

¹²³ A definição de fetos inviáveis se refere a anomalias que sejam incompatíveis “com a vida extra-uterina”, ocorrendo o falecimento logo após o parto (TESSARO, 2008, p.26).

¹²⁴ Idem nota 99. Reportagem: *CNBB diz que mortes decorrentes de abortos não são problema de saúde pública* (ZH, 06/02/2008). Ver página 67 do anexo 1.

abordam resultados de estudos feitos por especialistas. Consta no texto de uma reportagem que os procedimentos de curetagem constituem a cirurgia mais realizada no SUS, sendo a maioria decorrente de aborto provocado, pois os espontâneos, em geral, não exigem internação¹²⁵.

Em outra reportagem, referindo-se à concepção de vida, o Jornal do Vaticano diz que vida não acaba com morte cerebral:

"Osservatore Romano", jornal do Vaticano, afirmou que os atuais critérios científicos que definem o fim da vida estão superados e isto pode criar problemas bioéticos na definição dos casos de coma e anencefalias.

O artigo do jornal é assinado por Lucetta Scaraffia, membro do comitê italiano de bioética e vice-presidente da associação católica Ciência e Vida. Ela afirma que novas descobertas estão questionando a definição do sistema nervoso usada como justificativa científica do relatório de Harvard.

"Neurologistas, juristas e filósofos concordam em declarar que a morte cerebral não é a morte do ser humano. Há risco de confundir coma com morte cerebral. Novas pesquisas colocam em dúvida o próprio fato de que a morte do cérebro possa provocar a desintegração do corpo", diz o texto.

Fim da vida

Na avaliação do jornal, aceitar a morte cerebral como sendo o fim da vida poderia colocar em discussão questões importantes para os católicos como a definição dos casos de coma e os de anencefalia.

"Se os teólogos católicos podem aceitar esta posição em caso de morte cerebral, deveriam aceitá-la também no caso de anencefalias", escreve o jornal.

De acordo com o "Osservatore Romano", o relatório Harvard representou uma mudança radical na concepção da morte. Resolveu o problema da interrupção da respiração artificial, mas, sobretudo, tornou possíveis os transplantes de órgãos, aceitos por quase todos os países avançados.

O artigo sugere que a definição de morte cerebral tenha sido criada para favorecer os transplantes. "O problema dos transplantes não se resolve com uma definição médico-científica da morte", diz o jornal.

A Igreja Católica aceita que os órgãos para transplantes sejam retirados de pacientes com morte cerebral detectada, baseando-se na pressuposta certeza científica de que eles estejam efetivamente mortos.

Segundo o texto, ao consentir os transplantes de órgãos, a Igreja Católica aceita implicitamente esta definição de morte,

¹²⁵ Reportagem: *Curetagem após aborto é a cirurgia mais realizada no SUS, revela estudo* (Estadão, 14/07/2010). Estudo foi feito por pesquisadores do Instituto do Coração com base em dados do Datasus de 1995 a 2007; especialistas avaliam que maioria dos procedimentos é decorrente de aborto provocado, pois os espontâneos, em geral, não exigem internação. Ver página 78 do anexo 1.

mas com muitas reservas. "Na Cidade do Vaticano a certificação de morte cerebral não é usada", escreve Lucetta Scaraffia¹²⁶.

Essa pluralidade de entendimentos sobre os limites da morte cerebral, envolvendo noções sobre o coma e a anencefalia, torna a interpretação da Igreja escorregadia, mas busca enfatizar que a vida não acaba com morte cerebral; então, o anencéfalo enquadra-se nos parâmetros de vivo. Com isso, pode-se compreender a lógica religiosa em opor-se ao aborto nesses casos. A ênfase dessa contrariedade é relatada no trecho que segue:

Em meio à expectativa sobre o julgamento no STF (Supremo Tribunal Federal [2008]) do processo que permite às mulheres interromper a gravidez de fetos anencéfalos (sem cérebros), a CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil) se manifestou nesta quinta-feira contrária ao aborto de fetos com má-formação. O secretário-geral da entidade, dom Dimas Lara Barbosa, disse que a Igreja Católica se posiciona de forma "radical" contra o aborto de fetos anencéfalos na defesa da vida humana.

"Para nós, independentemente do estado de saúde, a vida humana sempre deve ser preservada. A Igreja se mostra radical. A defesa da vida humana tem que ser garantida apesar do que possa se desenvolver depois. Quem vai definir o limite com que uma pessoa pode ou não nascer?", questionou o bispo.

O presidente da CNBB, dom Geraldo Lyrio Rocha, disse que o objetivo da Igreja Católica não é "impor à sociedade pluralista" seus dogmas, mas lutar constantemente pela defesa da vida. "Isso é inegociável. Mesmo curta, a vida humana deve ser preservada", afirmou.

Dom Dimas disse que, se o STF autorizar o aborto de fetos anencéfalos, vai abrir brechas para que a prática seja legalizada no país. "Estamos diante de uma porta que, se for aberta, ninguém garante o que vem pela frente. Só Deus é autor da vida, só a ele cabe determinar o seu início e fim¹²⁷."

Mesmo com a oposição de representantes religiosos ao "aborto" de anencéfalos, o número de seguidores que têm se posicionado a favor dessa prática tem aumentado, como abordado no trecho abaixo:

¹²⁶ Reportagem: *Jornal do Vaticano diz que vida não acaba com morte cerebral* (Folha SP, 03/09/2008). Ver página 80 do anexo 1.

¹²⁷ Reportagem: *Igreja Católica tem postura "radical" contra aborto de anencéfalo, diz CNBB* (Folha SP, 21/08/2008). Ver página 82 do anexo 1.

Uma pesquisa feita em todo o Brasil pelo Ibope mostra que 72% das mulheres católicas entrevistadas são a favor de que grávidas de feto anencéfalo — sem cérebro e sem chance de sobrevivência fora do útero — tenham o direito de optar entre interromper a gestação ou mantê-la. O índice vai a 77% na faixa dos 25 aos 29 anos.

O percentual é um pouco maior do que os 70% registrados há quatro anos, quando o levantamento foi realizado pela primeira vez.

Em setembro, o Supremo Tribunal Federal (STF) promoveu uma série de audiências públicas com a participação de médicos, especialistas e religiosos para discutir sobre o direito de a mulher decidir pelo aborto ou não em caso de anencéfalo. O levantamento do Ibope foi feito a pedido das organizações não-governamentais Católicas pelo Direito de Decidir e Anis — Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Foram entrevistadas 2.002 pessoas em 24 Estados, mais o Distrito Federal, entre 11 e 15 de setembro.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), apenas países muçulmanos e parte da América Latina proibem a prática. Em 2004, a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde entrou com ação no STF pedindo que a antecipação do parto para esses fetos fosse permitida.

O ministro Marco Aurélio Mello chegou a conceder liminar permitindo a prática, mas ela foi suspensa pelos outros ministros. A expectativa agora é de que o STF julgue o mérito ainda neste ano [2008]¹²⁸.

A reportagem informa que, desde o ano de 2004, vêm ocorrendo manifestações e pedidos de permissão para que as mulheres tenham direito de decidir pelo aborto em gestação de anencéfalo. Nesse trajeto, audiências públicas com a participação de representantes institucionais das diferentes áreas (religiosas, médicas, jurídicas, bioéticas, etc.) têm ocorrido para o debate sobre a possibilidade de descriminalização do “aborto”. Ao que parece, esses debates, ao trazerem as posições de diversas esferas do poder, em tentativas de julgar a possibilidade da prática de interrupção da gravidez e da constituição de uma nova norma, ampliaram o acesso das pessoas às “verdades” que regem as determinações e as éticas na interpretação do aborto e da vida/morte. Além disso, o acesso a essas discussões pode estar relacionado ao aumento no número de pessoas que passaram a apoiar essa prática.

¹²⁸ Reportagem: *Pesquisa Ibope diz que 72% das católicas são a favor de aborto de anencéfalo. Índice chega a 77% em entrevistadas na faixa dos 25 aos 29 anos* (ZH, 27/10/2008). Ver página 83 do anexo 1.

Pode-se considerar que provavelmente essas mulheres não desejam cometer “pecados” nem romper com suas crenças, mas antecipar ou terminar um processo de morte. Como questão de saúde, essa situação mostra que estamos, enquanto sociedade, lidando com o sofrimento e as dores de mulheres e também de seus maridos, famílias e amigos. Principalmente, trata-se da dor de mulheres que poderiam ser assistidas e orientadas sobre as consequências da gestação nessas condições e destituídas de julgamentos e estigmas, entre outras interferências, sobre a sua “liberdade” de escolha no campo reprodutivo – seja na opção de manter ou de interromper a gestação do anencéfalo (ANIS, 2004). Quanto à emissão de julgamentos devido à interrupção da gravidez de anencéfalo, uma reportagem apontou, conforme relato do pai, que, depois da antecipação do parto, a família teria sido alvo de discriminação social:

A cesárea foi permitida pela Justiça local há cerca de uma semana e meia. Segundo o hospital, o bebê, uma menina, morreu minutos após o nascimento. A mãe deve receber alta amanhã.

O pai da criança disse à Folha apenas que a família tem sido alvo de discriminação por parte da sociedade. Na semana passada, o contador Clóvis Alberto de Castro, 40, que não tem ligação alguma com a família, entrou com um pedido de habeas corpus na Justiça para impedir a interrupção da gravidez sob a alegação de que a medida se constitui um crime contra a vida – a ação não foi julgada¹²⁹.

Além dos efeitos da discriminação, houve acusações por parte de pessoas que até então não mantinham relação com a família e tentativa de intervenção judicial para impedir a “liberdade” de escolha do casal para que desistissem de interromper a gestação do anencéfalo. Essa circunstância, ao apontar a possibilidade de envolvimento de “estranhos” nas decisões “particulares” sobre a reprodução de um casal, mostra os jogos de “verdade” em que a produção de um novo indivíduo pode estar inserida e submetida e também o efeito das normas e convenções na constituição do viver. Conforme publicado em outra reportagem, para o ministro da saúde, “proibir a grávida de um feto anencéfalo de interromper a gravidez é um ‘controle

¹²⁹ Reportagem: *Parto de bebê sem cérebro é antecipado* (Folha SP, 08/11/2006). Ver página 84 do anexo 1.

político' do corpo da mulher". Ele argumentou que "a decisão sobre interromper ou não a gravidez seja da mãe e que o aborto nesses casos seja legalizado". Conforme sua fala:

[...] caso os homens engravidassem, esse assunto já teria sido resolvido. Ele disse ainda que o SUS (Sistema Único de Saúde) tem condições de fazer diagnósticos de anencéfalos com absoluta segurança. De acordo com o ministro, basta para isso fazer uma ecografia e que, no ano passado, foram feitos 2,5 milhões desses exames no SUS, enquanto foram acompanhadas 2,1 milhões de mulheres grávidas. "Existem equipamentos suficientes tanto no setor público quanto no setor privado. Esse não é um obstáculo", disse¹³⁰.

Diante do risco de morte e dos problemas conferidos à saúde da mulher que gesta um feto com anencefalia, o diagnóstico pré-natal é entendido como uma técnica de caráter terapêutico. Porém, diferentemente da percepção do ministro de que os recursos disponíveis para o diagnóstico são suficientes, a reportagem intitulada *SUS terá exame genético em 2009* (Folha SP, 2008) trouxe a informação de que o governo pretendia investir mais recursos, incluindo exames e aconselhamento genético, para realização de diagnóstico, tratamento de defeitos congênitos e prevenção de novos casos.

O governo diz que garantirá mais recursos para o diagnóstico e tratamento de defeitos congênitos, além de aconselhamento da equipe médica e dos pais para prevenção de novos casos. A idéia é que haja um centro de aconselhamento genético para cada grupo de 2 milhões de habitantes. Mas, na prática, os R\$ 3 milhões inicialmente previstos para a política estão muito aquém das necessidades, segundo a Sociedade Brasileira de Genética Médica (SBGM). O governo diz que o valor poderá ser revisto. A estimativa da OMS (Organização Mundial da Saúde) é que 5% das gestações resultam no nascimento de uma criança com anomalias. Nos últimos 25 anos, as doenças genéticas – como a anencefalia – passaram da quinta para a segunda causa de mortalidade infantil no país. A primeira são a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Apesar da alta incidência, o atendimento genético no SUS praticamente inexistente, segundo Salmo Raskin, presidente da SBGM.

¹³⁰ Reportagem: *Ministro da Saúde defende legalização de aborto de anencéfalos* (Folha SP, 04/09/2008). Ver página 85 do anexo 1.

O geneticista diz que, exceto alguns serviços universitários concentrados sobretudo nas regiões Sul e Sudeste, a oferta de genética clínica praticamente inexistente na rede pública. "A demanda é muito grande, mas está reprimida. Só vamos ter noção do tamanho dela quando os serviços forem abertos." Segundo Joselito Pedrosa, coordenador-geral de alta complexidade do Ministério da Saúde, o eixo da política será o aconselhamento genético, com atendimento das anomalias congênitas, das deficiências mentais e dos erros inatos do metabolismo¹³¹.

De acordo com o texto, a anencefalia representava, no ano de 2008, a segunda causa de mortalidade infantil. Diante da alta incidência e da quase inexistência do atendimento de genética clínica na rede pública, o governo propôs um investimento em recursos para atender à elevada demanda, porém tal previsão para a política mostrava-se muito aquém do que se consideraria necessário atender. De acordo com a proposta, percebem-se a produtividade e os efeitos de intervenção que uma técnica de caráter terapêutico – o diagnóstico pré-natal por ecografia ou exame genético – pode representar em termos da constatação da “verdade” sobre o feto e o risco de definir sua rejeição. Assim, a anomalia ou, como o próprio termo sugere, a anormalidade pode servir de pré-requisito e justificativa para a interrupção da gravidez ou, ainda, para a prática do aborto de forma descriminalizada. Segundo Teodoro (2008, p.46), as principais causas de pedido de autorização judicial para a realização de aborto são:

[...] anomalias no sistema urinário, anomalias cardíacas congênitas, anomalias cromossômicas, anomalias ósseas, asplenia, bridas amnióticas, erros de fechamento da linha média, erros de fechamento do tubo neural, englobando a anencefalia, gemelaridade imperfeita, hidropsia fetal, má-formações congênitas múltiplas, síndrome da rubéola congênita etc.

O autor comenta que, pela constatação de processos judiciais sobre autorização de aborto, a anencefalia é a modalidade mais frequente. Isso mostra que, mesmo com as definições médico-científicas da “inviabilidade”

¹³¹ Reportagem: *SUS terá exame genético em 2009* (Folha SP, 05/12/2008). Ver página 86 do anexo 1.

do feto, este não tem sido considerado como morto ou natimorto¹³² em função da atividade do tubo neural. Entretanto, ainda que haja controle da respiração, do batimento cardíaco e da pressão sanguínea, o feto “não pode ver, nem ouvir e nem sentir, não pode sofrer nem ter emoções, não pode querer nem pensar” (VALLS, 2004 *apud* TEODORO, 2008, p.216). Essa interpretação tem levado autores a relacionar a discussão sobre anencefalia, entre outras anomalias, à noção do aborto eugênico (TEODORO, 2008). Já para outros, a utilização dessa definição em tal situação não parece adequada, pois, ao considerar-se a incompatibilidade com a vida extrauterina, desconsidera-se a relação com o melhoramento da espécie. Além disso, na intensidade da vida e de sua criação, ao considerar-se que todo ou qualquer indivíduo é levado a contribuir de alguma maneira com o seu corpo e viver desenvolvendo determinadas funções ou papéis, de alguma forma, esses também podem ter utilidade e, portanto, interessar à sociedade – seja na pesquisa, no transplante de órgãos, na utilização de seus tecidos, etc.

Contemporaneamente, na dimensão do conflito de interesses entre a vida da mãe e a “vida” do feto, a prática de interrupção da gravidez ou “aborto” pretende salvaguardar a saúde e a vida da mãe, e não a de um modelo de descendência, levando mais uma vez às descontinuidades ou contradições com a noção de eugenia¹³³ (TESSARO, 2008). Sem desconsiderar a relação do termo com o passado e suas “verdades”, mas considerando os diferentes momentos e circunstâncias envolvendo política, economia, técnicas e conhecimentos que têm nos constituído, penso no que Foucault (2002b, p.22) disse em relação às inscrições:

[...] sobre o corpo se encontra o estigma dos acontecimentos passados do mesmo modo que dele nascem os desejos, os desfalecimentos e os erros; nele também eles se atam e de repente se exprimem, mas nele também eles se desatam,

¹³² “Feto que morre instantes após o parto ou no momento do parto” (ANIS, 2004, p.99). “O feto com anencefalia é considerado natimorto cerebral” (idem, *ibidem*). A anomalia pode ser diagnosticada através de um exame de ecografia, também chamado de ultrassonografia (idem).

¹³³ Retornarei a essa questão no final do capítulo.

entram em luta, se apagam uns aos outros e continuam seu insuperável conflito.

Para além da identificação de “resquícios” eugênicos nas configurações atuais das práticas biomédicas, que têm buscado disponibilizar a redução de riscos, proporcionando uma vida e gravidez mais seguras, o perigo que o anencéfalo representa por colocar em risco a vida da mulher, em articulação com a veiculação das taxas de incidência dessa malformação, constitui “verdades” perturbadoras para as estratégias “pessoais” de medicalização para a vitalidade. Assim, o papel do anencéfalo na sociedade regida pelo biopoder seria o de acionar mecanismos de governo ou de proteção da mulher ou de seu corpo biológico e de defesa da vida através da prevenção do risco. Nessa perspectiva, as técnicas de prevenção desempenham o exercício da detecção das possibilidades de incidência e manifestação do risco em todos os que poderão ser efetivamente afetados.

Uma vez que a existência do feto durante a gestação coloca em risco a vida/saúde da mulher, o aborto ou a cirurgia de antecipação do parto do anencéfalo, seja qual for a denominação empregada para tal prática, pode ser pensada como uma estratégia de promoção da vitalidade. Desse modo, a suposta legitimação da “morte” do anencéfalo em nome da defesa da vida da gestante pode atuar como uma estratégia terapêutica e preventiva.

Isso remete aos problemas relativos ao controle reprodutivo da mulher e à sua “autonomia”, por interferências na possibilidade de “liberdade” e de cuidado da mulher em relação à saúde de seu corpo e ao gerenciamento de sua vida. Trata-se de valores muito incentivados na nossa sociedade por campanhas de saúde e prescrições de variados campos, atuando em diversos níveis como estratégias biopolíticas de controle e regulamentação das práticas e condutas dos sujeitos relativas ao autocuidado e gerenciamento da vida, sendo eles portadores de necessidades especiais e/ou síndromes ou não. Se forem, na lógica do biopoder, podem ser incluídos, pois a ideia é otimizar a produtividade e maximizar (não totalizar) a incorporação das normas dos jogos do viver pelos indivíduos que compõem a sociedade.

5.2.2. Julgamentos e inquirições públicas: corpo e vida/morte sob as vozes do saber/poder

Como referido na seção anterior, a ação em prol da interrupção da gestação ou descriminalização do aborto em caso de anencefalia é discutida desde 2004. Tal período aponta a complexidade do tema, que suscitou uma série de diálogos e opiniões.

No ano de 2004, a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde entrou com ação no Supremo Tribunal Federal (STF), pedindo permissão para a antecipação do parto em caso de anencefalia. O ministro Marco Aurélio de Mello concedeu liminar, permitindo tal prática de aborto se comprovada a malformação por laudo médico. Porém, a liminar foi cassada, e, desde então (2004), cada caso de solicitação para o aborto de anencéfalo passou a ser julgado pela Justiça individualmente. É importante mencionar que a sentença podia levar certo tempo, até meses.

Numa sequência de audiências públicas, ocorreram debates, dos quais participaram representantes de entidades médico-científicas, de bioética, religiosos e parlamentares, como deputados e ministros, por exemplo¹³⁴. Houve manifestações e mobilizações em favor e contra a descriminalização do aborto em caso de anencefalia pela sociedade. A inviabilidade de a comunidade médico-científica entrar num “consenso” para afirmar que os fetos morrem após o nascimento colocou uma interrogação na “verdade” e certeza científica; como resultado, alguns juízes aprovavam e outros negavam a autorização para o aborto.

Porém, o que a busca pela regulamentação dessa prática pode mostrar? A insegurança de agir fora da lei. A probabilidade de inúmeras mulheres se tornarem criminosas e estarem sujeitas a penalidades psicológicas, sociais, morais, civis, etc. O que fomos ensinados a buscar diante de circunstâncias de risco, incertezas, impotência e medo? Estratégias de prevenção e segurança, mas de qual se trataria? Da

¹³⁴ Reportagem: *Supremo ouve comunidade médico-científica sobre anencefalia* (Folha SP, 28/08/2008). Ver página 88 do anexo 1.

constituição de uma regulamentação na forma de lei? Por quê? Talvez uma lei produza nos indivíduos e na sociedade uma sensação de segurança em relação às suas escolhas e conceda a sensação de propriedade e “autonomia” sobre o corpo. Isso seria bom para todos?

