

Infertilidade e desejo de filho. Onde se passa essa dor?

Debora Serebrenick Seibel*

Esta reflexão nasceu de algumas idéias que habitam meu pensar, há muito tempo, no trabalho clínico com pacientes, na maioria mulheres, que atravessam ou são atravessadas pela dura experiência da infertilidade, ou seja, da dificuldade em ter filhos naturalmente. São pensamentos e interrogações a partir do testemunho da relação, muitas vezes de difícil apreensão, entre essas pacientes e a medicina reprodutiva.

De um lado, o fato somático de um corpo que, por diferentes razões, não raro até enigmáticas, não engravida ou não leva uma gravidez a termo, e, de outro, uma mente atordoada, tomada pelo desespero e pela violência de tal experiência. Na fronteira, a psicanálise, meu instrumento de trabalho, e eu mesma ali imbricada na situação analítica. Tanto a escuta privilegiada como a minha experiência e sensibilidade me deixam paradoxalmente amparada e inquieta.

Diante do sofrimento da infertilidade e do impacto dos avanços tecnológicos, a psicanálise pode ser um recurso valioso por sua característica ao mesmo tempo firme e delicada, capaz de compreender as ressonâncias profundas que uma experiência traumática pode desencadear. A nossa especificidade é justamente a compreensão de que os fatos não são apenas acontecimentos reais, mas que as vicissitudes da vida, os eventos e as manipulações no corpo são acompanhados de impressões subjetivas com ou sem representação. O conhecimento psicanalítico trabalha no sentido de ampliar a fala concreta e objetivada, dando lugar ao desejo e ao poético. Certa vez uma paciente disse: “Meu coração arde todos os dias”. Frase poética pela sua capacidade de sintetizar uma experiência no corpo e na alma simultaneamente, algo que busca na linguagem a descrição mais precisa do seu sofrimento físico, e também pela repercussão desse fato no mais profundo do seu ser, aquilo que está no sujeito e não aquilo pelo que o sujeito está passando, como escutamos com frequência no senso comum.

O avanço tecnológico tem colocado à disposição das equipes médicas e de seus pacientes recursos incríveis para superar tal limitação por meio de diferentes técnicas: inseminação artificial; fertilização *in vitro*; doação de gametas; redução embrionária; sexagem; útero de substituição e talvez, em futuro não muito longínquo, a clonagem.

Como revela Frydman (1986),

um filho pode nascer de uma terceira pessoa que nunca saberá sua identidade, um irmão mais novo pode nascer antes de um irmão mais velho, uma mulher pode dar à luz a um filho que não é seu ou trazer ao mundo um filho de um marido morto, um filho pode ter vários pais... (p. 88).

Portanto, quase tudo é possível para ter um filho? Mas é justamente diante dessas inúmeras possibilidades que surgem a dor psíquica, o conflito, o medo. A tarefa de digerir tais situações é penosa para a economia mental, e o custo de algumas escolhas se torna extremamente alto. Percebo que, ao optarem por algum desses caminhos, muitas vezes a vida psíquica fica desorganizada e a fertilidade no seu sentido mais amplo, a própria vitalidade se perde. Tem-se o filho e não mais a si própria. Isso é o grave.

Parece que as tecnologias médicas avançaram mais rapidamente do que é possível para a economia mental suportar e, imbuídas do espírito de realizar o pedido explícito de seus pacientes, as equipes médicas excluem o tempo do pensar que, embora possa ser doloroso, pode salvá-los de uma dor ainda maior.

Azambuja, em “A mitologia e a realidade da maternidade” (1986), traz idéias que ajudam a pensar nas questões da infertilidade e de como e por que esse evento adquire tamanha magnitude na vida de algumas pacientes. A meu ver, o trabalho abre para uma reflexão da maior importância que diz respeito à dificuldade que a mulher infértil biologicamente encontra em se desenvolver em outras esferas de sua vida. Isso fica muito claro na sua referência ao livro de Marie Langer, *Maternidade e sexo*, se lê que “o ser feminino não diz respeito só aos órgãos reprodutores. A sexualidade é uma atmosfera mental com raízes simbólicas e não pode ser confundida apenas com a função materna” (p. 608).

