



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Melissa Isabela Borges Martins

**OS IMPACTOS DA REPRODUÇÃO
MEDICAMENTE ASSISTIDA NAS RELAÇÕES
CONJUGAIS**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Sociologia orientada pela Professora Doutora
Sílvia Portugal e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

setembro de 2023



Melissa Isabela Borges Martins

**OS IMPACTOS DA REPRODUÇÃO
MEDICAMENTE ASSISTIDA NAS RELAÇÕES
CONJUGAIS**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Sociologia orientada pela Professora Doutora Sílvia Portugal e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para a obtenção de grau de Mestre.

setembro de 2023

Para todos os pais: porque há quem
já o seja ainda antes de o ser.

Índice

<i>Agradecimentos</i>	<i>iv</i>
<i>Resumo</i>	<i>v</i>
<i>Abstract</i>	<i>vi</i>
<i>Índice de Siglas</i>	<i>vii</i>
<i>Introdução</i>	<i>1</i>
<i>1. A relação conjugal</i>	<i>5</i>
1.1. Companheirismo e amor-paixão.....	<i>5</i>
1.2. A evolução do papel da mulher na esfera pública e privada	<i>9</i>
1.3. A importância da sexualidade.....	<i>11</i>
<i>2. A fecundidade das famílias</i>	<i>14</i>
2.1. A queda da fecundidade em Portugal.....	<i>15</i>
2.2. A contraceção	<i>19</i>
2.3. A relação conjugal antes e depois da fecundidade.....	<i>22</i>
<i>3. O (novo) lugar da criança</i>	<i>29</i>
3.1. A evolução dos estilos parentais.....	<i>29</i>
3.2. A importância do laço biológico	<i>37</i>
<i>4. A (in) fertilidade</i>	<i>40</i>
<i>5. Os impactos da RMA na relação conjugal</i>	<i>46</i>
<i>6. A importância das redes de apoio</i>	<i>62</i>
<i>Conclusão</i>	<i>68</i>
<i>Referências bibliográficas</i>	<i>71</i>
<i>Índice de Anexos</i>	<i>75</i>

Agradecimentos

Ainda que me faltem as palavras – e não só – para agradecer a quem é devido, particularmente pela dificuldade que encontro em descrever, em arranjar palavras que definam o quão importantes as pessoas que irei citar foram para a concretização deste trabalho, chegou o momento de o fazer.

À minha orientadora, Professora Doutora Sílvia Portugal, pela dedicação, disponibilidade e prontidão em acabar com a minha inquietação. Pelo seu incentivo, conselheirismo e por me permitir beber do seu conhecimento. Tem sido um privilégio usufruir do seu apoio!

Às mulheres que me deixaram entrar nas suas vidas, que partilharam comigo as suas histórias, a sua dor, a sua felicidade. Este trabalho é, sem dúvida, para elas.

Aos meus pais, Cidália e Carlos, agradeço-lhes pelo apoio – e incentivo – incondicional ao longo de todos estes anos. Obrigada por não me cortarem as asas e me permitirem fazer aquilo que eu mais gosto.

Ao meu irmão, Leonardo, por ser o (desa)sossego da minha vida, pelo apoio (e gozo constante). Aos meus tios – padrinhos – Filipe e Filipa, pela força. Aos meus avós maternos, Isabel e José, por tudo.

À minha Joana.

A Coimbra e, sobretudo, à Faculdade de Economia, por me fazerem crescer.

Um agradecimento geral às pessoas cujo nome não está nesta folha, mas está no meu pensamento: obrigada!

Resumo

Atualmente, o amor passou a ser o sentimento central na vida a dois, os filhos passaram a ser vistos como o símbolo do amor entre os pais e, conseqüentemente, as dinâmicas familiares acabaram por se alterar. A evolução do lugar da criança no seio familiar, a priorização do sentimento amoroso e do bem-estar dos próprios filhos, resultou, também, no declínio da fecundidade em Portugal, nunca se tendo registado tão poucos nascimentos como atualmente.

No entanto, os desejos e expectativas de fecundidade mantêm-se e, em alguns casos, a decisão do casal em ter filhos é barrada por questões biológicas. É crucial analisarmos a infertilidade, não a centrando única e exclusivamente como um problema de origem biológica, mas olhando para as questões sociais que coloca. Esta dissertação discute a importância do laço biológico da criança e a sua relevância no seio familiar, analisando os motivos que levam o casal a adotar a reprodução medicamente assistida. Centra-se na análise dos impactos nas dimensões afetiva, material e íntima na relação conjugal, e no modo como os tratamentos de infertilidade condicionam a relação conjugal. O estudo assume-se como um trabalho exploratório, realizando uma análise qualitativa com recurso a entrevistas semi-diretivas realizadas a mulheres com experiência de tratamentos de Reprodução Medicamente Assistida (RMA).

O trabalho empírico aponta para uma teia diversa de impactos, na qual as redes de apoio têm um papel relevante. A complexidade das vivências condiciona a afetividade, a sexualidade e a intimidade do casal, sendo possível observar um *continuum* que vai do aumento da intimidade e cumplicidade do casal à rotura da relação conjugal.

Palavras-chave: fecundidade, infertilidade, parentalidade, relação conjugal.

Abstract

Nowadays love has become the central feeling in life as a couple, children have come to be seen as the symbol of love between parents and, consequently, family dynamics have ended up changing. The evolution of the child's place within the family, the prioritization of loving feelings and the well-being of their own children, also resulted in a decline in fertility in Portugal, with fewer births having ever been recorded than today.

However, the desires and expectations of fertility remain and, in some cases, the couple's decision to have children is hindered by biological reasons. It is crucial that we analyze infertility, not focusing solely and exclusively as a problem of biological origin but looking at the social issues it raises. This dissertation discusses the importance of the child's biological bond and its relevance within the family, analyzing the reasons that lead the couple to adopt medically assisted reproduction. It focuses on analyzing the impacts on the affective, material, and intimate dimensions of the marital relationship, and the way in which infertility treatments condition the marital relationship. The study is an exploratory work, carrying out a qualitative analysis using semi-directive interviews carried out with women with experience of Medically Assisted Reproduction (RMA) treatments.

Empirical work points to a diverse web of impacts, in which support networks play a relevant role. The complexity of experiences conditions the couple's affection, sexuality, and intimacy, making it possible to observe a continuum ranging from an increase in the couple's intimacy and complicity to the breakdown of the marital relationship.

Keywords: fertility, infertility, parenthood, marital relationship.

Índice de Siglas

APF – Associação Portuguesa de Fertilidade

CNPMA – Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

DIU – Dispositivo intrauterino

DO – Doação de Ovócitos

DST – Doença Sexualmente Transmissível

FIV – Fertilização in vitro

ICSI – Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides

IA – Inseminação Artificial

ISF – índice Sintético de Fecundidade

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMA – Procriação Medicamente Assistida

RMA – Reprodução Medicamente Assistida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Introdução

Nas últimas décadas, as transformações dos padrões demográficos colocaram como questões centrais o crescente envelhecimento da população, a baixa natalidade e, conseqüentemente, a falta de renovação de gerações¹. A crescente diminuição do ISF² em Portugal, acompanha a tendência geral na Europa e deve-se a um conjunto de fatores socioeconómicos, ao aumento de uma fecundidade controlada pelo casal através da crescente utilização de métodos contraceptivos, e do planeamento familiar, assim como à dissociação entre conjugalidade e procriação. Também central, nestas mudanças, é a crescente valorização da dimensão afetiva em relação à criança, modificando o seu lugar no seio familiar, e na sociedade em geral.

Apesar de não ter a relevância estatística de outros fatores, a questão da infertilidade é, cada vez mais, uma das razões para o decréscimo do ISF. Segundo a OMS³, 1 em cada 6 pessoas no mundo enfrenta um diagnóstico de infertilidade⁴ (*Jornal Expresso* 2023). Trata-se, portanto, de uma questão com tendência para o crescimento, que necessita de atenção. Ao longo dos anos, os progressos médicos, em particular, têm sido enormes e como tal, cabe-nos a nós, cientistas sociais, desmistificar o conceito de infertilidade e alargá-lo a outras áreas de estudo que não a medicina. Tal como refere Augusto (2006)

A infertilidade e a reprodução medicamente assistida (RMA) reúnem características que as levam a impor-se como inquestionáveis objectos de análise sociológica, que seja pela sua centralidade em vários domínios da investigação científica ou pela controvérsia social que geram. (Augusto 2006, 47)

Até ao momento não existem, contudo, muitos estudos relativos à problemática da infertilidade, na área da Sociologia. Desta forma, a presente dissertação pretende ser um modesto contributo exploratório para preencher esta lacuna. Este estudo tem como

¹ Esta faz-se com um Índice Sintético de Fecundidade (ISF) de 2,1, valor que em Portugal não se regista desde 1981.

² ISF – Índice Sintético de Fecundidade

³ OMS – Organização Mundial de Saúde

⁴ Notícia disponibilizada pelo Jornal Expresso a 4 de abril de 2023, “Uma em cada seis pessoas no mundo sofre de infertilidade, estima OMS”. Pode ser consultada aqui: <https://expresso.pt/sociedade/2023-04-04-Uma-em-cada-seis-pessoas-no-mundo-sofre-de-infertilidade-estima-OMS-6d6322f9>

objetivo principal o de compreender os impactos da Reprodução Medicamente Assistida (RMA) nas relações conjugais. Ainda que, nos últimos anos, esta temática tenha ganho visibilidade, nomeadamente através do projeto de investigação ETHICO⁵, a bibliografia disponível é essencialmente centrada na questão médica/biológica, pouco abordando a questão social. Com este trabalho pretendo, então, contribuir para o estudo da infertilidade e dos impactos da mesma na perspetiva de uma análise social.

Deste modo, discute-se a relevância da fecundidade e do lugar da criança na família, as dimensões afetiva, material e íntima do casal, as motivações do casal para optar pela RMA, perceber as consequências que esta tem na relação conjugal, assim como os impactos das redes de relações sociais na vivência do processo. A dissertação procura responder à seguinte questão de partida: que impactos tem a Reprodução Medicamente Assistida nas relações conjugais?

De forma a responder a esta questão, a dissertação segue uma metodologia qualitativa, sendo privilegiada a entrevista semi-diretiva, enquanto meio privilegiado para aceder aos significados e sentidos que os fenómenos sociais têm para os atores envolvidos (Quivy e Campenhoudt 2008).

O grupo-alvo do estudo foram mulheres com experiência de tratamentos de RMA, não se discriminando o tipo de tratamento realizado pelas entrevistadas (IA, FIV, ICSI ou DO⁶), assim como o local onde o mesmo foi realizado, sistema público ou privado. Foram realizadas 6 entrevistas. Ainda que o foco da dissertação seja o casal e a relação conjugal, por questões de logística, nomeadamente o tempo disponível para a realização do trabalho, foram apenas entrevistadas as mulheres de cada casal.

As pessoas com quem tive a oportunidade de conversar surgiram a partir de um questionário disponibilizado através do Google Forms⁷, criado por mim, e partilhado por uma profissional da área do direito em diversos grupos da rede social *Facebook*.

O anonimato foi garantido a todas as entrevistadas, que aliás diversas vezes me questionaram sobre ele. Todas assinaram o formulário de consentimento disponibilizado⁸, no sentido de proteger a identidade dos cônjuges. Sendo um assunto tão privado e íntimo, era importante para as entrevistadas que a informação pessoal não fosse disponibilizada,

⁵ ETHICHO – PTDC/SOC-SOC/29764/2017. Informação disponível aqui: <https://www.ethicho.pt>

⁶ IA – Inseminação artificial; FIV – Fertilização in Vitro; ICSI - Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides; DO – Doação de Ovócitos.

⁷ Consultar Anexo II.

⁸ Consultar Anexo III.

para além de que a garantia do anonimato, garantia à entrevistada maior liberdade. No entanto, como está descrito no Anexo VI, nem todas as entrevistas se revelaram fáceis de realizar.

No entanto, foi possível identificar a necessidade das entrevistadas em falar sobre este assunto, não só porque há vontade de visibilizar a questão da infertilidade, como é importante, do ponto de vista pessoal, contarem a sua história e todo o seu percurso de RMA⁹.

Novamente, devido a questões de logística, tanto de tempo como de distância, em concordância com todas as entrevistadas as entrevistas foram realizadas via Zoom. Apesar do meio digital, a partilha e a emoção estiveram presentes no discurso das entrevistadas, assim como uma mistura de receio de partilha com orgulho por alguém estar a ouvir a sua história de vida.

Desta forma, atendendo quer à população que se pretende estudar, quer ao facto de se tratar de uma temática bastante sensível, adotar uma metodologia qualitativa permitiu-me, aprofundar a temática, partindo do meu modelo analítico, mas, também, abrir novas pistas de reflexão (Quivy e Campenhoudt 2008, 79), nomeadamente, em relação a temas como a adoção ou a desvalorização dos homens (por parte dos profissionais de saúde) no decorrer dos tratamentos de RMA.

O texto desta dissertação estrutura-se em quatro capítulos. No 1º capítulo é discutido o casamento na sua contemporaneidade. Analisam-se as bases românticas e companheirísticas das relações conjugais atuais e o modo como as mulheres entrevistadas e os casais que passaram pelo processo de RMA se situam face às dinâmicas atuais de privatização da vida familiar, conjugalidade e sexualidade, dando destaque à situação das mulheres.

O 2º capítulo centra-se na questão da fecundidade, indo de uma análise macro, que analisa a queda da fecundidade em Portugal à análise micro, central neste trabalho, na qual faço uma comparação entre a relação conjugal pré fecundidade e a relação conjugal pós fecundidade, iniciando a discussão acerca dos impactos da RMA na relação conjugal.

No 3º capítulo, discute-se o lugar da criança no seio familiar, analisando a importância do laço biológico na fecundidade e, especificamente, na opção pela RMA,

⁹ RMA – Reprodução Medicamente Assistida.

tentando compreender as motivações dos casais relativamente às suas escolhas de fecundidade. Finalmente, os últimos capítulos, debruçam-se sobre a infertilidade e a RMA, analisando as questões centrais desta dissertação acerca dos seus impactos na relação conjugal. Centrando-se nos testemunhos das entrevistadas, abordam-se os modos de lidar com a infertilidade e os processos de tratamento clínico, assim como, o papel das redes sociais de apoio nas experiências vividas pelas mulheres e pelo casal.

Na conclusão, sintetizam-se algumas das observações centrais do estudo e apontam-se pistas futuras de investigação nesta área. Reconhecendo-se o carácter exploratório deste trabalho termina-se com mais interrogações do que respostas.

1. A relação conjugal

1.1. Companheirismo e amor-paixão

Ao longo das últimas décadas temos vindo a assistir a grandes transformações sociais, particularmente no caso da família e na situação das mulheres, promovendo a modernização da vida familiar e, conseqüentemente, o modo como a encaramos (Aboim 2012, 169).

Ao analisarmos indicadores demográficos, como a redução do número de casamentos, o aumento do número de divórcios, a crescente diminuição da natalidade, o aumento do número de filhos fora do casamento, a parentalidade tardia e a crise de renovação de gerações, entre outros dados, deparamos com uma sociedade em transformação demográfica e social e uma série de fenómenos que merecem atenção particular.

Como refere Karin Wall (2012), estamos perante uma informalização da vida conjugal e familiar, seja pela crescente aceitação do divórcio, seja pela entrada na vida conjugal através da coabitação antes do casamento (Wall 2012, 49). Destacam-se como das principais transformações que ocorreram nas famílias portuguesas: a privatização da família e a individualização.

Segundo Sofia Aboim (2006), 42.5% das mulheres que inquiriu indicaram o companheirismo como sendo um dos sentimentos que mais procuram na relação conjugal, promovendo a amizade e a solidariedade entre os cônjuges (Aboim 2006, 178), vertente essa que se acentuou com a passagem do modo de produção agrícola, bastante presente no Antigo Regime, para um modo de produção industrializado, associado à mobilidade geográfica da sociedade, o êxodo rural, por exemplo, e às conseqüentes vagas de urbanização (Dias 2015, 21). O afeto e as expressões de afetividade são, assim, um pilar fundamental na “semântica da vida privada”, abrangendo não só a relação conjugal, mas também a relação com pais, filhos e outros elementos na vida de um determinado indivíduo, acabando por estender-se à escolha do cônjuge (Aboim 2006, 169).

Burgess et al. (1945) propõem uma distinção entre os termos “instituição” e “companheirismo”. Em relação ao primeiro, trata-se de

[...] um casamento «arranjado» pelos pais, uma predominância de finalidades económicas (transmissão do património, divisão do trabalho) como princípio de legitimação da união, uma norma autoritarista de funcionamento, uma sujeição do grupo familiar a regras de conduta doméstica ditadas pelo exterior. (apud Kellerhals et al. 1989, 11)

Por outro lado,

No outro extremo, o modelo de companheirismo (também chamado de *democratic family*) põe no primeiro plano das finalidades a prossecução da realização pessoal no casal e através do casal e dos filhos, promove o casamento por afinidade baseado na livre escolha dos cônjuges, instala a democracia como princípio de funcionamento (entre cônjuges, e mesmo entre cônjuges e filhos). (Kellerhals et al. 1989, 11)

Contudo, não podemos descartar a função instrumental que a relação conjugal continua a desempenhar. É importante analisarmos a questão afetiva não só na vertente sentimental, mas também perceber de que forma é que os afetos se manifestam em contexto de produção material, da dimensão financeira e da rotina do casal. (Aboim 2006, 170). Tal como refere Aboim:

A importância de certas finalidades instrumentais (ter um lar ou alcançar um bom nível financeiro), bem como das finalidades de papel (tomar conta de uma família) e de estatuto (senti-se alguém), permite supor a existência de uma cumplicidade entre o “institucional” (aspetos instrumentais, estatutários, de papel, de pressão social) e o “companheirista” (a afetividade, a reciprocidade) nos valores subjacentes do casamento. (Aboim 2006, 173)

Ou seja, a entrada na conjugalidade contribui, não só, para a afirmação do estatuto social do casal, particularmente da mulher (Aboim 2012, 372), mas também para a consolidação de objetivos pessoais do próprio casal. Segundo dados referidos por Sofia Aboim (2010), entre 1990 e 1999, mais de 70% dos portugueses associam felicidade à vida a dois, tendo a autora denominado esse fenómeno como “conjugalização da felicidade” (Aboim 2010, 80)

No entanto, ao analisarmos os valores da taxa bruta de nupcialidade em Portugal¹⁰, disponível no gráfico A¹¹ ao longo dos anos, conseguimos verificar que esta veio a sofrer algumas alterações. Salvo algumas exceções, como o período compreendido entre os anos de 1974-1981, o período pós a Revolução dos Cravos, durante o qual sofreu um ligeiro aumento, a nupcialidade entrou em declínio até aos dias de hoje. Em 1960 apresentava

¹⁰ Taxa bruta de nupcialidade – número de casamentos observados durante um determinado período, geralmente 1 ano civil, por cada 1000 residentes nesse mesmo período (PORDATA 2023a)

¹¹ Para detalhes sobre o gráfico ver Anexo I.

valores 7.8%, face aos 3.5% em 2022 (PORDATAa, 2023). Este declínio acontece devido às alterações das dinâmicas familiares ao longo dos anos, nomeadamente o aumento de casamentos civis a partir da década de 60, a preferência pela coabitação e/ou união de facto por parte dos casais, o adiamento da entrada no casamento, o aumento do número de filhos fora da relação conjugal e, o aumento do número de divórcios.

As entrevistas realizadas mostram simultaneamente a informalização da vida conjugal e o modo como o casamento se enquadra nas trajetórias de “forma normal”, revelando uma dimensão pragmática nos motivos do casamento

Conheci o meu marido quando tinha 25 anos, quando fui trabalhar para Viana do Castelo, sou professora de português e de espanhol, mas há muitos anos que estou só com o espanhol. (...) Passados 6 meses fomos viver juntos, eu estava já a trabalhar no Porto, ele estava a trabalhar em Viana e achámos que seria justo ficarmos a meio do caminho (risos) estávamos indecisos entre Póvoa e Vila do Conde, pronto, ficámos em Vila do Conde porque realmente adoramos a cidade. Ah, e depois foi o processo normal, passado algum tempo decidimos casar, fazer uma festa para a família para comemorarmos a nossa relação, e casámos. **(Filipa, 41 anos)**

Ora bem, sou professora...casei cedo e fui morar relativamente cedo com o meu marido, nos primeiros anos como eu sou professora, andava sempre fora de casa e não pensámos logo em ter filhos. **(Andreia, 42 anos)**

Antes do processo de transição demográfica (Bandeira 1996) era bastante comum serem os pais a escolher os cônjuges para os seus filhos, mediante o objetivo que definiam para oficializar a sua união. Atualmente, essa escolha é feita pelos próprios cônjuges, sempre em função do sentimento amoroso que sentem um pelo outro. Tal como refere Sofia Aboim (2006), “A construção social do sentimento amoroso é uma das marcas fundadoras que acompanham o movimento de modernização das sociedades ocidentais.” (Aboim 2006, 42). Assistimos, assim, a uma maior autonomia do casal, em que a família nuclear se afasta de opiniões alheias, alterando as dinâmicas familiares e a forma como os cônjuges encaram a relação conjugal.

Tal como refere Anália Torres (2001), “O século XX foi, na verdade, o século da afirmação da ideia de independência dos filhos em relação à vontade dos pais, do valor da escolha livre e do sentimento como pretexto para a conjugalidade.” (Torres 2001, 12), contrariamente ao que acontecia no passado, segundo Flandrin (1992) e Pillorget (1979), “Um processo distinto terá caracterizado a escolha do cônjuge no passado, ficando a escolha subordinada, de um modo porventura mais flagrante, aos interesses de aliança das famílias, porventura de transmissão do património, já que as lógicas familiares e de

parentesco asseguravam mais directamente o funcionamento económico.” (*apud* Rosa 2012, 126).

Ou seja, aboliu-se a ideia de que o amor era contra o casamento enquanto instituição, assim como as ideias de que o casamento tinha como principal finalidade a reprodução familiar, renovação de gerações, garantindo assim as heranças no seio familiar. (Aboim 2006, 42). A crescente entrada das mulheres no mercado de trabalho, condição propícia ao aumento da igualdade entre os cônjuges, acaba por remeter à segunda transformação acima referida. Com a expansão do processo de individualização, aumenta, também, a aposta na educação e formação pessoal, particularmente no caso das mulheres.

Com a entrada das mulheres no mercado de trabalho e a maior igualdade entre os cônjuges, a democratização da relação entre pais e filhos e a livre escolha do cônjuge, os casamentos são considerados um “êxito” (Torres 2001, 133). Estes, deixaram de ser regulamentados pelos restantes membros da família, arranjados geralmente pela figura paterna da mulher, passando a ser uma escolha dos cônjuges. O casamento passou de uma lógica institucional, regulada pela família, a uma lógica companheirista, na qual o amor entre os cônjuges passa a ser o sentimento principal. (Rosa 2012, 119)

Ainda assim, ao analisarmos as entrevistas realizadas, vemos que estas são coincidentes com os dados do estudo “Famílias no Portugal Contemporâneo”¹², dado que conseguimos perceber que ainda há uma vontade significativa em legitimar a união dos cônjuges através do casamento, ainda que a questão dos sentimentos e do amor entre os cônjuges tenha um peso maior. As entrevistas observaram estas dimensões, revelando a sentimentalização e a vertente companheirista, e o modo como o processo de Reprodução Medicamente Assistida trouxe, ou não, maior proximidade, intimidade e companheirismo ao casal

Em termos de casal, tenho um marido espetacular, é tudo o que eu queria, tudo o que eu queria...no meu tempo, nunca me pressionou, mas está lá sempre.
(Maria, 41 anos)

As entrevistadas fazem referência à importância do companheirismo do marido durante todo o processo, a importância de estar com aquela pessoa, de sentir o seu apoio

¹² PRAXIS XXI/2/2.1/CSH/767/95

“Notou, no decorrer dos tratamentos, mudanças no comportamento do seu cônjuge em relação a si?”

