



ÁREA TEMÁTICA: Saúde; corpo e sexualidade

Reprodução Medicamente Assistida: da definição dos riscos médico à construção do risco social

AUGUSTO, Amélia

Doutorada em Sociologia

Universidade da Beira Interior

ameliaaugusto@ubi.pt

Resumo

Até há bem pouco tempo, a definição e a gestão do risco baseava-se em assunções exclusivamente técnico-científicas. A teoria social do risco veio alterar este estado de coisas, incorporando na sua análise as dimensões sociais, culturais e políticas, que até então não eram tidas em conta.

Ainda que com alguma frequência o debate médico, e muito esporadicamente o debate público levantem a questão dos riscos associados aos tratamentos de infertilidade e à reprodução medicamente assistida, os mesmos desenvolvem-se quase que exclusivamente em torno da noção biomédica do risco. Estudos na área das ciências sociais têm vindo a contestar este reducionismo e a apresentar riscos que não são usualmente identificados pela medicina da reprodução.

A presente comunicação, embora dê conta dos riscos médicos e dos riscos sociais das tecnologias de reprodução medicamente assistida, procura, sobretudo, explicitar o modo como ambos são definidos e geridos pessoal e quotidianamente por quem os experimenta, os casais envolvidos em tratamentos de infertilidade.

Partindo de entrevistas realizadas a estes casais e a especialistas em medicina da reprodução, pretende-se clarificar os pilares sobre os quais assentam ambas as perspectivas, explicitando como assunções muitas vezes contrastantes e outras tão próximas contribuem para as respectivas construções sobre o risco destes tratamentos e para a tomada de decisão, tanto dos médicos, como dos inférteis.

Palavras-chave: Infertilidade; risco médico; risco social





1. - Risco social: para além da perspectiva técnico-científica

A noção de risco é genericamente percebida como a probabilidade de ocorrer um efeito adverso. Até há bem pouco tempo, o risco era sempre entendido e definido no âmbito da perspectiva técnico-científica, sendo também essa a referência para a definição e avaliação do risco em termos médicos. O risco é, assim, largamente entendido como um fenómeno objectivo, sendo que a pesquisa se dirige para a identificação dos riscos, para o mapear dos seus resultados causais, para a construção de modelos capazes de prever relações de risco e para a proposta de modos de delimitar os efeitos dos riscos. Este tipo de pesquisa é orientado por uma abordagem racionalista, em que o cálculo e a medida científicos são a base de análise e o ponto de partida de estudos sobre o risco (Lupton, 1999). Os médicos conceptualizam o risco tendo por referência a ideologia biomédica, pelo que este é concebido como intrínseco à prática da medicina.

Dois tipos de avaliação de risco são rotineiros no trabalho médico: no primeiro procede-se à construção epidemiológica do risco, usada para auxiliar no diagnóstico; no segundo, ponderam-se os riscos e os benefícios de um acto médico quando se sabe que lhe está associada a probabilidade do mesmo ter efeitos adversos. Alguns riscos podem ser conhecidos, mas podem também ser desvalorizados face à ponderação dos potenciais benefícios (Becker, 2000). A autora argumenta que a tomada de risco pela biomedicina é muitas vezes recompensada de várias formas, nomeadamente quando um médico publica artigos que descrevem resultados com sucesso de procedimentos que envolvem um risco considerável. A inacção face ao risco pode mesmo ser considerada como um comportamento médico conservador ou até negligente.

A infertilidade tem vindo a ganhar cada vez mais visibilidade pública, não só devido divulgação de taxas crescentes de casais nesta condição, mas também aos avanços da medicina na área da reprodução medicamente assistida (RMA) e ao aumento da oferta de serviços na área. Contudo, ainda que o debate profissional e, mais esporadicamente, o debate público levistem a questão dos riscos dos tratamentos de infertilidade, os mesmos desenvolvem-se quase que exclusivamente em torno da noção biomédica de risco

Até há pouco tempo, a noção pública ou social de risco era vista pelos cientistas como um campo pouco interessante. A teoria social do risco veio alterar este estado de coisas, ao questionar as assunções técnico-científicas, incorporando na sua análise dimensões sociais, culturais e políticas que até então tinham estado completamente arredadas das reflexões sobre o risco.

Na década de 80 do século XX surgiram três grandes perspectivas sociais sobre o risco que enquadrariam e marcariam todas as subseqüentes reflexões a este nível: a teoria do cultural-simbólico, proposta por Mary Douglas e os seus seguidores, a perspectiva da “sociedade do risco”, desenvolvida por Beck e por Giddens, e a perspectiva da “governamentalidade”, baseada nas ideias de Foucault (Lupton, 1999).