A mulher que perde a fertilidade biológica não precisa necessariamente perder a fertilidade psíquica, ao contrário, pode fazer da elaboração dessa experiência uma forte aliada em seu desenvolvimento, tornar-se um sujeito mais criativo ou amadurecido, dependendo do que foi possível apreender, como escreve Bion.

A idéia da maternidade como algo constitutivo da condição do ser mulher continua habitando o mais profundo do imaginário feminino. Embora, a meu ver, seja um equívoco, uma vez que o feminino é muito mais, observo que o fantasma existente na vida psíquica dessas pacientes ainda revela que ser mulher sem poder ser mãe não é um sentimento de fácil apreensão para elas. Escolher não ter filhos é diferente de não poder tê-los. É a castração que está em questão. Como seguir adiante, fazer o luto e continuar a se constituir em uma mulher?

Do ponto de vista psicanalítico, assim como a criança brinca nas sessões de ludoterapia, o adulto fala, pensa, nomeia e escapa do adoecimento mental. Pode talvez “curar-se” na medida em que encontra um espaço de busca de representações, de entendimento e de elaboração dessa vivência.

Contou-me certa vez uma paciente: “Estive em outra clínica antes desta, e lá o médico sugeriu que eu fizesse uma ovodoação (receber óvulos de outra mulher), o único procedimento pelo qual conseguiria engravidar. Fiquei muito assustada e confusa e disse a ele que precisava pensar. O médico imediatamente respondeu que, se eu precisava pensar, então não ia dar certo e que ele não faria o tratamento”. Nessa situação, a tarefa de recuperar o tempo perdido – não o cronológico, mas o do pensar – é imprescindível para criar sentido e construir pontes simbólicas capazes de dar sustento aos procedimentos médicos.

É na busca de compreensão desse desejo, desse pedido, que podemos incluir a escuta psicanalítica. Não para julgar a necessidade ou a legitimidade da solicitação – pois isso nos colocaria no lugar da moral –, e sim para representar algo que surge em forma de sintoma, e talvez, principalmente, para transformar a concretude e a dureza de tais procedimentos em simbolizações e representações.

A parceria

Observei que é muito difícil acompanhar esses pacientes e ficar estritamente na temática da infertilidade. Não penso que podemos conduzi-los para outros territórios através de nosso desejo, porém, ao acolher por meio de uma escuta cuidadosa seu sofrimento, podemos tentar abrir para algo ainda não pensado. Conforme nos aproximamos da dor, muitas vezes emergem dimensões inusitadas. Nesses momentos, o trabalho de análise é dificultado, a conversa fica emperrada, o paciente resiste e tenta permanecer no território conhecido dos exames, procedimentos médicos e falhas nos tratamentos.

Penso que se trata de um agravante na nossa atuação como analistas nos casos de infertilidade. Não adianta quereremos desviar o olhar para outras áreas até que o próprio paciente nos autorize. Muitas vezes as sessões são chatas e repetitivas. A temática é sempre a mesma, o número de óvulos coletados, os efeitos da medicação, a qualidade dos embriões ou a espera do resultado. Precisamos nos dispor a mergulhar nesse pensamento concre-

to, nessa pobreza psíquica, sustentar o insuportável, para desse lugar criar as possibilidades.

Lembro-me de uma paciente que, quando eu retornava alguma ligação sua, atendia ao telefone com voz viva e forte e, assim que eu me identificava, seu tom mudava, ela começava a falar baixo e eu podia ouvir a dor em sua voz. Acredito que ela tinha em mim um lugar onde podia se desmontar e deixar surgir o que estava disfarçado na vida cotidiana e social.

Paralelamente, é difícil administrar a urgência de resultados, a corrida contra o relógio biológico. O nosso trabalho tem um tempo próprio e não consegue responder a essa solicitação. Nosso foco não é o corpo biológico apenas, mas, acima de tudo, o que a mente pode operar para simbolizar o que se passa no corpo.

