

O contributo das ciências sociais e médicas para o estudo da infertilidade

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

Hospital da Senhora da Oliveira

E-mail: Med-1554@hguimaraes.min-saude.pt

E-mail: isadorareis@hotmail.com

Palavras-chave: Infertilidade, Bem-Estar Familiar, Saúde Reprodutiva.

Introdução

Portugal apenas no último triénio do século XX assistiu a importantes alterações legislativas no âmbito da saúde reprodutiva, mas parte destas ainda não foram concretizadas até ao momento. Não foi, *exempli gratia*, encetada ainda uma Educação para a Saúde, cobrindo questões tão fulcrais como a Educação Sexual e a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, que pressupõem impactes sérios na saúde dos portugueses. Dois dos impactes mais significativos prendem-se com a mais elevada taxa de cancro do colo do útero (maior incidência e mortalidade) de toda a União Europeia e com o aumento dos casos de infertilidade.

Ainda que até ao momento não exista em Portugal informação completa que permita confirmar a percentagem de casais em situação de infertilidade, estima-se que existam entre 10 a 15% de casais nesta situação, de acordo com o que se avança para a escala mundial, o que corresponderá, grosso modo, a cerca de 500 mil casais inférteis para Portugal. Soluções para este problema? Não parece fácil, e a questão da infertilidade ainda que assole o quotidiano de tantos casais, não entrou verdadeiramente no debate público em Portugal. No entanto, médicos e outros interessados avançam propostas para ajudar a minimizar os efeitos negativos desta situação – desde maiores incentivos para os casais terem filhos mais cedo, como benefícios fiscais, mais facilidade na compra da habitação a uma maior participação do Estado nas técnicas e medicamentos para tratamento da infertilidade.

Não sendo conhecida em Portugal a verdadeira dimensão da infertilidade, uma equipa constituída por uma Geógrafa, uma Socióloga e três Médicos, iniciou em 2004, uma

investigação num município do Noroeste português (Guimarães) financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (F.C.T.)¹.

Os principais objectivos do projecto prendem-se com a análise aprofundada da problemática da infertilidade no concelho de Guimarães, centrando-se no diagnóstico da proporção de indivíduos com infertilidade em relação à população em geral. Paralelamente preocupa-se com a caracterização dos aspectos clínicos, sócio-culturais e económicos dos casais que constituem casos evidentes de infertilidade. Também se tenta 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 instituições privadas existentes no Noroeste Português, que possuem consultas de infertilidade.

O presente artigo centra-se nas questões metodológicas inerentes a este estudo, equaciona os factores culturais e sociais que guiam o conceito de infertilidade e revela alguns dados institucionais existentes sobre a problemática.

1-Questões metodológicas

A metodologia utilizada centrou-se, numa primeira fase, na consulta dos Assentos de Casamento e dos Assentos de Nascimento, registados entre 1995 e 1998 na Conservatória de Registo Civil existente naquele município. Dos 5553 assentos de casamento e dos 21219 assentos de nascimento consultados foram identificados 1129 casais sem filhos após cinco anos de casamento. A base de dados criada possibilitou-nos o início de uma segunda fase, que será concluída em Outubro de 2005, orientada para a localização e entrevista dos casais potencialmente inférteis, pretendendo-se a sua caracterização em termos geográficos, sócio-culturais, clínicos e económicos. Os casais foram contactados por carta (privilegiando a mulher) e convidados a aderir ao estudo. Das 1129 mulheres abordadas 122 revelaram possuir filhos, 5 encontravam-se grávidas, 13 afirmaram não estarem interessadas em aderir ao mesmo e 5 mencionaram que não tiveram filhos até ao momento por opção.

¹ 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 pelas autoras do mesmo.

Face a uma taxa de respostas na ordem dos 15,6%, o total de inquéritos por entrevista realizados cifrou-se em 31. Numa metodologia deste tipo, de convite por via postal e envolvendo uma temática do foro íntimo, a principal desvantagem é a sua mais baixa taxa de respostas, a maioria das vezes inferior a 20%. Mesmo com o máximo de incentivos para a população responder ao solicitado e nas melhores condições, a taxa de respostas é, geralmente, inferior à da sua realização por telefone. Não obstante, na presente pesquisa não era exequível uma primeira abordagem por via telefónica, devido à ausência deste dado relativamente aos 1129 casais. Concomitantemente, deparamo-nos com um importante *handicap* para o sucesso da localização da maior parte dos casais, devido ao registo existente na Conservatória possuir apenas referência à residência da mulher e do homem antes do casamento e, mesmo em relação a esta, se denotar a ausência de parte de informação (*e.g.*, designação da rua, número de porta da habitação, código postal). É provável que no período em que foram concretizados os registos (1995 a 1998) as moradas não possuíssem designação de rua, limitando-se a contemplar a designação do lugar. Estes factos conduziram a um devolver de correspondência que se cifrou em 266 cartas.