Em conjunto, estas três perspectivas afastam claramente a exclusividade da noção técnico-científica do risco, já que têm em conta os contextos sociais, culturais e históricos mais amplos a partir dos quais o risco retira o seu significado. No quadro da abordagem racionalista dos risco, os juízos das pessoas leigas são usualmente desvalorizados quando comparados com análises mais “periciais”, “precisas” e “científicas”. O risco, enquanto fenómeno sócio-cultural, tem pouco ou nenhum espaço na visão técnico-científica.

Para os representantes das teorias sociais do risco, este não pode ser simplesmente aceite como um fenómeno autónomo, independente e isolado dos contextos em que ocorre e em que é experimentado. As noções de risco estão incorporadas nas configurações sociais de crenças e ideias complexas, e estão inexoravelmente ligadas com a sua época histórica, assim como com o ambiente económico, social e político (Becker, 2000).



Assistimos hoje a um crescente corpo da teoria sociológica que procura investigar como as pessoas dão sentido e respondem a riscos específicos. Sabemos que o conhecimento leigo do risco tende a ser altamente contextual, localizado, individualizado e reflexivamente consciente da diversidade e da mudança. “É cada vez mais reconhecido que as populações leigas e os peritos profissionais diferem não só na extensão e sofisticação dos cálculos que fazem, mas também em termos de conceitos ou quadros em que tais quadros ocorrem” (Williams, Popay e Bissel, 1995:121).

Segundo Lupton e Tulloch (2002), os conhecimentos sobre o risco – tanto dos leigos, como dos peritos – são inevitavelmente mediados por quadros de referência sociais e culturais de entendimento e são, por isso, dinâmicos e históricos.

2. - O risco para os especialistas

O risco, em termos médicos, é entendido como um fenómeno objectivo, pelo que se tentam identificar os riscos, apurar as suas consequências e circunscrever, ou mesmo eliminar, os seus efeitos. Vários riscos médicos (ou fisiológicos) têm sido associados aos tratamentos de infertilidade. Existe uma série de riscos reconhecidos, para os quais existe prova de associação directa com alguns aspectos do tratamento, e uma série de riscos “suspeitados”, aqueles que se crêem associados a estas técnicas, mas cuja relação causal não foi provada (Stepheson, 1993).

De entre os riscos reconhecidos salienta-se a gravidez múltipla. Melhorar as taxas de sucesso é um desafio e uma necessidade para os especialistas. A transferência de um maior número de embriões para o útero aumenta as probabilidades de sucesso, mas também as probabilidades de gémeos, trigémeos...

Segundo Fathalla (2002), o risco de gestação múltipla é usualmente expresso em termos morbilidade e mortalidade perinatal e infantil. Os bebés de gravidezes múltiplas tendem a ser prematuros, e a ter baixo peso à nascença, enfrentando riscos de deficiência neurológica, paralisia cerebral, atraso mental e problemas sensoriais (Stepheson, 1993).

A síndrome da hiperestimulação ovárica é outra consequência iatrogénica destes tratamentos. Na estimulação ovárica são administradas hormonas que visam estimular a ovulação. Esta pode revelar-se excessiva, ocorrendo uma hiperestimulação do ovário, sendo que as consequências que daí advêm são perigosas e pode mesmo causar a morte.

Têm ainda sido descritas possibilidades de ocorrerem complicações tanto na recolha de ovócitos como na transferência de embriões, como sejam os riscos de infecções, de perturbações urinárias, de ferimento visceral e trauma ovárico seguidos de hemorragia, o que pode conduzir a aderências intra-pélvicas. Estas aderências podem exacerbar a infertilidade preexistente, ou causar infertilidade em mulheres que se vêem envolvidas nestas técnicas devido a infertilidade masculina (Koch, 1993).

Tal como já foi referido, existem também os riscos “suspeitados”, sobre os quais não há a certeza da prova. É o caso da gravidez extra-uterina ou ectópica. Tem sido sugerido que a probabilidade de gravidez ectópica aumenta à medida que aumenta o número de ciclos de tratamento, em parte devido ao aumento do estrogénio, causado pelas estimulações ováricas, e também às técnicas associadas à transferência de embriões para o útero. A indução de ovulação parece também poder ser associada a certos cancros dependentes de hormonas, particularmente o cancro do ovário, do endométrio e da mama (Stepheson, 1993).

Quando questionados sobre os riscos associados aos tratamentos de infertilidade e à RMA, a maior parte dos especialistas¹ remete a sua resposta para a perspectiva médico-científica, indicando, sobretudo, a



hiperestimulação ovárica e a gravidez múltipla. De uma série de outros riscos efectivos ou “suspeitados” que foram antes indicados, apenas um especialista referiu o risco potencial da aspiração dos ovários, outro o eventual esgotamento dos folículos, e um outro o carcinoma do ovário, embora tenha esclarecido que não há provas que confirmem uma relação de causa-efeito.

