

## **A INFERTILIDADE NO CONCELHO DE GUIMARÃES – CONTRIBUTOS PARA O BEM-ESTAR FAMILIAR<sup>1</sup>**

**Paula Cristina A. Remoaldo** (Departamento de Geografia)  
**Helena Cristina F. Machado** (Departamento de Sociologia)  
Universidade do Minho  
E-mail: premoaldo@geografia.uminho.pt  
E-mail: hmachado@ics.uminho.pt

**Isabel M. Dória dos Reis, Luís Gonzaga Pereira,  
Maria Sofia Dantas P. Xavier**  
Hospital da Senhora da Oliveira  
E-mail: Med-1554@hguimaraes.min-saude.pt  
E-mail: isadorareis@hotmail.com

**Palavras-chave:** Geografia da Saúde, Infertilidade, Bem-Estar Familiar, Fertilidade, Saúde Reprodutiva.

### **Introdução**

Nas últimas décadas do século XX assistimos a mudanças significativas no âmbito da saúde reprodutiva. Um dos aspectos relevantes prendeu-se com a passagem do sexo sem procriação para a procriação sem sexo. Paralelamente, se antes a ida ao médico visava controlar a natalidade através de métodos anticoncepcionais, agora a grande preocupação é saber como controlar a infertilidade.

Existem actualmente vários serviços públicos e privados que possibilitam a milhares de homens e mulheres concretizarem um dos seus maiores sonhos, ou seja, o de terem um filho. Estes asseguram consultas de infertilidade e de Procriação Medicamente Assistida. Todavia, por vários motivos, estima-se que só uma baixa percentagem de casais procuram efectivamente estes serviços.

Estima-se que actualmente existam à escala mundial entre 10 a 15% de casais em situação de infertilidade. Em Portugal, a percentagem de casos deve ser similar, embora não exista informação que permita confirmar estas estimativas.

---

<sup>1</sup> O presente texto relaciona-se com o projecto em curso intitulado *A caracterização da infertilidade no concelho de Guimarães (Noroeste de Portugal)*, aprovado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (F.C.T.), POCTI/DEM/44483/2002, sendo a equipa constituída pelos autores do mesmo.

No nosso país, ainda se desconhece, até ao momento, a proporção de indivíduos com infertilidade em relação à população em geral e a prevalência da infertilidade masculina e feminina, não obstante em 1990 a O.M.S. ter concluído da necessidade de cada país determinar estes aspectos.

É neste sentido que surge o presente projecto, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (F.C.T.), iniciado em Junho de 2004 e com a duração de catorze meses. Constitui um primeiro ensaio de estudo interdisciplinar, envolvendo uma Geógrafa, uma Socióloga e três Médicos, tentando ir além da perspectiva clínica patente nos estudos que foram realizados até ao presente.

Os principais objectivos prendem-se com a análise aprofundada da problemática da infertilidade no concelho de Guimarães, visando o diagnóstico da proporção de indivíduos com infertilidade em relação à população em geral e a caracterização dos aspectos clínicos, sócio-culturais e económicos dos casais em situação de infertilidade. Também se tentará aferir quais são os factores que influenciam a população com problemas de fertilidade a não procurar os serviços de saúde para debelar este problema. Por último, pretende-se informar os casais em situação de infertilidade e orientá-los para a rede de hospitais e outras instituições públicas e privadas existentes no Noroeste Português, que possuem consultas de infertilidade.

A metodologia a utilizar prende-se, numa primeira fase, com a consulta dos Assentos de Casamento e dos Assentos de Nascimento, registados entre 1995 e 1998 na Conservatória de Registo Civil existente neste município. A presente comunicação centra-se na discussão do conceito de infertilidade e nos factores culturais que o guiam, assim como, na abordagem de alguns dados que existem à escala nacional sobre a problemática em questão.