Concordo com Sonia Azambuja (1994), que, no texto “O problema da comunicação: Diversidade e variação na apreensão do objeto da psicanálise”, ao comentar o conceito de Freud de que “a anatomia é o destino”, afirma que o nosso corpo é realidade e destino e que nós criamos a mente, o simbólico, para dar conta do corpo, da castração do destino.

A questão do limite

Até quando tentar engravidar? Qual é o limite? Certa vez fui convidada a falar em um congresso médico, e o tema que me destinaram foi “Quando dizer basta?”.

Percebe-se a aflição vivida pelos médicos diante da espécie de fúria desenfreada dos casais e mais especificamente das mulheres. Trata-se de um desejo que se transforma em necessidade, que se apresenta como uma compulsão em alguns casos e que, portanto, já não está a serviço de Eros ou da pulsão de vida, mas de Tânatos, a própria pulsão de morte. Como utilizar o progresso para que ele não seja algo que venha a negar o fim? Na impossibilidade de aceitar o limite (a castração), a pessoa segue adiante, lançando mão de mecanismos inconscientes de ataque ao próprio corpo.

Tão difícil quanto começar o tratamento é finalizá-lo. A decisão de parar evoca uma série de outras questões complexas para o paciente sobre seu amor-próprio, os vínculos afetivos ao seu redor. Já de início essa escolha coloca o sujeito diante de fantasias persecutórias com relação ao feto e à aceitação do cônjuge, da família, dos amigos, da equipe e da cultura em última instância. Como carregar a culpa sentida de não dar um filho ao seu marido ou privar os pais de serem avós ou decepcionar os médicos que estão na expectativa de que ela consiga? É bastante frequente que surja uma fala em que a paciente diga: “Eu não estou conseguindo”. Como se tratasse de um conseguir controlável, dependente de esforço. O mesmo sentimento é relatado com relação ao controle da tristeza, do choro, da ansiedade. Certa vez uma paciente me contou que procurava disfarçar o choro por medo de que ele pudesse piorar ainda mais as coisas.

* Psicóloga clínica pela PUC-SP, candidata do Instituto da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, coordenadora do Comitê de Psicologia da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana.

Não estamos vivendo uma época favorável para as limitações e precariedades humanas. Ao contrário: é tempo de superações, metas e resultados. Como parar o tratamento e continuar a vida? É muito freqüente que logo depois de uma tentativa frustrada a paciente queira reiniciar imediatamente. Muitas esperam que o médico diga que já podem fazê-lo. Sentem-se mais tranqüilas enquanto estão tentando, apesar de todo o sofrimento, do desgaste físico e psíquico. São capazes de tudo para não interromper o tratamento. Quando surge uma limitação financeira, pensam em se desfazer de bens, até mesmo da própria casa, revelando-se aí uma obstinação assustadora. Do que fogem? Talvez do vazio aterrorizante, da não-representação e da pobreza da vida interior que impulsiona o paciente para fora de si, na busca ilusória de que é o filho concreto a única chance de preenchimento do enorme buraco em que se vê mergulhada.

Voltemos à mesma indagação: quando dizer basta? E mais: quem vai desencadear esse processo? Claro que é uma decisão pessoal e intransferível, mas a recusa em levar em conta essa possibilidade empurra para fora do próprio sujeito a resolução. Penso que o analista e o médico podem contribuir com a paciente, com o casal, na difícil tarefa de considerar o fim, justamente apontando que parar também é uma possibilidade, que o fim de algo pode ser um início. Em última instância, ajudamos o sujeito a poder refletir e sustentar um possível final.

Como psicanalistas, navegamos por outros mares, na contracorrente, sem perder o pé da realidade. Vivo minha prática clínica com essas pacientes sempre envoltas na ambivalência. O legítimo desejo do filho e a busca de realização alucinada do desejo. Tênuve linha de separação...

O lugar privilegiado de nossa escuta pode oferecer ao paciente a oportunidade de um campo neutro para a reflexão dessa escolha pesada e muitas vezes a serviço de um superego implacável, projetado no mundo externo (médicos, cônjuge, analista). Enfim, de quem é esse desejo? E de que natureza? Para quem está respondendo?

