

DO “DESEJO À CRIANÇA” À “CRIANÇA-PRODUZIDA”

Martine Spiess

Université Louis Pasteur – Strasbourg1– France

Resumo: Há várias décadas, a medicina obstétrica desenvolveu e reforçou seu dispositivo diagnóstico, preventivo e terapêutico para enquadrar a procriação: ela controla as etapas do processo gestacional e assegura uma responsabilização tecnicizada¹ do parto; por outro lado, ela responde aos problemas da infertilidade mediante a implantação das técnicas de assistência médica para a procriação. Dispõe, hoje, de uma gama de conhecimentos e de meios que demonstram sua eficácia e domínio no campo da transmissão da vida. É em nome desse saber que ela impõe suas normas, suas prescrições, seu discurso. Apostando menos na dimensão do humano do que no domínio racional das coordenadas biológicas do corpo, a medicina do parto teria engajado a procriação na via da “fabricação” do vivo? Essa evolução suscita interrogações complexas que dizem respeito, notadamente: ao impacto de uma visão “mecanicista” do parto; à relação com a criança enquanto ideal de dominação que vem romper com o acolhimento da alteridade; aos riscos psíquicos da maternidade e da paternidade, que parecem ficar desconhecidos apesar das preocupações atuais com o período perinatal.

Palavras-chave: Procriação, Medicalização, Domínio, Subjetividade.

O nascimento de uma criança se inscreve hoje em um meio ambiente totalmente remodelado pelos métodos de controle da fertilidade e pelo enquadramento médico da procriação. O acesso à contracepção e ao aborto legal trouxe no mundo ocidental uma transformação considerável da relação dos homens e das mulheres com a procriação, liberando o exercício da sexualidade. Essas aquisições fazem parte da história recente; elas são emblemáticas do processo de emancipação das mulheres e ganharam espaço nas mutações coletivas, orientadas por uma exigência de liberdade individual e por um princípio de igualdade entre os sexos.

A liberação social permitiu às mulheres ter acesso aos estudos, empreender e ter sucesso em carreiras profissionais até então reservadas aos homens. Os valores contemporâneos abriram para elas, fora da função materna e da esfera familiar, outras vias de desabrochamento, novas formas de realização própria, socialmente reconhecida, que são difundidas por todo lado hoje em dia. Ao mesmo tempo, e talvez de modo paradoxal, a experiência materna é hoje amplamente revalorizada e ocupa, na existência feminina, um lugar privilegiado. Seja julgada indispensável para a plena realização pessoal – esse imperativo de nossa sociedade contemporânea –, seja exaltada à vertente de potência criadora do prazer que uma gravidez acarreta, ela dá a garantia de sucesso e felicidade. A representação de uma maternidade feliz, plena, associa-se ao interesse social e médico, cada vez mais dirigido à criança e à procriação

em si. Criança desejada, criança preciosa, criança exigente, ela é promovida no domínio e na clareza das possibilidades da medicina, investida de um *status* de criança perfeita, podendo satisfazer as expectativas dos pais. A significação que lhe é dada mudou: ela está ligada menos a uma projeção no futuro do que a novas seguranças e a gratificações narcísicas imediatas que ela traz aos seus pais. Se o amor pela criança bebê nas fontes inconscientes do narcisismo parental (Freud, 1914/1969), ainda é preciso poder acolhê-lo em sua alteridade radical. Acontece que, idealizada ao extremo, torna-se criança promessa de gozo, lugar ilusório de uma satisfação total dos pais. Passa-se de um narcisismo que permite investir na criança a “um narcisismo que a transforma na qualidade de fazer-valer, em troféu de um sucesso pessoal” (Thompson, 2003, p. 143).