Foram ainda detectadas algumas dificuldades que decorreram, entre outros aspectos, da política de rotatividade em termos de tarefas concretizada pelos funcionários da Conservatória, tendo sido detectados frequentes erros no registo dos nomes dos casais, dificultando a tarefa de *record linkage*, quando se tentou efectuar a ligação entre o registo de casamento e o de nascimento.

Face ao reduzido número de casais que aceitaram colaborar neste estudo, a opção metodológica foi a aplicação de um inquérito por entrevista, com o intuito de maximizar a profundidade dos dados a obter e numa perspectiva *compreensiva*, advogando o “interesse em compreender a conduta humana a partir dos próprios pontos de vista daquele que actua” (CARMO, H.; FERREIRA, M.M., 1998: 177). A adopção de uma metodologia de índole qualitativa revela-se particularmente adequada a situações em que, por um lado, a amostra é reduzida e, por outro lado, ainda não existem muitos dados relativos ao fenómeno estudado. Mais do que testar hipóteses, comprometemo-nos a desenvolver um processo de “indução” pelo qual o desenvolvimento da análise e dos conceitos é feita a partir de padrões provenientes da recolha de dados e a nossa preocupação central foi captar de um modo exaustivo e aprofundado os significados atribuídos pelos sujeitos às suas vivências em torno da infertilidade.

A técnica de pesquisa privilegiada foi a entrevista semi-estruturada ou centrada, na qual a maioria das questões são abertas, focadas essencialmente nas vivências dos entrevistados, mas com o suporte de um guião de entrevista pré-definido, embora flexível e adaptável face às contingências dos discursos produzidos em situação de inquérito. A construção do guião de entrevista atendeu aos objectivos do projecto e contemplou as seguintes dimensões de análise: projectos de gravidez e de maternidade, história reprodutiva, especialidade médica procurada, local e tipo de ajuda médica obtida, tipo e nível de informação sobre consultas de infertilidade, frequência de consultas de infertilidade, vivências e representações em torno das consultas e tratamentos médicos de infertilidade, tipo de diagnóstico clínico, percepção dos impactes da situação clínica na vida do casal, sentimentos face a processos de avaliação social e a ausência de filhos, opinião sobre o tipo de apoio a conceder a casais inférteis e avaliação da situação de entrevista.

As entrevistas foram integralmente gravadas (com o consentimento das entrevistadas) e posteriormente transcritas, tendo sido sujeitas a uma análise temática de conteúdo de tipo temático, com vista a descrever e interpretar os significados latentes e manifestos dos discursos recolhidos. Numa primeira fase, procedeu-se a uma análise de conteúdo de tipo exploratório, de modo a identificar as principais temáticas enunciadas e relatadas pelos entrevistados. Posteriormente, construiu-se uma grelha de análise que permitiu registar de modo exaustivo e sistemático as vivências e representações formuladas pelos casais.

Face aos dados recolhidos, foi ainda possível caracterizar os casais entrevistados do ponto de vista demográfico e sócio-económico.

Depois de esgotados os caminhos possíveis e constituindo este o primeiro ensaio realizado em Portugal neste domínio, a equipa concluiu que esta metodologia seria a mais adequada à construção de uma estimativa da proporção de indivíduos com infertilidade em relação à população em geral do concelho de Guimarães, juntamente com a análise das vivências e representações dos casais potencialmente inférteis, que aceitaram a realização de um inquérito por entrevista.

A equipa de investigação ao lidar com questões do foro íntimo salvaguardou o anonimato dos casais diagnosticados como inférteis e seguiu o código deontológico a que os profissionais de saúde, assim como os cientistas sociais, se encontram obrigados a considerar na sua prática profissional.