De um modo geral, constata-se um discurso normalizador do risco. No caso da síndrome de hiperestimulação ovárica, por exemplo, ainda que possa pôr em risco a vida da mulher, é um risco relativizado, sobre o qual os especialistas consideram ter um elevado grau de controlo. Não obstante, por mais do que uma vez foram mencionados internamentos resultantes de uma hiperestimulação, ainda que se adiante que são raros. Refere-se que “lá fora” (noutros países) já morreram mulheres, mas que cá não se tem conhecimento de nenhum caso de morte. Três especialistas relatam casos graves com que se depararam resultantes de procedimentos associados aos tratamentos de infertilidade – hemorragia grave seguida de ablação do útero, hiperestimulação grave, hiperestimulação seguida da remoção dos ovários –, mas todos remetem esses acontecimentos para contextos clínicos estranhos à sua unidade. Aliás, por mais do que uma vez, numa clara reivindicação de pericialidade, de delimitação e protecção de um campo de acção, foram criticados procedimentos médicos levados a cabo por clínicos que não estão ligados à medicina da reprodução.

“(...) há casais em que a senhora toma o indutor de ovulação durante meses a fio, quando o problema nem sequer é um problema de ovulação. O empirismo de atitudes é que é preocupante. Não deveria ser utilizado. A esterilidade trata-se depois de se fazer um diagnóstico” (EMR5).

“ [referindo-se ao risco de gravidez múltipla] o maior problema põe-se em termos de estimulação de ovulação, os comprimidinhos que andam por aí a tomar, sem controlo nenhum, quando dá por ela...” (EMR2).

“ [referindo-se a uma mulher] ouviu falar de um senhor qualquer aí (...) que faz um tratamento qualquer, daqueles que faz um raio-X do corpo inteiro, que ainda há muito aqui nesta zona, e ele fez-lhe uma hiperestimulação” (EMR).

Devido a este controlo que os especialistas reivindicam ter sobre a administração de hormonas e a aplicação das técnicas, entendem que os benefícios ultrapassam largamente o risco, embora nenhum deles tenha admitido sobrepor o risco em relação ao benefício. Como foi sugerido por alguns, quando o risco é grande, interrompem o ciclo, ou seja, quando os riscos previsíveis vão para além da ideia de riscos aceitáveis. A este respeito, Oakley (1987:33) refere a necessidade de ter em conta a dimensão social que contêm todas as avaliações de eficácia ou segurança de uma técnica, questionando-se sobre o que é, afinal de contas, um “nível de risco aceitável”.

Os médicos conceptualizam o risco tendo por referência a ideologia biomédica, pelo que este é concebido como intrínseco à prática da medicina. Um especialista referiu que existe “*um risco físico inerente à prática médica*” (EMR1), um outro que “*todos os actos médicos comportam riscos*” (EMR5) e um deles referiu mesmo que “*o risco, quando é cirúrgico, tem aquela vertente normal*” (EG2). Constata-se aqui, de novo, uma normalização do risco. Segundo Price (1999:51), as pressões institucionais protegem o status estabelecido do juízo clínico, que se torna habituado a controlar o discurso sobre o risco.

Tal como já foi referido, de um modo geral, os especialistas indicaram a gravidez múltipla como um dos riscos associados a estes tratamentos. Contudo, não são unânimes na análise que fazem relativamente à intensidade deste risco, ou ao grau de controlo a que pode ser submetido. Para um especialista, “*o risco da gravidez múltipla foi aquele que ficou, como o grande risco que sobrou, e aquele que levou a que todos os médicos agarrassem no assunto porque é uma preocupação*” (EMR1). Do mesmo modo, um outro diz: “*não sei se neste momento o risco maior não serão as gemelares*” (EMR2). Mas há também quem considere que “*a gravidez múltipla é um risco perfeitamente controlável*” (EMR8).



