

Laurence Tain
Université Lumière Lyon 2

Um filho *quando eu quiser?*: o caso da França contemporânea

Resumo: *A livre escolha da maternidade e do momento de vivê-la foram reivindicações centrais e unânimes do movimento de mulheres nos anos 1970. Em uma primeira fase, esse embate foi amplamente acompanhado por profissionais da área médica, com a difusão de práticas medicalizadas de contracepção e de aborto. Em contrapartida, as tecnologias reprodutivas que permitem adiar a idade da maternidade foram acolhidas com controvérsias pelas feministas: será que essa medicalização da procriação contribuiria para libertar as mulheres dos limites cronológicos ou, pelo contrário, as confinaria a um destino maternal? É essa questão que esse artigo pretende esclarecer, a partir da experiência social da fecundação in vitro nas duas últimas décadas, sobretudo a realizada em um hospital francês.*

Palavras-chave: *maternidade, procriação, técnicas reprodutivas, fecundação in vitro.*

Copyright © 2005 by Revista
Estudos Feministas

A livre escolha da maternidade e, portanto, o direito de recusá-la, foi uma reivindicação central e unânime do movimento de mulheres nos anos 1970. Esse embate foi, na realidade, amplamente acompanhado por profissionais da área médica e pela difusão das práticas medicalizadas de contracepção e de aborto, embora essa colaboração tenha sido parcial, provisória, às vezes conflituosa e não consensual entre as feministas. Essa associação parcial e conflituosa pode ser ilustrada por alguns episódios marcantes, notadamente pela encomenda de pílulas anticoncepcionais realizada, nos anos 1950, pela militante feminista Margaret Sanger ao endocrinologista Gregory Pincus. Ou, mais recentemente, na França, pelo engajamento de médicos no seio do Movimento Francês pelo Planejamento Familiar (MFPPF), que conduziu à criação, em 1962, de uma associação de médicos dissolvida, em 1973, após haver sido comprovada a prática de aborto por não-profissionais.

A escolha do momento para a maternidade também é uma questão crucial das relações de gênero,

¹ Os termos técnicos estão arrolados no glossário em anexo.

² Françoise COLLIN, 1989.

³ VILLELA-CORRÊA, 1998, p. 131.

⁴ Laurence TAIN, 2001.

⁵ As fichas foram selecionadas através de uma escolha aleatória, a partir das agendas de consultas de 1987 e 1991. Entre as 1.119 fichas identificadas a partir das 5.800 consultas selecionadas, 1.060 foram localizadas e dissecadas, das quais 828 diziam respeito a casos de infertilidade. Foram retidos apenas os dossiês suficientemente completos, ou seja, 786, dos quais 577 referentes ao ano de 1991 (taxa de sondagem 1/2) e 209 referentes ao ano de 1987 (taxa de sondagem 1/6).

⁶ TAIN, 2003a.

açambarcada, hoje em dia, pela expansão da medicina. A Reprodução Assistida (AMP)¹ abre novas possibilidades e poderia oferecer uma saída para mulheres com dificuldades de engravidar, principalmente após os 35 ou 40 anos. Ora, essa possibilidade oferecida pela tecnologia foi acolhida de forma bastante controversa pelas feministas, enquanto que a intervenção médica em caso de aborto havia sido, na maioria dos casos, bem aceita.²

O objetivo deste texto é revisitar essa aspiração de escolher o momento para a maternidade, à luz da experiência acumulada pelas tecnologias reprodutivas ao longo de duas décadas de experimentação de programas de fecundação *in vitro*. Como sublinha Marilena Villela Corrêa, a literatura de divulgação científica tende a pôr em evidência a "forma autônoma" da técnica. Trata-se, ao contrário, de fazer emergir as relações sociais e de recolocar essa possibilidade oferecida pela tecnologia dentro do "contexto das relações entre os sexos, medicina e tecnologia".³ É assim que procurarei discutir em que o calendário da maternidade é uma questão para as mulheres, mostrar a ambigüidade das feministas diante dessa possibilidade oferecida pela tecnologia e apresentar as polêmicas atuais ligadas à experiência da medicalização. O artigo centra-se essencialmente no caso da França, a partir da literatura especializada nessa área e, mais particularmente, da observação do Centro de Reprodução Assistida de um hospital francês⁴ a partir de fichas médicas (em torno de mil). Essa pesquisa empírica foi realizada em um serviço especializado de um grande hospital público francês e apóia-se principalmente na reconstituição das trajetórias das mulheres cujas fichas foram selecionados de forma aleatória.⁵

Esse estudo deveria ser validado e complementado com outras monografias. No entanto, esse estabelecimento hospitalar não parece ter desenvolvido uma política original em matéria de reprodução assistida. O perfil das usuárias é análogo ao das mulheres da região: em cada etapa, da consulta à realização de uma fecundação *in vitro*, a composição sócio-profissional corresponde à da população local.⁶ Além disso, a qualidade das fontes de pesquisa, tanto do ponto de vista de sua extensão (acesso à totalidade das fichas do Serviço) como do da precisão das informações (minuciosamente registradas pelos médicos), permite supor uma relativa solidez dos resultados nesse contexto específico. Nessas condições, o Centro em questão, um dos mais importantes da França e um dos primeiros a serem abertos, parece constituir um bom exemplo para pensar as ligações entre calendário, maternidade, autonomia e técnicas de reprodução. Assim,

a problemática dessa contribuição poderia ser resumida da seguinte maneira: as tecnologias reprodutivas ajudam, em certa medida, as mulheres a se libertar de certos limites cronológicos ou, pelo contrário, contribuem a confiná-las a um 'destino' maternal?