2-O contributo das Ciências Sociais para a compreensão da infertilidade

(...) a impossibilidade biológica de gerar provoca em muitos casais uma dor existencial indizível que a medicina e a sociedade não devem deixar de escutar, acompanhar e, na medida do possível, atender.

MACHADO, J.P. (2001)

A revolução científica e tecnológica tem-se assumido nas últimas décadas como uma ameaça às regras morais institucionalizadas há séculos e aparentemente imutáveis (SANTOS, A.A.; SANTOS, T.A., 2001). Concomitantemente, temos assistido, ainda que de uma forma mais paulatina, a mudanças nos valores sociais e culturais.

Um dos aspectos mais revolucionários que ocorreram foi a dissociação entre sexualidade e procriação e Louise Brown (primeiro bebé proveta concretizado em 1978) faz-nos pensar o quanto recente ainda é este passo gigante, mas seguro, dado no campo da Medicina de Reprodução.

A infertilidade encontra algumas explicações, por um lado, no adiamento da maternidade para idades em que biologicamente a mulher é menos fértil (a partir dos 31 anos), e, por outro lado, na disseminação das Infecções Sexualmente Transmissíveis que sabemos que podem conduzir a situações de infertilidade. Mas, ironicamente, em Portugal, por vários motivos, o número de casos reais de Infecções Sexualmente Transmissíveis não é conhecido e assiste-se à ausência de dados epidemiológicos fiáveis sobre este tipo de infecções. A notificação obrigatória das doenças não funciona e a maioria dos profissionais de saúde tem conhecimentos escassos neste domínio, porque estas infecções são pouco valorizadas na maioria das licenciaturas da área da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Além disso, o aumento das Infecções Sexualmente Transmissíveis nas sociedades mais desenvolvidas corresponde a uma das características da quarta fase da Transição Epidemiológica, a par com as sociopatias e os acidentes de tráfego.

Num período de crise económica como é o actual, muito pouco incentivador da investigação em Ciências Sociais, cabe, aos Geógrafos e Sociólogos, entre outros, desempenhar o papel de auxiliares na compreensão das mutações sociais e culturais que se vão operando ajudando os demais investigadores a cumprir o seu papel na árdua tarefa de assegurar a sobrevivência do ser humano e de melhoraria do seu bem-estar.

A Geografia e a Sociologia podem desempenhar um papel crucial na identificação dos factores territoriais, sociais e culturais que estão subjacentes à problemática da infertilidade, já

que os profissionais de saúde estão, maioritariamente, vocacionados e preocupados com as questões clínicas e com a aplicação de técnicas que existem para debelar o problema. Outros, mais a jusante, têm-se preocupado com a descoberta de novas técnicas que permitem aumentar a taxa de sucesso.

Deste modo, os elementos das ciências sociais, fundamentais em equipas multidisciplinares, estão mais aptos a lidar e manusear os dados estatísticos existentes e as fontes que permitem a identificação dos casais em risco, nomeadamente, a partir da consulta dos registos da Conservatória do Registo Civil. A aditar a esta facilidade podemos ainda identificar a maior formação técnica para realização de entrevistas às populações em risco.

Nos últimos anos do milénio findo denotou-se um despertar para a importância que passou a ser dada de forma mais acérrima ao “lugar” onde as pessoas se encontram/residem, passando as características dos mesmos a afigurar-se como tão importantes como as das pessoas (características pessoais, tais como, comportamentos, factores psicossociais e factores biológicos) quando tentamos compreender e explicar a saúde e os estilos de vida relacionados com a mesma (SANTANA, P., 2002).

O factor territorial joga um papel crucial no âmbito dos comportamentos humanos e mais concretamente no domínio da saúde, ainda que, muitas vezes, camuflado e aparentemente pouco visível. Veiculador de diferentes culturas, umas mais tradicionais e fatalistas e outras mais abertas à inovação, o território, de fâcies mais ruralizante ou imbrincado de um certo grau de urbanidade, é condicionador, por exemplo, da acessibilidade aos cuidados de saúde hospitalares. O simples facto de se viver num território de fâcies mais ruralizante dita necessariamente uma menor acessibilidade, *verbi gratia*, às consultas pré-natais hospitalares, ao parto hospitalar, aos cuidados intensivos neonatais e, necessariamente e mais a montante, às consultas de infertilidade. Esta relação ocorre porque os estabelecimentos hospitalares se localizam em territórios urbanos beneficiando, sobretudo, as populações que aí residem.