Para explorar algumas dessas questões, trago excertos da reportagem intitulada *Supremo julgará em 2010 interrupção da gravidez em caso de anencefalia*¹³⁵ (SUPREMO, 2009). Nela consta que o Supremo Tribunal Federal (STF) julgaria, em 2010, a ação movida pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS) que teve como relator o ministro Marco Aurélio Mello. Em relação à ação movida para permitir a interrupção da gravidez em caso de anencefalia, a reportagem diz que ela “contrapõe ciência e religião, mas, sobretudo, joga luz na discussão sobre o direito da mulher de interromper a gestação quando o diagnóstico revela anencefalia” (SUPREMO, 2009). O ministro, explicando que a doação de órgãos é autorizada a partir da morte cerebral, justificou que a antecipação terapêutica do parto, em caso de anencefalia, não pode ser considerada aborto e declarou que: “aborto é quando o feto tem possibilidade de vida” (SUPREMO, 2009). “No caso da anencefalia, não há cérebro” (idem). “E, se não há cérebro, não há vida” (idem). Sobre essa questão, a reportagem apresenta as seguintes considerações:

A anencefalia é uma malformação fetal congênita e irreversível, conhecida como "ausência de cérebro", que leva à morte da criança poucas horas depois do parto. Em 65% dos casos, segundo a CNTS, a morte do feto é registrada ainda no útero.

Com a ação, a CNTS quer que o Supremo declare que a interrupção da gravidez em caso de anencefalia não pode ser punida como se fosse aborto. O argumento é que a permanência do feto anômalo no útero da mãe é "potencialmente perigosa" em função do elevado índice de mortes ainda durante a gestação, o que "empresta à gravidez um caráter de risco".

"Assim, a antecipação do parto nessa hipótese constitui indicação terapêutica médica: a única possível e eficaz para o tratamento da paciente [a gestante], já que, para reverter a inviabilidade do feto, não há solução. A antecipação do parto

¹³⁵ SUPREMO, 2009. Reportagem: *Supremo julgará em 2010 interrupção da gravidez em caso de anencefalia* (Folha SP, 24/12/2009). Ver página 89 do anexo 1.

em caso de gravidez de feto anencéfalo não caracteriza aborto, tal como tipificado no Código Penal", sustenta a ação (SUPREMO, 2009).

Esses entendimentos sobre a anencefalia como uma malformação fetal que causa riscos para a vida da mãe são aqui trazidos com a finalidade de reafirmar e esclarecer a necessidade da antecipação do parto como um tratamento terapêutico da gestante. Esta, a partir da constatação da anomalia que determina a inviabilidade do feto, se torna uma “paciente” em risco de morte.

Diferentes vozes, empoderadas pelo saber, fazem-se presentes. Trazem-se para a discussão discursos de uma ginecologista e obstetra e de um psiquiatra, entre outros aqui não mencionados, marcados por posicionamentos sobre os sentimentos das mulheres e seus direitos, a defesa do aborto ou o risco da gestação. Um excerto da reportagem diz:

Segundo a ginecologista e obstetra Elizabeth Kipman Cerqueira, a interrupção da gravidez gera mais danos à mulher do que sua continuidade, embora a dor da morte do filho poucas horas depois do parto seja imensurável. A médica reiterou que, além do risco do câncer que um aborto provocado pode causar, há os problemas psicológicos. Para ela, seguir com a gestação de um feto anencéfalo é mais seguro para a mulher.

Já o psiquiatra Talvane de Moraes defende que a gestante tenha o direito de escolha amparado em um diagnóstico 100% preciso. "É possível comprovar a anencefalia. Obrigar a mulher a ter o filho sabendo que o resultado será a morte é um processo psíquico só comparado à tortura", disse (SUPREMO, 2009).

Essas falas, além de apontarem para a possibilidade de ocorrerem problemas de ordem psíquica como outro risco da gestação do anencéfalo, mostram um embate entre a possibilidade de manter ou não a gestação até o fim. Para a médica, o risco maior está na prática do “aborto” do feto, pela possibilidade de causar um câncer; o recomendado, segundo a médica, seria levar a gestação até o fim e passar pelo processo de elaboração de luto como fato inevitável e “natural”. Nas suas palavras: “uma coisa é a mãe sofrer a dor inevitável, que é acompanhar a morte natural do filho” (SUPREMO, 2009). “Outra é saber que apressou sua morte” (idem).

Sobre o processo de luto por patologias fetais incompatíveis com a vida, Carmo (2007) menciona que o luto do anencéfalo não tem sido reconhecido socialmente em razão de a morte ocorrer no período de gestação ou logo após o parto, tempo considerado como insuficiente para a mãe criar vínculos afetivos com o feto, como se, “desta forma, sofresse menos” (CARMO, 2007, p.63). Além disso, a falta do velório e a intolerância dos amigos e familiares em falar da perda contribuem para o luto não ser “validado socialmente” (idem, ibidem). O autor observou em sua pesquisa¹³⁶ que o histórico da gestação se mostra implicado no desenvolvimento da elaboração do luto, sendo atravessado pelas dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com tais circunstâncias. Segundo o autor, o período entre o diagnóstico e a internação apresenta uma “lacuna” na assistência à gestante, que experimenta a falta de orientação e de suporte emocional em uma perda difícil de ser elaborada (CARMO, 2007).

Já o psiquiatra, no excerto mencionado acima, traz a noção da segurança do diagnóstico, com a possibilidade de a gestante dispor do direito de escolha; ele compara com a tortura a obrigação da mulher de gestar o feto até o parto. O exame, ao determinar as “verdades” sobre o feto, mostra-se implicado na orientação da escolha dos pais pela rejeição e morte de forma legitimada ou pelo aceite da vida até o parto. Esses discursos de proteção e de manutenção da vida da mãe, ao introduzirem estratégias de eliminação do perigo que, no caso, constitui a vida do feto, tornam visíveis efeitos das biopolíticas voltadas à promoção da vida pela promoção do morrer àqueles que representarem determinado risco. Nesse sentido, como referido anteriormente, o aborto do anencéfalo pode ser pensado como uma prática preventiva e terapêutica em favor da vida. Afinal, sua existência coloca em risco a vida da mulher, o que justifica a escolha do momento de sua “morte”.

Pode-se perceber que na mídia se fazem presentes circunstâncias que demonstram a legitimação do fazer morrer em nome da defesa de

¹³⁶ Em sua pesquisa intitulada *O processo de luto na interrupção de gestação por feto anencéfalo*, Jorge Ramalho do Carmo efetuou um estudo com base na entrevista de uma mulher de 39 anos, católica, que se submeteu à interrupção da gestação de feto com anencefalia no Hospital Municipal de São Paulo, SP. A entrevista aconteceu após um mês e dezessete dias da interrupção.

determinadas vidas, e isso remete às estratégias de promoção da saúde como forma de manutenção do viver saudável. Entretanto, não basta assegurar a vida, como abordado nos excertos da reportagem; devem ser “garantidas” também a saúde mental e a “autonomia”. Trata-se do gerenciamento da produtividade e da otimização do viver de um indivíduo implicado na constituição da vitalidade de si e de outros. Em relação a essa questão, aparecem autores comentando as implicações do sofrimento da mulher em nome da gestação de um feto inviável e a possibilidade da interrupção desse tipo de gestação como estratégia para resguardar a saúde emocional não só da mulher, mas de toda a família, inclusive dos outros filhos, caso existam (GIL, 2005; ANIS, 2004). Enfatiza-se que o prolongamento da gestação, nesse caso, tem repercussões traumáticas. Para Lima (2009, p.102), a gestação consiste num processo fisiológico de modificação do organismo feminino que produz “inúmeras mudanças e transformações necessárias para que a gravidez tenha êxito”, as quais repercutem não só no corpo biológico, mas na vida da mulher, no seu papel social e na sua estrutura familiar. Partindo dos princípios bioéticos, a autora argumenta:

[...] respeitar o direito de escolha da mulher significa respeitar sua autonomia de vontade e, conseqüentemente, sua dignidade de pessoa humana. Impor a uma mulher, por meio da força do Direito, a continuação de uma gestação, não mais desejada, da qual se tem certeza, diagnosticada por meio do exame pré-natal, tratar-se de anencéfalo, configura pleno desrespeito aos seus direitos fundamentais (LIMA, 2009, p.102).

Tais argumentos buscam respeitar a liberdade de “autonomia” reprodutiva da mulher e de sua “capacidade de gerir e conduzir sua vida por meio de suas escolhas e opções” (idem, ibidem). A autora diz que, na relação médica, a mulher não deve ser tratada como objeto ou meio, mas como “um fim em si mesmo”, e que legitimar qualquer conduta que lhe cause dor, angústia e frustração é injustificável (Idem). Para a autora, a interrupção da gestação de anencéfalo consiste numa prática que pode atuar no “bem-estar físico e psíquico” (LIMA, 2009, p.103).

Contudo, diante dessas proposições e posicionamentos, não encontrei reportagens em que fosse abordado o que as mulheres pensam sobre a anencefalia ou se suas falas também poderiam ser consideradas relevantes para a criação de regulamentações, mesmo através de um plebiscito. Porém, no jornal *Zero Hora*, foram publicadas reportagens sobre a autorização de uma juíza para o aborto de um anencéfalo na cidade de Rio Grande/RS. Na fala da juíza, em nove anos de carreira, foi a decisão mais difícil que teve de tomar. Em entrevista ao jornal ela relatou:

Zero Hora – O que pesou na decisão de autorizar a interrupção da gestação?

Lourdes – É um caso complexo, delicado. Precisei me instruir antes, por isso acionei o Ministério Público, que ouviu os médicos que acompanhavam o caso. O parecer dos médicos indicou a incompatibilidade deste feto em questão com a vida, já que, além da má formação cerebral, o bebê possui outros problemas. Segundo os médicos, sobreviveria por pouco tempo. Foi a decisão mais difícil da minha carreira.

ZH – Por quê?

Lourdes – Por ser um caso que envolve diretamente vida e morte. A decisão é irreversível. [...] Em nove anos de carreira, jamais tinha passado por um caso deste.

ZH – A desistência da gestante surpreendeu a senhora?

Lourdes – É uma decisão dela. O judiciário cumpriu sua função, e de forma ágil. Tratamos o caso com total urgência. O alvará que autoriza o aborto segue valendo¹³⁷.

A gestante, em outra entrevista, alegando a demora na autorização para realizar o aborto, disse que acabou mudando de ideia. Ela disse ter se apegado ao filho, refletido melhor e considerado os riscos em realizar o aborto na 19ª semana de gestação (quase cinco meses), visto que foi orientada por seu ginecologista a cumprir o procedimento até a 20ª semana de gravidez. A gestante comentou que, quando fez o pedido, tinha 15 semanas de gestação¹³⁸:

Zero Hora – Por que a desistência de interromper a gravidez após a autorização da Justiça?

¹³⁷ MAZUI, 2010a. Reportagem: “Foi a decisão mais difícil da minha carreira”, diz juíza que autorizou aborto de anencéfalo (ZH, 25/06/2010). Ver página 90 do anexo 1.

¹³⁸ Reportagem: *Gaúcha grávida de anencéfalo desiste de abortar* (ZH, 19/06/2010). Ver página 91 do anexo 1.

Daniele – Com a demora, refleti melhor. O médico disse que, na maioria dos casos, o corpo faz o aborto. Se não aconteceu, é porque este bebê deve nascer. Ele me orientou a interromper a gravidez, no máximo, até a 20ª semana. Acho arriscado interromper a gravidez agora.

ZH – Você sabe que bebês anencéfalos duram horas, dias ou, no máximo, semanas?

Daniele – Sei. Meu médico me alertou. Pesquisei e vi um caso de um bebê que sobreviveu por um ano e oito meses. Agora me sinto mãe. Decidi entregar na mão de Deus.

ZH – Como foi receber a notícia de que o feto era anencéfalo?

Daniele – De repente, a tua gravidez é em vão. Quis interromper a gestação e busquei meus direitos. Com a demora, me apeguei ao filho que espero¹³⁹.

Lendo-se na mídia impressa tais discussões e os posicionamentos de especialistas que buscam atuar no governo das condutas dos indivíduos, é possível perceber que cada sujeito produz seu entendimento/ética permeado por suas experiências. Nesse sentido, o texto, como uma prática, forma sua opinião e o posiciona. Isso me faz falar novamente da importância do pensar sobre a atuação das “verdades” no viver/morrer. Esse viver individual é marcado por buscas de governo do coletivo, como se fôssemos apenas mais um projeto institucional – político, médico, pedagógico, científico, teológico... Trata-se de um jogo de “verdades” em que se tem a necessidade de debates sobre a constituição da “autonomia” em relação ao viver/morrer.

Autonomia, nesse sentido, significa um dos objetivos e instrumentos dos governos ou das mentalidades e estratégias de condução de conduta, técnicas para a produção de sujeitos com “as capacidades ‘pessoais’ e aspirações necessárias para suportar o peso político que repousa sobre eles” (ROSE, 2011b, p.216). Incentivado a tornar-se o que quiser, o indivíduo deve tornar-se “um empresário dele mesmo, procurando maximizar seus próprios poderes, sua própria felicidade, sua própria qualidade de vida”, num constante aprimoramento de sua “autonomia”, o que traduz suas “próprias” escolhas em instrumentos a serviço do seu estilo de vida (ROSE, 2011b, 220). Assim, é permitido analisar as maneiras pelas quais a subjetividade vem se tornando objeto, alvo e curso essenciais de certas estratégias e

¹³⁹ MAZUI, 2010b. Reportagem: “Agora eu me sinto mãe”, diz gestante que desistiu de abortar bebê anencéfalo (ZH, 21/06/2010). Ver página 92 do anexo 1.

procedimentos de governo (idem). Haja vista que, como consumidores, nos constituímos como “atores que buscam maximizar suas ‘qualidades de vida’, moldando um ‘estilo de vida’ através de atos de escolha em um mundo de mercadorias” onde a saúde é possibilitada, portanto, “através de uma combinação entre o mercado, especialistas e uma autonomia regulada” (ROSE, 2011b, 226).

5.3. Da promoção da vitalidade e gerenciamento do capital humano: definições de saúde, vida, morte e aborto

Como referido na seção anterior, ao longo do período de 2004 até 2012, além dos debates e das audiências, foram publicadas ou expostas publicamente situações de aprovação ou não do aborto em caso de anencefalia, trazendo-se, por exemplo, detalhes das circunstâncias e entrevistas com os envolvidos. Tais veiculações num extenso período denotam certa “necessidade” desse tempo no “preparo” e processo de constituição e aceitação de noções sobre o morrer que se deram nos embates envolvendo jogos de “verdades” e percepções dos diversos campos do saber/poder. A configuração desse quadro, construído pela articulação de várias instâncias sociais, deu sustentação a uma “nova” possibilidade de ação medicalizante para assegurar a saúde e a vida dos corpos das mulheres expostas ao risco da gravidez de um anencéfalo. Com a suscetibilidade do corpo biológico materno, as mulheres passam a ser compreendidas como pacientes, doentes ou enfermas. Ao assumirem tais papéis, as mulheres passaram para um “estado” de saúde que implica relações de fragilidade, debilidade e uma série de sofrimentos, o que institui a valorização do enfermo (STIKER, 2008). Os enfermos fazem parte de agrupamentos humanos impotentes, vitimados, dependentes de assistência e educáveis para reivindicações de “autonomia” e “dignidade” (idem).

Essa concepção de gravidez como condição de risco faz perceber a mudança de relação, pois, se antes as mulheres eram marginalizadas por praticar aborto porque é ilegal, agora, como doentes, podem exercer sua “autonomia”, pois ascenderam à condição de “pacientes” em risco de morte. Os danos biológicos passam a ser definidos como prioridade em termos de (bio)política pública, ameaçando o viver de muitas mulheres.

Visto a deformidade ou anomalia do feto, fazendo-se com que as grávidas tenham acesso ao “aborto” de forma legal, seria possível normalizar a prática contra a causa de possíveis manifestações de tais “enfermidades”?

No início do mês de abril de 2012, prazo excedente ao período destinado à análise deste estudo, foi divulgada insistentemente e com grande repercussão nas mídias a resolução do Supremo Tribunal Federal sobre a aprovação dos ministros, por oito votos a dois, da permissão para as gestantes de anencéfalos interromperem a gravidez em caso de anencefalia¹⁴⁰. Os textos que divulgaram essa medida traziam esclarecimentos sobre o aborto e sobre os motivos para romper-se a relação, mesmo que indireta, com essa prática ou com a ideia de descriminalização, uma vez que esses termos¹⁴¹ deturpam a noção terapêutica, desvinculada da morte, apresentada na argumentação “consensual” de que o feto não é vivo. Se não há vida, não é possível pensar-se em morte, portanto, a prática não se configura nem como aborto, nem como crime.

O julgamento durou dois dias, e a maioria dos ministros da Corte entendeu que a antecipação do parto de feto com anencefalia não é crime e que as mulheres, ao optarem pela interrupção da gravidez, não estarão sujeitas às penalizações por praticar aborto ilegal. Para a maioria dos ministros, trata-se de um natimorto; portanto, a interrupção da gravidez não é considerada aborto, que, pelo Código Penal, não deixou de ser um crime¹⁴².

Assim, no dia 12 de abril de 2012, foi publicada na página de notícias do STF a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº. 54, de que as gestantes de anencéfalos têm direito de interromper gravidez:

Por maioria de votos, o Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) julgou procedente o pedido contido na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54, ajuizada na Corte pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), para declarar a inconstitucionalidade de interpretação segundo a qual a interrupção da gravidez de feto

¹⁴⁰ As matérias sobre os votos dos ministros do STF na ADPF 54 constam no anexo 2. Ver página 120.

¹⁴¹ De acordo com Rose (2001, p.37), os vocabulários e as técnicas, assim como as noções de normalidade, são criados a partir de preocupações com “tipos de conduta, pensamento e expressão considerados problemáticos ou perigosos”.

¹⁴² Reportagem: *Decisão do Supremo sobre anencéfalos reaquece discussão sobre aborto no país* (ZH, 13/04/2012).

Reportagem: *Diário Oficial publica critérios do Conselho Federal de Medicina para aborto de feto anencéfalo* (ZH, 14/05/2012). Ver página 93 do anexo 1.

anencéfalo é conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, todos do Código Penal. Ficaram vencidos os ministros Ricardo Lewandowski e Cezar Peluso, que julgaram a ADPF improcedente¹⁴³.

Os artigos referidos ditam:

Art. 124. Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:

Pena – detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos.

Art. 126. Provocar aborto com o consentimento da gestante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

Art. 128. Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I – se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II – se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Se, em alguns momentos dos debates, havia discursos destoantes. De um lado, apontavam-se a angústia e incerteza da mulher grávida por saber que seu filho não sobreviveria e poderia “nascer” morto e, ainda, trazer riscos à sua vida; de outro, salientava-se o dever de cumprimento da lei, sobretudo porque a vida é protegida pela legislação constitucional como bem maior a ser preservado. As possibilidades de admitir-se a morte do feto aparecem, como já referido, restritas aos casos de risco de morte ou estupro. Porém, ao levar em conta a preservação da vida da mulher tendo em vista o risco de morte pela gestação do feto anencéfalo, a constituição colocava-se em contradição, por considerar até então o feto como um organismo vivo.

Assim, a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS) requereu que fosse dada interpretação conforme a Constituição aos artigos 124, 126 e 128 do Código Penal, para explicitar que a noção de aborto não está vinculada aos casos de antecipação terapêutica do parto devido à anencefalia.

O convencimento da Corte Constitucional de que a “morte” ou, ainda, a não-preservação do feto no corpo da mãe tinha finalidade terapêutica, em razão do sofrimento psicológico e de estatísticas, já mencionadas – por

¹⁴³ Disponível em: < <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=204878>>.

exemplo, 100% dos casos de anencefalia levam ao óbito do feto; 50%, ao óbito da mãe; trata-se de um problema de saúde pública, com mais de 1.000 registros por ano –, leva à solução ou “dever” apresentado pelo exercício de estratégias preventivas para promoção e tutela da vida.

O conhecimento da condição de risco constitui-se como uma tecnologia social que, ao estabelecer modos de relacionar-se consigo mesmo, com a família e a sociedade, atua na produção de subjetividades (CASTIEL, 2007). Tal estratégia de prevenção, baseada na racionalidade de saúde pública, consiste numa forma de controle (político, econômico e moral), a qual, pela intervenção de exames, busca diagnosticar, tratar e vigiar os indivíduos predispostos, de modo a reduzir os riscos de acontecimentos indesejáveis, como o adoecimento e, principalmente, a morte da mulher (idem).