Eu acho que...se trouxe, foi positiva. Foi no sentido de nos mostrar a força de que somos feitos e do apoio que damos um ao outro. **(Carla, 44 anos)**

Eu senti-me sempre muito mais absorvida emocionalmente pelo processo, sempre muito focada...demasiado. Mas ele tentou sempre acompanhar-me e desfocar-me....porque não vamos sair, fazer uma viagem, dar um passeio, ver coisas diferentes? Para me tentar tirar um bocadinho da bolha. E isso facilitou muito, muito...acho que se não tivesse tido uma pessoa como ele ao meu lado, não tinha feito nem metade do que fiz. **(Filipa, 41 anos)**

Revela-se aqui uma visão do casamento contrária à da lógica institucional, na qual a ideia de criar uma ligação com o cônjuge através da comunicação, da partilha e do diálogo não é, de todo, valorizada. O que encontrei nas entrevistas foi a relevância da comunicação conjugal, um casamento movido pela lógica companheirista está perante uma situação na qual a intimidade advém da partilha e do diálogo. (Aboim 2012, 215)

A comunicação verbal fundamenta, assim, dois traços-chave das conjugalidades modernas: a construção de uma relação de intimidade e a negociação na vida conjugal, por contraponto à ideia de papéis conjugais predefinidos pela constituição matrimonial. (Aboim 2012, 215)

1.2. A evolução do papel da mulher na esfera pública e privada

Para compreendermos as dinâmicas conjugais, é importante para além da análise da importância do sentimento amoroso, analisarmos as mudanças na esfera pública, sobretudo a entrada das mulheres no mercado de trabalho. Esta não implica que haja um aumento significativo de homens a agir no espaço privado (Aboim 2006, 55), isto é, as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos continuam a ser tarefas quase exclusivas das mulheres. Durante longos anos, o contributo das mulheres no seio familiar era sobretudo destinado ao cuidado do lar, dos filhos e da agricultura, seguindo o “ideal corporativo de família”, sendo destinado ao homem a tarefa de “ganhar o pão” e vigiar os comportamentos das mulheres que agora possuíam (Aboim 2010, 85)

Contudo, o trabalho fora de casa foi sempre uma possibilidade, desenvolvendo trabalho para famílias mais abastadas, nas tarefas domésticas ou de cuidado das crianças, para além das tarefas agrícolas. O pagamento em retorno era bastante baixo, não só

acabando por não garantir às mulheres qualquer independência ou estabilidade financeira, como desmerecendo o seu trabalho aos olhos do cônjuge. Ou seja, prolongando a ideia de que, se não recebe em condições, não há necessidade de sair de casa e abandonar os seus afazeres para ir trabalhar fora. Ainda assim, em 1950, cerca de 22.7% da população ativa era do sexo feminino (Aboim 2010, 93)

No segundo pós-guerra mundial, nos anos 50, o emprego das mulheres no mercado de trabalho continuou a mesma tendência. Este, apenas se aplicava quando o rendimento mensal do cônjuge era baixo, fazendo com que a própria mulher encarasse o seu trabalho no exterior como forma de complemento ao salário do cônjuge, e não como a sua carreira profissional (Torres 2001, 58), sendo frequente nas classes mais baixas as mulheres serem mão-de-obra ativa, mas ser o marido a gerir os ganhos da esposa em proveito do sustento familiar (Aboim 2010, 93).

Tal como referem Mcdowell e Pringle (1992: 123):

A entrada em massa das mulheres no mercado de trabalho, que se conhece no segundo pós-guerra, não representou assim a passagem das mulheres do lazer para o trabalho profissional, mas antes a evolução de “relações de trabalho intra-familiares para relações empregado-empregador. (apud Torres 2004, 10)

Ou seja, as mulheres passam a ocupar cargos como operárias, trabalhadoras do comércio, administrativas, ou trabalhadoras não qualificadas de baixos rendimentos (Torres 2004, 10), enquanto, simultaneamente, ocupavam funções como cuidadoras do lar, dos filhos e do marido. A ocupação de tais cargos não se limitou única e exclusivamente ao pós-guerra, tendo as mulheres continuado o seu caminho na procura de maior liberdade e independência financeira, na melhoria das condições de vida da sua família e, no incentivo à educação dos seus filhos. Tal como refere Sofia Aboim, “(...) é ainda de revelar o aumento da taxa de actividade feminina, que passou de 53% em 1991 para 65% em 2001.”(Aboim 2012, 170). Estamos, portanto, perante uma “ruptura de paradigma” (Torres 2001, 60), ou seja, uma mudança na forma como a sociedade e as mulheres encaram o seu papel nas famílias. Tal como refere Torres (2001), há a “(...) passagem de uma noção de mulher-natureza, condicionada pelas suas funções biológicas e por um destino específico, para uma concepção de mulher-indivíduo.” (Torres 2001, 60).

Este “novo” papel das mulheres na sociedade portuguesa teve, conseqüentemente, impactos a nível familiar. Os últimos anos têm sido marcados então pela crescente

inserção no mercado de trabalho e aposta na educação. Contudo, ainda que a evolução do papel das mulheres ao longo dos anos seja notória, as desigualdades presentes entre homens e mulheres persistem. Contrariamente ao que era expectável, com a inserção no mercado de trabalho, a necessidade de as mulheres assegurarem o trabalho doméstico não terminou, muito pelo contrário. A partir do momento em que o casal decide ter filhos, a mulher é a primeira a abandonar as suas funções enquanto trabalhadora e a dedicar-se à maternidade. Ainda que atualmente sejam inúmeros os casos de mulheres que conciliam uma vida profissional com a maternidade, a verdade é que a sociedade continua formatada para criticar esse duplo papel das mulheres, sendo exigível que se seja bem-sucedida e boa mãe, simultaneamente. Este pensamento é, sobretudo, recorrente nas gerações mais antigas, nas quais o valor da mulher cuidadora continua presente

Ainda hoje, apesar de notáveis avanços na igualdade entre os sexos, quer no plano ideológico, quer no plano das práticas, podemos facilmente reconhecer novos e velhos moralistas sempre prontos a mostrar às mulheres a sua especificidade, indicando-lhes o que devem fazer com o seu corpo, como devem utilizar a liberdade de decidir. (Torres 2001, 26)

O condicionamento da liberdade das mulheres é visível, também, quando analisamos uma outra questão: a sexualidade. Desde cedo reprimida, é importante percebermos como é que a alteração da visão da sexualidade na sociedade contemporânea, aliada à importância do sentimento amoroso na conjugalidade e à evolução do papel das mulheres ao longo dos anos, impactam a relação conjugal. Ou seja, *“De que forma é que a evolução do conceito de sexualidade impacta a conjugalidade?”*,

1.3. A importância da sexualidade

Nas sociedades pré-modernas, a sexualidade permanecia sob o domínio da religião, havia pouca informação fidedigna acerca da reprodução humana e da vida sexual dos indivíduos, sendo esta considerada ilícita e, na grande maioria dos casos, não se falava sobre o assunto (Aboim 2013, 22), ou seja, ainda que a sexualidade seja encarada como algo “natural” ao ser humano, simultaneamente era usada como instrumento de repressão social, particularmente pela igreja católica (Aboim 2013, 31)

Nas décadas de 50 e 60, envolta pela rigidez política e religiosa do Estado Novo, a sociedade portuguesa encarava a sexualidade como forma de procriação, sendo

considerada vergonha social quando essa mesma finalidade não era atingida. Estávamos perante um Estado que pregava a exigência de uma “(...) moral conservadora, defensora dos valores da família tradicional, dos bons costumes e da supremacia masculina.” (Aboim 2013, 43). Ou seja, tal como nos restantes pontos diferenciadores entre homens e mulheres, na sexualidade as assimetrias eram, e são, bastante acentuadas, onde a liberdade sexual era admitida (e esperada) ao sexo masculino, enquanto o resguardo e a inocência eram esperados em relação ao sexo feminino.

A questão da menstruação faz parte do desconhecimento e da ausência de comunicação acerca do corpo feminino. Se por um lado, é sinal da capacidade para assumir a maternidade (ainda que atualmente saibamos que muitas mulheres não conseguem concretizar o desejo de serem mães, ainda que menstruem), por outro lado, é também sinal da transição da fase de criança para a fase adulta.

No entanto, os comportamentos exigidos às raparigas eram muito díspares dos esperados dos rapazes. Por um lado, as raparigas eram obrigadas a manter a virgindade até ao casamento, sendo que casar sem ser virgem era, não só motivo de vergonha e embaraço para as famílias, como se acreditava que a mulher perderia, assim, as suas qualidades enquanto futura esposa e mãe. Ou seja, a função principal da mulher era a de se manter imaculada e recatada até ao dia do seu casamento, evitando o trabalho profissional e as saídas de casa sem acompanhante, salvo as saídas com finalidade religiosa, revelando mais uma vez a constante influência da religião na vida dos indivíduos. Em contrapartida, a visão do homem perante os olhos da sociedade patriarcal dos anos 50 e 60 é bastante diferente. Destes, espera-se que sejam verdadeiros Homens, sendo que um homem não era verdadeiramente Homem sem provar a sua virilidade e providenciar para a sua família (Aboim 2013, 48).

A virgindade e a inocência da mulher são princípios que não se aplicam aos homens.

(...) enquanto a maioria das mulheres tem as primeiras relações com um parceiro regular ou com o cônjuge, dos homens nascidos entre 1942 e 1952 (e que, portanto, fizeram a sua iniciação sexual, em média, entre 1959 e 1969), 42% tiveram as primeiras relações sexuais com uma parceira ocasional, 27% com uma parceira regular e apenas 6% com o cônjuge. Muitos homens fazem mesmo a sua iniciação sexual com uma prostituta (...) (Policarpo 2010, 51)

Tal como refere Sofia Aboim (2013):

As conversas masculinas e o acesso às ditas “mulheres fáceis”, permitiam aos rapazes de então um maior conhecimento prático aos “segredos” do sexo e do corpo. Pelo contrário, no caso das mulheres, estas podiam, e eram sobretudo nos meios mais pobres, ser braços para o trabalho mais duro, mas a sua inclusão na vida pública excluía a sexualidade. (Aboim 2013, 61)

A falta de informação e a ingenuidade das mulheres, dado que a questão da sexualidade não era discutida com elas, resultam em algo muitas vezes desvalorizado: as gravidezes indesejadas. Em muitos casos, o início da vida sexual antes do casamento gerava gravidezes precoces e “casamentos apressados”, com vista a proteger a imagem da mulher, tal como refere Verónica Policarpo (2010)

Para as raparigas, a moral sexual, fundamentada e apoiada na religião católica, prescreve a virgindade até ao casamento. De facto, segundo um estudo realizado em 2007 sobre a sexualidade dos portugueses, 47% das mulheres nascidas entre 1942 e 1952 iniciaram a sua vida sexual com o cônjuge. Porém, 49% fizeram-no com um parceiro regular. Verifica-se assim um desencontro entre um discurso que reproduz a normal moral e vigente da virgindade até ao casamento, e as práticas efetivas de iniciação sexual, em que muitas vezes a “primeira vez” tem lugar antes desse momento, como um “acidente”. (Policarpo 2010, 50)

Nos anos 50 e 60, estamos, contudo, perante uma versão conservadora, na qual a convivência com rapazes – e homens – não é aconselhada. A virgindade da mulher deve ser preservada, não podendo correr o risco de manchar não só a sua própria imagem, mas também a imagem de toda a família. (Policarpo 2010, 51)

Contudo, ao longo dos anos, a componente erótica da vida conjugal ganhou lugar como sendo uma das fontes de bem-estar da relação (Aboim 2010, 105), aliada ao companheirismo e ao sentimento amoroso, também a questão da sexualidade, particularmente quando analisada através da perspetiva conjugal, veio a sofrer diversas alterações.

Contrariamente às décadas anteriores, nas quais o casal ocupava a função de legitimador do relacionamento sexual, a partir do século XXI já podemos afirmar que, “(...) sem sexo não há casal.” (Policarpo 2010, 48). Estamos perante uma clara valorização da questão sexual na relação conjugal, acentuada pela separação do casamento enquanto instituição e pela sexualidade como forma exclusiva de procriação.

Desta forma, a ligação entre a sexualidade e o casamento foi invertida, passando-se ao “(...) intercâmbio sexual como motor interno da conjugalidade.” (Bozon 2003, 134),

ou seja, a dissociação exclusiva da sexualidade ao homem e à mulher casados, transformando as relações entre estes, dando origem à “revolução sexual”, tal como refere o autor.

Porém, ainda que a ideia da virgindade até ao casamento, associada à pureza das mulheres e às várias fases de transição da mulher no sentido de ser criança e chegar à vida adulta, juntamente com as expectativas em relação à concretização da maternidade, estejam mais presentes nas gerações mais antigas, ainda estão presentes na atualidade, tal como revelam as entrevistas. A ideia do namoro-casamento-filhos persiste nos testemunhos.

Nós crescemos todas a achar...crescemos numa altura em que podes engravidar a qualquer momento se não tiveres cuidado e depois quando queres engravidar não consegues...afinal descobres que não é assim tão fácil engravidar...
(**Maria, 39 anos**)

E é duro, é duro. Então eu também sentia muito isso, não é? Roubar aquela inocência...estudamos, casamos, trabalhamos, temos casa e agora vamos aos filhos. (**Maria, 39 anos**)

Após o 25 de abril de 1974, estamos perante diversas mudanças, particularmente no que diz respeito ao papel da mulher na sociedade, ao controlo da sua sexualidade e à separação da conjugalidade e da procriação, contudo as ideias mais arcaicas ainda continuam bastante presentes na vida social e, particularmente, das mulheres.

Como tal, com a crescente liberalização da sexualidade, associada também à crescente separação entre sexualidade e procriação, torna-se importante perceber se, devido à mudança de paradigmas e da forma como entendemos na atualidade a sexualidade, a fecundidade em Portugal sofreu alterações com o passar dos anos. Ou seja, tentamos responder a algumas questões: “A separação entre sexualidade e procriação contribuiu para o decréscimo do ISF¹³ em Portugal?”, “De que forma evoluiu o ISF ao longo dos anos?”, “Qual o impacto da redução do ISF e, conseqüentemente, do número de filhos nos casais portugueses?” e, por fim, “Quais os fatores que explicam esse declínio?”.

2. A fecundidade das famílias

¹³ ISF – Índice Sintético de Fecundidade.

2.1. A queda da fecundidade em Portugal

O desejo de ter filhos e a prevalência do amor e da afetividade no seio familiar, particularmente na relação conjugal, implica que se faça uma análise dos padrões da fecundidade ao longo dos anos. De forma geral, podemos afirmar que a partir da década de 60, a fecundidade em Portugal tem entrado em declínio.

Segundo dados retirados da plataforma PORDATA, representados no gráfico B¹⁴ em 2022 o número médio de filhos por mulher fértil, ou seja, o Índice Sintético de Fecundidade¹⁵ em Portugal, apresenta o escasso valor de 1,43 crianças, comparativamente às 3,19 crianças em 1960 (PORDATAB, 2023)

No decorrer do século XX, verificou-se um processo de transição demográfica, ainda que tardio, quando comparado com os restantes países da Europa (Bandeira 1996). Caracterizado por níveis de natalidade elevados, decorrentes de uma fecundidade igualmente elevada, foi a partir dos anos 60 que a situação se inverteu.

A partir dos anos 60, a fecundidade em Portugal sofreu um decréscimo acentuado, nunca se tendo registado tão escassos nascimentos como em pleno século XXI.

A queda da fecundidade faz parte de um processo geral e lento de recuo da mortalidade (infantil e adulta), resultando no alongamento da esperança de vida. Se nas sociedades do Antigo Regime “a morte parecia estar no centro da vida” (como o “cemitério no centro da aldeia”) e, através dos seus efeitos devastadores (permanentes na população infantil, periódicos na adulta) constituía um factor regulador, juntamente com a idade tardia do casamento, do excesso de indivíduos relativamente aos magros recursos disponíveis, as novas condições de vida da sociedade industrial, os avanços simultâneos do saber médico-científico, permitiram uma notável queda das taxas de mortalidade e uma subida considerável da esperança de vida ao nascimento. (Almeida et al. 1995, 10)

Através da análise do gráfico C¹⁶, relativo à Taxa Bruta de Natalidade¹⁷ (Cunha 2008, 59), conseguimos comprovar a teoria apresentada por Bandeira (1996), acima enunciada, relativamente à transição demográfica. A Teoria da Transição Demográfica (TTD) é, então, uma teoria que analisa o crescimento de uma determinada população

¹⁴ Para detalhes sobre o gráfico ver Anexo I.

¹⁵ Índice Sintético de Fecundidade – número médio de filhos por mulher em idade fértil. (PORDATA 2023b)

¹⁶ Para detalhes sobre o gráfico ver Anexo I.

¹⁷ Taxa Bruta de Natalidade – número total de nados-vivos num determinado ano por cada 1000 indivíduos (apud Cunha 2008, 58)

através de indicadores como a taxa de natalidade e a taxa de mortalidade, permitindo-nos analisar o “(...) desenvolvimento desigual da população mundial nos planos demográfico, económico e social” (Bandeira 1996a, 19). Ou seja, comparando os valores apresentados no gráfico, conseguimos perceber que os níveis de natalidade na Europa já apresentavam valores relativamente baixos em 1960, 18,3‰, porém em Portugal só apareceram mais tarde, sensivelmente a meados da década de 70, com 20,8‰. Como refere o mesmo autor

A difusão tardia, lenta e problemática de comportamentos demográficos modernos em Portugal converge com outras características conhecidas da história social portuguesa, como sejam o facto de as correntes laicas e o modelo social urbano-industrial, apesar da Revolução-Liberal e da República, até uma época muito recente, terem encontrado adesão apenas em sectores social e geograficamente perfeitamente localizados e muito minoritários. Tendo-se mantido, até à década de 1960, maioritariamente ancorada em valores tradicionais, próprios de um modo de vida rural, sob a influência de diferentes factores, em particular da emigração e dos movimentos de jovens, a balança começou então a pender para a modernidade. Mas foi a Revolução de 1974 que veio consagrar a ruptura com a tradição, abrindo a porta a todas as transformações. (Bandeira 1996a, 11)

Seguindo ainda o pensamento de Bandeira (1996a) relativo ao declínio da fecundidade ao longo dos anos e a sua relação com a transição demográfica, o autor faz referência ao pensamento de Notestein (1945)

A adopção de um controlo racional dos nascimentos só foi possível após «drásticas mudanças na cena social e económica que radicalmente alteraram os motivos e objectivos das pessoas a respeito do tamanho da família». O centro dessas extensas mudanças foi, no entender de Notestein, o «crescente individualismo e (os) crescentes níveis de aspirações populares desenvolvidas no viver urbano», num contexto demográfico de explosão urbana. (apud Bandeira 1996a, 47)

Segundo Andréia Maciel (2015), estamos perante três momentos distintos relativos ao declínio da fecundidade em Portugal: o primeiro é relativo ao ano de 1982, quando os níveis do ISF atingiram valores tão baixos que não havia forma de assegurar a renovação de gerações, ou seja, o saldo natural era nulo; o segundo, o chamado “low-fertility”, quando o ISF era inferior a 1,5 filhos por mulher; e, por fim, o terceiro, chamado “lowest-low-fertility”, quando o valor do ISF caiu abaixo dos 1,3 filhos por mulher (Maciel 2015, 51).

A dificuldade na renovação de gerações é, em parte, caracterizada pelo decréscimo da fecundidade, fortemente caracterizada pelo adiamento da maternidade e

da paternidade, sendo possível afirmarmos que estamos perante uma sociedade visivelmente envelhecida.

Contudo, ainda que não seja de todo correto afirmarmos que nos anos 70 e anteriores a fecundidade em Portugal estaria descontrolada, a verdade é que os métodos contraceptivos utilizados pelos casais no decorrer da “primeira revolução contraceptiva”, como o “coito interrompido” ou a abstinência, nem sempre preveniam gravidezes não-desejadas.

Segundo Pimentel (2002) e Gomes (1987), até 1967, através do *Decreto-Lei n.º 32 171 de 1942*¹⁸, os métodos contraceptivos eram vistos como métodos abortivos e, sendo Portugal maioritariamente um país religioso, estes eram abolidos. (apud Almeida et al. 2004, 31)

Contudo, em casos excepcionais, o preservativo, por exemplo, era passível de utilização caso houvesse motivos médicos, como o caso das doenças “venéreas” (Almeida et al. 2004, 32). Contrariamente ao Decreto-Lei acima referido, o *Decreto-Lei n.º 3/84*¹⁹, através da leitura dos vários artigos, é possível destacar a crescente evolução da consciencialização da educação sexual e do planeamento familiar no seio das famílias portuguesas.

Contrariamente ao que acontecia antes do 25 de abril de 1974, o Estado incentiva as famílias – particularmente os jovens – a fazerem uso de uma sexualidade devidamente cuidada, com acesso a métodos contraceptivos eficazes contra a propagação de doenças sexualmente transmissíveis e, também, de gravidezes indesejadas

Quantificada nos seus contornos intensidade e diversidade, a queda da fecundidade em Portugal suscita dois tipos de interpretações. A primeira associa-a, num horizonte mais imediato, a um crescente acesso e utilização dos métodos de contraceção médica, segura e eficaz, cujo uso é encorajado pelas políticas sociais e de saúde posteriores ao 25 de abril(...) (Almeida, André, e Lalanda 2002, 376)

A “segunda revolução contraceptiva” veio, assim, expor a ideia de que é uma opção válida não só os casais planearem a sua fecundidade, como há a possibilidade de se fazer a separação entre sexualidade e procriação. Ou seja, não só há a necessidade de promover o sexo seguro, como há uma consciencialização para o planeamento familiar, permitindo a existência de uma fecundidade planeada e pensada pelo casal.

Artigo 1º - Direito à educação sexual e de acesso ao planeamento familiar

¹⁸ Para uma análise detalhada desta teoria ver Almeida et al. (2004).

¹⁹ Decreto-Lei n.º 3/84, publicado a 24 de março de 1984, relativo à educação sexual e planeamento familiar. Disponível aqui: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/3-1984-661903>

- 1- O Estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação.
- 2- Incumbe ao Estado, para protecção da família, promover, pelos meios necessários, divulgação dos métodos de planeamento familiar e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes. (Diário da República 1984)

Ou seja, com a crescente implementação de políticas públicas de incentivo do planeamento familiar, e o aumento da consciencialização para a utilização de métodos contraceptivos eficazes, estamos perante uma maior consciência relativamente à saúde reprodutiva, particularmente no caso feminino, através do aumento do apoio e assistência às mulheres durante a gravidez e no momento do parto, mas também perante uma visão de empoderamento do lugar da mulher no seio familiar e na sociedade em geral, que lhe dá total controlo da sua fecundidade e do seu próprio corpo

Para além das políticas de promoção e consolidação do acesso à contraceção moderna, os serviços de saúde ligados à reprodução asseguram no terreno uma relativamente boa cobertura em matéria de cuidados básicos, no que toca ao acompanhamento da gravidez e à assistência no parto. (Almeida et al. 2004, 37)

Ainda assim, apesar de termos assistido a uma evolução visível no âmbito da recolha de informação acerca da contraceção e da sexualidade em geral, a verdade é que esta não é, de todo, benéfica. Isto é, nem toda a informação com a qual os jovens se cruzam atualmente, particularmente na internet, é positiva no sentido de os educar. Analisando a Dissertação de Mestrado de Hugo João Mota Santos (2022), conseguimos perceber exatamente a falta de informação que continua a persistir na população jovem, neste caso em Portugal. Falta de informação essa que, segundo o autor, poderá ter inúmeros motivos, sejam eles: a falta de conhecimento das gerações passadas (os pais) que consequentemente terá repercussões na forma como (não falam) com os filhos sobre sexo e protecção, visto que os seus próprios pais também não tiveram essa conversa com eles. Também o adiamento “da Conversa”, dito, a introdução à vida sexual e a necessidade de se protegerem, por assumirem que os filhos ainda não têm idade suficiente ou ainda não se encontram numa relação amorosa suficientemente séria ou significativa que implique uma vida sexual ativa (aqui temos presente o estigma que abordámos no capítulo anterior, ou seja, a pré separação entre sexualidade e conjugalidade, a virgindade feminina). E, por fim, o próprio desconforto dos jovens perante o tema sexo, protecção,

DST's²⁰, gravidez (Santos 2022, 62). É importante percebermos de que forma estamos a fornecer informação fidedigna e útil, para que as gerações mais novas não sintam a necessidade de recorrer à internet e aos media em geral, que nem sempre são a fonte de conhecimento mais correta (temos o claro exemplo do quão irreal e pouco segura é a pornografia que uma grande percentagem de jovens consome diariamente), particularmente quando falamos de assuntos tão importantes e íntimos quanto estes.²¹

Maria, quando questionada acerca da sua rede de apoio no decorrer dos tratamentos de fertilidade, deixou bem clara a falta de disponibilidade (neste caso da mãe), em falar sobre certos assuntos

“Como eu costumo dizer, não é uma mulher moderada, ponderada, é muito sobre como ela acha que tem de ser...nunca houve grande abertura enquanto relação mãe e filhas em haver esta partilha tão íntima destes aspetos.” (Maria, 39 anos).