Alguns dos especialistas que reconhecem o risco de gravidez múltipla reconhecem também a necessidade de reduzir a sua incidência, nomeadamente através da redução do número de embriões a transferir para o úteroⁱⁱ. Contudo esta é uma opção que implica, também ela, um risco, ainda que de outra natureza, e este também poderá afectar os especialistas – o risco de se reduzirem as taxas de sucesso. Como referiu um especialista, *“há que ter cuidado e, às vezes, para se ter sucesso exagera-se nas transferências, e isso acontece principalmente no público, há uma pressão para ter resultados”* (EMR8). Um dos entrevistados disse mesmo que a gravidez múltipla é *“um risco dos médicos”*, referindo que *“em Portugal e em muitos outros sítios transferem-se muitos embriões para despachar”*. Defende, ainda, a ideia de que *“a gravidez múltipla é um grave risco, não só um grave risco para o casal, é um grave risco para a sociedade, que tem despesas enormíssimas que ninguém consegue contar, mas o que se quer é que fique grávida, de uma maneira ou de outra”* (EMR). Numa posição (pelo menos aparentemente) oposta, um especialista adiantou que *“temos alguns casos de gravidezes múltiplas, e até tenho algum orgulho, embora haja pessoas que criticam, mas é estranho. Temos quádruplos, e há outras equipas que criticam os nossos quádruplos, que estão vivos e saudáveis, que também metem 4 embriões dentro do útero, e eu tenho provas disso. Mas só introduzo 4 se o casal assim o quiser e se fizer força para isso. É indispensável que ponhamos todos”* (EMR).

Esta alusão a que os casais pressionam os especialistas a transferir mais embriões do que o que seria recomendável foi mencionada por quatro dos entrevistados. Um deles disse ter mesmo sido questionado por casais que lhe disseram que eles não têm o direito de restringir a taxa de sucesso para baixar a taxa de gravidezes múltiplas. Também associado a esta desvalorização dos riscos por parte dos casais, ou à sua decisão de correr esses riscos, foi por mais do que uma vez avançada uma percepção muito positiva que alguns deles têm relativamente à possibilidade de poder ocorrer uma gravidez gemelar, ou mesmo trigemelar.

“ (...) mas, apesar disso, ainda se vai fazendo [transferir mais do que dois embriões], e vai-se fazendo porque às vezes são os próprios casais a insistir. Nós tentamos lutar um pouco contra isso, mas sabe, quando os casais querem muito ter filhos, têm um bocadinho a noção de que se forem dois é melhor, então se forem três ficam logo despachados. Não têm noção da gravidade que pode advir da situação, nem têm a noção do que é ter três filhos da mesma idade em casa, nem têm a noção dos riscos de ter uma gravidez múltipla, e uma trigemelar é ainda pior que uma gemelar. Às vezes são eles próprios que insistem.” (EMR2).

“Mesmo dizer uma gravidez gemelar, ninguém sabe o que isso quer dizer. Porque dizer uma gravidez gemelar não significa ter duas crianças lindas, que dão trabalho, que coisa tão linda. Significa uma gravidez de risco, significa um risco de prematuridade em crianças que podem ficar menos bem em termos de sequelas para o futuro, significa uma carga brutal, porque já tive um ou outro casal que me diz que aquilo do ponto de vista afectivo é muito bom, mas em termos práticos é insuportável. Só quem já viveu directa ou indirectamente estas circunstâncias é que tem o entendimento do que quer dizer uma gravidez gemelar” (EMR4)

Quando questionado sobre a existência de casais que pedem para que seja transferido só um embrião, um especialista disse: *“Na privada tenho. As pessoas no público esperam o número de anos para sentir na pele que só um embrião diminui as probabilidades”* (EMR1).

Estas percepções do risco de alguns casais, que são transmitidas com alguma estranheza pelos especialistas, vão no sentido do que tem vindo a ser avançado pelas teorias sociais do risco, já que estas enfatizam o modo como o conhecimento leigo do risco tende a ser altamente contextual, localizado e individualizado. Sabemos já que os leigos e os peritos não coincidem no modo como definem e enquadram os riscos, nem partilham os quadros no âmbito dos quais essas definições e avaliações são produzidas. As percepções dos casais remetem para a ideia de um actor reflexivo, que está disposto a correr os riscos, quando pesados em relação aos benefícios (Lupton e Tulloch, 2002), e para a necessidade de localizar e interpretar essas perspectivas no âmbito das suas vidas sociais e materiais quotidianas, assim como no contexto das relações sociais e das estruturas sociais que as moldam (Williams, Popay e Bissel, 1995). Algo



que também poderá ser constado no ponto seguinte, referente às percepções dos riscos explicitadas pelos casais envolvidos em tratamentos de infertilidade.

Retomando aqui a referência à perspectiva técnico-científica do risco, a partir da qual o risco, em termos médicos, é avaliado e definido, assim como a ideia avançada no enquadramento teórico de que os profissionais médicos se circunscrevem quase exclusivamente à noção biomédica do risco, importa fazer aqui referência a afirmações de alguns especialistas que, em certa medida, se afastam destas concepções. De facto, cinco especialistas consideram a existência de riscos que não são equacionados no quadro de referência dos riscos médicos - riscos psicológicos, emocionais e financeiros.

“O risco maior é em termos psicológicos, porque, de facto, estes casais têm que ter alguma capacidade psicológica para aguentar com toda a invasão que a gente faz, por um lado a sua vida privada, e também a nível pessoal (...) porque o facto de terem que se deslocar cá várias vezes, de estarmos sempre a interferir, a pedir isto e aquilo” (EMR2).