Portanto, a ADPF é uma ação sobre a legalização da prática terapêutica destinada a viabilizar a realização de direitos básicos e de preceitos fundamentais contemplados pelo texto constitucional, que até então não poderiam ser exercidos ou usufruídos, descumprindo-se, assim, a própria Constituição relativa à tutela da vida (LEAL, 2008). Diante de situações que envolvem e põem em jogo conceitos jurídicos que são levados a cabo pela mais alta Corte do país, destinada a resolver controvérsias diretamente ligadas à Constituição e, portanto, intimamente associadas aos valores e princípios jurídicos e sociais da vida em comum de uma coletividade, torna-se necessário aprender a lidar com a complexidade que caracteriza as relações sociais na atualidade (LEAL, 2008). Tais relações apontam elementos que levam a pensar na judicialização da saúde, da vida e da medicina.

Frente à “autonomia” adquirida para decidir sobre o futuro do que acontece com seu próprio corpo em relação à gestação do feto anencéfalo, com aceitação médica e legal para tal posicionamento, a decisão de interromper a gestação contribui com o quê? Pode tornar a experiência menos dolorosa?

Tal resolução (ADPF 54) contribui para acionar a desculpabilização, a segurança e o resguardo social de agir, conforme determina a lei, em prol da saúde e vida da mulher/paciente exposta ao risco de tal gestação. Também contribui para a redução de investimentos com despesas após o parto, como medicamentos, alimentação e leitos para promover ou manter a saúde da mulher e, se for o caso, a sobrevivência de seu filho.

Além disso, contribui para reacender debates que envolvem a questão da decisão sobre a possibilidade de morte, podendo interferir na legislação de temas controversos, como eutanásia e ortotanásia¹⁴⁴. Em relação a esses temas, a ideia de preservação da vida tem abarcado complexas percepções, por vezes condenáveis. A proposta de resolução do CFM que permite a escolha do paciente, depois de décadas de discussão, chega para maximizar a “liberdade” de escolha, mas não resolve todos os problemas de decisões de fim de vida, como as fronteiras entre a eutanásia e a ortotanásia, o que inclui o alívio da dor e sintomas e a precipitação da morte, por exemplo. Avançamos num caminho que segue para a “autonomia”, para a assunção soberana da própria vida, a “nossa própria vida biológica entrou no domínio da decisão e da escolha” (ROSE, 2007, p.40). Como proprietários dos corpos e vida, podemos decidir entre práticas de promoção ou não do viver pela administração ou não de doses letais de sedativos ou procedimentos que prolonguem ou antecipem o processo de morte, por exemplo.

O CFM aprovou, no dia 30 de agosto de 2012, a Resolução 1.995/2012¹⁴⁵, referente ao documento denominado *diretiva antecipada de vontade*, também chamado de *testamento vital*; o direito estabelece critérios

¹⁴⁴ Várias reportagens registraram reivindicações pela “autonomia” na gestão da vida/morte.

Reportagem: *Poder de escolha: Médicos deverão seguir o desejo de pacientes em situação terminal – Resolução do Conselho Federal de Medicina prevê declaração antecipada sobre intervenções* (ZH, 30/08/2012).

Reportagem: *Tendência mundial é acatar desejos expressos do paciente* (Folha SP, 31/08/2012).

Reportagem: *"Morro como eu quiser" – Aposentada com doença intestinal declarou que prefere morrer a passar por cirurgia; casos como esse se multiplicam pelo Brasil* (Folha SP, 01/09/2012).

Reportagem: *Registro de opção de tratamento cresce em SP* (Folha SP, 01/09/2012).

Ver página 96 do anexo 1.

¹⁴⁵ CFM RESOLUÇÃO Nº- 1.995, DE 9 DE AGOSTO DE 2012. Ver página 129 do anexo 2.

para o uso de tratamentos considerados invasivos ou dolorosos, permitindo que as pessoas definam limites terapêuticos na manutenção da vida. É um registro do desejo do paciente em documento que permite que a equipe médica cumpra essa orientação¹⁴⁶ – enquanto não entrar em vigor o novo Código Penal.

Ao atribuírem-se significados às probabilidades e estimativas de risco a mulher grávida, tais significados integram e norteiam a condução do viver, em constante avaliação e gerenciamento “responsável” de si para a administração “autônoma” dos riscos. Responsabilização, autonomia ou liberdade de escolha na gestão de si diante da informação do risco são estratégias que sugerem moralmente práticas preventivas para promoção e manutenção da vida e saúde do próprio corpo – numa otimização da vitalidade pelo governo da subjetividade através de “verdades” sobre o risco. Considerando que tais práticas se dão no plano de escolhas pontuais e individuais constituídas num governo a distância da “autonomia”, poderíamos estar constituindo percepções e escolhas vinculadas à eugenia? Pretendo explorar essa questão no fim do capítulo.

No panorama de gestão dos corpos, os debates contemporâneos de redefinição de vida/morte e as biopolíticas de medicalização da vida dos indivíduos apontam articulações entre os modos de existência e a economia, o mercado e a saúde, por exemplo. Ou seja, múltiplas relações de poder dão-se no plano do conhecimento, da política, da técnica e da ética, onde a conduta dos indivíduos é moldada – pelos outros e por si mesmo (ROSE, 1998). Para mostrar essa tensão entre o excesso ou a exuberância de vida/vitalidade, as suas “formas” e a “autonomia” sobre o viver, trago a reportagem intitulada *Após decisão do STF, governo federal garante apoio a*

¹⁴⁶ *Testamento vital permitirá às pessoas definirem limites terapêuticos na manutenção da vida – Para presidente da Comissão de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, resolução do CFM é pioneira e garante autonomia ao paciente (CFM, 31/08/2012). Ver página 131 do anexo 2.*

*aborto de fetos anencéfalos*¹⁴⁷ (ZH, 2012), em que foi abordada a votação de cada ministro:

PLACAR

- 8 a 2 a favor da interrupção

OS VOTOS

- A favor: Marco Aurélio Mello (relator), Rosa Weber, Joaquim Barbosa, Luiz Fux, Cármen Lúcia, Carlos Ayres Britto, Gilmar Mendes e Celso de Mello.

- Contra: Ricardo Lewandowski e Cesar Peluso.

- Não vota o ministro Dias Toffoli, que se declarou impedido.

Peluso: "matança de anencéfalos"

O presidente da Corte foi o último a votar. Como previsto nos bastidores do STF, Peluso entende que o aborto de anencéfalo é crime, assim como a interpretação do ministro Ricardo Lewandowski, dada ontem, na primeira parte do julgamento.

Para o Peluso, permitir a interrupção da gestação neste caso "é dar autorização judicial para se cometer um delito".

— O feto anencéfalo tem vida e, ainda que breve, sua vida é constitucionalmente protegida. O anencéfalo morre. E só pode morrer porque está vivo. Não é possível pensar-se em morte de algo que não está vivo.

Ao defender seu voto, ele falou em "matança de anencéfalos".

— ação de eliminação intencional da vida intrauterina de anencéfalos corresponde ao tipo penal do aborto, não havendo malabarismo hermenêutico ou ginástica dialética capaz de me convencer do contrário.

Mello: "não é aborto"

Penúltimo a votar — falta apenas a posição de Peluso —, Celso de Mello defendeu que a interrupção de gestação em caso de fetos anencéfalos não pode ser considerada aborto. Ele argumentou que a anencefalia traz "índices altíssimos" de morte materna.

— O crime de aborto pressupõe gravidez em curso e que o feto esteja vivo. A morte de feto vivo tem que ser resultado direto e imediato de manobras abortivas. A interrupção de gravidez é atípica e não pode ser taxada de aborto, criminoso ou não.

No entanto, ao longo de toda sua manifestação, de quase duas horas, mostrou-se cauteloso e advertiu que a decisão do STF é específica.

— Não estamos autorizando práticas abortivas. Não estamos, com esse julgamento, legitimando a prática do aborto. Essa é outra questão que, eventualmente, poderá ser submetida a esta Corte.

Britto: "dar à luz é dar à vida".

Ao entender que a interrupção de uma gravidez de anencéfalo é legal, Britto defendeu o direito da mulher.

— É um direito que tem a mulher de interromper uma gravidez que trai até mesmo a ideia-força que exprime a locução dar à

¹⁴⁷ A votação de cada ministro consta na reportagem: *Após decisão do STF, governo federal garante apoio a aborto de fetos anencéfalos* (ZH, 13/04/2012). Ver página 105 do anexo 1.

luz. Dar à luz é dar à vida, e não dar à morte. É como se fosse uma gravidez que impedisse o rio de ser corrente — argumentou.

Assim como Marco Aurélio Mello, Britto argumentou que obrigar a mulher a manter uma gravidez em caso de anencefalia é tortura.

— A mulher já sabe que o produto de sua gravidez está longe de pelo parto cair nos braços aconchegantes da vida. Vai se precipitar no mais terrível dos colapsos, o colapso da vida humana. É um organismo prometido à inscrição do seu nome não no registro civil, mas numa lápide mortuária.

Mendes: saúde psíquica da mulher

O ministro Gilmar Mendes argumentou que o caso de aborto anencéfalo se assemelha à interrupção da gestação em caso de estupro, autorizado pela lei, "porque visa proteger a saúde psíquica da mulher.

— Não parece tolerável que se imponha à mulher esse tamanho ônus à falta de um modelo institucional adequado de proteção.

Declarações dos ministros que votaram na quarta

Marco Aurélio Mello: "O anencéfalo jamais se tornará uma pessoa. Não se cuida de vida em potencial, mas de morte segura"

Rosa Weber: "Não há interesse em tutelar vida que não se desenvolverá socialmente. Proteger a mulher é proteger a liberdade de escolha"

Ricardo Lewandowski: "Não é lícito ao maior órgão judicante do país envergar as vestes de legislador criando normas legais. Não é dado aos integrantes do Judiciário promover inovações no ordenamento normativo"

Luiz Fux: "Se o diagnóstico (da anencefalia) fosse possível, teria, sem dúvida alguma, o legislador previsto a antecipação terapêutica do parto ou, afastando o eufemismo, o aborto".

Nesses discursos, vê-se a ênfase na distinção entre a prática de aborto e a cirurgia de interrupção da gravidez, fundamentando e reafirmando a postura favorável como uma estratégia de rompimento e exclusão com as noções de crime contra a vida. A legalidade da prática, que atua como mecanismo de defesa contra qualquer relação que se possa estabelecer com práticas ilícitas ou condenáveis, pode significar mudanças nos modos de governar a própria vida.

Outra questão abordada refere-se ao esclarecimento de que tal prática remeta menos ainda à ideia de aborto eugênico porque age para proteger a vida, como sugere a reportagem *Diário Oficial publica critérios do Conselho Federal de Medicina para aborto de feto anencéfalo* (ZH, 2012):

Na exposição de motivos, o Conselho Federal de Medicina ressalta as distinções que devem ser feitas entre interrupção da gravidez, aborto e aborto eugênico (visando ao suposto melhoramento da raça).

“Apesar de alguns autores utilizarem expressões 'aborto eugênico ou eugenésico' ou 'antecipação eugênica da gestação', afasto-as, considerando o indiscutível viés ideológico e político impregnado na palavra eugenia”, diz o texto, reproduzindo palavras do relator do processo no STF, ministro Marco Aurélio Mello¹⁴⁸.

Além da preocupação com tais diferenciações, um dia após a aprovação da interrupção da gravidez, a reportagem intitulada *Liberar aborto de feto sem cérebro é descartar ser humano*, diz CNBB (Folha SP, 2012) publicou o pronunciamento da igreja:

A presidência da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil) divulgou nota, nesta sexta-feira, em que "lamenta profundamente" a decisão tomada na quinta pelo STF (Supremo Tribunal Federal), liberando o aborto de fetos anencéfalos.

"Legalizar o aborto de fetos com anencefalia, erroneamente diagnosticados como mortos cerebrais, é descartar um ser humano frágil e indefeso. A ética que proíbe a eliminação de um ser humano inocente não aceita exceções", diz a nota.

Para a entidade, o Supremo legislou no lugar do Congresso Nacional.

Na nota, a CNBB ainda se defendeu de críticas ao dizer que defende seu ponto de vista também com argumentos jurídicos e científicos. "Exclui-se, portanto, qualquer argumentação que afirme tratar-se de ingerência da religião no Estado laico¹⁴⁹".

Ao lamentar a liberação do aborto de fetos anencéfalos, juntamente aos dois votos contra a constitucionalidade da prática, tomando as informações divulgadas nas reportagens, a igreja parece ter sido uma das poucas instituições a manter um posicionamento e discurso contrário ao entendimento de que o anencéfalo não é um morto cerebral responsável por danos ao corpo da mulher, mas um feto que vive e que tem direito a viver. Além disso, ao mencionar o “descarte” de um ser humano frágil e indefeso,

¹⁴⁸ Idem nota 142. Reportagem: *Diário Oficial publica critérios do Conselho Federal de Medicina para aborto de feto anencéfalo* (ZH, 14/05/2012). Ver página 93 do anexo 1.

¹⁴⁹ Reportagem: *Liberar aborto de feto sem cérebro é descartar ser humano*, diz CNBB (Folha SP, 13/04/2012). Ver página 108 do anexo 1.

remeteu à noção proposta por Bauman (2005) de que toda produção gera resíduos, rejeitos ou refugos que precisam ser descartados ou “reciclados”.

Outra questão, em que não me deterei, mas que considero importante trazer porque se fez bastante presente nas reportagens, é a dos fetos ou bebês encontrados mortos em latas de lixo e em rios, por exemplo, em razão do aborto ou do abandono, e também a da comercialização de bebês pela própria mãe. Isso faz pensar na constituição de noções e valores em relação ao corpo, à vida/morte de si e do feto, que aparentemente é tratado, em alguns casos, como uma “coisa” ou objeto a ser descartado. O elevado número de reportagens pode dar uma ideia da frequência com que ocorrem tais situações e de sua relação com a quantidade de fetos ou bebês encontrados mortos¹⁵⁰.

Enfim, fechando esse parêntese perturbador sobre outras formas de aborto e infanticídio, percebe-se que, aliado à noção de produção de vida, preservação e proteção, o viver aparece em perspectiva, isto é, como possibilidade ou não de sucessão de modos de vida e de características corporais pró-saúde/vitalidade entre gerações de cidadãos “projetados” na arena de intervenções de governo sobre a vida e sobre os corpos. Assim, a partir da ampla ideia de produção dos corpos para a vitalidade, pode-se observar, na constituição de subjetividades, moldes de “autonomias”, decisões e éticas, a composição de projetos e estratégias de múltiplas ordens a capacitarem a inspeção, o monitoramento e a avaliação de nós mesmos de

¹⁵⁰ Reportagem: *Catador encontra corpo de bebê em lixeira de Porto Alegre* (ZH, 04/11/2007).

Reportagem: *Feto é encontrado em rua de Porto Alegre* (ZH, 18/10/2007).

Reportagem: *Feto é encontrado no lixo em Três de Maio* (ZH, 26/02/2008).

Reportagem: *Feto é encontrado no aterro de lixo em SC* (ZH, 26/02/2008).

Reportagem: *Jovem aborta e joga feto no lixo na Serra de SC* (ZH, 13/04/2008).

Reportagem: *Bebê jogado no lixo em SC corre risco de morte* (ZH, 06/03/2008).

Reportagem: *Jovem coloca o filho no lixo em SC* (ZH, 06/03/2008). Garota deu a luz em banheiro de hospital.

Reportagem: *Bebê é encontrado morto dentro de lixeira em Viamão* (ZH, 21/04/2008). Corpo foi envolvido em plástico e colocado dentro de um saco de ração de cachorro.

Reportagem: *Bebê é achado morto dentro de saco plástico em frente a hospital* (Folha SP, 26/01/2009).

Ver página 109 do anexo 1.

acordo com critérios que nos são fornecidos pelas “verdades” de outros – operando, assim, para o governo da subjetividade. Conforme Rose (1998, p.42), a qualidade de conhecedor, de perito, de quem é especialista ou *expert* da subjetividade

[...] tem-se tornado fundamental para nossas formas contemporâneas de sermos governados e de governarmos a nós próprios. Mas não porque os experts conspiram com o estado para iludir, controlar e condicionar os sujeitos. A política democrática liberal coloca limites às intervenções coercivas diretas sobre as vidas individuais através do poder do estado; o governo da subjetividade exige, pois, que as autoridades ajam sobre as escolhas, os desejos e a conduta dos indivíduos de uma forma indireta.

Essa ação à distância é obtida por estratégias educativas e persuasivas inerentes “às suas verdades, das ansiedades estimuladas por suas normas e das atrações exercidas pelas imagens da vida do eu que ela nos oferece” (ROSE, 1998, p.42). Numa “aliança entre objetivos e ambições pessoais e objetivos ou atividades institucionalmente ou socialmente valorizadas”, somos subjetivados a compor uma parceria na responsabilização pelo governo da vida (ROSE, 1998, p.43). Desse modo, na luta pela satisfação, excelência e realização, atuamos como empreendedores, pois, na lógica do empreendedorismo, se unem a política e os programas regulatórios às capacidades de “autodireção” das pessoas, forjando uma “ligação entre as formas pelas quais somos governados pelos outros e as formas pelas quais deveríamos nos governar” (ROSE, 2011b, p.215). Nesses termos, empreender implica diversas “regras para a conduta da existência diária de uma pessoa: energia, iniciativa, ambição, cálculo e responsabilidade” e designa uma forma ética de governo de si (idem, ibidem). As escolhas tornam-se, então, centrais para toda a arena política, na qual o neoliberalismo tem constituído uma poderosa contribuição para a reorganização das problemáticas de governo (ROSE, 2011b). Nele, questionam-se, nos moldes da “ética particular da soberania individual, a legitimidade e a capacidade das autoridades com relação ao conhecimento e à administração da vida das pessoas em nome do seu bem-estar” (ROSE, 2011b, p.228).

Nessa relação de “coprodução” ou produção em conjunto, por assim dizer, como devedores compelidos a reparar os resultados de seus “erros” ou de falhas nos empreendimentos de si, a medida apresentada para driblar os problemas da anencefalia foi a de antecipação do parto, visto que se entende que, para o anencéfalo, não há possibilidade de medicalização. Porém, se houver um período de sobrevida, ocorrerá preocupação com a perspectiva de que ele possa viver uma vida marcada por dor e reduzida a um curto período pela “doença”. Como não sobreviverá por muito tempo após o parto, ele não ameaça a prosperidade da espécie, desconectando-se, assim, de noções eugênicas. Porém, ao ameaçar a vida da mulher, ele denuncia as imperícias cometidas no desempenho da gestão de si – seja pelo planejamento da nova vida, seja por práticas de exames ou ações preventivas, como a ingestão do ácido fólico e a não exposição a contaminações ambientais¹⁵¹.

Outra questão que aparece diante da angústia gerada por saber da exposição aos riscos diz respeito à promoção de atitudes medicalizantes e práticas cirúrgicas preventivas “radicais”, como, por exemplo, as mastectomias para evitar o câncer de mama. Extirpar partes do corpo como medida preventiva para eliminação do risco leva a pensar que os diagnósticos dos exames, incluindo os genéticos, consistem em um dentre tantos outros elementos que participam da construção de subjetividades responsáveis na gestão privada de riscos à saúde, ou seja, na administração da probabilidade de algo que ainda não ocorreu, mas que pode acontecer diante das evidências de risco constatadas pelos diagnósticos de um modo geral (CASTIEL, 2007).

¹⁵¹ Reportagem: *30 anos após boom de anencéfalos, Cubatão (SP) registra poucos casos* (Folha SP, 01/09/2008).

Há 30 anos, Cubatão (58 km de SP) ficou conhecida como a cidade dos "bebês sem cérebro". Era tida também como uma das cidades mais poluídas do país. A relação foi quase imediata: especialistas apontaram as emissões das indústrias como o principal fator para o boom de casos de anencefalia. Ver página 114 do anexo 1.

Relativo à gestão da saúde, a Resolução 344/02 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) determina a adição de ferro e ácido fólico à farinha de trigo e a alguns tipos de farinha de milho. A adição de nutrientes aos alimentos constitui uma estratégia preventiva para a redução de casos de anemia e de malformação do tubo neural de fetos como a anencefalia, por exemplo. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/344_02rdc.htm>.

Enfim, considerando-se o anencéfalo como o resultado possível dos “erros” de conduta da mulher, pode-se relacionar o anencéfalo a um desvio do ideal de vida, não pelas preocupações com a composição da população, mas porque remete às causas de sua deformação. Estas estão relacionadas à gestão de várias escolhas anteriores, tanto no plano biológico quanto no comportamental, incluindo: planejamento, cuidado, prevenção, as circunstâncias de vida e os estilos de vida adotados pela mulher/mãe. Numa combinação de obrigações e culpa no gerenciamento dos riscos, sendo moralmente responsabilizada, agora, com o apoio da lei, essa mulher/mãe passa a ser absolvida.