2.2. A contraceção

Tal como referem Almeida, Ferreira, Ferrão e André (1995), ainda que as gerações mais antigas tenham conhecimento dos meios de contraceção mais comuns, como é o caso da pílula, preservativo e DIU²², é nas gerações mais novas e, conseqüentemente mais escolarizadas que os novos métodos de contraceção, ou o chamado “controlo do ciclo menstrual” têm maior visibilidade. (Almeida et al. 1995, 16). Também Daniel Pereira da Silva, em 2015,²³ corroborou essa informação, sendo que havia uma clara preocupação com o facto de as mulheres inseridas na faixa etária dos 35 aos 39 anos não fazerem consultas de planeamento familiar, sendo frequente o aumento do número de IVG²⁴ nessa faixa etária (*Diário de Notícias* 2015). Ainda que estas sejam gratuitas conseguimos identificar a dificuldade que algumas mulheres continuam a ter na abordagem da sua sexualidade e controlo do seu próprio corpo, marcado pela dificuldade em procurar informação. Cada vez mais, através dos estudos científicos que explicam os malefícios das hormonas contidas na pílula, no DIU e nos restantes métodos contraceptivos

²⁰ DST – Doença Sexualmente Transmissível.

²¹ Para uma análise detalhada desta teoria ver Santos (2022).

²² DIU – Dispositivo Intrauterino.

²³ Coordenador científico do estudo referido na notícia “94% das mulheres portuguesas usam método contraceptivo” notícia retirada do Diário de Notícias. Disponível aqui: <https://www.dn.pt/ciencia/saude/-das-mulheres-portuguesas-usam-metodo-contracetivo-4611146.html>

²⁴ IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez.

hormonais, as mulheres optam por vigiar e controlar o seu ciclo menstrual de forma mais natural, seja através da medição da temperatura basal e/ou do muco cervical. Tal como referem Ferreira, D'Avila e Safatle (2019)

Apesar dos benefícios na contraceção da pílula anticoncepcional, ela tem diversos efeitos colaterais, entre eles as alterações nas vias metabólicas de lipídeos e proteínas, na cascata de coagulação, na sensibilidade à insulina, nas propriedades vasoativas, no metabolismo do zinco e até na pressão arterial. (Ferreira, D'Avila, e Safatle 2019, 430)

As autoras fazem ainda referência ao facto de, ainda que as propriedades e consequências maléficas da utilização da pílula sejam significativas, no caso do Brasil esta continua a ser o método contraceptivo com maior percentagem de utilização, visto que é obtida de forma totalmente gratuita através do SUS²⁵. No caso português, ainda que consigamos obter a pílula de forma gratuita nas consultas de planeamento familiar, por exemplo, na maioria dos casos é necessário adquiri-la através da farmácia e, através do SNS²⁶, conseguimos obtê-la por um valor mais baixo que o preço de custo, através da comparticipação por parte do SNS.

Uma das mulheres entrevistadas, faz referência ao cuidado que tem com o controlo da sua saúde reprodutiva e, conseqüentemente, da sua fecundidade

Mas eu já vigiava o meu ciclo, já vigiava a minha saúde, até porque eu tenho uns nódulos na tiróide e então sou bastante atenta à parte da saúde no geral. Então isso também ajudou a perceber algumas coisas, não é? Ah, havia aqui este interesse em fazer algum acompanhamento da minha saúde. **(Isabel, 32 anos)**

Contrariamente às novas gerações, nas quais existe o cuidado com a fecundidade e a utilização de métodos contraceptivos modernos, nas gerações mais velhas a situação inverte-se. A limitação no acesso à educação, a visão do casamento enquanto instituição e, conseqüentemente, a visão dos métodos contraceptivos modernos como se tratando de um pecado, impedia as gerações mais antigas de terem total controlo da sua fecundidade. Desta forma, este controlo do próprio corpo e das decisões individuais é, tal como refere Ariès (1979)

²⁵ SUS – Sistema Único de Saúde. Sistema público de saúde brasileiro, criado pela Constituição Federal de 1988.

²⁶ SNS – Serviço Nacional de Saúde. Estrutura através da qual o Estado português assegura o acesso à saúde a todos os indivíduos, criada em 1979.

A passagem de um regime de fecundidade “livre” para um regime de fecundidade controlada por práticas específicas constitui, assim, para Ariès uma “certa estrutura mental” caracterizada pelo “aparecimento no seio da consciência de uma ideia antes indistinta e agora clara e precisa: a ideia do corpo como objecto de conhecimento positivo e de intervenção racional. (apud Bandeira 1996b, 24)

Fazendo ainda referência ao mesmo autor, “(...) a existência de meios técnicos não assegura a adesão a comportamentos modernos (...)” (Bandeira 1996, 420a), afirmação essa que conseguimos comprovar através da análise feita por Almeida (1995/2002) aos resultados do Inquérito Nacional de Saúde de 1987, que demonstraram a heterogeneidade em relação às práticas contraceptivas da população portuguesa. E, em 2008, Cunha (2008) refere

(...) cerca de 4 em 10 recorriam a métodos de alta eficácia, como a pílula e o dispositivo intra-uterino (DIU); e quase metade da amostra recorria ao coito interrompido ou não fazia mesmo contraceção. A estes perfis associavam-se, respectivamente, os casais mais jovens e instruídos e os casais mais velhos pouco ou nada escolarizados. (Cunha 2008, 76)

Nos anos 60 e anteriores, a existência de famílias numerosas, com pouco acesso à educação, era bastante comum, sendo a disseminação de informação contraceptiva bastante dificultada. O acesso a métodos contraceptivos modernos é diverso, também, quando analisado à luz da vertente geográfica. Segundo dados referidos por Almeida, Ferreira, Ferrão e André (1995):

O uso da pílula é máximo na Região Norte (37%), o do preservativo no Algarve (10%), o do DIU na Área Metropolitana de Lisboa (10%), enquanto o Alentejo é a região do País onde é maior o valor referente às mulheres que declaram não usar qualquer método contraceptivo (35%) (Almeida et al. 1995, 16)

Contudo as mesmas autoras referem que, ainda que o progresso e a mudança sejam notórios, estes não são exclusivos aos progressos médicos, nem à laicização da sociedade, mas sim, tal como abordarei no próximo capítulo, à crescente visão da criança no seio familiar, ou seja, ao papel dos filhos na família e na própria sociedade. Tal como refere Sobotka (2004a e 2004b)

Assim, a diminuição da fecundidade, em particular na Europa, em parte explicada pela teoria da transição demográfica, é influenciada pelo processo de adiamento dos nascimentos, decorrendo a emergência de um novo padrão no comportamento das famílias, no respeitante às opções sobre o momento e o número de filhos desejados (apud Gomes et al. 2016, 39)

Podemos verificar que a análise do ISF se torna crucial quando analisada à luz de uma perspectiva demográfica, visto que o declínio do ISF tem, para além das consequências relativas ao baixo número de nascimentos, tem consequências também na questão do envelhecimento da população. Esse envelhecimento, mais acelerado em regiões geograficamente mais isoladas, como é o caso do interior do país (Gomes et al. 2016, 37).

Nazareth (1978) faz referência à “dualidade norte-sul” onde, segundo este, em 1970 a fecundidade era elevada no Norte, e baixa no Sul. Ou seja, ainda que o nível do ISF em Portugal permitisse a renovação de gerações, ligeira contudo, a nível regional o país ainda apresentava clivagens (apud Gomes et al. 2016, 45)

2.3. A relação conjugal antes e depois da fecundidade

Apesar da constante alteração das dinâmicas familiares, o desejo da maternidade e da paternidade continua bastante presente no seio das famílias, particularmente no plano de vida da grande maioria das mulheres, “(...) o valor da maternidade (...) gera um forte consenso e uma quase unanimidade em torno da sua defesa e enaltecimento” (Almeida et al. 2004, 181).

Segundo Cunha (2008), antes ou depois da entrada na conjugalidade, estamos perante 4 cenários possíveis em relação à fecundidade do casal: o primeiro, em que há efetivamente uma decisão relativamente à vontade de ter filhos, ainda que a descendência seja um assunto ainda incerto, que podemos exemplificar através do testemunho de Andreia, quando respondeu à questão “*Sempre pensou em ter filhos?*”

Sim, sempre. Ainda namorávamos e já tínhamos os nomes dos filhos, fosse menino ou fosse menina, portanto (risos). **(Andreia, 42 anos)**

De seguida, o cenário em que o número de filhos está bem definido para o casal – filho único, dois filhos, três ou mais; um outro cenário é o da exclusão da criança do plano familiar, ou seja, o casal não pretende ter filhos; e, por fim, o cenário em que a possibilidade/disponibilidade em acolher uma criança ainda está por decidir (Cunha 2008, 146). A isto, chamamos de projeto inicial, ou seja, o cenário parcialmente definido pelo

casal a nível da fecundidade, que poderá ser definido de forma precoce, como foi o caso de Andreia, ou de forma tardia, caso não esteja nos planos do casal uma entrada antecipada na parentalidade, ao longo dos anos a necessidade de garantir uma vida estável e afetiva para os filhos foi crescendo e, juntamente com ela, cresceu também a necessidade de os casais ponderarem se o número de filhos que desejam, está de acordo com as possibilidades – financeiras, materiais e afetivas – do próprio casal. Desta forma, muitos casais optam por ter um único filho, não só por saberem que não poderiam dar as mesmas condições e oportunidades a um segundo filho, numa vertente material e a nível da disponibilidade, mas principalmente porque a questão afetiva poderia ser afetada.

Atualmente estamos perante “(...) uma família mais sentimental, vigilante e preocupada com o bem-estar e a educação dos filhos que passa por restringir propositadamente a sua descendência de modo a investir material e afetivamente em cada um deles.” (Cunha 2012, 397).

Desta forma, se analisarmos o gráfico D²⁷ conseguimos perceber que, relativamente à amostra definida por Cunha (2008), a grande percentagem das mulheres inquiridas, cerca de 67,4%, definiu o seu ideal inicial de 2 filhos, isto é, antes da “abertura da carreira reprodutiva”, 680 mulheres assumiu que iria ter 2 filhos, seguindo-se as 141 inquiridas que idealizaram a maternidade com o filho único (Cunha 2008, 147).

Por outro lado, analisando o gráfico E²⁸ relativo ao ideal abstracto que, segundo Bassand e Kellerhals, permite não só analisar o valor social atribuído à criança, como se trata do indicador menos influenciado pelo contexto social das famílias (Cunha 2008, 147), conseguimos identificar a situação inversa, isto é: ainda que o valor esteja centrado nos 2 filhos, há uma percentagem considerável em torno dos 3 filhos. Desta forma, podemos concluir que as considerações iniciais que o casal tem em relação ao número de filhos que idealizam, há uma quebra visível desse mesmo ideal quando analisamos a vertente abstracta, ou seja, a descendência modelo das famílias em Portugal. Isto comprova-se através da comparação entre os valores do gráfico D²⁹ e do gráfico F³⁰, pois, ainda que o ideal inicial de 1 filho seja relativamente baixo no gráfico E, quando analisamos os valores apresentados no gráfico G³¹, a descendência de filho único ganha outra dimensão,

²⁷ Para detalhes sobre o gráfico ver Anexo I.

²⁸ *idem*

²⁹ Para detalhes sobre o gráfico ver Anexo I.

³⁰ *Idem.*

³¹ *Idem.*

havendo um aumento substancial do valor. Isto porque, ainda que a grande maioria das mulheres (e dos casais) tente sempre cumprir com os seus ideais em relação à fecundidade, há sempre fatores interiores e exteriores que acabam por a condicionar. Por exemplo, através do testemunho de Andreia, pela resposta à questão “*Se fosse hoje, passaria por tudo novamente?*”, conseguimos perceber o desejo de ter um segundo filho

Uma vez uma prima perguntou-se se eu me sentia realizada com a maternidade...e eu gosto muito de crianças, sou professora, não é? A minha mãe sempre disse que quando íamos ao centro de saúde eu desaparecia sempre para a zona dos bebés (risos), a pegar nos filhos dos outros, e eu queria muito...assim como queria muito um segundo filho. Cheguei mesmo a inscrever-me para os tratamentos, mas depois veio o covid, depois a minha idade estava avançada e a minha endometriose estava aqui a pressionar...se calhar o meu corpo não aguenta o tratamento duas vezes e é preferível a minha filha ter uma mãe saudável. Mas sou sincera, eu ainda agora não tomo a pílula e o médico...pronto, não perco a esperança de engravidar novamente, é quase impossível, mas sem dúvida que passava por tudo novamente. **(Andreia, 42 anos)**

Assim como o desejo de Isabel em ter um segundo filho, quando confrontada com a mesma questão

Sim, mas lá está, isto foi uma amostrinha (risos). Mas sim, tanto que até já conversámos, nós queremos ter mais filhos, como ambos temos irmãos, ambos queremos ter mais filhos. **(Isabel, 32 anos)**

A quebra crescente dos valores da fecundidade em Portugal tem também como motor o adiamento da maternidade. Tal como refere Cunha (2007) o adiamento da maternidade, a quebra da maternidade tardia e da gravidez na adolescência, assim como a questão dos calendários de nascimentos, aliados ao aumento do nível de escolarização, são alguns dos indicadores que consolidam os novos calendários da vida pessoal e familiares dos casais atualmente. (Cunha 2007, 72).

Ainda que a ponderação de todas as vertentes que implicam a entrada na maternidade e paternidade seja crucial não só para o bem-estar da futura criança, mas também para o sucesso da relação conjugal, comprovando dados referidos por Cunha (2007) através do gráfico G³² conseguimos perceber o avanço na idade da mulher ao nascimento do 1º filho.

No gráfico podemos observar que em 1960 a idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho em Portugal era de 25 anos, contrastando com os 30.8 anos em 2022 (PORDATA 2022). Como refere Cunha (2007), estamos perante uma

³² Para detalhes sobre o gráfico ver Anexo I.

“consolidação de novos calendários na vida pessoal e familiar” (Cunha 2007, 72). Estamos perante uma modificação no calendário dos nascimentos em Portugal, resultado da maternidade tardia e conseqüente adiamento da maternidade, mas também da quebra na maternidade na adolescência, fruto da entrada precoce na conjugalidade que se praticava em tempos passados.

O adiamento da maternidade é essencialmente associado à entrada em massa das mulheres no mundo do trabalho e a crescente aposta na sua educação e formação. Tal como referem Lutz, Skirbekk et al. (2006), estamos perante um claro exemplo da “hipótese da armadilha de baixa fecundidade”, caracterizada pela relação da baixa taxa de fecundidade com os fatores demográficos, sociais e económicos, nomeadamente as frequentes oscilações financeiras, que acabam por atuar como mecanismos de adiamento da maternidade/paternidade nos casais mais jovens em Portugal e na Europa (apud Deus 2021, 25). Com isto, observamos que a fecundidade depende de vários fatores, como o calendário e planeamento dos nascimentos, a condição social da mulher, nomeadamente nos níveis de escolarização (Cunha 2008, 158), e não como efeito único do acesso à contraceção. Segundo Cunha (2008), o calendário da fecundidade é constituído por três indicadores que nos permite perceber, de forma generalizada, a escolha do casal em relação ao nascimento/número de filhos que pretende ter. São eles: “a idade da mulher no nascimento dos filhos (primeiro e último), o intervalo entre o início da conjugalidade e o primeiro nascimento e os intervalos entre os nascimentos (primeiro e segundo; primeiro e último)”(Cunha 2008, 153). Neste caso, quanto mais elevado é o nível de instrução e qualificação profissional da mulher, mais tardia é a entrada na conjugalidade e, conseqüentemente, a fecundidade.

São, portanto, as mulheres mais qualificadas que regem o planeamento do nascimento dos filhos e que acabam por se inserir, em maior número, na maternidade tardia. No caso das mulheres inseridas na academia, por exemplo, intelectuais qualificadas, estas fazem um maior planeamento da sua fecundidade versus uma mulher doméstica, ou com baixo nível de instrução (Cunha 2008, 176). Segundo Cunha (2008), a percentagem mais baixa relativa ao planeamento dos nascimentos dos filhos, diz respeito a mulheres com o nível de educação mais baixo, ensino primário, ou sem escolaridade, seguindo-se as mulheres que completaram o ensino básico. Por outro lado, a percentagem que diz respeito ao nível mais alto de planeamento dos nascimentos, diz respeito às mulheres que completaram o secundário e/ou seguiram para o ensino superior

(Cunha 2008, 176). Há, portanto, uma diferença a nível temporal no que diz respeito à “carreira reprodutiva” das mulheres em função do percurso escolar que adotam, as menos instruídas iniciam o seu percurso pela maternidade mais cedo, enquanto as mais instruídas o iniciam mais tardiamente. Consequentemente, as mulheres mais instruídas encerram a “carreira reprodutiva” mais tarde, em comparação com as menos instruídas. (Cunha 2008, 177)

Conseguimos perceber isso através das entrevistas realizadas, nomeadamente no caso das entrevistadas Filipa e Andreia, sendo que ambas são professoras e ambas decidiram adiar a entrada na maternidade, de forma a organizarem a sua vida pessoal e profissional

Eu era bastante nova, casei com 27 anos, o meu marido é 7 anos mais velho que eu, portanto apesar de ele ser mais velho, eu ainda não me sentia preparada para ser mãe. Tinha estabilidade profissional, mas fomos adiando um pouco a situação, até que, 4 anos depois de casarmos, por volta de 2013, começámos a tentar engravidar, mas a situação não surgiu espontaneamente. **(Filipa, 41 anos)**

Ora bem, sou professora...casei cedo e fui morar relativamente cedo com o meu marido, nos primeiros anos como eu sou professora, andava sempre fora de casa e então não pensámos logo em ter filhos. Depois, em 2009, achámos que estava na altura...que não valia a pena esperar por uma colocação em condições...isso é outra realidade, e pronto. Casámos em 2005, então estivemos aqueles 4 anos sem pensar em ter filhos, não é? **(Andreia, 42 anos)**

Para além da realização pessoal e profissional, muitos casais optam também por adiar o nascimento do primeiro filho de forma a conseguirem “aproveitar” o casamento, mostrando a dissociação entre a conjugalidade e a natalidade, e da “(...) gratificação afectiva na consolidação da felicidade conjugal (...)” (Almeida et al. 2004, 221)

Eu era bastante nova, casei com 27 anos, o meu marido é 7 anos mais velho que eu, portanto apesar de ele ser mais velho, eu ainda não me sentia preparada para ser mãe. Tinha estabilidade profissional, mas fomos adiando um pouco a situação, até que, 4 anos depois de casarmos, por volta de 2013, começámos a tentar engravidar, mas a situação não surgiu espontaneamente. **(Filipa, 41 anos)**

Casámos em 2005, então estivemos aqueles 4 anos sem pensar em filhos, não é? **(Andreia, 42 anos)**

Aliado à questão do adiamento da entrada na maternidade, a vertente económica e financeira tem também bastante peso na ponderação de ter ou não ter filhos e, mais importante, quando os ter. Em Portugal, particularmente nas grandes cidades, uma das dificuldades das famílias prende-se na procura de creches, ou serviços de guarda de

crianças equivalentes, acessíveis à situação económica e financeira do casal ou, nos casos em que o acesso à creche seja gratuito, existam vagas disponíveis. Tal como é referido numa notícia do Diário de Notícias³³, a falta de vagas nas creches é um problema que afeta a realidade da população em Portugal, particularmente nas grandes cidades – “Não existem creches suficientes.” (Costa 2022). Ainda que, segundo a Portaria nº198/2022 de 27 de julho³⁴, através das medidas de apoio à natalidade, que visam a criação de condições que permitam aos casais ter o número de filhos que idealizam, assegurando o acesso a creches públicas, de forma que os pais consigam conciliar a vida familiar e laboral sem condicionar tanto o desenvolvimento da criança, quanto o orçamento familiar, já que as creches privadas são substancialmente mais dispendiosas, a realidade é que as vagas são bastante limitadas (Trabalho, Solidariedade e Segurança Social 2022).

Atualmente, as condições sociais e económicas exigem que o casal avalie as suas decisões na hora de decidirem ter filhos. Isto porque, para além de todos os gastos a nível financeiro que uma criança implica, é crucial perceber se o caminho da maternidade/paternidade é desejado por ambos os cônjuges, como se observa através dos seguintes testemunhos

(...) claro que gostávamos um do outro, mas mesmo quando a relação estava bem, eu não me via a ter filhos com aquela pessoa (...) **(Isabel, 32 anos)**

A nossa verdadeira crise começou quando eu estava grávida, quando se tornou óbvio, mas naquela altura eu estava grávida e eu só pensava: isto não pode estar a acontecer! Vamos ter uma criança, tem que correr tudo bem. **(Andreia, 42 anos)**

Estamos, contudo, perante uma entrada tardia no mercado de trabalho por parte dos jovens que surge como uma das razões para os casais terem filhos mais tarde (Almeida et al. 2004, 219), tal como podemos verificar através do testemunho de **Carla**

Imagine, se eu tivesse mais 10 anos pela frente, a nível da fertilidade, provavelmente eu ainda não era mãe. **(Carla, 44 anos)**

³³ Notícia disponibilizada pelo Diário de Notícias a 1 de setembro de 2022, “Gratuidade nas creches: mais dúvidas que certezas” da autoria de Alexandre Costa. Pode ser consultada aqui <https://www.dn.pt/sociedade/gratuidade-nas-creches-mais-duvidas-que-certezas-15128616.html>

³⁴ Portaria nº198/2022 de 27 de julho, relativo à regulamentação das condições específicas de concretização da medida da gratuidade das creches e creches familiares, integradas no sistema de cooperação, bem como das amas do Instituto da Segurança Social. Disponível aqui: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/198-2022-186721643>

Através da análise do gráfico H³⁵ conseguimos concluir que a descendência atual vai diminuindo com o avanço da escolaridade das mulheres inquiridas, isto é, quanto maior é o nível de escolarização das mulheres, menor é a sua descendência. No gráfico, as mulheres com formação superior estão inseridas com maior percentagem nos 2 filhos (63,4%), sendo que as descendências numerosas (4 ou mais filhos) ocupam uma percentagem bastante baixa (3,2%), face à percentagem ocupada pelas mulheres sem escolaridade (30,8%) (Cunha 2008, 166).

Com a crescente valorização do papel da criança na família, que tal como Roussel (1975) e Barthélémy et al. (1986) referem, “(...) é a sua vinda que transforma o casal numa família (apud Cunha 2008, 156).

Torna-se, portanto, crucial termos em conta as questões a nível material, económico e afetivo que implicam a vinda de uma criança, ou seja, se estão, tal como refere Vanessa Cunha (2007), “(...) reunidas certas condições de bem-estar, não só económico, como em disponibilidade pessoal, em segurança afetiva e em confiança no outro para o desempenho do papel parental.” (Cunha 2007, 85), permitindo-nos questionar: que papéis é que as crianças assumem na família?

³⁵ Para detalhes sobre o gráfico ver Anexo I.

3. O (novo) lugar da criança

3.1. A evolução dos estilos parentais

É só no final da década de 70 e no início da seguinte que o discurso dos jovens casais, sem abandonar completamente a ideia do valor tradicional da criança, começa a refletir uma nova atitude face à infância. Esta deve ser mais protegida, privilegiada, acarinhada, respeitada, educada. (Cunha 2007, 96)

Tal como verificámos ao longo do capítulo anterior, a fecundidade portuguesa tem vindo a sofrer um decréscimo ao longo dos anos. A “tese da sentimentalização da infância” de Ariès, por exemplo, é uma das teorias que melhor explica a evolução do papel da criança na sociedade e no seio familiar. Segundo a teoria, “(...) a precocidade do malthusianismo francês (...) é sintoma de uma revolução das mentalidades que transporta um novo olhar sobre a infância.” (Cunha 2008, 27). Ou seja, à medida que há uma evolução sobre a forma como encaramos a criança, seja a nível afetivo ou material, assistimos simultaneamente a uma diminuição do número de filhos, que permite ao casal um maior investimento na criança que, tal como refere Cunha (2008), “(...) passa a ser único e insubstituível.” (Cunha 2008, 28). Desta forma, todos têm o mesmo nível de amor, atenção e condições de apoio a nível financeiro (Cunha 2007, 33).

