

A Infertilidade no Feminino

Susana Cristina Conceição

Introdução

Assistiu-se, nos últimos anos, a um aumento significativo na procura de serviços de tratamento de infertilidade. Em Portugal, o nascimento de Carlos Miguel (1985) - o primeiro bebé a nascer neste país com a ajuda da ciência -, impulsionou os mais cépticos, conduzindo inúmeros casais a recorrerem às novas tecnologias reprodutivas. Mas quais as razões que conduzem os casais inférteis a frequentarem os serviços médicos de tratamento de infertilidade? Que motivações os levam a submeterem-se à técnica em vez de recorrerem à adopção? Afinal, esta parece apresentar-se como uma alternativa a quem, sendo estéril, deseja ter um filho sem ter de recorrer a técnicas científicas. Será a possibilidade, que confere aos casais, de ocultar a incapacidade reprodutiva? Ou será por lhes permitir ter o seu 'próprio' filho? Que papel assume, actualmente, a filiação por laços sanguíneos? O facto de ser um processo complexo, para além de moroso, é muitas vezes apontado como o principal motivo para a adopção ser preterida, mas não serão os tratamentos de combate à infertilidade igualmente morosos e difíceis, para além dos problemas físicos e psicológicos adjacentes? Será que beneficiam verdadeiramente os casais inférteis? O que acontece quando os tratamentos não sucedem? Qual é o sofrimento de ser infértil?

Foram estas, entre outras, algumas das questões que estiveram na base deste artigo, que sempre se assumiu como uma abordagem introdutória à questão da infertilidade. Ancorado em dois campos teóricos da reflexão sociológica, este tema nasce da confluência entre a sociologia da medicina e a sociologia da família. Isto porque, compreender um fenómeno complexo como a infertilidade e o recurso às técnicas reprodutivas como forma de a superar, passa necessariamente pela sua contextualização na área da medicina embora não deva ser dissociado das alterações ocorridas na família, sem as quais a sua implantação não teria sido possível.

Parece, então, ganhar importância uma análise mais detalhada das alterações dos padrões familiares que é, exactamente, do que trata a primeira parte deste trabalho. Analisam-se as transformações no papel social da criança que é agora tida como um ser a valorizar; no papel social da mulher que conquistou os seus direitos de igualdade, embora, exista ainda um longo caminho a percorrer, principalmente, nos países não Ocidentais; e, na relação conjugal que se baseia, já, na igualdade entre os sexos, quebrando os tradicionais laços de superioridade masculina. Destaca-se, ainda, a entrada em cena da medicalização da procriação que, para chegar à reprodução medicamente assistida, atravessou um longo percurso de desenvolvimento relacionado com os progressos da medicina e da tecnologia.

Na segunda parte deste artigo enunciam-se os métodos e as técnicas utilizadas, quer para a recolha e tratamento dos dados, quer para a selecção e recolha da amostra, pois se, por um lado, este trabalho não tem pretensões em extrapolar as conclusões obtidas devido ao reduzido número da amostra, por outro lado, ele assenta em pilares minimamente científicos que poderão servir de base para futuros trabalhos nesta área.

A terceira e última parte deste trabalho é inteiramente dedicada à apresentação dos resultados obtidos: para testar as hipóteses enunciadas, faz-se uma análise comparativa destes discursos de onde resultam algumas considerações acerca da importância do vínculo biológico, do estigma que aparece, quase sempre, associado à incapacidade reprodutiva e da vivência da técnica.

I - A criança, a mulher, a conjugalidade e a RMA Do novo estatuto social da criança

Falar de infertilidade¹ e das técnicas de combate a esta implica, necessariamente, falar do valor social da criança. De facto, se não fossem as profundas transformações ocorridas no estatuto social da criança, as técnicas de combate à infertilidade não teriam sequer razão para existir. Isto porque, tendo como objectivo a superação das anomalias existentes no aparelho reprodutor de forma a possibilitar a procriação, estas técnicas só ganharam sentido quando, da ideia de criança como um instrumento de produção da riqueza que não exigia qualquer tipo de investimento, emerge a noção de criança como um ser insubstituível que é preciso valorizar. Ou seja, o desenvolvimento destas técnicas só se justificou quando, por ser tão desejado, os casais se dispuseram a tudo para ter um filho.

Na verdade, nunca como agora se valorizou tanto o papel social da criança. Fazendo um breve enquadramento histórico pode dizer-se que na família medieval, por exemplo, parecia ser prática corrente entregar as crianças a uma ama até perfazerem os 4 anos, altura em que regressavam a casa para serem enviadas para casas alheias onde desempenhariam as tarefas domésticas durante um período de cerca de sete a nove anos. Acreditava-se que, testemunhando o comportamento dos adultos, as crianças apreenderiam todos os conhecimentos necessários para a sua vida futura. Não havia lugar para a escola e a aprendizagem fazia-se de geração em geração, embora com uma família estranha, o que impedia a emergência de um sentimento de paternalidade. Por outro lado, isto permitia, também, aos pais, não terem qualquer encargo com os seus filhos que nos primeiros anos de vida eram vistos, sobretudo, como um estorvo. As crianças serviam, apenas, para perpetuar a linhagem, o nome e o património.

A partir do século XV a passagem à condição de adulto passou a fazer-se através da escola de forma a impedir que as crianças convivessem com a corrupção do mundo dos adultos. Pela primeira vez em séculos, os pais empenhavam-se, não só em permanecer perto dos filhos, o que denotava a emergência de laços afectivos entre os membros da família, mas também em tratar todos de igual forma, o que acabava com os privilégios tradicionalmente concedidos ao filho varão.

Foi a partir do século XVIII que a família se começou a distanciar da sociedade, desenvolvendo laços de afectividade, fechados no seu interior, que vinham já a denotar-se. Ao alargar a sua zona de vida privada a família fecha-se ao exterior, o que permite uma maior intimidade entre os membros da família e, como consequência, o desenvolvimento do sentimento de família. Todavia, tal não teria sido possível sem alterações na disposição das casas, que deixaram de ter apenas uma divisão, para passarem a ter várias divisões.

Esta privatização familiar conduziu, mesmo, ao controlo dos nascimentos pois, ao reorganizar-se em torno da criança, que considerava como um ser insubstituível, a família sentia-se no direito de controlar a procriação, como forma de proteger os seus filhos. Isto é, o surgimento da noção de infância só foi possível porque a família se autonomizou, consequência da privatização, e porque se descobriram métodos contraceptivos que permitiram gerir a procriação.

A partir desta altura a família não mais será a mesma. Segundo Luísa Ferreira da Silva, “a família manteve-se como grupo de pessoas ligadas entre si, já não pelo trabalho, produção e sustento colectivos, mas pelo sentimento - uma subjectividade que se centrou na nova sensibilidade ao desenvolvimento das

¹ A definição de infertilidade não é consensual. O Prof. Pereira Coelho, por exemplo, defende que o tempo de relações sexuais regulares, sem recurso a métodos contraceptivos e sem procriação, a partir do qual se pode falar em infertilidade deriva, principalmente da idade da mulher: dois anos se a sua idade for inferior a 30 anos, um ano se a idade estiver entre 30 e 35 anos e seis meses para as restantes. Neste trabalho, contudo - e com base na definição de Luc Roegiers - define-se infertilidade como ausência de procriação após 12 meses de relações sexuais regulares sem qualquer tipo de contraceção.

crianças e fez a família evoluir para a instituição dedicada às necessidades pessoais”². Não parecem, assim, restar dúvidas acerca da verdadeira importância que o desenvolvimento do sentimento de infância teve para o desenvolvimento do sentimento de família. Pode mesmo afirmar-se que, as profundas transformações ocorridas no seio da vida familiar resultam das alterações em torno do relacionamento entre a família e a criança. Doravante, estas passam a ser consideradas como seres insubstituíveis, sendo a saúde e a educação as principais preocupações de todos os pais.