Assim, através de uma prática terapêutica reparadora dos desconfortos gerados pelos julgamentos normativos e da remodelagem da fala, da emoção e da percepção sobre o viver/morrer, a interrupção da gravidez é ajustada por meio de propostas de governo dos *experts* para superação dos desvios de conduta apontados pelo aborto – que tornavam os envolvidos criminosos (ROSE, 1998).

No período de análise, após anos de debates e manifestações públicas, ocorreram aprovações para as pesquisas com células-tronco embrionárias, para a prática da ortotanásia e da interrupção da gravidez em caso de anencefalia. Diante dessas novas possibilidades, pode-se perceber a constituição de uma nova concepção de vida – ligada ao “bem-estar” e ao viver por mais tempo, desde que seja de forma saudável, ou seja, a vida deve valer a pena, não deve causar prejuízos, deve ser boa, longa, sem problemas, dores e sofrimentos.

Compreender que vivemos numa sociedade onde os sujeitos devem ser ativos e individualistas, ao invés de passivos e dependentes; o governo do viver acontece “por meio da liberdade e das aspirações dos sujeitos, e não apesar destes” (ROSE, 2011b, p.216); e, na busca da promoção da vitalidade, se evita falar sobre a morte ou sobre temas que remetam à finitude, torna possível lembrar que as estratégias do biopoder, ou seja, o conjunto de ações sobre si e de uns sobre outros, têm sua focalização na

vida desde o século XIX e que esse processo tem atenuado o sentido da morte (DREYFUS e RABINOW, 1995).

Além das tentativas de escamotear a morte e da atenuação de seus sentidos de fim de vida, vemo-nos diante da “hipervisibilidade” das estratégias para a vitalidade. Assim, por um lado, a relação com a morte tem sido ofuscada, como se o excesso de visibilidade de vida criasse a ilusão óptica de que a morte se tornou invisível – como se a morte não fizesse parte da vida, tornando a vida “infinita” (BAUMAN, 2005). Porém, por outro lado, novas noções sobre o viver estão tomando forma e incorporando a possibilidade da produção da vida. Isso pode dar uma ideia do valor que tem sido atribuído à saúde e à vida na contemporaneidade.

Problematizar o modo como a biopolítica tem operado leva a pensar nas intervenções no viver/morrer. A vida deixou de limitar-se às normas vitais de um corpo “natural”, submetendo-se ao controle biológico, que não aceita imposições de limites da “própria” biologia, mas se curva ao domínio biológico das ambições e vaidades humanas. Nesse contexto, a “biologia” tornou-se uma possibilidade de controle, intervenção e gerenciamento dos processos vitais do corpo e da mente, e não apenas da cura de doenças (ROSE, 2011a). A avaliação e administração dos riscos para obtenção da vitalidade podem levar à promoção da saúde e ao gerenciamento das doenças por meio de cirurgias estéticas, conformação de estilos de vida (comportamentos e escolhas), de reprodução e até mesmo da morte.

As significações para a morte na contemporaneidade têm se constituído em meio a valores ditados por discursos de estilos de vida que se valem de “verdades”, as quais dizem que práticas e modos de vida devem ser evitados ou mantidos pelos sujeitos (LUPTON, 2000). Nessa relação moral, os indivíduos passam a ser tidos como exemplos de vida ou como inconvenientes e inoportunos. Vejo, a partir das alarmantes reportagens falando de mortes causadas por aborto, ou mesmo por ortotanásia e eutanásia, possibilidades que me levam a pensar nas razões e/ou “verdades” que podem estar relacionadas à constituição de uma ética voltada ao aceite do morrer ou à opção por não viver. Questiono, ainda: por que não aceitar a

“vontade” de morte que se mostra amparada pela lei, medicina e algumas religiões se, ao aceitarmos as escolhas perante a vida, estamos incluindo o aceite do morrer?

Dessas relações com as “verdades”, parece-me que estamos passando a admitir e a aceitar a morte em virtude do sofrimento causado tanto pela limitação do conhecimento biotecnológico e biomédico quanto pelo corpo biológico de um indivíduo – feto ou adulto – sem chances de cura ou melhora. Nessas circunstâncias, os sentimentos e a dor produzem a impotência para cuidar, evitar o sofrimento e as sequelas, a ponto de “desejar” ou optar por conceder a “liberdade” para que o indivíduo/paciente assuma a propriedade de seu corpo e faça a escolha por interromper ou não o viver.

Isso leva a perceber, ainda, que essa noção de acatar os desejos do paciente em viver/morrer do modo como “quiser” se projeta numa tendência muito ampliada, eu diria, quase globalizada. As biopolíticas de prevenção, cuidado e promoção de estilos de vida, ao instituírem a noção de “autonomia” e de responsabilidade, conferem um novo panorama ao morrer, que não é mais aquele de evitar esse momento e lutar pela vida até o fim, mas o de respeitar a forma de vida que o indivíduo julgar cabível para si e para o seu filho/embrião ou feto, em caso de anencefalia. No sistema biopolítico que promove a vida, fazer morrer parece estar deixando de ter uma conotação somente negativa, associada aos “males” atribuídos às biopolíticas de aborto e eutanásia, para expressar o cuidado com a vida e o exercício da “autonomia” daquele que se vê em circunstâncias de ausência de vitalidade para manter o viver.

Se saúde é “sinônimo” de vida e a vida tem constituído uma lucrativa “moeda” nas negociações do mercado econômico, a ausência de saúde ou as condições orgânicas como síndromes e malformações parecem dizer “exatamente” o contrário. Além disso, relacionada à vida e à saúde, está a noção de felicidade. Portanto, se vivemos numa sociedade regida por “verdades” sobre felicidade ligadas ao consumo de saúde, juventude e beleza

para a vitalidade, o que a infelicidade, a falta de consumo e a oneração pela insuficiência biológica podem nos dizer?

Morrer talvez seja o resultado ético de nossas “próprias” escolhas. Talvez uma nova ética social esteja se formando perante as possibilidades de vida/morte e, além disso, lastreando projetos de lei que incluam a “liberdade” de escolha conforme a ética individual sobre o viver/morrer. Se somos considerados e nos consideramos como gestores de nossos corpos, como engenheiros responsáveis por projetos humanos, então, não parece ter sentido sermos destituídos da capacidade de exercer o poder soberano de vida/morte sobre nossa “própria” propriedade bioeconômica – ou a existência do corpo.

Os caminhos do governo da “autonomia” em direção à vitalidade que passam pelo fazer morrer levam a resultados que, difundidos na mídia – como a interrupção da gravidez ou descriminalização do “aborto” em caso de anencefalia e da ortotanásia para o doente terminal –, têm produzido, dentre outras coisas, um questionamento: como podemos aceitar a morte se buscamos, por escolha “própria”, promover a vida? Parece-me que é justamente aí que o aceite para a morte se encontra, ou seja, se nos propusermos a buscar promover a vida e nada mais que possa distanciar-se dessa concepção, quem não apresentar chances de alcançar ou, ao menos, de tentar alcançar a vitalidade estará livre. “Livre”, assim como todas as pessoas, para exercer sua “autonomia” em optar por determinadas práticas, segundo a constituição de sua ética, mas também para ser responsabilizado moralmente. Porque, no sistema do biopoder, somos todos produzidos como “autônomos” na gestão de si, ou seja, sujeitos constituídos pelas “verdades” de trabalho/governo sobre si e sobre o outro e, por isso, responsáveis pelo que vier a acontecer de “bom” ou de “mal” aos corpos, o que inclui o viver/morrer.

Sobre a ideia de responsabilização dos indivíduos pelo sentimento de orgulho, culpa ou fracasso em relação aos seus corpos, Lupton (2000, p.44) refere que não somente as construções de

[...] sujeito ideal nos discursos de saúde pública e da promoção da saúde precisam ser problematizadas por suas limitações, por seus julgamentos morais e pela sua tendência de apoiar e reproduzir as desigualdades sociais. É preciso também pôr em questão o foco muitas vezes míope da filosofia dos cuidados de si ao qual tais construções se ajustam.

5.3.1. Das minhas hesitações e ensaios: quais as relações entre o governo contemporâneo dos corpos e da vida e as noções eugênicas?

Vidal Junior (2010), com base em Rose, menciona que a emergência de novos saberes acerca da compreensão do que somos indica algumas mudanças nos regimes de poder que novos “vetores” sociais colocam em movimento. A ideia de melhorar a saúde das pessoas, preservar a vida, prevenir doenças, estabelecer limites entre o vivo e o não vivo, pode confundir as fronteiras entre a medicina preventiva e as noções de eugenia e degeneração – “centrais às biopolíticas do século XIX” (ROSE, 2007, p.18).

População, qualidade, território, nação, raça – esses foram os termos agregados ao discurso da eugenia que lhe deram o específico e, finalmente, mortífero caráter (ROSE, 2007). Muitos comentaristas contemporâneos sugerem que este termo, *eugenia*, esteja relacionado ao “desejo de controlar a composição biológica da população e sustentar políticas biológicas, hoje” (idem, p.55, tradução minha).

Ao falar sobre as biopolíticas no século XXI, o autor explica que a eugenia, em muitas avaliações contemporâneas da biomedicina, tem sido evocada tanto para distinguir o presente do passado quanto para ligar o presente ao passado. Nas tentativas de ligar o presente ao passado, sugere-se que, embora com suas diferenças, a biomedicina contemporânea, em combinação com a genética, atua no julgamento de “valor da vida humana na medida em que intervêm sobre as chances da vida, a fim de eliminar as diferenças codificadas como defeitos” (ROSE, 2007, p.55, tradução minha). O autor propõe que, se quisermos ser claros sobre a especificidade do presente, além da retórica, é importante ser mais preciso sobre a natureza da eugenia e seu contexto como uma estratégia biopolítica (idem).

Penso ser importante trazer alguns apontamentos sobre as considerações feitas por Rose (2007) no livro *The politics of life itself* sobre a eugenia¹⁵². A leitura foi bastante difícil, e precisei de “lapsos” de tempo para

¹⁵² O acréscimo ou decréscimo é de minha tradução e interpretação.

afastar-me e digerir o que vinha lendo. Durante esse tempo de desestabilização das pretensas explicações teóricas que eu vinha construindo sobre um novo movimento eugênico, aos poucos, comecei a compreender de quais “verdades” Rose falava, para imergir na fluidez das formas de governo. Talvez esse movimento tenha a ver com o ensaiar-se, pois o ensaio pressupõe mudanças constantes de perspectivas. Arrisquei conhecê-las. Vamos a elas!

Em seus estudos, o autor refere que, na contemporaneidade, a norma de saúde individual substituiu a de qualidade da população e que esta deixou de ser pensada em termos de grandes categorias sociais para ser aplicada no plano molecular – central para o pensamento biológico e, portanto, às práticas e políticas de biomedicina. Para ele, essa molecularização não consiste apenas numa questão de construção de explicações em um nível molecular e moral, mas atua na reorganização do “olhar das ciências da vida: suas instituições, procedimentos, instrumentos, espaços de operação e formas de capitalização” (ROSE, 2007, p.44, tradução minha).

Além disso, conforme destaca o autor, “as racionalidades políticas do nosso presente não são mais inspiradas pelo sonho de tomar conta da vida de cada um em nome do destino de todos”, pois o ideal de um Estado em formar, coordenar e gerir os negócios de todos os setores da sociedade caiu em descrédito (idem, p.62, tradução minha). No panorama atual, a ideia de "sociedade" foi modificada; sociedade já não é vista como um único domínio com uma cultura nacional, uma população, um destino, com um território nacional coextensivo, mas como um conjunto de "culturas" e de políticas identitárias – comunidades (idem).

Para Rose, nessa nova configuração, o significado político de saúde e doença mudou. Hoje, as justificativas para o interesse político na saúde da população já não se fundamentam nos “termos das consequências de inaptidão da população como um todo orgânico para a luta entre nações” (ROSE, 2007, p.63, tradução minha). Entretanto, ajustam-se nos

[...] termos econômicos, nos custos da saúde, em termos de dias de trabalho perdidos ou contribuições do seguro, ou em termos morais, no imperativo de reduzir as desigualdades em saúde. Embora comparações internacionais sejam, sem dúvida, ainda significativas, a sua função política contemporânea não é mais aquela de marcar o potencial de vulnerabilidade de um sistema político em rivalidade geopolítica, mas de servir como índices públicos, na medida em que as nações instituem políticas de sucesso para a gestão da saúde (ROSE, 2007, p.63, tradução minha).

Vinculados à promoção da saúde, os indicadores não mensuram a aptidão de uma população, mas funcionam como indicações do estado de saúde das pessoas. Quanto à resolução de questões de saúde da população, já não é mais esperado que o Estado as resolva – as intervenções na vitalidade dos indivíduos são operadas por eles mesmos (idem). Nesse domínio, como em muitos outros, as imagens do Estado agora são de habilitação, de facilitação, de animador, de acessibilidade, de superação, etc. (idem). Embora o Estado tenha mantido a responsabilidade de fixar condições gerais de saúde, como a regulação da venda de alimentos e o saneamento, ele busca libertar-se de algumas das responsabilidades, como, por exemplo, pelas consequências da doença e de acidentes (idem). Temos assistido, assim, a uma

[...] intensificação e generalização das estratégias de promoção da saúde desenvolvidas no século XX, juntamente com o surgimento de uma indústria privada de seguro de saúde, aumentando as obrigações que os indivíduos e as famílias têm para monitorar e gerenciar sua saúde. Cada cidadão deve agora tornar-se um parceiro ativo na unidade, aceitando sua responsabilidade para garantir o seu próprio bem-estar. Organizações e comunidades também tomaram um papel ativo na garantia da saúde e do bem-estar de seus funcionários e membros (ROSE, 2007, p.63, tradução minha).

Articulando a ideia de promoção da saúde, Rose (2007), assim como Lupton (2000), refere que desenvolvemos uma "vontade de saúde", ou seja, a saúde passou a ser pensada como uma meta a ser atingida. Essa vontade ou desejo de ser/estar saudável constitui-se em meio a práticas e processos de governo e faz parte das (bio)políticas (SANTOS, 2002). Além disso, ela tem se tornado cada vez mais capitalizada por empresas, que vão desde as farmacêuticas até as varejistas de alimentos, e por toda uma gama de

organizações, campanhas e grupos de autoajuda que têm atuado no espaço dos desejos, angústias e decepções relativas à vontade de saúde e à experiência de sua ausência (ROSE, 2007).

Dentro dessa complexa rede de forças e imagens, as aspirações relacionadas com a saúde e conduta dos indivíduos são governadas "à distância", moldando os caminhos que eles entendem que decretam sua própria liberdade (idem, p.64, tradução minha).

Nessa perspectiva, a biopolítica, hoje, deixou de operar apenas no plano da população, qualidade, território e nação, para operar no nível individual, em que a qualidade da aptidão evolutiva foi substituída pela qualidade da vida. O território político da sociedade deu lugar aos espaços domésticos da família e da comunidade, e a responsabilidade agora recai sobre aqueles que governam a família, seus membros e a si próprios (idem). Nessa política que temos chamado de neoliberalismo, além dos novos custos da biomedicina, pode ser encontrada a multiplicidade de escolhas que esta nos possibilita. Isso não a torna menos problemática, nem menos envolvida com as relações de poder e de sentenças de valor diferencial para diferentes formas de vida, natureza do sofrimento e nossas obrigações individuais e coletivas para o futuro (idem). Entretanto, conforme Rose, a biopolítica contemporânea merece ser analisada em seus próprios termos de governo, porque o termo *eugenia* não dá conta, nem tampouco “é para se tornar para todos os fins, devemos mantê-lo para as estratégias biopolíticas que partilhavam de seu sentido original” (ROSE, 2007, p.73, tradução minha).

Isso tudo faz pensar na descrição de políticas pelo uso de termos como *eugenia voluntária*¹⁵³, *eugenia utópica*¹⁵⁴, *eugenia responsável*¹⁵⁵, *eugenia liberal* e *nova eugenia*, por exemplo. Trata-se de diferentes nomes atribuídos a práticas/estratégias políticas de promoção da vitalidade ligadas ao governo da “autonomia” reprodutiva, que se constrói a partir da subjetivação do indivíduo numa rede de discursos produzidos por instâncias variadas e

¹⁵³ Termo sugerido por: NELKIN, Dorothy.

¹⁵⁴ Termo sugerido por: KITCHER, Philip.

¹⁵⁵ Termo sugerido por: FLECK, Leonard M.

contingentes ao desenvolvimento do conhecimento, à constituição de “verdades” e de moralismos, ao saber, à economia, ao mercado, ao momento histórico e circunstâncias sociais, etc.

Considerando que a possibilidade de o indivíduo optar sem interferência de “verdades” não existe e que risco expressa estratégias de governo nas tensões em determinadas circunstâncias, o que poderia haver por “trás” da noção de risco? A ideia de haver uma “verdade” obscura não me parece pertinente, nem me fascina, mas parto dela para pensar na constituição de novos valores, noções e “verdades” no coletivo, os quais passam a orientar e, talvez, determinar as escolhas individuais. Tais escolhas poderiam ser consideradas como “inescapáveis” e configurar práticas eugênicas? Porém, a ideia do inescapável também não me instiga, porque, para assumi-la, teria que negar a possibilidade de práticas de resistência numa política neoliberal de governo.

Para Lupton (2000), a noção de resistência compreende os modos como os indivíduos não se submetem, não se conformam às exigências da governamentalidade, nem as consentem, o que inclui, portanto, modos de contestação ou de recusa ao “conjunto de máximas estabelecidas para a vida cotidiana” (idem, p.18). A autora diz também que, em relação aos cuidados de si, “as técnicas de governamentalidade não são simplesmente impostas sobre os indivíduos e que, portanto, a resistência e a mudança podem ser geradas e mantidas” (idem, *ibidem*). Em relação à resistência, Revel (2005), com base em Foucault, menciona que, “sem possibilidades de resistência, não haveria efeitos de poder, mas simplesmente problemas de obediência” (idem, p.76). Contudo, mesmo em termos de obediência, esta deve ser considerada como produto de uma escolha ética que se dá diante dos “discursos que competem na construção do sujeito [os quais] são muito diversos e contraditórios para garantir um alinhamento aos imperativos da saúde” e vida (LUPTON, 2000, p.19). Isso não permite caracterizar os governos como uniformes, pois não se exercem da mesma maneira sobre todos os indivíduos; daí a necessidade de atuação contínua através de diferentes instâncias e aparatos (SANTOS, 2002). Além disso, tal como as

prescrições, os riscos são indicações de possibilidades de acontecimentos futuros, portanto, não garantem o efeito prometido ou esperado. Como refere Lupton (2000), indivíduos que fumaram cigarro por quase toda a vida podem não morrer de câncer. Em contrapartida, os que se guiam pelas prescrições, como a de nunca fumar para prevenir os diversos tipos de câncer, podem morrer deles.

A relatividade apontada por Lupton, tanto nas respostas do biológico quanto na “liberdade” de recusar as prescrições, torna perceptíveis as descontinuidades do governo. Por isso, talvez, o caminho que identifica as práticas de governo atuais como “inescapáveis” e irrecusáveis não seja o correto. Mais ainda, talvez não seja esse o caminho que consiga ligar nossas formas de governo com a noção de eugenia. Temos que pensar um tanto mais! Vamos lá?

Compreender que a produção de responsabilização individual associada à de “autonomia” na gestão da própria saúde e da saúde do filho atua no governo dos corpos de diferentes maneiras e em diversas instâncias, participando, assim, como formas de governo, possibilita pensar: de que modo tais governos operam e o que produzem?

Na tentativa de examinar as relações entre a vida social e os usos que podem ser feitos da ciência na contemporaneidade, essa é a produtiva questão a ser pensada para o presente, ou seria a de que não deixamos de praticar, mesmo que de outras maneiras, políticas supostamente eugênicas, configurando um cenário de novo eugenismo? Ainda, considerando que há muito se têm disponíveis os potenciais para exercer em diversos níveis práticas consideradas eugênicas, por que focar os holofotes nas novas possibilidades biomédicas e biotecnológicas, dando-lhes o status de “vilãs” que habitam os procedimentos de governo atuais?

Essas questões levam a pensar também nos motivos para recorrer a um termo carregado de significados totalitários e autoritários, como se estivéssemos procurando identificar semelhanças e desejando desvelar os “traços” de polêmicos e temíveis efeitos bons ou ruins, dependendo do observador e do objeto (de valor, discriminação, racismo... de um regime de

políticas estatais altamente opressivas), na inserção de práticas relativas ao saber da ciência em nossas escolhas (ATLAN, 2009).