Contudo, não só a nível afetivo se verificaram diferenças, sendo também possível analisar os efeitos positivos da evolução do papel da criança na vertente demográfica. Se em Portugal a Taxa de Mortalidade Infantil³⁶ atingiu valores exorbitantes (77.5% em 1960), ao longo dos anos esse valor foi diminuindo, sendo de 2,6% em 2022 (PORDATA, 2023c). O Antigo Regime, marcado pela negligência em relação às crianças, mas também pelos fracos acessos a cuidados de saúde não só maternos, mas também infantis, sendo frequente a morte logo após o nascimento, tanto da mãe como da criança. Como refere Cunha (2007)

A ausência de princípios de higiene, o enfaixamento do corpo e a alimentação indigesta, o abandono de bebés e mesmo de crianças já crescidas, a recusa do aleitamento materno e a entrega dos recém-nascidos a amas mercenárias, o desigual tratamento dos filhos em função da sua identidade social, com prejuízo das raparigas e dos mais novos, a vulgarização do aprendizado e a não comparência dos pais no enterro dos filhos, em especial dos de tenra idade,

³⁶ Taxa de Mortalidade Infantil – número de óbitos de crianças com idade inferior a 1 ano observada durante um determinado período, geralmente 1 ano civil (PORDATA 2023c)

eram características dessa relação tradicional com a criança marcada pelo desinteresse, a negligência e mesmo a mais elementar falta de afeição. (Cunha 2007, 36)

Kellerhals et al. (1989) fazem referência a um conceito interessante que nos permite refletir sobre a evolução do lugar da criança ao longo dos anos, o conceito de *opportunity structure*, ou seja, o “(...) conjunto de bens, de trajetões de vida possíveis e de sistemas de valores acessíveis aos indivíduos.” (Kellerhals et al. 1989, 93). Isto é, de forma a permitirem que os seus descendentes consigam alcançar todas as oportunidades, os casais são “obrigados” a reduzir o número de descendentes, ou seja, têm menos filhos.

Desta forma, estamos perante um aumento no investimento material (e emocional) na criança, assim como uma maior preocupação a nível da sua “colocação” social (Kellerhals et al. 1989, 93), ou seja, torna-se pertinente analisarmos a questão do custo-benefício, ou como os autores lhe chamam, “*risk-gain-loss evaluations*” (Kellerhals et al. 1989, 94). Tudo isto acaba por nos permitir questionar, qual é, então, o papel da criança na família?

Contrariamente ao papel que desempenhava na antiguidade, a criança abandona o estatuto de pequeno adulto, cujas funções recaíam essencialmente na questão económica, ou seja, como capital económico em relação à família, tal como referem Cunha (2008), “(...) na qual a criança era representada como um pequeno adulto, em nada se distinguindo dele senão pela sua reduzida estatura.” (Cunha 2008, 30) e Kellerhals et al. (1989), “(...) a criança já não é um *capital*, mas um *custo* que os pais aceitam ou recusam: a criança é vista como um *bem de consumo afectivo*.” (Kellerhals et al. 1989, 95).

Seguindo ainda o pensamento da análise custo-benefício da criança, Kellerhals et al. (1989) fazem referência à teoria de Hoffmann e Hoffman (1973) acerca das funções que a criança terá em relação aos pais. São elas

a) Aquisição da identidade social e do status de adulto; b) Alargamento do self a uma entidade mais ampla (no tempo e/ou no espaço); c) Desejo de sociabilidade, de laços no interior do grupo primário; d) Gosto da mudança do imprevisto, da novidade; e) Necessidade de criatividade, de auto-relização; f) Exercício do poder, ou da influência; g) Manifestação exterior de prestígio ou de status; h) Utilidade económica direta ou indireta da criança. (apud Kellerhals et al. 1989, 98)

Segundo Cunha (2012), o lugar da criança situa-se entre o presente e um passado. Se, no primeiro caso, há um cuidado por parte do casal em reduzir as descendências de forma a garantir que todas as crianças são individualmente amadas e acolhidas (não só a

nível dos afetos, mas também a nível do suporte financeiro e material), no segundo caso a tendência recaía para as famílias numerosas, tendo como principal objetivo o de garantir o funcionamento e sustento da casa (Cunha 2012, 465)

Como tal, a família como a conhecemos atualmente, onde primam os afetos e se organiza em torno do bem-estar e da felicidade da criança, é uma “(...) obra da alvorada da modernidade.” (Cunha 2007, 27)

O que os pais procuram transmitir aos (ou promover nos) filhos, por um lado, e o que procuram receber deles, ou as expectativas que neles depositam, por outro, são duas maneiras complementares de abordar a faceta mais qualitativa do lugar dos filhos na família. (Cunha 2007, 227)

Desta forma, é importante analisarmos de que forma é que a transição para a modernidade contribuiu para a mudança das funções que a criança desempenha na sociedade, isto é, serão estas mudanças apenas de ordem sentimental/afetiva?

Segundo Boyd (2003) e Sottomayor (2011):

Esta evolução traduziu-se, também, nas transformações sucessivas do regime de regulação das responsabilidades parentais e dos critérios de bem-estar das crianças nas sociedades ocidentais em Portugal, ao longo do século XX, desde o poder paternal absoluto em que a criança era vista como um pequeno adulto propriedade do pai, até à afirmação do superior interesse da criança e partilha de responsabilidades parentais do final do século XX, início do século XXI. (apud Casaleiro 2021, 120)

Partindo da análise da obra de Kellerhals et al. (1989), Vanessa Cunha (2012; 2007), apresenta-nos 4 dimensões de análise em relação à função dos filhos: *instrumental, expressiva, estatutária e, por fim, a afetiva* (Cunha 2007, 228).

Relativamente à primeira dimensão, a instrumental, segundo Cunha (2007), pode ser repartida em três funções: *a função produtiva, a função de solidariedade material e a função de solidariedade emocional*. Em relação à *função produtiva*, esta remete para a participação dos filhos nas esferas domésticas ou profissionais, ou seja, os filhos enquanto ajuda em casa e no trabalho (Cunha 2007, 228). Esta função continua a ser a realidade de muitas famílias, particularmente quando analisamos a questão da divisão do trabalho entre raparigas e rapazes, pois são frequentemente as filhas que ficam sobrecarregadas com o trabalho doméstico em adição ao trabalho profissional. Ainda que não sejam situações exclusivamente geracionais, isto é, com origem em gerações mais antigas, a realidade é que o papel das mulheres, que analisei no capítulo 1, sempre foi remetido para

a esfera doméstica e, no caso de esta ingressar no mercado de trabalho, as tarefas domésticas continuavam a recair sobre si. Quando tal não acontecia, eram delegadas à filha mais velha, que não só ficava encarregue das lides da casa, como também do cuidado dos irmãos mais novos. Atualmente a situação ainda se repete, não tanto no cuidado com os irmãos (em particular pela entrada das crianças nas creches), mas a nível das tarefas domésticas, estas continuam a recair sobre as figuras femininas da casa. Conseguimos observar isso através dos testemunhos das entrevistadas Mariana Castro e Beatriz Ferreira, referidos por Andreia Barbas (2014, 17 e 18) na sua Dissertação de Mestrado³⁷.

E se a contribuição a nível doméstico recaía (e continua a recair) frequentemente na figura feminina, as contribuições a nível económico eram da responsabilidade dos filhos. Novamente, o testemunho de Manuel Azevedo (Barbas 2014, 17) são a prova disso mesmo. Ou seja, antigamente era frequente os rapazes iniciarem a sua vida laboral bastante cedo, com o principal propósito de contribuírem para as despesas da casa, o que acaba por contribuir para a ideia de que o homem é o sustento da casa, é o chamado “ganha-pão”. Esta necessidade de auxiliar tanto a nível económico quanto a nível doméstico, tal como referi, ainda perdura até à atualidade, particularmente quando falamos em regiões rurais, com forte prevalência da agricultura, como é o caso das aldeias isoladas do interior. Novamente Barbas (2014) faz referência a esse caso, em que tanto os filhos como as filhas são obrigados a auxiliar em casa e no trabalho agrícola, contudo, segundo o testemunho de uma outra entrevistada, Aurora Belém (Barbas 2014, 18), conseguimos novamente perceber que a grande esfera (se não a maioria) do trabalho doméstico, continua a recair sobre as figuras femininas da casa, mãe e filha.

Relativamente à *função de solidariedade material*, esta remete para a necessidade de auxílio na velhice ou em caso de doença aos pais (Cunha 2007, 228). Antigamente, através de relatos de pessoas mais velhas, conseguimos perceber a necessidade que havia em serem os filhos a cuidarem dos pais, seja em caso de velhice ou de doença, era quase uma obrigação, um dever por parte dos filhos. Atualmente, ainda que haja relatos de pessoas que insistem em tomar conta dos pais de forma a conseguirem retribuir pelo menos algum do esforço que estes fizeram por eles, sendo comum o sentimento de abandono ao pensarem em colocar os pais numa instituição, a verdade é que a realidade quotidiana da maioria dos jovens não lhes permite fazer esse sacrifício. Com o aumento

³⁷ Dissertação de Mestrado em Sociologia “Crescer a meias – Uma análise sociológica do impacto dos estilos educativos parentais nas relações entre irmã/os” da autoria de Andreia Barbas (2014).

do custo de vida e, conseqüentemente, do êxodo por parte das gerações mais novas que procuram uma vida melhor, junta-se o facto de atualmente não haver a possibilidade de abdicar de um emprego estável para assumir o papel de cuidador informal, não só porque o subsídio de apoio ao cuidador informal é bastante baixo, mas porque os próprios pais não querem ser vistos como um encargo para o futuro dos filhos. Contudo, através da crescente valorização da dimensão afetiva, conseguimos identificar a vontade de os jovens garantirem um futuro estável para si que, depois, lhes dará a oportunidade de auxiliar na velhice dos pais, não encarando esse ato como pura obrigação, mas sim como um ato de amor.

Por fim, temos a *solidariedade emocional*, fruto da expectativa de que os filhos serão uma companhia ao longo da vida (Cunha 2007, 228). Companhia essa que, atualmente, devido à distância geográfica da maioria dos jovens em relação aos progenitores, se celebra através de telefonemas e videochamadas, visitas periódicas à casa de infância, ou mesmo férias em família. Contudo, ainda há relatos de casos em que há efetivamente uma proximidade geográfica com os pais, como é o caso de Maria

Ah, a gente...a gente mora aqui em A., perto de S. e mesmo muito próximo dos meus pais..., portanto, moro a 500 metros dos meus pais e dos meus sogros, estamos aqui assim num núcleo muito próximo (**Maria, 39 anos**)

Relativamente à *dimensão estatutária*, Cunha (2007), identifica 4 funções correspondentes: *a função identitária, a função de aquisição de autoridade, a função de mobilidade social e, por fim, a função de linhagem.* (Cunha 2007, 229). Em relação à *função identitária*, na medida em que os filhos reconstróem a identidade da mulher, dos pais em geral, sendo a origem da sua gratificação pessoal.(Cunha 2007, 229). Temos o exemplo de Carla, quando questionada com a seguinte questão

O que valoriza mais na relação com o seu filho?
Opá nem sei, só o olhar dele de carinho, sei lá, sei lá, aquele olhar é tudo. Nem sei explicar (**Carla, 44 anos**)

Em relação à *função de aquisição de autoridade*, esta é responsável por demonstrar o exercício de poder e de influência em relação aos filhos (Cunha 2007, 229), que posteriormente é exercido de forma diferente na visão do pai e da mãe, respetivamente. Como nos indica o testemunho de Carla

O pai consegue impor mais respeito, eu não, ele comigo faz farinha. Mas pronto, é uma relação...ele é um rapaz, portanto dizem que os rapazes são

sempre muito mais apegados às mães e definitivamente é verdade (risos). Ele cola-se muito mais a mim à procura do carinho e do mimo, pronto, mãe é mais mimo..., mas é uma coisa muito especial, acho que nem conseguimos explicar. **(Carla, 44 anos)**

Já em relação à *função de mobilidade social*, esta é vista como uma segunda oportunidade, isto é, os filhos enquanto possibilidade de ascender socialmente, de obtenção de novas oportunidades em relação aos pais (Cunha 2007, 229). Por fim, temos a *função de linhagem*, ou seja, a função de continuidade, que encara os filhos como herdeiros do património familiar. Esta função manifesta-se, particularmente, quando falamos em património financeiro, seja a nível de negócios, ou mesmo de habitações e terras (Cunha 2007, 229).

De seguida, temos a *dimensão expressiva*, que se divide em 3 funções: *a função de papel*, *a função de sociabilidade lúdica* e *a função socializadora* (Cunha 2007, 229). Entende-se por *função de papel* como algo gratificante, ou seja, cuidar dos filhos é, para os pais, uma felicidade. Como refere Andreia

Ai, valorizamos tudo, a relação é fantástica e aquilo é maravilhoso (risos). Ah, ter filhos é maravilhoso, quanto mais eles crescem, mais nós gostamos deles ...ah, há a cumplicidade, eu vejo-a a crescer a ter opinião própria, a transformar-se naquele pequeno ser, que sabe o que quer e isso deixa-nos extremamente orgulhosos. A nossa filha é muito carinhosa, temos uma relação muito boa, temos personalidades completamente opostas, mas é muito engraçado fazer este jogo, é uma autêntica ferramenta de autoconhecimento por incrível que possa parecer, mas ao mesmo tempo é super gratificante...por todo aquele carinho, aquele amor, é maravilhoso. Eu valorizo imenso esta cumplicidade que nós temos, não sei, não há palavras **(Andreia, 42 anos)**

Relativamente à *função de sociabilidade lúdica*, é referente ao facto de os filhos serem uma companhia em contexto de lazer (Cunha 2007, 229), isto é, mais uma prova da crescente dissociação da criança enquanto “pequeno adulto”. Se nas gerações passadas a criança era uma ferramenta de trabalho, onde o conceito de “brincar” não era uma realidade, com o passar dos anos a sua companhia em clima de lazer (e não só) é cada vez mais valorizada. São inúmeras as atividades e programas que os pais conseguem fazer com os filhos que, contudo, acabam por estar dependentes das possibilidades a nível material e económico dos progenitores. Isto é, ainda os costumes estejam em constante mudança e a evolução do papel da criança no seio familiar ao longo dos anos seja bastante positiva, a realidade é que é necessário capital económico para proporcionar uma infância adequada a uma criança. Quanto mais baixo é o nível de escolaridade dos pais e,

consequentemente, o nível de rendimento, mais baixas são as possibilidades económicas da família, que tem tendência a agravar consoante o número de crianças envolvidas.

No entanto, é também importante analisar a questão da mudança a nível da dinâmica familiar após o nascimento de uma criança. Ou seja, ainda que seja crucial incluir a criança nos planos familiares, é também importante termos em conta que a vinda desta acaba por condicionar o casal. Tal como refere Carla, a vida familiar altera-se, particularmente relativamente à sociabilidade e lazer

A nossa disponibilidade antes é completamente diferente, a nível de quando queremos ir jantar, passear, fazer férias...tudo é diferente. É tudo em função daquela criaturazinha (risos) **(Carla, 44 anos)**

Assim como Andreia

(...) deixarmos de ter a rotina de sair os dois, a mudança de rotina e de estilo de vida, o não sairmos tanto com amigos. **(Andreia, 42 anos)**

De seguida, temos a *função socializadora*, isto é, os filhos enquanto agentes de socialização (Cunha 2007, 229), com capacidade (e liberdade) para participar nas conversas familiares, dar uma opinião, partilhar. Aliada a esta função, ainda que não seja o tema desta dissertação, podemos analisar a importância do conceito da criança enquanto cidadã, isto é, do seu direito a ter uma voz ativa na sociedade, particularmente no seio familiar, e a ser ouvida e respeitada. Novamente, é possível observar no trabalho de Barbas (2014), os vários exemplos de crianças que não tiveram acesso a uma participação ativa nas conversas familiares.

Por fim, falemos da *dimensão afetiva*. Esta está apresentada em 3 funções: *a função afetiva extrema, a função afetiva alargada e, por fim, a função simbólica de coesão* (Cunha 2007, 229). Entende-se por *função afetiva extrema* como a clara demonstração dos filhos como se tratando de um amor único, o único amor que perdura (Cunha 2007, 229). No entanto, esse amor nem sempre é demonstrado de forma igualitária pelos pais em relação aos filhos. Através do relato de Maria, conseguimos observar a escassez de afetos da mãe em relação a si e à sua irmã

A relação com a minha mãe, tanto comigo como com a minha irmã, é uma relação mais fria, até porque a minha mãe tem uma personalidade muito difícil. **(Maria, 39 anos)**

No entanto, em relação ao pai, a história altera-se

(...) o meu pai é um pai super afetuoso, super mimoso...eu costumo dizer que tenho um pai galinha (risos) **(Maria, 39 anos)**

A *função afetiva alargada*, ou seja, o sentimento de amor único que perdura, tal como referi anteriormente, mas alargado ao núcleo familiar e ao círculo de amigos mais próximos (Cunha 2007, 229). Neste caso, conseguimos verificar a demonstração de sentimentos de alegria e felicidade em relação à criança (ou à chegada da mesma) a um conjunto de pessoas para além dos pais. Ainda que a demonstração de afetos não tenha sido algo usual nas gerações mais antigas, é visível a alegria que uma criança pode trazer à família e, há cada vez menos pudor/receio em demonstrar esses mesmos sentimentos. Como podemos verificar através do testemunho de Andreia

Pronto, na altura também tínhamos familiares a tentar engravidar, a minha cunhada, irmã do meu marido, e o meu irmão também. Foi assim uma altura interessante na família (risos) estávamos todos entusiasmados. **(Andreia, 42 anos)**

Relativamente à última função, a *função simbólica de coesão*, que remete para a ideia dos filhos enquanto expressão do amor entre os pais (Cunha 2007, 229). Antigamente, após o casamento, esperava-se que o casal alcançasse o próximo passo, a chegada de uma criança, pois só assim o casamento era validado, isto é, só essa seria a prova do amor entre os cônjuges. No entanto, quando há impedimento nesse sentido, o testemunho de Carla vem comprovar que a teoria não se verifica e que a criança não é a única expressão válida para a demonstração do amor entre os cônjuges

Estivemos nesta luta desde 2016, mas como somos um casal tão descomplicado, completamo-nos muito bem, para nós era importante termos um filho, mas não era algo que...que caso não conseguíssemos alcançar, que nos prejudicasse...tanto como individuais, como casal. Isso estava muito bem definido na nossa cabeça, pronto, não era algo que se a gente não conseguisse, nos viesse a afetar muito. Claro que é sempre uma má notícia, quando alguém quer formar família e não consegue, no entanto não foi algo...é algo que está muito bem resolvido na nossa cabeça. **(Carla, 44 anos)**

Partindo da análise das dimensões acima apresentadas, conseguimos identificar grandes mudanças ocorridas ao longo dos anos relativamente ao lugar da criança, não só na sociedade, mas particularmente no seio da família. Estamos perante alterações de comportamentos não só a nível afetivo e emocional, mas também do ponto de vista

material. As crianças já não são encaradas como capital económico, são vistas como seres humanos que têm o direito de brincar, de partilhar e, principalmente, de ser amadas.

Assim sendo, há uma questão que importa colocar e analisar: a importância da questão biológica. Qual a relação entre o biológico e a RMA? Será a questão biológica a principal motivação para o casal recorrer à RMA?

3.2. A importância do laço biológico

Com a crescente alteração das dinâmicas do casal e da organização familiar, nomeadamente a dissociação entre o casamento e a procriação, estamos perante uma sociedade em que o número de crianças nascidas fora do casamento aumentou significativamente, assim como o número de casais que não pretendem ter filhos. Contudo, tal como Oliveira (2001) refere

se a procriação deixa de ter um papel central, com uma conseqüente baixa taxa de natalidade (que acaba por ser contrabalançada pela alta taxa de fecundidade entre os grupos de migrantes), nota-se que a vontade de não ter filhos anda a par com a ansiedade por tê-los...(apud Pedroso e Branco 2008, 63)

Se o casal passa a ponderar a decisão de ter ou não filhos, particularmente pela crescente valorização da dimensão afetiva em relação a estes, quando falamos na questão do impedimento biológico em conceber, o casal pode optar por dois caminhos: recorrer à adoção ou às técnicas de Reprodução Medicamente Assistida.

Considero interessante analisar a importância da vertente biológica em relação à decisão de o casal ter filhos, ou seja, de que forma é que a necessidade de ter um laço biológico com a criança condiciona a opção por técnicas de RMA e a exclusão do recurso à adoção.

Nas entrevistas realizadas encontramos dois indícios relevantes da importância da biologia: a insistência em vários ciclos de tratamento e a permanência em demoradas listas de espera de acesso aos tratamentos.

No caso de Sofia conseguimos identificar o desejo de ter um filho biológico, de prosseguir com os tratamentos de forma a conseguir concretizar aquilo que a entrevistada chama de “objetivo de vida”

Nós estamos a ter essa conversa agora, não é? De voltar aos tratamentos, mais tarde, mas não deixar de tentar, mas noutra local. Na altura foi a primeira

médica... para irmos para aquela clínica...agora vamos com mais informação e com mais consciência. Se a pessoa tiver esse objetivo...porque nós nunca tivemos um diagnóstico de infertilidade, contra nós é apenas a questão da idade..., portanto é um procedimento médico que nos permitirá concretizar um objetivo de vida, então iremos tentar, sim. **(Sofia, 40 anos)**

Das entrevistas destaca-se a importância da dimensão afetiva da futura criança, marcada pela insistência em prosseguir com os tratamentos (particularmente quando os tratamentos passados não foram bem-sucedidos), mas também a dimensão companheirista e afetiva do casal. A importância de ter um/a companheiro/a com o qual se esteja em sintonia, que dê o apoio necessário, é, tal como irei abordar no capítulo seguinte, essencial para que o percurso seja concretizado.

O caso de Maria é um exemplo da importância da vertente biológica quando falamos dos planos do casal em conceber/ter um filho. Quando questionada acerca da sua trajetória de vida e, conseqüentemente, do seu percurso pela jornada de combate à infertilidade, foram vários os ciclos de tratamentos pelos quais passou, IA³⁸, FIV³⁹ e doação de gâmetas, DO⁴⁰. No entanto, até ao momento os tratamentos não deram resultado. Como refere a entrevistada

Começámos por fazer os tratamentos mais simples, as inseminações, ah, fizemos duas inseminações (...) E quando passámos à etapa seguinte com as FIV'S, percebeu-se que o primeiro tratamento que os meus ovários não respondiam como era suposto...pronto, em quantidade de óvulos e cancelámos esse ciclo de FIV, mas para não perder a hipótese transformámo-la numa inseminação artificial. O primeiro foi para aí em maio de 2019, a segunda inseminação foi em agosto, por aí, a terceira inseminação que era o ciclo da FIV foi em novembro e depois fizemos um segundo ciclo de FIV em dezembro desse mesmo ano (...) Em janeiro de 2020 arrancámos novamente para uma FIV, ah, a medicação foi mudada e a resposta ovárica foi muito melhor (...) Depois tentámos ainda um terceiro ciclo de FIV para junho de 2020, e esse foi cancelado por nossa opção porque a minha resposta ovárica continuava muito baixa (...) E daí partimos para a doação (...) **(Maria, 39 anos)**

Continuando a análise do relato de Maria, estamos perante uma questão interessante que deverá ser analisada. Isto é, ao longo da conversa em relação ao momento em que o casal iniciou o tratamento através da doação de gâmetas, foi possível perceber a dificuldade que o cônjuge de Maria teria em aceitar a adoção de uma criança. Ou seja,

³⁸ IA – Inseminação Artificial.

³⁹ FIV – Fertilização in Vitro.

⁴⁰ DO – Doação de Ovócitos.

se por um lado este considera válido o tratamento através da doação de gâmetas (neste caso, femininos) válido, a adoção de uma criança já não seria admissível para o cônjuge.

Porque eu até gostaria muito de adotar, o meu marido é que não se sente tão confortável e uma das coisas que ele me disse nessa noite que eu estava num pranto (...) ele disse que com a opção da doação eu ia ter o privilégio de gestar uma criança (...) se és capaz de adotar, pensa que vais ter o privilégio de gerar a criança dentro de ti. **(Maria, 39 anos)**

Desta forma, podemos sublinhar, a importância do laço biológico para o casal, assim como uma demonstração clara da dimensão afetiva da criança. É importante destacar também que, caso recorresse à adoção, a entrevistada faz também alusão ao afeto

Para mim nunca contou a questão genética, se não é...a questão genética nunca pesou para mim tanto que a primeira...o que mais pesou, na altura, a primeira pergunta que fiz ao médico foi (...) Chame-me romântica ou sonhadora, mas o mundo é tão grande quanto tão pequeno e quer queiramos que não, o meu bebé poderá ser meio-irmão de alguém, e eu só de pensar que o meu filho se poderia encontrar com um meio-irmão ou meia-irmã e não poderem ser felizes isso já me trazia imensa ansiedade. **(Maria, 39 anos)**

Andreia revela os problemas no acesso à assistência clínica para a concretização dos projetos de fecundidade, simultaneamente com a importância do laço biológico. As longas listas de espera para o acesso aos tratamentos (particularmente quando são realizados no setor público) revela uma dimensão social obstaculizante do processo.