Em nome da criança supostamente “desejada” e sob o efeito de uma obrigação ética e de um cuidado de prevenção dos riscos da gravidez e perinatais, a medicina obstétrica toma para si uma responsabilização rigorosa das mulheres grávidas e das parturientes com eficácia técnica e diagnóstica cada vez mais arrojada. As técnicas de assistência médica à procriação constituem a resposta moderna da ciência, em face da prova da infertilidade masculina, feminina ou do casal, e se oferecem a satisfazer uma demanda de criança que evoluiu. Mas o ideal de domínio contido na obstetrícia contemporânea opera em detrimento da dimensão subjetiva e negligência o processo psíquico complexo que permite ao homem e à mulher se constituírem como pais.

Os componentes da transmissão da vida

No campo do humano, a transmissão da vida é definida por três componentes fundamentais que convêm brevemente lembrar:

- O componente biológico diz respeito aos processos fisiológicos e biológicos do parto; é sobre eles que incidem a objetivação científica e a ação médica.
- O componente antropológico inscreve o indivíduo na estrutura da filiação e da aliança e impõe o interdito do incesto como organizador simbólico, que regula e codifica as trocas entre humanos, impedindo a confusão de gerações e situando cada um em lugar simbólico em relação a duas linhagens de filiação. Esse componente encontra-se concretamente nas regras jurídicas e sociais que representam a existência da lei.
- O componente psíquico comporta um conjunto de problemáticas intrincadas: a do desejo, como desejo sexual não reduzido ao projeto consciente de ter ou não uma criança; a da identidade, interrogada em termos de posições nas gerações e na relação amorosa, onde se experimentam a diferença e a incompletude; a também relação com a morte, incontornavelmente ligada ao ato de dar a vida; e enfim a da representação do corpo feminino na procriação, como corpo humanizado, lugar de sofrimento, de prazer e de gozo.

Desejo da criança e discurso médico

Um dos elementos novos induzidos pelo controle biomédico da fertilidade é que a procriação se sustenta de agora em diante em um discurso apoiado sobre o “desejo à criança” condicionando a relação com o parto. O que se anuncia comumente aí merece algumas observações.

Por um lado, essa expressão “desejo à criança” é com muita frequência reconduzida ao voto consciente, ao projeto racional de ter uma criança; o desejo que se tem dela tende a ser assimilado à vontade, e sua concepção é tida como resultante de decisão deliberada. A eficácia contraceptiva teve por consequência instalar a ilusão de um controle sem falha da procriação e introduzir a idéia de programação no tornar realidade o desejo à criança. A questão do desejo à criança não está reduzida aos termos de um procedimento voluntário, mas remete a riscos ignorados, múltiplos e singulares. Há, no que causa a vinda de uma criança, um não-domínio radical, uma ordem do aleatório, aos quais se impõem as determinações inconscientes do desejo sexual. Toda gravidez – e Chatel (1993) insiste nisso – é por assim dizer acidental. Quaisquer que sejam as circunstâncias da gravidez, ela conserva um caráter fortuito, uma dimensão de imprevisto, escapando, assim, à razão e ao saber.

Por outro lado, o “desejo à criança” está posto como incontestável e até mesmo irresistível, embora a escolha de não procriar pareça estranha, fora da norma, e que a esterilidade seja cada vez menos aceita ou tolerada. As mulheres devem aceitar sua vocação para serem mães tanto quanto a medicina está aí para aliviar os problemas da infertilidade. Entretanto, uma constatação impõe-se: o agir médico, mediante, particularmente, o desenvolvimento das novas técnicas de procriação assistida, criou demandas ligadas a seu projeto de controle e atinge a própria natureza do parentesco. A criança é reclamada qualquer que seja o preço (sendo este freqüentemente considerável do ponto de vista da angústia e do sofrimento que as mulheres experimentam no decorrer do tratamento), reivindicada até nas situações extremas, nos limites do fantasma. A idéia de um “direito à criança” infiltra o discurso ambiente e vem fundar tão bem a oferta quanto a demanda de fecundação artificial. Passou-se, assim, da possibilidade de evitar um nascimento à de colocar uma criança no mundo apesar de tudo, e se essa evolução testemunha desenvolvimentos científicos positivos, portadores de uma esperança para os casais estéreis, ela levanta, por outro lado, interrogações complexas: quanto ao *status* do corpo humano e aos efeitos de sua submissão a normas, dependentes cada vez mais exclusivamente do biológico; quanto ao impacto de uma visão “mecanicista” do parto, não mais referido aos seus componentes humanos, mas colocado sob o signo da racionalidade e da tecnicidade; ou quanto ao lugar ocupado pela medicina da procriação tornada *expert*, performática e de presumida onipotência.