Colocamos a questão do desejo sob nova perspectiva, introduzindo com cuidado a noção de luto necessário. A dupla tem de criar um tempo possível para a simbolização, em que possa se instalar a capacidade de adiamento, substituição e pensamento. Para isso, é preciso sair da urgência do tempo cronológico, da idade da mulher, grande inimiga do sucesso dos tratamentos de infertilidade, assim como da necessidade de satisfação imediata do desejo. É preciso introduzir tolerância à frustração do prazer imediato.

Luto e melancolia na infertilidade

É imediata a associação feita entre luto e infertilidade. Todos os trabalhos sobre a temática dessas mulheres citam os processos de luto. Frequentemente, as pacientes se apresentam em estados melancólicos, empobrecidas psiquicamente, e as sessões se desenrolam ao redor do tema dos tratamentos, exames, resultados e da queixa constante de

uma tristeza sem nome, sem solução e sem palavras.

Lembro de uma paciente de tom de voz baixo, numa fala sem modulação, que vez por outra deixava rolar uma lágrima perdida. Ela relatava sua enorme tristeza por não conseguir engravidar ao longo de muitos anos e de várias tentativas de tratamento. Dizia que era como ter passado um atestado de incompetência para ela mesma. Contava que sua vida não tinha graça, que no trabalho estava isolada e fugindo das pessoas, por temer que elas se aproximassem para perguntar sobre filhos. Apresentava-se por intermédio dessas falas, desprovida de seus recursos, para enfrentar um mundo que, segundo sua percepção, era hostil e perseguidor: as pessoas eram más e, na sua visão, tinham prazer em vê-la sofrer, por isso perguntavam coisas que a deixavam vulnerável e desarmada.

Apesar de ser um exemplo ilustrativo do cenário psíquico em que se desenrola a batalha contra a infertilidade, é importante ressaltar que durante anos de trabalho diante desses quadros, tal descrição é apresentada pela maioria das pacientes. A repetição é comum a quase todas e, a meu ver, expressa um estado melancólico.

Atendi uma paciente que comparecia a todas as sessões com roupa preta, só alterando entre dois conjuntos. Ela queixava-se de uma dor insuportável, de uma tristeza sem tamanho e de pensamentos de autodestruição. Assim amargurada, tentava se apagar atrás daquela vestimenta preta, que, poderíamos dizer, se transformava em uma espécie de “manto” que a escondia e isolava do mundo. Vivendo esse sentimento de exclusão por não ter um filho, maltrata-se se instalando num lugar de desprestígio.

Sem reservas psíquicas, o sujeito se vê desamparado e busca inconscientemente na análise uma esperança de fortalecimento egóico, sem o qual não há como enfrentar tamanha adversidade como a que é vivida por causa da infertilidade.

Essa espécie de mutilação para a qual não há representação possível é sentida como um ataque ao narcisismo do sujeito e a seu ego corporal. Penso que, através do trabalho analítico, podemos nos aproximar de tamanha dor e acompanhar, quase que em forma de testemunho – conceito criado por Armando Ferrari –, o surgimento de alguma chance de vida amorosa.

Quando há uma melhora no terreno da lamúria, característico da melancolia, e entra em cena a dor pela perda do filho que ainda não veio, aproveito para trabalhar a idéia de luto necessário, que abre espaço para a renúncia e seus processos sublimatários.

Uma paciente vinha de uma batalha inglória de vários tratamentos. Seu corpo cansado, marcado por exames invasivos, injeções e doses altas de hormônio, apresentava sinais de alerta. Ela se queixava de insônia e de acessos de raiva incomuns. Estava assustada e desorganizada diante de um estranho que a habita. Instalara-se um processo leve de depressão com perda de interesses, medos e choros. Trabalhamos a idéia de ataque e da presença de objetos maus

dentro dela. Tais idéias, colocadas em várias conversas e de diferentes formas, acabaram fazendo algum sentido. Estamos perto das férias e ela começa a falar em realizar uma cirurgia plástica que já há muitos anos pensa em fazer.

