

## Corpos (in)visíveis. Anulação e superação na fecundidade tardia

*Rosalina Costa\**

*«Alguns casais partem do princípio de que, a partir do momento em que decidem ter um bebé, o mesmo chegará pontualmente nove meses mais tarde – tal como se encomendassem artigos de mercearia para a sexta-feira seguinte.»*

E. Bryan & R. Higgins (2002) *A Criança Esquiva: infertilidade*, p. 61.

### A arquitectura da fecundidade

Balizado pela menarca e menopausa, o período fértil das mulheres, consensualmente definido entre os 15 e os 50 anos, permite-lhes gozar de cerca de 35 anos para que possam ter filhos. Todavia, a menarca e a menopausa são bastante mais que simples marcos do calendário fisiológico feminino (Dexeus & Pàmies 1979), mas antes indícios sociais por excelência na vida da mulher, ainda que simbolicamente colocados em campos diametralmente opostos. Por um lado a menarca é vista como um sinal da entrada ou da preparação para a entrada da mulher na vida adulta, sendo, por isso, usualmente encarada de forma positiva, como o momento a partir do qual a jovem poderá ser mãe, «expressão máxima do modelo reprodutivo» (Machado 1997: 27). Por outro lado, a menopausa assinala, pouco a pouco, o envelhecimento como uma marcha irreversível do desenvolvimento humano, sendo por isso encarada, pela maioria das mulheres com alguma apreensão e desconforto (Machado 1997), associando-se à perda de juventude, força, actividade sexual<sup>1</sup>, energia, beleza, vitalidade e também das capacidades reprodutivas. Como afirma Maria José Machado e tratando-se da menopausa natural<sup>2</sup>, «o facto de já não poder ser mãe é sinal de uma juventude perdida e de um confronto, por vezes, brusco com a fuga inexorável do tempo e a contracção do futuro» (Machado 1997: 29).

São por isso muitos os eufemismos utilizados para dar conta do simbolismo da menopausa. Expressões que aludem à altura em que as mulheres atingem “uma certa idade”,

---

\* Departamento de Sociologia, Universidade de Évora/ACTÆ – Centro Interdisciplinar de Estudos Políticos e Sociais.

Esta comunicação traduz resultados parciais de uma investigação levada a cabo pela Autora no âmbito do V Curso de Mestrado em Sociologia, Área de Especialização: Família e População na Universidade de Évora (2003), dando origem a uma dissertação intitulada *Filhos do Adeus. (Des)sincronização familiar e fecundidade depois dos 40 anos no Portugal contemporâneo*.

<sup>1</sup> Na origem inglesa, a palavra “menopausa” significa o fim de relacionamento com os homens (*men*, “homens” + *pause*, “interrupção”), remetendo assim para futuras perturbações da vida sexual conjugal (Beedell 1975 *apud* Machado 1997: 28). A este propósito, Francisco Allen Gomes (1987a) considera que ainda persiste o mito que a menopausa marca o fim da vida sexual da mulher. Todavia, há também quem defenda que o desaparecimento definitivo do medo de engravidar após a menopausa tem ou pode ter um efeito libertador e desinibidor, estando as mulheres hoje mais interessadas pela vida sexual nesta fase da vida comparativamente ao passado (Dexeus & Pàmies 1979, Gomes 1987a, Delbès & Gaymu 1997).

<sup>2</sup> Ao falar de “menopausa natural” subentende-se aquela que surge como uma etapa natural da fisiologia feminina por volta dos 45-50 anos. Todavia, consequências idênticas podem ser conseguidas por efeito de determinadas intervenções cirúrgicas que provocam simultaneamente o desaparecimento da menstruação e a esterilização definitiva. É o caso da Histerectomia (extirpação do útero), Ovariectomia bilateral (extirpação dos dois ovários) e Anexetomia (extirpação dos ovários e das trompas) (Dexeus & Pàmies 1979), verificando-se nos dois últimos casos uma “menopausa cirúrgica”, porque não passou por um período de adaptação equivalente ao climatério, ocorrendo uma diminuição brusca (e não gradual) do funcionamento dos ovários e, por conseguinte, da produção de estrogénio e de progesterona (Machado 1997).

“aquela idade” ou a “idade crítica”, deixam antever alguma da angústia e perturbação com que certas mulheres vêem chegar os quarenta anos, vendo neles uma ameaça à possibilidade de se sentirem como “mulheres completas” (Machado 1997), já que a cessação definitiva das regras menstruais surge como o culminar de um processo de declínio gradual da fecundidade que afasta definitivamente a capacidade reprodutiva.