Aviltado, empregado de maneira ambígua, a expressão “desejo à criança” serve para legitimar a pesquisa e a ação biomédica, para manter a pressão de

conformidade social, para autorizar a idéia de uma manifestação clara, conscientemente consolidada, o que motiva o fato de querer uma criança ou, ao contrário, de não vislumbrá-la. A contracepção generalizada foi, no início, renovada pelas noções de desejo à criança ou de criança desejada, antes que as práticas de assistência médica à procriação não a ampliassem mais ainda e as representações sociais atuais atualizassem singularmente as confusões que se instalaram, os deslizamentos que se operaram sob o efeito de uma concepção sempre mais objetivante do parto. O ideal de domínio, com base no qual se concebe o encadeamento das medidas de controle sobre os processos biológicos e psicológicos da reprodução humana, difundiu coletivo novos modos de fazer uma criança no imaginário: agora, programa-se um nascimento, fabrica-se um bebê na maior visibilidade sob os olhos das máquinas e o olhar experiente do ginecologista, reivindica-se a criança, que não se decide a vir no terreno do direito à vista dos sucessos da medicina científica.

As mulheres estão implicadas nessas evoluções: elas têm, as primeiras, requisitado o controle de sua fertilidade e, ao final de seu combate de emancipação, obtido um ganho de poder sobre a maternidade. Mas o projeto de domínio se anuncia, daqui para frente, de modo sensivelmente diferente. No contexto das lutas feministas, “o domínio da reprodução que as mulheres reivindicavam e reivindicam era o domínio de uma pessoa sobre seu próprio destino e não o domínio, de algum modo, extrapessoal de um saber e de um poder” (Collin, 1987, p. 129). Dito de outro modo, o risco estava então ligado a um questionamento das relações sociais entre os sexos, passando pela recusa da maternidade forçada como forma ancestral de colocação sob tutela das mulheres pelos homens e pela aquisição dos direitos fundamentais por elas, garantindo-lhes o controle de seu corpo, a livre manifestação de suas condutas e de seus investimentos. Ora, aumentando os procedimentos de vigilância sobre a gravidez, desenvolvendo suas tecnologias, conduzindo-as a um alto nível de sofisticação, a medicina faz valer o cuidado de outro domínio exercendo-se precisamente sobre o corpo maternal reprodutivo. Produz-se, assim, um deslocamento do domínio como conquista pelas mulheres de uma autonomia legítima ao domínio como objetivação e racionalização do corpo feminino, da sexualidade e da procriação. Tem-se, de fato,

deslizado progressivamente da contestação dos modelos sociais coercitivos para as mulheres e denunciados por elas [...] à crença na capacidade todo poderosa da ciência e das técnicas biomédicas para solucionar magicamente, não mais tanto as relações sociais dos sexos, incriminadas opressivas para as mulheres, mas a biologia das mulheres (Gavarini, 1986, p. 199).

Não teria havido correlativamente, sempre segundo esse autor, anulação do movimento social sobre o progresso científico e técnico do qual se ressalta o poder liberador.