## **1-A Infertilidade e a sua abordagem em Geografia da Saúde e em Sociologia da Saúde**

A Geografia da Saúde e a Sociologia da Saúde portuguesas encontram-se actualmente num estágio de incipiência apesar de terem aberto os seus caminhos nos anos oitenta do século XX atraindo então alguns jovens investigadores. Encarados como eternos prevaricadores e intrometidos na análise das várias facetas dos comportamentos humanos, poucos têm sido os Geógrafos portugueses, à guisa do que se passa na nossa vizinha Espanha, que se têm interessado pela Geografia da Saúde. A década de oitenta do século XX parecia sugerir, a par, entre outras,

da Geografia do Turismo e do Lazer e da Geografia do Género, um atraente campo de investigação, mas poucos se decidiram por aquela temática.

Os factores que podem ser equacionados para a débil atracção por esta temática relacionam-se com alguma incapacidade em lidar com os termos técnicos médicos usados na Geografia da Saúde ou com a sua difícil abordagem, para a qual muitos (*e.g.*, políticos, médicos, economistas) têm opinado e poucos conseguem encontrar soluções. Tal é o caso da acessibilidade aos cuidados de saúde e da eficiência do Sistema Nacional de Saúde português!... Também não podemos olvidar que o facto da comunidade geográfica universitária portuguesa ser reduzida pode contribuir para o cenário existente.

Por seu turno, a Sociologia da Saúde tem demonstrado uma menor dificuldade em atrair elementos para a investigação em saúde, facto que é partilhado por outras ciências sociais e de que a Economia é um bom exemplo. Se por um lado, estas ciências parecem ter reconhecido que a saúde pode ser uma mais valia para o seu objecto de estudo, também não podemos olvidar que são ciências cujas comunidades de investigadores são mais representativas. Investigadores como Carapinheiro, Hespanha, Leandro, Lucas, Nunes e Silva têm-se afirmado nas últimas décadas sendo chamados a ajudar a ultrapassar os problemas mais prementes existentes em saúde pública. Aliás, o maior dinamismo existente na Sociologia é rapidamente comprovado pela capacidade que tem demonstrado em organizar com sucesso em várias Universidades portuguesas Mestrados em Sociologia da Saúde.

Não obstante os avanços registados ao nível da Sociologia da Saúde no nosso país, a problemática específica da infertilidade é ainda objecto de estudo por explorar. Noutros países, nomeadamente no Reino Unido e Estados Unidos, desde finais da década de oitenta do século XX, que a Sociologia e a Antropologia se têm debruçado, sobretudo, sobre os impactos sociais da Medicina de Reprodução Medicamente Assistida (Franklin, 1993, 1997; Petersen, 1997; Ragonné e Winddance, 2000; Spallone e Steinber, 1987; Spallone, 1989; Stanworth, 1987). Os estudos já feitos têm sido de ordem predominantemente qualitativa, focando temáticas diversas associadas ao fenómeno da abordagem médica da infertilidade, nomeadamente as expectativas e riscos criados pelos impactos da medicina de reprodução nas vivências conjugais; as tensões geradas entre o valor simbólico do “natural” *versus* a desnaturalização da reprodução humana pela tecnologia e os perigos da apropriação política e económica das possibilidades em aberto criadas pelos avanços científicos no domínio da reprodução, especialmente da parte de empresas do ramo terapêutico e farmacológico.

Mesmo no contexto internacional, o fenómeno da infertilidade nas suas dimensões sociais, culturais e económicas parece ainda não ter encontrado visibilidade nas agendas de investigação ao nível das ciências sociais. A proposta de abordagem interdisciplinar do fenómeno da infertilidade, cruzando num só estudo a dimensão geográfica, sociológica e médica da infertilidade, ainda que num território circunscrito, poderá consistir num avanço precioso em termos do conhecimento de um fenómeno de incontornável interesse científico e social. Mais ainda, trata-se de um projecto de investigação que pretende conciliar o avanço do conhecimento científico com *outputs* sociais, no sentido em que se pretende efectivamente produzir mais-valias para o bem-estar familiar.

## **2-O conceito de “infertilidade”**

*Em 1940 um ejaculado de esperma continha 113 milhões de espermatozóides e hoje em dia, no mundo industrializado é normal que essa quantidade seja apenas de 66 milhões.*

Niels Skakkebaek (1995)

Ao preocuparmo-nos com o conceito de infertilidade estamos, indubitavelmente, a relacioná-lo com o conceito de Saúde Reprodutiva. Esta última, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, é a capacidade de cada um de se reproduzir de forma a conseguir um filho são, com garantia de sobrevivência e de que da gravidez e do parto não ocorram riscos para a saúde da Mãe.