Factores de índole social, cultural e económica que interferem com a saúde reprodutiva de mulheres e homens têm sido focados ao nível da Sociologia da Saúde, nomeadamente, aqueles que se prendem com transformações profundas dos estilos de vida, nas últimas décadas. Um dos elementos mais frequentemente apontados pela literatura médica como podendo potenciar situações de infertilidade é o adiamento da maternidade, que se prende entre outros motivos, com a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, alterações na conjugalidade e na vivência da parentalidade e situações de crise económica. Portugal apresenta um perfil sócio-económico complexo e mesmo peculiar no que toca a alguns desses

factores que produzem consequências ao nível das carreiras reprodutivas: de acordo com um grupo de sociólogos portugueses que se debruçaram sobre o panorama recente da fecundidade portuguesa (ALMEIDA, A.N., *et al.*, 1994, BARRETO, A. (org.), 2000) no nosso país a diminuição da natalidade e o aumento da idade da mulher no momento em que tem o primeiro filho ocorreram mais tarde do que em países europeus centrais, mas a um ritmo mais acelerado e crescentemente homogéneo em termos geográficos e sociais. Ou seja, os dados estatísticos indicam que a diminuição da natalidade e o aumento da idade das gestantes ocorreram um pouco por todo o país (ainda que o Norte continue a apresentar valores de natalidade acima da média nacional e uma maior percentagem de nascimentos no grupo etário dos 20 aos 29 anos de idade) e de modo transversal às classes sociais. Alterações no estilo de vida como o aumento da obesidade e sedentarismo, do consumo de tabaco e fármacos, do *stress* e de profissões que exigem o manuseamento de químicos, associados ao desenvolvimento económico e expansão dos centros urbanos, que podem estar associados ao fenómeno da infertilidade, têm sido objecto de estudo da Sociologia desde há décadas. Contudo, são escassos os estudos que focam directamente a problemática da infertilidade, nomeadamente ao nível das vivências e das representações experimentadas pelos indivíduos que desejam ter filhos e não conseguem, embora seja de destacar o trabalho pioneiro levado a cabo pela antropóloga Emily Martin sobre expectativas e riscos criados em casais sujeitos a técnicas de Reprodução Medicamente Assistida (MARTIN, E., 1997). No nosso país, é ainda inexistente um estudo desse âmbito, tanto ao nível da Geografia como da Sociologia, pelo que a presente investigação pretende ser um contributo inédito para o avanço do conhecimento científico – ao nível das ciências sociais – no atinente ao fenómeno da infertilidade.

3-O contributo das ciências médicas

A problemática da infertilidade encontra-se relacionada com um conceito adoptado em 1994, pela Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento que teve lugar no Cairo, e que é a Saúde Reprodutiva.

Esse conceito de Saúde Reprodutiva, definido pela Organização Mundial da Saúde (O.M.S.), é a capacidade de cada um de se reproduzir de forma a conseguir um filho são, com garantia de sobrevivência e que da gravidez e parto não ocorram riscos para a saúde da Mãe.

De acordo com a *European Society of Human Reproduction and Embriology* (E.S.H.R.E.), podemos equacionar uma definição geral e uma definição específica de infertilidade. Enquanto a primeira é a diminuição da capacidade de conceber em relação à população geral, a segunda é a incapacidade de um casal de conceber depois de um ano de relações sexuais sem contraceção (REMOALDO, P.C., *et al.*, 2004).

Até há alguns anos atrás a etiologia da infertilidade era associada, sobretudo, ao género feminino. Actualmente, a situação é diferente, já que o factor masculino é tão frequente quanto o feminino (cerca de 40% para cada um dos géneros). Não obstante, apesar dos avanços realizados continua a existir 10% de infertilidade inexplicada (REMOALDO, P.C., *et al.*, 2004).

Se por uma questão cultural, para a mulher a aceitação da infertilidade é um fardo que é carregado ao longo das gerações, e esta consegue 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.

A profissão exercida pelo homem pode relacionar-se com casos de infertilidade, pois a formação de espermatozóides ocorre a temperaturas abaixo da temperatura corporal, logo é necessário que se evite usar roupas apertadas, ficar sentado muito tempo ou trabalhar perto de fontes de muito calor, devido ao aquecimento do testículo.