“Mais riscos psicológicos do que outra coisa (...), acho que os riscos psicológicos são mais graves do que propriamente [os riscos médicos]” (EG7).

Um desses especialistas identifica mesmo a ocorrência do “efeito de montanha russa emocional” (ainda que não o tenha assim designado), ao fazer referência a um “certo risco emocional”, a uma “associação da euforia com a depressão”, que faz *“balançar o equilíbrio pessoal, familiar e profissional”* (EMR6). No entanto, por vezes, fica a sensação de que estes riscos são enfatizados num quadro de desvalorização dos riscos médicos. Isto ainda que haja quem tenha vincado a ideia (e tratou-se apenas de um especialista) de que o conhecimento médico ainda não conseguiu chegar bem à conclusão de todas as consequências inerentes à prática da RMA, sobretudo no que diz respeito às crianças nascidas por essas técnicas.

3. - Viver e experimentar o risco

A vivência e a experiência subjectiva do risco podem ser muito diferentes da sua descrição biomédica. Tal como sugerem as perspectivas socio-culturais, as percepções pessoais do risco são afectadas por factores sociais e históricos, entre os quais ganham proeminência as questões de saúde (Becker, 2000).

Estudos na área têm feito referência a uma série de riscos dos tratamentos de infertilidade que não são usualmente identificados pelo discurso médico-científico. Alguns deles dizem respeito a grave stress emocional, tanto para cada um dos parceiros como para o seu relacionamento enquanto casal, quebras financeiras e as consequências de uma gravidez múltipla. Estas últimas vão para além das que são pelos riscos médicos. De facto, os nascimentos múltiplos podem causar problemas de vários tipos para o casal. O peso financeiro pode ser imenso e o trabalho adicional avassalador. Normalmente, as casas não estão preparadas para um súbito e tão grande aumento da família. A tudo isto junta-se a provável prematuridade dos bebés. A organização da vida familiar quotidiana passa a ser planeada ao pormenor.

No tratamento da infertilidade há ainda que contar com o impacto psicossocial da impossibilidade de gravidez após longos, caros e sucessivos tratamentos. Koch (1993) diz que as mulheres envolvidas neste processo investem muito na esperança de conseguir uma gravidez, e de que esse investimento aumenta à medida que o tratamento progride, pelo que o desfecho sem gravidez é altamente fracturante. Muitos estudos fazem mesmo referência a um “efeito de montanha russa”, procurando descrever os altos e baixos emocionais que os casais enfrentam no decorrer de cada ciclo de tratamento a que se submetem.

Não obstante os riscos médicos e não médicos que têm vindo a ser mais directa ou indirectamente associados aos tratamentos de infertilidade, não é possível generalizar sobre o modo como estes são



vivididos pessoal e quotidianamente por quem os experimenta, assim como não podem ser entendidos como garantidos ou permanentes.

Embora as ideias individuais sobre o risco sejam influenciadas por assunções culturais e produzidas no âmbito de um contexto histórico, o entendimento e a percepção pessoal também dependem das circunstâncias e dos constrangimentos das vidas quotidianas. Os riscos relativos ao peso financeiro e ao cuidado de muitos bebés da mesma idade pode ser desvalorizado por um casal que tem condições para assumir tanto essas despesas, como os encargos financeiros da contratação de apoio nas tarefas domésticas. Os riscos de saúde podem ser um motivo de dissuasão para uma mulher com uma carreira profissional gratificante, que encontra múltiplas formas de realização na sua vida, mas podem ser remetidos para segundo plano por uma mulher que tenha colocado no centro dos seus planos de vida o casamento e a consequente maternidade.

Remetendo, de novo, para a teoria social do risco, sabemos da necessidade de ter em conta os contextos sociais, culturais e históricos mais amplos a partir dos quais o risco retira o seu significado. Sabemos, também, que as percepções pessoais do risco são afectadas por factores que operam no âmbito desses contextos. Como sugere Becker (2000), quando os esforços para viver de acordo com as normas culturais são incorporados nas biografias das pessoas e são reflectidos nos sistemas de produção de cuidados de saúde através de padrões bem delineados de tratamento médico, os riscos inerentes ao tratamento (neste caso da infertilidade) podem ser desvalorizados.