Vejo despontar o que vem sendo seu processo de reparação depois de um longo período de luto profundo. A presença assustadora da pulsão de morte deixa lugar a um desejo legítimo de ter o filho, desta vez conectado ao instinto de vida.

Além do filho

Como escapar da idéia lançada por Freud de que a situação feminina só se estabelece se o desejo do pênis for substituído pelo desejo de um bebê? E se o filho não vem, como fazer a passagem? Como repensar a teoria infantil tão arraigada em nós de que essa é a saída da mulher diante da falta?

Ter um filho não parece simples para algumas mulheres, ao contrário, é necessário que se trave uma verdadeira batalha no corpo e na alma, muitas vezes ocasionando o aniquilamento, e não o surgimento da feminilidade. O que pode ser proposto no trabalho clínico é a construção de uma equivalência simbólica, algo que consiga dar conta do vazio, do não ser. Lembro de uma paciente para quem tudo parecia ter sido devastado pela infertilidade – não havia por onde começar a reconstrução. Depois de quase dois anos, surgiu a idéia de uma pequena parte preservada; usamos então a imagem de uma pequena porção da floresta amazônica, de onde podíamos recomençar o reflorestamento. Tomamos uma coisa pela outra, algo poderia ficar no lugar do filho, equivaler simbolicamente. Desta forma, abre-se o caminho para inúmeras possibilidades de criar uma identidade feminina independente do filho concreto ou ainda do filho genético.

Sempre me pareceu clara a idéia de que existia muito mais além do filho concreto perseguido de forma absolutamente atávica por essas mulheres. No início do atendimento, ouço os relatos acreditando sem acreditar que o filho poderia trazer consigo a paz tão esperada.

Nesta terra em guerra, que se torna o corpo e a mente dessas mulheres, o bebê fica no lugar do único objeto capaz de restituir o eu e tudo ao seu redor. Através do bebê, elas imaginam refazer o vínculo amoroso com o marido, deixar os pais felizes e agradecidos e restabelecer o lugar de pertencimento no círculo social. Enfim, acreditam com efeito que o campo árido da infertilidade será substituído por um lugar de vida e quase que alucinam um mundo perfeito de completude. Reconhecem com a razão que provavelmente não será assim, mas as falas associativas denunciam uma crença do imaginado idealmente.

Parece que essa experiência traumática – a dificuldade de engravidar – provoca rupturas tão profundas na organização psíquica que o vivido não encontra palavras para representar. É como dizia uma paciente: “Não há vida nesta situação, será que você me entende?”

Como restaurar o eu sucumbido? O sujeito aceita a falta e pode se reconhecer com ela sem que isso implique uma impossibilidade de ser e de viver, como dizia minha paciente? A questão de quem sou se não sou mãe expressa por muitas pacientes deve ser entendida como uma reflexão sobre a própria identidade e o lugar que o filho dará fantasiosamente a ela no mundo. Portanto, não tê-lo significa não existir mesmo, ficar marginal e excluída. É por essa razão que o desejo do filho é tão carregado e tão urgente. Tratar de propor algum tipo de substituição desse poderoso objeto, investido de tamanho poder, é uma tarefa bastante árdua no trabalho com tais pacientes.

Acreditar que na verdade se trata de restaurar os bons objetos internos e contar com eles, como uma reserva interna de experiências positivas capazes de servir como base de sustentação, aumentando a capacidade de tolerar estados transitórios de privação ou frustração, pode levar todo o tempo da análise.

Trabalhamos aproveitando a experiência vivida na análise para refazer esse tecido esgarçado, tentando reconstruir uma cidade atingida por ataques extremamente violentos.

Pensamentos finais

Estas considerações são parte de muitas questões trazidas pela clínica, e que venho desenvolvendo ao longo do trabalho com algumas pacientes.

Percebo que muitas questões parecem difíceis de serem tratadas, talvez pelo fato de existir uma problemática tão premente que é o desejo-necessidade do filho. O espaço analítico tem a oferecer uma enorme contribuição no atendimento dessas pacientes. A infertilidade tem o terrível poder de deixar toda a vida psíquica do sujeito árida e destruída. Justamente uma das possibilidades do trabalho analítico é refazer as fundações, oferecer um outro olhar, pensar o impensável e, por meio do vínculo afetivo, criar uma nova possibilidade.