Não obstante, é clara a dificuldade e uma certa ambiguidade surgidas com a definição do conceito de infertilidade que é, frequentemente, confundido com o conceito de esterilidade. Segundo a *European Society of Human Reproduction and Embriology* (E.S.H.R.E.), a definição geral de infertilidade é a diminuição da capacidade de conceber em relação à população geral. A definição específica da infertilidade é a incapacidade de um casal de conceber depois de um ano de relações sexuais sem contraceção.

Outra noção importante, e directamente relacionada com a infertilidade, é o conceito de fecundabilidade. Fecundabilidade é definida como a taxa de concepção que ocorre numa população e referenciando-se a um determinado período de tempo. Paralelamente, não podemos olvidar que a taxa de concepção mensal de um casal fértil é de apenas 20%. Num casal em que a

mulher tem ovulação e não tem alteração do aparelho reprodutor sem evidência de factor masculino, a fecundabilidade diminui conforme aumenta o número de ciclos sem concepção. A fecundabilidade também diminui, a partir dos 31 anos, com o aumento da idade da mulher e também está associada a hábitos tabágicos e ao uso de cafeína.

Actualmente o conceito de esterilidade, definido como a impossibilidade de ter um filho vivo, não é utilizado, dado não só a agressividade e estigma negativo ligado ao termo, como também (nem que seja artificialmente) devido a esta situação já poder ser ultrapassada num número razoável de casos.

Os casais inférteis costumam ser categorizados em dois grupos: aqueles que não conseguem a gravidez sem tratamento, como por exemplo, na azoospermia (ausência de espermatozóides), na obstrução tubar bilateral e na anovulação (ausência de ovulação), e os que são subférteis ou hipoférteis, que, com o tempo, poderão vir a conceber mesmo sem tratamento.

A infertilidade é uma situação carencial que embora não comprometa a integridade física, nem é um risco vital, pode influenciar negativamente o desenvolvimento psíquico da pessoa, do casal e muitas vezes da própria família, produzindo frustração e desmotivação que podem ter efeitos deletérios prolongados.

Por se tratar de um problema de Saúde Pública deve ser tratado conjuntamente com outros problemas reprodutivos, nomeadamente, a contracepção, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (D.S.T.'s), a gravidez e o parto. Infelizmente, em Portugal, esta postura nunca foi assumida pelo Ministério da Saúde.

Para a realização de um diagnóstico de infertilidade é necessária a realização de testes de diagnóstico. No entanto, segundo opinião de alguns autores (*e.g.*, ESHRE Capri Workshop Group, 2000), esses testes só devem ser realizados se os resultados dessa avaliação conduzem a um determinado tratamento e se esse tratamento aumentar a taxa de fecundabilidade, quando comparado com a ausência de tratamento.

Estima-se que a prevalência da infertilidade seja da ordem dos 10-15%, segundo dados internacionais, uma vez que em Portugal nunca foi feito nenhum estudo nesse sentido. A infertilidade é uma situação que afecta os casais e, portanto, a infertilidade feminina e masculina não podem ser considerados em separado, tanto mais que a percentagem de causas mista é cada vez mais frequente. A maioria dos estudos demográficos são baseados na mulher e daí que a prevalência da infertilidade é, geralmente, também baseada na mulher. Numa sociedade monogâmica, isto pode corresponder à infertilidade do casal, mas em sociedades poligâmicas

esses valores não se referem exclusivamente à mulher. Devemos também saber distinguir a infertilidade voluntária, ou seja, aquela que é opção do casal e que ronda os 3-5%.

Embora a prevalência informe sobre o número de pessoas afectadas num determinado momento, necessitamos de saber qual a procura dos serviços de saúde, como indicadores mais adequados para conhecer a realidade de uma determinada população e abordá-la mais convenientemente.