O tempo da maternidade: uma questão para as mulheres

A fase reprodutiva não pode ser considerada uma característica biomédica, como o paradigma científico dominante poderia nos fazer crer. Há outras representações concorrentes⁷ acerca do assunto: uma que privilegia uma dimensão psicológica, outra que se baseia no aspecto social. Podemos, assim, privilegiar o aspecto subjetivo quando se trata da 'temporalidade da maternidade', da distância entre a vontade e o desejo.⁸ Neste trabalho será privilegiado o aspecto social.

A fase reprodutiva é também, na realidade, um tempo social. A idade para conceber não coincide com as potencialidades fisiológicas e apresenta diferenciações consideráveis entre homens e mulheres de acordo com seu estatuto.⁹ Assim, a mulher é geralmente mais jovem que o homem no nascimento do primeiro filho e o leque de idades da paternidade é mais diversificado que o da maternidade. Essa segunda diferença poderia ser atribuída à duração da fertilidade masculina, mais extensa que a fertilidade feminina. Esse fator deve certamente ser levado em conta, mas não basta para explicar as desigualdades observadas, que são também de ordem social, fenômeno difícil de ser mensurado, pois a pesquisa científica é, igualmente, tributária das relações de gênero e, portanto, mais lacunar no que diz respeito à fertilidade feminina do que à masculina.¹⁰ Da mesma forma, a idade da primeira maternidade depende bastante do contexto social e político: em certos países, a entrada na vida reprodutiva ocorre em mais de um terço, perto da metade, entre as jovens mulheres de 15 a 19 anos.¹¹ Enfim, há uma grande conexão entre o nível cultural das mulheres e o calendário dos nascimentos: nas gerações de 1955-59, na França, a idade média das mulheres, no momento da chegada ao mundo de seu primeiro filho, é de 29,4 anos para mulheres que realizaram quatro anos de estudo após o vestibular e de apenas 24,6 anos para as mulheres em geral.¹²

Ora, a diferença encontrada nos calendários de reprodução ocorre paralelamente às desigualdades profissionais e é, provavelmente, um dos fatores que mais pesam na carreira das mulheres. Considerando-se o nascimento de um primeiro filho e a entrada na vida

⁷ François LAPLANTINE, 1989.

⁸ Paola MIELI, 1998. p.157

⁹ Annette LANGEVIN, 1986a.

¹⁰ TAIN, 2003b,.

¹¹ Jacques VERON, 2000. Por exemplo, em Uganda, em 1995, 42,9% das mulheres de 15 a 19 anos haviam iniciado sua vida reprodutiva (34,1% já eram mães e 8,7,% estavam grávidas do primeiro filho). Mais ou menos na mesma época, as proporções correspondentes chegavam a 41,5% em Mali, 35,6% em Bangladesh, 31,2% em Camarões, 22,3% em Senegal.

¹² Guy DESPLANQUES, 1994.

¹³ Frédéric DE CONNINCK e Francis GODARD, 1992.

¹⁴ Pierre GUILMOT, 1982.

¹⁵ LANGEVIN, 1986a.

¹⁶ Linda HANTRAIS, 1994.

¹⁷ LANGEVIN, 1986b, p. 174.

¹⁸ Essa diminuição se deve à baixa do número de gestações múltiplas, após os 40 anos.

¹⁹ DUFOUR, HAENTJENS e VINATIER, 1997.

²⁰ Agnès PITROU, 1982, p. 65.

conjugal, as duas variáveis tradicionalmente levadas em consideração para avaliar a vida pessoal e familiar das mulheres em função de sua atividade profissional, a maternidade aparece como a etapa mais decisiva.¹³ E talvez, mais do que o fato de ser mãe, é a idade que possui a mãe no nascimento de seu primeiro filho que teria uma importância fundamental.¹⁴

Essa inter-relação entre a idade da primeira gestação e o desenvolvimento posterior da vida profissional é explicável em função das expectativas correspondentes a cada faixa etária. O início da vida adulta das mulheres concentra as pressões sociais para pôr uma criança no mundo e simultaneamente investir em uma carreira.¹⁵ A chegada precoce de uma criança e as restrições específicas que a acompanham, no caso das mulheres, em um contexto em que o trabalho doméstico não é compartilhado de maneira equivalente entre os dois sexos, não pode deixar de limitar o futuro profissional das mulheres.

A oferta da tecnologia: uma acolhida controversa entre as feministas

Diante desse impasse, a estratégia temporal, aparentemente a menos penosa, na tentativa de contornar o problema, consiste em adiar a maternidade. As outras opções empregadas – diminuição do tempo de trabalho, especialmente pelo emprego de meio período, recuo da entrada na vida ativa após o período dedicado às crianças – pesam na evolução da carreira. No entanto, são as estratégias mais freqüentemente empregadas,¹⁶ uma vez que o recurso a uma maternidade dita tardia é limitada a “uma categoria homogênea de mulheres tendo entre outras características comuns o fato de possuir um bom nível de escolaridade e sócio-profissional e de habitar uma zona urbana”.¹⁷ Essa última estratégia tem sido, entretanto, cada vez mais utilizada pelas mulheres, desde a década de 1980, como testemunha o aumento do número de gestações após os 40 anos, após uma redução¹⁸ entre 1965 e 1980.¹⁹

A reprodução assistida vai, então, ligar-se estreitamente a essas tentativas de flexibilizar a “rigidez dos limiares sociais”,²⁰ de evitar o torniquete do calendário de procriação. As mulheres, tendo adiado eventuais gestações, serão mais freqüentemente confrontadas com as dificuldades de conceber e algumas delas procurarão as tecnologias disponíveis.

Ora, essa possibilidade técnica foi, inicialmente, criticada com freqüência nos textos feministas. Essa hostilidade desenvolveu-se, essencialmente, sob duas formas. Um primeiro pólo considera que a maternidade

²¹ FINKELSTEIN e CLOUGH, 1983.