Ora, o despertar pela criança, ou melhor, a emergência de um desejo da criança está na origem, não só das transformações de que a família foi alvo, mas também do desenvolvimento das técnicas de combate à infertilidade. Quer isto dizer que “ao ser considerada (...) a infertilidade numa doença, o desejo de ter filhos transforma-se numa exigência real, numa reivindicação de um direito à criança que pode até abranger os que, não sendo estéreis, tomaram outras opções pessoais ou conjugais de vida”³. De facto, a criança não é mais fruto biológico mas, antes, o resultado de uma opção que os casais tomam, em conformidade com as suas prioridades, ou seja, fruto de uma *biologia controlada*.

Na verdade, esta dissociação entre sexualidade e procriação é a grande revolução da nossa era. Para Marilyn Strathern, vivemos numa época em “que podemos assumir o controlo da nossa própria biologia e, em particular, o do nosso processo reprodutivo”. E é esta a grande novidade: o facto da procriação se apresentar como uma opção. Ainda segundo a mesma, “a criança é literalmente (...) a encarnação do acto de optar”, sendo que as novas tecnologias reprodutivas se apresentam “como abrindo novas perspectivas ao nível das opções reprodutivas, oferecendo assim uma visão da biologia sob controlo”. Desta forma, “podemos agora *pensar* na procriação como algo que está sujeito a preferências e opções pessoais duma maneira que anteriormente nunca fora possível”⁴. O projecto de paternalidade perdeu, assim, o seu carácter incontrolável e tornou-se, em dada altura da vida dos casais, numa opção. É, aliás, por isto que se pode estabelecer um paralelismo entre as técnicas de combate à infertilidade e os processos de controlo da fecundidade.

Isto porque, ao adiarem a decisão de ter filhos - primeiro pelo facto de casarem mais tarde, consequência de um maior grau de escolarização e das dificuldades em arranjar emprego e habitação própria, e, posteriormente, por privilegiarem uma plena realização a todos os níveis - até ao momento que julgam oportuno, os casais acreditam poder decidir o momento exacto da procriação. Todavia, se é possível evitá-la eficazmente, através de uma inibição artificial, não é possível controlar com exactidão a chegada da cegonha. Daí que a impaciência e a ansiedade transforme muitos dos atrasos, na sua maioria de origem psicológica, em infertilidade medicalizada, quando, na realidade, não passam de simples atrasos do sistema biológico que, na era da tecnociência, ainda tem uma palavra a dizer.

Apesar disto, estima-se que, em Portugal, existam cerca de 400 mil casais estéreis (todos os anos surgem, aproximadamente, mais 10 mil casos), sendo que, para muitos, o recurso às técnicas reprodutivas se apresenta como a única solução. Compreende-se, pois, a importância que têm as técnicas de combate à infertilidade para satisfazer o desejo da criança. A sua existência permite, mesmo, reavivar a esperança, a muitos casais, de terem o seu *próprio* filho.

² L.F.Silva, *Entre Marido e Mulher Alguém Meta a Colher*, Col. Dos Homens e das Mulheres, Celorico de Basto, À Bolina, p.44.

³ J.L.Garcia, *As Mulheres Telefonam às Cegonhas. Família, Procriação e Bioética no Espaço Público*, Dissertação de Mestrado em Sociologia da Família, Lisboa, ISCTE, 1995, p.176.

⁴ M.Strathern, “Parentesco por Iniciativa: a Possibilidade de Escolha dos Consumidores e as Novas Tecnologias da Reprodução”, *Análise Social*, vol.XXVI (114), (5^o), 1991, p.1011.

Da conquista dos direitos femininos

O novo papel social da criança evoca alterações no estatuto social da mulher, sem as quais estas transformações não teriam sido possíveis. De facto, desde as civilizações mais antigas até aos dias de hoje, o papel social da mulher tem sofrido diversas transformações que permitem compreender a entrada em cena da reprodução medicamente assistida.

A falta de direitos das mulheres remonta às civilizações mais antigas, como a Grécia e a Roma, onde estas se encontravam sob a autoridade e dependência masculina. É com o começo do século XVI, e até aos dias de hoje, que se iniciam uma série de transformações que modificam profundamente o papel social da mulher. Desenvolve-se o sentimento de infância a par com a sentimentalização da escolha do cônjuge e a ideia de privacidade familiar. Ao mesmo tempo é reconhecida uma apetência natural das mulheres para cuidar das crianças e o papel de mãe como educadora é valorizado, cabendo ao pai um papel secundário.

Contudo, é só no século XX que são dados os passos decisivos para a afirmação das mulheres. A igualdade jurídica deixou de ser, apenas, uma ilusão tendo sido consagrada, em 1948, na Declaração Universal dos Direitos do Homem. No entanto, a emancipação da mulher variou de acordo com os diversos países e se, como afirma Mariette Sineau, no Ocidente, “as reivindicações jurídicas (...) só estão encerradas no que respeita aos direitos civis e políticos”⁵ havendo, ainda, um longo caminho a percorrer relativamente aos direitos sociais, noutros países, não Ocidentais, nem sequer foram alcançados esses direitos.

Desta forma, o enorme movimento feminino que, a partir dos anos 60, procura já emprego fora de casa, como forma de afirmação pessoal, inserção social e garante de independência económica, é, ainda, uma franja da totalidade da população feminina no mundo. E, mesmo para essa minoria, não tem sido fácil triunfar num mundo que até à pouco tempo era tipicamente masculino. A grande maioria das mulheres continua, ainda, a ter empregos precários, mal remunerados e com horas de trabalho a mais, relativamente aos homens. A esta realidade não é, concerteza, alheio o facto das mulheres terem preservado os papéis tradicionais, acumulando-os com os novos. Por outro lado, a maternidade continua a ser um factor impeditivo de progressão na carreira profissional.

Para Luísa Ferreira da Silva, “da mesma forma que ocorrendo massivamente ao mercado de trabalho a parte feminina da humanidade recusou cingir-se ao domínio restrito do lar familiar e aos únicos papéis de esposa e mãe, também as mulheres, pela adesão igualmente massiva a novas normas e representações sociais e pela alteração dos seus comportamentos sexuais, nomeadamente a utilização de práticas contraceptivas e o recurso ao divórcio, impuseram modificações à realidade da instituição familiar, modificações que se repercutem por toda a estrutura social”⁶. Ainda segundo a mesma, aquela que mais se destaca é a diminuição da taxa de fecundidade, embora não seja de omitir a diminuição do número de casamentos, o aumento do número de divórcios ou a nuclearização da família.

Ora, é exactamente a diminuição da taxa de fecundidade que comprova que, pela primeira vez, as mulheres possuem meios eficazes na prevenção da gravidez. Para Anthony Giddens⁷, uma contracepção efectiva significa mais do que apenas um aumento na capacidade de limitar a gravidez; é, sobretudo, uma profunda transição na vida pessoal pois, a sexualidade transforma-se numa *propriedade individual*. Na medida em que a reprodução pode ocorrer sem actividade sexual, tal como a actividade sexual pode ocorrer sem procriação, a sexualidade autonomiza-se. Desta forma, surge o que Giddens denomina de *sexualidade plástica* e que,

⁵ M.Sineau, “A Participação no Poder” in: G.Duby e M.Perrot, *História das Mulheres. O século XX*, Vol.5, Porto, Afrontamento, 1995, p.566.

⁶ L.F.Silva, *op cit*, p.53.

⁷ Cf. A.Giddens, *Transformation of Intimicy*, Cambridge, Polity Press, 1992.

segundo o mesmo, era a condição que faltava para ocorrer a revolução sexual das últimas décadas. Importa, no entanto, salientar que esta contracepção efectiva só foi possível porque as mulheres entraram no mercado de trabalho em busca de realização profissional, o que legitima a programação da procriação.

Mas para as mulheres a grande conquista é, sem dúvida, a possibilidade de disporem do seu corpo da forma que bem entenderem. De facto, e pela primeira vez na história da humanidade, as mulheres têm o direito de decidir acerca do uso que querem dar ao seu corpo, o que, a par com a importância concedida aos sentimentos, resulta em profundas alterações no relacionamento entre os sexos. É ainda este direito que lhes possibilita controlarem a sua procriação, seja através do uso de métodos contraceptivos, seja através do recurso às técnicas de reprodução.