Assim, num contexto social e cultural de forte valorização da maternidade biológica, em que a medicalização da infertilidade e a existência de sofisticadas tecnologias de reprodução normalizam e rotinizam a intervenção médica nesta área, não foi propriamente surpreendente perceber nestes relatos uma certa desvalorização dos riscos associados ao tratamentoⁱⁱⁱ. Mais, aquilo que foi percebido como risco não foi a possibilidade de ocorrerem efeitos nefastos, mas a própria infertilidade. O que foi percebido como risco foi a possibilidade de manter a condição de infértil. Aquilo que a maior parte das entrevistadas disseram recear mais, em todo este processo em que estão envolvidas, foi a hipótese de chegarem ao fim sem concretizarem uma gravidez. Isto remete para o que Lash (2000) designou por resposta emotiva e estética ao risco, baseada em valores morais, em assunções desarticuladas e em experiências pessoais.

Embora existam afirmações que remetem para um actor consciente do que é o risco e da incerteza que marca a vida moderna,

“Nós não temos certezas hoje em dia. E aqui é pior. Não temos certezas em nada daquilo que nos rodeia e neste processo mais do que em qualquer um” (Dário).

e ainda que, muito pontualmente, seja colocada a possibilidade de os tratamentos poderem vir a ter consequências em termos de saúde,

“ [Têm surgido] muitas complicações de saúde. Eu faço tratamento, eu tenho pólipos, e tenho de ir outra vez fazer a aspiração, e são muitas anestésias gerais, são muitos tratamentos e eu estou a ficar com um bocadinho de medo” (Eva)

o que ressalta destes relatos é uma tomada de risco voluntária, de onde podem advir ganhos pessoais, nomeadamente a concretização dos seus planos reprodutivos.

“Temos sempre que arriscar. [E: e quais são os seus principais receios?] Tantos. Tantos, e ao mesmo tempo, a gente não pensa neles. E será que é desta?” (Fátima).

Por mais do que uma vez a explicitação de medos e receios associados aos riscos de saúde inerentes ao tratamento não foi avançada por quem está mais exposto a esses riscos, neste caso a mulher, e sim pelo seu marido/companheiro. Elas parecem mais dispostas a correr riscos, provavelmente porque é também nelas que mais recai a influência dos tais factores sociais, culturais e históricos antes referidos. Tal como sugere Fox (1999), aquilo que é entendido por um indivíduo como um risco nefasto pode ser encarado por



outro como a oportunidade de atingir um objectivo desejado. Neste caso, mesmo quando esses dois indivíduos formam um casal.

“Ele apoia-me, mas ao mesmo tempo tem medo que as coisas possam correr mal. Ele põe a hipótese de as coisas correrem mal e nunca mais..., de eu morrer, por exemplo, ele põe essa questão. Eu não, eu vou para a frente, seja bom, seja o que Deus quiser. Eu mando-me para a frente porque a hipótese de ter um filho supera isso tudo. Mesmo as coisas bem calculadas, às vezes, acontecem. Eu sei que corro um risco”. (Catarina).

“Ele pensa mais do que eu [na saúde dela]” (Francisca). “Eu penso mais do que ela. Ela pensa mais em termos de levar isto até... até ao limite, claro. E eu, muitas vezes, porque é um tratamento um bocado agressivo, porque em termos hormonais afecta um bocado, eu penso mais nisso do que ela. Ela não...” (Francisco).

A gravidez múltipla, à qual têm sido associados riscos médicos, mas também outro tipo de riscos já aqui descritos e que não são tidos em conta no discurso médico, é um risco fortemente desvalorizado pelos entrevistados. Por diversas vezes a ideia de poderem nascer 2, 3, 4 crianças não se lhes afigurava como particularmente assustadora. Antes pelo contrário. Pode-se mesmo dizer que os casais tinham uma ideia romantizada relativamente à gravidez gemelar.

“Três, quatro, os que viessem. Para mim tanto se consegue criar um como quatro. Em vez de passear todos os dias, passeava só uma vez por ano” (Baptista).

“Se viessem três, vinham. Eu sempre quis ter muitos filhos” (Eva).

“Não tem problema. Aí já desconta o tempo que ela não teve filhos. Três ou quatro já dá um grande desconto” (André).

É difícil tentar avançar justificações para o facto de os casais atribuírem significados tão positivos à possibilidade de virem a desenvolver uma gravidez múltipla, se é que é legítimo fazê-lo. Contudo, há sempre que ter em mente que o conhecimento leigo do risco tende a ser altamente contextual, localizado e individualizado, além de ser dinâmico e sujeito a mudanças. Provavelmente, estas mesmas pessoas, caso nunca tivessem tido problemas em engravidar, entenderiam essa mesma possibilidade de diferente modo. Depois, há também que ter em conta o modo como o discurso médico enquadra o risco de gravidez múltipla, se ele é explicitado durante o tratamento e de que forma, nomeadamente se é enquadrado tendo apenas como referência a perspectiva técnico-científica. O facto de ser oferecido um número limitado de ciclos de tratamento, conjuntamente com o facto de os casais que já tenham tido um filho por meio das tecnologias de reprodução medicamente assistida não poderem aceder de novo a estes tratamentos (no sector público), pode também levar os casais a desejar tudo o que possa potenciar o sucesso de um desses ciclos, e a entenderem a gravidez gemelar como a única possibilidade de terem mais do que um filho (biológico).