²² DE VILAINE, 1990.

²³ VANDELAC, 1994.

natural é um baluarte da feminilidade e que é preciso salvaguardá-la a qualquer preço. Esse ponto de vista é, por exemplo, defendido por Joanne Finkelstein e Patricia Clough²¹ ou Anne-Marie de Vilaine.²² Um outro pólo, que não compartilha necessariamente dessa concepção de maternidade, denuncia o desvio científico e a ilusão a respeito do controle dos desejos e dos corpos: é o caso de Louise Vandelac.²³

Todavia, a extensão do recurso às Novas Técnicas Reprodutivas (NTR), o aumento da idade das pacientes e a evolução das preocupações das feministas incitam hoje a revisitar esse debate.

A utilização dessas técnicas, de fato, aumentou consideravelmente. Assim, na França, o número de fecundações *in vitro* passou de aproximadamente 10.000, em 1986, a aproximadamente 46.000, em 1997 (dados publicados pela revista *Contraception, Fertilité et Sexualité*); além disso, estima-se que, em 1997, aproximadamente 8.500 nascimentos se deram a partir de uma fecundação *in vitro*, ou seja, pouco mais que 1% dos nascimentos ocorridos no ano, contra aproximadamente mil, em 1986. Essa expansão não se limita aos países desenvolvidos, pois a Organização Mundial de Saúde (OMS) recebeu, recentemente, um pedido de conselhos (normativos) para propiciar a criação e utilização das Técnicas de Reprodução Assistida (ART).

Aliás, a idade média de recurso a uma reprodução assistida não cessou de crescer ao longo da difusão dessas técnicas. Na França, durante o período de lançamento, a proporção de mulheres de 39 anos que recorreram a uma Fecundação *In Vitro* (FIV) ou a uma Transferência de Gameta Intra Trompa de Falópio (GIFT) passou de 8,7%, em 1987, a 14,1%, em 1989, no Centro Baudelocque – Saint Vincent de Paul.²⁴ Nessa mesma época, os autores dos relatórios do FIVNAT descrevem, também, o confronto dos centros de fecundação *in vitro* com “uma procura cada vez mais insistente por parte de mulheres de quarenta anos”.²⁵ A mesma constatação, mais recentemente, aparece na observação de profissionais da área.²⁶

Simultaneamente, as posturas das feministas foram se diversificando. Desde 1990, Philippe Bataille²⁷ havia identificado posições mais abertas com relação à reprodução assistida entre as feministas, muito embora essas posturas tivessem pouco eco nos textos teóricos. A partir de uma pesquisa junto a 30 feministas que haviam participado do movimento de mulheres nos anos 1970, sem que tivessem necessariamente participado dos debates que se seguiram, localizou cinco posições típicas: além dos dois pólos anteriormente descritos, que se opunham às novas técnicas

²⁴ GUICHARD, BRAMI, BOYER, EPELBOIN, JANSSENS, JOSSEAND, NATHAN, PEREZ, SAVALÉ e ZORN, 1991.

²⁵ Jacques DE MOUZON e Annie BACHELOT, 1991, p. 567.

²⁶ Joëlle BELAÏSCH-ALLART, Jacques DE MOUZON, Annie BACHELOT, DE VECCHI e RENON, 1997.

²⁷ BATAILLE, 1990.

²⁸ Françoise COLLIN, 1989; e Francine DESCARRIES e Christine CORBEIL, 1994.

²⁹ Limitar-me-ei às 'soluções' oferecidas pela medicina. Há outras possibilidades no plano oficial: por exemplo, inverter a diferença de idade entre homens e mulheres. Pode-se demonstrar, de fato, que os riscos de hipofertilidade ou de aborto espontâneo devem-se ao aumento da idade dos dois parceiros e não apenas da mulher. É portanto possível contrabalançar os efeitos de uma idade mais avançada da mulher através de sua associação com um homem mais jovem (cf. Élise DE LA ROCHEBROCHARD e Patrick THONNEAU, 2002).

³⁰ Odile FRANK, Grace BIANCHI e Aldo CAMPANA, 1994. Os autores supracitados mencionam os programas realizados nos anos 1990 para ilustrar essa afirmação: Mark Sauer, Richard Palson e Rogério Lobo falam de uma taxa de êxito de 55% (cinco nascimentos com vida para cada nove ciclos de fecundação *in vitro*) para os ovócitos doados a mulheres de 40-44 anos que apresentam um déficit ovariano (cf. SAUER, PAULSON e LOBO, 1990). Sauer e seus colaboradores confirmam que as mulheres mais velhas sem função ovariana apresentam uma taxa de implantação duas a três vezes superior aos casos de estimulação ovariana (cf. SAUER, PAULSON, ACASO, FRANCIS e LOBO, 1991). Daniel Navot e seus colaboradores confirmam o elevado nível das taxas de êxitos em uma amostra maior de 35 mulheres de 40 anos e para ovócitos doados (15 nascimentos com vida para 50 ciclos, ou seja, uma taxa de 30% por ciclo) (cf. NAVOT, Paul BERGH, Mary Anne WILLIAMS, Ida GUZMAN, Benjamin SANDLER e Lawrence GRUNFELD, 1991). Enfim, Robert Edwards e sua equipe confirmam que em todas as mulheres a fertilidade declina com a idade e que os resultados são bem melhores, na mesma idade, com ovócitos

reprodutivas e ligados, segundo ele, à corrente dita identitária, distinguia duas posturas mais favoráveis a essas técnicas, que atribuía à corrente igualitária, além de uma quinta tendência, que ele situava entre essas duas correntes. Segundo o autor, as mulheres da corrente igualitária eram mais abertas a essa forma de medicalização. Algumas consideravam que a técnica representava um progresso, que permitia ultrapassar certas restrições biológicas; outras, que contribuía a fugir, finalmente, do confinamento das mulheres no círculo familiar. Finalmente, as feministas, que ele situava entre as correntes identitária e igualitária, em um 'feminismo negociado', não estavam assustadas com a tecnologia, mas também não a encaravam, necessariamente, como uma libertação. Os resultados dessa pesquisa remetem à evolução das abordagens feministas com relação à maternidade. Se as análises dos anos 1970 tinham uma função sobretudo crítica, a constatação da atração exercida pela experiência da maternidade, a despeito dos custos sociais e dos procedimentos médicos penosos, contribui para relançar o questionamento no seio do movimento de mulheres.²⁸