De facto, a idade, enquanto marco biológico, molda de forma inextricável a fecundidade. Em termos de fisiologia reprodutiva feminina, a fertilidade aumenta com a menarca, no início gradualmente e depois rapidamente desde um nível zero no início da adolescência até um máximo por volta dos vinte anos, que depois declina gradualmente até cerca dos trinta e de forma mais precipitada durante os quarenta anos, para encetar finalmente uma descida exponencial que, de novo, se aproxima do zero perto dos cinquenta anos, quando as mulheres atingem a menopausa (Ryder 1972). Ora, a este modelo de fertilidade corresponde, não obstante as diferenças encontradas nas diversas sociedades ou populações (Rindfuss & Bumpass 1978), um modelo tendencialmente idêntico de fecundidade em forma de “chapéu” (Nazareth 1988), centrado sobre o período fértil das mulheres. A arquitectura da fecundidade caracteriza-se então por partir de zero no grupo dos 0 aos 15 anos, uma vez que é praticamente inexistente a ocorrência de nascimentos antes desta última idade, para aumentar a partir dos 15 até atingir um máximo entre os 20 e os 30 anos, a partir do qual a fecundidade decai progressivamente até atingir de novo o valor zero por volta dos 50 anos, idade após a qual o número de nascimentos volta a ser praticamente inexistente.

Ao relacionarmos a fertilidade com a fecundidade e sobrepondo num jogo de espelhos as duas curvas, seríamos então levados a concluir que a idade parece ser a explicação única para a fecundidade e que, por conseguinte, reside nos factores biológicos a explicação última para o comportamento desta. Todavia, uma fecundidade absolutamente natural não significa que os níveis de fecundidade dependam unicamente da idade da mulher, caso contrário, as mulheres fariam coincidir muito de perto o período fértil com o período reprodutivo, o que não acontece de todo. Uma fecundidade absolutamente natural significa sim que são os factores fisiológicos que determinam a fecundidade (Sauvy 1979) e que estes factores dependem, em grande medida da idade da mulher mas que, sujeita às leis da natureza é, inevitavelmente, condicionada por outros condicionalismos, onde se incluem os limites involuntários à fecundidade e ainda a perda fetal devida a causas involuntárias (Easterlin 1978)<sup>3</sup>.

Este modelo de fecundidade natural constitui todavia um modelo ideal, longe de ser realizado (Garrett 1947), resultando a fecundidade num *puzzle* admirável que dificilmente reflecte o potencial de fecundidade existente, mesmo depois de retirados os condicionalismos fisiológicos descritos anteriormente. Independentemente da normalidade do organismo da mulher, há uma série de factores que perturbam a marcha regular da reprodução humana. Como afirma Alain Girard, «a fecundidade humana nunca foi inteiramente natural, como um erro de óptica poderia fazer crer» (Girard 1984: 313), devendo-se a discrepância entre a fecundidade natural e a observada a factores de inibição quer de ordem biológica, quer também comportamental que influenciam a probabilidade de ocorrência de um nascimento em casais potencialmente fecundos, seja num tempo particular ou seja para além de um tempo particular (Ryder 1972). De facto, um conjunto de outros factores, apelidados de “socioculturais” (Rahman & Menken 1993), “factores de comportamento” (Henry 1972, Sauvy 1979, Bongaarts 1993) ou de índole “cultural” (Easterlin 1978), contribuem para moldar de forma específica os contornos da fecundidade individual, grupal e social, chamando ao mesmo tempo a atenção para a inexistência de uma fecundidade absolutamente “natural”.

---

<sup>3</sup> É possível assim distinguir entre fecundidade natural e fecundidade regulada (Easterlin 1978), considerando que «a fecundidade natural corresponde ao número de filhos que uma mulher pode ter ao longo do seu período fértil» (George 1974: 47), sem que a mulher ou o casal faça algo para intervir nesse número. O ponto crítico que diferencia ambos os tipos de fecundidade tem pois a ver com a motivação do casal. Por exemplo, uma abstinência (em geral classificada dentro da fecundidade regulada) não planeada ou não propositada, devido a uma doença temporária ou associada a um movimento migratório surge incluída na fecundidade natural (Easterlin 1978).

Os modelos de fecundidade têm pois que ser lidos à luz das variabilidades culturais, concluindo-se assim por uma fecundidade humana cuja arquitectura repousa sob dois pilares, um de natureza biológica e outro de natureza social. Não obstante, a importância da idade e, por conseguinte, da biologia, como constrangimento à fecundidade é tal que este facto poderá explicar em parte porque comumente esta variável “absorve” todas as explicações das diferenças de fecundidade por idade, negligenciando os obstáculos sociais e psicológicos sobre as decisões de fecundidade (Rindfuss & Bumpass 1978).

Contrariamente à idade da menarca e da fecundidade na adolescência, a idade à menopausa, bem como a fecundidade que precede a menopausa e as normas culturais relativas à idade em que o ter filhos deverá estar completo, tem recebido relativamente pouca atenção na literatura científica (Rahman & Menken 1993). Todavia, recentemente, cada vez mais mulheres nos países ditos desenvolvidos optam por atrasar os primeiros nascimentos (Gustafsson 2001), “puxando” a maternidade para perto do limite biológico. Por outro lado, o aumento da esperança de vida veio separar de forma mais nítida a menopausa do processo de envelhecimento com o qual sempre esteve associada, podendo a mulher viver mais duas ou três décadas após os primeiros indícios do climatério<sup>4</sup> (Rahman & Menken 1993). Assume assim particular interesse o estudo das relações entre idade e fecundidade e, mais especificamente, da fecundidade tardia<sup>5</sup>, isto é, da fecundidade que ocorre na última década do período fértil em que biologicamente ainda é possível ter filhos e encetada pelo quadragésimo aniversário com toda a carga simbólica que acarreta. É neste contexto que olhar para os “filhos do adeus”, os filhos que surgem numa fase em que a mulher se “despede” do seu período fértil<sup>6</sup> encetando a “pausa lunar”<sup>7</sup>, pode ajudar a compreender – por dentro – a fecundidade na contemporaneidade<sup>8</sup>, tarefa complexa mas para a qual se pretende contribuir nas páginas seguintes.