A obstetrícia moderna: entre assistência e influência

Pode-se apenas reconhecer a importância que a intervenção médica adquiriu na esfera sexual e da procriação, mas talvez seja preciso, ao mesmo tempo, lembrar os limites dela. A medicina encarrega-se do real do corpo e da reprodução humana, enquadra a fisiologia das mulheres, vigia, com a ajuda de critérios precisos, o crescimento do feto, sabe aliviar certas deficiências somáticas. Esse é seu campo de competência que não é absoluto em relação aos componentes da transmissão da vida no humano. O que resta é que, a título desse saber assegurado sobre o corpo-organismo e suas leis de funcionamento, a autoridade médica impõe suas normas, suas técnicas, seu discurso. Nesse sentido, o problema reside no exercício de um poder que submete os indivíduos aos seus próprios desígnios, apoiando-se sobre a detenção de um saber apresentado como única referência válida. Entretanto, se a trajetória que vai da contracepção medicalizada às novas técnicas de reprodução, passando pela gestão calculada dos riscos gravídicos ou perinatais, marca bem a progressão de um domínio de algum modo previsível e esperado no curso das evoluções científicas e de suas aplicações médicas, existe entre essas diversas práticas de controle diferenças notáveis no que diz respeito às suas conseqüências e finalidades.

A fecundação dominada

Nas décadas de 1960-1970, a medicina alinhou-se com a vontade de mudança expressa pelas mulheres e trouxe respostas técnicas seguras e salvadoras: as técnicas modernas de contracepção e de interrupção voluntária da gravidez colocaram fim à angústia perpétua da gravidez não desejada, assim como aos danos de abortos clandestinos; elas se desenvolveram junto com a demanda das pessoas e em vista de um ganho sanitário, da melhora das condições de nascimento. A segurança da contracepção não tem, por enquanto, resolvido os problemas existenciais do parto: os homens e as mulheres têm de se virar hoje com uma "livre-escolha" que vai além de sua responsabilidade e de seu próprio julgamento. Isso os conduz a uma confrontação bem mais direta com a questão de seus desejos e com as interrogações, as hesitações, as inquietudes que acompanham seu projeto de vida e suas relações afetivas. Mas o advento da contracepção médica abriu, de modo incontestável, uma era radicalmente nova; tudo mudou desde que se adquiriu certo domínio da fertilidade feminina, e percebe-se, com o distanciamento, que ao lado dos benefícios obtidos são construídos, em relação à sexualidade e à procriação, esquemas dominados pela objetivação e pela programação, alheios aos imperativos de uma sociedade "liberada" e liberal.

Medicalização da gravidez

No que diz respeito à vigilância médica da gestação, a intervenção dos médicos faz-se mais incisiva graças à multiplicação das técnicas de investigação pré-

natais. Durante a gravidez e no decorrer do parto, o corpo materno está, a partir de então, sob o controle de uma medicina que, mediante aplicação sistemática de seus modos de encarregar-se dela, tornou-se extremamente normalizante para as mulheres. Além disso, orientando seus atos para a melhora constante da gravidez e do nascituro, ela tende a assimilar este último a uma criança produto, fabricada segundo critérios estandardizados, garantida conforme as exigências parentais.

Essa supervisão medicalizada e tecnicizada da gestação e do nascimento permitiu aumentar consideravelmente a segurança de fazer nascer e de parir. Mas ela tem por corolário deixar à margem o que isso significa, para tal mulher e tal homem, no plano subjetivo, de transmitir a vida. A medicina, realmente, vem privilegiar as únicas coordenadas psicológicas e biológicas do processo gestacional. A exclusão da mulher grávida como sujeito traduz uma mudança da competência sob influência do discurso médico – como se ele desse conta do parto sozinho. Em relação a esse movimento de dominação, a mulher torna-se objeto científico, ventre “transparente”, continente; trata-se de sondar, de explorar, de esclarecer o corpo materno. Esse corpo é considerado como uma “tela” (Tort, 1992, p. 109), que é para ser atravessada para acompanhar o desenvolvimento do feto. Isso não sem induzir ou reforçar para a mulher grávida um sentimento de não possuir e de estranhamento em relação à criança que ela carrega, nem sem suscitar a dúvida quanto a suas capacidades de dar vida ou sem desvalorizar suas percepções próprias. O feto, quanto a ele, se oferece como “isolável” da matriz, como acessível durante a gravidez; ele adquire, assim, um *status* de criança “perfeita”, reivindicada e investida como tal, respondendo ao “produto bebê ideal” padronizado pelo propósito médico.