O calendário da reprodução: polêmicas no seio da área médica

A esperança de ultrapassar certos limites biológicos, especialmente de ampliar o espectro de idades para viver a maternidade, foi confirmada pelas experiências dos últimos 20 anos.²⁹ Parece, de fato, que o tempo da maternidade pode claramente ser estendido e que as novas técnicas reprodutivas ultrapassam os limites 'naturais'. Não apenas a fertilidade do casal pode ser aumentada por meios apropriados, diminuindo, em parte, o efeito da idade, como o limiar 'natural' da procriação pode ser superado através do recurso à fecundação *in vitro*, com ovócitos doados por mulheres mais jovens. Visto que a manutenção da capacidade de nidificação do endométrio se mantém com a idade, a implantação, em mulheres mais velhas, de embriões obtidos a partir da doação de ovócitos é um sucesso. As taxas de êxito observadas são maiores que no caso de estimulação ovariana, e a implantação de embriões em mulheres que já passaram pela menopausa mostra-se possível.³⁰ O êxito desse procedimento técnico explica-se, na realidade, pelas dificuldades apresentadas pela estimulação ovariana, utilizada em uma fecundação *in vitro* clássica, mas inútil em caso de doação de ovócito. Os tratamentos indutores da ovulação parecem, de fato, alterar a qualidade da nidificação do endométrio, comprometendo assim a

doados por mulheres acíclicas ou de mais de 40 anos que com um procedimento de estimulação ovariana (cf. EDWARDS, MORCOS, MAC NAMEE, BALMACEDA, WALTERS e ASCH, 1991).

³¹ A estimulação ovariana reduz essas chances em seis vezes. Cf. Jacques TESTART, 1993.

³² Jean COHEN, 1998; e René FRYDMAN e RIGHINI, 1998.

³³ EDWARDS, 1993.

³⁴ EDITORIAL, 1991.

³⁵ José VAN DYCK, 1995.

³⁶ AUROUX, 1996, p. 7.

³⁷ Joëlle BELAÏSCH-ALLART, 1996, p. 7.

implantação do embrião e, portanto, as chances de um óvulo vir a se transformar em um bebê.³¹

Entretanto, essas ferramentas tecnológicas estão nas mãos de profissionais da área médica, que se encontram divididos diante da exploração dessas inovações. A possibilidade de retardar a idade da reprodução divide os médicos e suscita diversas controvérsias, cuja repercussão pode ser encontrada na literatura especializada. Uma primeira polêmica diz respeito à aceitação de uma mulher, de acordo com sua idade, para um procedimento de fecundação *in vitro* clássica: deve-se ou não impor um limite de idade sistemático para as mulheres? A resposta a essa questão não é consensual, como mostra o debate contraditório da revista *Contraception, Fertilité et Sexualité*.³² Mas o debate mais apaixonado refere-se à prática de fecundações *in vitro*, com doação de ovócitos, em mulheres após a menopausa. Enquanto que os promotores dessas novas técnicas, como Robert Edwards,³³ estimulam tais intervenções, o comitê editorial do *Lancet*³⁴ preocupa-se, em nome do bom senso, com suas eventuais conseqüências para a educação das crianças.

Essas polêmicas no interior das áreas científica e médica, a respeito do calendário de reprodução, envolvem, antes de mais nada, interesses profissionais. A vontade, de uma parcela dos pesquisadores e médicos, de aumentar a idade feminina para as intervenções pode ser compreendida do seguinte ponto de vista: alguns pesquisadores de ponta, como Robert Edwards, inclinam-se em ampliar os limites do terreno de investigação; para outros, em função de suas estratégias de expansão da profissão médica, os novos mercados potenciais das mulheres que já entraram na menopausa não devem ser desperdiçados.³⁵

Além disso, nesses debates profissionais, são também as relações sociais entre os sexos que estão em jogo. Assim, a maternidade dita tardia é um tema que preocupa os médicos, ao contrário da paternidade dita tardia. Eis, a título de ilustração, as frases de introdução de dois artigos debatendo esse tema na revista *Contraception, Fertilité et Sexualité*, de setembro de 1996. O artigo intitulado "Tratamento da esterilidade do casal: há uma idade limite para o homem?" inicia-se com as seguintes palavras: "Pode-se dizer a um homem, com tranqüilidade: você é velho demais para que o ajudemos a ter um filho? Certamente não".³⁶ Quanto ao artigo simétrico, "Tratamento da esterilidade do casal: há uma idade limite para a mulher?", começa nesses termos: "O homem sempre pôde conceber,

independentemente de sua idade, e exemplos ilustres de paternidade tardia não faltam”.³⁷

A experiência da medicalização: confrontos sociais em torno da idade

Dentro desse quadro complexo, o exemplo do hospital estudado contribui para esclarecer os comportamentos dos atores principais: as posturas diferenciadas dos médicos e o impacto provocado pelas usuárias a título individual.