---

<sup>4</sup> Etimologicamente, a menopausa é definida como a cessação definitiva das regras menstruais (do grego *mén*, “mês; mênstruo” + *paûsis*, “cessação”). A menopausa assinala assim a cessação das hemorragias uterinas que mensalmente ritmam a biologia feminina (regras). Fisiologicamente distingue-se pois a menopausa do climatério ou período de perimenopausa. Enquanto que a menopausa diz respeito à cessação permanente da menstruação decorrente do declínio da função ovariana, o climatério tem a ver com o processo de reajustamento hormonal que rodeia esse período (Dexeus & Pàmies 1979). O climatério é a expressão do envelhecimento do ovário, que inicia uma suspensão progressiva do cumprimento das suas funções, facto que se traduz por uma multiplicidade de alterações do organismo feminino, entre as quais alterações endócrinas, alterações neurovegetativas (afrontamentos, hipertermia, dores de cabeça, doenças imprecisas, inchaços), alterações cardiovasculares, alterações cutâneas, alterações ósseas, alterações psíquicas e da conduta sexual, alterações dos órgãos dos sentidos, alterações digestivas, alterações metabólicas e alterações ginecológicas (Dexeus & Pàmies 1979).

<sup>5</sup> Noutros estudos porém (Almeida, André & Lalanda 2002), a expressão “fecundidade tardia” associa-se à classificação de gravidez de risco, consensualmente definida a partir dos 35 anos. Internacionalmente, os técnicos de saúde convencionaram considerar “gravidez de risco” as gestações de mulheres com 35 anos de idade ou mais (Andrade 2002), tendo em conta que a partir desta idade a esterilidade aumenta significativamente, como aumentam também os riscos associados à gravidez.

<sup>6</sup> Num artigo intitulado «Os Problemas da Natalidade. IV – Capacidade de Reprodução», publicado em 1947, na *Revista do Centro de Estudos Demográficos*, António de Almeida Garrett, dizia, a respeito da fecundidade que «[...] não é raro observar-se, depois de uma paragem de alguns anos, durante os quais a capacidade de gerar como que se extinguiu, renascer na véspera da menopausa, concebendo então a mulher, fruto de despedida da ovulação» (Garrett 1947: 58).

<sup>7</sup> Na origem latina, o termo “menopausa” significa “pausa lunar” entrando a mulher em menopausa quando a menstruação deixa de ocorrer durante 12 meses lunares (Gomes 1987a).

<sup>8</sup> A investigação que serviu de base ao trabalho apresentado desenvolveu-se em torno de uma pergunta partida que equacionava precisamente a forma como a fecundidade depois dos 40 anos se articula com as alterações recentes sobre o tempo familiar e de um objectivo geral que intentava analisar e compreender o modo como as recentes mutações ocorridas sobre o tempo familiar se articulam com a fecundidade após os 40 anos de idade no Portugal contemporâneo, objectivo esse que se operacionalizou em quatro objectivos específicos, designadamente, a análise crítica do processo de construção social do tempo familiar, a caracterização da evolução recente da fecundidade após os 40 anos em Portugal, o traçar do perfil das mulheres que, na actualidade, têm filhos depois dos 40 anos e, por último, a formulação de hipóteses sobre as determinantes da fecundidade depois dos 40 anos.

## Ter filhos na última década do período fértil

A fecundidade enfrenta, como vimos, um inegável obstáculo biológico à medida que a idade da mulher avança. De acordo com a lei de progressão de esterilidade, enunciada por Louis Henry, em cada 100 mulheres, apenas 3 serão estéreis aos 20 anos, aos 30 serão cerca de 9, aos 40 já serão 31 e aos 50 a totalidade das 100 mulheres será, definitivamente, estéril (Sauvy 1979). Por outro lado e ainda no domínio dos obstáculos biológicos à fecundidade, observa-se que, quando comparadas com as mães mais novas, as mães aos 40 e mais anos estão sempre sobre-representadas num conjunto de problemas de saúde quer para a mãe, quer para a criança<sup>9</sup>. Numa conjugação problemática entre o decréscimo da fertilidade e o aumento do risco de anomalias cromossómicas, bem como de outras malformações congénitas (Andrade 2002), os estudiosos não hesitam em catalogar as gestações destas mulheres como uma “gravidez de risco”.

Todavia, o aumento da fecundidade tardia constitui um dos traços da evolução recente da fecundidade portuguesa (Almeida, André & Lalandá 2002), pelo que, importa “isolar” os nascimentos ocorridos em mulheres de 40 e mais anos, por forma a melhor compreender os contornos desta fecundidade “tardia”, analisando de forma muito particular e em primeiro lugar, o modo como, ao longo dos últimos 20 anos têm evoluído as taxas de fecundidade depois dos 40 anos em Portugal.