Todavia, o recurso às técnicas reprodutivas coloca inúmeras questões relativamente ao direito das mulheres que parecem tornar-se cada vez mais contestadas. Segundo Luc Roegiers⁸, encontram-se, mesmo, mais mulheres críticas do que entusiastas em relação a este tipo de técnicas pois, embora sejam, aparentemente, as grandes beneficiárias do desenvolvimento da tecnociência, o certo é que são também elas que se submetem às novas tecnologias reprodutivas predispondo-se a passar pelas mais diversas experiências. Dores de cabeça, perda de peso, vertigens, vômitos, risco de gravidezes extra-uterinas⁹ ou múltiplas, são algumas das sequelas físicas que podem afectar as mulheres que resolvem recorrer aos serviços médicos de combate à infertilidade. E isto para não falar das sequelas psicológicas, quase sempre bem mais graves do que as físicas, e que se tornam muitas vezes inultrapassáveis.

É que se todos estes problemas podem ser perfeitamente superados com a chegada de um filho, eles agudizam-se quando a cegonha teima em não aparecer. De facto, quando os diversos tratamentos não sucedem e a esperança começa a escassear, as mulheres vivem a experiência com muito ressentimento e vergonha, ainda que tenham consciência de que fizeram tudo o que era possível para ter o filho desejado. Uma vergonha que, para Louise Vandelac, se relaciona com o facto da “esterilidade ser mais um fenómeno socialmente construído, do que propriamente um factor de nascença ou uma fatalidade individual”¹⁰. E é exactamente aqui que parece residir uma das maiores críticas feministas ao fenómeno da procriação medicamente assistida: a manipulação da mulher no contexto da infertilidade, dentro do qual é difícil conseguir optar de uma forma livre e esclarecida. Ou seja, a mulher submete-se a todo este processo porque deseja um filho mas, sobretudo, porque se sente culpada por ser estéril numa época em que se faz um grande investimento nas crianças.

Da conjugalidade moderna

As profundas transformações no estatuto social da mulher conduziram, inevitavelmente, a alterações na conjugalidade. De facto, de uma conjugalidade marcada por relações de poder, em que a autoridade cabia ao homem, assistimos à emergência de uma conjugalidade onde predomina a igualdade entre os sexos.

Pouco se sabe acerca da vida íntima dos casais nas famílias tradicionais. Acredita-se, no entanto, que a família assentava nas ideias de reprodução da vida e de transmissão do património - fosse ele biológico, material ou simbólico. O casamento - que dependia, não dos noivos, mas de um acordo entre seus pais - tinha, assim, como principal objectivo a procriação o que, aliás, permitia perpetuar os laços sanguíneos e legitimava a exigência do cumprimento do

⁸ Cf. L.Roegiers, *Les Cigognes en Crise, Désir d'Enfant, Éthique Relationnelle et Fécondation in Vitro*, Bruxelles, De Boeck University, 1994.

⁹ Gravidez que, devido a uma obstrução de trompas, se processa numa trompa de Falópio e não no útero. Se não for detectada a tempo conduz ao rompimento da trompa colocando a vida da grávida em risco.

¹⁰ L.Vandelac citada por L.Roegiers, *op cit*, p.47.

debitum conjugale. Isto é, “cada um dos cônjuges devia o seu corpo ao outro com a condição de lhe dar um uso «conjugal» e não «contra a natureza»; e o devedor não podia exprimir-se por motivos tão fúteis como a indisposição psicológica ou física, e não tinha de saber porque o seu cônjuge o exigia”¹¹. De qualquer forma, a intimidade era praticamente inexistente, até porque toda a família dividia uma única divisão, e os laços entre os cônjuges eram, sobretudo, de trabalho. As crianças eram negligenciadas, sendo entregues a uma ama até aos 4 anos, altura em que, no caso de terem sobrevivido, regressavam a casa para serem entregues a outra família, onde iriam trabalhar. Desta forma, e tal como defende Louis Roussel, a sociedade “exclui a paixão do casamento” pois a existência deste tipo de sentimentos poderia comprometer a sua organização ao “levar os casais a se constituir num mundo fechado, onde as solidariedades extensas e necessárias” seriam substituídas por “gratificações internas” dentro de um universo familiar fechado¹².

É a partir do século XVI que a situação conjugal sofre as mais profundas alterações, devido à emergência, por um lado, da ideia de que o casamento deve assentar no amor. A escolha dos cônjuges passou a fazer-se em função de sentimentos e não pela decisão dos pais. No entanto, e ao contrário do que possa parecer, o amor não subverteu os mecanismos sociais pois, tal como demonstrou Alain Girard¹³, na escolha do cônjuge existe um determinado grau de homogamia social e cultural que não é possível esbater. Ou seja, a escolha do cônjuge é socialmente determinada uma vez que, continuam a escolher-se parceiros que se movimentam no mesmo círculo social, o que se deve ao facto dos indivíduos socialmente próximos partilharem dos mesmos interesses. A homogamia permanece, assim, como um fenómeno constante nas sociedades. Afinal, e tal como defende Anália Cardoso Torres, “a inclinação ou os pensamentos geram-se e alimentam-se mais facilmente na partilha dos códigos sociais que contra estes”¹⁴. Acrescenta, ainda, que é o *habitus* (conceito formulado por Pierre Bourdieu que designa um sistema de disposições duradouras) que induz os indivíduos a fazerem as suas escolhas sem se aperceberem de que são socialmente condicionadas. De qualquer forma, a emergência do amor romântico permitiu aos indivíduos optar livremente pelo seu parceiro, mesmo que dentro de um leque socialmente pré-determinado. Assim, a partir da segunda metade do século XIX, o casamento transforma-se e torna-se sinónimo de amor e felicidade. Os casamentos arranjados são definitivamente postos de lado e os indivíduos conquistam o direito à escolha do seu parceiro.

Por outro lado, emerge também a noção de que a infância é uma fase muito importante e de que as crianças são seres insubstituíveis que precisam de carinho e atenção por parte dos pais, o que, tal como foi referido anteriormente, trouxe grandes alterações na vida conjugal. Para Michelle Perrot, “a criança está mais do que nunca no centro da família. É objecto de um investimento a todos os níveis: afectivo, certamente, mas também económico, educativo, existencial. Herdeira, a criança é o futuro da família, a sua imagem projectada e sonhada, o seu modo de luta contra o tempo e a morte”¹⁵.

A par com estas transformações, emerge, ainda, o fenómeno da *home-centredness*, ou seja, a privatização da vida familiar, a que não é alheia a substituição das tradicionais comunidades pelos bairros periféricos e a melhoria dos níveis de vida, traduzida na aquisição de mais e melhores bens e/ou serviços. Com esta emergência autonomiza-se, definitivamente, a vida conjugal. Citando

¹¹ J.L.Flandrin, *Famílias: Parentesco, Casa e Sexualidade na Sociedade Antiga*, col. Nova História, Lisboa, Estampa, 1995, p.171.

¹² L.Roussel, *La Famille Incertaine*, Paris, Odile Jacob, 1989, p.33.

¹³ Cf. A.Girard, *Le Choix du Conjoint- Une Enquête Psycho-Sociologique en France*, Puf-INED, Travaux et Documents Cahier, ISCTE, 1995

¹⁴ A.C.Torres, “Mulheres, Divórcio e Mudança Social”, *Sociologia - Problemas e Práticas*, nº2, 1986, p.136.

¹⁵ G.Duby e M.Perrot, *op cit*, p.148.

Luísa Ferreira da Silva, “a família muda de sentido. Ela já não é, ou já não é apenas, uma unidade económica, a cuja reprodução tudo deve ser sacrificado. (...) Ela tende a tornar-se o que jamais fora: um lugar de refúgio onde se está a salvo dos olhares dos outros, um lugar de afectividade onde se estabelecem relações sentimentais entre o casal e os filhos”¹⁶. Por tudo isto, surge um novo tipo de relação conjugal baseada no amor e na atracção física e reforçada pela privatização da vida familiar onde, finalmente, se dão os primeiros passos no sentido de *democratizar a vida a dois*.