Numa cultura de individualismo, diante do aumento das opções, das escolhas e da “autonomia” na gestão do viver e também da possibilidade de recusa ou resistência, estaríamos tentados a cair na tendência de explicações reducionistas, vitimadoras e deterministas para as intervenções biológicas de melhoramento da saúde/vida e manutenção do viver? Será que essa busca por associações ou pelo reconhecimento de continuidades não estaria relacionada a estratégias de consolidação ou de promoção da persistência de pensamentos eugênicos? Investimentos em associações de pensamentos eugênicos com a fluidez dos conceitos e com as práticas preventivas deveriam ser reforçados ou dissolvidos?

Outra hipótese seria a de que talvez essa evocação do termo possa expressar uma tendência em buscar estabelecer limitações ao uso de recursos biotecnológicos relativos à promoção dos “desejos” de governo da saúde/vida do próprio corpo e/ou do filho (ATLAN, 2009). Assim, ranços, resquícios ou traços, no presente, do que se compreende por eugenia podem possibilitar perceber o percurso do desenvolvimento do conhecimento biológico e biomédico engajado às estratégias de governos em diferentes momentos. Ainda, poderiam estar dando visibilidade à configuração de um novo modelo de eugenia? Talvez fosse válido considerar que utilizar uma nomenclatura de amplas compreensões, que teve diversas aplicações em vários momentos e países, pode tornar-se ambíguo, vago ou generalista, pois pode ser empregado para múltiplas circunstâncias. Basta pensar em algumas entre todas as possibilidades preventivas e de segurança de que dispomos e que utilizamos.

Frente à responsabilidade do gerenciamento de medidas de contenção da ocorrência (ou possibilidade) de problemas de saúde e vida para manejar ou intervir no futuro, passou-se a depender da possibilidade de planejamento de ações preventivas e terapêuticas que modifiquem o “destino” biológico, o que se torna possível pela identificação dos riscos.

Assim, ao conhecer os riscos, administramos o futuro da melhor maneira que pudermos, porque nos tornamos responsáveis pelo que nos acontece.

Compreender que a busca por conduzir a conduta dos indivíduos através de estratégias biopolíticas incorpora o governo da “autonomia” no plano da “plasticidade” subjetiva individual pode possibilitar o estabelecimento de relações entre noções eugênicas e questões de valor para a vida do anencéfalo. Entretanto, será que um diagnóstico, como o de anencefalia, torna o feto um indivíduo de menos valor se comparado a outros? Ou, a partir dos riscos identificados nas testagens, por considerar-se o valor que ele tem, assim como os outros, são causadas preocupações com o modo de vida que está sendo criado/gerado em relação às possibilidades e à responsabilidade de melhorá-la? Será que os pais, em suas ponderações de cuidado e prevenção, articuladas às oportunidades, circunstâncias econômicas e às “verdades” e valores coletivos sobre o nascimento ou não do anencéfalo, conseguem refletir também sobre os custos que o curto período de sobrevivência desses bebês podem gerar à saúde pública no caso de optarem por deixar “viver”? Considerando que a ideia de perpetuação do gene não pode relacionar-se ao anencéfalo, em que medida a relatividade da constituição de práticas responsáveis de gerenciamento do viver, ou seja, a constituição de formas éticas de governo de si, poderia ser identificada com ações eugênicas?

Outra hipótese é a de articulação da possibilidade de fabricação, alterações e usos do embrião com práticas eugênicas. Porém, considera-se que nem tudo que é necessário para o desenvolvimento do embrião está no DNA do genoma, pois hoje sabemos que o “genoma desempenha o papel de memória relativamente estática, mais do que de programação dinâmica” e que os fatores epigenéticos¹⁵⁶ contribuem de maneira determinante para o desenvolvimento embrionário (ATLAN, 2009, p.18; CASTIEL, 1999). Num cenário em que a escolha se torna um destino, uma vez que são

¹⁵⁶ Tomando a definição de Castiel (1999, p.247), o conceito de epigênese empregado refere-se à “distinção entre o que é definido a partir de informação exclusivamente contida no genoma e o que é determinado a partir de uma possível interação genes ambiente”.

apresentadas possibilidades de domínio de técnicas de diagnóstico pré-implantação e de intervenção no embrião/filho para evitar que genes para malformações e doenças graves se expressem, a negação de tais práticas poderia estabelecer uma relação de recusa em favor do “destino” biológico e da preservação da noção de “essência” da vida humana contida no DNA. A malformação expressaria um “desejo” ou uma limitação do desejo dos pais, invocando o reducionismo em prol da não-modificação biológica ou “natureza” do embrião? Os genes decidem destinos ou o destino é resultado da interação entre genética, estilo de vida (exposição às condições do corpo – desnutrição, anemia...) e ambientes (das células e também externos, com poluição do ar, da água, lixo tóxico...)?

Cardoso e Castiel (2003, p.660), com base em Haraway (1997), comentam que tanto a genética quanto a biologia molecular são práticas culturais complexas, são processos de “produção e não invenção metafísica e suas realidades são ao mesmo tempo semióticas, institucionais, maquinárias, orgânicas e bioquímicas”. Ao questionar se o gene seria o oráculo do novo milênio, comentam:

Em caso de resposta afirmativa, cabe sublinhar que mapear todos os nossos genes e conhecê-los não é sinônimo de domínio de “contingências” tais como mutações de baixa penetrância, polimorfismos, doenças multifatoriais, ligações perigosas entre genes próximos e etc., só para ficarmos no domínio do orgânico. Um exemplo claro e bastante em voga é o do câncer de mama. Sabe-se que o número de casos de câncer de mama causados por polimorfismos genéticos ou por mutações de baixa penetrância, sempre colocando-se entre parênteses a ressalva da exposição ambiental como combinada a esses fatores genéticos, possivelmente será maior do que daqueles casos hereditários causados por mutações de grande penetrância, pois estes são menos comuns na população do que os polimorfismos genéticos que possam estar ligados ao câncer (Coughlin et al. 1998). Por outro lado, não se trata de negar os avanços, mas de colocá-los em suas reais dimensões: tarefa, esforço, engenho, produção conjunta, cultural e engajada de homens e mulheres que são capazes de falar, trabalhar, produzir e fazer história e histórias... Espera-se, apenas, que essas histórias escapem dos determinismos e façam pensar que o maior de todos os riscos talvez seja endeusar, fetichizar e/ou dogmatizar os riscos genéticos (idem, p.662).

Das dificuldades de escapar de peregrinações deterministas, as compreensões do embrião (como vivo, não-vivo, como pessoa ou material biológico passível de intervenções e da aleatoriedade) configuraram importantes questões que atravessaram e nortearam debates e foram relacionadas à eugenia, tanto pelo suposto aborto em razão do diagnóstico genético pré-implantação quanto pela possibilidade de domínio de técnicas de modificações genéticas na programação de bebês e usos em pesquisas. Desse cenário de profecias, exortações/prescrições e possibilidades de fabricação da vida, quais noções de parentesco/filiação podem ser estabelecidas com o filho diante da possibilidade de separação entre procriação e sexualidade e, ainda, entre reprodução e gravidez? As tecnologias podem estar produzindo necessidades de outras definições para as relações entre as novas formas de corpos/vidas? Para Botbol-Baum (2009, p.11):

Estas novas técnicas, longe de estreitar o aleatório do nascimento, exigem, em face do alargamento das possibilidades, uma colaboração na reflexão contra a corrente, sobre o risco global que representa a reinvenção da maternidade biotécnica. Longe de transgredir as “leis da natureza” (re-enviando às posições reducionistas do biologicismo ou do essencialismo), ela deslocará todos os possíveis, engajando uma liberdade responsável e evolutiva, suscitando nossa imaginação ética.

Os fascínios pela simplicidade e universalidade que já foram imaginados em relação ao programa genético, hoje, passaram à percepção de que as coisas não são tão simples como se acreditou, afinal, “transpor um gene humano em um camundongo não ‘humaniza’ o animal” (ATLAN, 2009, p.13). Além disso, em razão do desenvolvimento de performances técnicas, as transformações no biológico parecem estar atuando como tentativas de maculação de uma suposta essência em que se podia acreditar. Isso tem ocorrido desde o nascimento da ovelha Dolly (1996), e a multiplicação de técnicas tem modificado a definição de embrião (idem). Antes do nascimento de Dolly, não ocorreria a ninguém considerar como um embrião a ideia de capacidade ou potencialidade de uma célula (um óvulo com substituição de seu núcleo por um núcleo somático) tornar-se um embrião – clonagem

reprodutiva (idem). Esses processos técnicos mostram a que ponto definições simples, permitindo rotulações, podem fragilizar-se “diante da unidade [do que chamamos de] natureza quando encaramos esta do ponto de vista das possibilidades do vir a ser” e das definições evolutivas (idem, p.45). Para o autor, um dos desafios propostos pelas biotecnologias é

[...] desembaraçar a genética humana dos bafios de racismo e de eugenismo que sempre tiveram tendência; quando os expulsamos pela porta da frente, retornam pela porta do fundo.

A genética e a antropologia contribuíram para desmistificar a noção de raça biológica aplicada ao homem. Mas hoje, no lugar de etnias definidas pela cor da pele, traços do rosto ou simplesmente pela história, trata-se de grupos de indivíduos caracterizados por marcadores genéticos particulares que correm o risco de ser atingidos pelo ostracismo de estigmatizadores de deficiências físicas ou mentais.

[...] a biologia atual, especialmente através de suas performances técnicas, tende cada vez mais a fazer explodir representações antigas bem estabelecidas sobre a essência das coisas e dos seres, aí incluídos nós mesmos, a partir de barreiras que se pensava inultrapassáveis entre o vivo e o não-vivo, o humano e o não-humano (ATLAN, p.14-15).

Considerando-se que, de acordo com o autor, a tarefa de desmistificação não seja nada fácil, ainda mais pela difusão de especulações futuras indevidamente “triumfalistas” e/ou leigas dos conhecimentos científicos, ligando-os a projeções fantásticas, que o corpo biológico não se reduz aos genes e que a própria expectativa de projeto eugênico se torna amplamente ilusória em face da falta de domínio e incerteza da prosperidade das técnicas, “vale mais denunciar a ilusão, cada vez mais reconhecida, que a reforçar ao apresentá-la como uma ameaça intrínseca às técnicas genéticas” (ATLAN, 2009, p.31).

Dessas considerações, questiono se as intencionalidades da negociação dos dilemas de saúde e vida com que nos defrontamos e que produzem formas de governo a partir de preocupações sociais com a promoção da vitalidade do filho e de si (pelos pais, familiares, amigos, médicos, pesquisadores, conselheiros, os quais estão lançando mão de diferentes estratégias preventivas) estariam articuladas a noções de governo eugênicas. De acordo com Rose:

O que temos aqui não é a eugenia, mas é a moldagem por formas de autogoverno das obrigações, de escolha, do desejo de autorrealização e o desejo dos pais para dar melhores vidas para seus filhos. Sua lógica e seus custos merecem análise em seus próprios termos (idem, p.69, tradução minha).

A experiência da eugenia deixou uma marca indelével na política de saúde individual e coletiva, lançando suspeitas sobre quaisquer formas de gerenciamento de estado de forças vitais que não operam sob os signos de autonomia, consentimento e direitos individuais. Na verdade, durante o último meio século, pelo menos na Euro-América, as patologias, disfunções, deficiências ou capacidades subótimas de indivíduos e grupos têm se tornado as principais fontes de biovalor e a concorrência entre Estados e corporações. Os circuitos de biovalor tomam uma forma muito diferente das lutas nacionais pela supremacia que sustentaram as racionalidades da eugenia. É por estas razões que eu acho que devemos conceituar a economia da biopolítica contemporânea como operando de acordo com a lógica de vitalidade, e não de mortalidade. Embora o biopoder, hoje, certamente tenha seus circuitos de exclusão, deixar morrer não é fazer morrer. Isso não é uma política de morte, embora a morte assombre; não é nem mesmo uma política de saúde e doença; é uma questão do governo da vida (idem, p.70, tradução minha).

Tendo em vista que os conhecimentos da ciência ditam discursos normativos e buscando afastar-se dos discursos contrários à ciência e à medicina que têm sustentado as noções de eugenia, nas circunstâncias biomédicas e biotecnológicas da biopolítica atual, Vidal Junior (2010, p.241) comenta que Rose sinaliza alguns riscos em utilizar o “conceito de eugenia, esvaziando-o de sua historicidade”. Além disso,

[...] indagando se estaríamos assistindo ao surgimento de uma nova forma de vida, forjada em meio às ideias de suscetibilidade e aprimoramento, constata que vivemos uma inflexão histórica na qual as políticas da vida já não são pensáveis com base no par saúde e doença, mas focalizam a otimização da própria vida (VIDAL JUNIOR, 2010, p.241).

Como já referido, a relação estabelecida entre a otimização da própria vida e uma ética da “autonomia” e autenticidade indica os tipos de escolhas que são criadas pela esperança que investimos nas tecnologias de vida e organização de estratégias para o governo de riscos (ROSE, 2010). Risco denota formas de pensar e agir envolvendo “cálculos no presente sobre prováveis futuros seguidos de intervenções para o presente, a fim de

controlar o futuro potencial” (ROSE, 2007, p.70, tradução minha). Em alto risco, os indivíduos podem ser aconselhados a fazer modificações tanto em seu comportamento, dieta, estilo de vida, quanto num regime preventivo de “drogas destinadas à redução do risco de ocorrência de tais desordens” (idem, p.72, tradução minha). Assim, as práticas para a vitalidade amparam-se nas taxas de “mortalidade e morbidade, que funcionam como chave para o desenvolvimento de concepções do futuro como calculável e previsível” (idem, p.71, tradução minha).

Nesse plural e contestado campo percorrido pelas “verdades” produzidas (nos comitês de ética, associações profissionais, resultados de pesquisas e exames, critérios dos empregadores e seguradoras, e organizações religiosas), o poder pastoral não tem se mostrado preocupado em guiar o rebanho como um todo. De acordo com Rose, talvez se possa descrever melhor essa forma de poder pastoral como relacional, nela tal poder atua na transformação das

[...] subjetividades dos que estão a dar o seu consentimento ou recusá-lo, através de técnicas discursivas que ensinam novas formas de interpretar aspectos de si mesmo em pensamento e linguagem, novas formas de fazer a si mesmo e suas ações passíveis de julgamento (ROSE, 2007, p.74, tradução minha).

Fundamentalmente, nessa forma relacional do poder pastoral, a informação e o diagnóstico atuam como intensificadores da ética em que as relações de todos os assuntos e “verdades” sobre si mesmos e os outros estão em jogo, incluindo os próprios peritos (ROSE, 2007). No entanto, essa política de gestão de riscos não equivale à da qualidade da população,

[...] porque ela opera em termos de um estilo de pensamento diferente sobre natalidade e suas consequências políticas. As variedades de biopolítica não são apenas caracterizadas por diferentes e heterogêneas racionalidades políticas, mas cada racionalidade está ligada a formas peculiares de pensar sobre seu objeto, individual e coletivo de vitalidade humana, e suas consequências políticas, isto é, uma forma de pensar sobre a vida (ROSE, 2007, p.75, tradução minha).

Essas considerações podem apresentar elementos para entender como temos praticado o governo dos riscos em relação à gestão da vida, ou seja,

como temos compartilhado nossas “próprias” noções sobre o que é ser/estar saudável e vivo e, ainda, a constituição de nossas normas vitais moldadas por determinadas “verdades”, circunstâncias e condições de formação. Nessa dimensão, considerar que a saúde e a vitalidade se tornaram importantes meios para as interações das estratégias biopolíticas com o (bio)capital, a (bio)economia e o mercado leva a pensar nos modos como essas relações e “negociações” – que envolvem o conhecimento, o poder e a subjetividade – estão acontecendo/governando e nos constituindo governantes do viver.

No que tange à investigação do funcionamento de acontecimentos na produção da vitalidade, as múltiplas responsabilizações têm colocado em xeque a tutela dos pais sobre a vida dos filhos e os padrões de corpos e estilos de vida estereotipados e adeptos de modismos e futilidades em relação aos que não podem incorporar-se à sociedade de consumo. Apontam, ainda, um grande distanciamento do “ideal”, que parece “nunca” ser atingido, mas que move a esperança de conquista de modo estratégico. Nesse processo interminável de busca pelos padrões, percebo que a questão talvez não seja a de resolver o que fazer com as pessoas que não se enquadram nessa busca, mas enxergar nelas a capacidade de acessar os “desejos” e “necessidades” que têm constituído e moldado nossas formas de ser e de nos interpretarmos, ou de se mobilizarem para tal.

Nossas escolhas diante das opções assemelham-se às apostas em um jogo de “verdades” que se modificam continuamente, num jogo em que participamos movidos pela ilusão do prêmio (beleza, saúde, juventude, prolongamento da vida...) que tais “verdades” prometem como recompensa pelos investimentos. Porém, sempre nos vemos na condição de perdedores/devedores, a menos que não desistamos de jogar e estejamos dispostos a fazer novas apostas em ilusórios meios de superação das perdas.

O mercado de consumo parece estabelecer e cultivar “verdades” adaptadas ao que Bauman (2005) denominou como “cultura do cassino”, a qual é adaptada às pressões do mercado. Nessa imagem da sociedade como um cassino, os nomes dos jogos podem ser fragilidade, transitoriedade, efemeridade, incerteza, ansiedade, insegurança, expectativa, medo e

obsolescência, por exemplo (idem). Nesses jogos de riscos, algumas vezes jogamos como consumidores e outras como mercadorias sujeitas à compra, venda, substituição e descarte em função da obsolescência do que se considera belo, útil e produtivo para o mercado do viver. De acordo com Bauman, “somos consumidores numa sociedade de consumidores e a sociedade de consumidores é uma sociedade de mercado”, o que sugere que nosso viver/vitalidade constitui uma mercadoria numa sociedade de mercado, ou seja, um objeto político e econômico do biopoder (BAUMAN, 2005, p.151).

Cercada num labirinto de “verdades”, a constituição da noção de vida como um objeto de saber/poder tem possibilitado definir o papel social e político da reprodução no governo dos corpos com fins econômicos da sociedade. Assim, no cenário neoliberal que articula consumo, autonomia, escolhas, esperança, risco e vitalidade, o aborto aparece como uma questão política de governo dos corpos a partir de variadas formas de apostas no gerenciamento do capital humano. Nessa perspectiva, o viver e o morrer são eventos políticos, relacionados à economia da vida – a biopolítica (SANTOS, 2002; FOUCAULT, 2007; ROSE, 2007).

Encaminhando-me para a finalização desta escrita, trago algumas explicações de Foucault. Em tempos em que se vive sob a forma de governo neoliberal, o sujeito é interpretado e compreendido como o “empresário de si mesmo, sendo ele próprio seu capital”; ele se posiciona, toma decisões, orienta e governa a sua vida sob uma forma de liberdade estrategicamente construída (FOUCAULT, 2008a, p.311). Essa “liberdade” é baseada no estímulo a uma “autonomia” para o investimento de cada um em si mesmo, o que faz de cada sujeito um potencial “capital humano”, percebido e valorizado cada vez mais como mercadoria a ser consumida pela economia de mercado e para manter o mercado produtivo (FOUCAULT, 2008a, p.201).

Tais usos da vitalidade podem acontecer através das diversas formas de rendimento econômico (salário, produção, remuneração, consumo...), atribuídas à competência de cada um em tornar seu capital o mais produtivo possível na tentativa de conseguir usufruir as vantagens prometidas, por

exemplo, a quem alcançar certo poder aquisitivo. Em outras palavras, seu rendimento deve possibilitar que o indivíduo alcance um padrão econômico capaz de corresponder aos modelos de comportamentos e de formas de vida a que assistimos por meio de imagens idealizadas divulgadas na mídia como o ideal para a existência.

Porém, nesse processo de otimização e/ou *upgrade*, são criados sujeitos que estão fora dessa lógica, mas que também são importantes. Afinal, o anormal, o incorrigível, o delinquente, o assassino, o criminoso, por exemplo, geram o consumo da prevenção contra os riscos e os perigos que assolam a normalidade da segurança do corpo, dos seus objetos e da sua vida. Além disso, como já referido, para Foucault (2008a), as desigualdades são necessárias para o mercado, pois é por meio da desigualdade que é promovida a concorrência das mais variadas formas e nos diversos setores – seja na produtividade do comércio de alimentos, medicamentos e segurança, seja na produtividade intelectual, entre outros. Dito de outra forma, o aprendizado empreendido ao longo da vida, compondo a subjetividade individual nos diversos níveis, tornou-se uma moeda que interfere na valorização de seu capital. Nesse sentido, a maleabilidade, a flexibilidade da subjetivação do sujeito funciona como condição para a produtividade e atuação do neoliberalismo, o qual trabalha com a noção de sujeito inacabado, que sempre deve estar se aprimorando, se modificando e investindo para adaptar-se aos novos conceitos, às novas “verdades”.