No cômputo geral, a fecundidade em mulheres de 40 e mais anos acompanhou, de 1981 a 2001, a evolução genérica da fecundidade total, nomeadamente, uma queda progressiva até 1994-1995, data a partir da qual regista ligeiros aumentos [Quadro 1 – Anexo]. De forma mais específica, a fecundidade, neste grupo de idade, detinha em 1981 uma taxa de 7,4‰, valor que num curto espaço de 5 anos regista uma queda acentuada para menos 3‰. A partir de 1986 a queda é de facto mais sensível ainda que permanente. Entre 1987-1989 os valores rondam os 4‰, para iniciarem a década de 90 nos 3,3‰. Nos anos seguintes os decréscimos continuam até aos 2,8‰ em 1994, valor mais baixo atingido em todo o período analisado e repetido em 1996. Em 1995, a fecundidade neste grupo etário aumenta um valor, que perde no ano seguinte, volta a ganhar em 1997 e mantém estável em 1998. A partir deste ano, os valores da fecundidade tardia registam aumentos progressivos, passando dos 2,9‰ para 3,2‰ em 1999, 3,6‰ em 2000 e 2001, afirmando assim uma recente e ligeira subida da fecundidade tardia entre 1995 e 2001 que, não obstante uma pequena diferença de 0,70‰ no grupo de 40 e mais anos e de 1,4‰ no grupo dos 40-44 anos, traduz uma variação percentual positiva na ordem dos 25% em ambos os casos. Decompondo este grupo etário nos grupos quinquenais que lhe subjazem, verifica-se que a evolução das taxas específicas dos 40-44 e dos 45-49 anos é análoga, ainda que com valores distintos, mais elevados no primeiro caso e inferiores no segundo.

Apesar do acréscimo registado, é necessário no entanto não esquecer o ínfimo contributo destes nascimentos no total registado: 2,3% do total de nados vivos ocorridos em Portugal no ano de 2001, a que corresponde, igualmente, a mais baixa taxa de fecundidade então registada, designadamente 3,58‰ [Quadro 2 – Anexo] o que, comparado por exemplo com a taxa de fecundidade dos 15-19 anos, deixa perceber de forma bastante clara a

---

<sup>9</sup> Num estudo recente dedicado à idade óptima para a maternidade, onde apresenta algumas considerações teóricas e empíricas sobre o adiamento da maternidade na Europa, Siv Gustafsson (2001) cita um outro estudo de Gilbert *et al.*, datado de 1999, especificamente sobre a questão da maternidade depois dos 40 anos. Baseado em dados recolhidos através de certificados de nascimento e registos hospitalares de todos os nascimentos que ocorreram nos hospitais californianos entre 1 de Janeiro de 1992 até 31 de Dezembro de 1993, conclui que houve um total de 24 032 nascimentos de mulheres com mais de 40 anos, o que corresponde a cerca de 2% do total de nascimentos ocorridos neste período de 2 anos. Destes, perto de 20%, nomeadamente 4 777 eram de nulíparas. Estes dados de mulheres mais velhas, foram depois comparados com um grupo de controlo composto por mulheres com idade compreendida entre os 20-29 anos à data de maternidade. Os resultados concluem que as mulheres que têm o seu primeiro filho aos 40 anos, têm um maior risco de enfrentar um conjunto de problemas relacionados não apenas com a concepção mas também com a gestação, parto e desenvolvimento da criança durante o primeiro ano de vida.

oposição abissal entre a despedida da ovulação de um lado, ante a pujança da entrada no período fértil, por outro.

A evolução recente da fecundidade aponta em suma para um claro acréscimo nos grupos de idade mais avançados, sendo de notar que os aumentos registados no período intercensitário de 1991-2001 – que se sabe ocorrem no período pós 1995 (Carrilho 2002) – se verificam todos dos 30 aos 44 anos inclusive, o que confirma uma tendência de adiamento da fecundidade por parte das mulheres portuguesas que nalguns casos coincide de perto com a chamada “gravidez de risco”. No caso particular da fecundidade tardia (40 e mais anos), não apenas se observa um ligeiro e recente aumento entre 1995 e 2001, que traduz uma variação percentual positiva na ordem dos 25%, como também se conclui que, por entre as mulheres que, ao aproximarem-se da menopausa, parecem empreender a fecundidade tardia no quadro de um encerramento “natural”, como que a “conta-gotas” de uma imposição biológica, há aquelas para quem o ter filhos a partir dos 40 anos parece ser o fruto de uma decisão planeada, já que, não raro, empreendem estratégias de fecundidade tardia no quadro da entrada na parentalidade ou no completar da descendência em torno dos dois filhos<sup>10</sup>.

Uma questão permanece no entanto como cenário de fundo à fecundidade tardia. Quando a biologia impõe tamanhos obstáculos, como são possíveis estes nascimentos?