A partir da segunda metade do século XX, verificam-se profundas transformações na relação conjugal, consequência de um maior protagonismo das mulheres: diminuição do número de casamentos, aumento do número de divórcios e formação de novos tipos de família. Desta forma, com a introdução de práticas contraceptivas eficazes, a par com a entrada da mulher na vida activa, foram, finalmente, dados os passos definitivos para a democratização da vida a dois. Segundo Leston Bandeira, “a introdução de práticas contraceptivas modernas na família (...) confere às mulheres um novo poder, o qual põe em causa os termos da relação tradicional entre o casal”. Daí que a sua introdução nem sempre seja fácil. Todavia, “estes poderes”, prossegue o autor, “podem ter uma expressão meramente teórica se, à competência doméstica com que, no quadro da família conjugal, as mulheres tradicionalmente se apresentam, não acrescentarem um outro tipo de competência: a competência profissional”¹⁷. Isto porque, é a ideia de realização profissional, estendida agora aos dois membros do casal, que justifica o controlo da procriação.

Pode, então, dizer-se que a relação conjugal actual assenta na privatização da vida familiar que, aliás, possibilita a sentimentalização da escolha do cônjuge e a libertação da sexualidade. Isto é, a conjugalidade contempla a satisfação afectiva e sexual a par com a realização profissional de ambos os cônjuges. Não é, pois, de estranhar que, seguindo a mesma lógica das práticas contraceptivas - controlar a procriação de acordo com as vontades -, estejam criadas todas as condições para que o casal, em caso de infertilidade, recorra às novas tecnologias reprodutivas.

Importa, ainda, salientar que o recurso às técnicas de combate à infertilidade, nem sempre é a solução mais adequada para o casal infértil. Na realidade, atravessar todo um processo de reprodução medicamente assistida constitui um factor de stress o que, a par com a impreparação da esmagadora maioria dos casais, levanta inúmeros problemas que podem, mesmo, pôr em causa a relação conjugal. Segundo Luc Roegiers, “a infertilidade e a medicalização são factores de destabilização do equilíbrio do casal e da sua harmonia sexual”¹⁸. As relações sexuais passam a ser subordinadas às alturas de maior fertilidade da mulher perdendo assim, o seu carácter espontâneo e sendo, algumas vezes, seguidas de visitas ao médico de forma a realizar o teste pós-coito¹⁹. Por outro lado, a necessidade de se proceder a uma análise da qualidade do liquido seminal obriga os homens a fornecê-lo por via da masturbação numa qualquer sala de banho da maternidade.

Desta forma, o recurso à reprodução medicamente assistida não é, só por si, garante de uma melhor relação conjugal, tudo depende da maneira como o processo decorre e, sobretudo, do resultado final. Tal como defende Willy Pasini, “não é forçoso que os casais estéreis vivam pior do que os outros: se alguns se separam porque a vida sem filhos não tem sentido (...) os casais que conseguem

¹⁶ L.F.Silva, *op cit*, p.36.

¹⁷ M.L.Bandeira, *Família, Transição Demográfica e Modernidade. O Caso Português*, Dissertação de Doutoramento em Sociologia, Lisboa, ISCTE, 1994, p.506.

¹⁸ L.Roegiers, *op cit*, p.180.

¹⁹ Teste que pretende analisar as reacções químicas vaginais, de forma a verificar se existem, ou não, incompatibilidades entre o muco do colo uterino e os espermatozóides. Deve ser feito até três horas depois de uma relação sexual.

superar a depressão ligada à «injusta» esterilidade desenvolvem até em muitos casos uma criatividade que lhes enriquece a vida”²⁰.

Da reprodução medicamente assistida

O controlo sobre a procriação teve início no século XIX, consequência das profundas transformações ocorridas no seio da vida familiar e na medicina. De facto, e até então - altura em que triunfaram as teorias de Koch e Pasteur -, a origem das doenças era atribuída a causas sobrenaturais, logo, o seu tratamento dispensava a presença do médico. Com a descoberta de que as doenças resultavam da entrada de organismos vivos no corpo humano, quer através dos alimentos e da água, quer através da picada de insectos, é a própria natureza das relações entre os médicos e os pacientes que sofre transformações, começando, então, a denotar-se a presença do médico no seio da vida familiar, inclusivé nos partos, tradicionalmente vedados aos homens. Todavia, as técnicas utilizadas para evitar gravidezes indesejadas eram, ainda, muito rudimentares - lavagens vaginais, método Ogino²¹ e, sobretudo, o coito interrompido -, o que levava algumas mulheres a preferirem a abstinência sexual.

É no início do século XX que se difundem técnicas contraceptivas artificiais - como os preservativos e as esponjas *absorbit*. Mas a sua implantação foi difícil porque, em caso de uma gravidez indesejada, as mulheres poderiam sempre recorrer ao aborto que passou a ser utilizado, cada vez mais, pelas mulheres casadas, como forma de contracepção *à posteriori*. Segundo Alain Corbin, “doravante são as mulheres casadas que constituem o essencial da clientela das abortadeiras. Uma prática em desespero de causa, imposta pela urgência, tende a tornar-se banal, ao mesmo tempo que progride o domínio das mulheres sobre o seu corpo”²².

Desta forma, é a descoberta do dispositivo intra-uterino e dos contraceptivos hormonais que constitui a grande revolução do século porque confere, definitivamente, às mulheres, o poder do seu corpo. Todavia, e tal como constata Mário Leston Bandeira²³, a sua adesão a estes métodos tem sido lenta, o que pode estar na origem destes, nomeadamente a pílula, lhes conferirem poder, alterando, assim, as tradicionais relações conjugais. Segundo Nadine Lefaucheur, “quando as mulheres utilizam estes métodos, os homens, pela primeira vez na história da humanidade, deixam de as poder expor contra a sua vontade ao risco de uma gravidez, e o seu próprio desejo de paternidade torna-se tributário da vontade de maternidade das suas parceiras”²⁴. Daí que sejam as mulheres activas e mais escolarizadas as que aderem mais facilmente a estas práticas contraceptivas. De qualquer forma, o processo de reprodução está fortemente medicalizado: desde a entrada em cena dos métodos contraceptivos até ao franco desenvolvimento da medicina (que se baseia, já, em modelos multicausais explicativos das doenças, tendo abandonado, definitivamente, as teorias pasteurianas), que se socorre, agora, de tecnologias de ponta que permitem um acompanhamento bastante rigoroso de toda a gravidez (o diagnóstico pré-natal é um exemplo disso).

Ao mesmo tempo que se difundem as práticas contraceptivas, emerge, igualmente, um desejo pessoal muito vivo de uma criança. Já não é o desejo de perpetuação de linhagem, do nome ou do património que impera mas, antes, um

²⁰ W.Pasini, *Intimidade. O Outro Espaço da Afectividade*, Lisboa, Difusão Cultural, 1990, p.162.

²¹ Método natural de planeamento familiar, pouco seguro, que pressupõe a abstinência de relações sexuais nos dias em que se pensa que a mulher está mais fértil, através do recurso a um calendário. No caso da reprodução medicamente assistida ele é utilizado exactamente para tentar uma gravidez.

²² A. Corbin, “A Relação Íntima ou os Prazeres da Troca” in: P. Ariès e G. Duby, *História da Vida Privada. Da Revolução à Grande Guerra*, vol.5, Porto, Afrontamento, 1995, p.550.

²³ Cf. M.L.Bandeira, *op cit*.

²⁴ N.Lefaucheur, “Um Novo Regime de Maternidade” in: G.Duby e M.Perrot, *op cit*, pp.489-490.

desejo pela criança *em si*. Desejo este, que, no entanto, não passa pela adopção mas, por um filho *legítimo*, uma vez que permanece enraizada, não obstante todas as transformações dos padrões familiares, a ideia de filiação por laços de sangue. Na verdade, a reprodução medicamente assistida só tem sentido porque os casais continuam a querer ter filhos ligados por vínculo biológico que é, aliás, o aspecto que mais tem impulsionado o desenvolvimento das técnicas de combate à esterilidade, verificado nos últimos anos. Destacam-se, sobretudo, a inseminação artificial²⁵, com ou sem dador, a fertilização *in vitro*²⁶ com transferência embrionária e, como exemplo de casos limites destas novas técnicas, a inseminação *post-mortem*²⁷ e a maternidade de substituição²⁸. Todas estas técnicas pretendem dar resposta a um problema que, apesar de não ser novo, só agora vê a sua origem descortinada: 50 % das situações resultam de causas femininas, 40% de causas masculinas e 10% de causas desconhecidas. Importa, ainda, salientar que existem casos em que a infertilidade tem origem mista, quer resultante da combinação de vários distúrbios do aparelho reprodutor feminino, quer da combinação de factores masculinos e femininos.