A regra inicial desse hospital, no que diz respeito ao limite de idade das beneficiárias de uma fecundação *in vitro* reflete estratégias profissionais. Instituiu-se a barreira de 40 anos para as mulheres e 55 anos para os homens, respeitando as regras fixadas pelo Centro de Estudo e de Conservação do Esperma (CECOS) para as Inseminações Artificiais (IA). Tratava-se, originalmente, de consolidar as novas técnicas de reprodução no interior da área médica e os médicos do CECOS preferiram adotar um critério estatístico que reforçava a homogeneidade desse ramo da medicina e, em conseqüência, seu peso coletivo. Os médicos que começaram suas práticas aproximadamente dez anos após a criação da fecundação *in vitro*, no início, seguiram a posição adotada por seus colegas.

Essa idade-limite foi rapidamente contestada pelos usuários desse hospital, como o provam as várias correspondências encontradas nos dossiês. A reivindicação é particularmente significativa, já que o acesso a essa técnica é diferenciado de acordo com a categoria sócio-profissional das mulheres. São principalmente as mulheres executivas que recorrem à assistência médica após os 30, 35 anos³⁸ e são elas que possuem melhor perfil para serem levadas em conta pelo corpo médico. Aliás, o que está em jogo no acesso a uma fecundação *in vitro* é claramente uma questão de gênero: as barreiras instituídas de 40 anos para as mulheres e 55 para os homens têm, como conseqüência, a ampliação da distância fisiológica entre os sexos, devido à redução da fertilidade que acompanha a idade.

Nesse contexto, o impacto das reivindicações das usuárias enquanto grupo organizado é pouco aparente. A ampliação do limite de idade para a ‘maternidade assistida’ não parece ser discutida pelos grupos feministas e os escritos teóricos feministas pouco abordaram essas questões. Como assinala Annette Langevin, “a sexualização das temporalidades do social” é um “ângulo ainda pouco explorado das pesquisas sobre o tempo”.³⁹ O caso do calendário das técnicas de reprodução não escapa a essa

³⁸ TAIN, 2000.

³⁹ LANGEVIN, 1999, p. 7.

⁴⁰ É o caso, por exemplo, da principal associação na França, *Pauline et Adrien*, que, entre os vários folhetos informativos que produz, não oferece nenhum contendo uma avaliação dessas questões.

⁴¹ TAIN, 2000.

⁴² Esse decreto limita a idade a 43 anos, para as mulheres, e o número de tentativas a quatro.

⁴³ O Conselho de Estado legisla principalmente no sentido de garantir a conformidade das leis com a Constituição francesa.

⁴⁴ Marie-Josèphe DHAVERNAS, 1991.

⁴⁵ Nicole-Claude MATHIEU, 1977.

regra. Ademais, as associações de usuários estão praticamente ausentes dos polêmicos debates sobre essas técnicas, sendo que suas atividades estão mais concentradas no acompanhamento dos casais do que em uma abordagem crítica.⁴⁰

Todavia, está sendo desenvolvido um trabalho social, que traz, em si, uma dinâmica de mudança. Por um lado, as práticas evoluem sob a pressão das contestações individuais às regras existentes. Assim, no hospital estudado, a barreira de 40 anos foi pouco a pouco flexibilizada, sob pressão das mulheres.⁴¹ De uma forma ainda mais radical, as regras do hospital tiveram de se dobrar à razão de Estado, devido à contestação de um casal. O recurso de um casal à Justiça levou, de fato, à criação de uma lacuna jurídica na França a esse respeito: o decreto de 25 de janeiro de 2000, que fixava, entre outros pontos, uma idade-limite para a realização de tratamentos contra a infertilidade,⁴² foi anulado pelo Conselho de Estado,⁴³ no dia 27 de novembro de 2000, após esse recurso legal. Por outro lado, as representações sobre a paternidade parecem evoluir rapidamente, segundo os testemunhos dos psicólogos do serviço hospitalar. Sem dúvida, essas transformações das posturas são nutridas, em parte, pela teoria feminista, que contribuiu para esclarecer algumas das resistências à prática da doação de ovócitos para mulheres que já entraram na menopausa. É, na verdade, o conceito de 'mãe' que se pulveriza, potencialmente cindido em três figuras: a da doadora de ovócitos; a da gestante e a da mãe social/simbólica.⁴⁴ Porém, se essa distinção entre o social e o biológico é aceitável para os homens, o mesmo não ocorre, tradicionalmente, para as mulheres.⁴⁵

* * *

Assim, as relações de gênero evoluem, mas os benefícios da reprodução assistida, para uma maternidade dita tardia, continuam relativos e incertos. Algumas mulheres apropriaram-se dessa possibilidade, mas as condições de acesso a essas técnicas seguem nas mãos dos médicos, submetidos a critérios definidos pela profissão. As barreiras relativas à idade foram, no entanto, contestadas pelas mulheres, o que levou algumas equipes médicas a flexibilizar seus critérios. Essa possibilidade tecnológica permitiu, algumas vezes, uma maternidade 'tardia', coadunada com o desenvolvimento de uma profissão. Na maioria das vezes, esse recurso fracassou tecnicamente, confirmando, de certo modo, a escolha inicial dessas mulheres pela realização profissional. Assim, com essa mudança no calendário da reprodução, a medicina esteve

⁴⁶ TAIN, 2003a.

⁴⁷ Françoise LABORIE, 1990 e 1994.

intimamente ligada à emergência das mulheres no campo social, à abertura de novas passagens. No entanto, essas passagens continuaram limitadas às mulheres mais favorecidas do ponto de vista social⁴⁶ e não deixam de oferecer riscos para sua saúde.⁴⁷ Surgem, portanto, como veredas que devem ser provavelmente contornadas, em um caminho complexo que não poderia se reduzir a uma linha reta. O problema fundamental continua o mesmo: o lugar, na sociedade, da produção e da reprodução, bem como o reconhecimento da contribuição respectiva dos homens e das mulheres no conjunto desse trabalho social.