Mas de 2009 a 2013 passaram 4 anos, entre médicos e inicia tratamento e não inicia tratamento, foi muito tempo. Estes 4 anos foram um bocado desafiante, sem dúvida, agora olhando para trás. E pronto, daí em diante, correu tudo bem, a gravidez foi normal e o parto também, e tivemos a nossa pequena. Também gostava de ter um segundo filho, mas não temos porque já não tenho idade para me candidatar a tratamentos. **(Andreia, 42 anos)**

Ou seja, ainda que tenha sido uma espera considerável, em momento algum o casal considerou desistir dos tratamentos, demonstrando mais uma vez o peso que o laço biológico com a criança tem para a relação conjugal. Como refere Augusto (2009)

As pressões sociais para a maternidade radicam em aspectos biológicos, sociais e psicológicos. Mas assentam muito particularmente na valorização dos filhos próprios, nos laços genéticos e de sangue. O parentesco biológico continua a dominar a visão de família. (Augusto 2009, 46)

4. A (in) fertilidade

Segundo a ESHRE⁴¹, entende-se por infertilidade a incapacidade de um casal conceber em relação à população geral, após 1 ano de relações sexuais desprotegidas, isto é, sem recorrer a métodos contraceptivos (Remoaldo e Machado 2008, 20). No entanto, ainda se trata de uma definição com pouco consenso, sendo que a OMS⁴² fala de 2 anos de relações sexuais desprotegidas sem que ocorra uma gravidez (Augusto 2006, 55).

De acordo com Remoaldo e Machado (2008), podemos atribuir dois níveis à infertilidade, a primária ou a secundária. Infertilidade primária quando o casal nunca conseguiu conceber e infertilidade secundária quando pelo menos um dos elementos do casal já possui experiência a nível da parentalidade (Remoaldo e Machado 2008, 20).

Remoaldo e Machado (2008) fazem também referência aos fatores demográficos, geográficos e socioculturais que estão relacionados com a infertilidade, mostrando novamente a necessidade de estendermos a nossa análise a outros domínios, nomeadamente as questões sociais, não nos focando essencialmente na questão clínica. Analisemos então, 6 dos fatores que contribuem para o estudo da infertilidade: *os fatores individuais, o sistema de saúde, a distância, a classe social, os comportamentos e estilos de vida e, por fim, as crenças e tradições* (Remoaldo e Machado 2008, 65 e seguintes)

Relativamente aos *fatores individuais*, podemos começar por destacar a questão da idade da mulher, isto é, em que medida é que o crescente adiamento da maternidade, responsável por fazer com que a mulher passe a ter filhos numa idade em que a sua capacidade biológica para conceber começa a ficar comprometida (Remoaldo e Machado 2008, 65), se manifesta na questão da infertilidade. Segundo a APF⁴³ a partir dos 28 anos da mulher, assistimos a uma perda progressiva da capacidade de resposta dos folículos a nível hormonal, isto é, a fertilidade feminina tem tendência a diminuir gradualmente a partir dos 30 anos, diminuindo também as suas hipóteses de conceber. Como abordei nos capítulos anteriores, com o crescente adiamento da maternidade/paternidade, este acaba por ser um dos fatores que dá origem à dificuldade em conceber por parte de algumas mulheres.

Como é referido por Carla

⁴¹ ESHRE – European Society of Human Reproduction and Embryology.

⁴² OMS – Organização Mundial de Saúde.

⁴³ APF – Associação Portuguesa de Fertilidade.

Casámos em 2008, mas só começámos a tentar ter filhos em 2016...vimos que tínhamos assim alguma dificuldade devido à minha idade e fomos aconselhados a passar logo para a parte da infertilidade, dos tratamentos (...) Estivemos 4 anos numa luta, eu digo luta... isto até parece negativo, no nosso caso até nem foi muito negativo, apesar da minha idade mais avançada e de ele ser mais novo do que eu, saber que a natureza não beneficia as mulheres... quanto mais velhas pior (...) **(Carla, 44 anos)**

Assim como Filipa, que também optou por adiar a decisão de iniciar a sua carreira reprodutiva

Tinha estabilidade profissional, mas fomos adiando um pouco a situação, até que 4 anos depois de casarmos, por volta de 2013, começámos a tentar engravidar, mas a situação não surgiu espontaneamente **(Filipa, 41 anos)**

A dimensão biológica assume um papel relevante quando falamos de infertilidade. No caso de Maria e de Andreia, ainda que a entrada na maternidade tenha sido adiada, quando tomaram a decisão de conceber, depararam-se com impedimentos a nível biológico, que impediram uma gravidez convencional, isto é, sem recorrer à RMA.

No caso de Andreia, o impedimento manifestou-se através do cônjuge

Mas depois o meu médico de família quando fez ali um ano disse que já era tempo demais e que como eu estava tão ansiosa, para ficar mais tranquila, disse que íamos fazer uns exames para ver se estava tudo bem. Nessa altura fizemos e acusava oligospermia, que é uma quantidade baixa de espermatozoides, e alguns também com pouca mobilidade **(Andreia, 42 anos)**

Já na situação de Maria, havia impedimento biológico, contudo trata-se de um caso de infertilidade inexplicada, que segundo a APF representa cerca de 10% dos casos de infertilidade

Aparentemente é infertilidade inexplicada, sem grandes...sem grandes patologias associadas. Os nossos exames e análises estavam todos bem e depois o caminho foi-se fazendo, foi-se andando. Começámos por fazer os tratamentos mais simples, as inseminações, ah, depois fizemos duas inseminações...isto já estávamos com...a gente quando começou já estávamos com 32, fizemos os 33 nesse ano, mas...ou não? Isto agora (risos) Não, íamos fazer os 34 nesse ano, começámos com 33 **(Maria, 39 anos)**

No entanto, não são apenas os fatores individuais que se relacionam com a questão da infertilidade, sendo crucial analisarmos também o *sistema de saúde*, isto é, neste caso, a crescente dificuldade de acesso a tratamentos de RMA, assim como a questão da *distância* do casal aos centros de RMA ou, no caso do SNS, aos hospitais (Remoaldo e Machado 2008, 67).

Se, por um lado, os tratamentos de RMA são o sinónimo de progresso e de combate à infertilidade, sendo vistos como a última oportunidade para os casais que pretendem alcançar o sonho da maternidade/paternidade, muitas das vezes a questão de acesso a estes, monetária e geográfica, acaba por se tornar um entrave. Como referem Remoaldo e Machado (2008)

O facto de eu residir num local de fraca acessibilidade a cuidados especializados e ainda pouco disseminados no território português que envolvem consultas de infertilidade em serviços públicos ou em serviços privados, pode condicionar seriamente a minha decisão para marcar uma consulta e para seguir os tratamentos. (Remoaldo e Machado 2008, 67)

Monetariamente falando, os tratamentos de infertilidade são onerosos, não só quando realizados no serviço público, como quando realizados pelo sistema privado. Isto porque, em ambos os casos, ainda que a medicação seja comparticipada, como é referido no Despacho nº56/2014⁴⁴

São comparticipados pelo escalão B, os medicamentos contendo as seguintes substâncias ativas, destinadas ao tratamento da infertilidade, em especial os da procriação medicamente assistida, devendo o médico prescriptor fazer na receita menção expressa do presente despacho (...) (Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde 2014)

Ou seja, há comparticipação da medicação, contudo, estando inserida no escalão B, esta é de apenas 69%. Para além disso, a situação agrava-se quando, devido às listas de espera, o casal se vê obrigado a ingressar em tratamentos pelo setor privado. Neste caso, são diversos os exemplos de casais que se endividam, visto que o valor dos tratamentos é bastante alto. Como refere Cláudia Vieira, presidente da APF

As entidades bancárias desenham planos para alguns dos passos mais importantes na vida das pessoas, mas não estão interessadas em assinar contratos quando se trata de criar vida. Os empréstimos são contraídos, sim, mas sob outras designações, com outras agravantes. (Vieira 2023)

Através do testemunho de Carla, podemos verificar que essa é, efetivamente, a realidade de muitas famílias em Portugal

⁴⁴ Despacho nº56/2014, que visa alterar o anexo do Despacho nº10910/2009 de 22 de abril, que definiu as condições de medicamentos para o tratamento da infertilidade, em especial os da PMA. Pode ser consultado aqui <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/56-2014-1622484>

Há muita gente que passa pelo sonho de criar uma família e, para isso, têm de se endividar. Eu tive essa possibilidade, mas há muita gente que não tem e para fazerem tratamentos destes precisam de pedir um empréstimo. **(Carla, 44 anos)**

Para além disso, a questão das companhias de seguro é, também, um entrave. Isabel optou por agilizar o seu processo, optando por fazer exames complementares, já que iria usufruir do seu plano de saúde

Eu aqui também tomei a iniciativa de ir à procura em vez de esperar que os médicos me dissessem...eu procurei fazê-lo porque...para não perder tempo necessário. Eu tenho um seguro de saúde, portanto podia colocar estas despesas todas no seguro de saúde (...) **(Isabel, 32 anos)**

Contudo, caso fosse necessário recorrer ao seguro de saúde para iniciar tratamentos de RMA, não seria possível. Ainda que a baixa natalidade seja uma questão problemática, as seguradoras não facilitam o acesso aos tratamentos de infertilidade. Por exemplo, analisando o documento relativo aos seguros de saúde disponibilizados pela seguradora Tranquilidade⁴⁵, podemos verificar que “Consultas e/ou tratamentos de infertilidade, despesas com métodos contraceptivos e planeamento familiar” estão entre as cláusulas de riscos que não são segurados. Simultaneamente a questão da distância é outra questão agravante. Através da leitura da Dissertação de Mestrado de Juliana Patrícia Alves Faria⁴⁶, é possível identificarmos a dificuldade que os casais têm, em alguns casos, a aceder a tratamentos de infertilidade

As inquiridas reivindicam, ainda, uma redução dos tempos de espera (principalmente no dia das consultas), mais unidades de saúde na área da PMA, no sentido de combater as desigualdades no acesso físico, pois constatou-se que, devido à área de abrangência do Centro, algumas inquiridas têm que percorrer dezenas de quilómetros para aceder ao Centro de PMA (Faria 2013, 95)

Assim como Carla, que entrevistei. Ainda que residisse em Lisboa, foi aconselhada a iniciar os tratamentos (via SNS) em Coimbra

Apesar de sermos de Lisboa, uma vez que ela sabia a minha idade e eu estava quase no fim da linha para tratamentos gratuitos pelo Estado, ela sugeriu irmos

⁴⁵ Documento de informação sobre produtos de seguros da seguradora Tranquilidade. Pode ser consultado aqui: https://www.tranquilidade.pt/-/media/files/particulares-saude-individual/fp023---ficha-produto-dds--adv-sade-individual_ago2019.pdf

⁴⁶ Dissertação de Mestrado em Economia e Política da Saúde “Acesso aos tratamentos de infertilidade no Centro Hospitalar do Alto Ave” da autoria de Juliana Faria (2013).

a Coimbra porque era o hospital que tinha a lista de espera mais pequena.
(Carla, 44 anos)

Olhando para a *classe social*, é possível destacarmos dois elementos essenciais, o rendimento e a escolaridade (Remoaldo e Machado 2008, 69). Tal como referi, os tratamentos de RMA são onerosos, particularmente quando o casal opta por ser seguido no setor privado. De alguma forma, tanto a questão da escolarização como a do rendimento estão interligados com essa decisão. Isto é, como referi no 1º capítulo desta dissertação, ao longo dos anos a posição da mulher na sociedade foi mudando e, cada vez mais, a questão da aposta na escolaridade e numa vida profissional de sucesso é um tema recorrente pois, quanto maior é o nível de instrução, maior é o nível de rendimento. Por esta questão, ao aumentar o nível de instrução, aumenta também o conhecimento que teremos acerca de um determinado assunto (vontade de um maior conhecimento acerca da sexualidade, ou mesmo do ciclo reprodutivo, como foi o caso de Isabel). Como referem Remoaldo e Machado (2008)

O nível de instrução é determinante no que diz respeito à saúde, embora seja muitas vezes olvidado por se tender a valorizar sobretudo os factores de ordem material. (...) A escolaridade concede-nos uma maior capacidade para a descodificação das mensagens preventivas e para pormos em causa mitos e crenças que podem afectar a nossa saúde, sendo uma condicionante poderosa por exemplo, no acesso à informação sobre modos de vida e hábitos saudáveis. (Remoaldo e Machado 2008, 69)

Relativamente aos *comportamentos e estilos de vida*, as autoras fazem essencialmente referência à importância da consciência de hábitos que contribuem cada vez mais para um diagnóstico de infertilidade tanto em mulheres como em homens (Remoaldo e Machado 2008, 71).

Como Remoaldo e Machado (2008) referem

À medida que se eleva o nível educacional das populações e as políticas de saúde se ancoram em campanhas de educação pedagógicas de promoção da saúde e de prevenção da doença, aumenta a tomada de consciência de que existem hábitos que prejudicam seriamente a saúde, tais como o consumo do tabaco e de drogas, a ingestão excessiva de álcool de açúcar e de gorduras e a inactividade física. (Remoaldo e Machado 2008, 71).

Através do site da APF é possível identificar causas que podem originar infertilidade, assim como medidas de prevenção de combate à mesma.⁴⁷

Por fim, em relação às *crenças e tradições*, estas recaem essencialmente sobre o papel que as comunidades mais antigas tinham na concepção – errada – do conceito de infertilidade. Ou seja, a prevalência da culpa na figura feminina, ignorando totalmente o facto de o homem também poder ser infértil, ou o facto de assumirem que caso o casal não tenha filhos, o casamento não foi consumado. (Remoaldo e Machado 2008, 77) De certa forma, estas perceções acabaram por manchar o conceito de infertilidade, estigmatizando-o e associando-o exclusivamente à mulher.

⁴⁷ Causas e prevenção da infertilidade. Pode ser consultada aqui:
https://apfertilidade.org/infertilidade/?doing_wp_cron=1693521239.1968240737915039062500

5. Os impactos da RMA na relação conjugal

Analisadas as questões sociais e demográficas que contribuem para o estudo da infertilidade, é necessário agora perceber de que forma é que estas contribuem para a entrada dos casais nos tratamentos de RMA e, de que forma impactam a relação conjugal.

Toda esta conceção do estatuto de doença relativamente à infertilidade torna-se particularmente interessante quando analisamos a questão dos impactos que o diagnóstico teve na vida dos casais. Ou seja, sendo a análise dos impactos que a Reprodução Medicamente Assistida terá na relação conjugal o foco principal desta dissertação coloca-se através da questão “*Que mudanças trouxe a RMA para a vossa relação?*”. Uma das entrevistadas referiu que, mais que a RMA, foi o diagnóstico de infertilidade que acabou por trazer a mudança mais impactante – a separação do casal

Mais que a Reprodução Medicamente Assistida, foi a questão da infertilidade. Ah, levantou questões que nós não nos tínhamos apercebido que existiam, porque 1 ano depois da nossa filha nascer, nós separamo-nos. Tudo começou exatamente nessa altura e nós não nos apercebemos...estávamos tão assoberbados com fazer este exame e com fazer aquele exame (...) Entretanto fomos tios, quer dizer, havia outras crianças e nós não conseguíamos, esta frustração...embora conversássemos imenso, às vezes eu pensava nisso (...) Meu deus, nós conversávamos sobre o que se estava a passar? O que estávamos a sentir? Os tratamentos? **(Andreia, 42 anos)**

Ao assumirmos a infertilidade como uma doença, como sendo um problema com origem biológica, assumimos também que a resolução para esse problema terá de passar também por questões biológicas e médicas. Contudo, a pressão por parte da família ou amigos, e mesmo a pressão que o casal coloca em si próprio, é merecedora de atenção. É socialmente expectável, não só por parte da família e amigos, mas particularmente do próprio casal, que a partir do momento em que cumprem os seus objetivos a nível conjugal, isto é, decidam casar ou continuar a viver em união de facto, quando tomarem a decisão de ter filhos, isso aconteça num curto espaço de tempo. Ou seja, ainda que haja um crescente adiamento da maternidade/paternidade, o desejo de ter filhos é predominante na maioria das famílias portuguesas e, como tal, quando a decisão é tomada, espera-se que o desejo se cumpra o mais depressa possível. No entanto, quando tal não acontece, a infertilidade é efetivamente diagnosticada e os casais iniciam o seu processo pela RMA, a questão do estatuto de doença, por exemplo, é colocada em debate.

Como refere Augusto (2006), “A medicina, ao definir a infertilidade como uma doença e ao propor os conhecimentos médico-científicos associados à RMA para a resolver, contribuiu para a produção de significados associados a esta condição.” (Augusto 2006, 47). Associado ao conceito de doença está uma manifestação de sintomas que, no caso da infertilidade, nem sempre acontece. Como refere Maria

Eu chegava a dizer muitas vezes que isto é uma doença invisível, ninguém vê...não querendo ser injusta ou cair aqui num julgamento errado, mas uma outra doença difícil de se ver é a relacionada com a saúde mental. Mas efetivamente há sempre um ponto em que as coisas são vistas, nem que seja por uma baixa médica. Mas esta não, durante grande parte do tempo não é vista porque as mazelas estão debaixo da roupa. **(Maria, 39 anos)**

A entrevistada refere também as sequelas que a infertilidade lhe deixou que, mais uma vez, são vulgarmente descredibilizadas por não serem visíveis a olho nu

(...) a minha terapeuta e nas sessões de acupuntura disseram que eu devo ter passado por uma espécie de uma síndrome pós-traumático, porque eu estive quase um ano sem tratamento, sem injeções sem nada e, assim que me tocavam na barriga, eu estremecia. Há uma resposta imediata, aquela é uma zona sensível. Mas grande parte do tempo isto não se vê e as pessoas não dão valor porque acham que é só o facto de não podermos ter filhos, mas acarreta muito mais que isso. **(Maria, 39 anos)**

Também Carla não associou a dificuldade em engravidar à possibilidade de sofrer de alguma doença, mas sim ao facto de estar perto dos 40 anos e essa questão condicionar a questão da fertilidade da mulher

Conhecemo-nos em 2003, na mesma aldeia dos nossos avós...não nos conhecíamos, embora a aldeia seja pequena, só nos conhecemos nessa altura. (...) Casámos em 2008, começámos a tentar ter filhos em 2016, vimos que tínhamos assim alguma dificuldade...devido à minha idade, fomos aconselhados a passar logo para a parte da infertilidade, dos tratamentos. **(Carla, 44 anos)**

Na maioria dos casos, o próprio casal não percebe que algo de errado se passa até ao momento em que, após o 1º ano de relações sexuais sem métodos contraceptivos, não conseguem conceber, isto é, concretizar o seu desejo.

No entanto, ao garantir o estatuto de doença, é garantida também, como refere Augusto (2006), a “(...) atribuição de recursos aos casais inférteis por parte dos fazedores de políticas.” (Augusto 2006, 51). Neste caso, o principal recurso seria a garantia de acesso a tratamentos no setor público a todos os casais. No entanto, a autora chama a

atenção para os *gatekeepers* – “(...) os especialistas que oferecem serviços na área da infertilidade podem decidir a quem, quando e de que forma disponibilizar esses serviços.” (Augusto 2006, 63). O papel dessa autoridade é acentuado quando abordamos a questão da idade da mulher. Ou seja, quando o casal recorre ao setor público, a idade máxima da mulher situa-se até antes dos 40 anos caso sejam realizados procedimentos como FIV⁴⁸ ou ICSI⁴⁹ e até antes dos 42 para a IA⁵⁰. No caso de o casal ter possibilidades financeiras para suportar os custos no setor privado, o limite de idade da mulher para aceder aos tratamentos acima enunciados é de 45 anos. Como refere Augusto (2009), “A “sorte” de ser encaminhada para uma ou outra instituição de saúde poderá ditar se uma mulher está ou não em condições de ingressar num tratamento de infertilidade(...)” (Augusto 2009, 56). Ainda que injusto, o limite de idade da mulher no acesso ao setor público é simultaneamente bem meditado, pois ao ser de conhecimento público que a capacidade de conceber da mulher se vai degradando com o passar dos anos e, estando o SNS em rotura, é importante limitar os acessos a mulheres que efetivamente terão sucesso no final dos tratamentos.

Contudo, esta discrepância, exclusivamente a nível financeiro, traduz-se na desigualdade de acesso a casais que no fundo lutam contra o mesmo problema (Augusto 2009, 56).

Ou seja, a falta de apoios ao nível do combate à infertilidade é uma realidade. Carla, uma das mulheres entrevistadas, demonstra ao longo da entrevista o seu desagrado com a falta de apoios do Estado aos tratamentos de Reprodução Medicamente Assistida, não só por se tratar de tratamentos com um peso económico bastante elevado para a maioria das famílias, mas também por ser uma limitação a que mulheres que estejam perto dos 40 anos, tenham a possibilidade de serem mães. Como a mesma refere

Tenho pena, eu fui mãe depois dos 40 e o Estado não permite que se façam tratamentos depois dos 40 e eu sou a prova que é possível fazer tratamentos depois dos 40. Tenho muita pena que outras mulheres que não tenham condições financeiras não possam ser porque o Estado simplesmente não quer. (...) O Estado prefere gastar dinheiro em submarinos em vez de investir dinheiro na saúde, até mesmo na natalidade, porque é uma vergonha. Portugal é um dos países com a natalidade mais baixa, isso é um absurdo. Quando escrevo no meu blog costumo ver isso e a taxa de natalidade é uma das piores da Europa e com os tratamentos de infertilidade podíamos tentar subir um

⁴⁸ FIV – Fertilização in Vitro.

⁴⁹ ICSI – Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides.