Somos de opinião que este problema de Saúde Pública não pode continuar a ser tratado em Portugal de forma individual, devendo haver o cuidado de o abordar conjuntamente com outros problemas reprodutivos, *exempli gratia*, a contraceção, as Infecções Sexualmente Transmissíveis, a gravidez e o parto.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde, que equaciona as linhas orientadoras entre 2004 e 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), é considerado adequado o número de Centros onde se realiza, actualmente, a Reprodução Medicamente Assistida em Portugal.

O mencionado Plano reconhece como um dos objectivos estratégicos o desenvolvimento de legislação sobre a Reprodução Medicamente Assistida, *que enquadrará todo o conjunto de actividades e problemáticas que com ela estão associadas* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004: 15). Concomitantemente, dar-se-á mais atenção ao diagnóstico e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (I.S.T.'s), visto ter sido assumida no mesmo documento a inexistência de dados epidemiológicos fiáveis sobre I.S.T.'s e o facto da notificação obrigatória não funcionar e de não incluir, por exemplo, as infecções por clamídia.

O tratamento da infertilidade teve um progresso significativo nas duas últimas décadas devido à introdução das técnicas de Procriação Medicamente Assistida tornando possível para muitos casais a solução da infertilidade, que era praticamente impossível há vinte anos atrás.

Embora não exista, até ao momento, um estudo aprofundado sobre as características da infertilidade em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (S.P.M.R.) criou, no ano 2000, um Registo Nacional de Procriação Medicamente Assistida, que vai permitir caracterizar os diversos Centros portugueses envolvidos nas tecnologias mais avançadas de reprodução humana.

A directriz principal da S.P.M.R. vai no sentido da participação do maior número de Centros neste projecto, única forma para que os números fornecidos ao Comité Europeu (*European Monitoring IVF*) sejam os mais realistas possível para Portugal.

Existem actualmente em Portugal seis Centros públicos de Procriação Medicamente Assistida (P.M.A.): a Maternidade Alfredo da Costa (Lisboa), o Hospital de St^a. Maria (Lisboa), o Hospital da Universidade de Coimbra, o Hospital de S. João (Porto), o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e o Hospital da Senhora da Oliveira (Guimarães). No que concerne os Centros privados, cifram-se em quatro no Norte, um no Centro e seis no sul do Continente. Na nossa perspectiva, deveria existir um maior número de Centros no Centro do País, visto concentrar-se aí 2.348.397 habitantes (*versus* 3.687.293 habitantes na Região Norte - I.N.E., 2004). Concomitantemente, denota-se uma excessiva concentração de Centros no litoral beneficiando, sobretudo as populações que aí residem.

Para além destes Centros, existem outras Consultas de Infertilidade em Hospitais Centrais e Distritais que têm protocolos interinstitucionais com Centros privados, afigurando-se como uma estratégia que deveria ser seguida nos próximos anos no sentido de fazer chegar a cada vez mais pessoas a possibilidade da concretização do sonho de ter um filho. Também é possível a realização de protocolos de colaboração entre Centros Públicos tal como existiu, durante sete anos, entre a Unidade de Medicina da Reprodução do Hospital da Senhora da Oliveira e a sua homóloga do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

Foi precisamente esta parceria que permitiu que o Hospital da Senhora da Oliveira passasse a ser, desde 2001, um Hospital de Referência da Zona Norte, em termos de diagnóstico e tratamento da infertilidade, procurando dar resposta à cada vez maior procura por casais inférteis. Este desenvolvimento permitiu que em 2004 fosse inclusivamente criado um Laboratório de Procriação Medicamente Assistida.

Nos últimos anos assistiu-se a uma procura crescente de serviços especializados na área da infertilidade, não obstante o pouco apoio estatal, ainda que o Estado reconheça a família como uma instituição social central.

Este aumento da procura deve-se, em primeiro lugar, ao atraso em procurar descendência devido essencialmente a questões profissionais associado à diminuição da fertilidade a partir dos 31 anos. Em segundo lugar, às dificuldades existentes na adopção de crianças e, em terceiro lugar, à maior aceitação social e familiar. Não podemos também olvidar os 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 e manifestação de uma situação de infertilidade (REMOALDO, P.C., *et al.*, 2004).

O Quadro 1 patenteia alguns dados referentes à Procriação Medicamente Assistida em Portugal. A primeira conclusão a retirar prende-se com o facto de, dos 867 ciclos completos (onde foi realizada transferência de embriões) em 2003 e tendo como técnica a fertilização *in vitro*, 31,1% (n=270) conduziram a uma gravidez clínica e 18,5% (n=216) terminaram numa situação de parto, com o nascimento de 285 crianças.