### A “mão invisível” na fecundidade tardia

Transversal à compreensão da fecundidade tardia é a constatação de que o adiamento dos nascimentos enfrenta um inegável obstáculo biológico, na medida em que, a realização do desejo de dar à luz pelas mulheres mais velhas enfrenta o risco de estas serem, por natureza, menos fecundas. Uma hipótese – a de que a fecundidade em mulheres de 40 e mais anos é indissociável de uma progressiva permeabilidade médica no processo reprodutivo, o que permite ultrapassar os constrangimentos biológicos de outrora para limites verdadeiramente desconhecidos – parece então esboçar-se para a compreensão destes “filhos do adeus”, na certeza de que, se as mulheres puderem antecipar que conseguirão, com sucesso, adiar a maternidade para idades tardias, terão mais probabilidade de o fazer, enquanto que se não o conseguirem garantir com alguma razoabilidade, antecipá-los-ão (Martin 1999).

Para muitas mulheres, o avanço na idade transforma muitas impossibilidades ou renúncias temporárias em ter filhos em situações mais ou menos definitivas sob a ameaça da esterilidade<sup>11</sup> (Silva & Covas 2000). É nestes casos que os casais podem aumentar a probabilidade de concepção ao obter a ajuda de especialistas na remoção das causas identificadas de esterilidade<sup>12</sup>.

Aumenta assim visivelmente nos dias de hoje o desenvolvimento de muitos tratamentos de fertilidade pelas mulheres<sup>13</sup>, já que, no que respeita à terapêutica das alterações do processo

---

<sup>10</sup> Para um conhecimento mais aprofundado sobre os quadros sociais e perfis de fecundidade tardia *vd.* Costa 2003.

<sup>11</sup> Diz-se que a esterilidade existe num casal quando ao fim de dois anos de relações sexuais desprotegidas não surge uma gravidez (Santos 1993). O conceito distingue-se de infertilidade, «designação atribuída ao casal em que existe fecundação, mas em que o produto da concepção não atinge a viabilidade. O casal também não tem filhos, mas a grande maioria dos mecanismos da fecundação tem lugar, só que a gravidez que foi alcançada, uma ou mais vezes, não termina pelo nascimento de um novo ser vivo e viável» (Santos 1993: 30). Por vezes também se utiliza, englobando os dois conceitos, a expressão de Hipofertilidade, para traduzir, de forma genérica, a incapacidade biológica de ter filhos (Santos 1993).

<sup>12</sup> De acordo com o *Inquérito à Fecundidade e Família, 1997* (INE 2001), do total de indivíduos entrevistados, cerca de 4% pertenciam a casais que tentaram ter filhos sem êxito durante um período superior a um ano. Destes, cerca de 3% consultaram o médico, sobretudo em conjunto, isto é, estando presentes os dois membros do casal, o que revela a consciência, por parte dos casais, da necessidade de recorrer a um médico especialista quando confrontados com dificuldades na concepção.

<sup>13</sup> Todavia e contrariamente a algumas ideias feitas, não são apenas as mulheres as responsáveis pela esterilidade no casal. Se cerca de 50% das situações de esterilidade conjugal resultam de um ou vários

reprodutivo, está hoje demonstrado que o tratamento correcto das diferentes formas de esterilidade conjugal, assente num criterioso diagnóstico causal, poderá resolver cerca de 55% das situações clínicas detectadas (Santos 1993), o que contribui também para combater o resíduo de vergonha ou culpa adstrito que geralmente está associado à esterilidade (Ryder 1972).

A generalização destes tratamentos enquadra-se no contexto mais amplo do desenvolvimento de inovações biomédicas com incidência na procriação e que permite falar da “tecnologia de reprodução medicamente assistida”, que torna o filho, aparentemente impossível, uma realidade, transformando-o num “bebé milagre”, que a ciência ajudou a trazer ao mundo. A eficácia dos tratamentos postos à disposição das mulheres e dos casais com problemas de fertilidade, graças aos avanços científicos e tecnológicos, permite que estes prossigam os seus desejos de procriação para além do que era considerado possível no passado (Andrade 2002). Assim se pode conciliar os dois aspectos e prolongar os limites temporais que a biologia até agora impunha. As novas tecnologias colocadas ao serviço da procriação, permitem desta forma dissociar a idade da condição biológica, como também sexualidade e procriação, não porque a primeira se autonomiza da segunda, no sentido de “sexualidade plástica” (Giddens 1996) mas, sobretudo, porque a segunda pode acontecer à margem da primeira, fora do útero da mulher, num qualquer laboratório especializado (Sullerot 1999). Outrora, as mulheres que não podiam ter filhos limitavam-se a aceitar o seu destino. Hoje, perante os avanços da medicina, não aceitam que a esterilidade seja insolúvel. São «informadas de que sofrem de uma “doença” que a medicina pode “curar”» (McLaren 1997: 295), sentindo-se na “obrigação” de seguirem as novas opções que lhes são colocadas à disposição e que possibilitam que um filho desejado se torne cada vez menos uma “criança esquiva” (Bryan & Higginns 2002).