As técnicas da procriação artificial

Num outro nível, o emprego das técnicas de assistência médica à procriação permite tratar os problemas de esterilidade ou de infertilidade. Sua particularidade liga-se ao fato de que elas realizam um desmembramento do ciclo da reprodução operando sobre órgãos, células e controlando cada seqüência da gestação, mas também que elas “podem isolar, fora de toda pessoa, o momento da fecundação e o dos primeiros estados do embrião, de tal modo que se trata de uma operação técnica de laboratório, tendo por objeto um material vivo dentre outros, suscetível de manipulações e de transformações” (Collin, 1987, p. 123). Esses métodos religam o corpo orgânico enfraquecido; eles colocam a fecundação no único plano do real corporal e, repelindo o que a concepção de uma criança encarna do desejo na relação com o outro, engajam a procriação pela via da fabricação, da produção do humano com tudo o que isso implica de instrumental e experimental.

Primeiramente preocupada com a saúde da mãe e da criança, aliada das mulheres em seu combate pela legalidade, a medicina do parto lançou-se numa

corrida ao progresso apostando menos na dimensão do humano na assistência e no cuidado a outrem do que no domínio racional das coordenadas biológicas e fisiológicas do corpo. Tornada medicina de proeza amplamente dirigida pela mídia, ela está em posição de esclarecer e de controlar a vinda ao mundo de uma criança; as práticas, a partir daí banais, de fecundação *in vitro*, que permitem contornar o obstáculo orgânico, assinalam as transformações maiores: a vida pode começar dissociada da sexualidade e no exterior do corpo materno, no fundo de uma proveta de laboratório. Assiste-se, desde as primeiras vitórias sobre a esterilidade, a uma escalada dos meios em matéria de procriação artificial; campos novos se abrem ao imaginário, mas também ao mal-estar, à inquietude diante de uma poderosa intervenção aparecendo sem limite e tocando as origens da vida humana.

Assim, com o nascimento da ovelha Dolly em 1996, a possibilidade da clonagem humana reprodutiva (fortemente proibida pela lei na França) não existe sem mobilizar fantasmas inquietantes, remetendo ao tema do mesmo e do duplo: realmente se trataria de fabricar o mesmo, quer dizer, de atenuar o que cada criança apresenta de alteridade no nascimento, não somente porque ela estaria à imagem de outra já identificada, mas porque ela seria um produto quase manufaturado de nossa indústria científica (Saurete, 2006, p. 23). A idéia de produção deste pode somente suscitar o pavor pelo apagamento da alteridade que ela indica: seria a ordem de um golpe maior do componente antropológico da transmissão da vida no humano; dito de outro modo, da lei primordial do interdito do incesto, que a função paterna suporta e que permite a socialização do desejo humano em seu enodamento com a lei e a constituição do sujeito inscrito na diferença dos sexos e das gerações.

Recentemente, Henri Atlan, médico e biólogo, anunciou o útero artificial como a próxima etapa após a contracepção médica, a inseminação artificial e a fecundação *in vitro*. Mesmo sua obra começando com uma referência ao romance de ficção científica de Aldous Huxley, *O melhor dos mundos*, no qual a "ectogenèse"² ocupa lugar central, ele revela que esse projeto de "mãe máquina" já está em via de realização mediante a coleta de informações dos trabalhos preliminares de diversos laboratórios de ponta. Henri Atlan avalia a realidade possível do útero artificial em um prazo de apenas um século e situa essa semificção no segmento lógico da contracepção e do aborto, mediante o direito de todas as mulheres de disporem de seus corpos. "O útero artificial finalizará a liberação social das mulheres, tornando-as iguais aos homens diante dos constrangimentos fisiológicos inerentes à procriação" (Atlan, 2005, p. 115). Tem-se dificuldade em pensar numa tal perspectiva, de tanto que ela faz aparecer um universo gelado, mecaniza e organiza o desaparecimento da diferença dos sexos em relação a sua "assimetria imemorial" (Atlan, 2005, p. 126) na função de procriação.