Nem todos os casos que acompanhei no consultório resultaram em gravidez e filho. Mas o foco do trabalho sempre foi cuidar da fertilidade da própria vida da paciente, sem me ocupar da tarefa de gerar bebês. Esta cabe à equipe médica. A psicanálise não dá conta desse tipo de solicitação. No entanto, dentro do nosso campo, muito pode ser semeado, e, segundo minha experiência, o valor do que pode ser restaurado é de grande importância. É como articular uma linha de ligação entre o evento biológico e o trauma psíquico.

Procuro, junto com a paciente, ressignificar a violência da infertilidade e cuidar para que o excesso de desejo que invade o nosso campo, bem como toda a névoa da melancolia da destrutividade, não obstrua a capacidade de pensamento. Quando é possível conservar essa função, poupamos o sujeito de um ataque ainda maior ao seu corpo, a sua vida afetiva e social e a sua mente. Procuro de algum jeito comunicar ao paciente que é possível viver sem filhos, mas não viver sem si mesmo.

Referências

- Azambuja, S. C. de (1986). A mitologia e a realidade da maternidade. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 20(4), 601-611.
- Azambuja, S. C. de (1994). O problema da comunicação: Diversidade e variação na apreensão do objeto da psicanálise. In L. C. U. Junqueira Filho (Coord.). *Perturbador mundo novo: História, psicanálise e sociedade contemporânea 1492, 1900, 1992* (pp. 221-239). São Paulo: Escuta.
- Cintra, E. M. U. & Figueiredo, L. C. (2004). *Melanie Klein: Estilo e pensamento*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1974). Luto e melancolia. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 271-291). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Frydman, R. (1986). *L'irresistible decir de naissance*. Paris: PUF.
- Klein, M. (1996). *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos: 1921-1945*. Rio de Janeiro: Imago.
- Leiblum, S. (Ed.). (1997). *Infertility: Psychological issues and counseling strategies*. New York: John Wiley & Sons.
- Olmos, P. (2003). *Quando a cegonha não vem: Os recursos da medicina moderna para vencer a infertilidade*. São Paulo: Carrenho.
- Petot, J.-M. (2003). *Melanie Klein 2: O ego e o bom objeto: 1932-1960*. São Paulo: Perspectiva.
- Serafini, P. & Motta, E. (2004). *Grávidos! A realização do sonho de ter um filho*. São Paulo: Gente.
- Serafini, P. et al. (2000). *O bê-a-bá da infertilidade*. São Paulo: Serono.

Resumo

O foco principal deste trabalho é comentar algumas questões trazidas pela clínica no atendimento de pacientes que atravessam a infertilidade, ou seja, a dificuldade de conseguir uma gravidez naturalmente.

A psicanálise, enquanto instrumento de escuta, pode ser de grande utilidade na compreensão e no manejo de situações extremamente delicadas vividas pela forte presença de uma tecnologia muito avançada que acaba por invadir o corpo, deixando de fora as representações psíquicas.

Esta conversa entre a tecnologia e a psicanálise tem se mostrado muito eficaz para ampliar as questões do corpo feminino e seus limites, assim como para aprofundar as reflexões no que diz respeito ao universo da maternidade e suas fantasias.

Palavras chave

Infertilidade. Maternidade. Psicanálise. Representação. Tecnologia.

Summary

Infertility e desire of children: where this pain acts?

The main focus of this work is to place some questions brought from the clinic in the attendance of patients with infertility: the difficulty to obtain a pregnancy by natural means.

The psychoanalysis, while listening instrument, has been of great utility in the understanding and in the handling of extremely delicate situations that are occurring as a result of the strong presence of an advanced technology; a technology that invades the body, not considering the psychic representations.

This colloquy between technology and psychoanalysis has shown itself very efficient in extending the questions of the feminine body and

its limits, as well as deepening the reflections on the universe of the maternity and its fantasy.