Na realidade, os progressos técnico-científicos da medicina vieram dar resposta à reivindicação do direito à criança que se faz sentir nas sociedades actuais. Uma reivindicação que ocorre, não só devido à importância deste vínculo, mas também devido à vergonha que os casais sentem da sua esterilidade, e que parece ser acompanhada pelo fantasma da estigmatização social que, ainda, afecta os casais estéreis. A este respeito Jacqueline Costa-Lascoux afirma que, o recurso às novas técnicas reprodutivas se relaciona, sobretudo, com: “por um lado, a imposição do biológico sobre o parentesco, à qual se vem acrescentar a virtude atribuída à ciência de permitir a transmissão da vida «depurada das doenças hereditárias»; por outro lado, o segredo sobre a esterilidade, que as técnicas médicas permitem esconder na relação privada do casal, jogando com a ficção de uma filiação pela graça da natureza”²⁹. De facto, parece que a grande maioria dos casais pretende, sobretudo, preservar a sua imagem, o que só é possível se conseguir combater a sua infertilidade no maior secretismo possível. É também por isto que a adopção não passa de uma solução de recurso quando já foi feito tudo o que era possível para fazer face à infertilidade.

Todavia, a implantação destas novas técnicas não tem sido fácil pois muitos têm sido os argumentos contra elas, se bem que nenhum tenha abalado significativamente a sua continuação, ou tenha levado os casais a deixarem de se submeter aos tratamentos. A posição da Igreja Católica, relativamente a estas técnicas, tem sido a mais peremptória: a transmissão da vida é um dom que cabe a

²⁵ Técnica reprodutiva que se aplica, normalmente, quando a mulher é fértil e o marido é impotente mas, pode também servir para os casos em que existe um problema no aparelho reprodutor feminino impeditivo de um encontro entre o óvulo e o espermatozóide. Basicamente, consiste na recolha do sémen, com o auxílio de uma seringa, que é depositado directamente no útero ou na vagina da mulher facilitando, assim, a fertilização do óvulo.

²⁶ Técnica reprodutiva extra-corporal que consiste, essencialmente, na união do óvulo e do espermatozóide, no prazo máximo de 48 horas, fora do ventre materno, ou seja, no laboratório. 24 horas após a fertilização do óvulo, ele é introduzido, por via vaginal (através de um cateter de plástico), no útero da mulher. Trata-se, pois, de uma técnica utilizada nas situações em que a mulher não consegue engravidar naturalmente embora tenha capacidade para levar a cabo uma gravidez, como é o caso das mulheres com ausência ou obstrução de trompas, casos de esterilidade imunológica ou esterilidade idiopática.

²⁷ Tipo de inseminação que se processa da mesma forma que a *IAD* mas, o esperma pertence a um indivíduo já falecido, recolhido com a sua autorização, normalmente, na fase terminal da sua vida.

²⁸ Consiste na introdução, no útero de uma mulher - a denominada hospedeira -, de um embrião de outra mulher fecundado artificialmente. Esta técnica que, não é considerada reprodutiva mas, apenas, substituta, é utilizada quando, por qualquer problema do aparelho reprodutivo, uma mulher não consegue levar uma gravidez até ao fim pedindo emprestado ou alugando, para tal, o útero de outra mulher.

²⁹ J.C.Lascoux, “Procriação e Bioética” in: G.Duby e M.Perrot, *op cit*, p.643.

Deus. Para o Vaticano, “a fecundação artificial é contrária à unidade do casamento, à dignidade do casal, à vocação própria dos pais e ao direito da criança de ser posta no mundo no e pelo casamento”³⁰. Desta forma, tal como defende que não deve haver sexualidade sem procriação para contrariar o uso de métodos contraceptivos, a Igreja defende, igualmente, que não deve haver procriação sem sexualidade para contrariar o uso de técnicas de combate à esterilidade. No entanto, alguns teólogos e investigadores do Centro de Estudos Bioéticos, têm uma posição mais flexível face às novas biotecnologias. Segundo eles, desde que salvaguardem o respeito, quer pelo casal, quer pelo embrião, as novas técnicas reprodutivas podem conduzir a uma aproximação entre sexualidade e procriação, na medida em que a criança é fruto de um amor que ultrapassa a simples relação sexual. Estes investigadores não deixam, contudo, de alertar para os perigos da manipulação que estas técnicas podem suscitar.

De facto, a medicina assume um papel muito importante nas sociedades actuais pois, ao definir os conceitos de saúde e de doença, define, igualmente, a capacidade dos indivíduos em desempenhar o papel social que lhes foi atribuído. E, neste sentido, pode dizer-se que, a medicina controla o corpo dos indivíduos, que não é só corpo biológico, mas também corpo social. Na verdade, já Michel Foucault tinha defendido que, “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo”³¹. Ainda segundo o mesmo, é à medicina que cabe o exercício deste controlo, pois é ela que detém os conhecimentos necessários para tal - é, aliás, o seu saber que legitima o poder. Controlo este, que é feito através da vigilância: um “olhar invisível - como o do Panopticon de Bentham, que permite ver tudo permanentemente sem ser visto - que deve impregnar quem é vigiado de tal modo que este adquira de si mesmo a visão de quem o olha”³². Desta forma, o corpo não é só uma entidade da natureza mas, sobretudo, um produto do conhecimento de quem detém o poder, ou seja, um produto dos discursos médicos.

Também Graça Carapinheiro partilha desta ideia. Para a autora, a medicina é uma “instituição de controlo social, considerando as formas que o poder médico assume na definição da condição de doente no hospital”, sendo este o lugar privilegiado para o exercício deste controlo. Assim, acrescenta, “o hospital, como outras instituições modernas, constitui um dos elementos de um aparelho de controlo, de disciplina e de regulação, que assegura a ordem não através da vigilância, mas através de uma micropolítica de disciplina, onde as pessoas são moralmente reguladas para a conformidade”³³. Quer isto dizer que, o hospital, não sendo o poder *em si*, é um exemplo dele, ou seja, um exemplo da tecnologia disciplinar que não é outra coisa que não a tecnologia panóptica de controlo.

Ora, este poder da medicina sobre o corpo ganha relevo quando inserido na problemática da medicalização da procriação pois, ao procurar ajuda médica, quer para inibir artificialmente a procriação, quer para a provocar, os casais submetem-se ao controlo dos profissionais de saúde. Não obstante, este poder de decisão sobre o corpo humano só é possível porque, tal como defende António Cascais, a tecnociência se desenvolveu, a par com uma maior permeabilidade do social, originando “alguns dos mais ousados projectos de intervenção no corpo humano” que permitem satisfazer as vontades e os desejos dos indivíduos, apesar de serem “porventura susceptíveis de configurar possíveis biotecnológicos indesejáveis, que concitam os questionamentos de uma bioética”³⁴. Segundo o mesmo autor, “o que tem sido apontado à capacidade manipuladora das ciências bio-médicas é o

³⁰ *Le Don de la Vie*, 1987 citado por L. Roegiers, *op cit*, p.37.

³¹ M. Foucault, *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro, Graal, 1984, p.80.

³² *Idem*, p.28.

³³ G. Carapinheiro, *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, Porto, Afrontamento, 1993, p.68.

³⁴ A.F. Cascais, “De Egas Moniz à Engenharia Genética. Um Questionamento Bioético”, *Sociologia - Problemas e Práticas*, nº9, 1991, p.61.

extravazamento da legitimidade hipocrática, ao atentar contra a integridade do indivíduo, a tal ponto que nos podemos interrogar acerca de ‘o que há ainda, no homem, de que possamos ter a certeza que escapa e escapará aos eventuais desconstrutores e reconstrutores da tecno-ciência?’³⁵.