Enfim, a regra é buscar fazer-se útil e produtivo para ser reconhecido como um bom investidor que faz bom uso do seu capital humano em relação aos outros. Segundo Foucault, a “arte neoliberal de governo de normalizar e disciplinar a sociedade” dá-se através dos mecanismos de concorrência e consumo – princípio regulador do mercado (FOUCAULT, 2008a, p.200).

Nessa perspectiva, o principal interesse, na lógica neoliberal, é que os indivíduos aumentem seu poder aquisitivo para gerar crédito, movimentar a economia de mercado e mantê-la em funcionamento. Isso faz lembrar que “o mercado é um regulador econômico e social geral” e que ele constitui um

mecanismo sutil muito seguro se nada vier a perturbá-lo (FOUCAULT, 2008a, p.192).

Para o autor, a preocupação principal da política neoliberal é com a manutenção do poder aquisitivo, com a existência de um nível de emprego mais elevado. Ou seja, o pleno emprego não é um objetivo dessa política, e certo número de desempregados pode ser até necessário (idem). Nesse entendimento, repito, um desempregado não é uma vítima da sociedade, mas “é um trabalhador em trânsito” que está “entre uma atividade não rentável e uma atividade mais rentável” (FOUCAULT, 2008a, p.191). Assim, para que as regulações se façam, é preciso que “haja pessoas que trabalhem e outras que não trabalhem, ou que haja salários altos e baixos, é preciso que os preços subam e desçam” (FOUCAULT, 2008a, p.196). Nesse sentido, uma política social que tivesse por objetivo a igualização, ainda que relativa, seria necessariamente antieconômica (idem).

Conforme Foucault (2008a, p.196), “o jogo econômico, com os efeitos desigualitários que ele comporta, é uma espécie de regulador geral da sociedade”. Nesse jogo, frente ao processo e desenvolvimento do consumo, tem-se como resposta a produção de diversos comportamentos, inclusive o crime e a ilegalidade, os quais são admitidos, sem ter em vista a extinção, mas a tolerância em relação à manutenção de um equilíbrio dessas taxas. Isso porque a “sociedade vai bem com certa taxa de ilegalidade e iria muito mal se quisesse reduzi-la indefinidamente” (FOUCAULT, 2008a, p.350).

Partindo da noção de que “se opera a crítica de um estado de coisas, a partir do próprio interior da racionalidade que o governa, em seus pontos de tensão ou de fragilidade” (SENELLART, 1995, p.06), ao pensarmos na constituição dos sujeitos, torna-se importante problematizar a posição em que se coloca a “verdade” e o que ela gera, isto é, questionar os efeitos de poder produzidos a partir de determinada “verdade”. Por isso, como empreendedores e gestores do capital humano, não devemos deixar de pensar sobre as relações que estão sendo forjadas na produção dos desejos, necessidades e prazeres instantâneos.

Não se trata de tentar negar a importância do desenvolvimento do capitalismo ou os avanços da tecnociência e biomedicina, nem de condená-los, mas de ampliar a visão sobre o entendimento da vida que há nos corpos, possibilitando entendê-los não apenas pela ótica reducionista de vida orgânica ou de um capital a ser investido, mas percebendo que é muito mais que isso. Afinal, aqueles que se encontram à margem, marginalizados, abandonados ou excluídos, não são invisíveis e não estão “lá” por acaso.

Diante das diversas estratégias de governo, penso, a partir dessas leituras, que deveríamos considerar até que ponto tais ofertas de “escolha” nos são válidas, não no sentido de estarem certas ou erradas, mas de considerar como estão possibilitando o viver, ser e sentir em relação ao nosso corpo e vida e às formas de vida dos outros.

Trouxe essas discussões como forma de reforçar a importância que dou à problematização, no sentido de buscar entender processos como produções sociais e de desenvolver um pensar menos passivo e mais crítico em relação às coisas que acontecem, que nos acontecem e que fazemos acontecer. A partir das problematizações desses pontos do panorama atual – da precariedade ao excesso –, tornou-se possível visualizar as intervenções institucionais, as formas de governo das vidas dos indivíduos que se deixam ou não conduzir pelas “verdades” em prol da vitalidade – mostrando os diferentes valores atribuídos à vida em relação às formas de condução do viver. Ainda, percebe-se que, nesse universo de luta pela manutenção da vida e saúde, tendo em vista padrões de conduta para a longevidade, a morte pode tornar-se aceita. Isso se evidencia como uma forma de gestão da vida pelos indivíduos, sem necessária vinculação ao Estado, compondo governos que se dão à distância, ou seja, pela subjetivação do indivíduo às “verdades” relativas aos padrões e normas que regulamentam e conduzem o agir por meio da constituição da autonomia em prol da vitalidade. Conforme Rose (2001, p.34), a nossa preocupação deve estar nas

[...] práticas pelas quais as pessoas são compreendidas e pelas quais se age sobre elas - em relação à sua criminalidade, à sua saúde e à sua falta de saúde, às suas relações familiares, à sua produtividade, ao seu papel militar, e assim por diante.

Se compreendermos que o termo *subjetivação* designa as práticas e os processos por meio dos quais os indivíduos “vêm a se relacionar consigo mesmos e com os outros como sujeitos de certo tipo, então a subjetivação tem a sua própria história” (ROSE, 2001, p.36). E essa história é menos unificada e mais prática e técnica do que se supõe, afinal, as definições e a

[...] experiência que temos de nós como constituindo certo tipo de pessoa – criaturas de liberdade, de poderes pessoais, de auto-realização – é o resultado de uma gama de tecnologias humanas, de tecnologias que tomam modos de ser humano como seu objeto [de governo] (idem, p.37).

Além disso, ao considerar a possibilidade de oposição a práticas de governo para condução da própria conduta, o autor menciona que os indivíduos

[...] não são os sujeitos unificados de algum regime coerente de governo que produza pessoas da forma que ele imagina. Pelo contrário, eles vivem suas vidas em um constante movimento entre diferentes práticas, as quais os subjetivam de diferentes maneiras (ROSE, 2001, p.48).

Por isso, “embora o ser humano seja necessariamente pensado, ele não existe na forma de pensamento” e planejamentos, mas como uma “realização”/prática do seu pensamento relativo às perspectivas transitórias, incertas e inconstantes das produções de seu “caleidoscópio” – ética somática (idem, ibidem).

CAPÍTULO 6

FINALIZANDO O PERCURSO PELAS “VERDADES” DO VIVER/MORRER: AONDE LEVAM OS (DES)CAMINHOS DO FORASTEIRO¹⁵⁷?



Liberalismo ou democratização da verdade é tão ou mais perigoso quanto sua restrição.

O que está em jogo não é a censura ou aceitação do discurso verdadeiro, mas o poder da verdade e seus efeitos sobre a subjetividade.

Foucault, 2010, p.26 – Do Governo Dos Vivos.

¹⁵⁷ Selecionei a imagem com os estudos de embriões de Leonardo da Vinci (1452-1519), para esse capítulo, por tratar-se de um estudo anatômico que busca representar com “perfeição” a “beleza” e a simetria do corpo humano e, por que, demonstra a capacidade de observação, experimentação e questionamento na busca de conhecimento. Em relação aos estudos atuais e as propostas de otimização da vida, essa imagem levou-me a pensar nas redes discursivas implicadas na produção de “verdades” sobre os corpos e o viver/morrer, assim como, nos ambientes em que podemos ser gerados, fabricados e mortos, hoje.

CAPÍTULO 6

FINALIZANDO O PERCURSO PELAS “VERDADES” DO VIVER/MORRER: AONDE LEVAM OS (DES)CAMINHOS DO FORASTEIRO?

No término da tese, percebi que devia desculpar-me pelo título, que se mostra bastante amplo e, por isso, excessivamente pretensioso para um estudo bem mais modesto, em que assumi muitos riscos e não sei se tomei as devidas ou melhores precauções. Entretanto, apareceram em minha jornada elementos de “sorte” – autores, estudos, livros... – que indicaram os próximos trajetos, envolvendo a passagem por períodos de paixão, ódio, rebeldia, desabrigo, contrariedades, doença e solidão, o que me proporcionou a aventura de conhecer e questionar diversos “povoados”/temas para o tão esperado e questionável ponto “final” da tese.

Nessa trilha, tortuosa e cheia de surpresas, não sei se andei perto ou longe demais, se peguei o melhor ou o pior dos caminhos, se fiz certo ou errado. Só sei que, desses caminhos, trago comigo lições, questionamentos e experiências que valeram, em muitos aspectos, o esforço da caminhada.

Geertz, ao falar sobre o pensamento, diz:

[...] o pensar é sério por ser um ato social, e de que, portanto, somos tão responsáveis por ele quanto por qualquer outro ato social. Talvez mais ainda [pelo pensar], pois o pensamento é o ato social de maiores consequências em longo prazo (GEERTZ, 2001, p.30).

No extenso percurso da pesquisa, o pensar – que envolve a prática de refletir, analisar, questionar e aprender, dentre outras coisas – traz diversas consequências, algumas um pouco maiores. Afinal, compreendi que pensar pode nos fazer mudar a perspectiva do olhar analítico, e isso aconteceu em meu trajeto. Mas como ocorreu? Não sei ao certo, mas essa mobilização não foi fácil. Até a defesa do projeto de tese, estava enxergando como se existisse uma neblina entre mim e a proposta – não enxergava “direito” o caminho.

Após a defesa do projeto, passei a enxergar com nitidez, só que enxerguei muitos caminhos e, por um grande período, me perdi nesse labirinto de ideias. Junto à Nádia, tentei definir uma trilha para examinar a constituição e/ou o modo como “novas” práticas eugênicas operavam, mas esqueci por um instante que a pesquisa, como a cartografia, não se projeta conforme nosso pensamento, vontade e definição; ao contrário, a partir das análises do terreno é que se torna possível traçar a cartografia – é a análise que nos aponta os caminhos a seguir na pesquisa.

Por isso, mais uma vez, abandonei o caminho que traçava e me perdi. Dessa vez, a agonia, a solidão e a incerteza quase me enlouqueceram, e foi difícil resistir à tentação de desistir. Comecei, então, a aventurar-me em estradas desconhecidas; entrei em outros sítios empíricos, tentando relacioná-los às ferramentas conceituais que havia usado anteriormente, para ver aonde levava essa caminhada.

No início da peregrinação, eu pensava que não teria nada muito novo a dizer. Porém, os tortuosos itinerários analíticos levaram-me a compreender que os textos trazidos nas reportagens estão relacionados à instabilidade das circunstâncias de um estudo sobre áreas de rápido desenvolvimento – as ciências da vida (biomedicina, biotecnologia, tecnociência...) – que, ao operarem nessa mobilidade, configuram uma análise do presente articulada à ideia de possibilidades futuras, o que muitas vezes torna desencorajador o trabalho sobre a governamentalidade, pois ele tem uma “realidade” escorregadia (ROSE, 2010).

Esses textos, ao abordarem tais contingências, atuam como importantes ferramentas na produção de discursos e práticas sociais, reforçando algumas estratégias de produção de sujeitos e operando na configuração de noções e transformações que vêm ocorrendo em relação às formas como se lida com práticas ligadas ao aborto, à vida e à morte e como se fala delas. Os discursos de “verdade” relativos às estratégias biopolíticas de governo dos corpos para a vitalidade divulgados na mídia atuam como dispositivos de aceitação do morrer de determinados indivíduos na sociedade brasileira, na medida em que a veiculação de tais “verdades” aciona, incita,

reafirma e reforça a rede de elementos – institucionais, legislativos, científicos, médicos, econômicos e morais – envolvidos na constituição de sujeitos e na organização da “realidade” social. Ou seja, os discursos em prol da vitalidade como estratégia de governo dos corpos e da vida presentes nas reportagens dão sustentação e são sustentados pela rede de saberes que produzem enquadramentos e valores (estigmatizantes e de desvalia, por exemplo) implicados nas intervenções no viver/morrer (de quem ainda não nasceu e de determinados indivíduos), na subjetivação dos indivíduos e na remodelação do corpo econômico-social.

A forma educativa como os discursos de “verdade” têm se constituído na mídia inclui escolhas e decisões sobre a criação de formas de vidas, sobre fazer viver por mais tempo, sobre recusar determinadas formas de vida. Assim, ao privilegiarem alguns temas de saúde e vida em relação ao aborto, os jornais analisados, em articulação com outras instâncias, exerceram uma função pedagógica de governo, pois colaboraram para reafirmar e criar elementos para definição de papéis atribuídos ao corpo feminino e para validação e valorização ou não de determinadas condutas. A produtividade desse artefato cultural consiste, portanto, na relação que se estabelece entre as “verdades” veiculadas/informadas e a constituição ou transformação dos modos de pensar e gerenciar o corpo e o viver/morrer.

Embora tenha analisado discursos, leis, resoluções e normas de diversas instâncias do poder (Conselho Regional e Federal de Medicina, Supremo Tribunal Federal, Ministério da Saúde, Religião, etc.), torna-se importante esclarecer que a análise não foi sobre as ações dessas instâncias, mas sobre “como as formas de governo dos corpos [podem] se dar através de outras instâncias e seus saberes especializados”, ou seja, aquilo que foi mostrado e dito através de reportagens dos jornais sobre o aborto (SANTOS, 2002, p.263).

Compreender a governamentalidade em Foucault diz respeito ao modo como uma série de discursos, estratégias, práticas e instituições atuam na produção de determinadas noções para o governo dos indivíduos. Tais instâncias atuam na conformação do risco, ou seja, “servem para trazer o

risco à existência, construindo-o como um fenômeno” (SANTOS, 2002, p.267). Nestas análises, buscando-se entender o que se agrega às noções de risco, percebeu-se que diferentes “verdades” se vincularam a essa noção nas reportagens sobre o aborto. Essas verdades apareceram direcionadas tanto a determinados grupos/comunidades, quanto à população em geral, apontando, para algumas mulheres grávidas e embriões, uma exposição maior do que para outros, mas todos, de alguma forma, se mostraram expostos a determinada probabilidade de risco. Sobre as noções de risco, Castiel (2011, p.47) questiona: “será possível pensar-se em um *corpo-risco*, emblema de um poderoso vetor da subjetividade de nossos tempos ambivalentes e paradoxais?”.

Pode-se considerar que os alertas e veiculações dos riscos nas mídias, articulados às “verdades” ditas e aconselhadas por especialistas nas campanhas de prevenção de doenças e promoção da saúde, conformam um governo à distância que se dá por meio de um conjunto de “verdades” vinculadas a diversos discursos que incessantemente se entrecruzam, constituindo as subjetividades e as éticas “somáticas” dos indivíduos (ROSE, 2011a). Isso leva a compreender que as reportagens da mídia participaram e/ou contribuíram para o governo da população. Ao veicularem “verdades” sobre os corpos e a vida dos sujeitos, elas atuaram de modo pedagógico/educativo, fazendo o risco aparecer e existir na vida de todos e atribuindo às pessoas responsabilizações pelo gerenciamento e monitoramento do viver/morrer de si e de seu filho (LUPTON, 2000; SANTOS, 2002).

Para Castiel (2011), a subjetividade dos indivíduos está cada vez mais impregnada de noções de risco e de incerteza; contudo, relacionamo-nos com o risco de modos distintos. De acordo com sua explicação, na constituição das relações e das noções de risco, a mídia

[...] participa intensamente da construção de um clima de aversão aos riscos que pode chegar, no limite, ao ‘pânico moral’, em função de sua velocidade de difusão extensiva, amplificação e atribuição de significados e de valores na exibição reiterada de ameaças desastrosas à nossa integridade (CASTIEL, 2011, p.50).

Nessa dimensão, a mídia aumenta a sensibilidade ao risco, pois, além de atuar de forma vigorosa “na construção de um ambiente de riscos ameaçadores, participa na justificação e legitimação de uma política de hipersegurança para o enfrentamento” dos riscos (idem, ibidem). Assim, a constituição de racionalidade, autonomia e responsabilidade que norteiam nossas ações e suas consequências dá-se em circunstâncias de complexas relações entre tecnologia, cultura e riscos (idem). Além disso, caso compreendamos

[...] os riscos como elementos passíveis somente de descrição e explicação objetivas pela cultura tecnocientífica, estes irão manter os pressupostos metafísicos que nos mantêm cativos no interior de contextos que reduzem nossa subjetividade à gestão racional como a possibilidade apropriada de lidar com as ameaças reais e imaginárias que não cessam de nos acossar. E, mais ainda, não conseguem nos proteger da ansiedade acompanhada da sensação de incerteza que nos assedia simultaneamente (CASTIEL, 2011, p.56).

Entretanto, a partir de Pedro e Chevitarese (2005), o autor menciona que a racional gestão de riscos pode ser limitada mediante os diversos modos de subjetivação que implicam a faculdade ou “liberdade” de escolha do indivíduo por determinadas formas de vida. Assim, sem negar a produtividade dos resultados da racionalidade técnica, considerando-se a possibilidade de resistência na teia de relações, podem ser conferidas imprevisibilidades e ampliações às restritas, por assim dizer, previsões de governo do risco, tornando possíveis configurações de outras formas de pensar e relacionar-se com os riscos, para além da incerteza e da opressão (CASTIEL, 2011).

Ao considerar que, ligadas às estratégias para prevenção dos riscos, são divulgadas na mídia noções médicas e científicas, Strim (2011), em seu estudo sobre a educação do corpo feminino na revista *Claudia*, comenta que Paul Crawshaw (2007) discute esse fenômeno a partir do conceito “medicina de revista”, proposto por Robin Bunton (1997). Tal conceito aponta que as questões de saúde têm expandido seu campo específico de estudo, estão permeando diferentes meios e, por isso, se fazendo presentes em várias instâncias da vida cotidiana, como revistas e jornais (idem). Com isso, as

questões de saúde articuladas a assuntos como estilo de vida, gênero, vitalidade e aborto passam a compor os recentes e complexos conceitos da área da saúde como uma “medicina de revista” ou, ainda, uma medicina de mídia (idem).

Sobre as publicações da mídia escrita, Strim (2011) menciona que a divulgação de dados de pesquisas científicas e de especialistas nas revistas contribui para a legitimação dos padrões biomédicos de saúde. Nessa perspectiva, os jornais analisados, como parte da mídia escrita, também participaram da legitimação de determinadas normas ligadas à promoção da saúde ao valerem-se da estratégia de publicação de informações de estudos, o que ofereceu respaldo científico aos seus textos sobre práticas preventivas e de responsabilização da mulher grávida, como: exames, alimentação, comportamentos, etc.

Tratar do aborto significa lidar com uma “arena de significações” onde está em luta uma série de instâncias – religiosas¹⁵⁸, morais, políticas, médicas, legislativas, bioéticas e midiáticas. Nessa arena pública, a mídia impressa configura importante instância que coloca em circulação/em jogo, para um grande público, questões, “verdades” e significados vindos das demais instâncias de modo articulado. Oportuniza, assim, compreensões próprias do jornal como um artefato cultural, ou seja, a constituição de um conhecimento que não parte da ciência de origem (dito científico), tampouco daquele que circula no âmbito dos leigos. Ao partir de algo que tem sua configuração própria e contínua, que tem sua gramática própria mediando o científico e o leigo como uma “tradução” ao leitor¹⁵⁹, essa tradução do científico, ao mesmo tempo em que opera como uma “medicina de revista” e de jornal, incorpora cada vez mais aspectos da vida cotidiana à noção de promoção da saúde, prevenção de riscos e medicalização do corpo e vida.

Em meio a expectativas sobre a possibilidade de ordenação e determinação individual, a reiterada ideia de aleatoriedade da constituição

¹⁵⁸ Nas reportagens analisadas as ênfases das discussões religiosas vincularam-se a Igreja Católica.

¹⁵⁹ Gostaria de agradecer ao professor Luís Henrique Sacchi dos Santos pelos comentários feitos na qualificação de minha pesquisa. Foi graças a eles e às leituras subsequentes que compreendi, dentre outras coisas, essa noção da construção e propriedade dos textos de jornais, revistas, etc.

do corpo biológico num mundo em constante movimento – quer isso signifique modificações e desenvolvimento de práticas médicas, éticas, tecnológicas, políticas, econômicas... – torna difícil pensar em uma lógica que permita interpretar, nas circunstâncias atuais de governo – do risco, medo e insegurança, atravessado por políticas individuais, locais e globais –, um ideal eugênico como alicerce ou mentalidade de governo atuando na produção da subjetivação, a fim de legitimar o fazer morrer como jogo de interesse recíproco – indivíduos e Governo.