Delírio, pesadelo, monstruosidade? – perguntava Monette Vacquin diante dos projetos de clonagem de "ectogenèse" e outras manipulações com o embrião. Como compreender tal entusiasmo, uma vez que a medicalização excessiva do

desejo à criança não responde a nenhuma urgência humana? E qual é o impacto disso sobre a filiação? (Vacquin, 1999).

Por uma tomada em consideração dos riscos psíquicos do nascimento

O processo fisiobiológico real da reprodução, que a ciência médica controla e domina sempre, não é mais suficiente para definir o fenômeno humano da transmissão da vida. À medida que se aumenta a medicalização e que se aperfeiçoam as técnicas, “a distância se aprofunda entre a tomada de responsabilidade médica, que é de uma grande qualidade, e a não tomada em consideração do estado psíquico dos pacientes” (Marinopoulos, 2005, p. 12). Ao lado da onipotência do saber-fazer da medicina, descobre-se a solidão das mulheres grávidas e paridas assim como um desconhecimento dos riscos psíquicos da gravidez e do nascimento. “A procriação, nos lembra a psicanalista Piera Aulagnier, é antes de tudo procriação segundo o espírito, segundo o desejo; a da carne tem seu lugar apenas por acréscimo” (Aulagnier, 1967, p. 57). Quer dizer que, para o sujeito humano, o ato de transmitir a vida não tem nada de natural nem de racional, mas se ordena com base em elementos simbólicos que questionam cada um, homem e mulher, em seu ser, sua identidade sexual, sua filiação, seu desejo.

A teoria psicanalítica atualizou a complexidade do desejo à criança, sua dimensão de inconsciente e situou sua origem no infantil. Para uma mulher, esse desejo se elabora no seu destino sexuado. Estabelecendo que a diferença sexual se ordena, no plano subjetivo, segundo um único símbolo, o falo, Freud sublinhou a dessimetria dos sexos no que diz respeito à questão da castração. As conseqüências psíquicas da diferença anatômica se apresentam para o menino como ameaça de castração e para a menina como falta de pênis. E nos textos tardios, onde reúne sua reflexão sobre a feminilidade, Freud reconhece que é uma via muito sinuosa que conduz a criança-filha na relação edipiana e que a leva a se desembaraçar da mãe para investir o pai como novo objeto de amor. A descoberta da castração, o ressentimento e o despeito que decorrem daí constituem os motivos. No âmago dessas mudanças e transformações, Freud inscreveu o papel estrutural do “Penisneid”, termo irredutível, segundo ele, da sexualidade feminina. A inveja do pênis traça o caminho em direção à feminilidade, e a posição feminina será realizada quando se substituir o desejo à criança em função do equivalente simbólico pênis=criança. Lacan elaborará a função da criança como objeto fálico para a mãe, dando ao falo seu pleno valor de significante. Se a experiência maternal reatualiza a problemática edipiana da castração, ela desperta também a primeira ligação –, esse elo primeiro de uma filha com sua mãe de onde Freud sublinha mais no final de sua obra toda a potência e inalterabilidade.