Não se trata aqui, todavia, de condenar os desenvolvimentos da tecnociência. A questão que se levanta é que as novas técnicas reprodutivas têm custos físicos, psicológicos, económicos e, mesmo, sociais que não podem ser ignorados. Ou seja, estas devem ser controladas de forma a contrabalançar os custos e os benefícios para todos os envolvidos no processo. De qualquer forma, acabar com as técnicas de procriação, como alguns defendem, não parece ser a solução mais adequada pois, embora elas não sejam decisivas para o bem-estar da humanidade, tal como defende Luc Roegiers, o certo é que elas apresentam-se, para inúmeras pessoas, como a única possibilidade de constituir família e isso é, de facto, o seu grande mérito.

II - Da metodologia: formulação do problema e hipóteses de partida

Em síntese, o presente trabalho tem como objectivo, descortinar as razões que conduzem os casais aos serviços médicos de tratamento de infertilidade e, simultaneamente, analisar as vivências da infertilidade. E isto tendo sempre em consideração que, se é certo que o desenvolvimento tecnológico e científico, ocorrido nas últimas décadas, propiciou o recurso às técnicas de combate à infertilidade, tal não teria sido possível sem as transformações dos padrões e valores familiares. Assim, as determinantes sociais, que permitiram a implantação das novas biotecnologias reprodutivas, aqui testadas são:

Hipótese 1 - A representação do vínculo biológico é a principal razão que conduz os casais aos serviços médicos de tratamento de infertilidade levando-os, assim, a preferir a adopção que continua a ser considerada uma atitude meritória que, no entanto, não substitui a existência de um «verdadeiro filho legítimo», fruto de uma representação assente na ideia de «sangue do meu sangue», «carne da minha carne».

Hipótese 2 - A estigmatização social de que continuam a ser alvo os casais estéreis é também uma forte condicionante do recurso às técnicas reprodutivas.

Hipótese 3 - O facto da infertilidade ser considerada uma doença legítima o desenvolvimento de técnicas capazes de a superar, ao mesmo tempo que a permeabilidade do social face à técnica possibilita que os casais recorram a ela.

Método de recolha e análise de dados

Analisar um tema tão complexo como as razões que conduzem os casais aos serviços médicos de combate à infertilidade, implica, necessariamente, optar pela **entrevista** como método de recolha de dados. Isto porque, ao privilegiar o contacto directo entre o investigador e os entrevistados, a entrevista tem, sobre o inquerito, a vantagem de tornar tudo mais pessoal esbatendo, assim, as dificuldades inerentes a um assunto que é, por excelência, do foro íntimo. Na verdade, as entrevistas são quase sempre centradas no entrevistado o que lhes confere uma forte carga emocional.

Por outro lado, a entrevista confere liberdade de expressão ao entrevistado, o que certamente facilita o relato dos acontecimentos e possibilita uma análise mais rica do sucedido. Todavia, cabe ao entrevistador impedir que o entrevistado fuja às

³⁵ *Idem*, p.59.

questões inicialmente colocadas e divague sobre assuntos que ultrapassam o âmbito do trabalho.

Estes factos são ainda mais evidentes no tipo de entrevista aqui seleccionado: a **entrevista em profundidade**. Na verdade, apesar de abranger um número reduzido de entrevistados (que, neste caso, não ultrapassam os sete) - o que *à priori* poderia indiciar uma escassez de informação -, este tipo de entrevista tem a vantagem de possibilitar uma análise mais pormenorizada do sucedido. Isto porque, contempla uma série de perguntas que, sendo delimitativas, não o são de forma rígida. Quer isto dizer que, a entrevista em profundidade é flexível, ou seja, a sua estrutura pode ser alterada de acordo com o desenrolar da entrevista, o que possibilita a obtenção de todo o tipo de informações. Informações estas, que correm, mesmo, o risco de serem desperdiçadas, porque vão, muitas vezes, para além dos objectivos iniciais do trabalho.

Na realidade, o guião utilizado para a realização da entrevista em profundidade, aos casais que atravessam, ou atravessaram, uma situação de infertilidade, foi constantemente readaptado. Directamente relacionado com este facto está, sem dúvida, o tipo de discurso assumido pelo entrevistado (com maior ou menor dificuldade de expressão, maior ou menor conhecimento das etapas do processo de combate à infertilidade, com mais ou menos dados informativos, repetições, hesitações, silêncios...) mas, sobretudo, a diversidade de situações contempladas na análise.

Para proceder à análise dos dados obtidos, através da aplicação da entrevista em profundidade, optou-se pela realização de biografias de infertilidades e análises comparativas dos discursos.

Biografias de infertilidade³⁶ porque todas as mulheres entrevistadas neste trabalho, e por opção metodológica de seleccionar uma amostra que contemplasse casos distintos (facto que será, posteriormente, justificado), têm uma história de infertilidade diferente das outras. Para além do facto de serem mulheres com dificuldades reprodutivas que resolveram recorrer aos serviços da tecnociência, têm formas distintas de encarar, viver e ultrapassar esta situação. Desta forma, relatar as suas histórias que são, certamente, histórias singulares, é ter a certeza de uma melhor compreensão acerca da vivência da infertilidade.

Análises comparativas dos discursos porque permitem testar as hipóteses de partida anteriormente enunciadas, confirmando-as ou infirmo-as. E, simultaneamente, porque tornam também possível a detecção das regularidades e das singularidades presentes nos diversos discursos, o que possibilita uma análise mais rica deste fenómeno que tantas questões parece suscitar.

Da amostra

A recolha da amostra teve lugar no Serviço de Psicologia Clínica na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, nos meses de Março e Abril de 1997.

Antes de se iniciar a recolha da amostra, optou-se por entrevistar **apenas mulheres**. Isto porque, apesar das perguntas serem respeitantes à forma como os dois membros do casal vivem a situação de infertilidade, acredita-se que as mulheres, pela aparente facilidade que têm, face aos homens, em revelar os seus sentimentos, poderiam transmitir todas as informações necessárias ao desenvolvimento da análise. Até porque optar por entrevistar os dois membros do casal poderia tornar-se inviável, uma vez que, de uma forma geral, as mulheres deslocam-se sozinhas às consultas de infertilidade, na Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Por outro lado, não parecem existir dúvidas de que são as mulheres as mais afectadas física e psicologicamente pelo recurso às técnicas reprodutivas (mesmo

³⁶ Que por razões óbvias, que se prendem com a falta de espaço, não puderam aqui ser incluídas.

nos casos em que a infertilidade é masculina são as mulheres que se submetem às mais diversas intervenções) o que, só por si, justifica esta opção.

Mas não foi este o único critério pré-estabelecido para a recolha da amostra. Na verdade, optou-se por entrevistar mulheres que se encontram **em situações distintas**: que estão, actualmente, pela primeira vez ou não, a submeterem-se a tratamentos de combate à infertilidade ou que já se submeteram a este tipo de tratamentos tendo, ou não, tido sucesso. Esta aposta numa diversidade da amostra pretende, sobretudo, tentar compreender se a forma de viver a infertilidade é idêntica em todos os casais, ou, se pelo contrário, a diferentes situações de infertilidade correspondem diferentes formas de encarar a situação.

Por último, resta ainda esclarecer que não foram estabelecidos quaisquer parâmetros relativos à idade, escolaridade ou profissão, uma vez que se crê na imparcialidade destes aspectos quanto à forma de viver a infertilidade.

Para a realização das entrevistas, foi seleccionada uma **amostra de tipo não probabilístico** por não se possuir uma listagem completa da População em causa - que diz respeito à totalidade de casais inférteis, existentes no nosso País, que recorrem aos serviços médicos de combate à infertilidade. Assim, apesar das entrevistas serem, normalmente, feitas a uma amostra representativa da População, o que permite formular conclusões que ultrapassam o âmbito do particular para o geral, os resultados obtidos neste trabalho não podem ser extrapolados. Eles valem por aquilo que são: uma primeira abordagem a um tema que tem sido alvo de poucas investigações, apesar de afectar cada vez mais casais em todo o mundo. De qualquer forma, o facto da vivência da infertilidade interferir com todas as esferas da vida privada e social do indivíduo tornaria muito difícil, caso fosse esse o propósito deste trabalho, encontrar dois casos iguais.