Se a configuração do poder pastoral no regime do biopoder de política liberal tornou-se relacional e, por isso, as escolhas dos sujeitos são feitas com base na “autonomia” e responsabilidade conferida pela ética somática individual a partir de “verdades” de diversas instâncias, por vezes contraditórias, a relatividade e a imprevisibilidade desse “mundo em movimento” torna escorregadios os investimentos em conduzir as práticas, “realidades”/estratégias de governo (ROSE, 2010). Nessa composição relacional de governo, a mentalidade/estratégia que tem operado é a de vitalidade, que se dá pela produção da vontade de saúde, vida e segurança. Essa vontade individual de prevenção de riscos e promoção da saúde/vida mobiliza múltiplos circuitos de ações subjetivas que se movem aleatoriamente entre as probabilidades e garantem ou definem a economia a partir dessa “liberdade” do sistema de mercado capitalista no governo político da vida – biopolítico.

Vejo a sociedade como um laboratório experimental que comporta uma diversidade de indivíduos, desde aqueles que se encaixam nos “perfis de normalidade” até os que são classificados como riscos relativos ao viver, porém, no fim das contas, todos podem realizar, pelo autogoverno, experimentações bioeconômicas em seus corpos/vidas. Afinal, somos constantemente interpelados e subjetivados por remodelagens estilizadas em normalizações que possibilitam ou condicionam formas contingentes de governo do viver/morrer em favor da vitalidade e inclusão. Mesmo operando através da noção de vitalidade, é importante retomar que o biopoder, hoje, não deixou de ter seus circuitos de exclusão, mas deixar morrer não é o

mesmo que fazer morrer. Por isso, de acordo com Rose (2007), não se trata de uma política de morte, nem mesmo de uma política de saúde e doença, mas de uma questão do governo da vida. Nela, as racionalidades biopolíticas estão ligadas a “formas peculiares de pensar sobre seu objeto, individual e coletivo de vitalidade humana, e suas consequências políticas, isto é, uma forma de pensar sobre a vida” (idem, p.75, tradução minha). Nessa correlação de governo, em que operam noções de probabilidade, capacitação e responsabilidade em circunstâncias individuais e conjuntas, como já referido, a vida pode ser compreendida como um possível ponto de passagem e de intensificação do fluxo de estratégias biopolíticas que buscam transformar traços humanos em proveito das forças políticas e econômicas que legislam e regulam a população (GROS, 2010).

Em relação ao governo dos corpos, as questões analisadas fizeram-me pensar, ainda, que hoje talvez saibamos definir o morrer, mas quando se inicia o que chamamos de vida? Vida com seus “conceitos” tão plásticos – como afirmar? Entre tantas respostas, como ou por que escolher uma? Vários dizem que a vida inicia com a fecundação; outros, que a fecundação contém a pulsão da vida ou, ainda, que não passa de um aglomerado de células.

Enfim, a discussão acaba tomando um rumo reducionista, amparado no saber/poder das ciências, o que foge do caminho que propõe esta discussão. Será que se prender a questões desse tipo não nos faz deixar de pensar em outras dimensões humanas, como valores, ideias morais e éticas, sentimentos, enfim, dimensões tão “particulares”? Então, “em que momento e por que passamos a considerar que um óvulo fecundado deve ser valorado com estatuto social” de vida aplicada ao cidadão, com interesses, direitos e proteções (ANIS, 2004, p.70)? Num país que se diz laico, plural e democrático, as discussões sobre o viver não deveriam ser um problema somente judicial, religioso, político, médico; deveriam, isso sim, criar condições para ampliar ou promover a “liberdade” individual no campo da “autonomia” reprodutiva – mediante as análises, parece que estamos caminhando para isso. Mesmo não chegando a uma resposta única, é

possível, a partir da problematização desses conflitos, enxergar a constituição de outras formas de pensamento e construções de outras políticas de “verdade” sobre o viver/morrer, não apenas em relação à anencefalia e aos usos, alterações e descartes de embriões, mas também para situações fronteiriças relacionadas ao aborto propriamente dito (de fetos com chances de sobreviver após o parto), pelas implicações de circunstâncias sociais e econômicas ou mesmo da própria vida no caso de pacientes ditos terminais – ortotanásia. Assim, na intensa promoção da vitalidade, também são percebidos movimentos para a criação de uma brecha em que se abre a possibilidade de a mulher decidir sobre o seu corpo e vida sem passar por inquisições públicas, sem que sua vida seja divulgada e julgada por diferentes representantes institucionais nas mídias – meios de espetacularização do viver e do agir sobre a vida que promovem o borramento das fronteiras entre problemas de ordem pública e privada (FISCHER, 2005).

A mídia divulgou pesquisa mostrando que o aborto, mesmo não sendo legalizado, é realizado, haja vista o número de atendimentos para curetagem no SUS (Sistema Único de Saúde) ter atingido 3,1 milhões de registros entre o ano de 1995 e 2007¹⁶⁰ (TOLEDO, 2010). Além disso, de acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, “estima-se que ocorram, considerando apenas o Brasil, mais de um milhão de abortamentos induzidos ao ano, sendo uma das principais causas de morte materna no País” (BRASIL, 2010, p.05). Sem pensar em possíveis saídas ou respostas para questões tão importantes e complexas do viver humano, penso que talvez as políticas de saúde, especialmente as voltadas para a mulher, pudessem atentar para as condições sociais, políticas e econômicas implicadas na gravidez e nas decisões pelo aborto.

Considerando-se que o valor da vida humana deva ser igual para todos, percebe-se que, num universo de profundas desigualdades sociais, esses princípios se tornam questionáveis. Em seu livro *O direito de vir-a-ser*

¹⁶⁰ Idem nota 125. Karina Toledo, reportagem: *Curetagem após aborto é a cirurgia mais realizada no SUS, revela estudo* (Estadão, 14/07/2010). Ver página 78 do anexo 1.

após o nascimento, Azevêdo comenta que aproximadamente 42 milhões de brasileiros são pobres, ou seja, não têm renda para satisfazer suas necessidades básicas; 16,5 milhões são indigentes, isto é, não conseguem satisfazer nem as necessidades alimentares (AZEVEDO, 2002). Assim, “cerca de um terço da população brasileira está ficando a meio caminho do próprio ser” (idem, p.78). Muitos nascem, adoecem e morrem sem acesso à saúde, passando fome, comprometidos pela desnutrição. Para a autora, o indivíduo que não conseguiu desenvolver-se física e mentalmente por razões de empobrecimento já foi violentado em seu direito de existir e viver, ou seja, de vir-a-ser após o nascimento. Tais condições tornam difícil pensar em relações de igualdade de acesso à saúde quando as propagandas da mídia divulgam as campanhas de promoção da saúde, por exemplo.

Todavia, em meio a essa tamanha falta de acesso à saúde e à alimentação como condição para manter-se vivo e para que as crianças atinjam a idade adulta, as preocupações ainda se centram nas decisões da mulher sobre seu corpo e vida, através do controle de natalidade (que não é difundido igualmente nas camadas da população) e do aborto. O controle da natalidade, como um planejamento ou um investimento na vida social, traz para o cenário das decisões sobre a possibilidade de a mulher ter um filho: o marido, os pais, os avós, os tios, os médicos, os especialistas, as instituições religiosas, jurídicas... Enfim, como observado nas análises, em torno do corpo feminino, aparecem diferentes vozes a intervir com discursos que agem no controle da natalidade.

Assim, para o cuidado e o investimento na vida, segue-se a sutileza da lógica do biopoder, isto é, incluem-se diferentes atores na decisão de promoção da vida, visando a um melhor controle das taxas reprodutivas em prol da vitalidade – viver por mais tempo e da melhor forma. Nesse caso, o controle da mulher dá-se pela subjetivação a formas de gerenciamento de seu corpo e da reprodução, sob a noção de que tal gerenciamento visa à otimização do viver – maximização da produtividade da vida. Aliás, nessa lógica, considerando-se o processo de reprodução assistida, são produzidos vários embriões, e, havendo ou não escolha entre eles, alguns não serão

implantados e outros talvez sejam criopreservados, descartados ou “abortados”. Diante de um histórico familiar com recorrente câncer de mama, por exemplo, seria “ético” promover o desenvolvimento de um embrião com elevadas chances de desenvolver tumores, caso fosse amplamente disponibilizado o acesso às onerosas técnicas de diagnóstico pré-implantação (PGD) para evitar e intervir em doenças incompatíveis com a vida ou doenças graves que causam sofrimento ou redução da sobrevida?

Dessas questões, o aborto e o controle reprodutivo, a meu ver, hoje constituem uma relação com o cuidado, com a quantidade e a qualidade de vida da espécie, ou seja, dos indivíduos humanos. Como, sob a lógica neoliberal, a qualidade dessa vida vai depender de escolhas individuais – afinal, a saúde é um problema social, mas de responsabilidade individual –, o gerenciamento e o investimento que fizermos nos corpos e vidas vai interferir no desenvolvimento econômico do Estado ou mesmo defini-lo (FOUCAULT, 2008a). Por isso, os padrões que regem as normas do viver configuram biopolíticas individualizantes e totalizantes que fazem do autocontrole e do gerenciamento de si estratégias de atuação de biopolíticas direcionadas ao governo da população, o que “naturalmente” torna a vida um objeto de saber/poder, ou seja, um objeto político em razão da potencialidade que representa.

Assim, numa “arena de significações” que compõem um conjunto de práticas de governo, cada indivíduo é “seduzido” e/ou assediado a oferecer sua vida, seu trabalho, seu consumo e sua prole – de preferência, saudável – como contribuição para a manutenção da economia. Nesse sentido, o corpo feminino, por conter a possibilidade de gerar vidas destinadas a manter o desenvolvimento econômico, configura-se com um papel social e político relevante a ser submetido à regulamentação e ao controle através de investimentos no governo de sua subjetividade. Desse modo, esse controle dos corpos pelos próprios indivíduos implica uma eficaz política econômica de governo da vida, uma biopolítica/bioeconomia que, ao conduzir as decisões do corpo individual, governa e modela o corpo social (SANTOS, 2002; FOUCAULT, 2007; ROSE, 2011a).

Nessa relação de “liberdade” conduzida por constantes negociações entre os jogos de “verdade”, tais circunstâncias de governo regidas por discursos ou “fontes” de vitalidade/felicidade que estabelecem modos de pensar, “ser”, viver, morrer e reproduzir provocam questionamentos que não calam: a partir de que noção de “autonomia” tem-se administrado o viver até o morrer? Como objeto político, de quem é a autoria da existência? Que relação de governo estamos estabelecendo com o nosso corpo e vida e com os demais?

Enquanto me interrogo e penso em possíveis respostas, percebo que chegou o momento de suspender minha aventura pelos labirintos desta escrita, mas não de encerrar os ensaios de pesquisa, espero! Diante de tantos questionamentos e leituras, enredei-me nas trilhas dos conhecimentos e compreendi o que Larrosa (2003b) havia dito sobre o labirinto, “lugar do estudo” – os caminhos abertos pela pesquisa não terminam, mas se abrem a muitos outros.

REFERÊNCIAS

1. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ADGHIRNI, Zélia Leal. Rotinas produtivas do jornalismo em Brasília. In: Sérgio Dayrell Porto (Org.). *O jornal da forma ao sentido*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002. p.449-468.
2. ANIS: INSTITUTO DE BIOÉTICA DIREITOS HUMANOS E GÊNERO. *Anencefalia: o pensamento brasileiro em sua pluralidade*. Brasília: Letras livres, 2004.
3. ARNT, A. M. *De muros, tempos, artes e pingue-pongue aos genes, anfioxos, mórulas e trissomias: falando do corpo nas práticas escolares*. Porto Alegre: PPG-Educação/UFRGS. Dissertação de Mestrado, 2005.
4. ARTIÈRES, Philippe. Dizer a atualidade: o trabalho de diagnóstico em Michel Foucault. In: Frédéric Gros (Org.); Phillipe Artières [et al.]. *Foucault: a coragem da verdade*. Tradução: Marcos Marcionilo. São Paulo: Parábola editorial, 2004. p.15-38.
5. ATLAN, Henri, BOTBOL-BAUM Mylène. *Dos embriões aos homens*. Tradução: Leandro Neves Cardim. São Paulo: Ed. Santuário, 2009.
6. AZEREDO, Nára Selaimen Gaertner de. *O acadêmico de medicina frente à morte: questões para se (re)pensar a formação*. Porto Alegre: PPG Ciências Médicas: Pediatria/UFRGS. Dissertação de Mestrado, 2007.
7. AZEVÊDO, Eliane E. S. *O direito de Vir-a-Ser após o nascimento*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.
8. AZIZE, Rogerio L. *A nova ordem cerebral: a concepção de 'pessoa' na difusão neurocientífica*. Rio de Janeiro: UFRJ/Museu Nacional. Tese de Doutorado, 2010.
9. BAUMAN, Zygmunt. *O mal estar da pós-modernidade*. Tradução: Mauro Gama. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
10. _____. *Vidas desperdiçadas*. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

11. BELLINO, Francesco. *Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais*. Tradução: Nelson Souza Canabarro. Bauru, SP: EDUSC, 1997.
12. BOTBOL-BAUM Mylène. Introdução. In: ATLAN, Henri, BOTBOL-BAUM Mylène. *Dos embriões aos homens*. Tradução: Leandro Neves Cardim. São Paulo: Ed. Santuário, 2009. p.7-11
13. BRANCO, Guilherme Castelo. Atitude-limite e relações de poder: uma interpretação sobre o estatuto da liberdade em Michel Foucault. In: Durval M. Albuquerque Júnior, Alfredo Veiga-neto, Alípio de Souza Filho (Orgs.). *Cartografias de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. Coleção Estudos Foucaultianos. p.137-147
14. BRASIL, Ministério da Saúde. *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_abor-to.pdf>.
15. _____. *Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica*. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2010.
16. _____. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>.
17. BRAZ, Marlene. Bioética e reprodução humana. In: Fermin Roland Schramm, Marlene Braz (Orgs.). *Bioética e Saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.169-194
18. CANDIOTTO, César. *Foucault e a governamentalidade biopolítica*. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_eventos&Itemid=26&task=evento&id=294&id_edicao=352>. Acesso em: 15 ago. 2010.
19. CALDEIRA, T. P. do R. A presença do autor e a pós-modernidade em antropologia. In: *Novos Estudos*, n. 21, Campinas: CEBRAP, 1988, p. 133-157.
20. CARDOSO, Maria H. C. de Almeida; Castiel, Luis David. Saúde coletiva, nova genética e a eugenia de mercado. In: *Cadernos de Saúde Pública* [online], Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, mar/abr, 2003. p.653-662. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19-n2/15431.pdf>>.

21. CARMO, Jorge Ramalho do. *O processo de luto na interrupção de gestação por feto anencéfalo*. São Paulo: PUC-SP. Dissertação de Mestrado, 2007. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_ac-tion=&co_obra=108754>. Acesso em: 15 nov. 2010.
22. CAMARGO, Tatiana Souza. *Você é o que você come?: os cuidados com a alimentação: implicações na constituição dos corpos*. Porto Alegre: PPG em Educação e Ciências: Química da Vida e Saúde/UFRGS. Dissertação de Mestrado, 2008.
23. CASTIEL, Luis David. *Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco*. In: *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p.37-66
24. _____. *Discursos sobre os riscos e comportamentos sadios baseados em evidências*. In: CASTIEL, Luis David; DIAZ, Carlos Álvarez. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p.25-33
25. _____. *Vigiar(-se) e prevenir(-se): a saúde persecutória*. In: CASTIEL, Luis David; DIAZ, Carlos Álvarez. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p.55-66
26. _____. *A responsabilidade diante dos limites da vida*. In: CASTIEL, Luis David; DIAZ, Carlos Álvarez. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p.121-125
27. _____. *Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso*. In: *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Roberto Passos Nogueira (Org.). Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Coleção Pensar em Saúde, 2010. p.161-179
28. _____. *Loucuras da razão: subjetividade e corpo-risco*. In: Santos, Luís H. S., Ribeiro, Paula R. C. (Orgs.). *Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida*. Rio Grande: FURG, 2011. p.47-58.
29. CASTRO, Edgard. *Leituras da modernidade educativa. Disciplina, biopolítica, ética*. In: Walter O. Kohan, José Gondra (Orgs.). *Foucault 80 anos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p.63-77
30. _____. *Vocabulário de Foucault: um percurso sobre seus temas, conceitos e autores*. Tradução: Ingrid Muller Xavier. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.
31. CERTEAU, M. de; Giard, L; Mayol, P. *A invenção do cotidiano: 2 morar, cozinhar*. Tradução Ephraim F. Alves e Lúcia Endlich Orth. Petrópolis: Vozes, 3. ed ., 1997.

32. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de ética médica* de 13 de abril de 2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_5.asp>. Acesso em: 10 mai. 2010.
33. COUTO, Edvaldo S. Corpos dopados, medicalização e vida feliz. In: Paula R. C. Ribeiro, Méri R. S. Silva, Silvana V. Goellner (Orgs.). *Corpo, gênero e sexualidade: composições e desafios para a formação docente*. RG: FURG, 2009. p. 43-53
34. CZERESNIA, Dina. O conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, Dina e FREITAS, Carlos Machado de (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 1ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 43 – 58.
35. DINIZ, Debora; RIBEIRO, Diaulas Costa. *Aborto por anomalia fetal*. Brasília: Letras Livres, 2004.
36. _____. *A magnitude do aborto por anencefalia: um estudo com médicos*. In: Ciência & Saúde Coletiva ISSN 1413-8123, vol.14 supl.1 Rio de Janeiro. Set/Out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800035&lang=pt>.
37. DOLL, Johannes. Finitude: algumas reflexões. In: Castro, Odair P. de (Org.) *Envelhecer - Revisitando o corpo*. Sapucaia do Sul: Notadez, 2004, p. 115-122.
38. DREYFUS, H. L; RABINOW, P. *Michel Foucault: Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Tradução: Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
39. EWALD, François. Foucault e a norma. In: *Foucault, a norma e o direito*. Lisboa: Vega, 1993. p. 77-125.
40. FERNANDES, Márcia Santana. *Células-tronco humanas e as patentes*. Revista HCPA. 2008, n. 28(3):168-76
41. FERREIRA, Arthur A. L. A psicanálise e a psicologia nos ditos e escritos de Michel Foucault. In: Guareschi, Neuza M. F; Hüning, Simone M. (Orgs.). *Foucault e a psicologia*. Porto Alegre: Abrapso Sul, 2005. p.29-72
42. FISCHLER, Claude. A "McDonaldização" dos costumes. In: FLANDRIN, Jean-Souis; MONTANARI, Massino (Orgs.). *História da Alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.
43. _____. “Obeso benigno, obeso maligno”. In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de (Org.). *Políticas do Corpo: Elementos para uma história*

- das práticas corporais*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 69-80.
44. FISCHER, Rosa M. B. O estatuto pedagógico da mídia: questões de análise. In: *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, jul/dez 1997. p. 59-79.
 45. _____. *Foucault e a análise do discurso em educação*. Cadernos de Pesquisa [online]. 2001, n.114, pp. 197-223. ISSN 0100-1574. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-1574200100030-0009&lng=pt&nrm=iso>.
 46. _____. Na companhia de Foucault: multiplicar acontecimentos. In: *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 29, n. 1, jan/jun 2004. p.215-227.
 47. _____. *Mídia e Juventude: experiências do público e do privado na cultura*. Cad. Cedes, Campinas, vol. 25, n. 65, p. 43-58, jan./abr. 2005. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>.
 48. FONSECA, Márcio A. Normalização e direito. In: Branco, Guilherme C; Portocarrero, Vera (Orgs.). *Retratos de Foucault*. Rio de Janeiro: NAU, 2000. p. 218 – 232.
 49. _____. *Michel Foucault e a constituição do sujeito*. SP: EDUC, 2003.
 50. FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L; RABINOW, P. *Michel Foucault: Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Tradução: Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995a. p. 231-249.
 51. _____. *Arqueologia do saber*. Tradução: Luiz Felipe B. Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 4ª ed., 1995b.
 52. _____. *Resumo dos cursos do collège de France (1970-1982)*. Tradução: Andréa Daher; Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
 53. _____. *História da sexualidade II: O uso dos prazeres*. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, Foucault, 1998.
 54. _____. Michel Foucault explica seu último livro. In: Manoel Barros da Motta (Org.). *Ditos e escritos II: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Tradução: Elisa Monteiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. p.145-152.
 55. _____. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução: Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2002a.
 56. _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002b.