Nos últimos anos, e devido à utilização de tecnologia altamente diferenciada que permite melhores resultados terapêuticos, nomeadamente o *take-home baby*, a procura de serviços especializados na área da infertilidade tem aumentado, apesar do pouco apoio estatal. Este aumento da incidência com o aumento do número de novos casos por ano deve-se essencialmente a factores sócio-culturais e profissionais. Saliente-se, entre outros, o atraso em procurar descendência motivado por questões profissionais, os casamentos mais tardios associados à diminuição da fertilidade a partir dos 31 anos, a dificuldade de adopção e a maior sensibilidade social e aceitação pela família. Existem também factores relacionados com o início precoce da actividade sexual, associado à promiscuidade sexual que pode levar ao aumento da incidência de doenças inflamatórias pélvicas, com a consequente obstrução tubar culminando em situações de infertilidade.

Se anteriormente a etiologia da infertilidade era considerada como sendo de responsabilidade feminina, hoje é encarada de outra forma, uma vez que o factor masculino é tão frequente quanto o feminino, na ordem dos 40%. Por outro lado, apesar de todas as investigações realizadas até ao momento continua a existir 10% de casos de infertilidade inexplicada.

A investigação da infertilidade deve ser realizada simultaneamente a ambos os membros do casal, levando a intromissões na intimidade do casal, à perda da espontaneidade e a alterações psicológicas que podem conduzir à interrupção do processo de investigação, à culpabilização e à interferência na sexualidade do casal. Se por uma questão cultural, para a mulher a aceitação da infertilidade é um fardo que é carregado ao longo das gerações, conseguindo assumir mais facilmente a sua infertilidade, para o homem esta situação é muito mais difícil de aceitar e muitas vezes associam-na à perda de masculinidade com interferência na sexualidade do casal.

### **3-Os factores sócio-culturais da infertilidade**

Diversos especialistas apontam várias causas para o fenómeno da infertilidade tanto de ordem biológica como comportamental. No que concerne os factores de infertilidade articulados com a

evolução dos costumes e comportamentos nas sociedades modernas, mais frequentemente apontado pelos especialistas é o adiamento das carreiras procriativas, em particular no que toca ao primeiro filho. Este fenómeno, de ordem predominantemente social e cultural, parece resultar do aumento exponencial registado nas últimas décadas, da presença das mulheres no mercado de emprego formal, associado a um prolongamento da permanência no sistema de ensino. De facto, o adiamento dos projectos procriativos em função de carreiras profissionais cada vez mais exigentes ou ainda, e segundo uma lógica quase contraditória, a crescente instabilidade dos empregos que, por vezes, convertem a maternidade num “luxo” destinados aos casais ainda detentores de estabilidade profissional, parece constituir uma das causas mais prementes da infertilidade. Outras alterações profundas no estilo de vida de mulheres e homens (aumento do consumo de álcool, de tabaco, de estupefacientes e de fármacos; incremento de estados de ansiedade e depressão) por vezes com repercussões psicológicas e físicas ainda de difícil sinalização em termos médicos mas também sociais, são invocadas para explicar a infertilidade. Um estudo que permita obter uma categorização sócio-económica e cultural dos casais que, após cinco anos de casamento, ainda não têm filhos, conjugada com as suas próprias representações da situação vivida, poderá ser um primeiro mas fundamental avanço em termos do conhecimento científico da infertilidade, ainda que nesta fase circunscrito a um território muito específico. Importa desde já esclarecer que a decisão de seleccionar os casais que, após cinco anos de vivência conjugal ainda não tiveram filhos resulta do conhecimento aprofundado que os investigadores têm do território em questão, existindo fortes indícios de que algumas especificidades em termos culturais e económicos conduzem os casais a decidir encetar a procriação antes desse período de tempo. Além da “ainda” forte presença de padrões familiares e conjugais de tipo tradicional que alguns estudos indicam que predominam ainda em Guimarães (Machado, 1997; Remoaldo, 1998, 2002), trata-se de uma população predominantemente de baixa escolaridade e inserida nos meios fabris – logo, os factores comumente associados ao adiamento da vinda do primeiro filho por factores de ordem profissional ou devido a um aumento da escolaridade não terão aqui elevada expressividade. A maior percentagem de nascimentos que ocorrem entre os 20 e os 29 anos de idade da mãe no concelho de Guimarães (56,6% em 2001) comparativamente com a escala nacional (52,6% em idêntico ano), confirmam esta afirmação.