Quadro I: Características da amostra

Entrevistadas ³⁷	Idade	Escolaridade	Profissão	Anos de conh.Infert	Diagnóstico
Ana	42	Curso Superior	Assessora de um advogado	19	Causa desconhecida ³⁸
Cátia	40	9º ano	Escriturária	10	Causa desconhecida
Filipa	45	9º ano	Escriturária	?	Obstrução de trompas ³⁹
Magda	35	Freq.Curso Sup.	Secretária	15	Oligospermia ⁴⁰
Sofia	38	Freq.Curso Sup.	Técnica de Museu	19	Obstrução de trompas
Inês	38	12º ano	Trabalha num Centro de Saúde	2	Obstrução de trompas e oligospermia
Sara	45	Bacharelato	Educadora de Infância	12	Causas mistas

III - Da infertilidade: resultados obtidos

³⁷ Os nomes das entrevistadas foram alterados de forma a salvaguardar a confidencialidade.

³⁸ Tipo de esterilidade cujas causas impeditivas de concepção nunca são descortinadas.

³⁹ Bloqueio da trompa de Falópio que impede a passagem do óvulo para o útero. Daqui resulta uma gravidez ectópica.

⁴⁰ Uma das causas de infertilidade masculina que consiste num reduzido número de espermatozoides por ml.. Quer isto dizer que, enquanto os valores do índice de fertilidade desejáveis numa ejaculação situam-se entre 60 e 120 milhões de espermatozoides por ml., os valores do esperma de um indivíduo a quem é diagnosticado uma oligospermia rondam um número inferior a 30 milhões por ml.

No sentido de esclarecer as motivações deste recurso à técnica, procedeu-se a uma análise comparativa dos testemunhos de sete mulheres - obtidos através da realização de entrevistas em profundidade - que atravessam, ou atravessaram, uma situação de infertilidade medicalizada. Apesar de constituírem biografias singulares, devido à diversidade de situações contempladas na amostra, foi possível detectar nestes testemunhos algumas regularidades na forma de viver a infertilidade, o que permitiu chegar a três grandes conclusões relacionadas com as hipóteses que este trabalho se propunha testar.

A primeira grande conclusão a ser retirada deste trabalho relaciona-se com a importância assumida pelo vínculo biológico. Partia-se do pressuposto de que seria este o principal impulsionador do recurso à tecnociência. E, na verdade, foi possível comprovar este facto. Quer isto dizer que ter filhos parece ser um desejo comum à grande maioria dos casais, mesmo aqueles que adiam temporariamente a decisão em prol de outros objectivos, como a progressão na carreira ou a aquisição de determinados bens materiais. Na verdade, e não obstante todas as transformações dos padrões familiares, o projecto parental na conjugalidade parece ter ganhado um novo fôlego. Ter um filho é, sobretudo, ter a certeza de perpetuação temporal e espacial transcendendo, assim, a finitude inerente a todos os seres humanos e consolidando a ilusão de imortalidade. Ter um filho é também ter alguém em quem investir financeira e emocionalmente, alguém a quem se pode deixar o património e dar tudo o que não se teve, na tentativa de reviver positivamente a infância; alguém que num futuro não muito longínquo pode retribuir o carinho e a atenção em si despendido. Enquanto símbolo de união, um filho pode, ainda, fortalecer a relação conjugal tornando-a numa *verdadeira* família, ao mesmo tempo que lhe dá mais sentido porque a enche de objectivos.

Não obstante todas as transformações ocorridas na instituição familiar, como o aumento da idade média do primeiro casamento, o aumento do número de divórcios ou a emergência de novos tipos de família, o certo é que a representação da parentalidade através dos «laços de sangue» adquiriu uma importância fundamental para todos os casais. Ter um filho é, antes de mais, sinónimo de procriar. É, aliás, esta a razão que leva os casais a preferir a adopção em favor de um filho *legítimo*. E este é, de facto, um aspecto que importa sublinhar. Numa época em que a própria noção de família parece ser posta em causa, o projecto parental assume um protagonismo nunca antes desempenhado.

Para satisfazer este desejo de um bebé, inacessível a muitos casais, a ciência, aliada à técnica, desenvolveu-se e deu azo aos mais incríveis projectos de intervenção no corpo humano. Projectos estes, que têm originado os mais diversos debates acerca dos eventuais perigos de uma tecnociência que não cessa de se desenvolver. Ciência e técnica unem-se agora com o objectivo único de concretizar de forma imediata e rentável os mais diversos projectos, nas mais variadas áreas. Parece mesmo que, o simples facto de algo ser simultaneamente desejável e realizável legítima, de forma inequívoca, a sua criação, como se fosse impossível resistir às inovações tecnológicas capazes de concretizar um leque de projectos progressivamente mais ambiciosos. Levado ao extremo, pode mesmo criar-se tecnologia para resolver questões levantados pela já existente. “De tributo mensurável à necessidade, a técnica tornou-se numa via para a prossecução de objectos escolhidos pelo homem, ocupando assim, em grande parte, face aos fins humanos, um lugar tradicionalmente cometido à ética”⁴¹.

No entanto, este facto não parece assustar os casais que veem nas novas tecnologias a solução para todos os seus problemas. À possibilidade de controlar eficazmente a procriação através do recurso aos métodos anti-concepcionais, junta-se, agora, a capacidade de superar as anomalias do aparelho reprodutivo. É esta é a segunda grande conclusão que pode ser retirada: tal como tinha sido enunciado numa das hipóteses de partida, é a permeabilidade do social face à técnica que permite que os casais recorram a ela sempre que achem necessário. É a sua

⁴¹ A.F.Cascais, *op cit*, p.58.

incapacidade para responder às necessidades do Homem, e não o perigo de uma manipulação, que causa espanto e indignação a todos aqueles que recorrem aos seus préstimos, como se a sua falibilidade fosse anti-natural. Por outro lado, o facto da infertilidade ser considerada uma doença legítima socialmente o desenvolvimento de técnicas capazes de a superar.

A terceira e última conclusão diz respeito à infertilidade como estigma. Estar estigmatizado⁴² é estar inabilitado para a plena aceitação social devido à existência de um qualquer atributo socialmente considerado como depreciativo, como é o caso das deficiências físicas ou, mesmo, diferenças de credo, raça ou nação. Por isso, o termo estigma aplica-se em relação a um atributo que é, de algum modo, incompatível com o estereótipo criado para um determinado tipo de indivíduo. Quer isto dizer que, o desvio à normalidade não é uma patologia mas sim algo produzido pelas próprias normas sociais e que resulta de uma discrepância entre identidade social virtual (corresponde aos preconceitos pré-estabelecidos que leva os indivíduos, num processo de interacção, a categorizarem-se e a esperarem dos outros certos comportamentos) e identidade social real (designa a personalidade do indivíduo a partir de determinados atributos que este possui ou que parece possuir). Desta forma, todos os indivíduos, enquanto actores sociais, podem, no percurso da sua vida, ser considerados desviantes.

É exactamente isto que parece acontecer com aproximadamente 15% dos casais portugueses. Ao confrontarem-se com a impossibilidade imediata de ter filhos, os casais tornam-se desviantes por não conseguirem satisfazer o estereótipo socialmente definido para todos aqueles que apostam numa relação conjugal - ter filhos. O facto de não conseguirem satisfazer o desejo da criança, numa época em que o seu valor social é fortemente exaltado, parece ter como consequência provável a estigmatização social. E, apesar de não ter sido possível apurar de forma inequívoca se o estigma é, ou não, um forte condicionante do recurso às tecnologias reprodutivas, uma vez que, com excepção de uma das entrevistadas que afirmou taxativamente temer a estigmatização social, todas as outras declinaram essa possibilidade, tudo indica que sim. A questão da culpa que parece emergir em quase todos os testemunhos, aliada às constantes tentativas em superar a incapacidade reprodutiva e ao facto de serem poucas as pessoas a par da situação do casal, deixa transparecer, pelo menos, o receio de uma possível discriminação.