“Bem, quatro assusta-me um bocadinho. Mas se me dissessem se prefiro ter nenhum ou quatro, eu prefiro ter quatro” (Belém).

Sandelowsky (1993), nas suas investigações, identificou aquilo que ela designou como a “escolha de Sofia”, o dilema de ter que escolher entre duas alternativas indesejadas, os riscos médicos associados ao tratamento e não ter filhos. A maior parte destes casais parece ter escolhido o risco, pelo menos temporariamente. Talvez por isso uma grande parte tenha afirmado não haver nada que ponha de lado a sua ideia de ter um filho, a não ser o facto desse filho poder vir a sofrer de malformações ou deficiência. A verdade é que quando os riscos são experimentados como riscos pessoais, geridos pelo casal (no caso de riscos financeiros ou de um agregado familiar muito alargado) ou pela mulher individualmente (no caso de riscos de saúde), estes são entendidos como riscos que vale a pena correr, e são frequentemente enquadrados de modo positivo. Quando se trata da possibilidade de um possível filho vir a sofrer riscos, essa percepção parece alterar-se substancialmente. O que, quando contrastado com o modo como é



entendida a gravidez múltipla, se afigura como paradoxal, já que uma boa parte dos riscos que lhe estão associados dizem respeito aos fetos. Estarão os casais suficientemente informados sobre estes riscos?

Apenas quatro mulheres indicaram outros motivos que punham de lado a sua ideia de ter filhos; uma dela avançou a possibilidade de o tratamento poder dar origem a uma doença que a prejudicasse a ela ou ao bebé, outra avançou motivos de saúde, uma terceira a não existência de condições económicas e a quarta a hipótese de a relação entre o casal não estar bem.

4. – Notas conclusivas

A leitura e o enquadramento dos riscos dos tratamentos de infertilidade que são feitos por parte dos casais denotam bem a importância de que se revestem os contextos sócio-estruturais nos modos como se constroem as experiências objectivas e subjectivas e se produzem significados particulares a partir de uma dada situação. Assim, num contexto social de forte valorização da maternidade biológica, no qual os casais inférteis sentem, de um modo particular, a pressão para ter filhos e para se conformarem-se com as regras de uma vida adulta (constituir família, ter filhos) e de uma avaliação muito positiva da ciência e da tecnologia que prometem ultrapassar praticamente todos os obstáculos da natureza, não é particularmente surpreendente constatar uma certa desvalorização do risco por parte dos casais, e sobretudo por parte da mulher. O peso do rótulo de infértil e o desejo de ter um filho inibem a ponderação dos riscos, só o possível benefício interessa.

Não pode deixar de ser questionada a relação que poderá existir entre esta desvalorização do risco e o discurso normalizador do mesmo veiculado pelos especialistas. A maior parte dos especialistas definiu em termos biomédicos os riscos associados aos tratamentos de infertilidade, mas sublinhou o crescente controlo que têm vindo a ganhar sobre os mesmos. Os especialistas que avançaram outros riscos que não poderão ser incluídos no quadro de referência biomédico – riscos psicológicos, emocionais e financeiros – parecem fazê-lo, também eles, num quadro de desvalorização dos riscos médicos, parecendo atribuir aos primeiros maior probabilidade e mais importância.

A percepção positiva dos casais relativamente à possibilidade de ocorrer uma gravidez múltipla foi também referenciada, não sem alguma estranheza, por alguns especialistas. Contudo, os próprios especialistas não são unânimes relativamente à análise que fazem da intensidade deste risco, ou do grau de controlo a que pode ser submetido. O modo como os especialistas definem e enquadram este risco no encontro terapêutico pode contribuir para a percepção e valorização positivas por parte dos casais. Além disto, as perspectivas dos casais sobre os riscos devem, como já vimos, ser compreendidas no âmbito das suas vidas pessoais e dos contextos sociais em que estas se desenvolvem.