Glossário

AMP (Assistance Médicale à la Procréation) – Reprodução Assistida: ver PMA.

ART (Assisted Reproductive Technologies) – Tecnologias de Reprodução Assistida: ver PMA.

CECOS (Centre d'Étude et de Conservation du Sperme) – **Centro de Estudos e de Conservação do Esperma:** sigla escolhida pela principal instituição francesa que administra o recolhimento, a conservação e a distribuição do esperma, para designar os centros regionais (em torno de 20) ligados à federação.

Endométrio: mucosa uterina.

Esterilidade: incapacidade de procriar. Salvo casos excepcionais, essa inaptidão é praticamente impossível de ser diagnosticada de maneira conclusiva, podendo apenas ser identificada com segurança no final da vida reprodutiva. Na linguagem médica, essa palavra é freqüentemente empregada no lugar do termo infecundidade.

FIV (Fécondation in Vitro) – Fecundação *in Vitro*: técnica que consiste em associar, em laboratório, um óvulo e um espermatozóide, produzindo, dessa maneira, um ovo fecundado fora do corpo da mulher. A sigla FIV, que corresponde à fase biológica da FIVETE, é freqüentemente utilizada, em um abuso de linguagem, para designar o conjunto de procedimentos médicos realizados na FIVETE.

FIVETE (Fécondation in Vitro et Transfert d'Embryon) – Fecundação *in Vitro* e Transferência de Embrião: método de reprodução assistida. Após o recolhimento dos gametas (punção de ovócito, no caso da mulher, e masturbação, no caso do homem) e da fase biológica de fecundação *in vitro*, o/s embrião/ões é/são transferido/s para as vias genitais femininas (útero ou trompa), de 1 a 5 dias após a fecundação. Esse procedimento é freqüentemente designado apenas por

⁴⁸ ARNAL e HUMEANU, 1994.

sua fase biológica, a FIV.

FIVNAT: arquivo nacional informatizado de FIVETE que, estima-se, reúne cerca de 80% de sua atividade nacional.⁴⁸ Todos os membros do GEFV participam da coleta de informações e cada centro preenche uma ficha anônima para cada punção realizada (características do casal, modalidades de tratamento, resultados). Os dados estatísticos e os estudos científicos realizados a partir desse arquivo são regularmente publicados na revista *Contracepcion, Fertilité et Sexualité*.

Gameta: nome dado às células reprodutivas maduras do homem e da mulher, o espermatozóide e o óvulo.

GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer) – Transferência de Gameta Intra Trompa de Falópio: método de reprodução assistida que consiste em uma transferência intratubária de gametas. Os ovócitos, obtidos através de punção, e os espermatozoides são colocados em uma ou nas duas trompas, local onde se realiza, normalmente, a fecundação.

IA (Insémination Artificielle) – Inseminação Artificial: técnica que consiste em depositar espermatozoides nas vias genitais femininas, sem relação sexual. Os gametas podem ser introduzidos na altura do colo (IA cervical), dentro do útero (IA intra-uterina) ou dentro das trompas (IA tubária). O tipo de inseminação também pode variar de acordo com a origem do esperma: esperma do cônjuge (IAC), esperma de doador (IAD).

IAC (Insémination Artificielle Conjoint) – Inseminação Artificial Cônjuge: ver IA.

IAD (Insémination Artificielle Donneur) – Inseminação Artificial Doador: ver IA.

ICSI (IntraCyttoplasmic Sperm Injection) – Injeção IntraCitoplásmica de Espermatozóide: injeção, feita com uma micro-pipeta, de um único espermatozóide, previamente selecionado, através da membrana protetora do ovócito, no interior de seu citoplasma. Essa nova técnica da micro-injeção permite, no caso de um procedimento de fecundação *in vitro*, evitar o recurso a um esperma de doador no caso de indicações masculinas (sinônimos: micro-injeção, injeção intra-ovocítica).

Implantação: processo fisiológico através do qual, por volta de uma semana após a fecundação, o embrião penetra na mucosa uterina, preparada para tal pela influência estimulante do progesterona, hormônio secretado pelo corpo amarelo. A implantação ou nidadação é, portanto, um fenômeno que deve ser distinguido da transferência

de embrião praticada na FIVETE, que é um simples depósito de embrião (sinônimo: nidação).

Infecundidade: não-concepção. Trata-se de um estado, enquanto que a infertilidade é uma impossibilidade.

Infertilidade: incapacidade de conceber. Trata-se de uma questão de impossibilidade, enquanto que a infecundidade designa um estado.

Micro-injeção: ver ICSI.

Nidação: ver implantação.

NTR (Nouvelles Techniques de Reproduction) – Novas Técnicas Reprodutivas: ver PMA.

Ovócito: célula reprodutiva da mulher cuja forma madura é conhecida pelo nome de óvulo.

PMA (Procréation Médicalement Assistée) – Reprodução assistida: teoricamente designa todas as técnicas médicas para combater a infertilidade (métodos cirúrgicos, hormonais, biológicos...); na prática, a expressão se aplica, na maioria das vezes, às técnicas que permitem a aproximação dos gametas e nas quais a fecundação é dissociada da relação sexual, ou seja, principalmente a fecundação *in vitro* e a inseminação artificial.

TEC (Transfert d'Embryon Congelé) – Transferência de Embrião Congelado: transferência de embrião (ver embrião) no caso particular em que o/s embrião/ões provém/ém de um congelamento consecutivo a uma punção na qual alguns, ditos supranumerários, não puderam ser imediatamente transferidos.

Transferência de embriões: última fase do procedimento de FIVETE, que consiste em depositar o/s embrião/ões colhido/s na vias genitais femininas (útero ou trompa). Geralmente, a transferência efetua-se simplesmente pela aspiração dos embriões por um cateter e em seguida pela introdução por via vaginal através do colo até a cavidade uterina, onde os embriões são, então, depositados.