57. ____. *O que é um autor?* Tradução: Antonio Fernando Cascais e Eduardo Cordeiro. Lisboa: Vega, 2002c.
58. ____. Diálogo sobre o poder. In: Manoel Barros da Motta (Org.). *Ditos e escritos IV: Estratégia, poder-saber*. Tradução: Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003a. p.253-266.
59. ____. Mesa Redonda. In: Manoel Barros da Motta (Org.). *Ditos e escritos IV: Estratégia, poder-saber*. Tradução: Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003b. p.335-351.
60. ____. “Omnes et Singulatim”: uma crítica da razão política. In: Manoel Barros da Motta (Org.). *Ditos e escritos IV: Estratégia, poder-saber*. Tradução: Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003c. p.355-385
61. ____. Poder e saber. In: Manoel Barros da Motta (Org.). *Ditos e escritos IV: Estratégia, poder-saber*. Tradução: Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003d. p.223-240
62. ____. O corpo dos condenados. In: *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução: Raquel Ramalheite. Petrópolis: Vozes, 2004. p.9-29.
63. ____. Conferência 1. In: *A verdade e as formas jurídicas*. Tradução: Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Moraes. Rio de Janeiro: NAU, 2005. p.7-29
64. ____. *Foucault*. In: Manoel Barros da Motta (Org.). *Ditos e escritos V: ética, sexualidade, política*. Tradução: Elisa Monteiro, Inês A. D. Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. p.234-239.
65. ____. *A ética do cuidado de si como prática de liberdade*. In: Manoel Barros da Motta (Org.). *Ditos e escritos V: ética, sexualidade, política*. Tradução: Elisa Monteiro, Inês A. D. Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b. p.264-287.
66. ____. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.
67. ____. *Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. Tradução: Eduardo Brandão. SP: Martins fontes, 2008a.
68. ____. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. Tradução: Eduardo Brandão. SP: Martins fontes, 2008b.

69. __. *Do governo dos vivos: curso no Collège de France, 1979-1980: excertos*. Tradução: Nildo Avelino. Rio de Janeiro: Achiamé, 2010.
70. GEERTZ, C. Estar lá, escrever aqui, *Diálogo*, 22 (3), SP, pp.58-63, 1989.
71. __. *Nova luz sobre a antropologia*. Tradução: Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
72. GIDDENS, Anthony. É a modernidade um projeto ocidental? In: *As consequências da modernidade*. Tradução: Raul Fiker. São Paulo: Editora UNESP, 1991. p. p.189-194
73. __. Destino, risco e segurança. In: *Modernidade e identidade*. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002. p.104-134
74. GIL, Maria Estelita. Bioética e medicina fetal. In: Clotet, Joaquim; Feijó, Anamaria. G. S; Oliveira, Marília. G. (coordenadores). *Bioética uma visão panorâmica*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. p. 93-112.
75. GOLDIM, José Roberto. *Maternidade substitutiva*, 2002. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/matersub.htm>>. Acesso em 18 fev. 2010.
76. __. *Caso implante de células-tronco adultas*, 2004. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/celmioc.htm>>. Acesso em: 04.03.10.
77. __. *Pesquisa em embriões*, 2008. Disponível em:<<http://www.bioetica.ufrgs.br/embrpes.htm>>. Acesso em 10 fev. 2010.
78. __. *Bioética e reprodução humana*, 2011. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/biorepr.htm>>. Acesso em 08 jun. 2012.
79. GROS, Frédéric. *Foucault e o direito dos governados*. In: Revista do Instituto Humanitas Unisinos, São Leopoldo, ed.343, 13 set. 2010. p.19-20. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3504&secao=343>.
80. HARAWAY, Donna J. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: Silva, Tomaz Tadeu. *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p.37-130
81. KATH, Cristina Rojas. *Avaliação prospectiva de 147 gestações com exposição ao Misoprostol no Brasil*. Porto Alegre: PPG em Medicina: Ciências Médicas/UFRGS. Dissertação de Mestrado, 2008.

82. KOVÁCS, Maria Júlia. Bioética nas questões da vida e da morte. In: *Psicol. USP*. 2003, vol.14, n.2. São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?scr-ipt=sci_arttext&pid=S01036-5642003000200008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0103-6564.
83. LARROSA, Jorge. *Pedagogia profana: danças, piruetas e mascaradas*. Tradução: Alfredo Veiga-Neto. Belo Horizonte: Autêntica, 2003a. p. 139-148.
84. _____. *Estudar*. Tradução: Tomaz Tadeu e Sandra Corazza. Belo Horizonte: Autêntica, 2003b.
85. _____. A operação ensaio: sobre o ensaiar e o ensaiar-se no pensamento e na escrita. In: *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 29, n. 2, jan/jun 2004. p. 27-43.
86. LEAL, Mônia Clarissa Hennig. *Considerações acerca da decisão do supremo tribunal federal brasileiro sobre a interrupção da gravidez em casos de anencefalia (ADPF 54)*. *Estudios Constitucionales*, Año 6, N° 2, 2008, pp. 529-547. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/estconst/v6n2/art16.pdf>>.
87. LIMA, Carolina A. S. O aborto nos casos de anencefalia à luz dos fundamentos e dos princípios da bioética. In: *Aborto e anencefalia: direitos fundamentais em colisão*. Curitiba: Juruá, 2009. p.92-104
88. LOREA, Roberto Arriada. Acesso ao aborto e liberdades laicas. In: *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre: UFRGS, n. 26, p. 185-201, jul./dez. 2006.
89. LUPTON, Deborah. Corpos, prazeres e praticas do eu. In: *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 25, n. 2, jul/dez 2000. p. 15-48.
90. MACIEL, Maria Eunice S. Eugenia no Brasil. In: *Anos 90: revista do programa de pós-graduação em história*. Porto Alegre: UFRGS, n.11, p.121-143, jul. 1999.
91. _____. Cultura e alimentação ou o que tem a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-savarin? In: *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, Ano 7, n.16, Dezembro de 2001. p.145-156.
92. MARTIN, Leonard M. C. S. R. Eutanásia e distanásia. In: Sergio Ibiapina Ferreira Costa, Gabriel Oselka, Volnei Garrafa (coordenadores). *Iniciação à bioética*. Brasília, SP: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 171-192.
93. MATOS, Maria Izilda Santos de. Delineando corpos. As representações do feminino e do masculino no discurso médico (São Paulo 1890-1930). In: Maria Izilda Santos de Matos, Rachel Soihet

- (Orgs.). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: UNESP, 2003. p.107-127
94. MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Editora Almedina, 2010.
 95. MENEZES, Rachel A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.
 96. MEYER, Dagmar E. as mamas como constituintes de maternidade: uma história do passado? In: *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 25, n. 2, jul/dez 2000. p.117-134.
 97. _____. Corpos maternos pobres: processos educativos “de inclusão social” contemporâneos. In: *corpo, gênero e sexualidade: composições e desafios para a formação docente*. Paula R. Costa Ribeiro, Méri R. S. Silva, Silvana V. Goellner (Org.). Rio Grande: FURG, 2009. p.19-31
 98. NELSON, Cary; TREICHLER, Paula A.; GROSSBERG, Lawrence. *Estudos Culturais: uma introdução*. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). *Alienígenas na sala de aula*. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 7-38.
 99. PEDROSA Neto, Antônio H; FRANCO Júnior, José G. *Reprodução assistida*. In: Sergio Ibiapina Ferreira Costa, Gabriel Oselka, Volnei Garrafa (coordenadores). *Iniciação à bioética*. Brasília, SP: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.111-124.
 100. PERROT, Michelle. Os silêncios do corpo da mulher. In: Maria Izilda Santos de Matos, Rachel Soihet (Orgs.). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: UNESP, 2003. p.13-28
 101. PESSINI, Leocir. *Distanásia até quando prolongar a vida*. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2001.
 102. PIRES, Fabiana de Brito. *O Envelhecimento do Corpo da mulher na Mídia Impressa*. Porto Alegre: PPG em Educação e Ciências: Química da Vida e Saúde/UFRGS. Dissertação de Mestrado, 2011.
 103. POL-DROIT, Roger. *Michel Foucault entrevistas*. Tradução: Vera Portocarrero, Gilda Gomes Carneiro. São Paulo: Graal, 2006.
 104. PONTES, Juliana S. *Histórias de vida de mulheres que provocaram abortamento: contribuições para a enfermagem*. Rio de Janeiro: UFRJ. Dissertação de Mestrado, 2006. Disponível em: <<http://dominiopublico.qprocura.com.br/dp/1156-35/historias-de-vida-de-mulheres-que-provocaram-abortamento-contribuicoes-para-a-enfermagem.html>>.

105. PURVES, William K. SADAVA, David. ORIAN, Gordon H. HELLER, H. C. *Vida: a ciência da biologia*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
106. RABINOW, Paul. Sujeito e governamentalidade: elementos do trabalho de Michel Foucault. In: *Antropologia da razão*. Tradução: João Guilherme Biehl. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002. p.27-54.
107. _____. ROSE, Nikolas. *O conceito de biopoder hoje*. Revista de Ciências Sociais n. 24 abr. 2006. p. 27-57. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/56285092/O-Conceito-de-Biopoder-Hoje-Rabinow-Paul-Rose-Nikolas>>.
108. RAYMUNDO, Marcia M. Martinez, Daniel G. *Compreendendo a Laicidade e sua Aplicação em Saúde Pública*. In: Revista HCPA, Porto Alegre, vol.30, n.2. 30 jul. 2010. p.180-184. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/13305/88-99>>.
109. RAMIREZ, Carlos Ernesto Noguera. *Foucault professor*. Texto selecionado ANPED 2008. GT Filosofia da Educação. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/1trabalho/trabalho17.htm>>. Acesso em: 08 ago. 2009.
110. REVEL, Judith. *Michel Foucault: conceitos essenciais*. Tradução: Maria do Rosário Grefalin, Carlos Piovesani Filho, Nilton Milanez. São Carlos: Claraluz, 2005.
111. RIBEIRO, Paula Regina Costa. *Inscrevendo a Sexualidade: Discursos e Práticas de Professoras das Séries do Ensino Fundamental*. Tese de Doutorado. PPG em Bioquímica. Estudos em Educação em Ciências - Instituto de Ciências Básicas da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2002.
112. ROHDEN, Fabíola. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio do século XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
113. ROCHA, Cristianne M. Famer. *A escola na mídia: nada fora do controle*. Porto Alegre: PPGEDU/UFRGS, Tese de Doutorado, 2005.
114. ROSE, Nikolas. Governando a alma: a formação do eu privado. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org.). *Liberdades reguladas: a pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu*. Petrópolis: Vozes, 1998. p.30-45.
115. _____. “Como se deve fazer a história do eu”. In: *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 26, n. 1, 2001, p.33-57.
116. _____. Biopolitics in the twenty-first century. In: *The politics of life itself*, 2007. p.9-40.

117. _____. Politics and life. In: *The politics of life itself*, 2007. p.41-76.
118. _____. A biomedicina transformará a sociedade? O impacto político, econômico, social e pessoal dos avanços médicos no século XXI. In: *Revista Psicologia & Sociedade*; 22(3): 628-638, 2010.
119. _____. Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital. In: Santos, Luís H. S., Ribeiro, Paula R. C. (Orgs.). *Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida*. Rio Grande: FURG, 2011a. p.13-31.
120. _____. Administrando indivíduos empreendedores. In: *Inventando nossos sefs: psicologia, poder e subjetividade*. Tradução: Arthur A. Leal Ferreira. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011b. p.209-233
121. SANTOS, Luís Henrique Sacchi. *Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000)*. Porto Alegre: PPG em Educação FACED/UFRGS. Tese de Doutorado, 2002.
122. SANTOMÉ, J. T. *Globalização e Interdisciplinaridade: o currículo integrado*. Tradução: Cláudia Schilling. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1998.
123. SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*. São Paulo: UNESP, 2004.
124. SENELLART, Michel. *A crítica da razão governamental em Michel Foucault*. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 7(1-2): 1-14, outubro de 1995.
125. SIBILIA, Paula. *O homem pós-orgânico: Corpo, subjetividades e tecnologias digitais*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.
126. _____. *Ciências da vida redefinem a condição humana*. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&-view=article&id=1812&secao=259>. Acesso em: 23 ago. 2008.
127. SILVA, Tomaz Tadeu. *Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
128. SOHN, Anne-Marie. O corpo sexuado. In: Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine e Georges Vigarello. *História do corpo: As mutações do olhar: o século XX*. Tradução: Ephraim Ferreira Alves. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. Vol. 3, p.109-154
129. SOMAVILLA, Vera da C; SANTOS, Luis Henrique S. dos. Posso encomendar um filho? Produção de práticas discursivas sobre corpos e maternidades em anúncios de jornal. In: *V Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade: instâncias e práticas de produção nas*

- políticas da própria vida*. Paula Regina Costa Ribeiro, Luís Henrique Sacchi dos Santos (Org.), FURG, 2011. p.241-249. Disponível em: <<http://www.corpogeneroesexualidade.furg.br>>.
130. SOUZA, Nádia. G. S. *Que corpo é esse?: o corpo na família, mídia, escola, saúde...* Porto Alegre: PPG-Bioquímica/UFRGS. Tese de Doutorado, 2001.
 131. STEPAN, Nancy Leys. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
 132. STIKER, Henri-Jacques. Nova percepção do corpo enfermo. In: Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine e Georges Vigarello (Orgs.). *História do corpo: da revolução à grande guerra*. V. 2. Tradução: João Batista Kreuch, Jaime Clasen. Rio de Janeiro: Vozes, 2008, p.347-374
 133. STRIM, Cintia. *Educando o corpo feminino: saúde como um mais, corpo molecular e otimização da beleza na Revista Claudia*. Dissertação de Mestrado. Universidade federal do Rio Grande do Sul. 2011.
 134. TEODORO, Frederico, J. M. *Aborto eugênico: delito qualificado pelo preconceito ou discriminação*. Curitiba: Juruá, 2008.
 135. TESSARO, Anelise. *Aborto seletivo*. Curitiba: Juruá, 2008.
 136. THÉBAUD, Françoise. A política natalista da França no século XX: uma coação física? In: Maria Izilda Santos de Matos, Rachel Soihet (Orgs.). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: UNESP, 2003. p.199-221
 137. TRAVERSINI, Clarice S; Bello, Samuel E. L. O numerável, o mensurável e o audível: estatística como tecnologia para governar. In: *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 34, n. 2, mai/ago 2009. p. 135-152.
 138. TUCHERMAN, Ieda. *Breve história do corpo e de seus monstros*. Lisboa: Vega 1999.
 139. VALLS, Alvaro. L. M. *Da ética à bioética*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.
 140. VASCONCELLOS-SILVA, Paulo R, CASTIEL, David. BAGRICHEVSKY, Marcos. GRIEP, Rosane H. As novas tecnologias da informação e o consumismo em saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, Rio de Janeiro, vol.26, n.8, pp. 1473-1482, ago, 2010.. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2010000800002&script=sci_abstract&tln-g=pt>.

141. VEIGA-NETO, Alfredo. Olhares... In: Costa, Marisa V. C. (Org.). *Caminhos investigativos*. Porto Alegre: Mediação, 1996. p. 19-35.
142. _____. Educação e governamentalidade neoliberal: novos dispositivos, novas subjetividades. In: Branco, Guilherme C; Portocarrero, Vera (Orgs.). *Retratos de Foucault*. Rio de Janeiro: NAU, 2000. p. 179 – 217.
143. _____. *Foucault e a educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.
144. VIDAL JUNIOR, Icaro Ferraz. *A ética somática e o espírito do biocapital: aproximações ao biopoder molecular contemporâneo*. Revista Galáxia, São Paulo, n. 20, p. 239-242, dez. 2010.
145. WITT, Neila S. P. *Como as escolas inscrevem os hábitos alimentares?* Porto Alegre: PPG-Bioquímica/UFRGS. Monografia de Bacharelado em Ciências Biológicas. 2004.
146. _____. *Eutanásia, Vida/morte: problematizando enunciados presentes em reportagens de jornais e revistas*. Porto Alegre: PPG em Educação e Ciências: Química da Vida e Saúde/UFRGS. Dissertação de Mestrado, 2007. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/11-115>>.

2. REFERÊNCIAS DE SITES DE ORGANIZAÇÕES:

- ANIS: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero.

Disponível em: <<http://www.anis.org.br/>>.

- Aborto em Debate.

Disponível em: <<http://www.abortoemdebate.com.br/wordpress/>>.

- Associação para o Planejamento da Família.

Disponível em: <<http://www.apf.pt/>>.

- Agência Patrícia Galvão.

Disponível em: <<http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/>>.

- Católicas pelo Direito de Decidir.

Disponível em: <<http://catolicasonline.org.br/>>.

- Centro Feminista de Estudos e Assessoria - CFEMEA.

Disponível em: <<http://www.cfemea.org.br/>>.

- Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas.

Disponível em: <<http://www.cemicamp.org.br/>>.

- Comissão de Cidadania e Reprodução.

Disponível em: <<http://www.ccr.org.br/>>.

- Frente Nacional pelo fim da criminalização das mulheres e pela legalização do aborto.

Disponível em: <http://www.frentepelodireitoaoaborto.blogspot.com/>>.

- Grupo Curumim.

Disponível em: <<http://www.grupocurumim.org.br/site/programas.php>>.

- Ipas Brasil.

Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/>>.

- Médicos pela Escolha.

Disponível em: <<http://www.medicospelaescolha.pt/>>.

- SOS Corpo: Instituto Feminista para a Democracia.

Disponível em: <<http://www.soscorpo.org.br/>>.

- Revista de Estudos Feministas.

Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/ref>>.

- Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/portal/comunica/2010-12/>>.

- União de Mulheres Alternativa e Resposta – UMAR.

Disponível em: <<http://www.umarfeminismos.org/>>.

- Women on Waves.

Disponível em: <<http://www.womenonwaves.org/set-248-pt.html>>.

3. REFERÊNCIAS DE VÍDEOS SOBRE O ABORTO NO BRASIL:

- *Fim do Silêncio*. Documentário de Thereza Jessouroum (roteiro, produção e direção) produzido pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, financiado pelo Ministério da Saúde (fiocruz.br/fiocruzvideo).

Disponível em: <<http://vimeo.com/6251893>>.

- *Clandestinas*. Documentário de Ana Carolina Moreno, referente ao Trabalho de Conclusão do Curso de Jornalismo da Universidade de São Paulo, 2006.

Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=PGy21f212OY>>.

- *Quem são elas?* Filme de Débora Diniz, 2006, produzido por Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero e pela produtora Imagens Livres. Apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, da International Women's Health Coalition e da Ford Foundation (<http://www.anis.org.br/ImagensLivres/Detalhes.cfm?ldfilme=10>).

Disponível em: <<http://vimeo.com/5918778>>.

- *O aborto dos outros*. Documentário dirigido por Carla Gallo, 2008 (http://www.oabortodosoutros.com.br/index_pt.html).

Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=eZfki1meDg>>.

- *Aborto se torna grave problema para o sistema de saúde pública*. Reportagem exibida pelo Jornal *Fantástico* no domingo, dia 01/08/2010.

Disponível em: <<http://video.globo.com/Videos/Player/Noticias/0,,GIM1311112-7823-ABORTO+SE+TORNA+GRAVE+PROBLEMA+PARA+O+SISTEMA+DE+SAUDE+PUBLICA,00.html>>.

APÊNDICE - PUBLICAÇÕES

Articulando aos estudos da Prof^a Nádia minha pesquisa de Mestrado e posteriormente de Doutorado tenho participado de palestras e aulas com estudantes de graduação em Pedagogia da UFRGS. Nelas trabalhamos as abordagens da temática da vida/morte na escola a partir de um conjunto de atividades, nas quais buscamos discutir as intervenções e noções atribuídas ao aborto, corpo e vida/morte e suas construções nos níveis biológico e social. Além disso, temos participado de eventos e produzido artigos – com apoio da CAPES – que foram apresentados e publicados em vários encontros da área de Educação, entre eles:

V Seminário Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida, I Seminário Internacional Corpo, gênero e sexualidade, 2011, Rio Grande.

XI Simpósio Internacional IHU: O (des)governo biopolítico da vida humana, 2010, São Leopoldo.

IV Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade: composições e desafios para a formação docente, 2009, Rio Grande.

VI Congresso Internacional de Educação: Educação e Tecnologias Sujeitos (des)conectados?, 2009, São Leopoldo.

VII Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências (Enpec), 2009, Florianópolis - SC.

VII Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul: Pesquisa em Educação e Inserção Social - ANPEDSUL, 2008. Itajaí - SC.

XIV Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino - ENDIPE, 2008, Porto Alegre.

3º Seminário Brasileiro de Estudos Culturais e Educação: Pedagogias sem Fronteiras - 3º SBECE, 2008, Canoas.

IV Colóquio Franco-Brasileiro de Filosofia da Educação: filosofia, aprendizagem, experiência, 2008, Rio de Janeiro.

IV Colóquio Luso-Brasileiro sobre Questões Curriculares, 2008, Florianópolis - SC.

BioEd 2008 Conference: Biological Sciences Ethics and Education. The Challenges of Sustainable Development, 2008, Dijon (France).