Assim, para além de todos os factores já mencionados, é necessário ter em conta outros aspectos que condicionam as escolhas e as percepções dos casais, e que contribuem para leituras que só poderão ser estranhas quando feitas a partir de fora. Os casais portugueses que recorrem a tratamentos de infertilidade nas unidades públicas de medicina da reprodução fazem-no, muitas das vezes, depois de já terem passado longos períodos de tempo entre o médico de clínica geral e o ginecologista, na procura das causas e da solução para a sua incapacidade em conceber. Quando finalmente ingressam numa dessas unidades, e depois de sujeitos ao processo de diagnóstico, que poderá ser longo e mesmo inconclusivo, defrontam-se com uma lista que os poderá fazer esperar até dois anos para iniciarem o tratamento. A necessidade de administração repetitiva de medicação muito dispendiosa, comparticipada apenas em 40% pelo Estado, a baixa taxa de sucesso dos tratamentos, aliada a todas as despesas extras em que têm de incorrer para poderem estar na unidade as muitas vezes que o protocolo terapêutico exige, colocam os casais em situações financeiras extremas, às quais se juntam todas as outras pressões já referenciadas. Estes casais sabem que dispõem de um número limitado de ciclos, sabem da sua baixa taxa de sucesso, e sabem que



mesmo tendo a sorte de engravidar e de ter um filho, não terão possibilidades de recorrer ao sector público na procura de um segundo. É também neste cenário que os casais constroem as suas avaliações e as suas percepções dos riscos, nomeadamente do risco de gravidez múltipla.

Referências Bibliográficas

- BECKER, Gay (2000) *The Elusive Embryo. How Women and Men Approach New Reproductive Technologies*, Berkeley, University of California Press
- FATHALLA, Mahmoud (2002) "Current challenges in assisted reproduction", em Vayena E.; Rowe, P.; Griffin, P. (eds.) *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*, Genève, WHO
- FOX, Nick J. (1999) "Postmodern reflections on 'risk', 'hazards' and life choices", em Lupton, D. (ed.) *Risk and Sociocultural Theory. New Directions and Perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press.
- KOCH, Lene (1993) "Physiological and psychological risks of the new reproductive technologies", em Stephenson, P.; Wagner, M. (eds.) *Tough Choices. In Vitro Fertilization and the New Reproductive Technologies*, Philadelphia, Philadelphia University Press.
- LASH, Scott (2000) "A reflexividade e os seus duplos", in Beck, U.; Giddens, A; Lash, S., *Modernização Reflexiva. Política, Tradição e Estética no Mundo Moderno*, Oeiras, Celta.
- LUPTON, Deborah (1999) "Introduction: risk and sociocultural theory", em Lupton, D. (ed.) *Risk and Sociocultural Theory. New Directions and Perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press.
- LUPTON, Deborah; Tulloch, John (2002) "Risk is part of your life: risk epistemologies among a group of Australians", *Sociology*, 36(2), pp 317-334.
- OAKLEY, Ann (1987) "From walking wombs to test-tube babies", em Stanworth, M. (ed.) *Reproductive Technologies, Gender, Motherhood and Medicine*, Cambridge, Polity Press.
- PRICE, Francis (1999) "Beyond expectations: clinical practices and clinical concerns", em Edwards, J. et al. (eds.) *Technologies of Procreation: Kinship in the Era of Assisted Conception*, London, Routledge, 2ª ed.
- SANDELOWSKY, Margarete (1993) *With Child in Mind. Studies of Personal Encounter with Infertility*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press
- STEPHESON, Patricia (1993) "Ovulation induction during treatment of infertility: an assessment of the risks", em Stephenson, P.; Wagner, M. (eds.) *Tough Choices. In Vitro Fertilization and the New Reproductive Technologies*, Philadelphia, Philadelphia University Press
- WILLIAMS, Gareth; POPAY, Jennie; BISSEL, Paul (1995) "Public health risks in the material world: barriers to social movements in health", em Gabe, J. (ed.) *Medicine, Health and Risk. Sociological Approaches*, Oxford, Blackwell

ⁱ No âmbito da investigação empírica foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e aprofundadas a todos os especialistas em medicina da reprodução responsáveis pelas unidades de medicina de reprodução públicas e a dois responsáveis de clínicas privadas, aqui designados por “EMR”. Foram ainda realizadas entrevistas a especialistas em ginecologia responsáveis pelas consultas de infertilidade que existem em alguns hospitais públicos, aqui designados por “EG”.

ⁱⁱ Não existindo, aquando da investigação, uma lei que regulamentasse a RMA, nem *guidelines* implementados pela comunidade médica nesse sentido, a decisão do número de embriões a transferir para o útero dependia exclusivamente da decisão clínica e do consentimento do casal. Actualmente, embora a lei já tenha sido aprovada, ainda não foram tomadas todas as medidas para a implementar.

ⁱⁱⁱ A investigação empírica contou, também, com a realização de entrevistas a casais envolvidos em tratamentos de infertilidade numa unidade pública de medicina da reprodução. Relativamente às orientações metodológicas da investigação, nomeadamente aos critérios que presidiram à selecção dos casais, deverá ser consultada a tese, e mais particularmente o capítulo dedicado à metodologia. Todos os nomes aqui indicados são fictícios.