Referências bibliográficas

- ARNAL, F.; HUMEAU C. *Les médecines de procréation, comptes et mécomptes de la FIV*. Paris: Odile Jacob, 1994.
- AUROUX, "Traitement de la stérilité du couple: Y a-t-il un âge limite chez l'homme?". *Contraception, Fertilité et Sexualité*, v. 24, n. 1, p. 9-10, 1996.
- BATAILLE, Philippe. "La dimension éthique des mouvements d'action culturelle: réactions de femmes féministes au thème de la fécondation assistée". *Informations sur les Sciences Sociales*, v. 29, n. 3, p. 583-617, 1990.
- BELAÏSCH-ALLART, Joëlle. "Traitement de la stérilité du couple: Ya-t-il un âge limite chez la femme?". *Contraception, Fertilité et Sexualité*, v. 24, n. 1, p. 7-8, 1996.
- BELAÏSCH-ALLART, Joëlle; DE MOUZON, Jacques; BACHELOT, Annie; DE VECCHI, A.; RENON, C. "Âge et PMA". *Contraception, Fertilité et Sexualité*, v. 25, n. 7-8, p. 503-506, 1997.
- COHEN, Jean. "En AMP, pas de limite d'âge systématique". *Contraception, Fertilité et Sexualité*, v. 26, n. 7-8, p. 506-508, 1998.

- COLLIN, Françoise. "Les maternités et leurs interprétations". In: L'ovaire-dose, actes du colloque des 3-4 déc. 1988, organisé par le Mouvement Français pour le Planning Familial. Paris: Syros, 1989. p. 41-49.
- DE CONNINCK, Frédéric; GODARD, Francis. "Itinéraires familiaux, itinéraires professionnels: vers de nouvelles biographies féminines". *Sociologie du Travail*, v. 34, n. 1, p. 65-81, 1992.
- DE LA ROCHEBROCHARD, Élise; THONNEAU, Patrick. "Paternal Age and Maternal Age are Risk Factors for Miscarriage: Results of a Multicentre European Study." *Human Reproduction*, v. 17, n. 6, 2002. p. 1649-1656
- DE MOUZON, Jacques; BACHELOT, Annie. "Âge des femmes et fécondation in vitro". *Contraception, Fertilité et Sexualité*, v. 19, n. 7-8, p. 567-569, 1991.
- DE VILAINE, Anne-Marie. "Sortir de l'histoire". In: TESTART, Jacques (dir.). *Le magasin des enfants*. Paris: F. Bourin, 1990. p. 140-157.
- DESCARRIES, Francine; CORBEIL, Christine. "Entre discours et pratiques: l'évolution de la pensée féministe sur la maternité depuis 1960". *Nouvelles Questions Féministes*, v. 15, n. 1, p. 69-94, 1994.
- DESPLANQUES, Guy. "La venue du premier enfant en France de 1969 à 1989". In: *Les modes de régulation de la reproduction humaine*. Colloque International de Delphes, 6-10 oct. 1992. Paris: AIDELF, Presses Universitaires de France, 1994, p. 97-111.
- DHAVERNAS, Marie-Josèphe. "Essentialisme et biologisme dans les discours sur les nouveaux modes de procréation". In: HURTING, Marie-Claude; KAIL, Michele; ROUCH, Hélène (dir.). *Sexe et genre*. Paris: CNRS, 1991. p. 271-281.
- DUFOUR, P.; HAENTJENS, K.; VINATIER, D. "La grossesse chez la femme de plus de 40 ans". *Contraception, Fertilité et Sexualité*, v. 25, n. 6, p. 415-422, 1997.
- EDITORIAL. "Declining Fertility: Egg or Uterus?". *The Lancet*, v. 338, n. 8762, 1991. p. 285-286.
- EDWARDS, Robert. "Pregnancies are Acceptable in Post-Menopausal Woman." *Human Reproduction*, v. 8, n. 10, 1993, p. 1542-1544.
- EDWARDS, Robert; MORCOS, S.; MAC NAMEE, M.; BALMACEDA, J.-P.; WALTERS, D. E.; ASCH, R. "High Fecundity of Amenorrhoeic Women in Embryo-Transfer Programmes". *The Lancet*, v. 338, n. 8762, 1991. p. 292-294.
- FINKELSTEIN, Joanne; CLOUGH, Patrícia. "Foetal Politics and the Birth of an Industry". *Women's Studies International Forum*, v. 6, n. 4, 1983. p. 395-400.
- FRANK, Odile; BIANCHI, Grace; CAMPANA, Aldo. "The End of Fertility: Age, Fecundity and Fecundability in Women". *Journal of Biosocial Science*, v. 26, n. 3, 1994. p. 349-368.
- FRYDMAN, René; RIGHINI, C. "Doit-on prendre en charge en AMP les femmes sans limite d'âge?". *Contraception, Fertilité et Sexualité*, v. 26, n. 7-8, p. 509-511, 1998.
- GUICHARD, A.; BRAMI, C.; BOYER, P.; EPELBOIN, S.; JANSSENS, Y.; JOSSERAND, S.; NATHAN, C.; PEREZ, J.; SAVALE, M.; ZORN, J.-R. "FIVETE et GIFT chez la femme de plus de 39 ans". *Contraception, Fertilité et Sexualité*, v. 19, n. 7-8, p. 570-571, 1991.
- GUILMOT, Pierre. "L'âge à la première maternité: un moment clé du cycle de vie féminin méconnu de la recherche européenne". In: INED. *Les âges de la vie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1982. Caderno n. 96. p. 139-148.
- HANTRAIS, Linda. "L'enjeu familial à travers les aménagements temporels et les adaptations culturelles". *Informations sur les Sciences Sociales*, v. 33, n. 4, p. 663-681, 1994.
- LABORIE, Françoise. "D'une banalisation sans évaluation et de ce qui peut s'ensuivre". In: TESTART, Jacques (dir.). *Le magasin des enfants*. Paris: F. Bourin, 1990. p. 83-107.
- _____. "Nouvelles technologies de la reproduction: risques pour la santé des femmes". In: *Les modes de régulation de la reproduction humaine*. Colloque International de