⁵⁰ IA – Inseminação Artificial.

bocadinho isso, principalmente se houvesse maior investimento..., mas enfim. **(Carla, 44 anos)**

Tendo a necessidade de recorrer ao setor privado, precisamente pela questão da idade, ainda que tenha disponibilidade financeira para acartar com os custos de uma FIV, a possibilidade de necessitar de fazer mais 1 ciclo (caso o 1º não fosse bem-sucedido), foi uma das coisas que alarmou a entrevistada

Quando falhou e eu fui para um particular lembro-me de pensar que isto podia falhar vezes e vezes sem conta. Lembro-me de ter visto uma entrevista de uma senhora na televisão que fez 17 FIV'S no privado...foi mãe aos 50. Isto a nível financeiro mexe muito com uma pessoa, quando eu vou pelo privado o meu *mindset* já era um bocadinho diferente...aí eu já estava mais receosa, porque eu pensava que tinha que ser a derradeira vez. Se não desse, eu não me ia endividar, não ia andar ali vezes sem conta a tentar. Portanto, isto mexe muito com uma pessoa, com o casal...no fundo mexe com tudo. **(Carla, 44 anos)**

E, ainda que a entrevistada tenha tido a sorte de conseguir realizar pelo menos um tratamento através do SNS, esta refere que esse ciclo só não foi tão dispendioso, porque tinha a seu favor o facto de não suportar as deslocações, a nível de combustível, nas viagens Lisboa-Coimbra e Coimbra-Lisboa. Ou seja, ainda que a questão da distância fosse um entrave, a situação financeira do casal não se agravou porque não só não necessitaram de cobrir os custos do tratamento, como aproveitaram os benefícios de ter um carro elétrico. Como esta refere, em resposta à questão *“Passou por algum tipo de dificuldade (emocional, financeira, material) no decorrer dos tratamentos?”*

Não, felizmente não. Eu tenho noção, por exemplo, eu fiz as deslocações...nós temos um carro elétrico e na altura em que começámos os tratamentos em Coimbra, as viagens eram gratuitas porque nessa altura os carregamentos elétricos não se pagavam. Só pagámos mesmo as portagens (...) então a nível financeiro as viagens eram basicamente só as portagens. **(Carla, 44 anos)**

A pandemia veio complexificar e dificultar a vida aos casais que eram seguidos pelos serviços públicos, particularmente casais que se encontravam no limiar da idade máxima que permitia acesso a tratamentos pelo SNS, como foi o caso de Filipa

Depois meteu-se a pandemia, tudo atrasa, tudo. E, entretanto, eu tinha 39 anos quando fiz a última ICSI (...) E foi com muita pena que nesse dia a minha médica me disse que seria a última tentativa no público porque daí a pouco tempo eu iria fazer os 40 anos e já não seria possível...tendo em conta os atrasos todos também. **(Filipa, 41 anos)**

A questão das listas de espera de acesso a tratamentos de infertilidade através do SNS são uma realidade dura na vida dos casais. No caso de Isabel, por exemplo, o casal optou por iniciar o seu percurso pelo privado, limitando o tratamento à IA pois sabiam que não conseguiriam suportar as despesas de uma FIV, até serem candidatos a tratamentos através do SNS. Como a mesma refere, também em resposta à questão *“Passou por algum tipo de dificuldade (emocional, financeira, material) no decorrer dos tratamentos?”*

Não, felizmente não. Quando tomámos a decisão da inseminação, tínhamos o dinheiro para o fazer, não tivemos de fazer nenhuma ginástica de orçamento. A decisão de avançarmos foi mesmo consciente, sabemos bem o que tínhamos, portanto felizmente não tivemos assim nenhuma dificuldade. (...) O nosso plano de início era fazermos 1 ou 2 inseminações, que dava mais ou menos o tempo de nos chamarem para o SNS para fazermos FIV, porque isso já é muito caro e nós não conseguíamos pagar, mas as inseminações nós até tentamos. **(Isabel, 32 anos)**

Também no caso de Filipa, na resposta à mesma questão, conseguimos perceber que o investimento além dos tratamentos foi considerável

A nível financeiro sempre fizemos investimentos muito grandes, mesmo estando no público, até porque todas as terapias complementares...economicamente foi dispendioso, mas não penoso. Ajustámos algumas coisas ou outras, mas também temos trabalhos que nos permitem gerir o nosso orçamento mensal. **(Filipa, 41 anos)**

Já na opinião de Maria, ainda que o investimento a nível financeiro seja bastante, a verdade é que o próprio casal (tendo meios financeiros para isso, claro) não se pode concentrar inteiramente nos tratamentos. Isto é, há um momento em que a vida do casal se centra apenas nos tratamentos e, segundo a entrevistada, é preciso haver liberdade para fazer outras coisas

Financeira, não. Felizmente não. Viveríamos muito mais desafogados se não tivéssemos os tratamentos, tanto que no início nós tivemos sempre imenso cuidado...não íamos jantar fora nem íamos de férias, mas não dá. Não podemos parar a nossa vida, porque há uma altura em que suspendemos tudo e a nossa vida é só isto...não vamos de fim de semana, não vamos jantar fora. E não dá. Em vez de irmos uma semana, vamos três dias. Mas passar dificuldades financeiras, isso não. **(Maria, 39 anos)**

Existe uma questão interessante, essencialmente destacada pelas entrevistadas, pouco explorada quando falamos de infertilidade e de Reprodução Medicamentosa

Assistida, a parte masculina. Durante bastantes anos a infertilidade era encarada como uma condição exclusivamente feminina, ou seja, quando o casal apresentava dificuldades em conceber, a mulher era vista como a causadora disso. Como referem Remoaldo e Machado (2008), “(...) quando existia um caso de infertilidade num casal a culpa era sempre atribuída à mulher.” (Remoaldo e Machado 2008, 75), no entanto, com o passar dos anos, ao ser aprofundada a questão do estudo dos estilos de vida, percebeu-se que alguns desses comportamentos diários poderiam estar na origem da infertilidade masculina. A partir desse momento, a infertilidade passou a ser associada ao casal como um todo e não à “mulher infértil” ou ao “homem infértil”. No entanto, continua a existir estigma em relação ao facto de o homem poder não ser capaz de procriar e, como tal, através do relato de Filipa e de Andreia, podemos observar que a figura masculina acaba por assumir uma posição de “backstage”, sendo visivelmente ignorada. Como refere Filipa

Falo por mim, eu não tenho absolutamente nada a apontar, desde o técnico da receção, a doutora, as enfermeiras na recolha dos folículos e na implantação, tudo isso...foram excepcionais. A psiquiatra, a psicóloga, foram excepcionais sempre, não tenho nada a apontar. A única coisa que eu sinto é que a parte masculina não é tratada da mesma forma. Ah... os homens vão lá fazer o que têm a fazer, muitas das vezes apressados, e ninguém se preocupa se eles estão bem ou não. O meu marido sofreu tanto como eu em todos os processos e foi muito duro para ele também. **(Filipa, 41 anos)**

Ou seja, segundo a entrevistada há bastante apoio em relação à mulher, nomeadamente a nível psicológico, mas em relação ao cônjuge, o mesmo não se verifica

Entretanto no meio deste processo nós fomos acompanhados também no centro de psicologia, eu fiz uma depressão...ah, fui tratada também no serviço de psiquiatria, foi muito mau. (...) o que eu sinto é que os cuidados da psicologia no público, pelo menos o que eu conheço, estão muito voltados para a mulher. **(Filipa, 41 anos)**

O mesmo se passou no caso de Andreia. Ambas acompanhadas pelo sistema público, no caso de Andreia, esta acaba por realçar que o facto de o marido não estar presente nas consultas, de a sua presença ser parcialmente ignorada, poderá ter contribuído para a degradação do casal. Podemos verificar isso pela sua resposta à questão *“Notou, no decorrer dos tratamentos, mudanças no comportamento do seu cônjuge em relação a si”*

Sim, nós gradualmente e sem percebermos muito bem o porquê fomos criando distanciamento entre nós. Nós até éramos um casal que conversava muito... lembro-me que na primeira ecografia em que o meu marido foi comigo, deve ter sido perto das 12 semanas, para ele foi muito bom. Acho que o facto de ele ter estado excluído de todas as outras também não foi muito bom...ele sentia-se completamente um estranho, chegou a dizer-me que não tinha noção de tudo aquilo que eu estava a passar, de como as coisas tinham sido tão intensas para mim. **(Andreia, 42 anos)**

Ou seja, não só o seu estado psicológico no decorrer dos tratamentos é banalizado e ignorado, como a sua presença é dispensada. No entanto, em relação ao setor público, a falta de apoio e de atenção dada à figura masculina não foi a única preocupação demonstrada por Andreia. Ao longo de todo o processo de acompanhamento no Hospital, foram diversos os momentos em que a entrevistada demonstrou o seu desagrado com os profissionais de saúde, médicos, no decorrer dos tratamentos. Em diversos momentos utiliza o adjetivo “estranho” para descrever a (pouca) interação que tinha com os médicos, seja pela falta de esclarecimentos ou de empatia

(...) sempre senti que os médicos não nos davam grande informação e parecia que nunca havia grandes respostas. Parecia que andava assim tudo um bocadinho no ar, era uma situação um pouco estranha, porque quando estamos a passar por esse processo queremos saber o que se está a passar, o que vem a seguir e o porquê...porque é tudo muito novo para nós e nós não percebemos nada da linguagem médica e tudo isso. **(Andreia, 42 anos)**

No entanto o papel das enfermeiras é destacado

Mas as enfermeiras sempre foram muito atenciosas, muito preocupadas, sempre a darem-nos a mão e a explicarem tudo muito direitinho...agora quando íamos às consultas com os médicos, sentia mesmo que estava ali entre seres estranhos, sentia-me estranha. Aquilo parecia que era sempre mais um a despachar, muitas vezes eu nem sabia aquilo que ia fazer, e isso é muito desnorteante. **(Andreia, 42 anos)**

Por outro lado, a questão da falta de empatia e, de certa forma, de compreensão de alguns profissionais de saúde, não se centra exclusivamente no setor público. Maria e Isabel, ambas acompanhadas pelo setor privado, abordaram também questões desconcertantes acerca do seu percurso pela jornada da infertilidade. Maria, por exemplo, em concordância com o cônjuge, decidiu mudar de clínica após 5 anos de tratamentos sem sucesso, de forma a perceber se, porventura, na clínica nova a abordagem que os profissionais de saúde seguissem seria diferente, e desta forma, garantir o seu positivo

Nós já tínhamos falado, procurado uma segunda opinião, algo...porque os médicos é verdade que estudam, mas também são muito feitos das experiências que têm e dos casos que lhes passam pelas mãos (...) e então agora a gente mudou de clínica e estamos num novo processo de doação. **(Maria, 39 anos)**

No entanto esta não foi a 1ª vez que tomaram a decisão de mudar de clínica. Como a mesma refere, quando iniciaram os tratamentos, visto que não se identificaram com a profissional de saúde que os acompanhava

(...) a 1ª médica que nos calhou, eu não gostei dela. Fiz-lhe uma série de questões e não gostei da abordagem dela e portanto (...) **(Maria, 39 anos)**

Já no caso de Sofia o desagrado com a forma como a profissional de saúde demorou a encaminhá-los para exames e, caso necessário, possíveis tratamentos, acabou por atrasar todo o processo

Já perto dos 35 nós fomos a uma médica já assim mais direcionado...isto a partir de agora eu acho que já foi perder muito tempo porque a médica podia ter avançado logo com muito mais coisas e ainda foi um ano a dizer “tenham por vocês”. Só depois desse ano é que se iniciou (...) **(Sofia, 40 anos)**

Durante os procedimentos que tanto Sofia como o seu companheiro realizaram na clínica, o clima de insatisfação continuava bastante presente, isto é, era um clima bastante “impessoal”

A fase da estimulação para a inseminação, enfim, também já é em ambiente da clínica e é muito mais asséptico...o homem vai fazer a recolha de esperma, a mulher faz as canetas e tal, é uma coisa bastante impessoal. **(Sofia, 40 anos)**

Segundo a entrevistada, a própria abordagem da PMA⁵¹ continua demasiado limitada aos tratamentos, ao combate da infertilidade, sendo desconsiderados outros sintomas pré-existentes que a mulher, essencialmente, tivesse

Faltavam muitas outras coisas, a abordagem da PMA... por exemplo, eu tinha dores e nunca me recomendaram fisioterapia pélvica... eu só comecei a fazer isso depois, descobri por mim. Tinha dores menstruais, tinha dores sexuais, tinha problemas nos próprios atos médicos e atribuíam isso ao nervosismo e não era, porque na fisioterapia vê-se. O facto de estar muito tempo sentada a trabalhar, isso constrange ali a zona pélvica, por isso é que eu digo que é ali um bocado dar drogas ao cavalo para ele correr, mas depois não cuidar, não olhar ali para ele como um todo (...) **(Sofia, 40 anos)**

⁵¹ Procriação Medicamente Assistida.

Também a questão psicológica secundarizada, segundo a entrevistada. Como refere Sofia

Isto sem falar na parte psicológica, que foi o que eu senti que a clínica não acautelou nada, não nos deu...nem sinalizar que era preciso apoio psicológico. Não só não tinha, há algumas clínicas que têm, naquela em que nós estávamos não havia. Mas nem sequer sugerir...teria feito muita diferença, eu acho. **(Sofia, 40 anos)**

Toda esta questão da falta de atenção aos restantes elementos do corpo, ou seja, a dificuldade em ver a infertilidade como um todo, remete-nos para a análise dos impactos da Reprodução Medicamente Assistida no corpo das mulheres. Isto é, as respostas à questão “*Após os tratamentos, encara o seu corpo de forma diferente?*”.

Tanto Filipa como Andreia relatam mudanças negativas em relação ao corpo após os tratamentos.

No caso de Filipa, o ganho de peso e as alterações a nível corporal que sofreu durante todo o processo de tratamentos acabaram por se manifestar na forma como a entrevistada se via. Tal como esta refere

Sim, tive muita dificuldade em voltar a reconhecer-me ao espelho. Eu engordei muito com os tratamentos, engordei cerca de 20kg, então fiquei extremamente inchada e muito disforme, com as hormonas todas alteradas. Ainda estou a tentar voltar ao sítio, mas não é igual...a minha barriga não é igual, a minha pele, o meu rosto. Eu sempre fui muito vaidosa, sempre gostei de maquilhagem e a minha pele parecia que tinha descaído, não sei...os contornos do meu rosto não eram os meus. Eu não era eu. **(Filipa, 41 anos)**

Já no caso de Andreia, as consequências do tratamento manifestaram-se em graves problemas de saúde, sendo mesmo necessário o recurso a cirurgia para tentar combater o problema

Sim, o tratamento teve um impacto muito grande no meu corpo. Eu já tinha endometriose na altura e não sabia, no ovário esquerdo na altura tinha aparecido um nódulo, os médicos diziam que podia ser um endometrioma..., mas como era muito pequeno, disseram que não íamos operar e que íamos avançar com os tratamentos. A verdade é que após ter a minha filha todos os sintomas de endometriose desapareceram...hemorragias abundantes, muitas dores, ciclos irregulares. (...) Não digo que não tivesse endometriose, eu sempre tomei a pílula e sempre tive períodos muito dolorosos, mas foi depois do tratamento que tudo despoletou, sem dúvida. **(Andreia, 42 anos)**

Por outro lado, a visão de Isabel em relação aos impactos dos tratamentos no seu corpo é associada a uma visão mais cultural, isto é, a uma gestão das expectativas. Neste

caso, a entrevistada aborda a questão do processo de aceitar que não conseguiria conceber naturalmente, e de como isso contrastava com a condição hereditária da sua família.

Como a mesma refere

Inicialmente foi difícil de aceitar, sim, porque eu sempre fui saudável. Eu continuo a ser saudável (risos) mas eu achava que era saudável e depois na minha família as mulheres têm filhos aos magotes (risos). A minha avó teve 5 filhos, nós somos 4 irmãs (...) as mulheres da minha família têm muitos filhos (risos). Mas isso sempre me deixou a pensar que, por um lado, podia ser mais fácil ter filhos, não é? Os genes correm, mas por outro posso querer e não conseguir. **(Isabel, 32 anos)**

Temos também o caso de Maria que, não só não notou alterações a nível corporal, como fala do orgulho que sente em relação ao corpo, particularmente quando fala dos processos pelos quais já passou

(...), mas sem dúvida eu olho para ele com olhos de força maior em relação há cinco anos, sem sombra de dúvida. Tudo o que ele já passou...e muito orgulhosa porque apesar das negras e de tudo mais (...) por acaso nisso eu sempre fui muito orgulhosa e no verão sempre fui à praia com as minhas nódoas negras à mostra (risos) (...) felizmente não se alterou muito. Eu não ganhei peso, mas sempre me tentei manter o mais saudável possível, não só pelo processo em si e pela possibilidade de uma gravidez, mas por mim mesma. **(Maria, 39 anos)**

Falando do impacto a nível corporal, é crucial abordar também a questão dos sentimentos, particularmente na posição das mulheres no decorrer dos tratamentos. Através das entrevistas realizadas, os sentimentos de frustração e ansiedade são os mais comuns.

No caso de Filipa, o sentimento de frustração veio acompanhado do sentimento de insuficiência, de incapacidade de realizar um desejo e, de certa forma, de concretizar um objetivo que aparentemente é “inato” à figura feminina. Neste caso, apenas a confirmação de diagnóstico veio tranquilizar Filipa

O principal sentimento é a frustração, é a sensação de incapacidade de fazer algo que supostamente é inato à nossa condição e sem saber bem o porquê...até eu descobrir que tinha adenomiose as coisas não faziam sentido. Ah, pronto, não havia um motivo ao qual eu me pudesse agarrar. Foi muita frustração, muito medo, muita incerteza, muita tristeza...principalmente no dia em que eu sabia que os tratamentos não tinham resultado. Era como se entrasse num quarto escuro e demorasse muito tempo a sair de lá. **(Filipa, 41 anos)**

Também o percurso de Maria foi marcado por sentimentos de grande angústia e frustração. Quando estava a passar pelo último ciclo de FIV, acabou por entrar numa espiral de ansiedade que não lhe permitiu dar continuidade ao tratamento

Depois tentámos ainda um 3º ciclo de FIV para junho de 2020 e esse foi cancelado por nossa opção porque a minha resposta ovárica continuava muito baixa e, efetivamente entrei num estado de ansiedade tal que naquela noite não consegui mais. **(Maria, 39 anos)**

Maria faz ainda referência a uma questão extremamente importante, o luto da fertilidade. Tendo passado por vários ciclos de tratamento sem sucesso, foram várias as vezes em que se questionou o porquê de estar a passar por esta situação. Como refere

Às vezes eu até me pergunto o quê que eu tenho de fazer mais, porquê que é tão fácil para uns e tão difícil para outros...e com isto sinto que não é justo, porque efetivamente temos uma relação tão linda, de tantos anos e enquanto casal não merecíamos passar por isto. É muito injusto, é esse o sentimento, injustiça (...) **(Maria, 39 anos)**

Isto porque, uma vez que os tratamentos de FIV não estavam a ser bem-sucedidos, após muita ponderação, o casal decidiu iniciar o processo de doação. Desta forma, segundo a entrevistada, foi importante fazer o luto da sua própria fertilidade, expulsando os sentimentos de insuficiência. No entanto, quando esse último recurso também não funciona, começam os questionamentos

(...) se eu abduco dos meus óvulos, se eu abduco da minha fertilidade, se eu abduco disso tudo, então o problema está resolvido. Se o problema sou eu, se são os meus óvulos, então com outros óvulos isto vai dar à primeira..., mas não deu. (...) Então ainda estive ali uns largos meses, e para mim aquilo é quase um período...não tenho memórias, eu estava completamente em piloto automático. E é um período de cerca de quatro meses em que eu não tenho memórias, é um buraco no meu espaço temporal em que eu não sei...foi só sobreviver. É a sensação de estar debaixo de água, mesmo à tona e querer respirar, mas não conseguir. **(Maria, 39 anos)**

Já Carla e Isabel relatam, respetivamente, o carrossel de emoções que sentiram durante todo o processo

Ah, houve alturas em que eu achei que talvez não fosse possível, mas isto é muito estranho, porque nós passamos por um carrossel, há momentos em que temos toda a força do mundo, tinha a noção que iria conseguir e que ia ser tudo muito fácil, porque de certa forma quando se é acompanhada como eu fui, tudo é mais fácil quando é suportável a dois. **(Carla, 44 anos)**

Muita ansiedade, muita. Ao mesmo tempo que queria ter esperança, também não queria ter esperança porque estava com medo de me desanimar. **(Isabel, 32 anos)**

Andreia, por outro lado, fez questão de referir não só os sentimentos que sentiu, mas também os sentimentos que o seu marido sentiu

Foi um misto de frustração, muitas vezes, de esperança, a esperança andava ali sempre misturada com a frustração, de irritabilidade...andava ali sempre muita coisa, e estou a falar do antes, andavam ali sempre aqueles timings de tudo. (...) O meu marido diz que sentia muito uma sensação de incompetência, de insuficiência enquanto ser humano, pronto, uma série de questões. **(Andreia, 42 anos)**

Referiu também, no entanto, a importância da postura mais serena que adotava durante alguma consulta ou procedimento

A nível emocional, interfere muito, muito mesmo, mas tentei sempre manter-me muito zen, muito otimista. Mas acho que fiz esse percurso de forma muito individual, muito eu, muito em eu estar bem, e acho que esse foi um problema. E pronto, isso acabou por criar também esse distanciamento que aconteceu no nosso casamento. **(Andreia, 42 anos)**

Contudo, como a própria refere, fez esse percurso de forma individualista, excluindo o cônjuge. Desta forma, torna-se pertinente de que forma é que a RMA impactou negativamente a relação conjugal.

O diagnóstico de infertilidade, particularmente vindo do cônjuge, foi um dos motivos que abalou a relação conjugal. De certa forma, tal como referi no capítulo anterior, a infertilidade masculina continua a ser considerada tabu, ou seja, não só não é falada, como os próprios homens têm vergonha em admitir que efetivamente têm um problema de saúde, que sofrem de uma doença. O marido de Andreia, por exemplo, só após a reconciliação teve coragem de admitir o quão esta questão o incomodava, o fazia sentir impotente

(...) para o meu marido foi muito frustrante saber que era estéril, ao fim ao cabo não era, mas tinha aquela dificuldade, e para ele essa sempre foi uma questão que ele nunca conseguiu abordar comigo. Embora tivéssemos falado, mas não profundamente como ele precisava, com o nível de atenção que ele precisava, depois disso foi deteriorando ao longo daqueles 4 anos, da gravidez e do primeiro ano de ter uma criança em casa. **(Andreia, 42 anos)**

Ou seja, o diagnóstico de infertilidade, a falta de comunicação, o isolamento de ambas as partes e a alteração de rotinas com a chegada de uma criança foram as principais razões que levaram à rotura (temporária) do casal.

Também Sofia relatou a sua experiência negativa em relação à RMA pois, no seu caso, também o diagnóstico e a entrada nos tratamentos contribuíram para a separação, ainda que temporária, do casal. Neste caso, o desgaste a nível da sexualidade foi um dos motivos que levou à rotura do casal. Como a própria refere

Quando íamos iniciar então a FIV, esse era o próximo passo, é que o meu companheiro disse que não estava satisfeito, nem com esse processo nem com a relação...também porque esse lado da sexualidade estava muito reduzido a isso. A mentalidade estava naquele objetivo, não havia atenção a muitas outras coisas. E pronto, acabámos por nos separar. (...) Em parte foi um bocado precipitado por este processo, é muita pressão, muda muito as dinâmicas e era um desgaste muito grande. **(Sofia, 40 anos)**

Há, efetivamente, uma mudança na vida conjugal no momento da adesão à reprodução medicamente assistida, desde as alterações na intimidade e sexualidade do casal, como na sua cumplicidade.

No entanto, há também relatos de casos em que a infertilidade e a RMA contribuíram positivamente para a relação conjugal, isto é, os impactos foram positivos face à situação complicada que o casal estava a passar. No caso de Filipa, por exemplo, a entrevistada destaca essencialmente o sentimento de partilha. Com a alteração de rotinas e a calendarização para todos os aspetos do dia (desde medicação a relações sexuais), o desgaste da relação é algo muito frequente em alguns casais, como refere Filipa

Nós falamos muitas vezes que este processo é muito duro para os casais, sabemos de muitos casais cuja relação fica extremamente afetada e se separaram após estas situações, conheço vários, e tivemos algum receio. Falamos abertamente sobre isso, tivemos sempre medo de que isso nos pudesse afastar, porque estamos tão centrados nisso que nós esquecemos de nós enquanto casal. **(Filipa, 41 anos)**

No entanto, no caso da entrevistada, o apoio constante do marido e a partilha que havia no quotidiano rapidamente vieram comprovar que, neste caso, os impactos se verificaram positivamente e que contribuiu para o fortalecimento da relação. Desde partilha de restrições alimentares com o objetivo de auxiliar nos tratamentos, à necessidade de “desfocar” e desanuviar da rotina

Todas as mudanças do meu marido em relação a mim foram no sentido de me tentar compreender, de me tentar ajudar (...) ele não é uma pessoa impaciente, mas também não é natural tanta paciência nele, e ele foi sempre extremamente compreensivo, esteve sempre ao meu lado e foi um verdadeiro companheiro. Eu senti-me sempre muito mais absorvida emocionalmente pelo processo,

sempre muito focada, demasiado, mas ele tentou sempre acompanhar-me e desfocar-me, porquê que não vamos sair, fazer uma viagem, dar um passeio, ver coisas diferentes, para me tentar tirar um bocadinho da bolha. (...) Ele dizia sempre que a dieta que eu fizesse, aquilo que eu achava que devia fazer, que ele fazia igual. Se eu não podia beber, ele também não podia, se eu não pudesse açúcar, ele também não comia, se eu não pudesse comer pão, ele também não comia. Então foi muito partilha (...) **(Filipa, 41 anos)**

Todas estas atitudes, este suporte, esta partilha, contribuíram para que a entrevistada admitisse que, caso não tivesse uma pessoa como ele ao lado dela, não tinha feito nem metade daquilo que fez.

Já no caso de Isabel, com o diagnóstico de infertilidade e a entrada nos tratamentos de RMA, o destaque assenta essencialmente na melhoria da comunicação entre o casal.