A escuta das mulheres grávidas e das jovens mães e uma prática clínica de vários anos no serviço hospitalar de obstetrícia ensinaram-me quão

fragilizante e sofrida é a experiência da maternidade, uma vez que exige, durante a gravidez e o *pós-parto*, um processo de elaboração simbólica com base no real do corpo. Trata-se para a mulher de um trabalho psíquico complexo, difícil, que pode não ser evidente, mesmo quando a criança é desejada, “querida”, “programada”. Mesmo muito esperada, a gravidez, uma vez atestada, se revela fonte de perturbação e de ambivalência, bem como provoca em cada mulher um questionamento de seu desejo e de sua identidade. Ela a solicita nos termos singulares de sua filiação e de sua história e descobre os riscos de sua relação primordial com a mãe. Ela a confronta com o remanejamento de sua imagem e de seu corpo e favorece os fantasmas da totalidade, sonhos de fusão que é preciso abandonar para dar lugar à alteridade da criança, para deixá-la advir como outro além de si, referindo-a, assim, ao desejo do cônjuge. Isso implica para ela poder renunciar à completude imaginária que a gravidez pode lhe trazer e poder fazer o luto dessa criança-falo. Isso a libera de uma provação de perda e de incompletude, remetendo a mulher à sua falta essencial.

A palavra das mulheres ensina que a maternidade não acontece por si só, que ela não é jamais estabelecida, mas se elabora, ao contrário, diferentemente para cada criança a nascer. No que diz respeito ao caráter particularmente mobilizador e, em suma, perigoso do parto no plano psíquico, há lugar para se levar em conta essa dimensão e de prestar atenção nas manifestações de sofrimento que podem surgir durante a gravidez. As preocupações atuais no campo da perinatalidade, em matéria de prevenção precoce das perturbações da relação pais-criança, chegaram a “recomendações profissionais para a preparação ao nascimento e à parentalidade” que culminam, pela gravidez e o nascimento, numa vertente médica e, para a mulher ou o casal, num programa de educação à função parental. A objetivação e a razão são, assim, privilegiadas e o impasse tem lugar nas problemáticas psíquicas singulares desta e daqueles que se apressam em se tornarem pais. Desde então, questões, cuja simplicidade é apenas aparente, se impõem: O que é um pai? O que é uma mãe? Como ser pai/mãe? O que é o desejo da criança?

Notas

1. N.T. “Techniciséé” Termo não dicionarizado em francês, porém já dicionarizado pelo dicionário Houaiss (p. 2.683).
2. N.T. O dicionário Michaelis traz os termos “ectogênese” e “ectogênico”. “Ectogênese= desenvolvimento fora do corpo, especialmente desenvolvimento de um embrião de mamífero em ambiente artificial” (p. 762).

Referências

Atlan, H. (2005). *L'utérus artificiel*. Paris: Seuil.

- Aulagnier, P. (1967). Remarques sur la féminité et ses avatars. In *Le désir et la perversion*. Paris: Seuil.
- Chatel, M. M. (1993). Malaise dans la procréation, les femmes et la médecine de l'enfantement, Paris: Albin Michel.
- Collin, F. (1987). La fabrication des humains. *Cahiers du Grif*, Paris, 36.
- Freud, S. (1914/1969). Pour introduire le narcissisme. In *La vie sexuelle*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1923/1969). L'organisation génitale infantile. In *La vie sexuelle*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1932/1981). La féminité. In *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Paris: Gallimard.
- Gavarini, L. (1986). De l'utérus sous influence à la mère-machine... Le pas de côté des nouveaux maîtres de la fécondité. In *Maternité en mouvement*. Paris: St Martin.
- Lacan, J. (1994). *Le séminaire. Livre IV: La relation d'objet*. (1956-1957). Paris: Le Seuil.
- Marinopoulos, S. (2005). *Dans l'intime des mères*. Paris: Fayard.
- Sauret, M.J. (2006). L'enfant branché. *La Clinique Lacanienne*. Ramonville Saint-Agne, 10.
- Thompson, C. (2003). Tout pour mon enfant. *Psychiatrie Française*, Paris, 23, 2-3, 2003.
- Tort, M. (1992), *Le désir froid, procréation artificielle et crise des repères symboliques*. Paris: La Découverte.
- Vacquin, M. (1999). *Main basse sur les vivants*. Paris: Fayard.