Quadro 1 – Técnicas de Procriação Medicamente Assistida realizadas em Portugal em 2003, em 11 Centros privados e seis Centros públicos

	Fertilização <i>in vitro</i>	Microinjecção Intracitoplasmática
	Nº	Nº
Ciclos iniciados	946*	1148*
Nº de Punções	951	1530
Transferência de Embriões	867	1427
Gravidez clínica	270	396
Partos	216**	307**
Nº de crianças nascidas	285	385

* Dado não fornecido por alguns Centros.

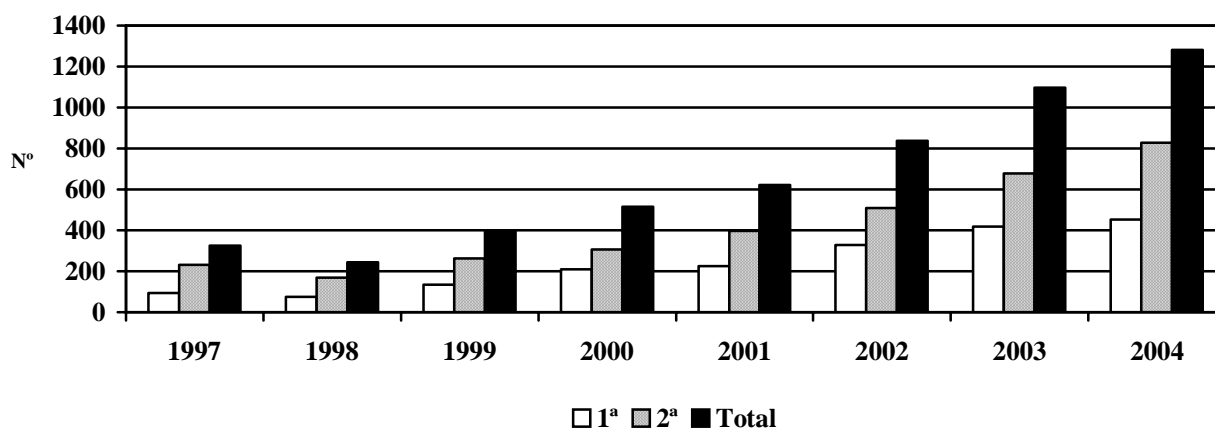
* Desfecho final desconhecido em várias gestações.

Fonte: Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, Porto, 2005.

No que diz respeito à técnica de Microinjecção Intracitoplasmática dos 1427 ciclos completos iniciados no mesmo ano 27,8% (n=396) proporcionaram uma situação de gravidez e 21,5% de situação de parto, com o nascimento de 385 crianças.

Relativamente ao Hospital da Senhora da Oliveira, que possui uma área de influência de 300 mil habitantes, mas que abarca concelhos de fora da Unidade de Saúde de Guimarães-Fafe, é notório o aumento do número de consultas (Figura 1), tendo-se cifrado em 1281 em 2004, correspondendo a um aumento de 295,4% entre 1997 e 2004.

Figura 1 - Evolução do número de consultas de infertilidade do Hospital da Senhora da Oliveira, 1997-2004



Fonte: Serviço de Apoio à Gestão do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, 2005.

Este aumento exponencial deve-se, por um lado, à maior capacidade de resposta em termos de consulta, mas também, à entrada em funcionamento do laboratório, facultando aos casais tratamentos completos.

O desenvolvimento das Tecnologias da Reprodução Assistida, associado à diminuição da taxa de fecundabilidade a nível da Europa e ao envelhecimento populacional, leva a que os temas ligados à Procriação Medicamente Assistida suscitem cada vez maior interesse. No entanto, estas tecnologias levantam questões éticas, cada vez mais pertinentes, sendo necessário estarmos todos preparados para participarmos activamente, de forma consciente e fundamentada, na tomada de decisões, que não serão certamente fáceis de tomar, nem serão

consensuais. Daí a importância deste nosso trabalho, que embora com as limitações já referidas, é a primeira investigação realizada em Portugal, com o objectivo de identificar a nossa realidade na área da infertilidade.