Articulando esses dados com os meios postos à disposição pelo Laboratório de Medicina de Reprodução do Hospital de Nossa Senhora da Oliveira, poderá contribuir para o bem-estar de

casais que após anos de expectativas goradas em alcançar a reprodução possam usufruir das tecnologias médicas mais avançadas nesse domínio.

Importa não olvidar que é notória a prevalecência no território português, ainda que possa ser mais visível no território Minhoto, de uma cultura que influencia a mulher a “testar” a sua fertilidade logo após o casamento devido a pressões de cariz familiar ou a medos que são incutidos pelos familiares (Remoaldo, 1998, 2002). Paralelamente, o facto do casal não ter filhos é ainda sancionado e encarado como sinal de fraqueza ou mesmo de impotência masculina. Assim é compreensível que tanto o homem como a mulher procurem afirmar a sua capacidade reprodutora gerando filhos.

Concomitantemente, ainda que as mudanças sócio-culturais tenham sido importantes em Portugal, sobretudo a partir da Revolução de Abril, a causa de infertilidade continua a ser, grande parte das vezes, imputada à mulher, não obstante o factor masculino ter aumentado nos últimos anos, a julgar pelas alterações dos padrões de normalidade do espermograma determinadas pela Organização Mundial de Saúde.

#### **4-Alguns aspectos do perfil demográfico e sócio-económico de Guimarães**

As estatísticas oficiais do Instituto Nacional de Estatística e da Direcção Geral da Saúde (Ministério da Saúde) não permitem quantificar, mesmo de forma indirecta, o fenómeno da infertilidade. Existe, assim, um desconhecimento do cenário existente, apesar dos esforços nos últimos anos da Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução.

Não obstante, os Recenseamentos Gerais da População e as Estatísticas Demográficas permitem construir o perfil demográfico, cultural e sócio-económico da população possibilitando a determinação do seu maior ou menor risco de infertilidade.

Assim, e de acordo com os Recenseamentos Gerais da População, o concelho de Guimarães registou, entre 1991 e 2001, um crescimento populacional acima da média nacional (10,8% *versus* 5,0% para Portugal) e mesmo da Região Norte (6,2%) e da NUTS III – Ave (9,4%), na qual se insere. Paralelamente, evidencia uma densidade populacional bastante acima da média nacional (656,0 hab./Km<sup>2</sup> *versus* 112,2 hab./Km<sup>2</sup> para Portugal).

Em termos de natalidade, e como já referenciámos anteriormente, a maior parte dos nados-vivos ocorrem em Guimarães em idades jovens, entre os 20 e os 29 anos de idade da mãe (56,6% *versus* 52,6% para Portugal - Quadro 1), estando perante uma população menos instruída, que



tende a abandonar mais cedo o sistema de ensino e a entrar mais precocemente no mercado de trabalho. Concomitantemente, tende a reproduzir, em várias esferas da vida, o modelo cultural enraizado (Machado, 1997; Remoaldo, 1998, 2002; Canteiro, 2003; Martins, 2003), que insiste na reprodução como uma premissa para a aceitação social do casal.

**Quadro 1 – Nados-vivos segundo a idade da mãe em percentagem e em 2001**

| <b>Entidades Territoriais</b> | <b>Total</b> | <b>Até 19</b> | <b>20-24</b> | <b>25-29</b> | <b>30-34</b> | <b>35-39</b> | <b>40-44</b> |
|-------------------------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Portugal                      | 112.774      | 6,1           | 19,3         | 33,3         | 27,4         | 11,7         | 2,3          |
| Ave                           | 6.127        | 4,1           | 21,6         | 36,0         | 26,7         | 9,9          | 1,7          |
| Guimarães                     | 2.004        | 3,9           | 21,0         | 35,6         | 26,9         | 10,5         | 2,2          |

Fonte: Estatísticas Demográficas, I.N.E., Lisboa, 2002.

Apesar de Guimarães ter assistido a um aumento do seu Índice de Envelhecimento na última década ainda se encontra longe do valor estimado para o país para 2002 (56,6 idosos por cada 100 jovens *versus* 105,5 idosos por cada 100 jovens para Portugal).