- Delphes, 6-10 oct. 1992. Paris: AIDELF, Presses Universitaires de France, n. 6, 1994. p. 757-770.
- LANGEVIN, Annette. "Le calendrier des naissances: quels enjeux? quelles stratégies?". In: DE VILAINE, Anne-Marie; GAVARINI, L.; LE COADIC, M. (orgs.). *Les femmes, la reproduction et les hommes de science*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 1986a. p. 116-119.
- _____. "Rythmes sociaux et réinterprétation individuelle dans le parcours de vie". In: *Histoires de vie, histoires de familles, trajectoires sociales*. Annales de Vaucresson, n. 27, p. 169-177. 1986b.
- _____. (coord.). "Introduction". *Cahiers du Genre*, n. 24 (Temporalité du social et sexualité), p. 7-8, 1999.
- LAPLANTINE, François. "Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie". In: JODELET, Denise (dir.). *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France, 1989. p. 277-298.
- MATHIEU, Nicole-Claude. "Paternité biologique, maternité sociale". In: MICHEL, Andrée (ed.). *Femmes, sexisme et sociétés*. Paris: Presses Universitaires de France, 1977. p. 39-48.
- MIELI, Paola. "Verde: notas sobre as implicações atuais da reprodução assistida". *Revista Estudos Feministas*, v. 6, n. 1, p. 156-169, 1998.
- NAVOT, Daniel; BERGH, Paul; WILLIAMS, Mary Anne; GUZMAN, Ida; SANDLER, Benjamin; GRUNFELD, Lawrence. "Poor Oocyte Quality Rather than Implantation Failure as a Cause of Age-Related Decline in Female Fertility." *The Lancet*, v. 337, n. 8754, 1991. p. 1375-1377.
- PITROU, Agnès. "Pluralité des calendriers, unité du cycle de vie". In: INED. *Les âges de la vie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1982. Caderno n. 96. p. 65-71.
- SAUER, Mark; PAULSON, Richard; ACASO, T. M.; FRANCIS, M. M.; LOBO, Rogério. "Oocyte and Preembryo Donation to Women with Ovarian Failure: an Extended Clinical Trial." *Fertility and Sterility*, v. 55, n. 1, 1991. p. 39-42.
- SAUER, Mark; PAULSON, Richard; LOBO, Rogério. "A Preliminary Report on Oocyte Donation Extending Reproductive Potential to Women over 40." *New England Journal of Medicine*, v. 323, n. 17, 1990. p. 1157-1159.
- TAIN, Laurence. "Genre et calendrier de procréation: l'exemple des limites d'âge en procréation médicalement assistée". In: INED. *Démographie: nouveaux champs, nouvelles recherches*. 2000. Dossiers et recherches de l'INED, n. 89. p. 169-180.
- _____. "L'hôpital, la femme et le médecin: la construction des trajectoires de fécondation *in vitro*". *Population*, v. 56, n. 5, p. 811-844, 2001. (Tradução: "The Hospital, the Woman and the Physician: the Construction of *in Vitro* Fertilization Trajectories". *Population-E*, v. 57, n. 2, 2002. p. 373-404.)
- _____. "Health Inequality and Users' Risk-Taking a Longitudinal Analysis in a French Reproductive Technology Centre." *Social Science & Medicine*, n. 11, 2003a. p. 2115-2125.
- _____. "Le géniteur sans mesure". In: MERCADER, Patrícia; TAIN, Laurence (orgs.). *L'éternel masculin*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon, Cahiers masculin/féminin, 2003b. p. 73-81.
- TESTART, Jacques. *La procréation médicalisée*. Paris: Flammarion, 1993. Coleção Dominos.
- VAN DYCK, José. *Manufacturing Babies and Public Consent*. Londres: Macmillan Press, 1995.
- VANDELAC, Louise. "Technologies de reproduction: techniques de régulation à la hausse ou véritables montagnes russes?". In: *Les modes de régulation de la reproduction humaine*. Colloque International de Delphes, 6-10 oct. 1992. Paris: AIDELF, Presses

UM FILHO QUANDO EU QUISER?: O CASO DA FRANÇA CONTEMPORÂNEA

Universitaires de France, n. 6, 1994 p. 399-416.

VERON, Jacques. "Des indicateurs démographiques du statut des femmes et des relations hommes-femmes". *Dossiers et Recherches*, INED, n. 83, p. 21-40, 2000.

VILELA-CORRÊA, Marilena. "Novas tecnologias reprodutivas: bem-vindas reflexões feministas". *Revista Estudos Feministas*, v. 6, n. 1, p. 126-137, 1998.

[Recebido em setembro de 2003
e aceito para publicação em dezembro de 2004]

A Child if I Want When I Want... Reviewing Women's Aspiration through IVF Uses in a French Hospital

Abstract: *Choosing freely motherhood and its calendar was a central and unanimous claim of the women's lib in the seventies. First, women and professionals belonging to the medical circle fought together to make contraception and abortion available. Nevertheless, feminists have been divided before reproductive technologies that could allow to delay pregnancies: would this medicalization of procreation contribute to emancipate women from time constraints or, on the contrary, contribute to lock them into a maternal destiny? This paper will try to shed light on this problem by discussing IVF social experience in France during the last two decades.*

Key words: *motherhood, procreation, reproductive technologies, IVF.*

Tradução de Mariana Joffily