(...) o desgaste de serem uns tratamentos atrás dos outros, o desgaste físico, psicológico e emocional, é muito grande. Eu acho que, para nós, nos trouxe aqui esta facilidade de aprendermos a comunicar um com o outro de maneira diferente daquela que comunicávamos até aqui, não é? Mas a questão da comunicação...isto ajudou aqui a desbloquear um bocadinho, porque por ele ser assim mais introvertido e ter menos facilidade em partilhar o que está a sentir, se estivéssemos assim a guardar tudo para nós, era mais complicado...às vezes a falar, as coisas perdem o peso que têm. **(Isabel, 32 anos)**

Ainda que não tenha notado diferenças no comportamento do cônjuge em relação a si, seja a nível de comportamento ou de atitudes, a entrevistada faz referência ao facto de quando iniciaram as tentativas naturais para engravidar e depois os tratamentos, havia uma certa dificuldade em comunicarem um com o outro. A própria pressão que a entrevistada colocava nela própria, transparecia para o cônjuge, no entanto, não havia facilidade na comunicação

E a pressão que eu estava a pôr em mim, estava a pôr nele também e ele, que é uma pessoa mais tranquila, acaba por assumir esses nervos e ficava com eles, mas ele não falava (risos). Numa altura senti ali um bocadinho de tabu, não falamos sobre isto, mas conseguimos ultrapassar e conseguimos desbloquear e sinto que acabou por ter um efeito positivo na nossa relação. **(Isabel, 32 anos)**

Também Carla não referiu mudanças no comportamento do cônjuge em relação a si, no entanto, ao longo da entrevista, foram diversos os momentos em que destacou o papel que o marido teve no desenrolar de toda a situação, seja na procura de informação acerca de como teriam acesso a tratamentos pelo SNS

O meu marido é que se mexeu muito nisso, porque ele tem até mais flexibilidades de horários, então ele é que contactou os hospitais, para

sabermos como havíamos de fazer para termos uma consulta lá em cima. (...)
Mas como o meu marido tem mais disponibilidade, acabou por ser ele a desenrolar todo o processo inicial. **(Carla, 44 anos)**

Assim como o facto de o cônjuge estar presente em todas as consultas e procedimentos

Ele foi sempre a todas as consultas comigo, que são muitas (risos), ele também tem alguma disponibilidade, mas há muitos casais...como era eu que tinha de ser observada, a outra pessoa não é obrigada a ir, não é? Mas pronto, ele apesar de ter maior disponibilidade, também tens coisas para fazer, mas desmarcou para me conseguir acompanhar. E acompanhou-me sempre, em todas as consultas, em todas as ecografias, em tudo. **(Carla, 44 anos)**

Ou seja, ainda que não tenham sido notadas mudanças substanciais no comportamento do cônjuge em relação a Carla, o apoio incondicional foi, sem dúvida, o impacto positivo que a RMA trouxe para a relação. Como Carla refere

Eu acho que se trouxe, foi positiva. Foi no sentido de nos mostrar a força de que somos feitos e do apoio que damos um ao outro. **(Carla, 44 anos)**

Também Maria faz referência à importância da presença do marido no decorrer de todos os tratamentos, destacando a união entre o casal. Quando questionada em relação à questão “Que mudanças trouxe a RMA para a vossa relação?”, Maria destacou o facto de, ao longo dos anos terem mudado enquanto pessoas, o amor que sentem um pelo outro não teve alterações. Se a RMA impactou a relação, foi um impacto positivo que, tal como refere a entrevistada

(...) independentemente do resultado, sabemos que foi mais uma prova superada e que estamos mais unidos que antes, sabíamos que era isto que queríamos e sabemos que à data de hoje, nunca colocámos a relação em risco por isto. (...) ele disse que era comigo que ele queria estar, com filhos ou sem filhos (...) **(Maria, 39 anos)**

No entanto, a entrevistada não deixa de destacar o facto de, em alguns momentos, ter presenciado uma falta de comunicação, contudo, assume que poderá ter sido uma falha de ambos

Mas visto do meu lugar, senti que houve momentos em que eu queria que ele conversasse mais comigo, mas aos dias de hoje eu percebo que é tão difícil ver isto da posição de um e do outro, no lugar dele, nem ele sabe o que poderia fazer mais para me ajudar...também fica difícil. Eu própria às vezes não sabia dizer o que estava a sentir, o que eu queria, era difícil ele responder nessa medida, não é? Se nós não dizemos o que queremos ou o que sentimos, também

fica difícil para eles. Há impotência, preocupação por nos verem a passar por aquilo. **(Maria, 39 anos)**

6. A importância das redes de apoio

Como refere Sílvia Portugal, “Os laços familiares representam segurança, permanência, confiança.” (Portugal 2014, 190). Sendo os tratamentos para o combate da infertilidade algo que pode ser bastante violento para o casal, é nos pais, nos sogros e nos irmãos, particularmente, que o casal vai procurar apoio. Sendo que, relativamente, aos pais e sogros, neste caso eles também se revelam nós cruciais nas redes de apoio (Portugal 2014, 193). Esse apoio pode chegar de diversas formas: apoio emocional, na realização das tarefas do dia-a-dia (particularmente tarefas que envolvam o esforço físico da mulher, sendo ela a principal interveniente nos tratamentos), ou mesmo apoio financeiro. Dado que, devido ao escalão etário, ou à longa lista de espera nos hospitais públicos, a grande maioria dos casais entrevistados recorreu ao setor privado, como os tratamentos têm custos elevados e a medicação não é comparticipada por inteiro, sendo um entrave, o apoio financeiro dos pais e dos sogros torna-se imprescindível).

Contudo, tal como é referido por Sílvia Portugal (2014), as mulheres, particularmente, têm menor tendência a estabelecer uma proximidade afetiva com as sogras, em comparação com os homens:

As relações com pais e sogros não são equivalentes, sobretudo para as mulheres. Mesmo que as ajudas materiais provenham das duas casas parentais, as diferenças persistem ao nível das relações afetivas e da intimidade. Poucos são aqueles que não diferenciam pais e sogros em termos emocionais. (...) No entanto, este discurso é menos comum entre o sexo masculino, que parecem estabelecer uma maior proximidade afetiva com os sogros do que as mulheres. (Portugal 2014, 193 e 194)

Isto acontece porque, ainda que a relação com os sogros seja bastante cordial e os apoios a nível emocional ou material sejam bastante positivos, a verdade é que o facto de as mulheres manterem um contacto mais próximo com as mães, seja ele telefónico ou através de visitas bastante regulares, faz com que entendam o papel da mãe como uma espécie de confidente. Neste caso, a mulher não conta à sogra detalhadamente cada progresso que fazem com os tratamentos de infertilidade, pode dar novidades, mas não detalha. Por outro lado, com a mãe a situação já é diferente e a facilidade em desabafar também é maior. Relativamente ao homem, a partilha com os sogros, particularmente com a sogra, já é mais frequente. Esta relação, como já foi constatado por Portugal (2014, 15), também advém dos benefícios que os homens ganham ao ter uma boa relação com

as sogras. Em primeiro lugar, a qualidade do seu casamento será melhor, uma vez que não haverá discussões entre os cônjuges acerca da relação do homem com a sua sogra. Em segundo lugar, o facto de as mulheres serem tão próximas das mães e, destas darem frequentemente apoio na realização das tarefas domésticas, tal como já referi, acabará por libertar o homem da realização das mesmas. Tal como diz o ditado popular, “Uma mão lava a outra”, ou seja, qualidade no seu casamento e boa relação com os sogros.

Assim, mais uma vez, como refere Sílvia Portugal (2014):

Deste modo, a análise da rede de parentesco, no sentido vertical, revela uma nítida lateralização pelo lado da mulher e um predomínio das relações mãe-filha. Estes traços ancoram-se, em larga medida, na reprodução dos papéis tradicionais das mulheres e das suas responsabilidades na gestão da esfera doméstica e familiar. (Portugal 2014, 195)

Quando questionada acerca da sua rede de apoio no decorrer dos tratamentos, Filipa fez referência ao papel imprescindível dos pais no decorrer de todo o processo

Tirando o grande apoio do meu marido, os meus pais. Os meus pais acompanharam sempre de muito perto (...) estiveram sempre lá para ouvir os lamentos, os momentos menos felizes, mesmo aqueles momentos em que estava mais eufórica porque até se via uma luz ao fundo do túnel. (**Filipa, 41 anos**)

Também Isabel fez questão de destacar o apoio que tanto ela como o companheiro receberam dos pais e sogros durante o processo

(...) falando em rede de apoio geral, tanto os pais dele que moram perto de nós como os meus, dão-nos bastante apoio. Durante o processo, com quem íamos falando, foram pessoas muito específicas. (**Isabel, 32 anos**)

Outra rede de apoio crucial diz respeito aos laços entre irmãos. Tal como os pais e os sogros, o apoio proveniente dos irmãos é fulcral para o casal porque, habitualmente, os irmãos são os grandes confidentes:

Trocas materiais e afetivas, sociabilidades confidências alimentam os laços entre irmãos e irmãs, construídos de uma forma mais igualitária e mais cúmplice dos que os existentes entre pais e filhos. (Portugal 2014, 196)

Claro que, essa relação também é condicionada por diversos fatores, entre eles o número de irmãos e as idades, sendo mais provável que, em casos onde haja três irmãos,

o mais velho e o do meio estabeleçam uma ligação mais profunda em comparação com o mais novo, ainda que isso não altere em nada a afetividade entre todos eles, apenas há uma ligação diferente entre o mais velho e o do meio. Como tal, em situações difíceis, caso o casal tenha irmãos, saberá que poderá contar sempre com eles, assim como com os respetivos pais.

Por outro lado, a rede de apoio em relação à família mais afastada é diferente. Ainda que haja casos de indivíduos que consideram os primos, por exemplo, como se fossem seus irmãos, a verdade é que a ligação entre primos nunca será equivalente à relação entre irmãos e, o mesmo acontece em relação à restante família. Podem ter uma excelente relação com os tios, mas essa relação nunca será semelhante à relação entre pais e filhos e entre irmãos. Se, por um lado, se sabe que a ajuda está sempre lá, caso seja necessário, por outro sabe-se também que a família alargada é uma das principais fontes para a pressão em relação ao casal relativamente à sua fecundidade, muitas vezes, ao não terem conhecimento do impedimento biológico, não sabem quando parar com essa pressão. Por essa mesma razão, ainda que haja apoio, nem sempre ele é prestado da melhor forma, particularmente em situações tão delicadas quanto estas. Um desses exemplos é o caso de Maria, onde a relação com a irmã não deu asas à partilha de um momento tão íntimo. Como esta refere

A minha irmã ficou a saber porque eu dei um live sobre o assunto à página “Vida Mais Fértil” e houve uma amiga dela que viu e que lhe foi dizer (risos). Se não fosse isso, provavelmente a minha irmã hoje ainda não sabia. **(Maria, 39 anos)**

Por fim, já em relação aos amigos, ainda que atualmente muitas amizades já não sejam consideradas “Para a vida toda”, devido ao facto de todos os indivíduos se encontrarem em fases diferentes da vida, a verdade é que há amigos que se mantêm e que, quando é preciso, estão sempre lá. No caso do apoio no decorrer dos tratamentos de infertilidade, essa ideia mantêm-se e, ainda que sejam poucos:

Algumas pessoas, que identificam apenas um ou dois amigos na sua rede, encontram-se totalmente satisfeitas com o apoio que esses amigos lhe prestam e não sentem falta de outras relações sociais. (Portugal 2014, 200)

Como refere Filipa, quando necessitou do apoio do núcleo mais próximo de amigas, estas estavam lá, sem cobranças, apenas a apoiar

E foi importante também sentir que podia falar abertamente quando queria, não sentia que havia aquela necessidade de saber mais, elas deram-se sempre espaço para ser eu a entrar em contacto para partilhar. Claro que se havia algum momento em que eu estava muito tempo sem dizer nada elas diziam que tinham saudades minhas, mas nunca na cobrança para tentar saber um bocadinho mais do que seria da conta delas. **(Filipa, 41 anos)**

Isabel destacou também o papel das amigas durante os tratamentos

Para além do meu companheiro, tenho duas amigas que são assim mais próximas, e pronto. Partilhei só com estas duas amigas, porque uma delas teve algumas questões de saúde e falámos sobre o tema e a outra amiga é enfermeira, então deu para irmos falando. **(Isabel, 32 anos)**

No entanto, tanto Carla como Maria fizeram referência a duas redes de apoio particulares: a internet e as chefias, respetivamente.

Relativamente ao caso de Carla, ainda que a sua principal fonte de apoio tenha sido o marido, esta faz ainda referência à importância da partilha deste assunto tão sensível com a sua comunidade *online*. Ou seja, ainda que não conheça pessoalmente as leitoras do seu blog, identifica-as como uma grande rede de apoio no decorrer dos tratamentos

A família, mas ele principalmente, porque ele foi a pessoa número um desde sempre. Eu não contei logo, até tinha algum pudor inicialmente...tenho um blog e falo disso no blog. A partir desse momento o meu marido foi sempre o meu maior apoio porque também soube logo desde início, depois a família soube imediatamente a seguir, os colegas do trabalho também e, a partir daí, toda a gente sabia e estava tudo bem. Eu disse que ia escrever no meu blog assim que houvesse uma definição, ou seja, que eu tenha bebé ou que eu não consiga ter bebé, uma das coisas, eu ia escrever a minha história toda. E pronto, acabei por escrever...para dar também força a outras mulheres que estejam na mesma situação que eu. **(Carla, 44 anos)**

Já para Maria, para além do marido, considera que a sua grande rede de apoio veio diretamente das suas chefias

Sabe-se que às vezes as chefias com estes temas são muito sensíveis e não há muita compreensão e, nisso eu tenho todo o suporte. Eu nunca fiz questão de esconder a situação, desde o primeiro dia que decidimos avançar com os tratamentos eu avisei a minha chefia direta, independentemente do apoio ou não que ela me iria dar, pronto. (...) Portanto o marido e o apoio em termos de logística laboral com as chefias...todos eles com o seu devido valor, não houve nenhum que se realçasse, porque nós sabemos que eles estão lá. **(Maria, 39 anos)**

Contrariamente ao apoio generalizado recebido pelas mulheres, através dos laços mais diversos *online* e *offline*, temos o caso de Andreia, que revelou o quão sozinha se sentiu no decorrer do tratamento, a falta de apoio que teve

Eu durante o tratamento senti-me completamente sozinha, tinha amigas que estavam a passar pelo mesmo, mas pronto, as raparigas que eu conheci no hospital...também não éramos propriamente íntimas, havia ali alguma partilha, mas pronto. Aqui na família, o meu marido andava desorientado, não falávamos muito sobre o assunto aqui na família. (...) Nessa fase inicial o meu marido ajudou-me, mas depois senti-me...porque era tudo muito eu, eu é que tinha de andar sempre com a malinha térmica com a medicação e com as injeções, tinha de ir à casa de banho arranjar um sítio mais privado para fazer isso, foi um processo. Apoiada não me senti muito, senti-me mesmo...nem sei qual será a melhor palavra, senti-me mesmo sozinha. **(Andreia, 42 anos)**

A rede social do casal revela-se bastante importante na vivência da infertilidade e da fecundidade, quer no aspeto material, quer no expressivo. Aliados aos sentimentos que os casais experienciam no decorrer dos tratamentos, é também relevante o modo como lidaram com os casais no núcleo familiar e de amigos que anunciaram uma gravidez. Isto é, o sentimento ambíguo de felicidade em relação ao outro casal, mas, simultaneamente, por exemplo, de inveja e de tristeza, por não conseguirem alcançar também eles uma gravidez. No caso de Maria, as gravidezes da irmã tiveram um grande impacto na sua vida

O primeiro foi tranquilo, porque foi antes até de nós casarmos. Mas a segunda foi dura, porque nós já estávamos a tentar engravidar há um ano e meio. Tanto que, eu reconheço (...) eu adoro os meus dois sobrinhos, mas efetivamente o mais velho é o meu mais velho (risos). **(Maria, 39 anos)**

Maria reconhece que a 2ª gravidez da irmã teve um peso maior no seu estado emocional

Da gravidez da minha irmã, do segundo, eu não lhe toquei na barriga. **(Maria, 39 anos)**

O sentimento de impotência, a tristeza e, uma série de sentimentos negativos estão presentes no discurso de Maria. Querer tanto uma gravidez e não conseguir, mas estar simultaneamente rodeada de pessoas próximas que conseguem engravidar uma vez, duas vezes, é emocionalmente arrebatador. Como refere a entrevistada

Como qualquer gravidez, uma grande amiga minha ficou grávida em março de 2019 e quando ela me disse, disse-lhe que não conseguia ficar feliz...é triste de se dizer, mas eu não consegui ficar feliz, porque eu também quero isso e não conseguimos. (...) Mas sim, houve algumas gravidezes que foram muito duras para mim, ver aquelas barrigas a crescerem, principalmente num momento em que nós não estamos bem, é duro, é castigo. **(Maria, 39 anos)**

No entanto, a entrevistada destaca também a importância da rede próxima de amigos relativamente ao cuidado com que davam a notícia da gravidez, ainda que simultaneamente isso afetasse a forma como essas pessoas demonstravam a sua própria felicidade

Mas tive muitas colegas minhas a ficarem grávidas e a terem um enorme cuidado em me dar a notícia e agora acho isso muito parvo, mas também houve a sensibilidade quando eu lhes desejei o melhor do mundo a elas e ao bebé..., mas bolas, as pessoas têm que ter imenso cuidado ao dar-me a notícia, como se já não bastasse eu saber que não consigo ter um bebé, e isso não é justo. Acabam por não partilhar com a euforia que lhes é característica, afrouxam a felicidade que elas estão a sentir com base no meu sofrimento, na minha dor, no meu processo. **(Maria, 39 anos)**

Apesar de não ser totalmente generalizada, uma rede de apoio, familiar ou de amigadas, revela-se extremamente importante no decurso do processo de reconhecimento e tratamento da infertilidade. A presença de laços ativos ou passivos (Portugal 2014), que respondem a necessidades imediatas, ou que simplesmente são relevantes pelo facto de estarem lá quando é preciso – uma palavra de apoio, consolo, um colo, após notícias menos boas, mas também para partilhar os eventos positivos.

Conclusão

Ao concluir esta dissertação tenho mais questões do que conclusões. O trabalho aqui apresentado é apenas um estudo exploratório, que espero seja um início da minha pesquisa sobre esta temática. Estudar os impactos da Reprodução Medicamente Assistida na relação conjugal apresenta-se como um prisma com diferentes facetas, das quais abordei apenas algumas.

A crescente separação, no casamento, entre instituição e companheirismo, associados à valorização do sentimento amoroso na relação conjugal, contribuíram para uma maior proximidade entre os cônjuges. O que une o casal na contemporaneidade não é a necessidade de garantir que o património se mantém em determinada família ou que a geração tem continuidade, mas sim o sentimento amoroso. Desta forma, podemos afirmar que é o amor que passa a legitimar a relação conjugal, não o casamento.

A importância dos afetos estende-se à fecundidade. As entrevistas que realizei confirmam os resultados de outros estudos (por exemplo, Cunha, 2007) que mostram como as funções dos filhos na família se alteraram e a função afetiva se tornou central. A criança deixa de ser encarada como um adulto em miniatura, uma ferramenta de trabalho e passa a ser tratada com amor e considerada o centro da família.

Se a dimensão expressiva se tornou crucial nas dinâmicas familiares, e a pressão social para o casamento diminuiu (veja-se o crescimento das uniões de facto), as entrevistas mostram que a pressão para os casais terem filhos ainda é uma realidade presente em bastantes famílias portuguesas. Simultaneamente, vimos, contudo, que a dissociação entre procriação e conjugalidade é um facto e que o ISF⁵², ao longo dos anos revela que os casais são cada vez mais ponderados na decisão de procriar.

A crescente aposta na escolaridade, as mudanças no papel das mulheres e o seu ingresso no mercado de trabalho, a instabilidade económica e social, a precaridade laboral de ambos os sexos, o adiamento da fecundidade são algumas das razões que devemos considerar ao analisar a evolução do ISF em Portugal.

Embora a infertilidade não tenha uma relevância estatística notória na evolução do número de nascimentos, os casos são crescentes e revelam cruzamentos analíticos interessantes entre fatores sociais, culturais, económicos, naturais e biológicos, chamando

⁵² ISF – Índice Sintético de Fecundidade.

a atenção para a crescente importância da intervenção médica no ciclo de vida dos indivíduos.

Esta dissertação chama a atenção para esta complexidade. A sua principal conclusão, que sendo este um estudo exploratório, só pode ser considerada uma hipótese de investigação futura, aponta para a relevância do laço biológico no modo como se encara a fecundidade e a descendência. As entrevistas realizadas mostram que a vertente biológica é a principal motivação para os casais se sujeitarem a tratamentos de combate à infertilidade, isto é, à RMA⁵³.

Assim, torna-se importante analisar todo o processo dos casais desde o momento do diagnóstico, passando pelo momento em que decidem ingressar nos tratamentos de RMA e acabando nos impactos desta experiência. Importa analisar não apenas a dinâmica interna da conjugalidade, mas, também, os impactos dos processos médicos e das intervenções clínicas, a sua interação com os corpos masculinos e femininos e as percepções e reações individuais e conjugais.

A própria definição da infertilidade enquanto doença é uma questão pertinente pois, ainda que os sintomas sejam – na maioria dos casos – silenciosos, os (possíveis) benefícios com a atribuição do estatuto de doença à infertilidade têm um peso considerável, por um lado, permitiriam que mais pessoas tivessem acesso a tratamentos de RMA, por outro, trariam novos matizes às discussões sobre infertilidade, podendo contribuir para quebrar o estigma a ela associado, ou, quem sabe, ampliá-lo.

Tendo esta dissertação olhado para os impactos nas relações conjugais, a partir de diversas dimensões, desde a questão financeira, particularmente considerável em casais que iniciaram todo o seu percurso através do setor privado, aos impactos que, particularmente as mulheres, sofrem no corpo, a análise das entrevistas mostra que, ainda que a maioria das entrevistadas seja da opinião que a RMA trouxe impactos positivos para as respetivas relações, sendo de destacar o aumento da união e da comunicação do casal, duas entrevistadas relataram a experiência negativa que vivenciaram, chegando mesmo à rotura conjugal.

O estudo mostrou, também, a importância da existência de uma rede de apoio, que se constatou de forma generalizada. No entanto, se dos discursos sobressai uma avaliação positiva, é importante não esquecer que a solidão também emergiu nas narrativas. A

⁵³ RMA – Reprodução Medicamente Assistida.

ausência de apoio dos cônjuges, das redes informais, da comunidade e, em particular, dos serviços públicos de saúde é um elemento preocupante e a explorar, numa sociedade em que o declínio demográfico é crescente.

Referências bibliográficas

Aboim, S. (2006). *Conjugalidades em mudança: Percursos e dinâmicas da vida a dois* (1a. ed). Impr. de Ciências Sociais.

Aboim, S. (2010). Vidas conjugais: Do institucionalismo ao elogio da relação. Em *História da vida privada em Portugal* (pp. 80–111). Temas e Debates Circulo de Leitores.

Aboim, S. (2012). As orientações normativas da conjugalidade. Em *Famílias em Portugal: Percursos, interações, redes sociais* (2ª ed, pp. 169–229). ICS, Impr. de Ciências Sociais.

Aboim, S. (2013). *A sexualidade dos portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Almeida, A. N. de, Ferreira, C., Ferrão, F., & André, I. M. (Eds.). (1995). *Os padrões recentes da fecundidade em Portugal*. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, Ministério do Emprego e da Segurança Social.

Almeida, A. N. de, André, I., & Lalanda, P. (2002). *Novos padrões e outros cenários para a fecundidade em Portugal*. Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.

Almeida, A. N. de, Vilar, D., André, I. M., & Lalanda, P. (2004). *Fecundidade e contraceção: Percursos de saúde reprodutiva das mulheres portuguesas*. Imprensa de Ciências Sociais.

Augusto, A. (2006). Infertilidade e reprodução medicamente assistida: Definição de contextos e produção de significados. Em *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspetivas* (pp. 47–76). Pé de Página.

Augusto, A. (2009). A regulação da reprodução medicamente assistida em Portugal: Agentes, contextos e processos. Em *Representações jurídicas das tecnologias reprodutivas: Contributos para uma reflexão* (1ªed, pp. 45–60). Universidade do Porto.

Bandeira, M. M. L. (1996a). *Demografia e modernidade: Família e transição demográfica em Portugal*. Impr. Nacional Casa da Moeda.

Bandeira, M. L. (1996b). Teorias da população e modernidade: O caso português. *Análise Social*, XXXI(135), 7–43.

Barbas, A. de J. D. (2014). *Crescer a meias—Uma análise sociológica do impacto dos estilos educativos parentais nas relações entre irmã/os* [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Bozon, M. (2003). Sexualidade e conjugalidade: A redefinição das relações de gênero na França contemporânea. *Cadernos Pagu*, 20, 131–156.
<https://doi.org/10.1590/S0104-83332003000100005>

Casaleiro, P. (2021). “My child, my treasure”: Underlying motivations in child custody judicial cases. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 96. <https://doi.org/10.7458/SPP20219614216>

Costa, A. (2022, setembro 1). Gratuidade nas creches: Mais dúvidas que certezas. *Diário de Notícias*. <https://www.dn.pt/sociedade/gratuidade-nas-creches-mais-duvidas-que-certezas-15128616.html>

Cunha, V. (2007). *O lugar dos filhos: Ideais, práticas e significados* (1a. ed). ICS, Impr. de Ciências Sociais : Distribuição, HT.