É por demais conhecido o poder que a variável “nível de instrução” detém nos comportamentos em saúde reprodutiva. Se por um lado, dificulta o acesso à informação e a compreensão dessa mesma informação, por outro lado, uma população mais escolarizada possui uma maior aptidão para “manipular o mundo” (Caldwell, 1981). Assim, para uma investigação no domínio que estamos a desenvolver, torna-se fundamental conhecer os níveis de iliteracia existentes no concelho de Guimarães.

Importa recordar que a Taxa de Analfabetismo da população portuguesa só na década de oitenta do século XX é que assistiu a uma diminuição mais acentuada (-40,9%). Entretanto, enquanto em 1991 ainda era de 11%, em 2001 desceu para 9% (Quadro 2), cifrando-se numa descida de apenas dois por cento em dez anos (Instituto Nacional de Estatística, 2004). Paralelamente, foi nas décadas de cinquenta e de sessenta do mesmo século que se observou um aumento mais importante da parcela da população possuindo até quatro anos de escolaridade e até onze anos de escolaridade (Remoaldo, 1998: 102).

**Quadro 2 – Taxa de Analfabetismo em Portugal, na Região Norte, no Vale do Ave e no concelho de Guimarães, 1991 e 2001**

| <b>Entidades Territoriais</b> | <b>Taxa de Analfabetismo<br/>(1991)</b> | <b>Taxa de Analfabetismo<br/>(2001)</b> |
|-------------------------------|---|---|
| Portugal                      | 11,0%                                   | 9,0%                                    |
| Região Norte                  | 9,9%                                    | 8,3%                                    |
| Ave                           | 9,5%                                    | 7,7%                                    |
| Guimarães                     | 9,2%                                    | 7,4%                                    |

Fonte: XIV Recenseamento Geral da População, I.N.E., Lisboa, 2001.

Guimarães assistiu, por seu turno, a uma descida muito similar à registada à escala nacional, apresentando em 2001 um *score* inferior ao de qualquer outra entidade territorial considerada no nosso estudo (Quadro 2). Não obstante, 38,8% da população vimaranense possuía em 2001 até quatro anos de escolaridade, acima dos 35,1% evidenciados por Portugal e com um *score* idêntico ao do Vale do Ave (38,9%).

Este perfil é complementado com uma mais elevada Taxa de Actividade (53,8%) comparativamente com o Ave (51,8%) e a média nacional (48,2%). Além disso, no que diz respeito aos grupos de profissões e de acordo com a Classificação Nacional de Profissões (C.N.P.), é notória uma maior expressão do grupo 7 (Trabalhadores da produção industrial e artesãos) em Guimarães (30,6%) do que à escala nacional (21,5%). Por seu turno, os grupos 8 (Operadores de instalações industriais e máquinas fixas, condutores e montadores - 20,5%), 9 (Trabalhadores não qualificados - 11,9%) e 5 (Pessoal dos serviços de protecção e segurança, dos serviços pessoais e domésticos e trabalhadores similares - 9,5%) também detêm significado sendo o grupo 8 mais importante do que à escala nacional (8,6%) não ocorrendo o mesmo nos outros dois grupos (15,0% e 14,2%, respectivamente). Estas características conferem uma grande importância a profissões que são de risco para a situação de infertilidade, tais como, a de trabalhador na indústria têxtil, de vestuário e de calçado (com elevado significado em Guimarães) que lida com determinados químicos, com tintas e colas que podem ter um efeito deletério na sua saúde reprodutiva, assim como a profissão de motorista, que pelas horas passadas em posição de sentado conduz a uma elevação da temperatura junto dos testículos podendo comprometer a formação de espermatozóides.

## **5-Metodologia a implementar**

A metodologia pela qual optámos no presente Projecto, a única que possibilita o diagnóstico da proporção de indivíduos com infertilidade em relação à população em geral do concelho de Guimarães prende-se, numa primeira fase, com a consulta na Conservatória do Registo Civil de Guiamrães, dos Assentos de Casamento registados entre 1995 e 1998 e dos Assentos de Nascimento entre 1995 e 2004. Após a criação de uma base de dados com algumas variáveis referentes ao universo, os casais casados há mais de cinco anos e que não têm filhos serão entrevistados, pretendendo-se uma caracterização, sobretudo, em termos sócio-culturais e económicos. Constituirá o primeiro ensaio realizado em Portugal de uma metodologia que torna possível quantificar a proporção de casais inférteis com necessidade de tratamento, incluindo a Procriação Medicamente Assistida.