Conclusões

No presente artigo preocupamo-nos sobretudo com algumas questões metodológicas relacionadas com a problemática da infertilidade e o contributo que as ciências sociais e médicas podem dar para o seu estudo.

Não faz mais sentido insistir na postura que foi desenvolvida até ao momento, solitária e pouco conveniente para uma abordagem holística em saúde, necessitando a infertilidade de ser estudada e tratada conjuntamente com outros problemas reprodutivos, como sejam, a contraceção, as Infecções Sexualmente Transmissíveis, a gravidez e o parto.

Num território, como Guimarães, marcado por características demográficas e sócio-económicas peculiares, com destaque para as profissões de risco associadas à indústria têxtil, de vestuário e de calçado, era previsível a existência de uma significativa incidência de casos de infertilidade. Não obstante, e porque tivemos que contar com uma colaboração voluntária dos 1129 casais contactados sem filhos após cinco anos de casamento, não nos é possível atingirmos o primeiro objectivo que equacionámos no início deste projecto, *id est*, diagnosticar a proporção de indivíduos com infertilidade em relação à população em geral. Ainda assim, podemos inferir que a opção do casal por não ter filhos nos primeiros cinco anos de casamento (“infertilidade” voluntária) se circuncreveu a apenas a cinco casais.

Ainda que no presente artigo não tenham sido analisadas as entrevistas realizadas, é importante não esquecer que a infertilidade provoca *stress* e angústia nos casais, sentindo a equipa de investigação a necessidade de seguir algumas das sugestões transmitidas pelas entrevistadas, como seja, a de criação de uma Associação de Casais Inférteis, à guiza do que existe nos Estados Unidos da América, onde a Associação Nacional de Fertilidade oferece educação, defesa e apoio e possui cinquenta centros locais (<http://www.resolve.org>).

Refira-se ainda que, a nível europeu, as recomendações emanadas da *European Society of Human Genetics*, em conjunto com a *European Society of Human Reproduction and Embriology*, focam, entre outros aspectos, a necessidade dos profissionais que lidam com

casais inférteis, atenderem aos aspectos emocionais e psicológicos que resultam das experiências de tratamentos de infertilidade (<http://www.eshg.org/>).

O caminho a percorrer ainda é longo, mas Portugal está a conseguir alcançar objectivos semelhantes aos europeus. A luta deverá concentrar-se, essencialmente, na tentativa de diminuição das gravidezes múltiplas, com uma avaliação correcta não só das taxas de gravidez no fim de cada ano, mas essencialmente do número de nascimentos por ano, associada aos custos, complicações e grau de satisfação dos casais.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, A.N., *et al.* (1994), *Os padrões recentes da infertilidade em Portugal*, Lisboa, APEM.

BARRETO, A. (org.) (2000), *A Situação Social em Portugal 1960-1999*, vol. II, Lisboa.

CARMO, H.; FERREIRA, M.M. (1998), *Metodologia da investigação: guia para a auto-aprendizagem*, Lisboa, Universidade Aberta.

CHARLESWORTH, M. (1996), *La bioética en una sociedad liberal*, Cambridge, Cambridge University Press.

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

MACHADO, J.P. (2001), *Problemas éticos relativos à reprodução/procriação medicamente assistida*, in ARCHER, L., *et al.*, *Novos desafios à Bioética*, Porto, Porto Editora, pp. 98-109.

MARTIN, E. (1997), *Embodied progress. A cultural account of assisted conception*, London, Routledge.

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 Médica 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^e éd., Paris, Armand Collin, pp. 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..

REMOALDO, P.C., et al. (2004), *A infertilidade no concelho de Guimarães – contributos para o bem-estar familiar*, in CD-ROM de “Actas do V Congresso da Geografia Portuguesa”, 13 p. (em fase de publicação).

SANTANA, P. (2002), “A mortalidade “evitável” em Portugal Continental, 1989 a 1993”, *Revista de Estudos Demográficos*, Lisboa, pp. 107-145.

SANTOS, A.A.; SANTOS, T.A. (2001), *Novas questões em reprodução medicamente assistida*, in ARCHER, L., et al., *Novos desafios à Bioética*, Porto, Porto Editora, pp. 93-97.

SMITH, S., et al. (2004), *Diagnóstico e tratamento da infertilidade feminina*, JAMA Portugal, 2(11), pp. 849-859.

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.eshg.org/>

<http://www.ine.pt>

<http://www.resolve.org>