FROM THE “DESIRE OF A CHILD” TO A “PRODUCT-CHILD”

Abstract: In the last decades, the obstetrics medicine developed and reinforced its diagnosis, preventive and therapeutic dispositive to fit the procreation: they control the steps of the gestation process and assurance a responsibility “technicisée” of the birth; otherwise, they respond to the infertility problems through the implantation of medical assistance technique for procreation. They dispose today of several knowledges and means that demonstrate their efficiency and domination in the fields of life transmission. In the name of this knowledge, they impose their rules, prescriptions and discourse. Believing less in the human dimension and more in the rational domination of the biological coordination of the body, the birth medicine would be committed with the procreation as a “fabrication” of the life? This evolution generates complex questions that notably refers to: the impact of a “mechanicist” view of the birth; the relation with the child as an ideal of domination that breaks with the acceptation of the otherness; the psychic risks of maternity and paternity seems to be unknown, although the actual concerns with the perinatal period.

Keywords: Procreation, Medicalization, Domination, Subjective.

DEL "DESEO AL NIÑO" AL "NIÑO PRODUCTO"

Resumen: hace varias décadas, la medicina obstétrica desarrolló y reforzó su dispositivo diagnóstico, preventivo y terapéutico para encuadrar la procreación: ella controla las etapas del proceso de gestación y asegura una responsabilidad tecnicisée del parto; por otro lado, ella responde a los problemas de la infertilidad a través de la implantación de las técnicas de asistencia médica para la procreación. Hoy en día disponemos de una gama de conocimientos y de medios que demuestran su eficacia y dominio en el campo de la transmisión de la vida. Es en nombre de ese saber que ella impone sus normas, sus prescripciones, su discurso. Apostando menos en la dimensión de las coordenadas biológicas del cuerpo, la medicina del parto ¿habría comprometido la procreación en la vía de la "fabricación" "del vivo"? Esa evolución suscita interrogaciones complejas que dicen al respecto notablemente: al impacto de una visión "mecánica" "del parto"; a la relación con el niño mientras el ideal de dominación viene a romper con la inclusión de la alteridad; a los riesgos psíquicos de la maternidad y de la paternidad que parecen ser desconocidos, a pesar de las preocupaciones actuales con el periodo peri natal.

Palabras llave: Procreación, Medicalización, Dominio, Subjetividad.

DU "DÉSIR D'ENFANT" À "L'ENFANT-PRODUIT"

Résumé: Depuis plusieurs décennies, la médecine obstétricale a développé et renforcé son dispositif diagnostique, préventif et thérapeutique pour encadrer la procréation: elle contrôle les étapes du processus gestationnel et assure une prise en charge technicisée de l'accouchement; par ailleurs, elle répond aux problèmes d'infécondité à travers la mise en œuvre des techniques d'assistance médicale à la procréation. Elle dispose aujourd'hui d'une somme de connaissances et de moyens qui représente son état d'efficacité et de maîtrise dans le champ de la transmission de la vie. C'est au titre de ce savoir qu'elle impose ses normes, ses prescriptions, son discours. En pariant moins sur la dimension de l'humain que sur la maîtrise rationnelle des coordonnées biologiques du corps, la médecine de l'enfantement aurait-elle engagé la procréation dans la voie de la "fabrication" du vivant ? Cette évolution soulève des interrogations complexes concernant notamment: l'impact d'une vision "mécaniste" de l'enfantement; le rapport à l'enfant en tant que l'idéal de maîtrise vient entamer l'accueil de l'altérité; les enjeux psychiques de la maternité et de la paternité qui semblent rester méconnus malgré les préoccupations actuelles en périnatalité.

Mots-clés: Procréation, Médicalisation, Maîtrise, Subjectivité.

Recebido em: 4/7/2007 - Aprovado em: 14/7/2007

Sobre a autora

Professor Adjunto em Psicologia e Psicopatologia Clínica Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade Louis Pasteur, Strasbourg 1, France. Endereço para correspondência: 7, rue de la Poutrelle 67100, Strasbourg, France. Endereço eletrônico: m.spiess@wanadoo.fr.