Estando o Projecto na sua fase inicial de desenvolvimento, não é ainda possível dos 5.553 registos de casamento e dos 21.219 registos de nascimento consultados até ao momento, avançarmos com aspectos relacionados com a população potencialmente infértil. Só após a conclusão da primeira fase deste Projecto (Novembro do corrente ano) será possível procedermos ao *record linkage* (ligação entre os registos de casamento e os de nascimento), quantificando e identificando os casais potencialmente infertéis.

### **Considerações finais**

Tratando-se de um Projecto que se encontra ainda na sua fase inicial de desenvolvimento é ainda prematuro tecermos neste espaço de debate algumas conclusões sobre o mesmo. Não obstante, o nosso propósito foi essencialmente o de afirmar a determinação da equipa de investigadores envolvida em aferir qual é o espectro da infertilidade no concelho de Guimarães, problemática que ainda não foi investigada até ao momento.

O desafio a enfrentar intensifica-se por constatarmos que estamos perante um território com um perfil muito peculiar em termos demográficos e sócio-económicos e que o facto de possuir uma elevada parcela da sua população a trabalhar na indústria têxtil poderá ser um indicativo de que estaremos perante uma população potencialmente mais infértil do que à escala nacional.

## **Bibliografia**

EARICKSON, R. (2000), “Health Geography: style and paradigms”, *Social Science & Medicine*, Oxford, 50(4), págs. 457-458.

GATRELL, A.C. (2002), *Geographies of Health: an introduction*, Massachusetts, Blackwell Publishers.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2004), *Censos 2001 – XIV Recenseamento Geral da População e IV Recenseamento Geral da Habitação – dados comparativos 1991-2001*, CD-ROM de Quadros, Gráficos e Mapas, Lisboa.

MACHADO, H. (1996), *Redes informais e institucionais de “normalização” do comportamento sexual e procriativo da mulher*, Braga, Dissertação de Mestrado em História das Populações apresentada ao Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004), *Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas para 2004-2010*, Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004), *Plano Nacional de Saúde. Prioridades para 2004-2010*, Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO DE TRABALHO PARA O ESTUDO DA MEDICINA FAMILIAR, FERTILIDADE E REPRODUÇÃO HUMANA (1993), *Relatório e Programa*, Lisboa.

PANDO, J., *et al.* (2003), *Esterilidad. Etiología y exploración de la pareja estéril. Tratamiento*, in *Tratado de Ginecología, Obstetricia y medicina de la Reproducción*, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Editorial Medica Panamericana.

PETERSON, K. (1997), *Intersections - women on law, medicine and technology*, Aldershot, Ashgate/Dartmouth.

PICHERAL, H. (2001), *La Géographie de la Santé*, in BAILLY, A., et al., *Les concepts de la Géographie Humaine*, 5<sup>e</sup> éd., Paris, Armand Collin, págs. 229-240.

QUERLEU, D., et al (2003), *Epidémiologie de la fertilité*, in Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris, Elsevier.

RAGONÉ, H.; WINDDANCE, F. (eds.) (2000), *Ideologies and technologies of motherhood: race, class, sexuality and nationalism*, New York, Routledge.

REMOALDO, P.C. (2002), *Desigualdades territoriais e sociais subjacentes à mortalidade infantil em Portugal*, Série Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, Ministério da Ciência e da Tecnologia (Fundação para a Ciência e a Tecnologia), 586 págs..

SPALLONE, P.; STEINBERG, D.L. (eds.) (1987), *Made to order. The myth of reproductive and genetic progress*, Headington Hill Hall, Pergamon Press.

SPALLONE, P. (1989), *Beyond conception: the new politics of reproduction*, Basingstoke, MacMillan Education.

STANWORTH, M. (ed.) (1987), *Reproductive Technologies. Gender, Motherhood and Medicine*, Oxford, Polity Press.

### **World Wide Web**

<http://www.ine.pt>