Cunha, V. (2008). *Famílias, fecundidades e funções dos filhos: O impacto do tempo e dos contextos sociais* [Tese de Doutoramento]. ISCTE.

Cunha, V. (2012). As funções dos filhos na família. Em *Famílias em Portugal: Percursos, interações, redes sociais* (2ª ed, pp. 465–497). ICS, Impr. de Ciências Sociais.

Decreto de Lei nº3/84, 24 de março, Diário da República nº71/1984, Série I de 1984-03 24 (1984). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/3-1984-661903>

Despacho nº56/2014, 3 de janeiro, Diário da República nº2/2014, Série II de 2014-01-03 (2014). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/56-2014-1622484>

Deus, P. C. N. de. (2021). *Parentalidade e Políticas Públicas: Experiência e visão de pais e mães que adiaram a entrada na parentalidade* [Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Humanas UCP]. Repositório da UCP.

Dias, I. (2015). *Sociologia da família e do género*. Pactor.

Faria, J. P. A. (2013). *Acesso aos tratamentos de infertilidade no Centro Hospitalar do Alto Ave* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Minho - Escola de Economia e Gestão.

Ferreira, L. F., D’Avila, A. M. F. C., & Safatle, G. C. B. (2019). O uso da pílula anticoncepcional e as alterações das principais vias metabólicas. *Femina*, 426–432.

Gomes, M. C. S., Silva, C. J., de Castro, E. A., & Marques, J. L. (2016). Evolução da fecundidade em Portugal: Uma perspetiva sobre a diversidade regional. *Análise Social*, 1º(218), 36–70.

Kellerhals, J., Valente, L., Lazega, E., Troutot, P.-Y., & Dores Guerreiro, M. das. (1989). *Microssociologia da família*. Publicações Europa-América.

Maciel, A. B. F. (2015). *Baixa fecundidade: Adaptação tardia às mudanças estruturais ou consolidação da preferência por famílias de padrões reduzidos?* [Tese de Doutoramento]. Universidade de Évora.

Pedroso, J., & Branco, P. (2008). Mudam-se os tempos, muda-se a família. As mutações

do acesso ao direito e à justiça de família e das crianças em Portugal*. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 82, 53–83. <https://doi.org/10.4000/rccs.619>

Policarpo, V. (2010). Sexualidades em construção, entre o privado e o público. Em *História da vida privada em Portugal* (pp. 48–79). Temas e Debates Circulo de Leitores.

PORDATA. (2022). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho*. <https://www.pordata.pt/portugal/idade+media+da+mae+ao+nascimento+do+primeir+filho-805>

PORDATA. (2023a). Taxa de nupcialidade. *PORDATA*. <https://www.pordata.pt/portugal/taxa+de+nupcialidade-530>

PORDATA. (2023b). Índice Sintético de Fecundidade. *PORDATA*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+fecundidade+Indice+sintetico+de+ecundidade+e+taxa+bruta+de+reproducao-416>

PORDATA. (2023c). *Taxa de mortalidade infantil*. <https://www.pordata.pt/portugal/taxa+bruta+de+mortalidade+e+taxa+de+mortalidade+infantil-528-2950>

Portaria nº198/2022, 27 de julho, Diário da República nº144/2022, Série I de 2022-07 27 (2022). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/198-2022-186721643>

Portugal, S. (2014). *Famílias e redes sociais: Ligações fortes na produção de bem-estar*. Almedina.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. van. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais* (5. ed). Gradiva.

Remoaldo, P. C. A., & Machado, H. (2008). *O sofrimento oculto: Causas, cenários e vivências da infertilidade*. Edições Afrontamento.

Rosa, R. (2012). A escolha do cônjuge. Em *Famílias em Portugal: Percursos, interações, redes sociais* (2ª ed, pp. 117–165). ICS, Impr. de Ciências Sociais.

Santos, H. J. M. (2022). *Aprender o sexo antes de o fazer: Os jovens e o confessionário pornográfico* [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Torres, A. C. (2001). *Sociologia do casamento: A família e a questão feminina*. Celta Editora.

Torres, A. C. (2004). *Vida conjugal e trabalho: Uma perspectiva sociológica* (1. ed). Celta

Uma em cada seis pessoas no mundo sofre de infertilidade, estima OMS. (2023, abril 4). *Jornal Expresso*. <https://expresso.pt/sociedade/2023-04-04-Uma-em-cada-seis-pessoas-no-mundo-sofre-de-infertilidade-estima-OMS-6d6322f9>

Vieira, C. (2023, agosto 2). «*A infertilidade não se “joga” no banco ou pelo seguro*». <https://eco.sapo.pt/opiniaio/a-infertilidade-nao-se-joga-no-banco-ou-pelo-seguro/>

Wall, K. (2012). *Famílias em Portugal: Percursos, Interações, Redes Sociais* (2ª ed, pp. 35–49). ICS, Impr. de Ciências Sociais.

94% das mulheres portuguesas usam método contraceutivo. (2015, junho 6). *Diário de Notícias*. <https://www.dn.pt/ciencia/saude/-das-mulheres-portuguesas-usam-metodo-contracetivo-4611146.html>

Índice de Anexos

Anexo I – Gráficos utilizados

Anexo II – Questionário

Anexo III – Formulário de Consentimento

Anexo IV – Guião da Entrevista

Anexo V – Caracterização das Entrevistadas

Anexo VI – Situações de Entrevista

Anexo I – Gráficos Utilizados

Gráfico A – Taxa Bruta de Nupcialidade – Disponível na plataforma PORDATA

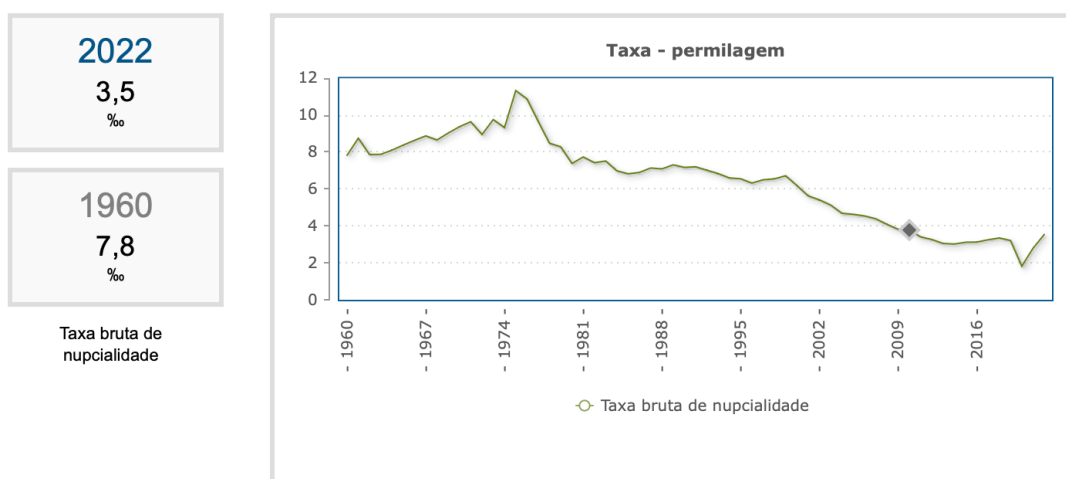


Gráfico B – Índice Sintético de Fecundidade – Disponível na plataforma PORDATA

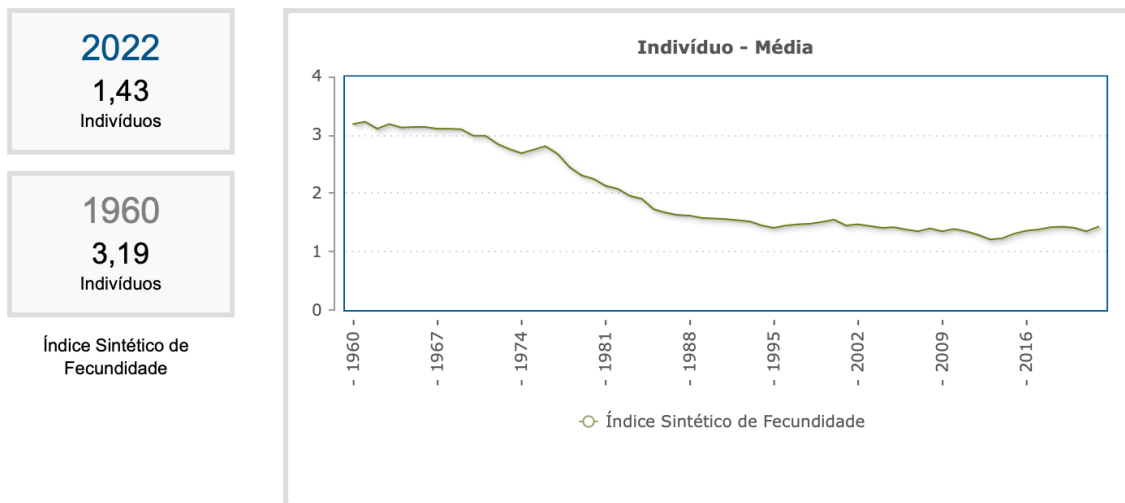


Gráfico C – Taxa de Natalidade (%) – Portugal e UE 15, 1960-2005 – Retirado da tese de Doutoramento de Vanessa Cunha, “Famílias, fecundidades e funções dos filhos: o impacto do tempo e dos contextos sociais” de janeiro de 2008

Quadro 1.1 – Taxa de natalidade (‰) – Portugal e UE 15, 1960-2005

Anos	Portugal	UE 15
1960	24,1	18,3
1965	23,4	18,5
1970	20,8	16,2
1975	19,8	13,6
1980	16,2	13,0
1985	13,0	11,9
1990	11,8	12,0
1995	10,8	10,8
2000	11,5	10,8
2001	11,2	10,6
2002	10,7	10,6
2003	10,8	10,6
2005	10,5	10,6

Fontes: Barreto e Preto (2000); Eurostat (2000 a 2004 e 2006)

Gráfico D – “Ideal inicial (N e %)” – Retirado da tese de Doutorado de Vanessa Cunha, “Famílias, fecundidades e funções dos filhos: o impacto do tempo e dos contextos sociais” de janeiro de 2008

Quadro 2.2 – Ideal inicial (N e %)

Ideal inicial	N	%
1 filho	141	14,0
2 filhos	680	67,4
3 filhos	124	12,3
4 e mais filhos	64	6,3
Total	1009	100

média = 2,16 filhos

Gráfico E – “Ideal abstracto (N e %)” – Retirado da tese de Doutorado de Vanessa Cunha, “Famílias, fecundidades e funções dos filhos: o impacto do tempo e dos contextos sociais” de janeiro de 2008

Quadro 2.3 – Ideal abstracto (N e %)

Ideal abstracto	N	%
0 filhos	3	0,2
1 filho	29	1,6
2 filhos	1114	62,7
3 filhos	485	27,3
4 e mais filhos	91	5,1
Outras respostas ⁹¹	6	0,3
NS/NR	48	2,7
Total	1776	100

média = 2,33 filhos

Gráfico F – “Descendência atual (N e %)” – Retirado da tese de Doutorado de Vanessa Cunha, “Famílias, fecundidades e funções dos filhos: o impacto do tempo e dos contextos sociais” de janeiro de 2008

Quadro 2.5 – Descendência actual (N e %)

Descendência actual	N	%
1 filho	415	23,4
2 filhos	962	54,2
3 filhos	281	15,8
4 e mais filhos	118	6,6
Total	1776	100

média = 2,09 filhos

Gráfico G – “Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho – Disponível na plataforma PORDATA

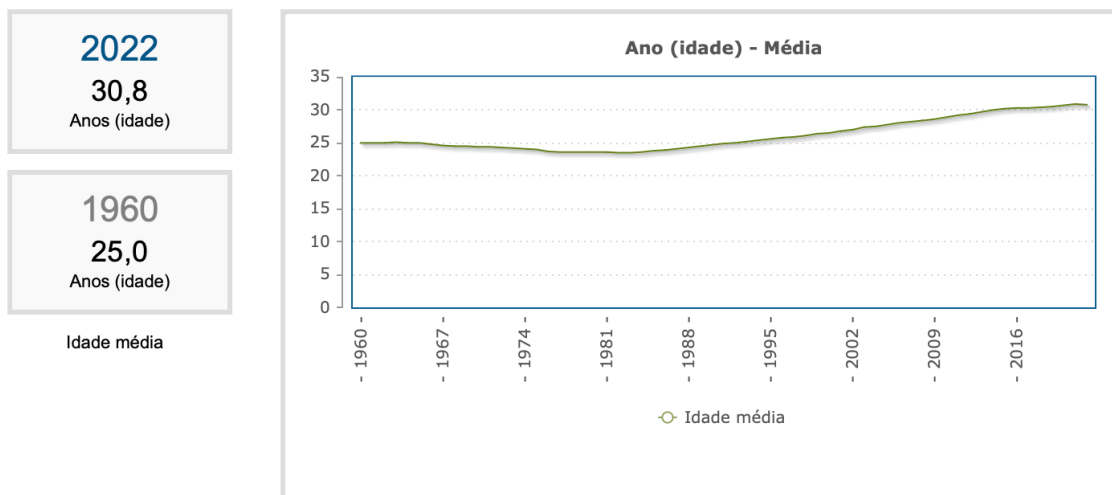


Gráfico H – “Descendência actual, segundo o contexto social (% e média)” – Retirado da tese de Doutoramento de Vanessa Cunha, “Famílias, fecundidades e funções dos filhos: o impacto do tempo e dos contextos sociais” de janeiro de 2008

Quadro 2.16 – Descendência actual, segundo o contexto social (% e média)

Contexto Social	Descendência actual					Média
	1 filho	2 filhos	3 filhos	4 e + filhos	Total	
Escolaridade da inquirida	CC=,276; Sig=,000					S=,000; ES=,071
Sem escolaridade	12,8	32,1	24,4	30,8	100	3,01
Ensino primário	17,0	54,8	20,3	7,9	100	2,24
Ensino preparatório/básico	29,7	53,9	12,1	4,4	100	1,93
Ensino secundário	30,7	57,3	10,1	2,0	100	1,83
Curso médio/lic. incompleta	27,0	54,0	14,0	5,0	100	1,97
Licenciatura ou grau superior	20,4	63,4	12,9	3,2	100	1,99
Classe social da inquirida	CC=,215; Sig=,000					S=,000; ES=,034
ED e PIC	21,2	60,3	14,3	4,2	100	2,02
PTEI	23,8	61,9	7,9	6,3	100	1,98
IPP	19,8	51,4	21,8	7,0	100	2,18
EE	29,5	56,5	12,5	1,4	100	1,86
ENQ	24,0	53,7	18,3	4,1	100	2,04
OI	25,2	52,2	14,2	8,5	100	2,12
AA	24,6	50,9	12,3	12,3	100	2,25
C	5,4	53,3	23,9	17,4	100	2,63
Trajectória da inquirida	CC=,166; Sig=,000					S=,000; ES=,024
Sempre com trabalho	26,5	56,1	13,1	4,4	100	1,97
Trabalho em 1 ou 2 momentos	20,0	54,3	18,4	7,2	100	2,16
Sempre sem trabalho	19,3	45,9	20,2	14,7	100	2,41
Todas as famílias	23,4	54,2	15,8	6,6	100	2,09

Anexo II – Questionário

O meu nome é Melissa Martins, sou estudante do Mestrado em Sociologia da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Venho solicitar a sua colaboração no preenchimento de um breve inquérito, que tem como finalidade obter a colaboração de **mulheres** com experiência de infertilidade e de Reprodução Medicamente Assistida.

Essa colaboração tem exclusivamente fins académicos e irá traduzir-se na disponibilidade para serem entrevistadas no âmbito da minha dissertação de Mestrado intitulada "Os impactos da Reprodução Medicamente Assistida nas relações conjugais".

Os dados recolhidos destinam-se apenas à obtenção de contactos para marcação das entrevistas. A informação posteriormente recolhida será totalmente confidencial e anónima.

Qualquer esclarecimento pode ser obtido através do meu contacto - melissamartins1999@gmail.com - ou da minha orientadora científica - Professora Doutora Sílvia Portugal - sp@fe.uc.pt.

Os meus antecipados agradecimentos pela atenção dispensada.

https://docs.google.com/forms/d/13CiSrZFB2mTdYR6OY8yWRtOz3xqOnVji8zV8_iHkuhI/edit

Questões sociobiográficas para preenchimento

Nome	
Idade	
Nº de ciclos	
Local onde realizou os tratamentos	
Contacto/email	

Anexo III – Formulário de Consentimento

Informações sobre o estudo

O meu nome é Melissa Martins e sou mestranda em Sociologia. Sou a responsável por este estudo, que tem como tema a Reprodução Medicamente Assistida.

A recolha de dados para o estudo passa pela realização de entrevistas a mulheres que tenham passado por processos de RMA em Portugal Continental. As entrevistas serão gravadas apenas para efeitos de transcrição e análise das mesmas. Apenas a investigadora responsável terá acesso a estes ficheiros.

Todas as informações fornecidas durante a entrevista serão anónimas, salvaguardando a identidade das pessoas entrevistadas. A informação recolhida será utilizada apenas na dissertação de mestrado e noutros textos que resultem da investigação.

A participação é voluntária e todas as pessoas entrevistadas são livres de desistir desta participação a qualquer momento. Se for este o seu caso, basta informar acerca da sua vontade de desistir e os seus dados não serão incluídos no estudo.

Contactos para mais informações:

Nome: Melissa Martins
Contacto: 962521023
Email: melissamartins1999@gmail.com

Orientadora científica: Professora Doutora Sílvia Portugal

Contacto: 938308145
Email: sp@fe.uc.pt

Consentimento informado

Eu, _____, considero que fui informada sobre a forma de participação neste estudo. Autorizo a gravação desta entrevista e a utilização da informação recolhida no âmbito dos objetivos deste estudo.

_____ (Assinatura da participante)

Data: _____ Local: _____

Anexo IV – Guião da Entrevista

1. Fale-me um pouco de si.
 - Trajetória de vida
 - Casamento
2. Há quanto tempo estão casados?
3. Como se conheceram?
4. Sempre pensou em ter filhos?
5. Fale-me um pouco da vossa jornada pela infertilidade.
6. Fale-me um pouco dos tratamentos de RMA.
7. Que mudanças trouxe a RMA para a vossa relação?
8. Após os tratamentos, encara o seu corpo de forma diferente?
9. Pode descrever os sentimentos que sentiu durante todo o processo?
10. Notou, no decorrer dos tratamentos, mudanças no comportamento do seu cônjuge em relação a si?
11. Que mudanças trouxe o nascimento do vosso filho para a relação conjugal?
12. Quais são as pessoas que lhe dão/deram apoio?
13. Passou por algum tipo de dificuldade (emocional, material, financeira) no decorrer dos tratamentos?
14. Fale-me um pouco da relação com os seus filhos.
15. O que valoriza mais na relação com os seus filhos?
16. Se fosse hoje, voltaria a passar por tudo novamente?

Anexo V – Caracterização das Entrevistadas

	Idade	Nº de ciclos	Local do tratamento
Maria	39	3 ou +	Privado
Isabel	32	1	Privado
Carla	44	2	Privado
Filipa	41	2	Público
Andreia	42	1	Público
Sofia	40	2	Privado

Anexo VI – Situações de Entrevista

Entrevistada 1 – Maria

Data: 20/04/2023

Local: Zoom.

Dados Pessoais: 39 anos, casada.

Duração da Entrevista: 53 minutos.

Situação de Entrevista: A escolha da realização da entrevista ser feita por zoom foi feita por mim, particularmente pela questão da distância. Não houve qualquer interferência no decorrer da entrevista e as questões foram colocadas de forma natural, tendo a entrevistada sido colocada à vontade para não responder a qualquer questão com a qual não se sentisse confortável. Contudo, logo na primeira questão, Maria acabou por responder a várias questões de uma só vez, pelo que acabei por não colocar todas as questões que estavam inseridas no guião. No decorrer da entrevista, houve momentos em que senti a entrevistada bastante emotiva, particularmente quando descrevia os ciclos de tratamento pelos quais tinha passado. Alertou-me para uma questão muito interessante, por ser tão comum – principalmente em casais que passam por tratamentos de combate à infertilidade – a questão da perda. Não notei resistência em responder às questões, muito pelo contrário, a entrevistada detalhou todos os momentos do seu percurso pela RMA, contudo penso que poderia ter explorado mais uma outra questão que a entrevistada referiu, a adoção.

Entrevistada 2 – Isabel

Data: 27/04/2023

Local: Zoom.

Dados Pessoais: 32 anos, união de facto.

Duração da Entrevista: 24 minutos e 29 segundos.

Situação de Entrevista: Novamente, a escolha da realização da entrevista via Zoom foi feita por mim, derivado também à questão da distância geográfica. Também a questão da flexibilidade a nível da resposta às questões do guião foi aplicada, contudo necessitei de

eliminar algumas questões, visto que a entrevistada ainda não tinha filhos – mas está à espera do primeiro filho. Foi uma entrevista muito rápida, mas muito clara também, pois consegui obter a informação que pretendia.

Entrevistada 3 – Carla

Data: 27/04/2023

Local: Zoom.

Dados Pessoais: 44 anos, casada.

Duração da Entrevista: 31 minutos e 9 segundos.

Situação de Entrevista: A entrevista realizou-se via zoom, com alguma limitação de horários por parte da entrevistada, que ainda tem um filho bastante pequeno. Por mera coincidência, Maria e Carla conhecem-se e foi graças a isso que consegui o interesse – e o depoimento – de Carla. A entrevista correu muito bem, não houve interrupções e consegui, pela primeira vez, colocar todas as questões do guião. Ainda que o tratamento do qual surgiu uma gravidez tenha sido feito no privado, achei interessante o relato da experiência que a entrevistada teve no público, que considera ser um “entrave” à maternidade.

Entrevistada 4 – Filipa

Data: 09/05/2023

Local: Zoom.

Dados Pessoais: 41 anos, casada.

Duração da Entrevista: 22 minutos e 28 segundos.

Situação de Entrevista: Mais uma vez, a entrevista realizou-se via Zoom. Decorreu sem interrupções, de forma bastante fluida, porém notei muita emoção por parte da entrevistada. A nível do guião, necessitei de fazer alguns ajustes, nomeadamente ao acrescentar algumas questões acerca de um tema que achei particularmente interessante: a adoção. A entrevistada e o marido estão, neste momento, a passar pelo processo de

adoção e foi bastante enriquecedor poder ter o relato de todo o processo. Gostei muito de fazer esta entrevista.

Entrevistada 5 – Andreia

Data: 11/05/2023

Local: Zoom.

Dados Pessoais: 42 anos, casada.

Duração da Entrevista: 29 minutos e 35 segundos.

Situação de Entrevista: Ainda que residamos no mesmo distrito, optei por realizar a entrevista via Zoom, visto que tivemos alguns constrangimentos ao agendar a reunião. Foi uma entrevista muito rápida, visto que a entrevistada tinha compromissos logo a seguir, porém foi também a primeira entrevista que fiz onde os impactos da RMA na relação conjugal foram efetivamente negativos. Gostei muito de fazer a entrevista, não tivemos interrupções e a entrevistada mostrou-se muito à vontade para falar deste tema. Achei interessante um aspecto que esta referiu, relativamente à falta de apoio/atenção que todos os profissionais de saúde dão à parte masculina da relação, particularmente quando se fala em apoio psicológico.

Entrevistada 6 – Sofia

Data: 12/05/2023

Local: Zoom.

Dados Pessoais: 40 anos, casada.

Duração da Entrevista: 27 minutos e 12 segundos.

Situação de Entrevista: A entrevista decorreu via Zoom novamente. Tivemos algumas interrupções no decorrer da mesma, por culpa minha, com algum ruído de fundo na gravação. No entanto, ainda que a entrevistada tenha feito referência ao facto de se sentir pouco à vontade para falar sobre este tema e do facto de ser bastante reservada, senti que não consegui abordar o tema como gostaria. Houve muita dificuldade em colocar as questões, a entrevistada não aprofundou muito a nível de respostas e senti que estava

desconfortável com a conversa, ainda que eu tenha referido que tinha total flexibilidade para responder ou não responder às questões que lhe estava a colocar.