Na verdade, os casais tentam superar rapidamente o problema da infertilidade de forma a voltarem a ser *normais*. Pode, mesmo, afirmar-se que, desenvolvem o que Goffman denomina de *estratégias de acção*, para controlar a situação de desvio e corresponder às expectativas dos outros, ou seja, fazem passar a sua identidade social virtual por identidade social real. É por isso que o recurso às novas tecnologias reprodutivas, que permitem ocultar o problema da infertilidade na intimidade da relação conjugal, se apresenta como uma alternativa bem mais viável do que a adopção.

Parece, assim, consensual afirmar que a exaltação do valor social da criança, acompanhada pela multiplicação das técnicas de combate à infertilidade, é responsável pela forte pressão exercida sobre todos os casais que não têm filhos, conduzindo-os, quase que inevitavelmente, aos serviços médicos de combate à infertilidade, na tentativa de ultrapassar uma doença que, apesar de não ser contagiosa, nem tão pouco conduzir à morte, afecta cada vez mais casais no mundo inteiro, podendo a sua cura ser acompanhada de graves sequelas físicas e/ou psicológicas. Resta, ainda, acrescentar que ser infértil não é ser portador de um estigma, é, apenas, possuir uma patologia para a qual, graças às inovações da tecnociência, existe um leque de soluções cada vez mais diversificado.

⁴² Cf E.Goffman, *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, Rio de Janeiro, Guanabara, 1988.

Conclusão

Ao longo deste trabalho procurou fazer-se uma abordagem introdutória a um tema que, sendo eminentemente do foro íntimo e privado de cada um dos indivíduos, acaba por ter repercussões em todas as esferas da sua vida - a infertilidade. Pretendia, sobretudo, aceder-se às razões que motivam os casais, confrontados com uma situação deste tipo, a recorrer aos serviços técnico-científicos da medicina, uma vez que, à partida, quer a adopção, quer uma conjugalidade sem filhos podiam ser tidas como alternativas. Todavia, e a julgar pelo número de pessoas que todos os anos recorrem aos serviços especializados no combate à infertilidade, parece possível afirmar que, pelo menos, uma grande maioria dos casais opta imediatamente pelo recurso à técnica em detrimento das outras opções. A compreensão deste processo foi o que tentou apurar-se neste trabalho.

Para enquadrar esta problemática tornou-se imperativo começar por explicitar as transformações, ocorridas nos últimos séculos, quer no seio da família, quer no seio da medicina, que permitem compreender a aceitação social da medicalização da procriação. É que, se é verdade que o recurso às tecnologias reprodutivas só se tornou possível após os desenvolvimentos técnico-científicos, também é verdade que tal nunca teria sido possível sem as transformações ocorridas nos padrões familiares, nomeadamente, as alterações no papel social da criança, no estatuto social da mulher e na conjugalidade. Foram estas que conferiram um significado verdadeiramente importante ao leque de possibilidades oferecidas pelas novas tecnologias reprodutivas.

Importa, por último, referir que um tema tão complexo como a infertilidade levanta inúmeras questões que por razões óbvias não podiam ser aqui todas analisadas. E se algumas omissões resultaram de opções metodológicas, outras surgiram com o desenrolar do trabalho e são bastante pertinentes. Porque é que existem casais que receiam falar abertamente sobre o assunto, mesmo tendo a garantia de confidencialidade? Qual a razão de tanto secretismo à volta da infertilidade? Será a incapacidade reprodutiva algo tão assustador? Porque é que existe uma clara falta de capacidade, por parte dos serviços médicos, em responder aos inúmeros pedidos de recurso à técnica? Que critérios pautam a selecção de casais? Porque razões alguns casais vêem os seus processos serem adiantados e outros atrasados? Como dizer a um casal que tem que esperar mais quatro ou cinco anos para realizar o seu desejo de um bebé?

Estes são, decerto, alguns dos aspectos da infertilidade e do recurso aos serviços especializados no seu combate que merecem ser estudados de uma forma mais aprofundada. Afinal, tanto a emergência, como o desenvolvimento das tecnologias reprodutivas, apesar de representarem uma das grandes conquistas deste século e contribuírem, de forma decisiva, para que todos aqueles que enfrentam uma incapacidade reprodutiva sejam capazes de concretizar o seu sonho, não deixam de ter repercussões que devem ser equacionadas de forma reflexiva, ética e aberta a outras alternativas.

Bibliografia Consultada (síntese)

ARCHER, Luís *et al* (coord.), *Bioética*, Lisboa - São Paulo, Verbo, 1996

ARIÈS, Philippe, *A Criança e a Vida Familiar no Antigo Regime*, Lisboa, Relógio d'Água, 1988

ARIÈS, Philippe e DUBY, Georges, *História da Vida Privada. Da Revolução à Grande Guerra*, Vol.4, Porto, Afrontamento, 1995

ARIÈS, Philippe e DUBY, Georges, *História da Vida Privada. Da Primeira Guerra Mundial aos Nossos Dias*, Vol.5, Porto, Afrontamento, 1995

- BANDEIRA, M. Leston, *Família, Transição Demográfica e Modernidade. O Caso Português*, Dissertação de Doutoramento em Sociologia, Lisboa, ISCTE, 1994
- CARAPINHEIRO, Graça, "Médicos e Representações da Medicina: Humanismo e Tecnicismo nas Práticas Médicas Hospitalares", *Sociologia - Problemas e Práticas*, nº9, 1991
- CARAPINHEIRO, Graça, *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, Porto, Afrontamento, 1993
- CASCAIS, A.Fernando, "De Egas Moniz à Engenharia Genética. Um Questionamento Bioético", *Sociologia - Problemas e Práticas*, nº9, 1991
- DUBY, Georges e PERROT, Michelle, *História das Mulheres. O século XX*, Vol.5, Porto, Afrontamento, 1995
- FLANDRIN, Jean-Louis, *Famílias: Parentesco, Casa e Sexualidade na Sociedade Antiga*, col. Nova História, Lisboa, Estampa, 1995
- FOUCAULT, Michel, *Naissance de la Clinique: une Archéologie du Regard Médical*, Paris, PUF, 1983
- FOUCAULT, Michel, *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro, Graal, 1984
- GARCIA, J.L., *As Mulheres Telefonam às Cegonhas. Família, Procriação e Bioética no Espaço Público*. Dissertação de Mestrado em Sociologia da Família, Lisboa, ISCTE, 1995
- GIDDENS, Anthony, *Transformation of Intimacy*, Cambridge, Polity Press, 1992
- GOFFMAN, Erving, *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, Rio de Janeiro, Guanabara, 1988
- HOTTOIS, Gilbert, *O Paradigma Bioético*, Lisboa, Salamandra, 1992
- LABORIE, Françoise, "Femmes, Embryons et Hommes de Sciences", *Autrement*, nº6 (Série Sciences en Société), 1992
- GIRARD, Alain, *Le Choix du Conjoint- Une Ênquete Psycho-Sociologique en France*, Puf-INED, Travaux et Documentes Cahier, ISCTE, 1995
- PASINI, Willy, *Intimidade. O Outro Espaço da Afectividade*, Lisboa, Difusão Cultural, 1990
- ROEGIERS, Luc, *Les Cigognes en Crise, Désir d'Enfant, Éthique Relationnelle et Fécondation in Vitro*, Bruxelles, De Boeck University, 1994
- ROUSSEL, Louis, *La Famille Incertaine*, Paris, Odile Jacob, 1989
- QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc Van, *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva, 1992
- SILVA, A.Santos e PINTO, J.Madureira (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Biblioteca das Ciências do Homem, Porto, Afrontamento, 1986
- SILVA, Luísa F., *Entre Marido e Mulher Alguém Meta a Colher*, Col. Dos Homens e Das Mulheres, Celorico de Basto, À Bolina, 1995
- STRATHERN, Marilyn, "Parentesco por Iniciativa: a Possibilidade de Escolha dos Consumidores e as Novas Tecnologias da Reprodução", *Análise Social*, vol.XXVI (114), (5º), 1991
- TORRES, Anália Cardoso, "Mulheres, Divórcio e Mudança Social", *Sociologia - Problemas e Práticas*, nº2, 1986
- ZOLA, I.K. (1975), "Medicine as an institution of social control", in: COX, Caroline e MEAD, Adrienne, *A Sociology of Medical Practice*, Londres, Collier-MacMillan.