Mas as inovações biomédicas com incidência na procriação não se ficam apenas pelo desenvolvimento de métodos de procriação assistida. Incluem também os avanços efectuados ao nível do diagnóstico pré-natal (DPN)<sup>14</sup>, bem como do tratamento fetal. É graças a estes avanços que parecem estar resolvidos alguns dos problemas levantados com a decisão de avançar com uma gravidez de risco. Os avanços registados ao nível do diagnóstico pré-natal permitem, por exemplo saber com uma elevada margem de certeza e de antemão se o feto comporta quaisquer anomalias ou problemas genéticos. Se outrora o receio de anomalias cromossómicas e congénitas como a Trissomia 21 – o rosto mais visível e mais temido da fecundidade tardia – poderia dissuadir muitos casais de optarem por ter filhos a partir de uma determinada idade, hoje com um bom diagnóstico pré-natal que permita identificar e quantificar esses riscos, associado a uma intervenção médica apropriada, é possível «dissipar um número significativo de incertezas quanto à “normalidade” da criança que vai nascer, levando um número crescente de casais a aceitar e planear gravidezes tardias» (Andrade 2002: 30).

Indubitavelmente, uma espécie de “mão invisível” – a progressiva permeabilidade médica no processo reprodutivo – traz ganhos notáveis no contexto da fecundidade tardia. Rotulada como “gravidez de risco”, surge cada vez mais associada a um quadro institucional medicalizado, com rotinas determinadas, verificando-se uma notória influência dos aspectos científicos e dos procedimentos técnicos no modelo médico, como também nas representações sociais da gravidez (Andrade 2002), donde resulta uma inevitável progressiva invisibilidade do corpo maternal em detrimento de uma maior visibilidade do feto (Oliver 1997), auxiliado

---

distúrbios femininos, em cerca de 40% das esterilidades conjugais existe um factor masculino em parte ou no todo responsável por essa mesma esterilidade (Santos 1993). Por outro lado, é também conhecido que em aproximadamente 10% dos casos não se detecta nenhuma causa presumivelmente responsabilizável pela esterilidade investigada, são as chamadas esterilidades idiopáticas ou de causa desconhecida (Santos 1993). Por outro lado, existem ainda situações em que frequentemente se associa mais do que uma causa de esterilidade e que se poderiam considerar mistas, englobando diversos factores femininos ou associando alterações em ambos os membros do casal. Por isso se advoga e se considera como regra fundamental na investigação da esterilidade conjugal a análise conjunta de eventuais anomalias quer no homem, quer na mulher (Santos 1993).

<sup>14</sup> O método mais utilizado de diagnóstico pré-natal é a amniocentese, efectuada entre a 14.<sup>a</sup> e a 15.<sup>a</sup> semana de gravidez e que consiste na recolha de líquido amniótico que, após analisado, vai permitir identificar se há alguma malformação no feto.

medicamente, antes mesmo da concepção, durante toda a gravidez – as imagens ecográficas do embrião já fazem parte do “álbum do bebé” (Segalen 1999)<sup>15</sup> – no parto e pós-parto.

O ultrapassar dos limites biológicos no que à fecundidade diz respeito não seria, em suma, possível se estas mulheres não pudessem contar com a ajuda de um precioso aliado: a medicina. Não fosse a crença absoluta numa medicina procriativa que cada vez mais possibilita a eliminação dos obstáculos biológicos, muitos dos adiamentos à fecundidade transformar-se-iam em impossibilidades irreversíveis. O desenvolvimento de métodos de procriação medicamente assistida, os avanços efectuados ao nível do diagnóstico pré-natal, bem como do tratamento fetal permitem dissociar como nunca a idade da condição biológica, numa forma de «invalidação do tempo, do tempo biológico humano» (Castells 1999: 477). Muitas mulheres que adiam a fecundidade têm, mais tarde, de contar com auxílio médico, no sentido de maximizar o tempo que lhes resta para procriar. Aqui se encontra um sinal claro de domínio sobre o tempo biológico, possibilitado-lhes ter filhos quando a biologia se mostra mais reticente e ainda, através de meios de diagnóstico seguros, reduzir os riscos associados às gravidezes tardias.

Ao mesmo tempo que o corpo feminino se torna invisível à passagem do tempo, ocultando a impossibilidade de procriar que este inevitavelmente traz consigo, ganha uma nova visibilidade. É um corpo que se autonomiza da idade aquele que possibilita ter filhos depois dos 40 anos. É um corpo ainda “jovem”, “fértil”, capaz de enfrentar os riscos associados às cada vez maiores probabilidades de anomalias cromossómicas, bem como de outras malformações congénitas. A medicalização crescente da procriação, em particular da fecundidade tardia, devolve ao corpo envelhecido a juventude perdida. Os filhos da “maturidade” são o resultado de uma intervenção racional sobre o biológico e isso confere um novo poder às mulheres. A anulação e a superação – da idade mas também do corpo – acontece na fecundidade tardia.

## Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, Ana Nunes de; ANDRÉ, Isabel Margarida & LALANDA, Piedade (2002) «Novos Padrões e Outros Cenários para a Fecundidade em Portugal». *Análise Social*. Número Especial «Famílias». Vol. XXXVII. n.º 163: 371-409.
- ANDRADE, Maria Cláudia PERDIGÃO (2002) *Pensar e Agir: as doenças genéticas e o diagnóstico pré-natal*. Coimbra: Quarteto Editora.
- BONGAARTS, John (1993) «The Relative Contributions of Biological and Behavioural Factors in Determining Natural Fertility: a demographer's perspective». In Ronald Gray, Henri Leridon & Alfred Spira [Ed.] *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction*. Oxford: Clarendon Press: 9-18.
- BRYAN, Elizabeth & HIGGINS, Ronald (2002) [1995] *A Criança Esquiva: infertilidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- CARRILHO, Maria José & PEIXOTO, João (1993) «A Evolução Demográfica em Portugal entre 1981 e 1992». *Estudos Demográficos*. 31. INE. Lisboa: 7-19.
- CARRILHO, Maria José (2002) «A Situação Demográfica Recente em Portugal». *Revista de Estudos Demográficos*. 32: 147-175.
- CASTELLS, Manuel (1999) *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura – A Sociedade em Rede*. Vol. I. São Paulo: Paz e Terra.

---

<sup>15</sup> A gravidez é, cada vez mais, uma “gravidez empírica” (Rothman 1986 *apud* McLaren 1997), alterando a experiência da gravidez da mulher a quem, através da amniocentese, *scanning* por ultra-sons e outros métodos, é possibilitado uma observação da vida fetal, a auscultação dos ritmos cardíacos do feto, o conhecimento do seu sexo e mesmo de outras características que, em função do conselho médico, lhe permitirá decidir acerca da interrupção da gravidez, minando «o significado do testemunho e experiência da gravidez da mulher» (McLaren 1997: 294).

- COSTA, Rosalina (2003) *Filhos do Adeus. (Des)sincronização familiar e fecundidade depois dos 40 anos no Portugal contemporâneo*. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Área de Especialização: Família e População. Évora: Universidade de Évora [Texto policopiado].
- DEXEUS, Santiago & PÀMIES, Teresa (1979) *A Mulher depois dos 40 Anos*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- EASTERLIN, Richard A. (1978) «The Economics and Sociology of Fertility: a synthesis». In Charles Tilly [Ed.] *Historical Studies of Changing Fertility*. New Jersey: Princeton University Press: 57-133.
- GARRETT, António de Almeida (1947) «Os Problemas da Natalidade. IV – capacidade de reprodução». *Revista do Centro de Estudos Demográficos*. N.º 4. INE. Lisboa: 51-70.
- GIDDENS, Anthony (1996) [1992] *Transformações da Identidade – sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. 2.ª ed. Oeiras: Celta Editora.
- GIRARD, Alain (1984) *L'Homme et le nombre des hommes – essais sur les conséquences de la révolution démographique*. Paris: PUF.
- GUSTAFSSON, Siv (2001) «Optimal age at motherhood. Theoretical and empirical considerations on postponement of maternity in Europe». *Journal of Population Economics*. Vol. 14. nr. 2: 225-247.
- HENRY, Louis (1972) *Démographie – analyse et modèles*. Paris : Librairie Larousse.
- INE (2001) *Inquérito à Fecundidade e Família*. 1997. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- MACHADO, Maria José (1997) «A Mulher em Fase Lunar». In Isabel Pereira Leal [Ed.] *Sexualidade e Parentalidade, Pensar hoje o que se vem pensando*. Actas do 1.º Colóquio de Psicologia Social Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada: 27-32.
- MARTIN, Steven P. (1999) «Fertility Trends among U.S. Women who defer Childbearing past Age 30». *CDE - Center for Demography and Ecology Working Paper* [em linha]. N.º 99-11. [citado em 01-08-28 – 00:49]. Disponível em URL: <http://www.ssc.wisc.edu/cde/cdewp/99-11.pdf>
- MCLAREN, Angus (1997) [1990] *História da Contracepção – da antiguidade à actualidade*. Lisboa: Terramar.
- NAZARETH, J. Manuel (1988) *Princípios e Métodos de Análise da Demografia Portuguesa*. Lisboa: Editorial Presença.
- OLIVER, Kelly (1997) *Family Values – subjects between nature and culture*. New York: Routledge.
- RAHMAN, Omar & MENKEN, Jane (1993) «Age at Menopause and Fecundity Preceding Menopause». In Ronald Gray, Henri Leridon & Alfred Spira [Ed.] *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction*. Oxford: Clarendon Press: 65-84.
- RINDFUSS, Ronald R. & BUMPASS, Larry L. (1978) «Age and the Sociology of Fertility: how old is too old?». In Karl Taeuber, E. Bumpass, L. Larry & James Sweet [Ed.] *Social Demography*. New York: Academic Press: 43-56.
- RYDER, Norman (1972) [1959] «Fertility». In Philip M. Hauser & Otis Dudley [Ed.] *The Study of Population – an inventory and appraisal*. 7ª. ed. Chicago: The University of Chicago Press: 400-436.
- SANTOS, Agostinho de Almeida (1993) «Demografia e Esterilidade – Realidades Confluentes?». *Estudos Demográficos*. n.º 31. INE. Lisboa: 29-34.
- SAUVY, Alfred (1979) [1976] *Elementos de Demografia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- SEGALEN, Martine (1999) [1996] *Sociologia da Família*. Lisboa: Terramar.



SILVA, João Santos & COVAS, Francisco (2000) «A Modified Hurdle Model for Completed Fertility». *Journal of Population Economics*. Vol.13. n.º 2: 173-188.