Key-words

Infertility. Maternity. Psychoanalysis. Representation. Techonoly.

In corpore sano...*

*Erane Paladino***

People say that your dreams are the only thing that save ya.

People say that you'll die faster than without water,

Every time you close your eyes,

Lies!! Lies!! Lies!!

Arcade Fire, “Rebellion”, 2004¹

“O corpo foi descoberto como objeto de alvo e poder.” Para Michel Foucault (1987), os sinais dessa grande atenção ao corpo ficam visíveis na dedicação ao “que se modela, que se manipula, que se treina, que obedece, responde, torna-se hábil e cujas forças se multiplicam” (p. 117). Para o autor, em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes que lhe impõem obrigações. Exerce-se sobre ele uma coerção mesmo no nível dos movimentos, gestos e atitudes.

O discurso veicula e produz poder; além de reforçá-lo, também o contamina e o controla. Igualmente, o silêncio e o segredo dão guarida ao poder, fixam suas interdições; o dito e o não dito criam a margem das tolerâncias e das possibilidades, inclusive as que foram mais ou menos obscuras. Não existe um discurso do poder de um lado, e, em face dele, um outro contraposto. Os discursos são elementos ou blocos táticos no campo das correlações de força. Para o autor, essa dinâmica traz discursos diferentes e até contraditórios dentro de uma mesma estratégia. Sexualidade, para Foucault, é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico:

... não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação do discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e poder (p.121).

As disciplinas do corpo e as chamadas regulações na população constituem dois pólos em que se desenvolve a organização do poder sobre a vida. A velha potência da morte em que simbolizava o poder soberano é, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida. A partir da época clássica, no ter-

reno das práticas políticas e conjecturas econômicas, questões ligadas à natalidade, longevidade, saúde pública, habitação, migração e outras técnicas diversas foram priorizadas também como instrumento de sujeição dos corpos e de controle das populações. Não há política sem o domínio e o controle sobre os corpos. Abre-se, assim, para Foucault a era do *biopoder*. Sem dúvida, esse é o elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pode ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção por meio de um ajustamento dos fenômenos da população aos processos econômicos (Foucault, 1987).

“O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe” (p. 118). Uma anatomia política que é também uma *mecânica de poder*; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas que operem como se quer, com as técnicas segundo a rapidez e a eficácia determinadas. São estes os chamados “corpos dóceis”, corpos submissos e exercitados. A disciplina aumenta a força do corpo, em termos econômicos de utilidade, e diminui essas mesmas forças, em termos políticos de obediência. Ocorre uma dissociação entre poder e corpo e, contraditoriamente, sua aptidão leva ao fortalecimento de sua capacidade de sujeição (Foucault, p. 119).

Os princípios apresentados por Foucault deram inspiração a uma corrente de pensadores como, por exemplo, Giorgio Agambem (2002). Em suas reflexões sobre o *Homo sacer*, esse autor comenta a existência, na política ocidental, de uma “biopolítica”, o que torna vã toda tentativa de fundamentar nos direitos dos cidadãos as liberdades políticas. Fica lançada uma sombra sinistra sobre referenciais das ciências humanas, sociologia e arquitetura. Embora voltadas a pensar nas possibilidades de humanização do espaço público das cidades, não escapam de reproduzir de seu próprio centro a biopolítica dos Estados totalitários.

Pensar a dinâmica sociocultural contemporânea sugere a lembrança de um importante movimento com início no século passado: o chamado movimento higienista. Com

* Título baseado na frase romana “Mens sana in corpore sano”, projeto datado do século I d.C.

** Psicóloga clínica, professora do Departamento de Psicodinâmica do Instituto Sedes Sapientiae, autora do livro *O adolescente e o conflito de gerações na sociedade contemporânea*, Ed. Casa do Psicólogo, 2005.

¹ “Dizem que seus sonhos são a única saída para lhe salvar/ Dizem que você morrerá rapidamente quando a água acabar/ Sempre feche seus olhos/ São mentiras, mentiras, mentiras!!!”