SULLEROT, Evelyne (1999) [1997] *A Família – da crise à necessidade*. Lisboa: Instituto Piaget.

### Fontes

INE, «Estimativas Intercensitárias da População Residente 1992-2000, por Grupos Quinquenais e Distrito». In *Estimativas da População Residente 1991-2000, aferidas para os resultados provisórios dos Censos 2001*[em linha]. Revisto em 2002. [citado em 02-10-19 – 10:55]. Disponível em URL: <http://www.ine.pt/prodserv/quadros/quadro.asp>

INE, *Estatísticas demográficas 1980-82, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000 e 2001*.

INE, *XII Recenseamento Geral da População*, em 16 de Março de 1981.

INE, *XIII Recenseamento Geral da População*, em 15 de Abril de 1991.

INE, *XIV Recenseamento Geral da População*, em 12 de Março de 2001.

Anexo

**Taxas de fecundidade por grupos de idade da mãe (%)  
Portugal 1981-2001**

[Quadro 1]

Grupo Etário	Anos						
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
15-19	39,8	39,4	37,6	36,7	32,1	29,7	27,7
20-24	135,6	136,1	129,8	129,0	115,7	111,8	104,4
25-29	128,0	127,7	123,4	123,5	115,3	114,7	114,6
30-34	75,2	75,3	71,6	70,3	65,4	64,4	65,2
35-39	35,6	34,7	32,9	32,6	30,3	28,6	29,2
40-44	13,2	11,1	10,4	9,2	8,7	8,2	7,6
45-49	1,8	1,5	1,3	1,2	1,0	0,9	0,7
<b>40 e mais</b>	<b>7,4</b>	<b>6,3</b>	<b>5,8</b>	<b>5,2</b>	<b>4,8</b>	<b>4,5</b>	<b>4,1</b>
TOTAL	63,9	63,4	60,6	60,0	54,8	53,2	51,8

Grupo Etário	Anos						
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
15-19	26,2	25,1	23,4	23,6	22,6	22,5	21,3
20-24	101,0	94,9	89,3	85,9	77,9	74,2	67,4
25-29	117,7	115,2	116,7	110,3	106,9	104,4	100,5
30-34	66,1	67,3	68,7	65,5	66,2	68,0	66,6
35-39	27,8	27,5	26,9	24,3	23,8	24,1	24,1
40-44	7,2	6,5	6,2	5,8	5,5	5,4	5,2
45-49	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3
<b>40 e mais</b>	<b>3,9</b>	<b>3,5</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>3,0</b>	<b>2,9</b>	<b>2,8</b>
TOTAL	51,3	49,8	48,9	46,9	45,1	44,5	42,4

Grupo Etário	Anos						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
15-19	20,6	20,9	21,1	20,8	21,3	22,3	20,4
20-24	62,2	61,4	61,4	59,7	60,3	62,3	55,6
25-29	97,0	98,0	98,6	96,4	97,4	99,1	92,7
30-34	69,0	73,8	77,2	81,2	82,6	86,8	80,7
35-39	24,5	26,3	28,2	30,0	32,8	34,7	33,6
40-44	5,2	5,2	5,4	5,3	6,0	6,4	6,6
45-49	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	0,5	0,4
<b>40 e mais</b>	<b>2,9</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>2,9</b>	<b>3,2</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>
TOTAL	41,4	42,4	43,4	43,5	44,5	46,0	42,9

**Fonte:** Cálculos próprios, com base no INE, *Estatísticas Demográficas 1981-2001, Recenseamento Geral da População 1981, 1991 e 2001 e Estimativas Intercensitárias da População Residente 1992-2000*.

**Nota:** As taxas de fecundidade específicas para o período 1981-1990 e 1991-2001 não são rigorosamente comparáveis entre si. Enquanto que a estrutura etária utilizada para o cálculo dos indicadores até 1990 resulta, pela inexistência de estimativas de população residente por sexos e grupos de idade para esse período e à semelhança aliás do que foi já feito noutros estudos (Carrilho & Peixoto 1993), do Recenseamento de 1981, a estrutura etária do período 1992-2000 baseia-se nas estimativas de população residente aferidas para os resultados provisórios dos Censos 2001 e disponibilizadas pelo INE. Os dados referentes a 1981, 1991 e 2001 referem-se todavia e sempre aos resultados definitivos dos Recenseamentos Gerais da População que tiveram lugar nos respectivos anos.

**Nados vivos e taxas de fecundidade por grupos de idade da mãe**  
**Portugal 2001**

[Quadro 2]

	Grupo Etário									Id. lgn.
	Total	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	40 e +	
Nados Vivos	112 774	6 873	21 726	37 570	30 852	13 157	2 441	149	<b>2 590</b>	6
%	100	6,09	19,27	33,31	27,36	11,67	2,16	0,13	<b>2,30</b>	0,01
Pop. Femin.	2 631 330	337 264	390 814	405 418	382 094	391 998	370 990	352 752	<b>723 742</b>	-
Tx. Fec. (%)	42,86	20,38	55,59	92,67	80,74	33,56	6,58	0,42	<b>3,58</b>	-

**Fonte:** Cálculos próprios, com base no INE, *Estatísticas Demográficas 2001* e *Recenseamento Geral da População 2001*.